

# สุขภาพจิตไทย

## พ.ศ. 2545-2546

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



กรมสุขภาพจิต  
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH



### ชื่อหนังสือ

สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2545 - 2546

### บรรณาธิการ

นายแพทย์ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์

### รองบรรณาธิการ

นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์

### กองบรรณาธิการ

นายแพทย์สมควร ทาญพัฒน์ชัยกูร

นางวรรณิ วงศาสุลักษณ์

นางสาวณัฐชา คณานุรักษ์

นายเศรษฐา ชุมทอง

นางสาวอลิสสา อุดมวีระเกษม

นางบุษกร นางงามสำโรง

นางสุนันทา สุขสด

นางสาวนิรมล พัฒน์ทอง

**ISBN :** 974 - 296 - 199 - 9

**จำนวนพิมพ์** 1,000 เล่ม สิงหาคม 2546

**พิมพ์ที่** โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์

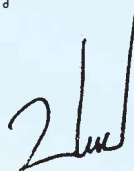
**จัดทำโดย** กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

## คำนำ

ปี 2545 - 2546 เป็นช่วงเวลาของการดำเนินงานตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ประเทศไทยต้องประสบปัญหาหนักการ ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนทั้งในเรื่องการเมืองการปกครอง การจัดระเบียบสังคมไทย ตลอดจนการปรับระบบการบริหารในภาครัฐ ในขณะที่การฟื้นฟูทางเศรษฐกิจของประเทศเป็นสิ่งที่ต้องเร่งรัดดำเนินการโดยด่วน

**สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2545 - 2546** ได้ประมวลภาพรวมเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประเทศไทยในช่วง 2 ปีแรกของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยแสดงให้เห็นสถานการณ์ของประเทศไทยอันส่งผลต่อการดำเนินงานสุขภาพจิต โดยเฉพาะได้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล ทรัพยากรด้านสุขภาพจิตเทคโนโลยี และเครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิต เครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิต แผนงานและผลการดำเนินงานในช่วงเวลาดังกล่าวตลอดจนความร่วมมือในงานสุขภาพจิตระหว่างประเทศ อันมีกรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในประเทศไทย

กรมสุขภาพจิตหวังเป็นอย่างยิ่งว่า **สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2545 - 2546** จะเป็นประโยชน์ต่อทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องตามสมควร



(นายแพทย์ปรากรณ์ บุญวงค์วิโรจน์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต





## สารบัญ

บทที่	หน้า
คำนำ	
<b>1 การเปลี่ยนแปลงด้านการเมือง การปกครอง การปฏิรูประบบราชการ และสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต</b>	
1. การเปลี่ยนแปลงด้านการเมือง การปกครอง และการปฏิรูประบบราชการ	1
2. สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต	5
<b>2 สถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิต</b>	
1. ภาวะโรคทางจิต	27
2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต : การฆ่าตัวตาย	30
3. ข้อมูลการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญ	37
4. ปัญหาสารเสพติด	45
5. ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น	49
<b>3 ทรัพยากรด้านสุขภาพจิต</b>	
1. บุคลากรด้านสุขภาพจิต	51
2. งบประมาณ	60
3. เต็มใจจิตเวช	64
4. สถานบริการสุขภาพจิต	66
<b>4 เทคโนโลยีสุขภาพจิต และเครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิต</b>	
1. เทคโนโลยีสุขภาพจิต	69
2. เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิต	77
<b>5 เครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิต</b>	
1. เครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสาธารณสุข	82
2. เครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตนอกระบบสาธารณสุข	86
<b>6 วิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนการดำเนินงานสุขภาพจิต</b>	
1. วิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพจิตประชาชน	91
2. พันธกิจ	91
3. ยุทธศาสตร์ที่สำคัญของการดำเนินงานสุขภาพจิต	91
4. แผนการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจิตตามยุทธศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2545-2546	91

<b>7</b>	<b>การดำเนินงานที่สำคัญด้านสุขภาพจิต</b>	
	1. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดตามนโยบายรัฐบาล	97
	2. ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชน	100
	3. ยุทธศาสตร์การบริการสุขภาพจิตที่มีมาตรฐานและคุณภาพ	104
	4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบวิชาการและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต	109
<b>8</b>	<b>การพัฒนาสุขภาพจิตระหว่างประเทศ</b>	
	1. ความร่วมมือระหว่างประเทศ	115
	2. การแสวงหาความร่วมมือระหว่างประเทศ	127
	3. การประชุมวิชาการทางด้านสุขภาพจิตนานาชาติประจำปี	130
	4. แผนงานความร่วมมือในอนาคต	130
	<b>เอกสารอ้างอิง</b>	<b>133</b>
	<b>ภาคผนวก</b>	
	- รายชื่อผู้ประสานงานและหน่วยงานโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศ	135
	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำหนังสือสุขภาพจิต พ.ศ.2545 - 2546	139
	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำหนังสือสุขภาพจิต พ.ศ.2545 - 2546 (เพิ่มเติม) และคณะบรรณาธิการบท	142

## สารบัญภาพ

	หน้า
<b>บทที่ 1</b>	
ภาพที่ 1-1 การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการสร้างระบบส่งเสริมสุขภาพ	3
ภาพที่ 1-2 สัดส่วนความยากจนของประเทศไทย พ.ศ. 2505-2544	9
ภาพที่ 1-3 ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ 6-24 ปี จำแนกตามประเภทกิจกรรมที่ทำในเวลาว่างและเพศ	20
<b>บทที่ 2</b>	
ภาพที่ 2-1 เปรียบเทียบภาวะโรคทางจิต ปี พ.ศ.2542	29
ภาพที่ 2-2 เปรียบเทียบภาวะโรคทางจิต ปี พ.ศ.2542 จำแนกตามเพศ	30
ภาพที่ 2-3 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน ระหว่างปี พ.ศ.2524-2544	31
ภาพที่ 2-4 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามเพศระหว่างปี พ.ศ.2524-2544	31
ภาพที่ 2-5 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ ปี พ.ศ.2540 - 2544	32
ภาพที่ 2-6 อัตราการฆ่าตัวตาย จำแนกตามเขตการสาธารณสุข ปี พ.ศ.2543 - 2544	34
ภาพที่ 2-7 อัตราการฆ่าตัวตาย จำแนกตามรายจังหวัด ปี พ.ศ.2543 - 2544	35
ภาพที่ 2-8 อัตราผู้ป่วยโรคจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2540 - 2544	37
ภาพที่ 2-9 อัตราผู้ป่วยโรคจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2540 - 2544 จำแนกตามการใช้บริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข	38
ภาพที่ 2-10 อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะปัญญาอ่อนของประเทศไทย ต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2540 - 2544	39
ภาพที่ 2-11 อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะปัญญาอ่อนของประเทศไทย ต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2540 - 2544 ในสถานบริการสาธารณสุข	39
ภาพที่ 2-12 อัตราผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2540-2544	40
ภาพที่ 2-13 อัตราผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2540-2544 ในสถานบริการสาธารณสุข	41
ภาพที่ 2-14 อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2540 - 2544	42
ภาพที่ 2-15 อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2540-2544 ในสถานบริการสาธารณสุข	42
ภาพที่ 2-16 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2540 - 2544	43

ภาพที่ 2-17	ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาทั่วประเทศ จำแนกเป็นผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยเก่า ปีงบประมาณ 2540-2544	44
ภาพที่ 2-18	ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาทั่วประเทศ จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ 2540-2544	44
ภาพที่ 2-19	ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาทั่วประเทศ จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2540-2544	45
ภาพที่ 2-20	การจับกุมผู้ต้องหาคดียาเสพติด จำแนกตามชนิดสารเสพติด ระหว่างปี 2540 - 2545	47
ภาพที่ 2-21	จำนวนผู้เข้ารับการรักษา ระหว่างปี พ.ศ. 2540 - 2544	47
ภาพที่ 2-22	จำนวนผู้เข้ารับการรักษา จำแนกตามเพศ ระหว่างปี 2540 - 2544	48
ภาพที่ 2-23	จำนวนผู้เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจทั่วประเทศ จำแนกตามชนิดยาเสพติด ปี พ.ศ.2540-2544	48
ภาพที่ 2-24	จำนวนผู้ป่วยที่เสพยาบ้าของหน่วยงานสังกัด กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2545	49
ภาพที่ 2-25	จำนวนเด็กและวัยรุ่นที่มารับบริการในหน่วยงานกรมสุขภาพจิต จำแนกตามโรคและปัญหาสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2545	50
<b>บทที่ 3</b>		
ภาพที่ 3-1	สัดส่วนประชากรต่อจิตแพทย์ จำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2542-2544	53
ภาพที่ 3-2	อัตราของจิตแพทย์จำแนกตามสังกัด ปี พ.ศ.2542-2544	54
ภาพที่ 3-3	สัดส่วนประชากรต่อพยาบาลจิตเวช จำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2542-2544	56
ภาพที่ 3-4	สัดส่วนประชากรต่อนักจิตวิทยาคลินิก จำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2542-2544	57
ภาพที่ 3-5	สัดส่วนประชากรต่อนักสังคมสงเคราะห์ จำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2542-2544	59
ภาพที่ 3-6	ร้อยละของงบประมาณของกรมสุขภาพจิตต่องบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2536-2546	62
ภาพที่ 3-7	ร้อยละของงบประมาณของกรมสุขภาพจิต จำแนกตามประเภทงบประมาณ ปีงบประมาณ 2536-2546	64
ภาพที่ 3-8	สัดส่วนเตียงจิตเวชต่อประชากร จำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2542-2544	65
<b>บทที่ 4</b>		
ภาพที่ 4-1	เทคโนโลยีเพื่อการบริการ การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถานบริการ	73
ภาพที่ 4-2	เทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถานศึกษา	74
ภาพที่ 4-3	เทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถานที่ทำงาน	75
ภาพที่ 4-4	เทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในครอบครัวและชุมชน	76
ภาพที่ 4-5	เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิตระดับบุคคล	77



## บทที่ 5

ภาพที่ 5-1	เครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิต	79
ภาพที่ 5-2	เครือข่ายการดำเนินงานในระบบสาธารณสุข	80

## บทที่ 7

ภาพที่ 7-1	TO BE NUMBER ONE	97
ภาพที่ 7-2	โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE	98
ภาพที่ 7-3	โครงการพัฒนาเครือข่ายการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษา	98
ภาพที่ 7-4	โครงการจิตสังคัมบำบัดผู้เสพยาบ้าในโรงพยาบาลจิตเวช	100
ภาพที่ 7-5	การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็ก	101
ภาพที่ 7-6	การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว	102
ภาพที่ 7-7	การประเมินคุณภาพหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต	105
ภาพที่ 7-8	โครงการสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส	106
ภาพที่ 7-9	การดำเนินงานดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	107
ภาพที่ 7-10	โครงการจัดตั้งศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต	108

## บทที่ 8

ภาพที่ 8-1	ความร่วมมือระหว่างประเทศ	116
ภาพที่ 8-2	ความร่วมมือระหว่างประเทศกับองค์การอนามัยโลก	117
ภาพที่ 8-3	ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศออสเตรเลีย	119
ภาพที่ 8-4	ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศสหรัฐอเมริกา	120
ภาพที่ 8-5	ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศสหราชอาณาจักร	122
ภาพที่ 8-6	ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศญี่ปุ่น	123
ภาพที่ 8-7	ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศฮ่องกง	123
ภาพที่ 8-8	ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศภูฏาน	124
ภาพที่ 8-9	ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน	125
ภาพที่ 8-10	ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศตุรกี	127
ภาพที่ 8-11	ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศสาธารณรัฐเฮลเลนิก (กรีซ)	128
ภาพที่ 8-12	ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศแอฟริกาใต้	128
ภาพที่ 8-13	ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศเกาหลีใต้	129
ภาพที่ 8-14	ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม	129
ภาพที่ 8-15	การประชุมวิชาการด้านสุขภาพจิตนานาชาติประจำปี	130

## สารบัญตาราง

บทที่ 1		หน้า
ตารางที่ 1-1	จำนวนและลักษณะประชากร ระหว่างปี พ.ศ.2543 - 2546	6
ตารางที่ 1-2	จำนวนประชากรแยกตามกลุ่มอายุ	7
ตารางที่ 1-3	การคาดการณ์จำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทย (ล้านคน)	7
ตารางที่ 1-4	ภาวะการทำงานของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	10
ตารางที่ 1-5	จำนวนครัวเรือนและประชากรในประเทศไทยที่ใช้อินเทอร์เน็ต	12
ตารางที่ 1-6	ลักษณะการอยู่อาศัย จำแนกตามประเภทครัวเรือน	14
ตารางที่ 1-7	สภาพปัญหาครอบครัวเด็กแรกเกิด-5 ปี มูลนิธิเด็กก่อนในสัปดาห์ พ.ศ.2545	15
ตารางที่ 1-8	ปัญหาในการเลี้ยงดูลูกอายุระหว่าง 5-15 ปี	17
ตารางที่ 1-9	ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่เล่นกีฬา จำแนกตามระยะเวลา ที่เล่นเฉลี่ยต่อวัน พ.ศ.2530 พ.ศ.2535 และ พ.ศ.2540	21
ตารางที่ 1-10	จำนวนผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์และสัดส่วนของการเป็น ผู้ดื่มสุรา พ.ศ.2534 และ พ.ศ.2544	21
ตารางที่ 1-11	สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำในกลุ่มอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ.2542 และ พ.ศ.2544	22
ตารางที่ 1-12	อัตราร้อยละของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกตามอายุที่เริ่มสูบบุหรี่และสาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่ พ.ศ.2542	23
ตารางที่ 1-13	จำนวนและอัตราผู้ป่วยเอดส์ พ.ศ.2537-2544	24
<b>บทที่ 2</b>		
ตารางที่ 2-1	โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYS) ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2542 จำแนกตามเพศ	28
ตารางที่ 2-2	สถิติการจับกุมคดียาเสพติดทั่วประเทศ ปี 2540-2545	46
ตารางที่ 2-3	สถิติการจับกุมคดียาเสพติดทั่วประเทศ จำแนกตามชนิดยาเสพติด ปี 2540 - 2545	46
ตารางที่ 2-4	จำนวนและร้อยละของเด็กและวัยรุ่น (0-15 ปี) ที่มารับบริการ ในหน่วยงานกรมสุขภาพจิต จำแนกตามโรคและปัญหาสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2545	50
<b>บทที่ 3</b>		
ตารางที่ 3-1	การกระจายของจิตแพทย์ จำแนกตามภาค ปี พ.ศ. 2542-2544	52
ตารางที่ 3-2	การกระจายของจิตแพทย์ จำแนกตามสังกัด ปี พ.ศ. 2542-2544	54
ตารางที่ 3-3	การกระจายของพยาบาลจิตเวช จำแนกตามภาค ปี พ.ศ. 2542-2544	55
ตารางที่ 3-4	การกระจายของนักจิตวิทยาคลินิก จำแนกตามภาค ปี พ.ศ. 2542-2544	57

ตารางที่ 3-5	การกระจายของนักสังคมสงเคราะห์ จำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2542-2544	58
ตารางที่ 3-6	การกระจายของบุคลากรด้านอาชีพบำบัด จำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2543-2544	60
ตารางที่ 3-7	การเปรียบเทียบงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขกับ กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2536-2546	61
ตารางที่ 3-8	การใช้จ่ายงบประมาณของกรมสุขภาพจิต จำแนกตามประเภท งบประมาณ ปีงบประมาณ 2536-2546	63
ตารางที่ 3-9	การกระจายของจำนวนเตียงจิตเวชจำแนกตามภาค ปี พ.ศ. 2542-2544	65
ตารางที่ 3-10	งานบริการด้านสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ปี พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2544	67
ตารางที่ 3-11	การจัดองค์กรด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานสาธารณสุขทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2544	68





# บทที่ 1

## การเปลี่ยนแปลงด้านการเมือง การปกครอง การปฏิรูประบบราชการ และสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต

เป็นที่ทราบกันดีว่า ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อข้อกำหนดทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพ คือสถานการณ์ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งในและนอกประเทศ

ในบริบทของสุขภาพจิต ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการทำงานมีทั้งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระดับประเทศ ระดับสังคม ระดับครอบครัวและระดับบุคคล ซึ่งช่วงระยะเวลา 2-5 ปี ที่ผ่านมาได้มีการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ 2 ประการคือ

1. การเปลี่ยนแปลงด้านการเมือง การปกครองและการปฏิรูประบบราชการส่งผลให้การจัดองค์กร หน่วยที่ให้บริการสุขภาพจิต หน่วยพัฒนาวิชาการสุขภาพจิต และหน่วยสนับสนุนต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับภารกิจที่มุ่งเน้นประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น
2. การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัญหาต่างๆ ในระดับสังคม ครอบครัวและบุคคล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยต่างๆ ที่อาจจะเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

### 1. การเปลี่ยนแปลงด้านการเมือง การปกครอง และการปฏิรูประบบราชการ

#### 1.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมือง การปกครอง

กระแสการปฏิรูปการเมืองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมือง การพัฒนาประเทศ และการตรวจสอบการใช้อำนาจของรัฐ ซึ่งกระทำได้โดยใช้พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.2540 นอกจากนี้การปฏิรูประบบราชการยังได้รับแรงหนุนจากการปฏิรูปทางการเมือง ให้มีการสร้างธรรมาภิบาล (Good Governance) การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการของภาครัฐ และที่สำคัญคือการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ.2542 ซึ่งส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิในส่วนภูมิภาคอยู่ภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้ศูนย์กลางของเรื่องสุขภาพอยู่ที่ประชาชน ครอบครัว ชุมชน และสังคม ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจและวิธีการบริหารงาน อาทิเช่น การแยกบทบาทในการกำหนดนโยบายออกจากบทบาทในการจัดบริการสาธารณสุขและการปฏิบัติการ โดยเน้นบทบาทด้านวิชาการ การกำหนดและกำกับมาตรฐาน รวมทั้งต้องสร้างระบบบริหารงานที่โปร่งใสเพื่อให้ประชาชนตรวจสอบการทำงานได้และสร้างระบบบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์ โดยใช้ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ เป็นกลไกสำคัญพร้อมกับการกำหนดเป้าหมายและพัฒนาตัวชี้วัดผลสำเร็จของงาน

## 1.2 การปฏิรูประบบราชการและการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข

การปฏิรูประบบราชการ เป็นการเปลี่ยนแปลงระบบราชการในทุกด้าน ตั้งแต่บทบาทอำนาจหน้าที่ โครงสร้างหน่วยงาน ระบบและวิธีทำงาน ระบบบริหารบุคคล กฎระเบียบ วัฒนธรรม ค่านิยม และอื่นๆ ที่จะทำให้ระบบราชการเป็นระบบที่สร้างสรรค์ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เอื้อต่อการพัฒนาประเทศและการสร้างความผาสุกให้แก่สังคมโดยรวม เป้าหมายของการปฏิรูประบบราชการมีจุดเน้นในการวางระบบราชการใหม่ ตามหลักการการบริหารภาครัฐแนวใหม่ และเป็นระบบราชการที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม ดังนั้นปรัชญาของการปฏิรูประบบราชการครั้งนี้ คือ การบูรณะและปรับปรุงระบบราชการให้ก้าวเข้าสู่ระบบราชการยุคใหม่ เพื่อให้เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูง มีความซื่อสัตย์ สุจริต โปร่งใส ตรวจสอบได้ มีความรับผิดชอบและเป็นกลไกที่ให้บริการสาธารณะที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์แก่ประชาชนอย่างแท้จริง

เป้าหมายหลักการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขเป็นการปฏิรูปเพื่อสุขภาพของประชาชนกล่าวคือ เป็นการเพิ่มคุณค่าของการพัฒนาประชาชนให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขจะมีบทบาท ภารกิจที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด คือ ได้รับบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน มีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน ทันท่วงที รวดเร็ว และเน้นการสร้างระบบส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกมากกว่าการซ่อมสุขภาพและผลลัพธ์สุดท้ายเพื่อประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ

ภาพที่ 1-1 การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการสร้างระบบส่งเสริมสุขภาพ



กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบโดยตรงในการพัฒนางานสุขภาพจิตของประเทศ โดยมีภารกิจหลักเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการ ถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งจัดให้มีบริการด้านสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วย ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและประชาชน การปรับบทบาทภารกิจ และโครงสร้างของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จากการปฏิรูประบบราชการ เป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและกลไกของงานสุขภาพจิตสู่ประชาชนให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม การมีสถาบันเฉพาะทางพัฒนาและถ่ายทอดวิชาการงานสุขภาพจิตและจิตเวช มีหน่วยงานการส่งเสริมสนับสนุนวิชาการในพื้นที่ได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนการรณรงค์เผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพจิตที่ถูกต้องและเหมาะสมจากหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. สถาบันการแพทย์ ที่มีบทบาทภารกิจมุ่งเน้นการพัฒนาวิชาการและถ่ายทอดองค์ความรู้เทคโนโลยี ตลอดจนการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเฉพาะทาง ได้แก่

- 1.1 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นสถาบันเฉพาะทางนิติจิตเวชและสุขภาพจิตภาวะวิกฤต
- 1.2 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นสถาบันเฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์ และประสาทจิตเวชศาสตร์
- 1.3 สถาบันราชานุกูล เป็นสถาบันเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยปัญญาอ่อน รวมทั้งเป็นศูนย์วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านพันธุศาสตร์ทางการแพทย์
- 1.4 โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นสถาบันเฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
- 1.5 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เป็นสถาบันเฉพาะทางโรคออทิสติก และจิตเวชเด็ก
- 1.6 สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เป็นสถาบันเฉพาะทางการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
- 1.7 สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ เป็นสถาบันเฉพาะทางด้านพัฒนาการและส่งเสริมสุขภาพจิตเด็ก

2. โรงพยาบาลจิตเวชที่มีบทบาทภารกิจในการพัฒนาวิชาการและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี ตลอดจนการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับตติยภูมิของพื้นที่ ได้แก่

- 2.1 โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
- 2.2 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
- 2.3 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- 2.4 โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
- 2.5 โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
- 2.6 โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
- 2.7 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- 2.8 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
- 2.9 โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
- 2.10 โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

3. กองสำนัก ที่มีภารกิจในการศึกษา ค้นคว้า วิจัย พัฒนา และเผยแพร่ความรู้ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจิตของประชาชน และสังคม รวมทั้งสนับสนุนวิชาการด้านนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ด้านบริหาร การเงินงบประมาณและการจัดระบบงานการบริหารงานบุคคล เพื่อให้การพัฒนาวิชาการสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพ ได้แก่

- 3.1 กองสุขภาพจิตสังคม มีภารกิจในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจิต ของประชาชนและสังคม ตลอดจนการส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต
- 3.2 สำนักพัฒนาสุขภาพจิต มีภารกิจในการพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านส่งเสริม



ป้องกัน และทำให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตตลอดจนการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานเครื่องมือ และเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการด้านส่งเสริมป้องกันและการให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

- 3.3 สำนักงานเลขาธิการกรม มีภารกิจสนับสนุนด้านบริหารงานช่วยอำนวยความสะดวกและงานเลขานุการของกรมสุขภาพจิต
- 3.4 กองการเจ้าหน้าที่ มีภารกิจสนับสนุนการจัดระบบงานและการบริหารงานบุคคลของกรมสุขภาพจิต
- 3.5 กองคลังมีภารกิจสนับสนุนงานด้านการเงิน งบประมาณ และการพัสดุของกรมสุขภาพจิต
- 3.6 กองแผนงาน มีภารกิจในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการและการติดตามประเมินผล การประสานงานกับองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับความร่วมมือและความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต รวมทั้งเป็นศูนย์ข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพจิต

4. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-12 เป็นศูนย์วิชาการในการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบครอบคลุมตามการแบ่งเขตของกระทรวงสาธารณสุข 12 เขต ของประเทศ

การปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีผลจากการปฏิรูประบบราชการดังกล่าว ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของงานสุขภาพจิตสู่ประชาชนได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นรูปธรรม อันมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการยอมรับจากชุมชนและสังคมสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข และท้ายสุดคือการมีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

## 2. สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต

### 2.1 ระดับสังคม

#### 1) ลักษณะและการกระจายของประชากร

##### โครงสร้างประชากร

ในปี พ.ศ. 2546 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 62,843,000 คน เป็นเพศชาย 31,203,000 คน เพศหญิง 31,640,000 คน คิดเป็นร้อยละ 49.65 และ 50.35 ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มการเพิ่มของประชากรมีไม่มากนัก เนื่องจากอัตราการเกิดที่ลดลง จาก 16.4 ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 13.0 ในปี พ.ศ. 2546 และอัตราตายที่ลดลงจาก 6.5 ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 6.0 ในปี พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 1-1)

ตารางที่ 1-1 จำนวนและลักษณะประชากร ระหว่างปี พ.ศ.2543 - 2546

พ.ศ.	2543	2544	2545	2546
จำนวนประชากรทั้งประเทศ	61,737,000	62,127,000	62,626,000	62,843,000
จำนวนประชากรแยกตามเพศ				
● ชาย	30,725,000	30,848,000	31,096,000	31,203,000
● หญิง	31,011,000	31,279,000	31,530,000	31,640,000
อัตราเกิด (ต่อพัน)	16.4	14.0	14.0	13.0
อัตราราย (ต่อพัน)	6.5	6.0	6.0	6.0
อัตรารายทารก (ต่อเด็กเกิดมีชีพพันคน)	22.4	21.5	20.0	20.0
อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (ปี)				
● ชาย	69.9	69.9	69.9	67.9
● หญิง	74.9	74.9	74.9	75.0
อัตราเจริญพันธุ์รวม (จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยต่อสตรีหนึ่งคน)	1.9	1.8	1.8	1.7

ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

เมื่อแยกตามกลุ่มอายุพบว่า ในปี พ.ศ.2546 ประชากรวัยเด็กมีจำนวน 14,704,000 คน คิดเป็นร้อยละ 23.39 ประชากรวัยแรงงานมีจำนวน 41,708,000 คน คิดเป็นร้อยละ 66.37 ประชากรวัยสูงอายุวัยต้นมีจำนวน 5,759,000 คน คิดเป็นร้อยละ 9.16 และประชากรวัยสูงอายุที่สุดมีจำนวน 672,000 คน คิดเป็นร้อยละ 1.07 จากตารางที่ 1-2 พบว่ากลุ่มอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ ประชากรสูงอายุที่สุด ประชากรสูงอายุ และประชากรวัยแรงงาน

เมื่อพิจารณาถึงอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากร ในปี พ.ศ.2546 พบว่า เพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 67.9 ปี เพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 75.0 ปี เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 เพศจะพบว่า เพศชายมีแนวโน้มอายุขัยเฉลี่ยลดลงคือจาก 69.9 ปี ในปี พ.ศ.2543 เป็น 67.9 ปี ในปี พ.ศ.2546 ส่วนเพศหญิงมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย คือ จาก 74.9 ปี ในปี พ.ศ.2543 เป็น 75.0 ปี ในปี พ.ศ.2546

ตารางที่ 1-2 จำนวนประชากรแยกตามกลุ่มอายุ

	2543	2544	2545	2546
ประชากรวัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี)	14,764,000	14,985,000	15,105,000	14,704,000
ประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี)	41,647,000	41,283,000	41,615,000	41,708,000
ประชากรสูงอายุ (60-79 ปี)	4,974,000	5,293,000	5,336,000	5,759,000
ประชากรสูงอายุที่สุด (80 ปีขึ้นไป)	352,000	565,000	570,000	672,000

ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

จากตารางที่ 1-2 จำนวนประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มลดจำนวนลงคือ จาก 14,764,000 คน ในปี พ.ศ.2543 เหลือ 14,704,000 คน ในปี พ.ศ.2546 เนื่องมาจากอัตราการเกิดที่ลดลง โดยจาก ตารางที่ 1-1 จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยต่อสตรีหนึ่งคน พบว่ามีแนวโน้มลดลงคือ จาก 1.9 ในปี พ.ศ.2543 ลดลงเหลือ 1.7 ในปี พ.ศ.2546 ซึ่งบ่งบอกถึงแนวโน้มการเลี้ยงดูบุตรของครอบครัวไทยในอนาคตว่า เด็กจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการดูแลเอาใจใส่มากขึ้น เด็กต้องหัดเรียนรู้ในการเป็นลูกคนเดียว หรืออยู่ในครอบครัวเล็กมีพี่น้องไม่มาก ทั้งนี้คุณภาพของเด็กจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับรูปแบบการเลี้ยงดู และการอบรมของพ่อแม่

ประชากรวัยแรงงานประชากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์และวัยทำงานเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือจาก 41,647,000 ในปี พ.ศ.2543 เป็น 41,708,000 คน ในปี พ.ศ.2546 บุคคลในวัยนี้ต้องปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ เช่น การแข่งขันในการทำงาน การรับภาระดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

ประชากรวัยสูงอายุ เป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่น และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวตามสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม แต่ด้วยวัยและประสบการณ์ที่สั่งสมมา จึงถือได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ทรงคุณค่า เป็นที่พึ่งพิงทางด้านจิตใจให้แก่ลูกหลาน และบำเพ็ญตนให้เป็นประโยชน์ให้แก่สังคมได้ แม้จะเกษียณอายุแล้วก็ตาม (ตารางที่ 1-3)

ตารางที่ 1-3 การคาดการณ์จำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทย (ล้านคน)

	2543	2548	2553	2558	2563
ประชากรทั้งหมด	62.1	64.8	67.0	68.6	69.9
อายุ 60 ปีขึ้นไป	5.6	6.3	7.4	9.1	11.3
อายุ 80 ปีขึ้นไป	0.4	0.5	0.7	0.9	1.0

ที่มา : ประโมทย์ ประสาทกุล ประชากรและการพัฒนา ปีที่ 20 ฉบับที่ 3 กุมภาพันธ์-มีนาคม 2543

### การอพยพย้ายถิ่น

ในปี พ.ศ.2545 คนไทยมีการอพยพย้ายถิ่นรวม 7,151,711 คน ลักษณะการอพยพสามารถเรียงลำดับจากมากไปน้อยได้ดังนี้ เป็นการอพยพจากเขตเมืองไปชนบท ร้อยละ 33.04 จากเขตชนบทไปชนบท ร้อยละ 28.37 จากเขตชนบทไปเขตเมือง ร้อยละ 19.21 จากเขตเมืองไปเขตเมือง ร้อยละ 16.60 ไม่ทราบแหล่งย้ายเข้าชนบท ร้อยละ 2.09 และไม่ทราบแหล่งย้ายเข้าเขตเมือง ร้อยละ 0.69 เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายภาคพบว่า ภาคที่มีการอพยพย้ายถิ่นมากที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 34.11 และน้อยที่สุดคือ ภาคกลาง ร้อยละ 9.03 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2545)

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า การอพยพย้ายถิ่นในปี พ.ศ.2545 เป็นการอพยพจากเขตเมืองไปชนบทมากที่สุด ซึ่งหากลักษณะการอพยพย้ายถิ่นยังเป็นในลักษณะเช่นนี้ สภาพความแออัดของเขตเมืองจะลดลง ซึ่งส่งผลให้คนในเขตเมืองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### คนพิการ

ในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยมีจำนวนคนพิการทั้งสิ้น 1,100,800 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544)

คนพิการเป็นกลุ่มประชากรที่มีโอกาสทางสังคมน้อยกว่าคนปกติ ดังจะเห็นได้จากรายงานการสำรวจคนพิการ พ.ศ.2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ คนพิการที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ไม่มีการศึกษา 337,544 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6 จากจำนวนคนพิการทั้งหมด ในขณะที่คนปกติไม่มีการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 4.2 จากจำนวนคนปกติทั้งหมด เมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษาที่สำเร็จ พบว่ายิ่งระดับการศึกษาสูงขึ้น จำนวนคนพิการที่เข้าศึกษายิ่งมีน้อยลงดังนี้ ก่อนประถมศึกษา ร้อยละ 44.6 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 11.6 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 6.3 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 3.6 และระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 1.8 นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีงานทำพบว่า คนปกติมีงานทำร้อยละ 73.7 ในขณะที่คนพิการมีงานทำเพียงร้อยละ 31.9

นอกจากนี้แล้วโอกาสการเข้าถึงการใช้บริการทางสุขภาพ ความเท่าเทียมกันในเรื่องสิทธิมนุษยชน ก็เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้กลุ่มผู้พิการเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้มากขึ้น เนื่องจากหนทางที่จะนำไปสู่ความต้องการและความพึงพอใจในชีวิตมีน้อยลง

### 2) ระบบเศรษฐกิจ

ปัญหาเศรษฐกิจสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ได้แก่ ความยากจน และปัญหาการว่างงาน

จากวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ.2540 ทำให้เศรษฐกิจตกต่ำ สัดส่วนประชากรที่ยากจนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.4 ใน พ.ศ.2539 เป็นร้อยละ 13.0 ใน พ.ศ.2544 (ภาพที่ 1-2)



ภาพที่ 1-2 สัดส่วนความยากจนของประเทศไทย พ.ศ.2505 - 2544



ที่มา : การสำรวจความสุขไทย พ.ศ.2542 - 2543

(พ.ศ.2505/2506 - 2518/2519 ได้จาก เอื้อย มีสุข, Income, Consumption and Poverty in Thailand, 1962/1963 - 1975/1976 พ.ศ.2524 และ 2529 ได้จากการศึกษาของ TDRI, Urban Poor Upgrading : Analysis of Poverty Trend and Profile of the Urban Poor in Thailand พ.ศ. 2531-2544 ได้จากการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ประมวลผลโดยกองประเมินผล การพัฒนาสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

ด้านการทำงาน จากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2542 - 2545 การประมาณ แนวโน้มภาวะการทำงานของประชากรไทย พ.ศ.2546 พบว่า อัตราการว่างงานของคนไทยโดยรวมมี แนวโน้มลดลงจากร้อยละ 4.2 ในปี พ.ศ.2542 เหลือร้อยละ 1.5 ในปี พ.ศ.2546 และอัตราการมีงานทำ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 97.2 ในปี พ.ศ.2546 (ตารางที่ 1-4)

ตารางที่ 1-4 ภาวะการทำงานของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

(หน่วย : พันคน)

การทำงาน	2542	2543	2544	2545	2546
ผู้มีงานทำ	30,663.3	31,292.6	32,172.8	32,997.2	33,841.4
อัตราการมีงานทำ (%)	93.7	94.2	94.8	96.4	97.2

ตลาดแรงงาน (%)					
ในระบบ	26.7	28.1	27.5	27.9	-
นอกระบบ	73.3	71.9	72.5	72.1	-

การทำงานในภาคอุตสาหกรรม					
- การผลิต	4,273.5	4,650.1	5,119.2	5,249.9	5,599.9
- การขายส่งฯ	4,239.2	4,373.7	4,673.0	4,978.7	5,185.7
- โรงแรม ฯ	1,806.4	1,810.2	1,955.6	2,093.6	2,186.9
- การก่อสร้าง	1,399.7	1,503.9	1,582.7	1,702.7	1,721.1

ผู้ว่างงาน	1,370.0	1,193.6	1,095.6	766.3	514.0
อัตราการว่างงาน (%)	4.2	3.6	3.2	2.2	1.5

ที่มา : สรุปรายงานการณีสั่งคมไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ถึงแม้ความยากจนจะเพิ่มขึ้นบ้างแต่ก็มีแนวโน้มที่จะลดลงประกอบกับอัตราการมีงานทำที่เพิ่มขึ้นย่อมส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนที่มีสาเหตุจากเศรษฐกิจลดลงด้วย

### 3) การศึกษา

จากรายงานการศึกษาและรายงานครู ปีการศึกษา พ.ศ.2539 - 2543 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า อัตราร้อยละของนักเรียนต่อประชากรในวัยเรียนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 58.6 ในปี พ.ศ.2539 เป็นร้อยละ 63.3 ในปี พ.ศ.2543 เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นได้แก่ ระดับประถมศึกษา จากร้อยละ 90.0 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 93.4 ในปี พ.ศ.2543 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจากร้อยละ 23.2 ในปี พ.ศ.2539 เป็นร้อยละ 32.4 ในปี พ.ศ.2543 และระดับอุดมศึกษา จากร้อยละ 14.2 ในปี พ.ศ.2539 เป็นร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ.2543

ประกอบกับการประกาศใช้พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 ทำให้เกิดการกระจายอำนาจบริหารการศึกษาไปสู่เขตพื้นที่การศึกษา สถานศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดการศึกษาที่ให้บุคคลมีสิทธิและโอกาสเสมอกันในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ไม่น้อยกว่า 12 ปี หรือโอกาสทางการศึกษาสำหรับบุคคลซึ่งมีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ สังคม การสื่อสารและการเรียนรู้ หรือมีร่างกายพิการ ทูพพลภาพ และบุคคลซึ่งไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ส่งผลให้ประชากรที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไปสามารถอ่านออกเขียนได้ในปี พ.ศ. 2543 มีถึงร้อยละ 90.8 ในขณะที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้มีร้อยละ 9.15 และช่วยเสริมให้ระดับปริญญาตรีเป็นระดับการศึกษาที่มีผู้สำเร็จการศึกษามากที่สุดถึง ร้อยละ 34.56 รองลงมาคือ อนุปริญญา ปวส. หรือเทียบเท่า ร้อยละ 32.79

ระดับการศึกษาที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ช่วยให้ประชาชนมีโอกาสรับรู้และเลือกข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์สำหรับตนเองหรือครอบครัว สามารถพิจารณาเลือกใช้บริการทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นคุณภาพชีวิตของตนเองหรือครอบครัว อีกทั้งโอกาสทางการศึกษาที่เพิ่มสูงขึ้นยังเป็นการขยายช่องทางการส่งผ่านข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจิตไปสู่ประชาชนได้ง่ายขึ้น

#### 4) การสื่อสาร

การขยายตัวของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการประยุกต์ใช้อินเทอร์เน็ตเข้าสู่งานต่างๆ เช่น การศึกษา การปฏิบัติงาน ความบันเทิง ฯลฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือในการเข้าถึงสารสนเทศจากแหล่งต่างๆ ได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว ส่งผลให้สังคมเกิดความตื่นตัวและต้องการใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น ครอบครัวที่มีกำลังซื้อและสามารถเข้าถึงระบบโทรศัพท์จะตัดสินใจซื้อเครื่องคอมพิวเตอร์และใช้อินเทอร์เน็ตได้ง่ายขึ้น ดังผลการสำรวจ (ตารางที่ 1-5)

ตารางที่ 1-5 จำนวนครัวเรือนและประชากรในประเทศไทยที่ใช้อินเทอร์เน็ต

ครัวเรือนและประชากร	ครัวเรือนที่ใช้อินเทอร์เน็ต		บุคคลที่ใช้อินเทอร์เน็ต		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวนผู้ใช้ต่อประชากร 100 คน
ทั่วราชอาณาจักร	2,277,046	100.0	3,536,001	100.0	5.64
- ในเขตเทศบาล	1,404,654	61.7	2,341,433	66.2	11.50
- นอกเขตเทศบาล	872,392	38.3	1,194,568	33.8	2.82
กรุงเทพมหานคร	680,297	29.9	1,234,542	34.9	16.00
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	566,795	24.9	830,389	23.5	5.85
ภาคเหนือ	380,267	16.7	516,114	14.6	4.57
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	384,169	16.9	559,193	15.8	2.64
ภาคใต้	265,518	11.6	395,763	11.2	4.72

ที่มา : การสำรวจการมี การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศในครัวเรือน พ.ศ.2544 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากตารางที่ 1-5 จะเห็นว่า ประเทศไทยมีปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ระหว่างประชากรที่อยู่ในเขตเทศบาลกับนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วน 11.50 และ 2.82 (ต่อประชากร 100 คน) ซึ่งแตกต่างกันถึง 4 เท่า เกิดปรากฏการณ์ที่เรียกว่า “ช่องว่างทางดิจิทัล” (Digital Divide) หรือความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสารสนเทศและความรู้ เพราะจะมีผลกระทบต่อระบบคิด วิถีชีวิต ค่านิยมและเป้าหมายระหว่าง “ผู้มีข่าวสาร” กับ “ผู้ไร้ข่าวสาร”

ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (เนคเทค) ได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตจากผู้ตอบแบบสอบถามเกือบ 20,000 คน พบว่า ลักษณะการใช้งานอินเทอร์เน็ตที่นิยมมากที่สุด คือ อีเมลคิดเป็นร้อยละ 35.7 และการค้นหาข้อมูล ร้อยละ 32.2 หากหน่วยงานด้านสุขภาพจิตมีบริการให้คำปรึกษาและเผยแพร่ความรู้ด้านส่งเสริม / ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผ่านอินเทอร์เน็ตได้อย่างครอบคลุม รวดเร็ว และทันสมัย ก็จะเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่สนับสนุนให้ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตแก้ไขปัญหาดังแต่แรกเริ่มได้ด้วยตนเอง

การสำรวจครั้งนี้พบว่าลักษณะการใช้งานอินเทอร์เน็ตระหว่าง 3 กลุ่มอายุ คือ 1) ต่ำกว่า 20 ปี ใช้ประโยชน์ในกิจกรรมที่เน้นการบันเทิงเพื่อเล่นเกมและสนทนา 2) กลุ่ม 20-29 ปี ใช้ประโยชน์เพื่อส่งอีเมลล์และค้นหาข้อมูล และ 3) กลุ่ม 30 ปีขึ้นไป ใช้เพื่อการค้นหาข้อมูลและติดตามข่าวสารสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และสังคมได้ให้ความสนใจต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของเยาวชน เพราะมีผลกระทบต่อ การพิจารณาเลือกรับรู้ข่าวสาร การพัฒนาระบบคิด-พฤติกรรมของเด็กและเยาวชน สำนักงานสถิติ



แห่งชาติ ได้สำรวจ 1,560 ครั้วเรือนในกรุงเทพมหานคร พบว่าเยาวชนร้อยละ 16 ติดเกมคอมพิวเตอร์ และร้อยละ 58 ใช้บริการร้านให้เช่าอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้กระทรวงศึกษาธิการสำรวจพบว่า เยาวชนใช้เวลา 5-8 ชั่วโมงและต้องใช้จ่าย 300-500 บาทต่อวัน เพื่อเล่นเกมทางอินเทอร์เน็ต ปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อให้เยาวชนเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ขาดสัมพันธภาพและทักษะทางสังคม ขาดวินัยและมีการเลียนแบบพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

นอกจากอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์เคลื่อนที่นับได้ว่าเป็นเทคโนโลยีที่ทำให้มีการติดต่อกันได้รวดเร็วและใกล้ชิดมากขึ้น จากการศึกษาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีของประเทศต่างๆ ใน พ.ศ.2539-2542 ของ IMD The World Competitive Yearbook, 1999 พบว่าในปี พ.ศ.2539 คนไทยมีโทรศัพท์เคลื่อนที่ 27.8 เครื่องต่อประชากร 1,000 คน ในปี พ.ศ.2544 เพิ่มขึ้นเป็น 138.6 เครื่อง ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งเพิ่มถึง 4 เท่าตัวในช่วงเวลา 6 ปี ในขณะที่สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจข้อมูลการมีโทรศัพท์พื้นฐานในปี พ.ศ.2544 พบว่า ร้อยละ 29.1 ของครัวเรือนทั่วราชอาณาจักร มีโทรศัพท์ใช้ (การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543, 2545) แสดงให้เห็นถึงความรวดเร็วในการรับเทคโนโลยีใหม่ และความเป็นนวัตกรรมของคนไทยที่มีเพิ่มมากขึ้น

สำหรับช่องการสื่อสารที่ครอบคลุมประชากรมากที่สุดพบว่า โทรทัศน์เป็นช่องทางที่ดี จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในช่วงปี พ.ศ.2533-2544 พบว่า ในปี พ.ศ.2533 ร้อยละ 61.3 ของครัวเรือนทั่วราชอาณาจักรมีเครื่องรับโทรทัศน์ขาวดำและสี ต่อมาในปี พ.ศ.2544 พบว่า ร้อยละ 90.3 ของครัวเรือนไทยมีเครื่องรับโทรทัศน์ ส่วนจำนวนเครื่องรับวิทยุมีจำนวนคงที่คือประมาณร้อยละ 71 ของครัวเรือน

การที่ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้รวดเร็วขึ้นนับเป็นประโยชน์ต่อการปรับตัวให้ก้าวทันสังคมโลกที่เปลี่ยนแปลงไป แต่การกลั่นกรองข้อมูลต่างๆ ก่อนที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในสังคมไทย ย่อมต้องดำเนินไปควบคู่กัน เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม

## 2.2 ระดับครอบครัว

### 1) สถานการณ์ครอบครัวไทย

#### โครงสร้างของครอบครัว

โครงสร้างของครอบครัวในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงจากอดีต ซึ่งเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ที่มีทั้งพ่อแม่ลูก ปู่ย่าตายาย อยู่รวมกันในครอบครัวเดียวกัน และมีส่วนช่วยเหลือกันในการอบรมเลี้ยงดูลูกหลาน มาเป็นครอบครัวที่มีขนาดค่อนข้างเล็ก มีสมาชิกประมาณ 3-4 คน โดยครอบครัวเดี่ยว ซึ่งมีครัวเรือนอยู่กันลำพังสามีและภรรยา มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 11.2 ในปี พ.ศ.2542 เป็นร้อยละ 13.4 ในปี พ.ศ.2545 ในขณะที่ครอบครัวเดี่ยวที่อยู่กันระหว่างพ่อแม่และลูก กลับมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 37.6 ในปี พ.ศ. 2542 เหลือร้อยละ 34.4 ในปี พ.ศ. 2545 (ตารางที่ 1-6)

## ตารางที่ 1-6 ลักษณะการอยู่อาศัย จำแนกตามประเภทครัวเรือน

ลักษณะการอยู่อาศัย (%)	2542	2543	2544	2545
ครัวเรือนประเภทครอบครัวเดี่ยว	56.9	56.1	56.2	55.5
สามีและภรรยา	11.2	12.0	12.5	13.4
สามีและภรรยา และลูก	37.6	36.1	35.4	34.4
สามีหรือภรรยา และลูก	8.1	8.0	8.3	7.7
ครัวเรือนประเภทครอบครัวขยาย	31.3	31.6	31.7	32.1
อยู่คนเดียว	11.0	11.5	11.5	11.8
อยู่กับคนที่ไม่ใช่ญาติ	0.8	0.8	0.6	0.6

ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2542-2545  
(สรุปสถานการณ์สังคมไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546)

### การทำหน้าที่ของครอบครัว

เมื่อมีการสำรวจลักษณะครอบครัวผาสูกทั้งประเทศ 75 จังหวัด ในปี พ.ศ.2542 พบว่า มีครอบครัวเพียง 4.8 ล้านครัวเรือน จาก 7.5 ล้านครัวเรือนที่สำรวจทั้งหมด หรือคิดเป็นร้อยละ 63.38 เท่านั้น ที่มีพ่อแม่และลูกอยู่พร้อมหน้ากัน ส่วนที่เหลือพบว่า มีเด็กถูกทอดทิ้งอยู่ 1.6 แสนครัวเรือน มีเด็กกำพร้าอยู่ 2.6 แสนครัวเรือน มีเด็กพิการอยู่ 3.8 แสนครัวเรือน และมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ จำนวน 8.3 แสนครัวเรือน (สถิติสวัสดิการสังคมและงานประชาสงเคราะห์, 2542)

ทั้งนี้ สาเหตุที่ทำให้ครอบครัวไม่ได้อยู่พร้อมหน้าเป็นการถาวรมีหลายสาเหตุ ได้แก่ อัตราการหย่าร้างโดยรวมทั่วประเทศ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2535 - 2544 โดยเพิ่มจากร้อยละ 9.7 เป็นร้อยละ 23.4 (สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย, 2545) นอกจากนี้มีผู้หญิงเป็นหัวหน้าครอบครัวเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ.2533 จำนวนร้อยละ 19.4 เป็นร้อยละ 25.5 ในปี พ.ศ.2543 (สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2533 และ พ.ศ.2543) อีกทั้งยังมีการอพยพย้ายถิ่นของสมาชิก ในครอบครัวทั้งที่สมรสและเคยสมรส จากการสำรวจในปี พ.ศ.2540 พบว่า มีจำนวนประมาณ 8 แสนคน จากผู้อพยพย้ายถิ่น 3.2 ล้านคน (สมุดสถิติรายปีประเทศไทย 2541) ด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ คือ ต้องการหางานทำ ทหารายได้ที่ดีกว่าเดิม และย้ายตามหน้าที่การงาน นอกจากนี้ครอบครัวไทยในปัจจุบันมีครอบครัวที่ไม่มีบุตรเพิ่มมากขึ้น หรือหากมีลูกก็มีเพียงคนเดียว โดยเฉพาะในสังคมเมือง เนื่องจากไม่ต้องการมีภาระในการเลี้ยงดูบุตร และมุ่งความก้าวหน้าในหน้าที่การงานหรืออาชีพมากกว่า

การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัวและจากการที่สตรีเป็นหัวหน้าครอบครัว และต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากกว่าในอดีต จึงพบว่าครอบครัวมีเวลาเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนน้อยลง ทั้งนี้ พบว่าจากอัตราของประชากรวัยเรียน อายุ 3-5 ปี ที่เข้าเรียนในระดับก่อนประถมศึกษา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 39.30 ในปี พ.ศ.2535 เป็นร้อยละ 72.51 ในปี พ.ศ.2544

## 2) ปัญหาและผลกระทบ

### 1. เด็กในภาวะลำบาก

จากสภาพปัจจุบันที่ครอบครัวแตกแยก พ่อแม่ยากจน และภาวะความอ่อนแอของครอบครัว ทำให้เด็กได้รับผลกระทบโดยตรง ข้อมูลด้านเด็ก เยาวชน ครอบครัว ปี พ.ศ.2545 สถาบันสวัสดิการและพัฒนาเด็ก มูลนิธิเด็ก ได้รายงานการสำรวจของกรมประชาสงเคราะห์ ประมาณว่า เด็กอายุ 0-14 ปีที่อยู่ในภาวะลำบากต่างๆ กัน คือ เด็กประมาณ 6 ล้านคนอยู่ในครอบครัวยากจน เด็กถูกทอดทิ้งประมาณกว่าแสนคน เด็กกำพร้าประมาณ 3 แสนห้าหมื่นคน เด็กเร่ร่อน/ขอทาน ประมาณ 3 แสนเจ็ดหมื่นกว่าคน เด็กพิการทางกาย หรือ จิต ประมาณ 4 แสนกว่าคน และเด็กชนกลุ่มน้อยประมาณ 2 แสนกว่าคน

ข้อมูลเด็กที่ถูกละเมิดสิทธิที่ได้รับการช่วยเหลือโดยศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2526-2545 พบว่าเด็กที่ถูกล่วงเกินทางเพศ และถูกทำร้ายร่างกายมีแนวโน้มสูงขึ้นมาโดยตลอด คือ เด็กที่ถูกล่วงเกินทางเพศ จำนวน 3 รายในปี พ.ศ.2526 เพิ่มขึ้นจำนวน 101 ราย ในปี พ.ศ.2545 และ เด็กที่ถูกทำร้ายร่างกาย จำนวน 0 รายในปี พ.ศ.2526 เพิ่มขึ้นจำนวน 34 ราย ในปี พ.ศ.2545

ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาครอบครัวมีความรุนแรง และซ้ำซ้อนมากขึ้น จากสถานการณ์เด็กวัย 0-5 ปีในมูลนิธิเด็กอ่อนในสลัม ในปี พ.ศ.2545 มีเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ในความดูแล 1,866 คน ที่มีปัญหาต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ การขาดสารอาหาร การเจ็บป่วยเรื้อรังและไม่ได้รับดูแลที่เหมาะสม การถูกทอดทิ้ง การติดสารเสพติดจากมารดา การมีพัฒนาการช้า การถูกทำร้ายร่างกาย และถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น โดยเด็กอยู่ในครอบครัวมีปัญหาต่างๆ ดังนี้

ตารางที่ 1-7 สภาพปัญหาครอบครัวเด็กแรกเกิด - 5 ปี มูลนิธิเด็กอ่อนในสลัม พ.ศ.2545

สภาพปัญหาครอบครัว	จำนวนเด็ก (คน)
ครอบครัวต้องทำงาน เด็กขาดผู้ดูแล	761
ครอบครัวตกงาน/รายได้ไม่แน่นอน	413
ครอบครัวแตกแยก	182
ครอบครัวติดยาบ้า กาว ผงขาว	145
ครอบครัวติดเชื้อเอดส์	29
ครอบครัวติดสุราเรื้อรัง	28
ครอบครัวใช้ความรุนแรง	25
ครอบครัวมีปัญหาด้านสุขภาพ	24
ครอบครัวเสียชีวิต	16
ครอบครัวต่างดาว	14
ครอบครัวติดการพนัน	10

หมายเหตุ : เด็ก 1 คน มีปัญหามากกว่า 1 ปัญหา

## 2. ปัญหาการเลี้ยงดูบุตร และสภากาชาดเด็กและเยาวชน

2.1 การติดตามสภากาชาดเด็กและเยาวชนรายจังหวัด หรือโครงการ Child Watch ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ซึ่งทำการศึกษาในปี พ.ศ.2545 นำร่องในพื้นที่ 12 จังหวัด กระจายทุกภาคทั่วประเทศ โดยใช้แบบสอบถามจังหวัดละ 1,000 คน พบประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับสภากาชาดเด็กและเยาวชน ดังนี้

1) รากฐานสุขภาพเด็กไทยยังไม่ดีนัก โดยในระดับอนุบาลและประถมศึกษามีเด็กน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์โดยเฉลี่ยถึงร้อยละ 10-15 และเด็กและเยาวชนในช่วงอายุ 0-24 ปีจำนวนนับพันคนในแต่ละปี ต้องเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถยนต์และจักรยานยนต์

2) เด็กไทยมีกระแสบริโภคนิยม จากการสำรวจพฤติกรรมเด็กวัยรุ่นระดับมัธยมปลายและอุดมศึกษาในรอบ 1 เดือน พบว่า เด็กกินอาหารจานด่วนเฉลี่ยราว 3 ครั้ง ไปเดินห้างสรรพสินค้าประมาณ 4 ครั้ง ซื้เครื่องสำอางบำรุงผิวประมาณ 2 ครั้ง นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กวัยรุ่นในต่างจังหวัดถึงราวร้อยละ 50 เข้าร้านอินเทอร์เน็ตเป็นประจำ และร้อยละ 30 มีโทรศัพท์มือถือใช้ ทำให้เด็กวัยรุ่นใช้เวลากับครอบครัวน้อยลงด้วย จากการสำรวจพบว่า เด็กวัยรุ่นถึงร้อยละ 40 ไม่ได้เที่ยวกับพ่อแม่พี่น้องเลยในระยะเวลา 1 เดือน และ เด็กเกือบร้อยละ 50 ไม่ได้ใส่บาตร และเกือบร้อยละ 70 ไม่ได้ฟังเทศน์เลยในรอบ 1 เดือน

3) เด็กไทยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นแหล่งอบายมุขมากกว่าพื้นที่ดี โดยในแต่ละจังหวัดมีสถานที่อบายมุขเฉลี่ยจังหวัดละกว่า 200 แห่ง ในขณะที่สถานที่ดี มีเพียงจังหวัดละประมาณ 20 แห่งเท่านั้น

2.2 ปัญหาการเลี้ยงดูบุตร การสำรวจความคิดเห็นของพ่อแม่ที่มีลูกอายุระหว่าง 5-15 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จำนวน 1,218 คน โดยสวนดุสิตโพล สถาบันราชภัฏสวนดุสิต ในปี พ.ศ.2545 สรุปว่าพ่อแม่ปัจจุบันมีความหนักใจในการเลี้ยงดูลูกหลายด้าน (ตารางที่ 1 -8)

ตารางที่ 1-8 ปัญหาในการเลี้ยงดูลูกอายุระหว่าง 5-15 ปี

ความหนักใจของพ่อแม่ที่มีต่อลูกชาย		ความหนักใจของพ่อแม่ที่มีต่อลูกสาว	
ลักษณะปัญหา	ร้อยละ	ลักษณะปัญหา	ร้อยละ
การเอาแต่ใจตนเอง ดื้อ เกเร	31.9	เอาแต่ใจตัวเอง ดื้อ เกเร	26.74
ปัญหาสุขภาพจิต	18.35	ไม่สนใจการเรียนฯ	17.44
ไม่ค่อยสนใจการเรียน ไม่อ่านหนังสือ	11.01	ไม่เชื่อฟังไม่เคารพพ่อแม่ ชอบเถียง	11.63
การคบเพื่อน ติดเพื่อนชอบเที่ยวเตร่	10.09	การคบเพื่อน ติดเพื่อน ชอบเที่ยวเตร่	10.47
ไม่เชื่อฟัง ไม่เคารพพ่อแม่ ชอบเถียง	8.72	สุขภาพ และโรคประจำตัว	8.72
ปัญหาสุขภาพและโรคประจำตัว	7.79	ปัญหาสุขภาพจิต	7.56
สภาพแวดล้อมไม่ดี กลัวนอกกลุ่มนอกรทาง	4.03	สภาพแวดล้อมไม่ดี กลัวนอกกลุ่มนอกรทาง	5.81
การทะเลาะวิวาท,ชอบใช้ความรุนแรง	3.67	ความปลอดภัย ภัยสังคม	4.65
ความปลอดภัย ภัยสังคม	2.75	ชอบใช้ความรุนแรง	4.07
พฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ	2.30	ติดเทคโนโลยีมากเกินไป	2.91

จากสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัวส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อวิถีชีวิตครอบครัว ให้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้งในทางบวกและทางลบ การศึกษาติดตาม และเฝ้าระวังแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัวไทยในอนาคต จึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อการพัฒนาและป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับสถาบันครอบครัวได้ทันทั่วทั้ง

### 2.3 ระดับบุคคล

#### 1) พันธุกรรม

เป็นที่ทราบกันดีว่า ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ และมีผลต่อปัญหาพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชเป็นอย่างมาก ในอดีตที่ผ่านมา ความรู้ความเข้าใจทางด้านประสาทวิทยาและสารสื่อประสาท (neurology and neurotransmitters) ทำให้มีการพัฒนายาที่ใช้ในการรักษาโรคทางจิตเวชที่ได้ผลหลายชนิด แต่ความเข้าใจดังกล่าว ยังไม่สามารถขยายผลไปถึงขั้นของการวินิจฉัยก่อนมีอาการ (presymptomatic diagnosis) หรือการวินิจฉัยในกลุ่มเสี่ยง (risk group or susceptible group) เพื่อป้องกันก่อนเกิดปัญหา รวมทั้งพัฒนาการบำบัดรักษาความผิดปกติทางจิตให้หายขาดได้ เนื่องจากการศึกษาปัจจัยที่เป็นต้นเหตุของความผิดปกติทางชีวภาพ ยังอยู่ในวงจำกัด ทั้งนี้เพราะปัญหาพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช มีลักษณะของความผิดปกติแบบพหุปัจจัย (multifactorial disorder) โดยเกิดจากปฏิสัมพันธ์ (interaction) ของปัจจัยทางพันธุกรรม ซึ่งได้แก่ยีน หรือกลุ่มของยีน และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อการแสดงออกของยีนเหล่านั้น การศึกษาดังกล่าว ต้องการความรู้ทางด้านพันธุกรรม และเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าหลายชนิด เพื่อให้การศึกษาสำเร็จได้



ภายหลังความสำเร็จของโครงการถอดรหัสพันธุกรรมมนุษย์ (human genome project) ในปี ค.ศ.2000 ทำให้นักวิทยาศาสตร์สามารถศึกษาความผิดปกติทางพันธุกรรมของมนุษย์ได้กว้างขวางและรวดเร็วมากขึ้น รวมทั้งมีการพัฒนาเทคโนโลยีทางชีวภาพใหม่ๆ ขึ้นเป็นจำนวนมาก ทำให้มีความเป็นไปได้ในการศึกษาโรคแบบพหุปัจจัย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง และปัญหาพฤติกรรมและโรคทางจิตเวช เพิ่มมากขึ้น โดยมีวิธีการศึกษา 2 แบบใหญ่ๆ คือ

1. Population-based approach คือ การศึกษาในประชากรกลุ่มใหญ่ ที่มีปัญหาทางพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชแบบเดียวกัน เพื่อค้นหาความผิดปกติของยีนหรือกลุ่มของยีน ที่เป็นสาเหตุของโรคนั้นๆ

2. Candidate gene approach คือ การศึกษาความผิดปกติของยีน หรือกลุ่มของยีน ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมหรือเป็นโรคกลุ่มเดียวกัน

ผลของการศึกษาทั้ง 2 แบบ จะสามารถให้คำตอบได้หลายระดับคือ

1. การวินิจฉัย ทำให้การตรวจวินิจฉัยแม่นยำมากขึ้น เนื่องจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยทางคลินิก การจำแนกเป็น subgroup ถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้ยังอาจช่วยการพยากรณ์โรคได้ รวมทั้งอาจช่วยในการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม เพื่อให้คู่สมรสสามารถวางแผนครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

2. การบำบัดรักษา การศึกษาทาง pharmacogenetics และ pharmacogenomics จะช่วยให้การรักษาแบบเฉพาะบุคคลเป็นไปได้มากขึ้น กล่าวคือ ความแตกต่างทางพันธุกรรมของแต่ละบุคคล จะทำให้การตอบสนองต่อการรักษาแตกต่างกันออกไป องค์ความรู้ดังกล่าวสามารถช่วยให้มีการเลือกยาที่เหมาะสม มีผลข้างเคียงน้อย และมีประสิทธิภาพในการรักษาสูง นอกจากนี้ การปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ที่มีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยทางพันธุกรรม ก็จะช่วยให้การบำบัดรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. การป้องกันกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคทางจิตเวชหรือปัญหาพฤติกรรม จะได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตั้งแต่ก่อนจะเกิดอาการ ทั้งนี้ด้วยการปรับเปลี่ยนปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการเกิดโรค การปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต การติดตามดูแลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การบำบัดรักษาเมื่อเริ่มเกิดอาการ เป็นต้น

4. การส่งเสริมสุขภาพ องค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เพื่อช่วยเสริมให้กลุ่มปกติ มีสุขภาพทางจิตที่ดีขึ้น

การศึกษาในต่างประเทศ ได้เริ่มดำเนินการทั้ง 2 แบบ ในกลุ่มโรคต่างๆ เช่น schizophrenia, bipolar disorder, autism, ADHD เป็นต้น รวมทั้งมีการศึกษาในด้าน pharmacogenetics เพื่อพัฒนาที่เหมาะสมกับแต่ละ genetic background และมีประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้น

ในประเทศไทย ได้เริ่มต้นมีการศึกษาแบบ candidate gene approach บ้าง แต่ยังอยู่ในวงจำกัด เฉพาะในมหาวิทยาลัย อีกทั้งเป็นการวิจัยเบื้องต้น และเป็นการศึกษาขนาดเล็ก โดยเป็นการทำซ้ำกับในต่างประเทศ เพื่อศึกษาว่าในประเทศไทยมีลักษณะเช่นเดียวกับรายงานที่มีหรือไม่มี อนึ่ง

ยังไม่มีการศึกษาแบบ population genetics approach

ในส่วนของกรมสุขภาพจิต ปัจจุบัน สถาบันราชานุกูล ได้เริ่มดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาชุดทดสอบในการวิเคราะห์ความผิดปกติทางพันธุกรรมที่เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน โดยใช้เทคนิค multicolor FISH (Fluorescence in situ hybridization) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการวินิจฉัย โดยคาดว่าจะสามารถให้การวินิจฉัยความผิดปกติทางพันธุกรรมได้เพิ่มขึ้นประมาณ 8-10% ซึ่งจะนำไปสู่การให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม และการป้องกันการเกิดซ้ำ นอกจากนี้ ยังได้ดำเนินการจัดตั้งธนาคารเนื้อเยื่อ (cell line repository) เพื่อเก็บตัวอย่างทางพันธุกรรมและข้อมูลทางคลินิกของมนุษย์ในรูปแบบของ permanent cell line ในกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะปัญญาอ่อน และโรคทางจิตเวช เพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัยในเชิงลึกต่อไป

สถาบันราชานุกูล ยังได้ร่วมกับศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ (BIOTEC), โรงพยาบาลรามธิบดี, CNG (Centre National de Genotypage) ประเทศฝรั่งเศส ในการดำเนินโครงการ Thailand SNP discovery เพื่อจัดทำ SNP database (Single nucleotide polymorphism) ของคนไทย ซึ่งคาดว่าหากโครงการเสร็จสิ้นจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเป็นพื้นฐานสำหรับงานวิจัยทางพันธุศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทยเป็นอย่างมาก

กล่าวโดยสรุปประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่สามารถเทียบเคียงอุบัติการณ์ด้านพันธุกรรมที่เป็นสาเหตุของความผิดปกติทางจิตเวชในไทยกับต่างประเทศได้เนื่องจากปัญหาพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช มีสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกัน พื้นฐานทางพันธุกรรมที่แตกต่างกัน อาจทำให้ลักษณะของปัญหาและการดูแลแตกต่างกันออกไป ถึงแม้จะอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมเดียวกัน นอกจากนี้ เทคโนโลยีหลายชนิดยังมีราคาค่อนข้างสูง และอาจไม่คุ้มค่ากับการลงทุน การวิจัยด้านนี้ในประเทศไทย จึงควรเน้นการวิจัยที่เฉพาะกับ genetic background ของประชากรในบริเวณนี้ จึงจะสามารถแข่งขันกับต่างประเทศและมีประโยชน์กับประชาชนโดยตรง ซึ่งอาจจะเน้นในเชิงของการวินิจฉัย การบำบัดรักษา หรือการส่งเสริมป้องกัน นอกจากนี้ ปัญหาพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช เกิดขึ้นกระจายตัวไป การบริหารจัดการจึงควรเน้นการวิจัยแบบ multi-center research เพื่อให้สามารถ คึกษาตัวอย่างได้มากเพียงพอ และการติดตามผลการศึกษาระยะยาวเป็นไปได้

## 2) พฤติกรรมสุขภาพ

การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยผ่อนคลายความเครียด ความกังวล และส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีในทางตรงกันข้าม พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อตนเองและสังคมโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตได้แก่

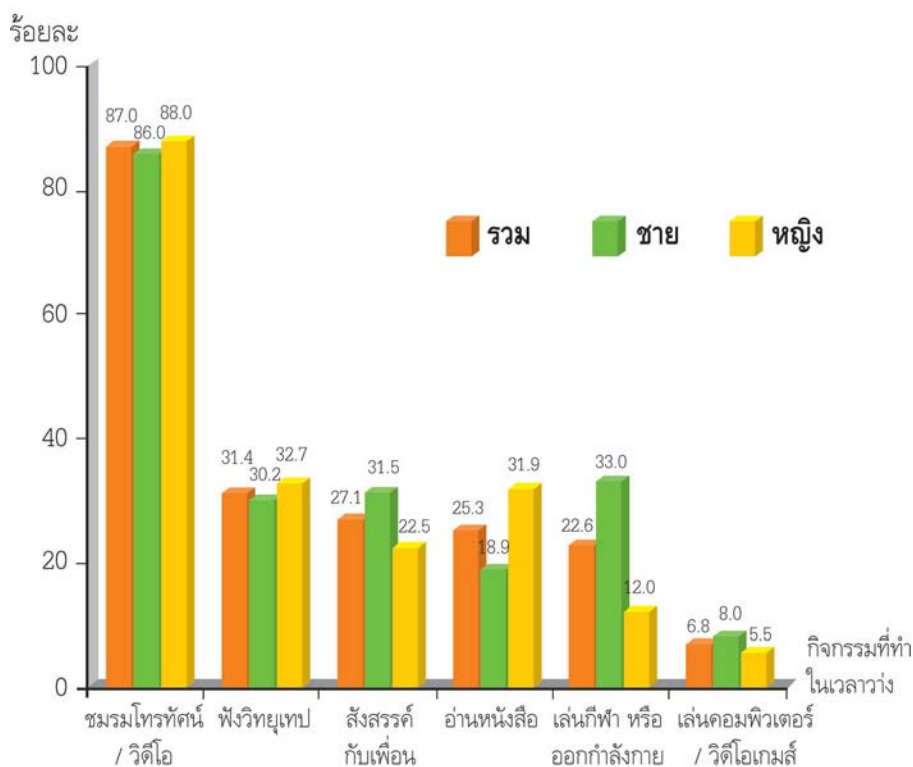
**พฤติกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ** เช่น การใช้เวลาว่าง การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นต้น

ในปี พ.ศ. 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจการใช้เวลาว่างนอกเหนือจากการเรียน การทำงาน

และการปฏิบัติภารกิจประจำวันของเด็กและเยาวชนอายุ 6 - 24 ปี จำนวน 20.9 ล้านคน พบว่าร้อยละ 87.0 ใช้เวลาว่างดูโทรทัศน์ / วิดีทัศน์ มากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 31.4 ฟังวิทยุ / เทป ร้อยละ 25.3 อ่านหนังสือ ร้อยละ 22.6 เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย และร้อยละ 21.7 สังสรรค์กับเพื่อน

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงว่าเด็กและเยาวชนไทยใช้เวลาพักผ่อนหย่อนใจไปกับกิจกรรมบันเทิงมากกว่ากิจกรรมที่สร้างสรรค์ เช่น การอ่านหนังสือ การออกกำลังกาย เป็นต้น

**ภาพที่ 1-3 ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ 6-24 ปี  
จำแนกตามประเภทกิจกรรมที่ทำในเวลาว่างและเพศ**



ที่มา : สรุปผลการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ.2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

\* ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ / ไม่รวมไม่ทราบ

ในเรื่องของการออกกำลังกายพบว่าประชากรที่อายุ 6 ปีขึ้นไป ของประชากรทั้งสิ้นจำนวน 57.3 ล้านคน มี 17.0 ล้านคน หรือ ร้อยละ 29.6 ที่เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย โดยผู้ชายมีส่วนในการออกกำลังกายมากกว่าผู้หญิง จากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ.2541 เรื่อง สภาวะเยาวชนไทยในเขตเมืองจำนวน 1,066 คน พบว่า เยาวชนในเขตเมืองออกกำลังกายเป็นประจำเป็นสัดส่วนที่มากกว่าเยาวชนในเขตชนบท และพบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการเล่นกีฬาเฉลี่ยต่อวันนานขึ้น (ตารางที่ 1-9)

**ตารางที่ 1-9 ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปที่เล่นกีฬา  
จำแนกตามระยะเวลาที่เล่นเฉลี่ยต่อวัน พ.ศ. 2530 พ.ศ. 2535 และ พ.ศ. 2540**

ระยะเวลาที่เล่น เฉลี่ยต่อวัน	พ.ศ.2530			พ.ศ.2535			พ.ศ.2540		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
น้อยกว่า 10 นาที	3.2	1.7	6.2	1.6	1.3	2.1	0.3	0.3	0.4
10-29 นาที	22.6	19.6	28.7	19.5	16.4	24.4	11.7	10.0	14.3
30 นาทีขึ้นไป	74.2	78.7	65.1	78.8	82.2	73.5	87.9	89.6	85.2
ไม่ระบุ	-	-	-	0.1	0.1	-	0.1	0.1	0.1
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ที่มา : รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป  
พ.ศ.2535 และ พ.ศ.2540 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การดื่มสุราเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่มักจะใช้ในการพบปะสังสรรค์หรือพักผ่อนหย่อนใจ  
ผลจากการดื่มสุรานั้นนอกจากจะเสียสุขภาพแล้ว ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการใช้ความรุนแรงในครอบครัว  
การทะเลาะวิวาท และก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่างๆ โดยเฉพาะการขับขี้นเนื่องจากความมึนเมาด้วย จากการสำรวจ  
เรื่อง อนามัยและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในรอบ 10 ปี จำนวนผู้ดื่มสุราเพิ่มขึ้น  
ประมาณ 2.9 ล้านคน โดยในปี พ.ศ.2544 มีผู้ดื่มสุราจำนวน 15.33 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32.6 ของ  
ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 1-10)

**ตารางที่ 1-10 จำนวนผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์  
และสัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุรา พ.ศ.2534 - 2544**

พ.ศ.	จำนวนประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป (ล้านคน)	จำนวนผู้ดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ (ล้านคน)			สัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ (%)		
		รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
		2534	39.5	12.4	10.5	1.8	31.5
2539	43.4	13.7	11.9	1.7	31.6	55.4	8.1
2544	46.9	15.3	13.0	2.3	32.6	55.9	9.8

ที่มา : การสาธารณสุขไทย 2542 - 2543

ในเรื่องของการสูบบุหรี่ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2542 พบว่าสัดส่วนของการสูบบุหรี่ลดลง จากร้อยละ 23.4 ในปี พ.ศ.2539 เป็นร้อยละ 20.6 ในปี พ.ศ.2544 แต่ปรากฏว่าเยาวชน ที่มีอายุ 15-24 ปี ทั้งชายและหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 1-11)

ตารางที่ 1-11 สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำในกลุ่มอายุ 11 ปี ขึ้นไป  
จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ.2542 และ พ.ศ.2544

กลุ่มอายุ (ปี)	สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ (%)						การเปลี่ยนแปลงของอัตรา ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ		
	พ.ศ. 2542			พ.ศ. 2544			รวม	ชาย	หญิง
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง			
11 - 14	0.2	0.5	-	0.1	0.2	0.1	-0.1	-0.3	0.1
15 - 24	12.3	24.0	0.3	13.5	26.0	0.6	1.2	2.0	0.3
25 - 59	26.3	49.8	3.0	26.2	49.9	2.6	-0.1	0.1	-0.4
60 ปีขึ้นไป	23.3	45.1	4.8	21.1	40.9	4.3	-2.2	-4.2	-0.5
รวม	20.5	38.9	2.4	20.6	39.3	2.2	0.1	0.4	-0.2

ที่มา : การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543

(การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ.2542, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

และการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ)



ตารางที่ 1-12 อัตราร้อยละของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ  
จำแนกตามอายุที่เริ่มสูบบุหรี่และสาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่ พ.ศ.2542

สาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่	รวม	อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ (ปี)				
		ต่ำกว่า 15 ปี	15-19 ปี	20-24 ปี	25-29 ปี	30 ปีขึ้นไป
รวม	100.0	11.5	55.9	24.8	4.6	3.2
อยากทดลองสูบบุหรี่	37.5	68.4	39.7	35.7	34.0	55.9
เพื่อเข้าสังคม	7.1	4.0	6.1	9.7	12.6	26.4
ไม่มีอะไรจะทำ	3.4	7.5	2.1	4.7	4.6	39.3
ตามอย่างเพื่อน, เพื่อนชวน	34.8	55.2	38.2	32.7	25.1	43.6
						35.6*
มีความเครียด วิตกกังวล	3.9	5.2	2.3	5.6	10.0	56.8
เพื่อความโก้เก๋	3.2	6.7	3.6	3.0	0.8	3.2
เพื่อความเป็นผู้ใหญ่	1.5	1.3	1.4	1.4	2.3	5.3
ตามอย่างสมาชิกในครัวเรือน	3.5	23.1	2.7	3.1	3.4	19.5
ตามอย่างผู้ใหญ่, ดารา	0.6	1.4	0.6	0.4	0.4	0.1
สาเหตุจากการทำงาน	2.9	17.7	2.5	2.0	3.3	22.8
อื่น ๆ	1.3	5.9	0.5	1.5	3.5	27.0
ไม่ทราบ	0.3	-	0.3	0.2	-	0.1
						64.4*

ที่มา : การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543

(การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ.2542, สำนักงานสถิติแห่งชาติ )

\* ไม่ระบุอายุ

จากข้อมูลดังกล่าวส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่เริ่มสูบบุหรี่ว่า อยากทดลองสูบบุหรี่ กลุ่มอายุที่ให้เหตุผลนี้มากที่สุดคือกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี รองลงมาได้แก่ ตามอย่างเพื่อนหรือเพื่อนชวนสูบบุหรี่ แสดงให้เห็นว่าเด็กและวัยรุ่นตอนต้น ยังไม่ตระหนักถึงผลเสียของการสูบบุหรี่เท่าที่ควร ขาดการคิดไตร่ตรองถึงผลดีผลเสีย และขาดทักษะการปฏิเสธ ซึ่งการสูบบุหรี่นี้อาจจะเป็นตัวนำไปสู่การเสพยาเสพติดชนิดอื่นๆ ต่อไป

### 3) พฤติกรรมทางเพศ

ปี 2539 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สำรวจพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นหญิงชาย พบว่าวัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุต่ำสุด 11 - 12 ปี และในปี พ.ศ. 2541 พบว่าวัยรุ่นหญิงไทยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกระหว่างอายุ 13 - 19 ปี และในปี พ.ศ. 2544 จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความเชื่อของวัยรุ่นในเรื่องมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานมีมากขึ้นและวัยรุ่นหญิงยอมรับแนวคิดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานมากขึ้นด้วย

จากการสำรวจ Global Survey ในปี พ.ศ. 2544 ของบริษัทดูเร็กซ์แห่งประเทศไทยพบว่าผู้หญิง 9 ใน 10 คน และผู้ชาย 7 ใน 10 คน มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟนหรือคนรักโดยผู้ชายให้เหตุผลอันดับแรกว่าอยาก رؤ้อยากเห็น อันดับสองคือ ความรัก ส่วนผู้หญิงให้เหตุผลว่าเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเกิดจากความรัก และการแต่งงาน ชายไทยร้อยละ 10 ยังมีการขึ้นครูกับหญิงบริการ

ในปี 2543 กองอนามัยการเจริญพันธุ์รายงานว่า ประมาณร้อยละ 46 ของการทำแท้งทั้งหมดอายุต่ำกว่า 25 ปี และร้อยละ 30 อายุต่ำกว่า 20 ปี (ประชากรและการพัฒนา, 2546)

ในเรื่องของโรคเอดส์ จากรายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยเอดส์ พ.ศ. 2537-2544 พบว่ามีจำนวนลดลง ทั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยแรงงานรวมทั้งเด็กแรกเกิด- 4 ปี ซึ่งได้รับเชื้อจากมารดาที่ป่วยเป็นโรคเอดส์

ตารางที่ 1-13 จำนวนและอัตราผู้ป่วยเอดส์ พ.ศ. 2537-2544

ปี	จำนวนผู้ป่วยเอดส์	อัตราป่วย/100,000ประชากร	จำนวนผู้ป่วยเอดส์ตาย
2537	13,839	23.42	3,432
2538	20,597	34.64	5,146
2539	24,806	41.26	6,278
2540	26,771	44.02	7,166
2541	27,213	44.27	7,847
2542	26,525	43.08	7,868
2543	25,248	40.87	6,972
2544	21,851	35.19	6,492

ที่มา : การสาธารณสุขไทย 2542-2543 (กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

จากข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพข้างต้นจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมยังมีความรุนแรงโดยส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความตระหนักในความสำคัญของปัญหา และขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งนอกจากจะไม่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตแล้วยังทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ อีกด้วย

กล่าวโดยสรุป สถานการณ์และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตมีความกว้างขวางครอบคลุมแทบทุกระบบของสังคม ครอบครัว และบุคคล การปรับเปลี่ยนทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในด้านต่างๆ ให้สอดคล้องและเท่าทันสถานการณ์ ย่อมมีความสำคัญต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีของประชาชน



## บทที่ 2

### สถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิต

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) เป็นต้นมา สังคมไทยตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตสูงมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ระบบข้อมูลทางสุขภาพที่มีอยู่ยังเป็นข้อมูลการเกิดและการตายเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลด้านสุขภาพจิตซึ่งมีค่อนข้างจำกัด ส่วนมากจะเป็นข้อมูลในระบบบริการทำให้ยากต่อการคาดการณ์แนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิตในภาพรวม ในการนำเสนอสถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิตของคนไทยในบทนี้จึงขอเสนอหัวข้อ ต่อไปนี้

1. ภาระโรคทางจิต
2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต : การฆ่าตัวตาย
3. ข้อมูลการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญ
4. ปัญหาสารเสพติด
5. ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น

#### 1. ภาระโรคทางจิต

ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในประชากรทั่วไป นอกจากทำให้สูญเสียชีวิตแล้ว บางโรคยังก่อให้เกิดความพิการ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ทำให้ต้องทนอยู่กับความทุกข์ทรมานจากโรคนั้นๆ การประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสังคมของปัญหาสาธารณสุขดังกล่าว องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกได้ร่วมกันพัฒนาดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพแบบใหม่ เรียกหน่วยวัดนี้ว่า “การสูญเสียปีสุขภาวะ” หรือ DALYs (Disability Adjusted Life Years) โดยมีจุดประสงค์เพื่อจะเปรียบเทียบความรุนแรงของโรคทั้งที่ทำให้เสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควรและทำให้ต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยหรือพิการอยู่ในดัชนีชี้วัดตัวเดียวกัน ซึ่งเดิมจะศึกษาเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง เช่น อัตราตาย (Mortality rate) หรืออัตราป่วย (Morbidty rate) ทำให้ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชไม่ถูกจัดอยู่ในลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข เนื่องจากอัตราการตายจากโรคทางจิตค่อนข้างต่ำ

การวิเคราะห์ค่า DALYs ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบสำคัญ คือ

1. จำนวนปีที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost : YLLs) ซึ่งต้องอาศัยฐานข้อมูลการตาย โดยระบุสาเหตุการตายอย่างถูกต้อง จำแนกสาเหตุการตายตามเพศ และกลุ่มอายุ
2. จำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการ (Years Lived with Disability : YLDs) จำเป็นต้องใช้ค่าถ่วงน้ำหนัก (Disability weight) ของภาวะความเจ็บป่วยต่างๆ รวมทั้งค่าอัตราอุบัติการณ์ (Incidence rate) ของแต่ละโรค อัตราการหายจากโรค (Remission rate) และค่าอัตราเสี่ยง (Risk



ratio) ของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจมีผลต่อโรคนั้นๆ

$$\begin{aligned} \text{การสูญเสียปีสุขภาวะ} &= \text{จำนวนปีที่เสียชีวิต} + \text{จำนวนปีที่อยู่ด้วย} \\ &\text{ก่อนวัยอันควร} \qquad \qquad \qquad \text{ความเจ็บป่วยหรือพิการ} \\ \text{(DALYs)} &\qquad \qquad \qquad \text{(YLLs)} \qquad \qquad \qquad \text{(YLDs)} \\ &1 \text{ DALY เท่ากับ การสูญเสียช่วงอายุที่มีสุขภาพดีไปจำนวน 1 ปี} \end{aligned}$$

จากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย ปี 2542 พบว่า มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ใน 20 อันดับของโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ เมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศชายพบว่า การฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง มีค่า DALYs เป็นลำดับที่ 9 การใช้ยาเสพติดอยู่ในลำดับที่ 10 การติดสุราพิษสุราเรื้อรังอยู่ในลำดับที่ 11 และโรคซึมเศร้าอยู่ในลำดับที่ 15 ขณะที่ในกลุ่มเพศหญิงโรคซึมเศร้าอยู่ในลำดับที่ 4 โรควิตกกังวลอยู่ในลำดับที่ 16 และโรคจิตเภทอยู่ในลำดับที่ 17 (ตารางที่ 2-1)

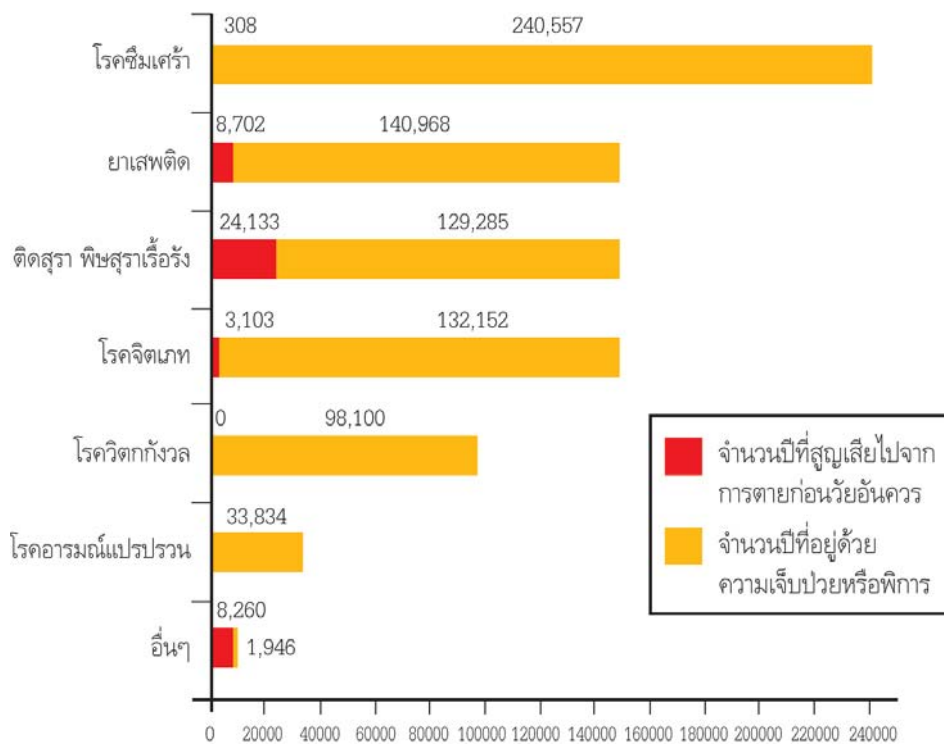
ตารางที่ 2-1 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2542 จำแนกตามเพศ

ลำดับที่	เพศชาย	DALYs	ร้อยละ	เพศหญิง	DALYs	ร้อยละ
1	เอดส์	960,087	17	เอดส์	372,947	9
2	อุบัติเหตุจราจร	510,907	9	หลอดเลือดสมอง	280,673	7
3	หลอดเลือดสมอง	267,587	5	เบาหวาน	267,158	7
4	มะเร็งตับ	248,083	4	<b>โรคซึมเศร้า</b>	145,336	4
5	เบาหวาน	168,372	3	มะเร็งตับ	118,384	3
6	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	164,094	3	ข้อเข่าเสื่อม	117,994	3
7	ถุงลมปอดโป่งพอง	156,861	3	อุบัติเหตุจราจร	114,963	3
8	<b>ถูกฆาตกรรม ถูกทำร้าย</b>	156,371	3	โลหิตจาง (ขาดธาตุเหล็ก)	112,990	3
9	<b>ฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง</b>	147,988	3	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	109,592	3
10	<b>ยาเสพติด</b>	137,703	2	ต่อกระຈก	96,091	2
11	<b>ติดสุรา พิษสุราเรื้อรัง</b>	130,654	2	ถุงลมปอดโป่งพอง	93,387	2
12	ตับแข็ง	117,527	2	หูหนวก	87,612	2
13	มะเร็งปอด	106,120	2	ปวดบวม	84,819	2
14	จมน้ำตาย	98,464	2	ทารกคลอดน้ำหนักน้อย	83,879	2
15	<b>โรคซึมเศร้า</b>	95,530	2	สมองเสื่อม	70,191	2
16	ข้อเข่าเสื่อม	93,749	2	<b>โรควิตกกังวล</b>	66,992	2
17	วัณโรค	93,695	2	<b>โรคจิตเภท</b>	60,800	2
18	หูหนวก	93,497	2	วัณโรค	60,643	2
19	ทารกคลอดน้ำหนักน้อย	91,934	2	ทารกแรกคลอดขาดฮีโมโกลิน	57,488	1
20	โลหิตจาง (ขาดธาตุเหล็ก)	87,610	2	ไตวายเรื้อรัง	55,258	1

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บในประเทศไทยปี 2542 เฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชพบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของโรคซึมเศร้ามีค่าสูงที่สุด แต่เป็นค่าจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแม้จะไม่มีการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรแต่ก็ต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นเวลานานกว่าโรคทางจิตอื่นๆ รองลงมาจะพบว่ามีกลุ่มผู้ติดยาเสพติดและพิษสุราเรื้อรัง จะมีการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ใกล้เคียงกัน แต่เมื่อพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควรแล้ว พบว่ากลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีค่าสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ทำให้ต้องมีการดำเนินการด้านระบาดวิทยา เพื่อเฝ้าระวังติดตามกลุ่มโรคดังกล่าว และโรคอื่นๆ ที่เป็นผลตามมา เช่น ฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพจากการใช้สารเสพติด และการบาดเจ็บ พิการทางสมองจากอุบัติเหตุของผู้เสพสุรา (ภาพที่ 2-1)

ภาพที่ 2-1 เปรียบเทียบภาระโรคทางจิต ปี พ.ศ.2542

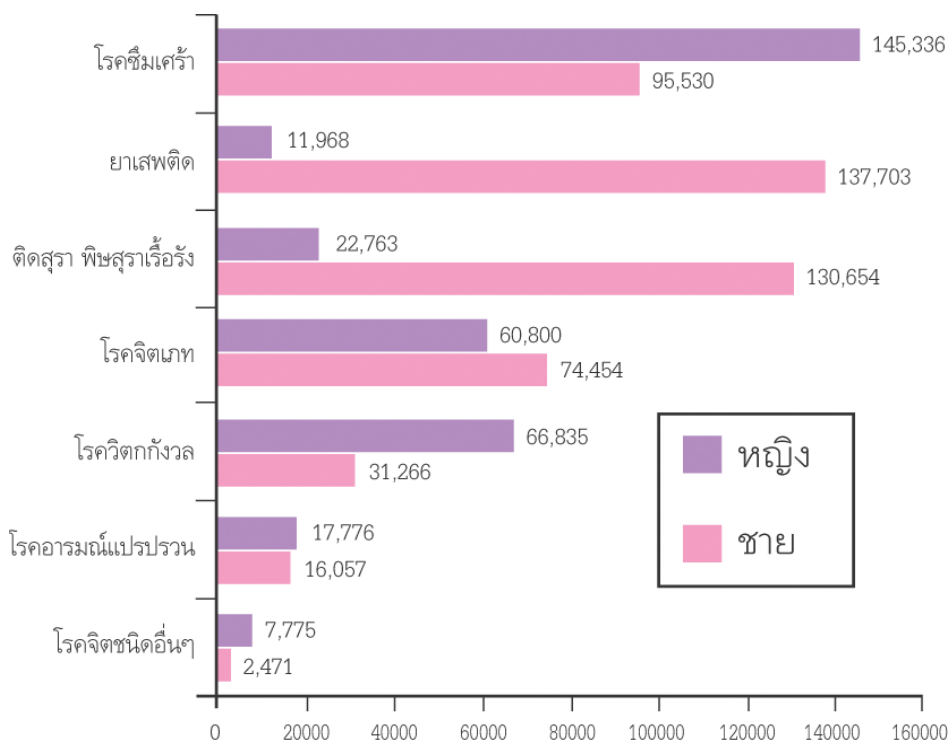


ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2542

เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่าเพศหญิงจะมีโรคซึมเศร้าสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ โรควิตกกังวล และโรคจิตเภท ขณะที่เพศชายพบปัญหาการติดยาเสพติดและพิษสุราเรื้อรังมีค่าสูงใกล้เคียงกัน รองลงมาได้แก่ โรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท แสดงให้เห็นว่าเพศหญิงเป็นกลุ่มเสี่ยงกับการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากที่สุดขณะที่เพศชาย เป็นกลุ่มเสี่ยงกับการเจ็บป่วยด้วยโรคติดยาเสพติดและ

พิษสุราเรื้อรังมากที่สุด การที่เพศหญิงต้องตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล จะทำให้มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และเด็กในครอบครัวจะได้รับถ่ายทอดโรคดังกล่าวจากมารดาด้วย ขณะที่ผลจากการติดยาเสพติดและพิษสุราเรื้อรัง ทำให้เพศชายมีปัญหาจากอุบัติเหตุ พิกัด ว่างงาน รัฐต้องสูญเสียแรงงานก่อนเวลาอันสมควร ครอบครัวขาดผู้นำ และบางกรณีกลับเป็นภาวะแก่ครอบครัวและสังคม จำเป็นต้องมีการสอบสวนทางระบาดวิทยา เพื่อหาสาเหตุและกลวิธีในการลดความรุนแรงของโรคดังกล่าว (ภาพที่ 2-2)

ภาพที่ 2-2 เปรียบเทียบภาระโรคทางจิต ปี พ.ศ.2542 จำแนกตามเพศ

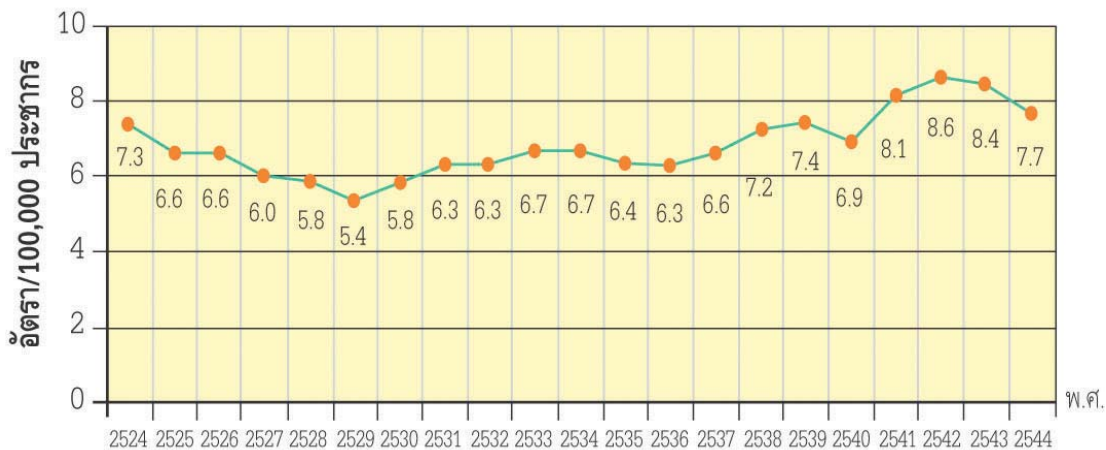


ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2542

## 2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต : การฆ่าตัวตาย

ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญปัญหาหนึ่งในปัจจุบัน เพราะเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นตามมาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ เมื่อพิจารณาในระยะยาวพบว่าแนวโน้มการฆ่าตัวตายในช่วงระหว่างปี พ.ศ.2524 ถึง ปี พ.ศ.2544 ค่อนข้างคงที่จากรายงานจำนวนอัตราการฆ่าตัวตายขึ้นลงระหว่าง 7.3 ถึง 7.7 ต่อประชากร 100,000 คน โดยในระยะ 4 ปีหลัง พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย (ภาพที่ 2-3)

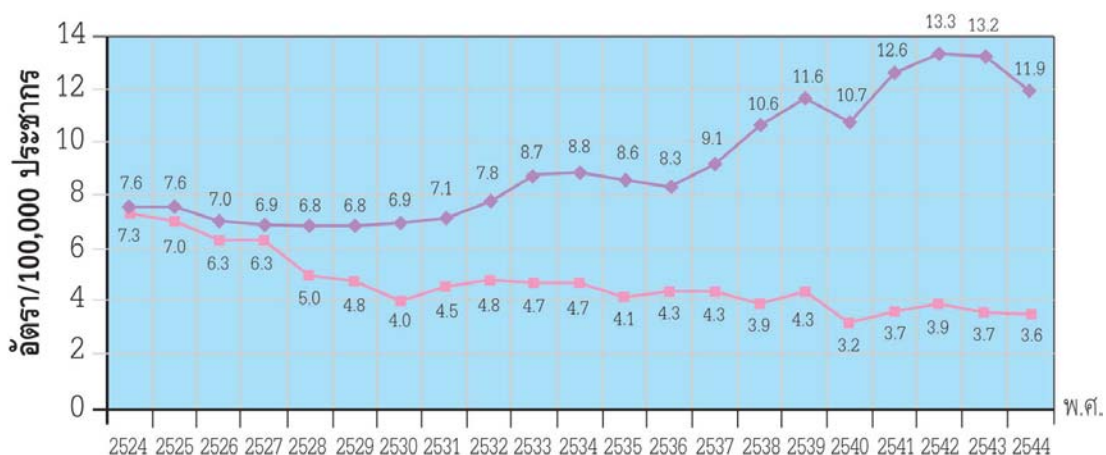
ภาพที่ 2-3 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน ระหว่าง ปี พ.ศ.2524-2544



ที่มา : สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข

เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่าเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนและสูงกว่าเพศหญิง โดยเพิ่มจาก 7.6 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2524 เป็น 11.9 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2544 ในขณะที่เพศหญิงอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงจาก 7.3 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2524 เหลือเพียง 3.6 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2544 และเมื่อพิจารณาสัดส่วนการฆ่าตัวตายของเพศชายต่อเพศหญิง พบว่าเพิ่มมากขึ้นจาก 1.04 : 1.0 ในปี พ.ศ.2524 เป็น 3.3 : 1.0 ในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งเพิ่มมากขึ้นถึง 3 เท่า (ภาพที่ 2-4)

ภาพที่ 2-4 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามเพศ ระหว่าง ปี พ.ศ.2524-2544

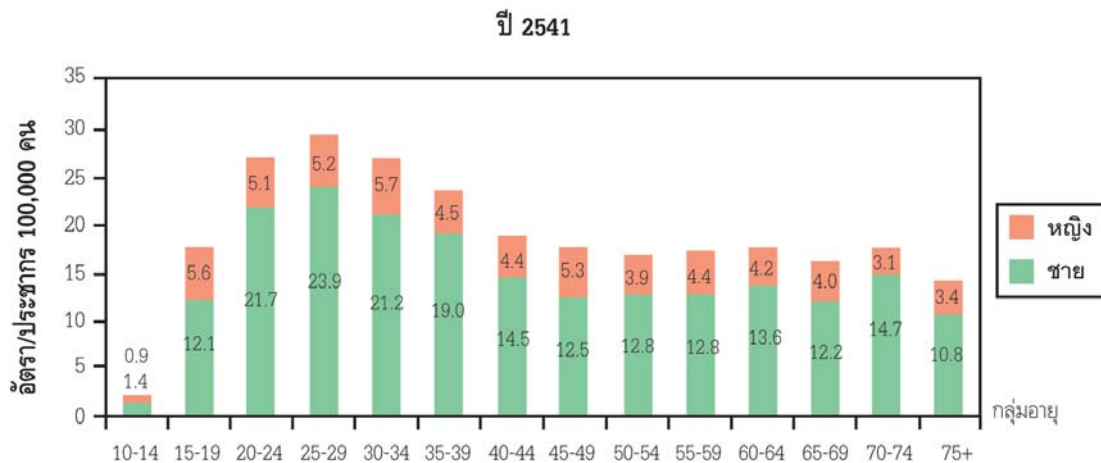
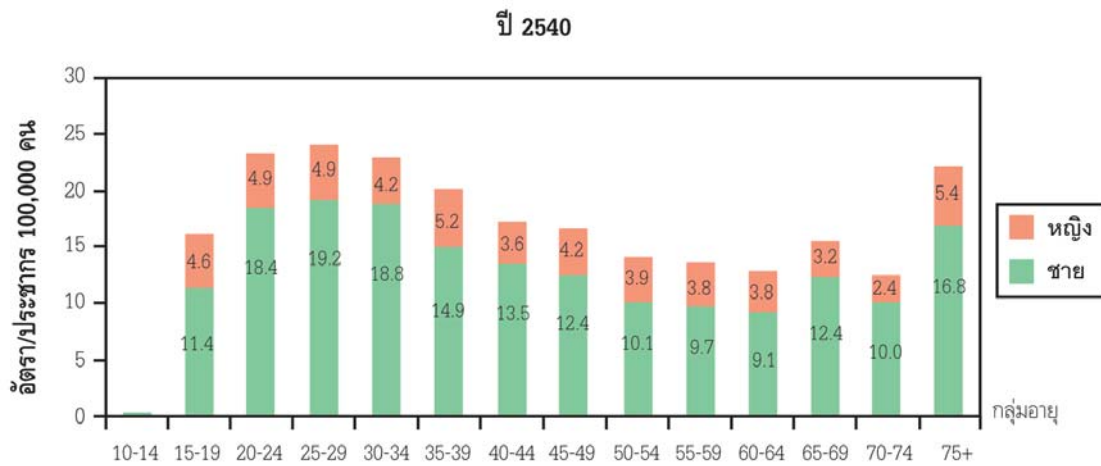


ที่มา : สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข



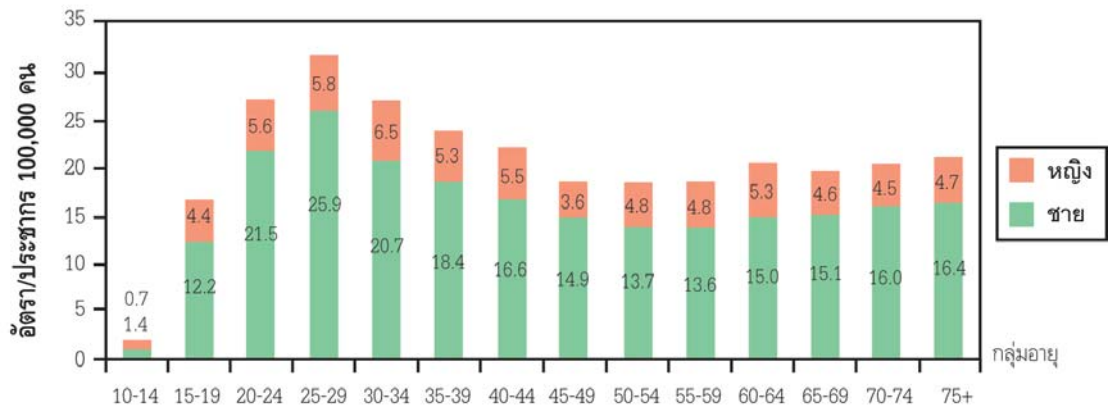
เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุและเพศ พบว่าเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มอายุ 25-29 ปีสูงสุด ส่วนเพศหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายค่อนข้างใกล้เคียงกันในทุกกลุ่มอายุ (ภาพที่ 2-5) ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า มีอัตราค่อนข้างสูงอาจจะเนื่องมาจากผู้สูงอายุมักพบภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้

ภาพที่ 2-5 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ปี พ.ศ.2540-2544

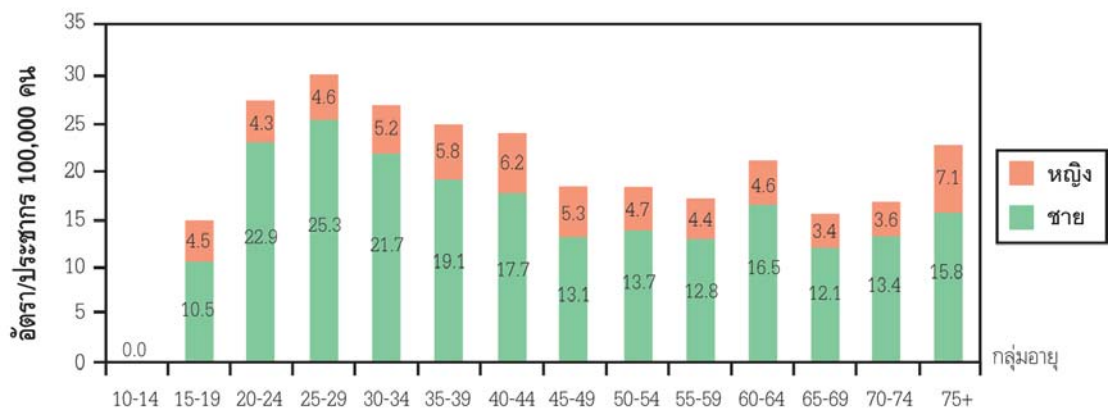




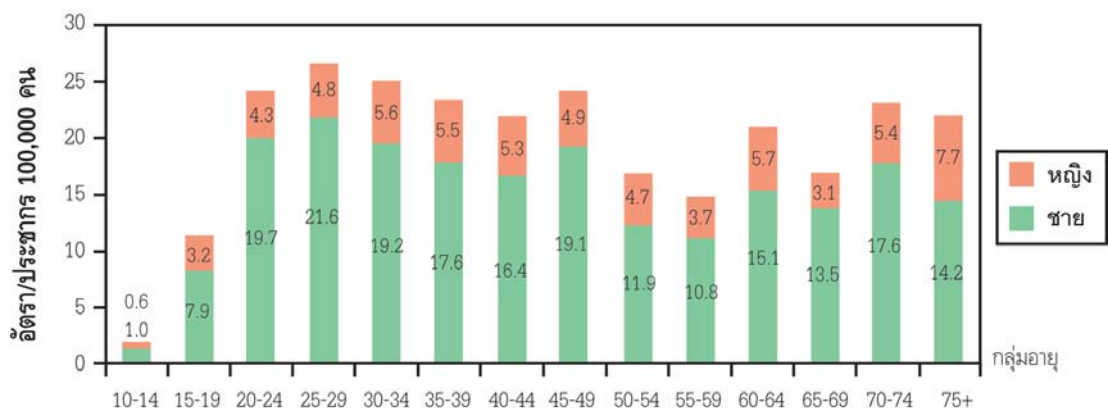
ปี 2542



ปี 2543



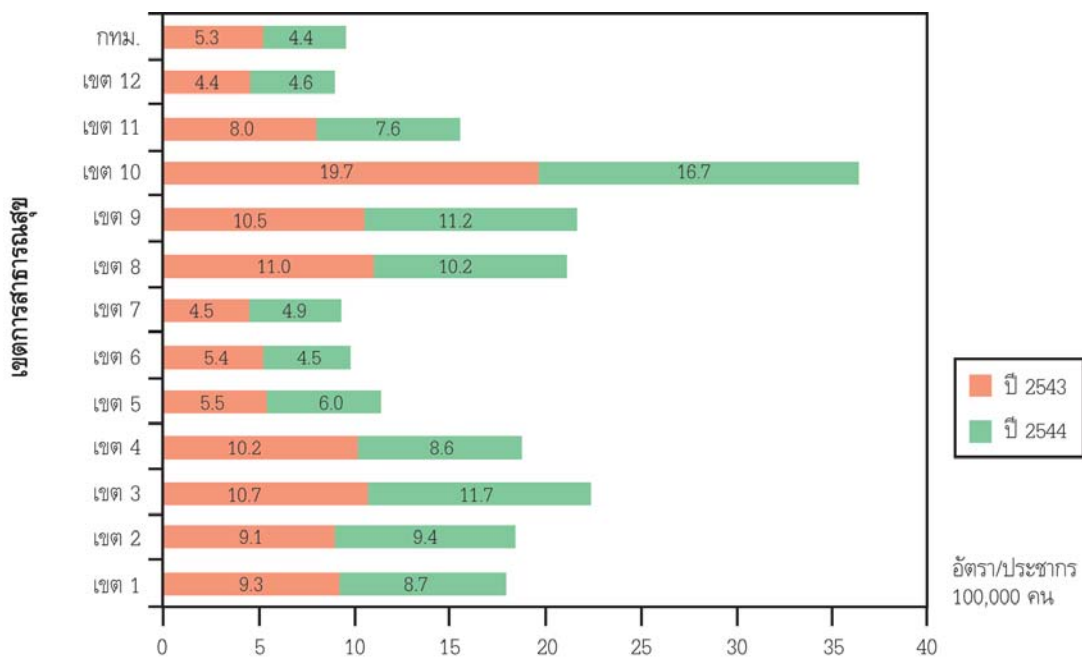
ปี 2544



ที่มา : สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข

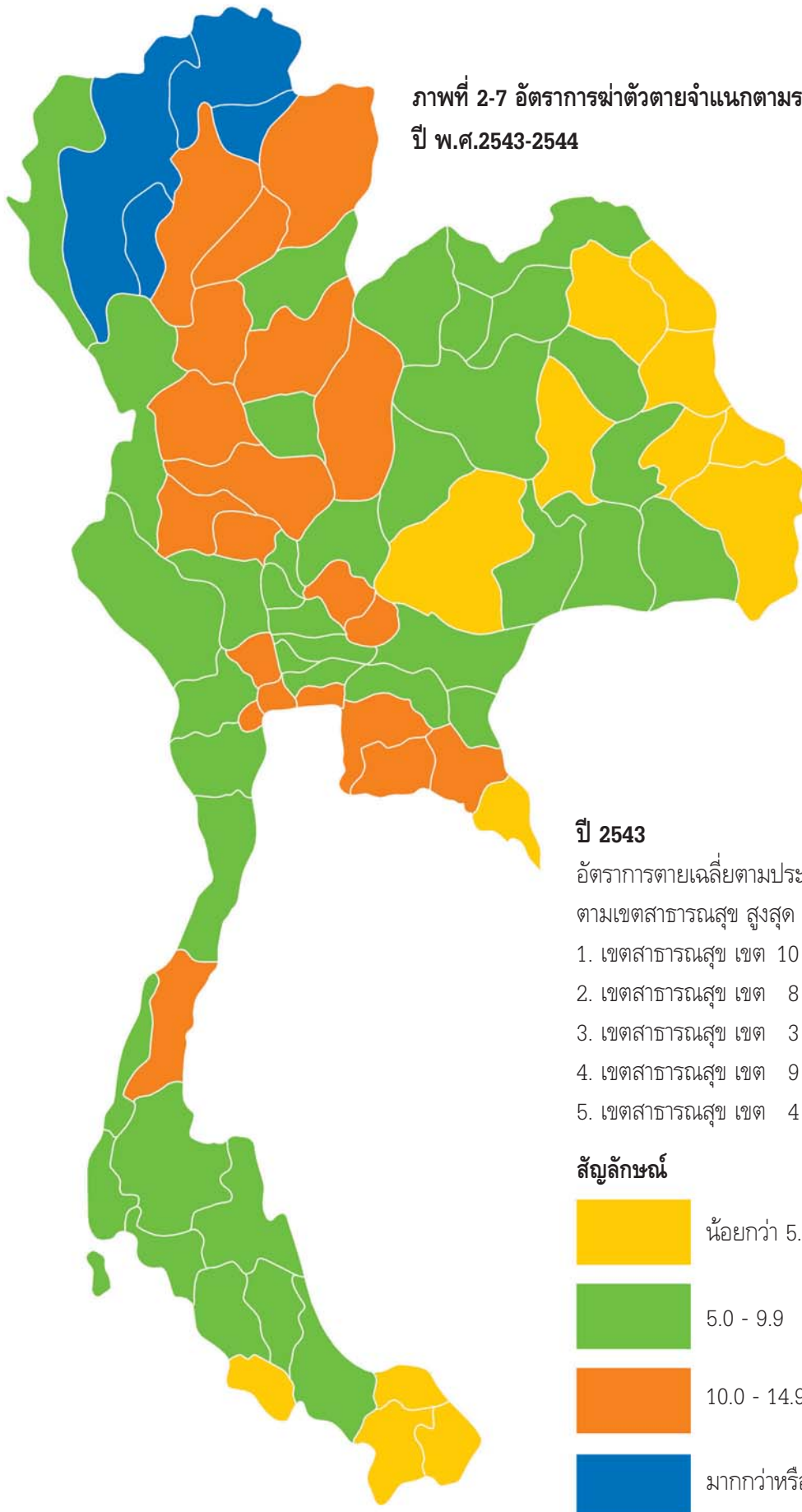
อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญและควรศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของแต่ละพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง โดยพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในปี 2543 - 2544 ในพื้นที่เขตการสาธารณสุขที่ 10 มีอัตราสูงสุด รองลงมาเป็นเขต 9 เขต 8 และเขต 3 ตามลำดับ ส่วนพื้นที่ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำสุดคือ พื้นที่เขต 12 ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า พื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสูงจะเป็นพื้นที่เขตภาคเหนือและชายฝั่งทางภาคตะวันออก ส่วนพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างจะพบต่ำ นอกจากนี้แนวโน้มของอัตราการฆ่าตัวตายในปี 2543 - 2544 พบว่า ส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลง ยกเว้นเขต 9 และเขต 3 ซึ่งเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

ภาพที่ 2-6 อัตราการฆ่าตัวตายจำแนกตามเขตการสาธารณสุข ปี พ.ศ.2543-2544



ที่มา : สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 2-7 อัตราการฆ่าตัวตายจำแนกตามรายจังหวัด  
ปี พ.ศ.2543-2544



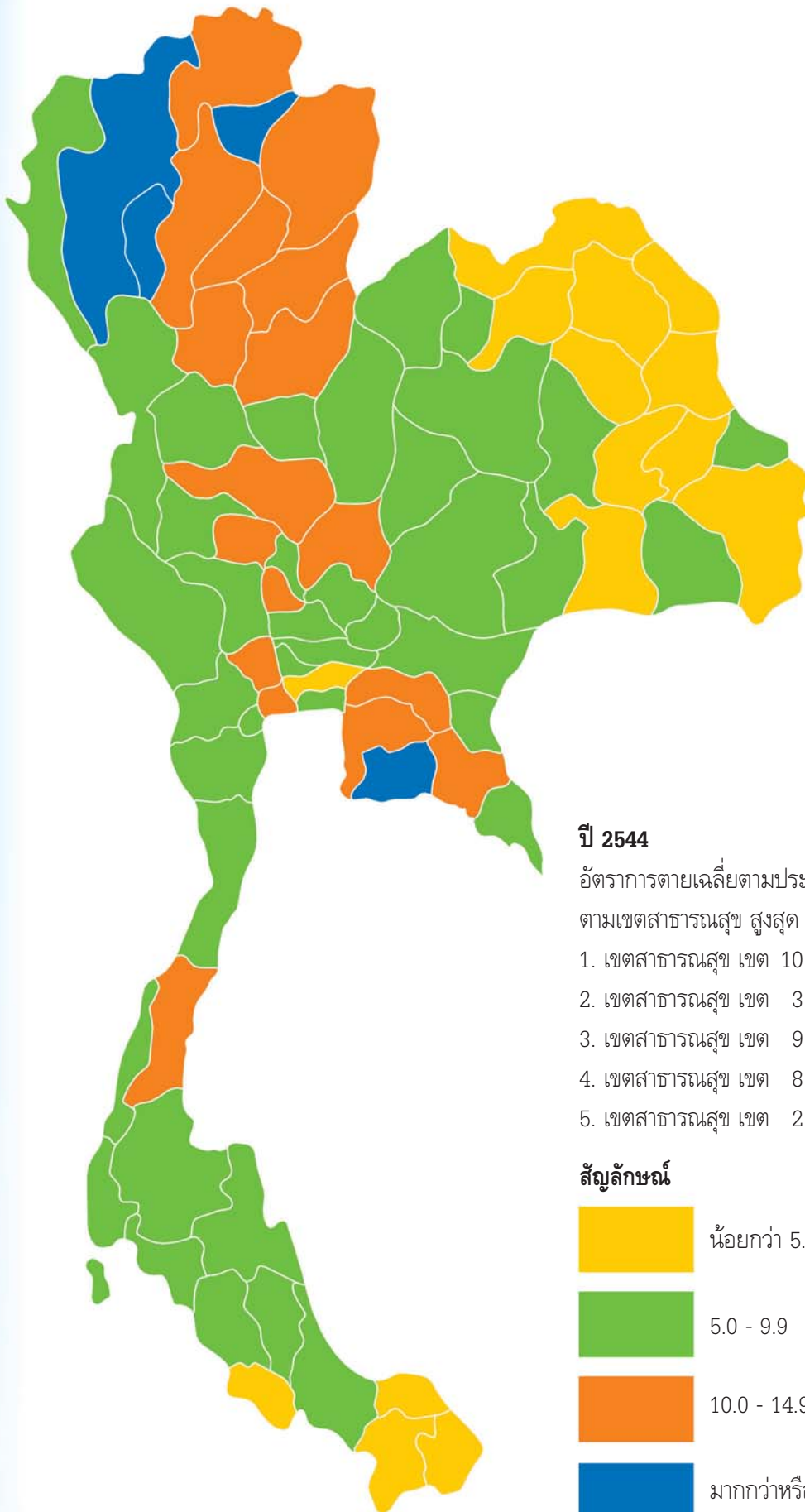
**ปี 2543**

อัตราการตายเฉลี่ยตามประชากร 100,000 คน  
ตามเขตสาธารณสุข สูงสุด 5 อันดับแรก

1. เขตสาธารณสุข เขต 10 เท่ากับ 19.65
2. เขตสาธารณสุข เขต 8 เท่ากับ 11.02
3. เขตสาธารณสุข เขต 3 เท่ากับ 10.67
4. เขตสาธารณสุข เขต 9 เท่ากับ 10.51
5. เขตสาธารณสุข เขต 4 เท่ากับ 10.22

**สัญลักษณ์**

	น้อยกว่า 5.0
	5.0 - 9.9
	10.0 - 14.9
	มากกว่าหรือเท่ากับ 15.0



**ปี 2544**

อัตราการตายเฉลี่ยตามประชากร 100,000 คน  
ตามเขตสาธารณสุข สูงสุด 5 อันดับแรก

1. เขตสาธารณสุข เขต 10 เท่ากับ 16.74
2. เขตสาธารณสุข เขต 3 เท่ากับ 11.73
3. เขตสาธารณสุข เขต 9 เท่ากับ 11.22
4. เขตสาธารณสุข เขต 8 เท่ากับ 10.19
5. เขตสาธารณสุข เขต 2 เท่ากับ 9.42

**สัญลักษณ์**

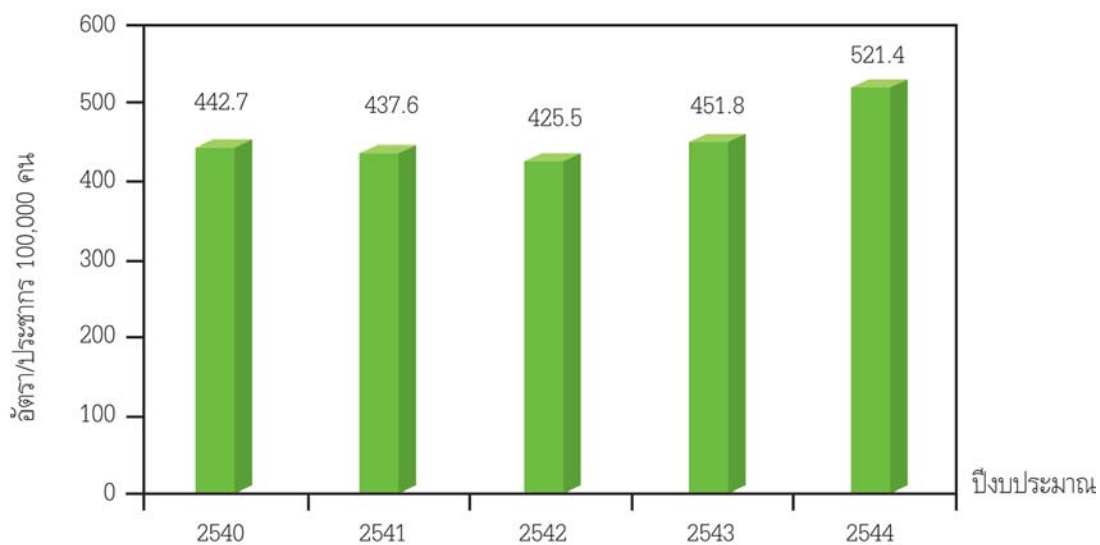
	น้อยกว่า 5.0
	5.0 - 9.9
	10.0 - 14.9
	มากกว่าหรือเท่ากับ 15.0

### 3. ข้อมูลการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญ

#### 3.1 โรคจิต

จากรายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ในปีงบประมาณ 2540-2544 พบอัตราผู้ป่วยโรคจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อจำแนกตามการใช้บริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข พบว่า สถานบริการสาธารณสุขทั่วไป อัตราผู้ป่วยโรคจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2540 พบอัตรา 144.0 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นเป็นอัตรา 293.2 ต่อประชากร 100,000 คน ในปีงบประมาณ 2544 สำหรับสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรมสุขภาพจิต อัตราผู้ป่วยโรคจิตมีแนวโน้มลดลง โดยในปีงบประมาณ 2540 พบว่ามีอัตราผู้ป่วยโรคจิตเท่ากับ 298.70 ต่อประชากร 100,000 คน แต่ในปีงบประมาณ 2544 ลดลงเหลือเพียง 228.2 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 2-8 และภาพที่ 2-9) ทั้งนี้ อาจจะเป็นเนื่องจากการขยายการจัดบริการจิตเวชในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปมากขึ้นทำให้ประชาชนได้รับบริการและเข้าถึงบริการสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านมากขึ้น

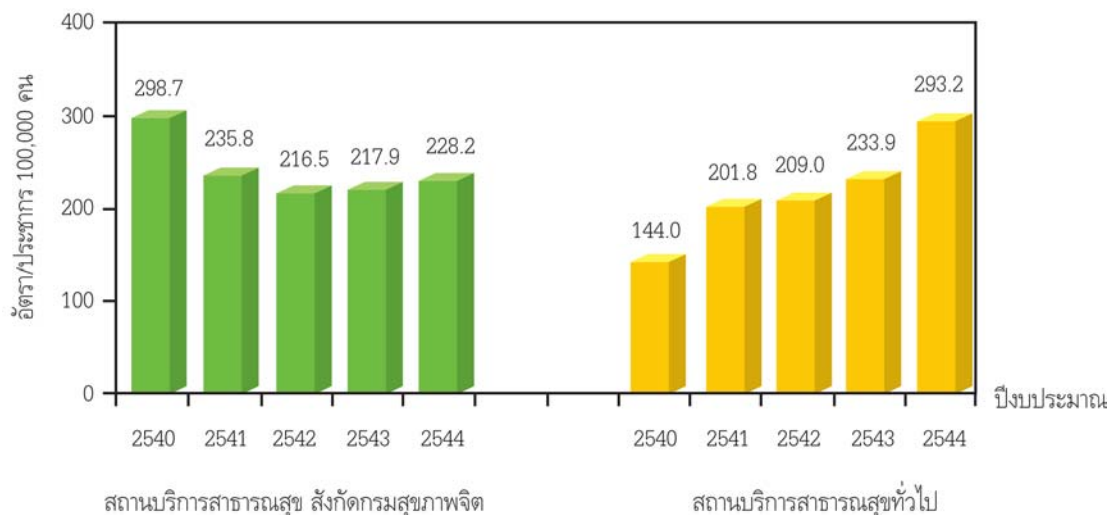
ภาพที่ 2-8 อัตราผู้ป่วยโรคจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน  
ปีงบประมาณ 2540- 2544



หมายเหตุ : ข้อมูลยกเว้นกรุงเทพมหานคร  
ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



ภาพที่ 2-9 อัตราผู้ป่วยโรคจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน  
ปีงบประมาณ 2540- 2544 จำแนกตามการใช้บริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข

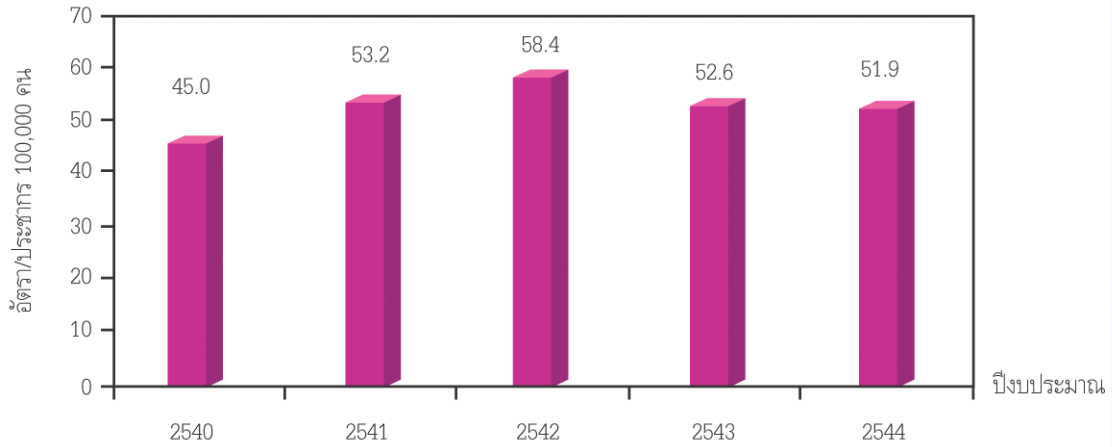


หมายเหตุ : ข้อมูลยกเว้นกรุงเทพมหานคร  
ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

### 3.2 ปัญญาอ่อน

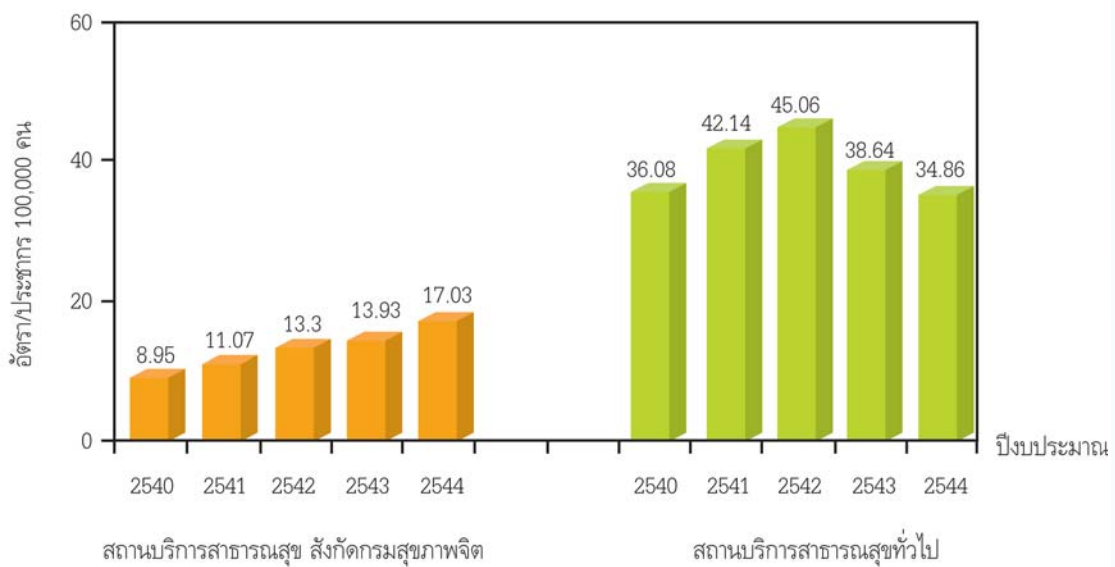
จากรายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2540-2544 พบว่า อัตราผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อนไม่สามารถสรุปได้ว่ามีแนวโน้มไปในทิศทางใด โดยพบว่า มีอัตราเพิ่มขึ้นและลดลง (ภาพที่ 2-10) และเมื่อจำแนกตามการใช้บริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข พบว่า สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรมสุขภาพจิต อัตราผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2540 จะเห็นว่า มีอัตราของผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อนเท่ากับ 8.95 ต่อประชากร 100,000 คน และมีอัตราเพิ่มขึ้นเป็น 17.03 ต่อประชากร 100,000 คน ในปีงบประมาณ 2544 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการให้บริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรมสุขภาพจิตเป็นการให้บริการแก่ผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อนในระดับปานกลางถึงรุนแรงและเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อนให้สามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด สำหรับสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป พบว่า อัตราผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อนไม่สามารถสรุปได้ว่ามีแนวโน้มไปในทิศทางใด โดยพบว่า มีอัตราเพิ่มขึ้นและลดลง (ภาพที่ 2-11)

ภาพที่ 2-10 อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะปัญญาอ่อนของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน  
ปีงบประมาณ 2540-2544



หมายเหตุ : ข้อมูลยกเว้นกรุงเทพมหานคร  
ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 2-11 อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะปัญญาอ่อนของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน  
ปีงบประมาณ 2540-2544  
ในสถานบริการสาธารณสุข

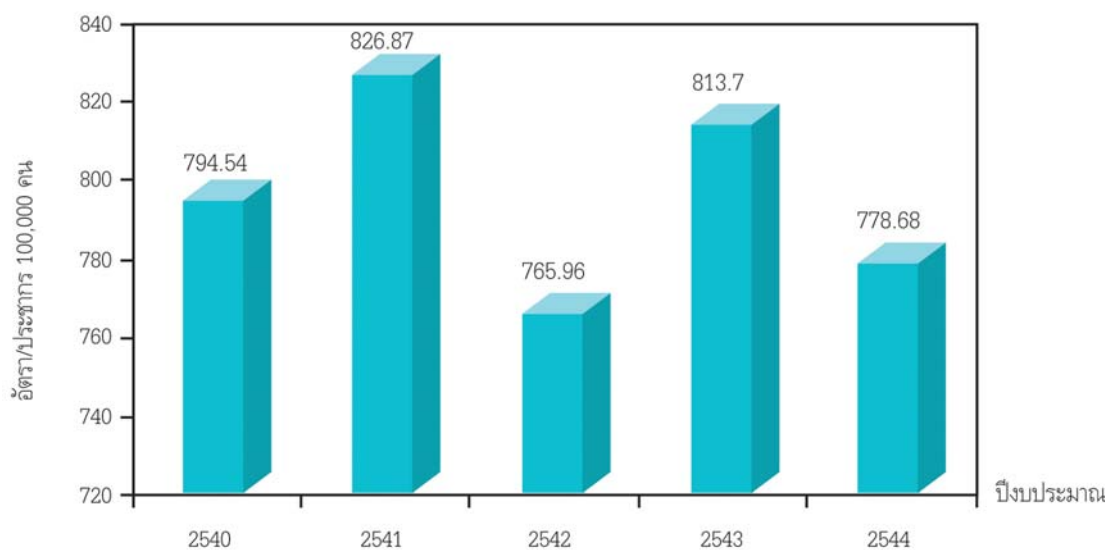


หมายเหตุ : ข้อมูลยกเว้นกรุงเทพมหานคร  
ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

### 3.3 โรควิตกกังวล

จากรายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2540-2544 พบว่า อัตราผู้ป่วยโรควิตกกังวล ไม่สามารถสรุปได้ว่ามีแนวโน้มไปในทิศทางใด โดยพบว่า มีการเพิ่มขึ้นและลดลงสลับกัน และเมื่อจำแนกตามการใช้บริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข พบว่า สถานบริการสาธารณสุขทั่วไป ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไม่สามารถสรุปได้ว่ามีแนวโน้มไปในทิศทางใด โดยพบว่า มีการเพิ่มขึ้นและลดลงสลับกัน สำหรับสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยวิตกกังวลมักเปลี่ยนสถานบริการสาธารณสุข และผลการวินิจฉัยโรควิตกกังวลในสถานบริการสาธารณสุขมักแฝงอยู่ในการวินิจฉัยโรคอื่นๆ (ภาพที่ 2-12 และภาพที่ 2-13)

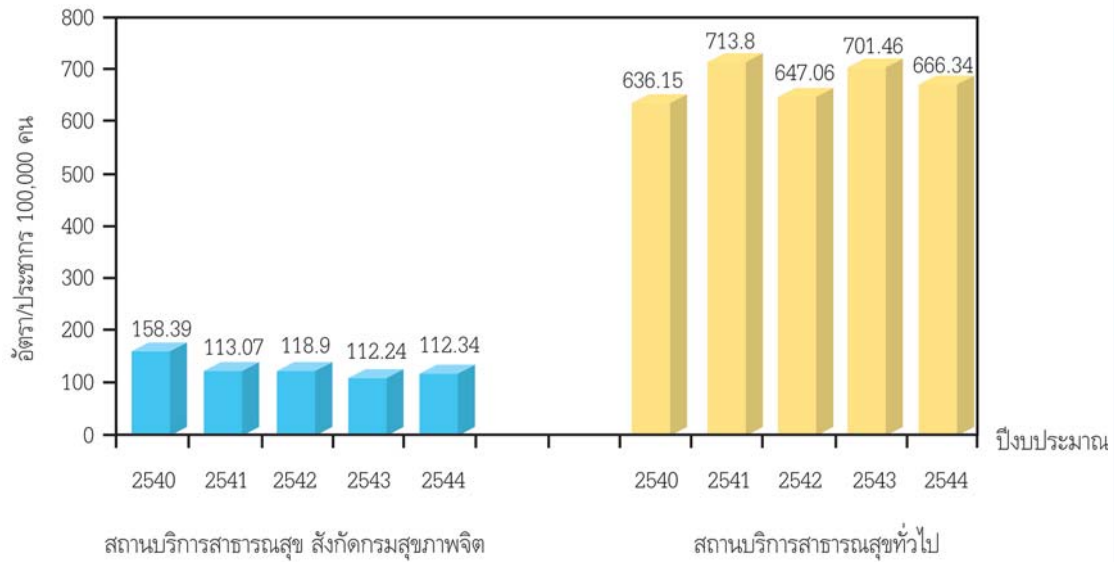
ภาพที่ 2-12 อัตราผู้ป่วยโรควิตกกังวลของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2540-2544



หมายเหตุ : ข้อมูลยกเว้นกรุงเทพมหานคร

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 2-13 อัตราผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลงของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน  
ปีงบประมาณ 2540-2544 ในสถานบริการสาธารณสุข

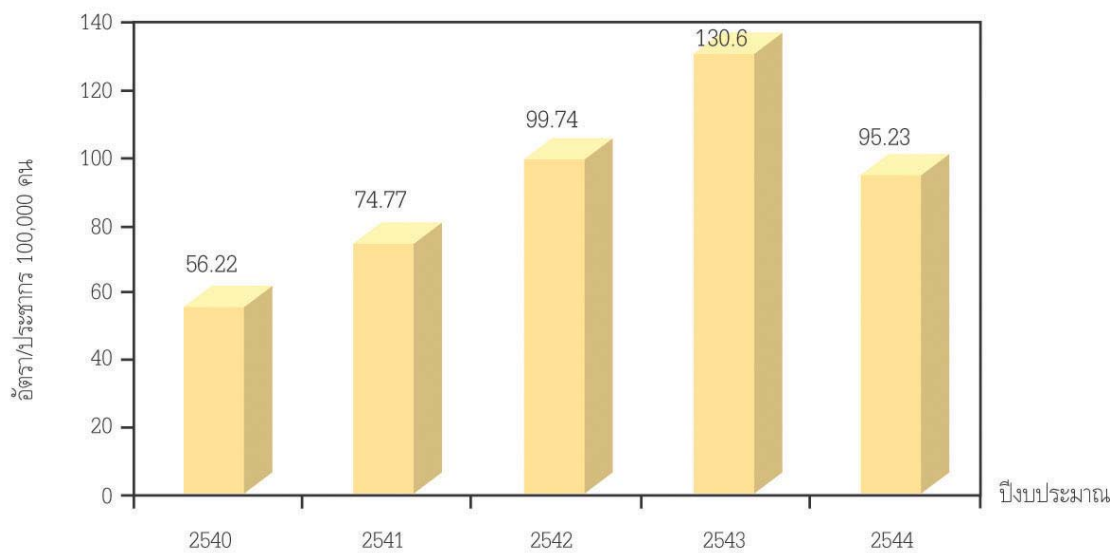


หมายเหตุ : ข้อมูลยกเว้นกรุงเทพมหานคร  
ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

### 3.4 โรคซึมเศร้า

จากรายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2540-2544 พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่สามารถสรุปได้ว่า มีแนวโน้มไปในทิศทางใด โดยพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นและลดลง และเมื่อจำแนกการใช้บริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข พบว่า ทั้งสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรมสุขภาพจิตและสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่สามารถสรุปได้ว่ามีแนวโน้มไปในทิศทางใด โดยสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีอัตราการลดลงและเพิ่มขึ้น ส่วนสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปมีอัตราเพิ่มขึ้นและลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าอาจแฝงอยู่ในการวินิจฉัยโรคอื่นๆ (ภาพที่ 2-14 และภาพที่ 2-15)

ภาพที่ 2-14 อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน  
ปีงบประมาณ 2540-2544



หมายเหตุ : ข้อมูลยกเว้นกรุงเทพมหานคร  
ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 2-15 อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน  
ปีงบประมาณ 2540-2544 ในสถานบริการสาธารณสุข



หมายเหตุ : ข้อมูลยกเว้นกรุงเทพมหานคร  
ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

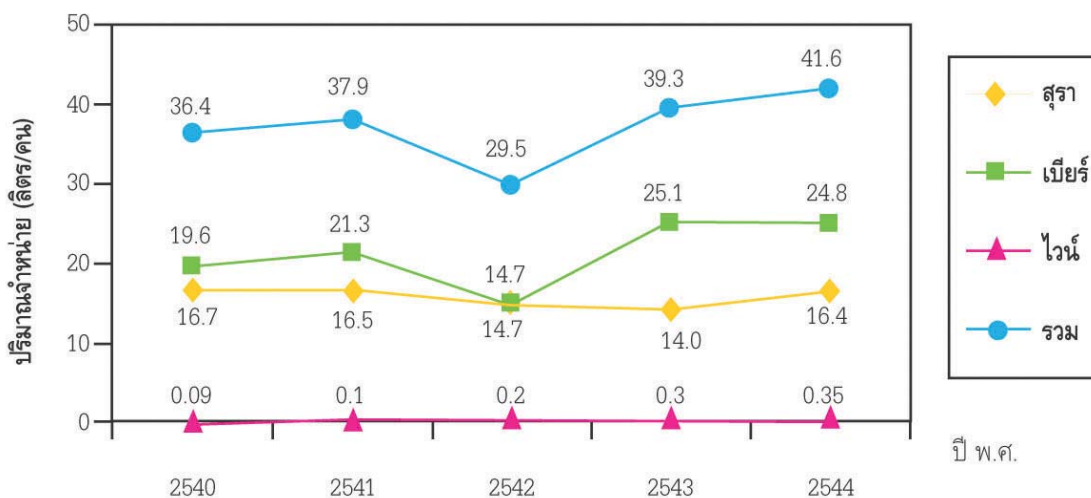


### 3.5 ผู้ติดเชื้อ

ในปีงบประมาณ 2540 - 2544 ประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2540 บริโภคเฉลี่ย 36.4 ลิตรต่อคนและเพิ่มเป็น 41.6 ลิตรต่อคนในปี พ.ศ. 2544 เมื่อจำแนกตามประเภทของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า การบริโภคสุราโดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เบียร์มีแนวโน้มไม่คงที่โดยมีการเพิ่มขึ้นและลดลงสลับกันสำหรับไวน์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 2-16) เป็นเรื่องที่น่าตระหนกอย่างยิ่งว่าจากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากรไทย ที่เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2540-2544 มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยพบว่าผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศพบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อจำแนกเป็นผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วยใหม่ จะเห็นว่าร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยเก่ามีแนวโน้มคงที่ ส่วนผู้ป่วยใหม่มีแนวโน้ม สูงขึ้น (ภาพที่ 2-17) ผู้ติดเชื้อทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.9-92.9 ส่วนเพศหญิงมีร้อยละ 7.1-9.1 และในเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ภาพที่ 2-18) และเมื่อจำแนกเป็นกลุ่มอายุ พบว่า ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุที่เป็นวัยทำงาน (30-44 ปี) และเป็นที่น่าสังเกตว่าร้อยละ 0.1-1.2 เป็นเยาวชน ที่เข้ามารับการบำบัดรักษาการติดเชื้อ (ภาพที่ 2-19)

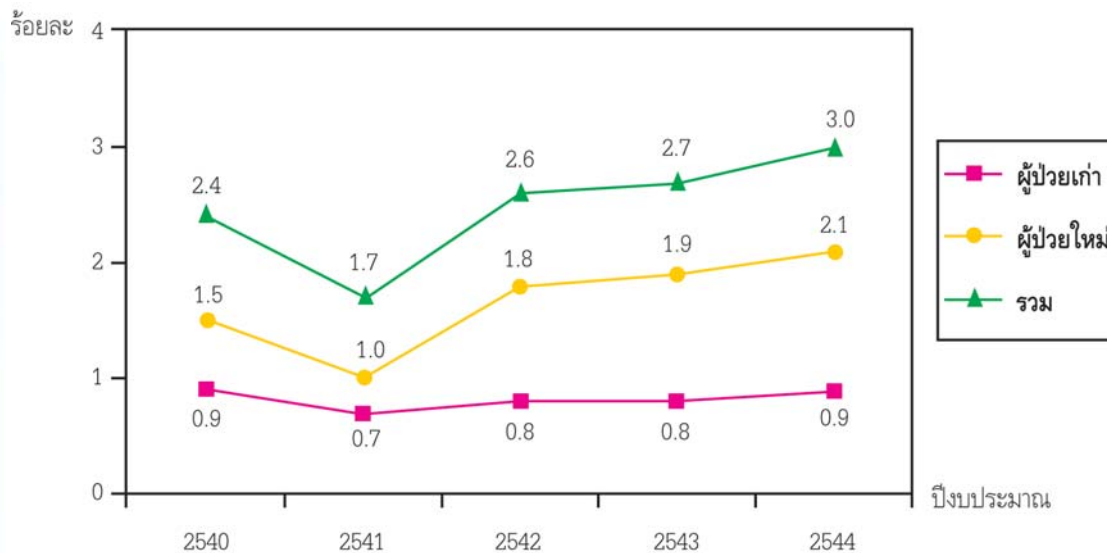
**หมายเหตุ** ผู้ติดเชื้อ หมายถึง ผู้เข้ารับการรักษาในเรื่องการเสพยาเป็นหลักในระยะ 30 วัน ก่อนเข้ารับการรักษา

**ภาพที่ 2-16 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2540 - 2544**



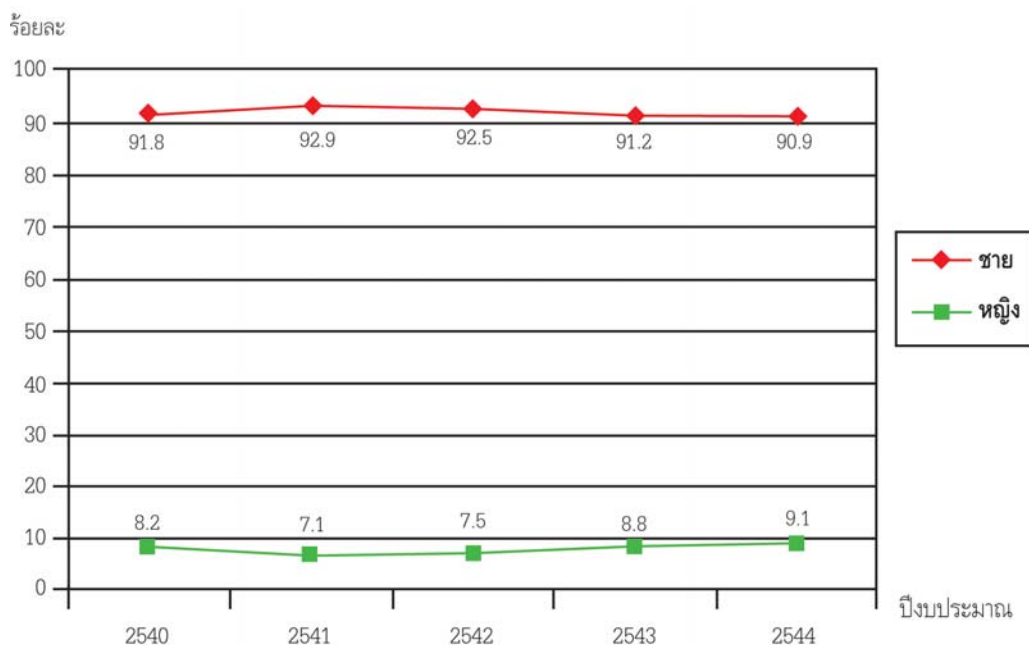
**หมายเหตุ :** การบริโภคเฉลี่ยต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป  
**ที่มา :** กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

ภาพที่ 2-17 ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาทั่วประเทศ  
จำแนกเป็นผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยเก่า ปีงบประมาณ 2540-2544



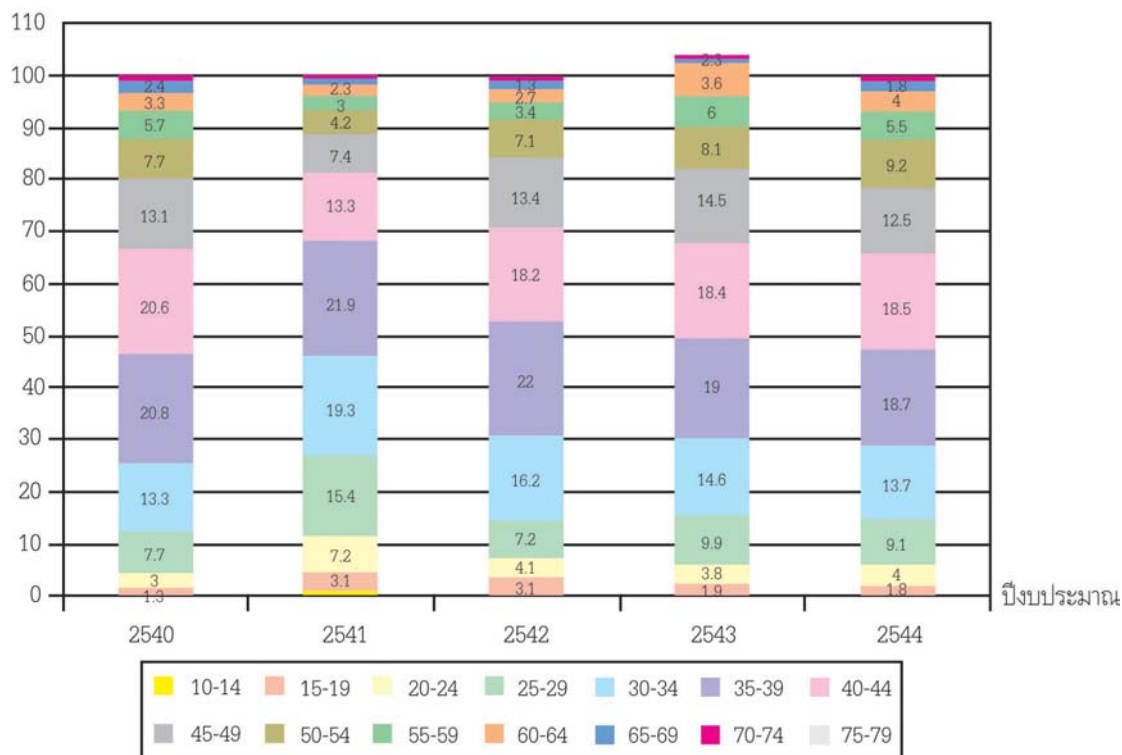
ที่มา : กองประสานและปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 2-18 ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาทั่วประเทศ  
จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ 2540-2544



ที่มา : กองประสานและปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 2-19 ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาทั่วประเทศ  
จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2540-2544



ที่มา : กองประสานและปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

#### 4. ปัญหาสารเสพติด

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของสารเสพติดโดยเฉพาะยาบ้าซึ่งทวีความรุนแรงขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยจากสถิติการจับกุมยาเสพติดทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 - 2545 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมาก (ตารางที่ 2-2 และ 2-3) แต่จากนโยบายการดำเนินงานเกี่ยวกับปัญหาสารเสพติดของรัฐบาลเปลี่ยนแปลงไป ตั้งแต่ปี 2545 จึงมีการจับกุมผู้ค้ารายใหญ่มากยิ่งขึ้นทำให้เกิดการตัดตอนการค้าของผู้ค้ารายย่อย ดังนั้นสถิติการจับกุมยาเสพติดในปี 2545 จึงลดลง แต่จำนวนผู้เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 2-20 และภาพที่ 2-21) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาบ้าของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2545 พบมีแนวโน้มสูงขึ้น

ตารางที่ 2-2 สถิติการจับกุมคดียาเสพติดทั่วประเทศ ปี พ.ศ.2540-2545

พ.ศ.	จำนวนคดี	จำนวนผู้ต้องหา
2540	158,062	171,629
2541	192,668	211,946
2542	206,170	223,294
2543	222,498	238,153
2544	205,375	218,166
2545	176,480	186,545

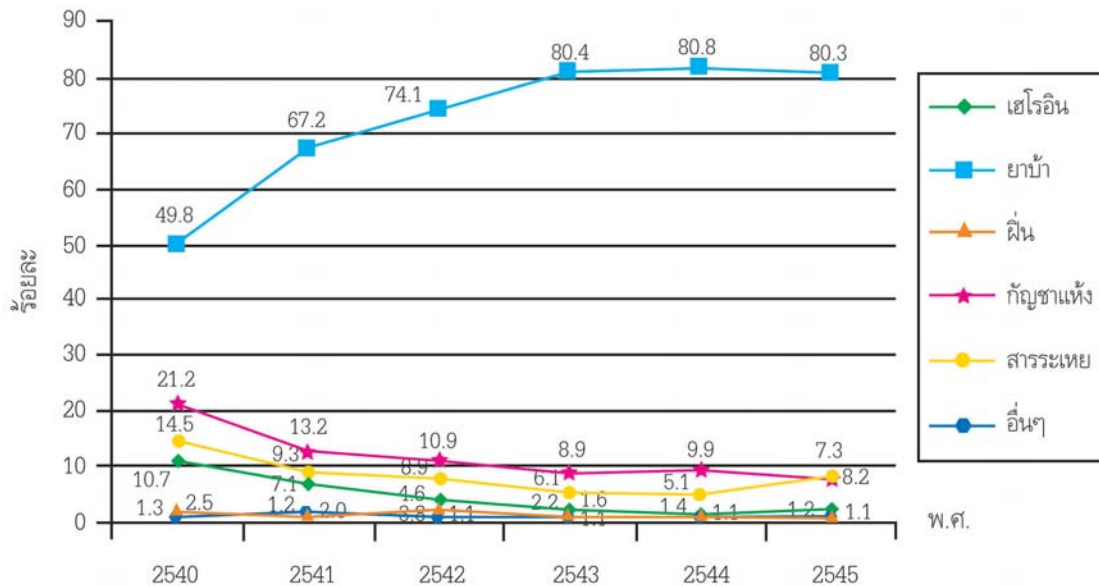
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานตำรวจภูธร

ตารางที่ 2-3 สถิติการจับกุมคดียาเสพติดทั่วประเทศ  
จำแนกตามชนิดยาเสพติด ปี พ.ศ.2540-2545

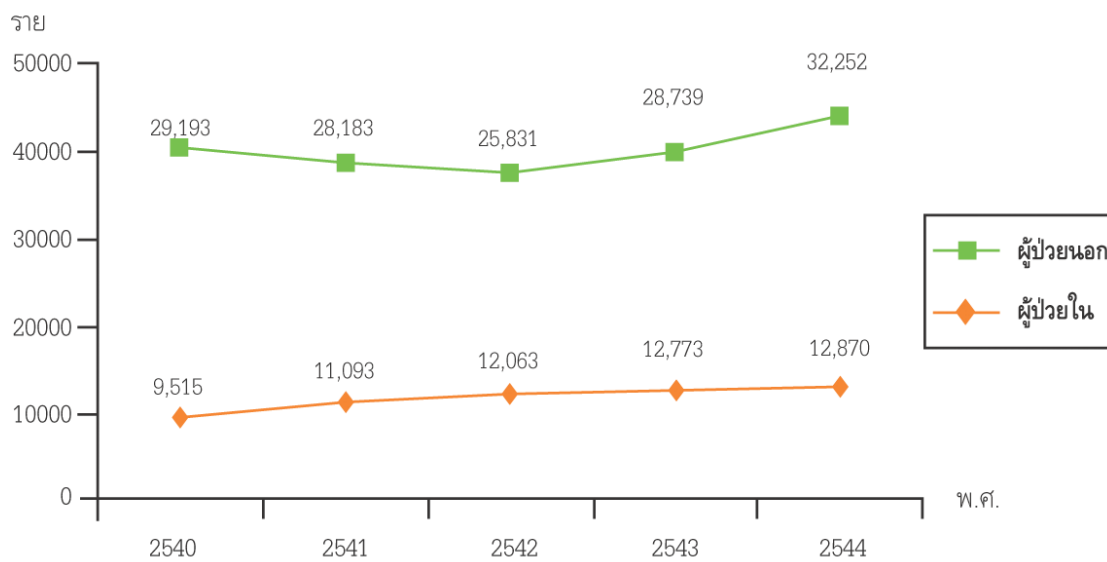
พ.ศ.	เฮโรอีน	ยาบ้า	ฝิ่น	กัญชาแห้ง	สารระเหย	อื่นๆ
2540	17,081 (10.7)	79,508 (49.8)	4,006 (2.5)	33,816 (21.2)	23,102 (14.5)	2,145 (1.3)
2541	13,859 (7.1)	130,691 (67.2)	3,834 (2.0)	25,715 (13.2)	18,028 (9.3)	2,403 (1.2)
2542	7,872 (3.8)	154,028 (74.1)	3,022 (1.4)	22,720 (10.9)	17,004 (8.2)	3,320 (1.6)
2543	4,926 (2.2)	180,287 (80.4)	2,466 (1.1)	19,890 (8.9)	13,107 (5.8)	3,545 (1.6)
2544	3,461 (1.7)	167,173 (80.8)	2,284 (1.1)	20,461 (9.9)	10,640 (5.1)	2,908 (1.4)
2545	2,170 (1.2)	142,761 (80.3)	1,891 (1.1)	14,563 (8.2)	12,938 (7.3)	3,382 (1.9)

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานตำรวจภูธร

ภาพที่ 2-20 การจับกุมผู้ต้องหาคดียาเสพติด  
จำแนกตามชนิดสารเสพติด ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2545



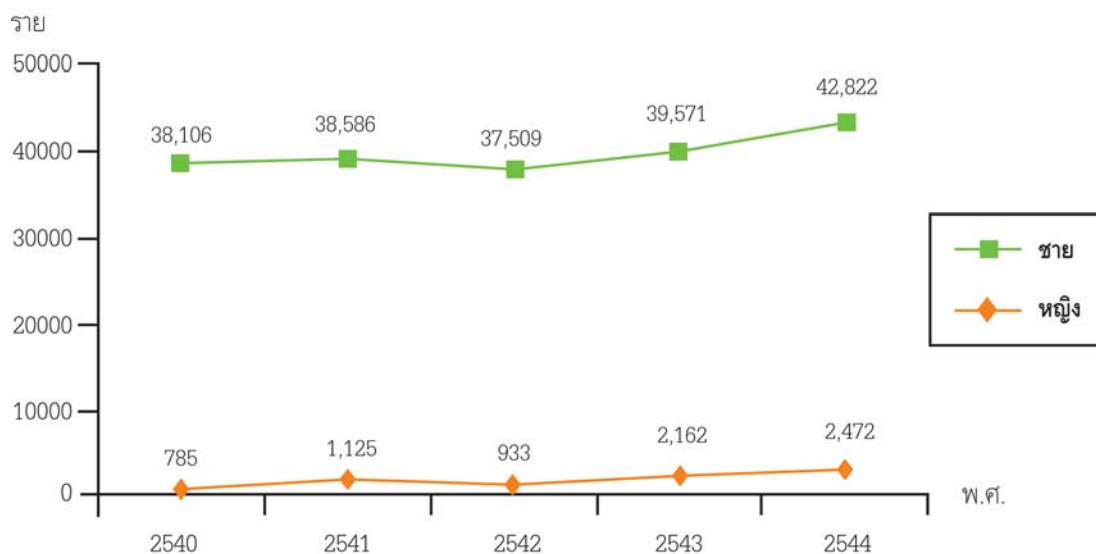
ภาพที่ 2-21 จำนวนผู้เข้ารับการรักษา ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2544



ที่มา : รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประจำปีงบประมาณ 2544  
ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานกฤษฎีกา

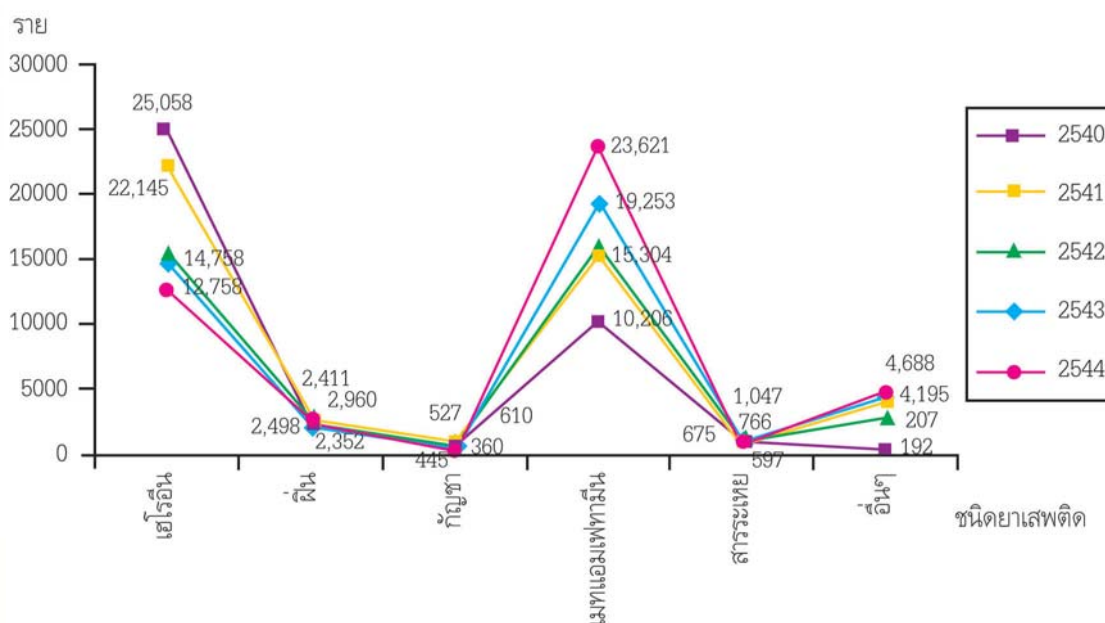


ภาพที่ 2-22 จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษา จำแนกตามเพศ  
ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2544



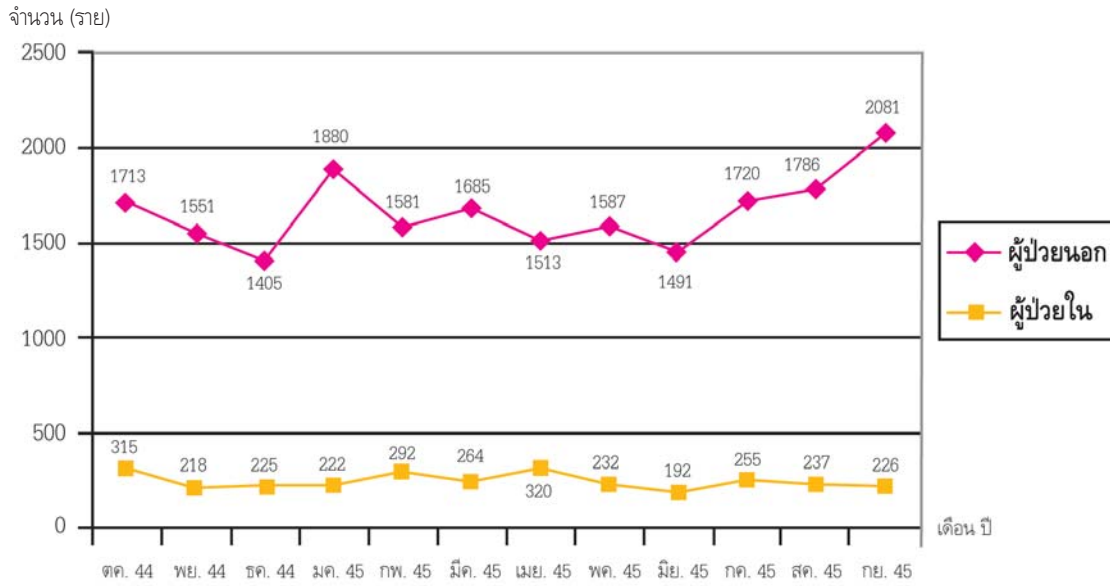
ที่มา : รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประจำปีงบประมาณ 2544  
ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานয়กรัฐมนตรี

ภาพที่ 2-23 จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาระบบสมัครใจทั่วประเทศ  
จำแนกตามชนิดยาเสพติด ปี พ.ศ. 2540-2544



ที่มา : รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประจำปีงบประมาณ 2544  
ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานয়กรัฐมนตรี

ภาพที่ 2-24 จำนวนผู้ป่วยที่เสพยาบ้าของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต  
ปีงบประมาณ 2545



ที่มา : กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

## 5. ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น

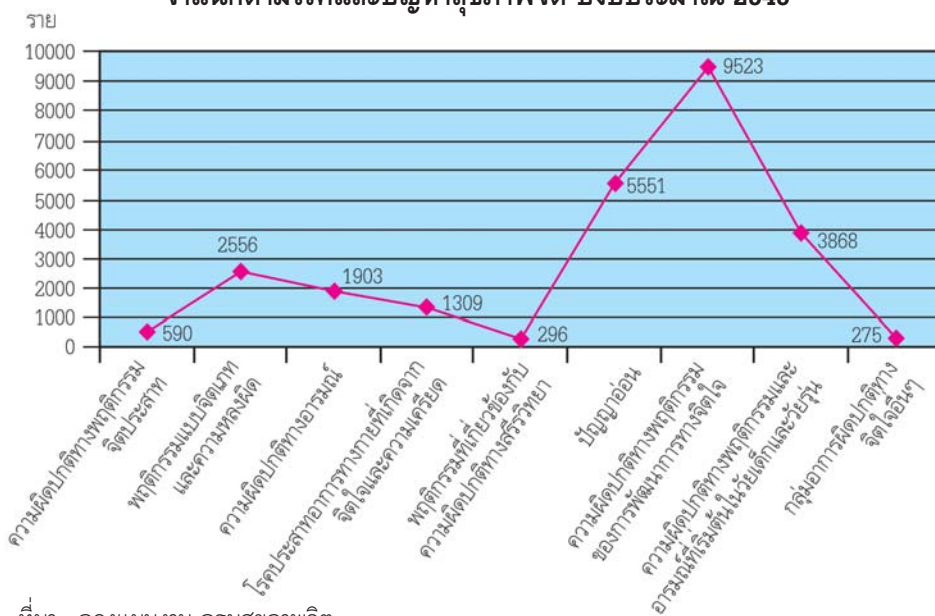
จากสถิติผู้มารับบริการในหน่วยงานของกรมสุขภาพจิตกลุ่มเด็กและวัยรุ่น พบว่าโรคทางจิตเวชและปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ความผิดปกติของการพัฒนาการทางจิตใจ ร้อยละ 36.8 รองลงมา คือ ปัญญาอ่อน ร้อยละ 21.5 ความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่เริ่มต้นในเด็กและวัยรุ่น ร้อยละ 14.9 พฤติกรรมแบบจิตเภทและความหลงผิดร้อยละ 9.9 และความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 7.4 (ตารางที่ 2-4)

ตารางที่ 2-4 จำนวนและร้อยละของเด็กและวัยรุ่น (0-15 ปี) ที่มารับบริการในหน่วยงานกรมสุขภาพจิต จำแนกตามโรคและปัญหาสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2545

โรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ความผิดปกติทางพฤติกรรมจิตประสาทจากการเสพวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	590	2.2
พฤติกรรมแบบจิตเภทและความหลงผิด	2,556	9.9
ความผิดปกติทางอารมณ์	1,903	7.4
โรคประสาทอาการทางกายที่เกิดจากจิตใจและความเครียด	1,309	5.1
พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางร่างกาย	296	1.1
ปัญหาอ่อน	5,551	21.5
ความผิดปกติทางพฤติกรรมของการพัฒนาทางจิตใจ	9,523	36.8
ความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่เริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น	3,868	14.9
กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตใจอื่นๆ	275	1.1
<b>รวม</b>	<b>25,871</b>	<b>100.00</b>

ที่มา : กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

ภาพที่ 2-25 จำนวนเด็กและวัยรุ่นที่มารับบริการในหน่วยงานกรมสุขภาพจิต จำแนกตามโรคและปัญหาสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2545



ที่มา : กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

## บทที่ 3

### กรรพการด้านสุขภาพจิต

จากการสำรวจทรัพยากรด้านสุขภาพจิต ตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 - 2544 พบว่า การดำเนินงานสุขภาพจิตในประเทศไทยมีหน่วยงานดำเนินการที่หลากหลาย ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช โดยมีองค์กรหลักที่ดำเนินการในเรื่องนี้ คือ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความพร้อมทั้งในเรื่องของบุคลากร งบประมาณ และทรัพยากรอื่นๆ นอกจากนี้ ยังมีองค์กรต่างๆ ที่ดำเนินการด้านสุขภาพจิต ได้แก่ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม และกระทรวงอื่นๆ ตลอดจนองค์กรภาคเอกชน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. บุคลากรด้านสุขภาพจิต

ประกอบด้วยบุคลากรของทีมงานสุขภาพจิต ดังนี้

##### 1.1 จิตแพทย์

ในปี พ.ศ. 2542 ประเทศไทยมีจำนวนจิตแพทย์ทั้งหมด จำนวน 351 คน คิดเป็นสัดส่วนจิตแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1 : 175,674 และในปี พ.ศ.2543 จำนวนจิตแพทย์จำนวน 376 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.12 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1 : 164,571 ในขณะที่ปี พ.ศ.2544 มีจำนวนจิตแพทย์ 387 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.93 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด 1 : 161,005

จากสัดส่วนดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นการขาดแคลนจิตแพทย์ในชั้นวิกฤต ซึ่งเป็นปัญหาเร่งด่วนของประเทศที่จะต้องได้รับการแก้ไข กรมสุขภาพจิตในฐานะองค์กรหลักในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนทั้งประเทศ ตระหนักในปัญหาการขาดแคลน จึงได้ดำเนินการแก้ไข ด้วยการหาแนวทางในการเพิ่มจำนวนจิตแพทย์ให้มากขึ้นเพื่อให้เพียงพอต่อการให้บริการด้านสุขภาพจิต โดยการผลักดันแพทยสภาให้อนุมัติสาขาจิตเวชศาสตร์และจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น เป็นสาขาประเภทที่ 1 ซึ่งเป็นสาขาที่ผู้เข้ารับการศึกษาไม่ต้องเข้าโครงการเพิ่มทุนทักษะ เป็นการสนับสนุนให้แพทย์ทั่วไปเข้ารับการศึกษาแพทยสภาเฉพาะทางด้านจิตเวช นอกจากนั้นยังได้สรรหาแพทย์ใช้ทุนรัฐบาลที่ประสงค์จะปฏิบัติงานใช้ทุนตามหน่วยงานราชการต่างๆ เพื่อส่งไปศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช โดยให้สิทธิพิเศษไม่ต้องรอให้พ้นการทดลองปฏิบัติราชการเป็นการสร้างแรงจูงใจให้แพทย์เข้ามาในระบบมากขึ้น สังเกตได้จากจำนวนของผู้เข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวชศาสตร์ในปี 2539 - 2540 ซึ่งจะมีเพียงปีละ 4 คน หลังจากกรมสุขภาพจิตดำเนินการโครงการแก้ไขปัญหาจิตแพทย์ขาดแคลนในปี 2541 เป็นต้นมา จะมีผู้สมัครเข้ารับการศึกษาเพิ่มเป็นปีละ 20 คน และคาดว่าเมื่อสิ้นสุดโครงการภายในปี 2550 จะมีจำนวนจิตแพทย์เพิ่มขึ้น ประมาณ 200 คน ส่งผลให้ภาวะความรับผิดชอบของ

จิตแพทย์ต่อประชากรลดลง จากสัดส่วนเดิม 1 : 175,674 เป็น 1 : 114,337 (คาดว่าประชากรประมาณ 63 ล้านคน) นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตยังมีโครงการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้สามารถทำงานช่วยเหลือหรือทดแทนจิตแพทย์ได้ในภาวะที่มีจิตแพทย์ขาดแคลนด้วยการสนับสนุนทุนการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชภาคพิเศษ สำหรับกลุ่มเป้าหมายผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตทั่วประเทศ โดยตั้งเป้าหมายไว้ ในปี 2552 จะมีบุคลากรสายงานการพยาบาลที่มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มไม่น้อยกว่า 700 คน จำนวนจิตแพทย์และจำนวนพยาบาลจิตเวชที่เพิ่มขึ้นน่าจะช่วยบรรเทาการขาดแคลนจิตแพทย์ได้ระดับหนึ่ง

เมื่อพิจารณาการกระจายจิตแพทย์ตามพื้นที่พบว่าโดยภาพรวมตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 - 2544 จิตแพทย์ส่วนใหญ่จะกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครมากที่สุด รองลงมาคือเขตภาคกลาง โดยในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนจิตแพทย์ปฏิบัติงานที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครมีจำนวนมากที่สุด 218 คน คิดเป็นร้อยละ 56.33 ของทั้งประเทศ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรพบว่า จิตแพทย์ 1 คนในเขตกรุงเทพมหานคร ดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชากรเป็นจำนวน 26,267 คน ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จิตแพทย์ 1 คน ต้องดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชากรมากที่สุด 551,120 คน (ตารางที่ 3-1 และภาพที่ 3-1)

ตารางที่ 3-1 การกระจายของจิตแพทย์จำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2542 - 2544

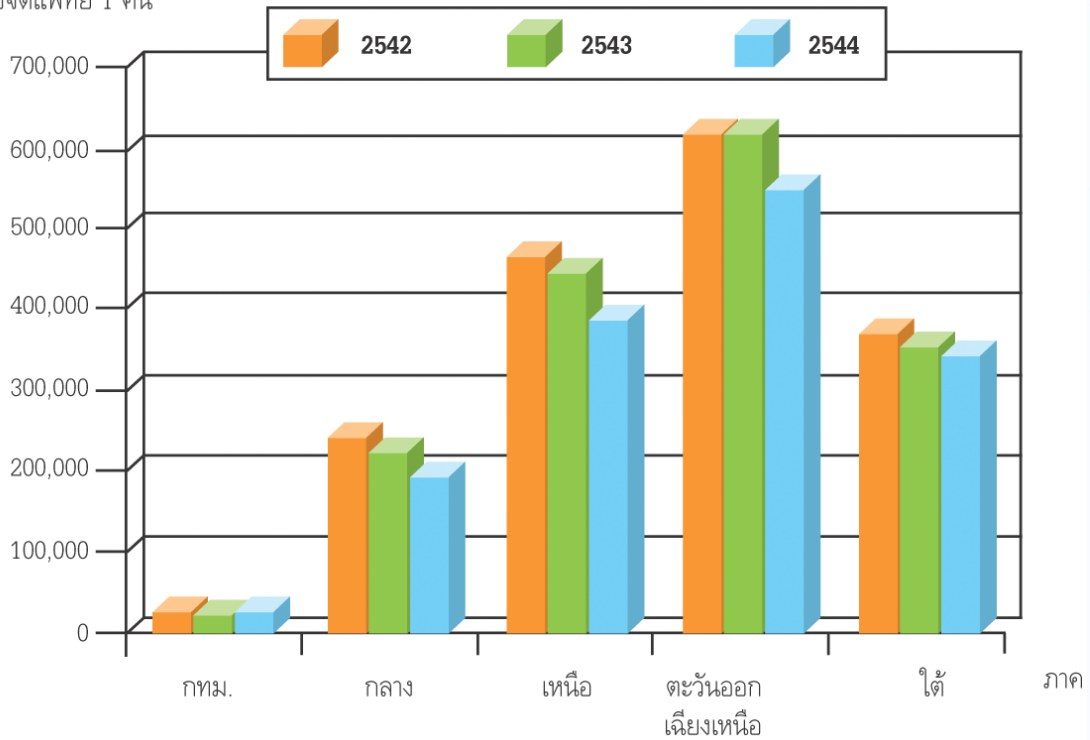
ภาค	พ.ศ.2542		พ.ศ.2543		พ.ศ.2544	
	จิตแพทย์	สัดส่วนประชากรต่อจิตแพทย์ 1 คน	จิตแพทย์	สัดส่วนประชากรต่อจิตแพทย์ 1 คน	จิตแพทย์	สัดส่วนประชากรต่อจิตแพทย์ 1 คน
กรุงเทพมหานคร	209	27,093	227	25,024	218	26,267
ภาคกลาง	59	243,088	64	226,168	75	195,374
ภาคเหนือ	26	466,344	27	448,192	31	391,111
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	35	610,841	35	611,564	39	551,120
ภาคใต้	22	370,574	23	357,289	24	346,315
<b>รวม</b>	<b>351</b>	<b>175,674</b>	<b>376</b>	<b>164,571</b>	<b>387</b>	<b>161,005</b>

ที่มา : จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



ภาพที่ 3-1 สัดส่วนประชากรต่อจิตแพทย์ จำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2542 - 2544

สัดส่วนประชากร  
ต่อจิตแพทย์ 1 คน



ที่มา : จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

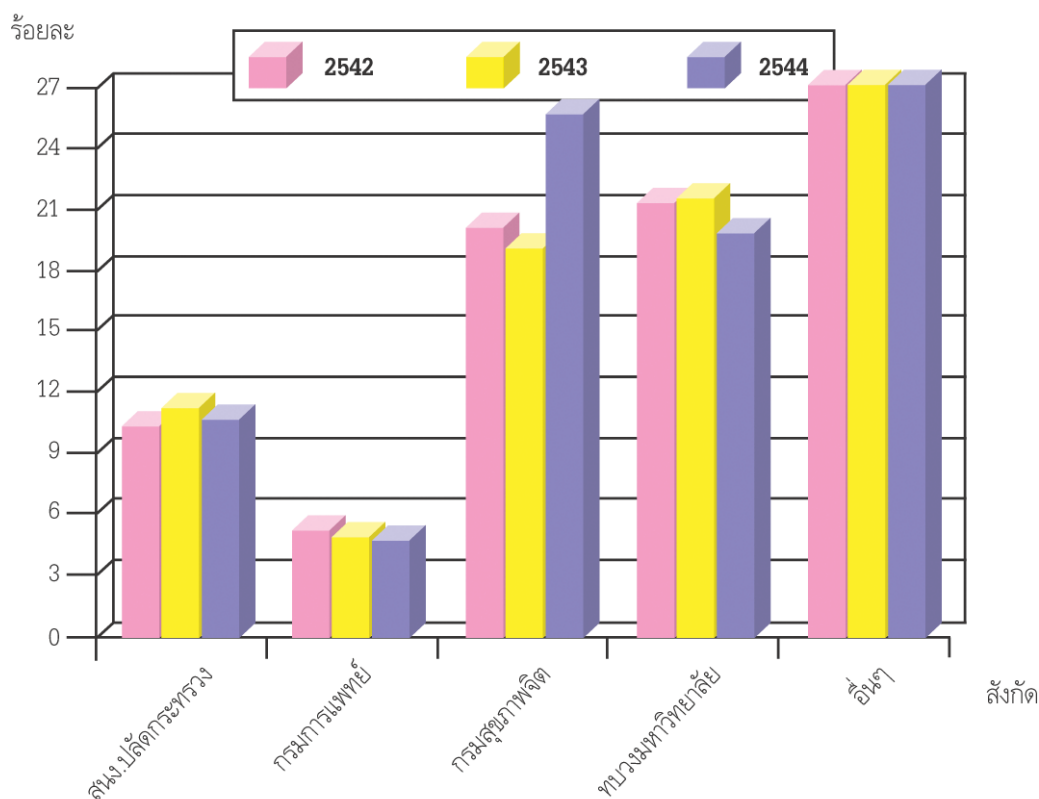
การกระจายจิตแพทย์จำแนกตามสังกัด พบว่าส่วนใหญ่จิตแพทย์จะปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2542-2544 คิดเป็นร้อยละ 35.33, 32.51 และ 34.84 ตามลำดับ และปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานอื่นร้อยละ 43.59 43.88 และ 39.53 นอกจากนั้นปฏิบัติงานอยู่ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ร้อยละ 21.08, 21.28 และ 19.64 (ตารางที่ 3-2 และภาพที่ 3-2)

ตารางที่ 3-2 การกระจายของจิตแพทย์จำแนกตามสังกัด ปี พ.ศ.2542 - 2544

สังกัด	พ.ศ.2542		พ.ศ.2543		พ.ศ.2544	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กระทรวงสาธารณสุข	124	35.33	131	34.84	158	40.83
- สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	36	10.26	42	11.17	41	10.59
- กรมการแพทย์	18	5.13	18	4.79	18	4.65
- กรมสุขภาพจิต	70	19.94	71	18.88	99	25.58
ทบวงมหาวิทยาลัย	74	21.08	80	21.28	76	19.64
อื่น ๆ	153	43.59	165	43.88	153	39.53
<b>รวม</b>	<b>351</b>	<b>100.00</b>	<b>376</b>	<b>100.00</b>	<b>387</b>	<b>100.00</b>

ที่มา : จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 3-2 อัตราของจิตแพทย์ จำแนกตามสังกัด ปี พ.ศ.2542 - 2544



ที่มา : จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

## 1.2 พยาบาลจิตเวช

ในปี พ.ศ. 2542 ประเทศไทยมีจำนวนพยาบาลจิตเวชทั้งหมด จำนวน 1,041 คน คิดเป็นสัดส่วนพยาบาลต่อประชากรเท่ากับ 1 : 59,233 และปี พ.ศ. 2543 มีจำนวนพยาบาลจิตเวชจำนวน 1,717 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 64.94 แต่เมื่อคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1 : 36,039 ในขณะที่ปี พ.ศ.2544 มีจำนวนพยาบาลจิตเวช 1,735 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.05 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด 1 : 35,913 ซึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 - 2544 พบว่าจำนวนพยาบาลจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งเป็นผลมาจากกรมสุขภาพจิตได้เปิดการฝึกอบรมพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตขึ้น 3 แห่งได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนปรุง จัดการอบรมปีละประมาณ 50คน โดยมีสาเหตุมาจากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับและทุกพื้นที่ที่มีความต้องการพยาบาลจิตเวชไปช่วยในการบำบัดรักษาให้แก่ประชาชน

เมื่อพิจารณาการกระจายพยาบาลจิตเวชตามพื้นที่ พบว่า โดยภาพรวม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542-2544 พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานอยู่ในแต่ละภาคมีแนวโน้มที่จะกระจายดีขึ้น โดยในปี พ.ศ.2544 มีจำนวนพยาบาลจิตเวช ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนมากที่สุด 551 คน คิดเป็นร้อยละ 31.75 ของทั้งประเทศ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรพบว่า พยาบาลจิตเวช 1 คน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต้องดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชากรเป็นจำนวน 39,009 คน ในขณะที่ภาคเหนือพยาบาลจิตเวช 1 คน ต้องดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชากรมากที่สุดในทุกๆ ปี โดยในปี 2544 ต้องดูแลประชาชนถึง 39,365 คน (ตารางที่ 3-3 และภาพที่ 3-3)

ตารางที่ 3-3 การกระจายของพยาบาลจิตเวช จำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2542 - 2544

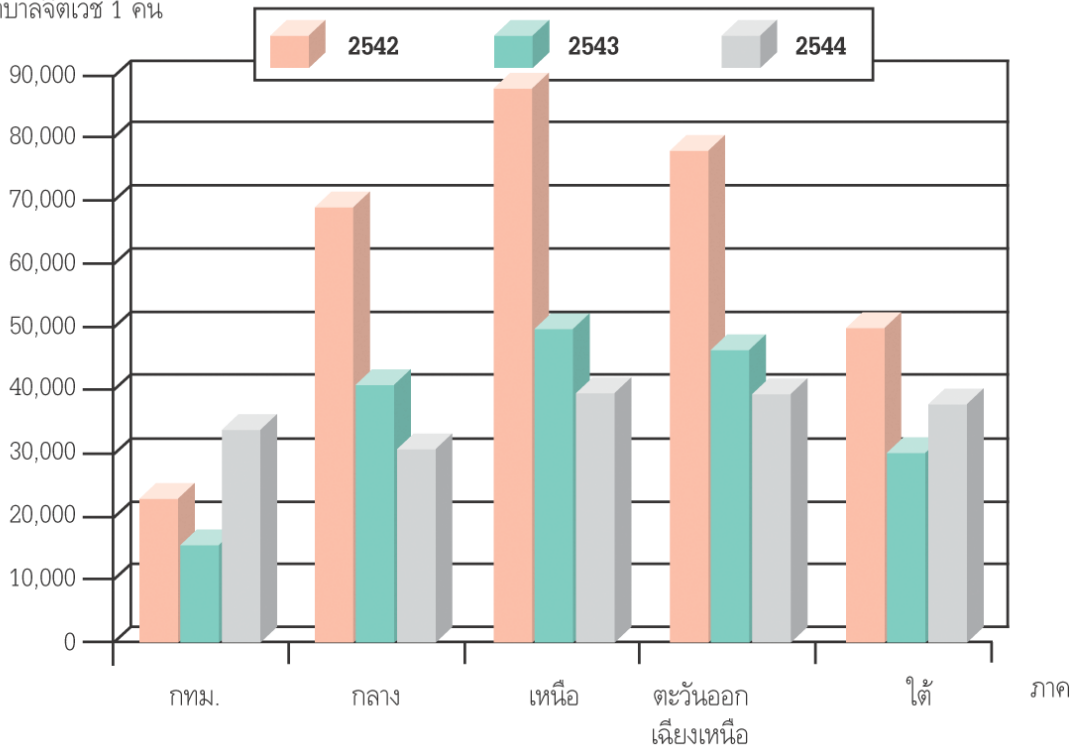
ภาค	พ.ศ.2542		พ.ศ.2543		พ.ศ.2544	
	จำนวน	สัดส่วนประชากรต่อพยาบาลจิตเวช 1 คน	จำนวน	สัดส่วนประชากรต่อพยาบาลจิตเวช 1 คน	จำนวน	สัดส่วนประชากรต่อพยาบาลจิตเวช 1 คน
กรุงเทพมหานคร	255	22,206	372	15,270	173	33,099
ภาคกลาง	209	68,623	357	40,546	481	30,464
ภาคเหนือ	138	87,862	245	49,393	308	39,365
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	275	77,743	466	45,933	551	39,009
ภาคใต้	164	49,711	277	29,667	222	37,439
<b>รวม</b>	<b>1,041</b>	<b>59,233</b>	<b>1,717</b>	<b>36,039</b>	<b>1,735</b>	<b>35,913</b>

ที่มา : จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 3-3 สัดส่วนประชากรต่อพยาบาลจิตเวช จำแนกตามภาค ปี พ.ศ. 2542 - 2544

สัดส่วนประชากร

พยาบาลจิตเวช 1 คน



ที่มา : จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

### 1.3 นักจิตวิทยาคลินิก

ในปี พ.ศ. 2542 ประเทศไทยมีจำนวนนักจิตวิทยาคลินิกทั้งหมด จำนวน 97 คน คิดเป็นสัดส่วนนักจิตวิทยาคลินิกต่อประชากรเท่ากับ 1 : 653,688 และปี พ.ศ.2543 มีจำนวนนักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 150 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 54.64 แต่เมื่อคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1 : 412,525 ในขณะที่ปี พ.ศ.2544 มีจำนวนนักจิตวิทยาคลินิก 196 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 30.67 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด 1 : 317,902 ซึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 - 2544 พบว่า จำนวนนักจิตวิทยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี

เมื่อพิจารณาการกระจายนักจิตวิทยาคลินิกตามพื้นที่ พบว่า โดยภาพรวม ตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 - 2544 นักจิตวิทยาคลินิกที่ปฏิบัติงานอยู่ในแต่ละภาคมีจำนวนเพิ่มขึ้น และมีสัดส่วนต่อประชากรลดลงในทุกๆ ภาค แสดงให้เห็นว่านักจิตวิทยาคลินิกสามารถให้การดูแลประชาชนได้ดีขึ้น โดยในปี พ.ศ.2544 มีจำนวนนักจิตวิทยาคลินิก ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนมากที่สุด 48 คน คิดเป็นร้อยละ 24.49 ของทั้งประเทศ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรที่ต้องดูแล พบว่า นักจิตวิทยาคลินิกที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในภาคใต้ ดูแลประชากรในสัดส่วนที่มากกว่า (ตารางที่ 3-4 และ ภาพที่ 3-4)

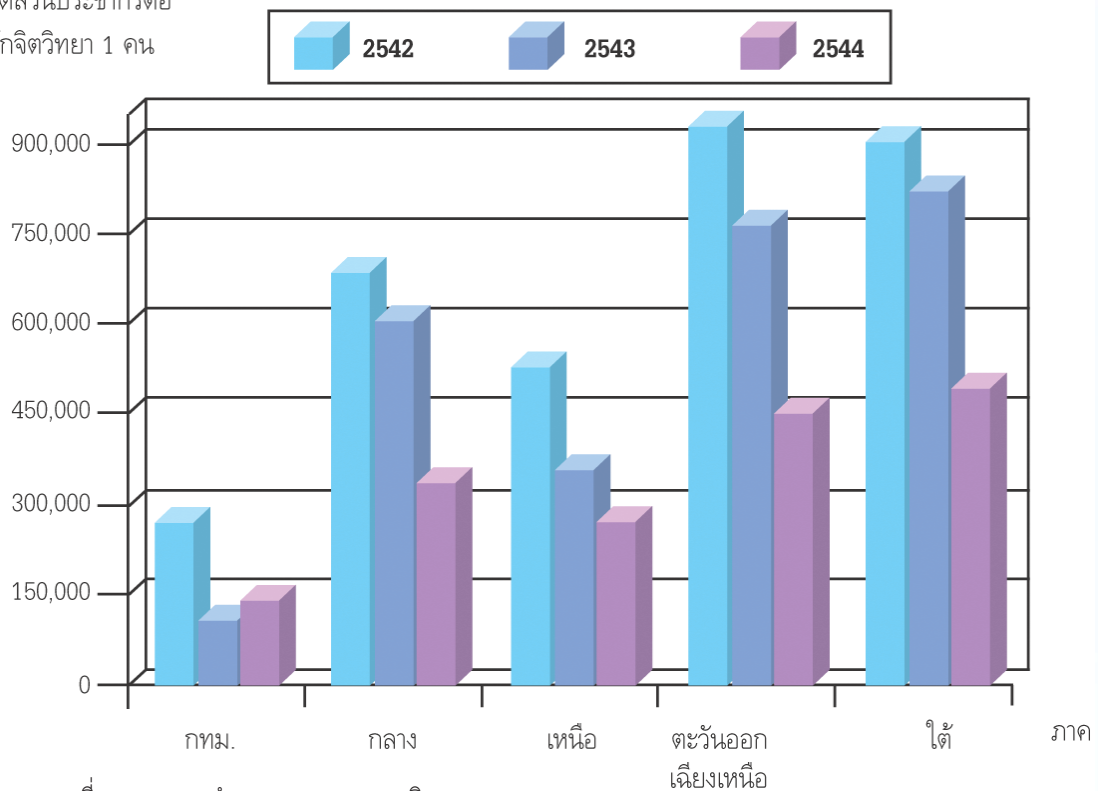
ตารางที่ 3-4 การกระจายของนักจิตวิทยาคลินิก จำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2542 - 2544

ภาค	พ.ศ.2542		พ.ศ.2543		พ.ศ.2544	
	จำนวน	สัดส่วนประชากร ต่อนักจิตวิทยาคลินิก 1 คน	จำนวน	สัดส่วนประชากร ต่อนักจิตวิทยาคลินิก 1 คน	จำนวน	สัดส่วนประชากร ต่อนักจิตวิทยาคลินิก 1 คน
กรุงเทพมหานคร	21	269,643	54	105,192	42	136,338
ภาคกลาง	21	682,962	24	603,116	44	333,023
ภาคเหนือ	23	527,171	34	355,918	45	269,432
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	23	929,540	28	764,455	48	447,785
ภาคใต้	9	905,849	10	821,765	17	488,916
<b>รวม</b>	<b>97</b>	<b>635,688</b>	<b>150</b>	<b>412,525</b>	<b>196</b>	<b>317,902</b>

ที่มา : จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 3-4 สัดส่วนประชากรต่อนักจิตวิทยาคลินิก จำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2542 - 2544

สัดส่วนประชากรต่อนักจิตวิทยา 1 คน



ที่มา : จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

#### 1.4 นักสังคมสงเคราะห์

ในปี พ.ศ.2542 ประเทศไทยมีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมด จำนวน 291 คน คิดเป็นสัดส่วนนักสังคมสงเคราะห์ต่อประชากรเท่ากับ 1 : 211,896 และในปี พ.ศ.2543 มีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ 377 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 29.55 แต่เมื่อคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1 : 164,135 ในขณะที่ปี พ.ศ.2544 มีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ 373 คน ลดลงร้อยละ 1.06 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1 : 167,048

เมื่อพิจารณาการกระจายนักสังคมสงเคราะห์ตามพื้นที่ พบว่า โดยภาพรวมตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 - 2544 นักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในแต่ละภาคมีจำนวนที่เพิ่มขึ้น โดยในปีพ.ศ.2544 มีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในกรุงเทพมหานครมีจำนวนมากที่สุด 117 คน คิดเป็นร้อยละ 31.37 ของทั้งประเทศ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรพบว่า นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ในเขตกรุงเทพมหานครดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชากรเป็นจำนวน 48,942 คน ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ต้องดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชากรมากที่สุดถึง 352,355 คน (ตารางที่ 3-5 และภาพที่ 3-5)

ตารางที่ 3-5 การกระจายของนักสังคมสงเคราะห์ จำแนกตามภาค ปี พ.ศ. 2542 - 2544

ภาค	พ.ศ.2542		พ.ศ.2543		พ.ศ.2544	
	จำนวน	สัดส่วนประชากร ต่อนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน	จำนวน	สัดส่วนประชากร ต่อนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน	จำนวน	สัดส่วนประชากร ต่อนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน
กรุงเทพมหานคร	21	269,643	117	48,550	117	48,942
ภาคกลาง	127	112,931	75	192,997	78	187,859
ภาคเหนือ	52	233,172	84	144,062	84	144,338
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	51	419,204	61	350,898	61	352,355
ภาคใต้	40	203,816	40	205,441	33	251,866
<b>รวม</b>	<b>291</b>	<b>211,896</b>	<b>377</b>	<b>164,135</b>	<b>373</b>	<b>167,048</b>

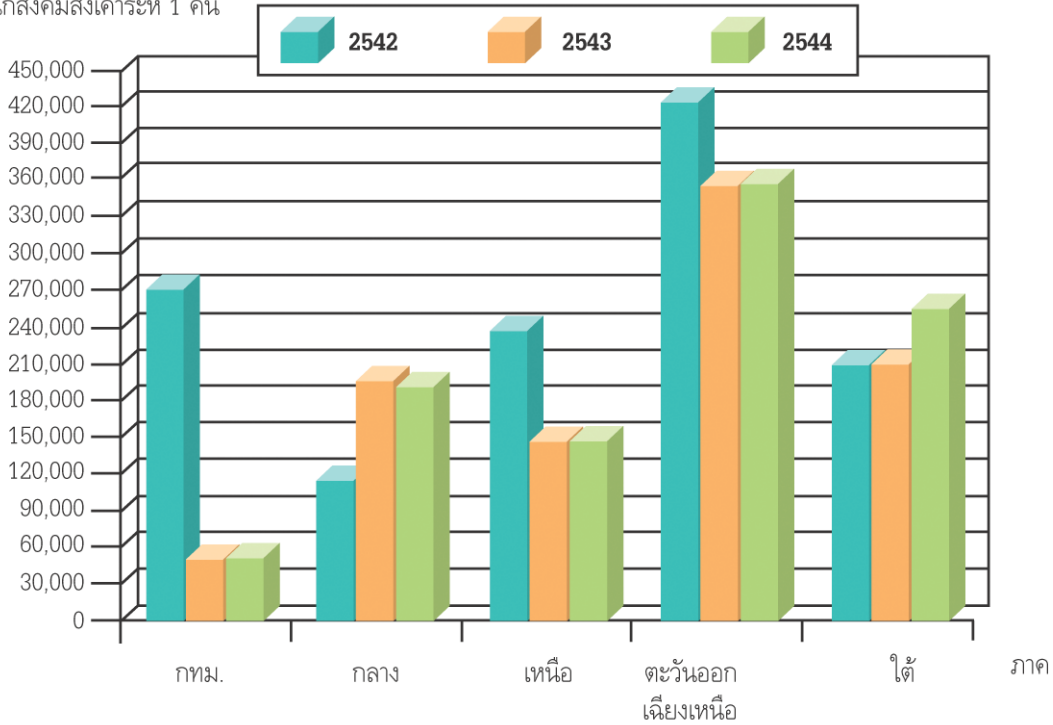
ที่มา : จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



ภาพที่ 3-5 สัดส่วนประชากรต่อนักสังคมสงเคราะห์ จำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2542 - 2544

สัดส่วนประชากรต่อ

นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน



ที่มา : จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

1.5 บุคลากรด้านอาชีวบำบัด

ในปี พ.ศ.2543 มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านอาชีวบำบัด ได้แก่ นักอาชีวบำบัดและเจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด จำนวน 50 คน และปี พ.ศ.2544 มีจำนวน 49 คน ลดลงร้อยละ 2 โดยพบว่า ในปี พ.ศ.2544 มีการกระจายทั่วประเทศไทย โดยมีนักอาชีวบำบัดปฏิบัติหน้าที่อยู่ในเขตภาคเหนือมากที่สุด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 30.61 รองลงมาคือเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57

ตารางที่ 3-6 การกระจายของบุคลากรด้านอาชีวบำบัด จำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2543-2544

ภาค	พ.ศ.2543		พ.ศ.2544	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กรุงเทพมหานคร	18	36.00	14	28.57
ภาคกลาง	11	22.00	10	20.41
ภาคเหนือ	3	6.00	15	30.61
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	13	26.00	6	12.25
ภาคใต้	5	10.00	4	8.16
<b>รวม</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>	<b>49</b>	<b>100.00</b>

ที่มา : จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

## 2. งบประมาณ

### 2.1 งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขกับกรมสุขภาพจิต

ในช่วงปี พ.ศ. 2536 จนถึง พ.ศ.2546 กรมสุขภาพจิตได้รับเงินงบประมาณเป็นจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีจาก 878.80 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2536 จนถึง 1,551.67 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2546 คิดเป็นอัตราเฉลี่ยร้อยละ 2.58 ของเงินงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข (ตารางที่ 3-7) โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2536 และ 2539 มีอัตราส่วนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 2.67 และ 2.58 ตามลำดับ (ภาพที่ 3-6) ซึ่งเป็นผลมาจากในช่วงปีงบประมาณ 2537 ได้มีการสถาปนากองสุขภาพจิตขึ้นเป็นสถาบันสุขภาพจิต มีฐานะเทียบเท่ากรม สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทำให้ได้รับงบประมาณ ในด้านการลงทุนได้แก่ งบประมาณในการก่อสร้าง งบประมาณหมวดครุภัณฑ์ และงบประมาณในการดำเนินการค่อนข้างสูง โดยได้รับเงินงบประมาณเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ตั้งแต่ปี 2537 จนถึงปี 2540 ร้อยละ 6.16, 16.93, 30.69 และ 6.25 ตามลำดับ แต่ในช่วงปีงบประมาณ 2541 - 2542 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ กรมสุขภาพจิตได้รับงบประมาณลดลงในอัตราร้อยละ 5.07 และ 3.87 และในปีงบประมาณ 2543 - 2544 กรมสุขภาพจิตได้งบประมาณเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.95 และ 10.13 ตามลำดับ แต่ในปีงบประมาณ 2545 ถึงปีงบประมาณปัจจุบัน (พ.ศ.2546) ได้งบประมาณลดลงร้อยละ 2.25 และ 2.51 (ตารางที่ 3-7 และภาพที่ 3-6)

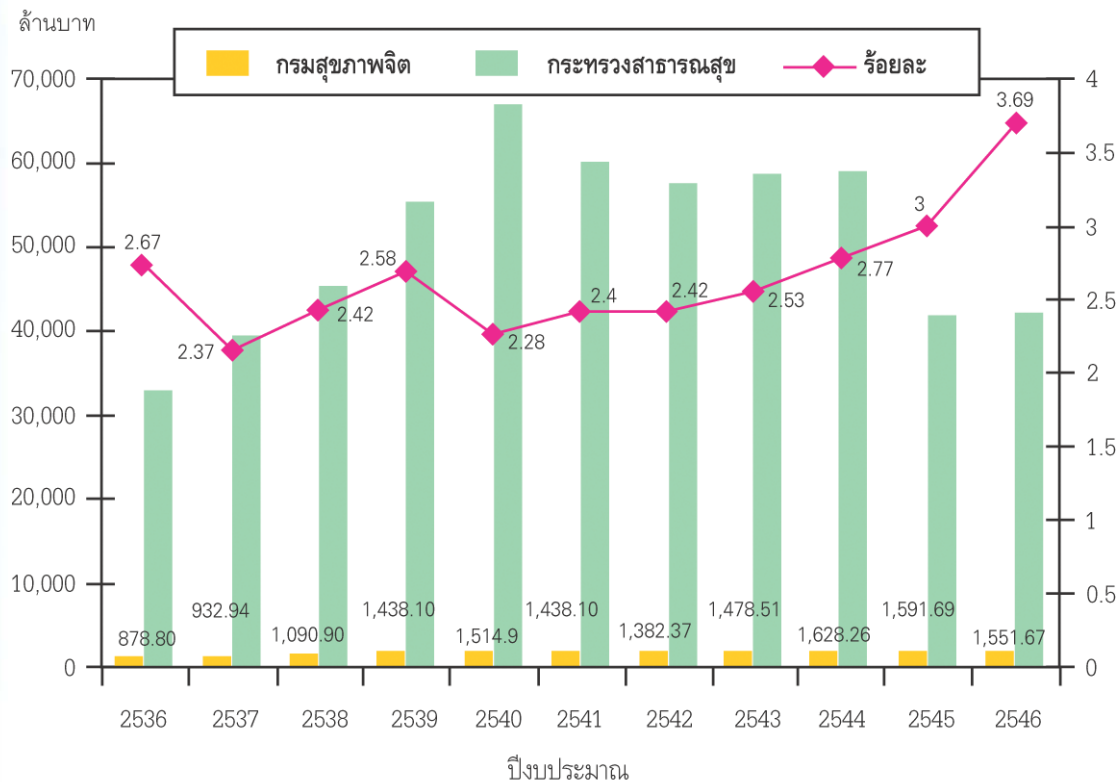
ตารางที่ 3-7 การเปรียบเทียบงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขกับกรมสุขภาพจิต  
ปีงบประมาณ 2536 - 2546

หน่วยนับ : ล้านบาท

ปีงบประมาณ	งบประมาณ กระทรวงสาธารณสุข	งบประมาณกรมสุขภาพจิต		
		เงินงบประมาณ	ร้อยละของกระทรวง สาธารณสุข	เพิ่ม/ลด (ร้อยละ)
2536	32,898.11	878.80	2.67	-
2537	39,318.70	932.94	2.37	+6.16
2538	45,102.67	1,090.90	2.42	+16.93
2539	55,236.20	1,425.76	2.58	+30.69
2540	66,544.32	1,514.91	2.28	+6.25
2541	59,920.90	1,438.10	2.40	-5.07
2542	57,171.34	1,382.37	2.42	-3.87
2543	58,427.90	1,478.51	2.53	+6.95
2544	58,695.39	1,628.26	2.77	+10.13
2545	41,737.30	1,591.69	3.00	-2.25
2546	41,993.93	1,551.67	3.69	-2.51

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 3-6 ร้อยละของงบประมาณของกรมสุขภาพจิตต่อประมาณของกระทรวงสาธารณสุข  
ปีงบประมาณ 2536 - 2546



ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

## 2.2 งบประมาณของกรมสุขภาพจิตจำแนกตามประเภทงบประมาณ

1) **งบประมาณด้านบุคลากร** กรมสุขภาพจิตได้รับงบประมาณในหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ เป็นจำนวนเงิน 489.73 ล้านบาทในปี 2536 และเพิ่มขึ้นเป็น 865.56 ล้านบาท ในปี 2546 โดยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 55.78 ของงบประมาณทั้งหมด (ตารางที่ 3-8)

2) **งบประมาณสำหรับการดำเนินการ** ซึ่งประกอบด้วย หมวดค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ หมวดค่าสาธารณูปโภค หมวดเงินอุดหนุนและรายจ่ายอื่นๆ นั้น กรมสุขภาพจิตได้รับงบประมาณสำหรับการดำเนินการ เพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ 223.83 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2536 เป็น 630.90 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2546 โดยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 40.66 ของงบประมาณทั้งหมดของกรมสุขภาพจิต

3) **งบประมาณสำหรับการลงทุน** ซึ่งประกอบด้วย หมวดค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง ในช่วงปีงบประมาณ 2536 ถึงปี 2540 กรมสุขภาพจิตได้รับเงินลงทุนเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ 165.24 ล้านบาทในปี 2536 จนถึง 467.46 ล้านบาท ในปี 2540 แต่ในช่วงปีงบประมาณ 2540 ประเทศไทย

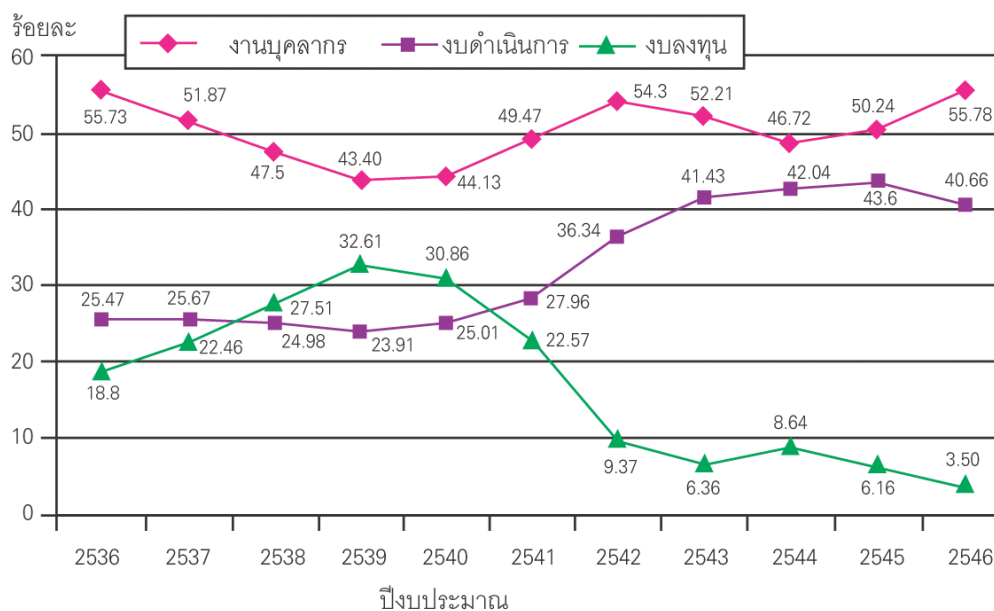
ประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ กรมสุขภาพจิตจึงได้รับงบประมาณสำหรับการลงทุนเป็นจำนวนลดลง จาก 324.53 ล้านบาท จนเหลือ 94.01 ล้านบาท ในปี 2543 แต่ในช่วงหลาย ๆ ปีที่ผ่านมา กรมสุขภาพจิต ได้รับเงินงบประมาณในหมวดเหล่านี้ ลดลงเรื่อยๆ จาก 140.68 ล้านบาท ในปี 2544 จนถึงปี 2546 ลดลง เหลือเพียง 55.21 ล้านบาท คิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ 3.56 ของงบประมาณทั้งหมดของกรมสุขภาพจิต (ภาพที่ 3-7)

ตารางที่ 3-8 การใช้จ่ายงบประมาณของกรมสุขภาพจิต จำแนกตามประเภทงบประมาณ  
ปีงบประมาณ 2536 - 2546

ปี งบประมาณ	ประเภทงบประมาณ						
	รวม (ล้านบาท)	งบบุคลากร		งบดำเนินการ		งบลงทุน	
		ล้านบาท	(ร้อยละ)	ล้านบาท	(ร้อยละ)	ล้านบาท	(ร้อยละ)
2536	878.80	489.73	55.73	223.83	25.47	165.24	18.80
2537	932.94	483.95	51.87	239.46	25.67	209.52	22.46
2538	1,090.90	518.21	47.50	272.54	24.98	300.15	27.51
2539	1,425.76	619.98	43.48	340.88	23.91	464.90	32.61
2540	1,514.91	668.59	44.13	378.86	25.01	467.46	30.86
2541	1,438.10	711.43	49.47	402.14	27.96	324.53	22.57
2542	1,382.37	750.57	54.30	502.29	36.34	129.51	9.37
2543	1,478.51	771.99	52.21	612.51	41.43	94.01	6.36
2544	1,628.26	793.22	48.72	694.36	42.64	140.68	8.64
2545	1,591.70	799.74	50.24	693.92	43.60	98.03	6.16
2546	1,551.67	865.56	55.78	630.90	40.66	55.21	3.56

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 3-7 ร้อยละของงบประมาณของกรมสุขภาพจิต จำแนกตามประเภทงบประมาณ  
ปีงบประมาณ 2536 - 2546



ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

### 3. เติงจิตเวช

ในปี พ.ศ.2542 ประเทศไทยมีจำนวนเตียงจิตเวชทั้งสิ้น 8,164 เตียง คิดเป็นสัดส่วนเตียงจิตเวชต่อประชากรเท่ากับ 1 : 7,553 ในจำนวนนี้กระจายอยู่ในเขตภาคกลางและกรุงเทพมหานครมากที่สุด (2,430 และ 1,832 เตียง ตามลำดับ) คิดเป็นร้อยละ 52.20 ของจำนวนเตียงจิตเวชทั้งหมด แต่เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนเตียงจิตเวชต่อประชากร พบว่าภาคที่มีสัดส่วนสูงที่สุดได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นสัดส่วน 1 : 13,865 ในขณะที่กรุงเทพมหานคร และภาคกลางมีสัดส่วนเพียง 1 : 3,091 และ 1 : 5,902 ตามลำดับ (ตารางที่ 3-9)

ปี พ.ศ.2543 มีจำนวนเตียงจิตเวช 8,594 เตียง เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.27 ในจำนวนนี้ ก็ยังคงกระจายอยู่ในเขตภาคกลางและกรุงเทพมหานคร จำนวน 4,392 เตียง คิดเป็นร้อยละ 51.11 ของจำนวนเตียงจิตเวชทั้งหมด และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนเตียงจิตเวชต่อประชากร พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงมีสัดส่วนสูงที่สุด คือ 1 : 11,652 และกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนต่ำที่สุด คือ 1 : 3,101

ปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนเตียงจิตเวช 8,893 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2543 ร้อยละ 3.48 ในจำนวนนี้พบว่าจำนวนเตียงจิตเวชส่วนใหญ่ อยู่ในเขตภาคกลางและเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 4,690 เตียง คิดเป็นร้อยละ 52.74 ของจำนวนเตียงจิตเวชทั้งหมด และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนเตียงจิตเวชต่อประชากร พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงมีสัดส่วนสูงถึง 1 : 12,240 คน และเขตกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนที่ต่ำที่สุดคือ 1 : 3,388

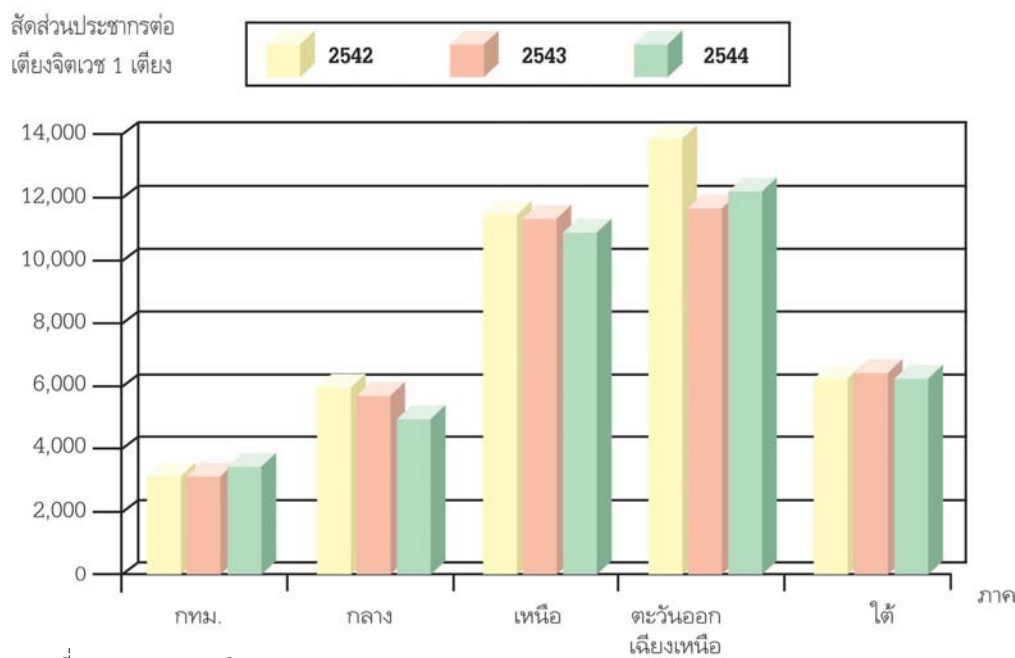


ตารางที่ 3-9 การกระจายของจำนวนเตียงจิตเวช จำแนกตามภาค ปี พ.ศ. 2542 - 2544

ภาค	พ.ศ.2542		พ.ศ.2543		พ.ศ.2544	
	จำนวนเตียง	สัดส่วนประชากรต่อเตียงจิตเวช 1 เตียง	จำนวนเตียง	สัดส่วนประชากรต่อเตียงจิตเวช 1 เตียง	จำนวนเตียง	สัดส่วนประชากรต่อเตียงจิตเวช 1 เตียง
กรุงเทพมหานคร	1,832	3,091	1,832	3,101	1,690	3,388
ภาคกลาง	2,430	5,902	2,560	5,654	3,000	4,884
ภาคเหนือ	1,060	11,439	1,065	11,363	1,115	10,874
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,542	13,865	1,837	11,652	1,756	12,240
ภาคใต้	1,300	6,271	1,300	6,321	1,332	6,240
<b>รวม</b>	<b>8,164</b>	<b>7,553</b>	<b>8,594</b>	<b>7,200</b>	<b>8,893</b>	<b>7,007</b>

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 3-8 สัดส่วนเตียงจิตเวชต่อประชากร จำแนกตามภาค ปี พ.ศ. 2542 - 2544



ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

## 4. สถานบริการสุขภาพจิต

### 4.1 สถานบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

สถานบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กระจายอยู่ตามหน่วยงานสังกัดภาครัฐและภาคเอกชน ดังนี้

#### 1) สถานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในความรับผิดชอบของกรมสุขภาพจิต

โดยมีหน่วยบริการในแต่ละภูมิภาค ดังนี้

ภาคกลาง ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศิริบุญญา สถาบันราชานุกูล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

ภาคเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลสวนปรุง สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชนครินทร์

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

ภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

#### 2) สถานบริการสุขภาพและจิตเวชในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย

เช่นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นต้น

3) สถานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงกลาโหม เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลทหารผ่านศึก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เป็นต้น

4) สถานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลวชิระพยาบาล เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีการบริการบำบัดรักษาสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลเอกชน / โรงพยาบาลชุมชน / สถานีอนามัย โดยหน่วยงานดังกล่าวนอกจากจะมีบทบาทในการบำบัดรักษาแล้ว ยังมีบทบาทในด้านการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วย โดยความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขในการค้นหาผู้ป่วย ฝ้าระวัง ติดตามการรักษา และการรับส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อตามสถานบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม

## 4.2 สถานบริการสาธารณสุขทั่วไปที่ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ในช่วงปี พ.ศ. 2540 - 2544 ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ และประชาชนประสบปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นทั้งในด้านความเครียด วิตกกังวล และมีอาการซึมเศร้า จนถึงขั้นมีการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น กรมสุขภาพจิต จึงขยายงานบริการสุขภาพจิตออกไปในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ เพื่อให้การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ประชาชน และได้ขยายการบริการสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นในทุกระดับ ซึ่งจากการสำรวจสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปที่ให้บริการสุขภาพจิตด้านต่างๆ ในปีพ.ศ.2544 พบว่า มีสถานบริการสาธารณสุขเปิดให้บริการด้านสุขภาพจิต (ตารางที่ 3-10) ดังนี้

1) **การให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์** โดยในปี พ.ศ.2542 เปิดให้บริการทั้งหมด 145 แห่ง เป็นโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด จำนวน 69 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.59 ในปีพ.ศ.2544 เปิดให้บริการเพิ่มขึ้นเป็น 182 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25.52 ของปี พ.ศ.2542

2) **คลินิกคลายเครียด** โดยในปี พ.ศ.2542 ได้เปิดให้บริการทั้งสิ้น 295 แห่ง เป็นโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด 181 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 61.36 ในปีพ.ศ.2544 เปิดให้บริการเพิ่มขึ้นเป็น 327 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.85

3) **บริการคลินิกให้คำปรึกษา** ในปี พ.ศ.2542 ได้เปิดให้บริการทั้งสิ้น 470 แห่ง เป็นโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด 343 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 51.86 และในปี พ.ศ.2544 เปิดให้บริการ 416 แห่ง ลดลงร้อยละ 11.49 ของปี พ.ศ.2542

ตารางที่ 3-10 งานบริการด้านสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ปี พ.ศ.2542 และ พ.ศ.2544

หน่วยงาน	การให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ (แห่ง)		คลินิกคลายเครียด (แห่ง)		คลินิกให้คำปรึกษา (แห่ง)	
	2542	2544	2542	2544	2542	2544
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	9	2	9	2	16
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	37	54	75	58	64	63
โรงพยาบาลชุมชน	69	93	181	235	343	304
โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต	14	16	13	16	13	16
โรงพยาบาลภาครัฐ/กรม. /ปริมนทล	9	10	7	6	16	12
โรงพยาบาลเอกชน	7	7	10	10	18	18
<b>รวม</b>	<b>145</b>	<b>182</b>	<b>295</b>	<b>327</b>	<b>470</b>	<b>416</b>

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

### 4.3 การจัดองค์กรด้านสุขภาพจิต

จากการสำรวจพบว่า สถานบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้มีการจัดองค์กรเพื่อให้บริการด้านสุขภาพจิต ที่มีความครอบคลุมทั่วประเทศและทุกระดับ โดยมีบริการที่หลากหลาย แต่บริการต่างๆ ที่มีอยู่เหล่านี้ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามลำดับ การปรับเปลี่ยนรูปแบบของบริการก็เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของบริการโดยคำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนเป็นหลักและได้มีการขยายการให้บริการลงไปถึงระดับโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มมากขึ้น (ตารางที่ 3-11)

ตารางที่ 3-11 การจัดองค์กรด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานสาธารณสุขทั่วประเทศ ปี พ.ศ.2544

หน่วยนับ : หน่วยงาน

ภาค	การจัดองค์กร			
	ฝ่ายจิตเวช	กลุ่มงานจิตเวช	งานจิตเวช	อื่นๆ
กรุงเทพมหานคร	-	1	-	13
ภาคกลาง	-	23	21	81
ภาคเหนือ	2	21	21	77
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	-	19	41	111
ภาคใต้	-	8	16	48
<b>รวม</b>	<b>2</b>	<b>72</b>	<b>99</b>	<b>330</b>

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

## บทที่ 4

### เทคโนโลยีสุขภาพจิต และ เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิต

#### มารู้จักเทคโนโลยีสุขภาพจิต

เทคโนโลยีสุขภาพจิตเป็นเทคโนโลยีที่จัดทำขึ้นในรูปแบบสื่อสิ่งพิมพ์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ สื่อต่างๆ เหล่านี้มีทั้งสื่อที่ใช้ในกระบวนการอบรม และสื่อที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง อาจกล่าวได้ว่า เทคโนโลยีสุขภาพจิตเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการสกัดองค์ความรู้สุขภาพจิตที่สำคัญๆ เพื่อสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสุขภาพจิตด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ

#### กว่าจะมาเป็นเทคโนโลยีสุขภาพจิต

ขั้นตอนการจัดทำเทคโนโลยีสุขภาพจิตต้องอาศัยเวลาเพราะต้องเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา คีขาระบบและความต้องการของบุคคลกลุ่มต่างๆ มีการศึกษาองค์ความรู้ เช่น แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และมีการวางแผนพัฒนาเทคโนโลยีทั้งในด้านกรอบเนื้อหา การออกแบบลักษณะของเทคโนโลยีว่าควรมีรูปแบบและวิธีการใช้งานอย่างไร

หลังจากนั้น ก็มาถึงขั้นจัดทำองค์ประกอบของเทคโนโลยี เช่น จัดทำคู่มือหรือชุดการฝึกอบรม จัดทำคู่มือดำเนินงานหรือคู่มือความรู้ จัดทำเครื่องมือต่างๆ ยกตัวอย่าง แบบคัดกรอง แบบประเมิน จัดทำสื่อต่างๆ ยกตัวอย่าง วิดีทัศน์ เทปเสียง ภาพพลิก ฯลฯ

เมื่อจัดทำองค์ประกอบของเทคโนโลยีเสร็จเรียบร้อยแล้ว ก็นำไปทดลองใช้ด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนา มีการปรับปรุงเทคโนโลยีจนมีประสิทธิภาพเป็นที่น่าพอใจ แล้วจึงนำไปถ่ายทอดสู่ผู้ใช้ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ทว่า เทคโนโลยีต้องมีการพัฒนาให้ทันสมัยและดีขึ้นเรื่อยๆ จึงต้องมีการสร้างตัวชี้วัดและการประเมินผลเทคโนโลยีด้วย

#### 1. เทคโนโลยีสุขภาพจิต แบ่งตามวิธีการใช้ออกเป็น 3 ประเภท คือ

**ประเภทแรก เทคโนโลยีที่ถึงกลุ่มเป้าหมาย (Target group) โดยตรง** เช่น บริการให้ความรู้สุขภาพจิตทางโทรศัพท์อัตโนมัติ หมายเลข 1667 เป็นความรู้ที่เผยแพร่สู่ประชาชนโดยตรง เช่น การประเมินความเครียดด้วยตนเอง การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถานที่ทำงาน เป็นต้น

**ประเภทที่สอง เทคโนโลยีที่ถึงกลุ่มเป้าหมายโดยผ่านทางผู้ใช้เทคโนโลยี (Users)** ซึ่งผู้ใช้เทคโนโลยีต้องผ่านกระบวนการฝึกอบรมเพื่อนำไปใช้ดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น บริการให้คำปรึกษา บริการในคลินิกคลายเครียด การพัฒนาตนเองแนวพุทธ

**ประการที่สาม เทคโนโลยีที่ถึงกลุ่มเป้าหมายโดยอาศัยกระบวนการฝึกอบรมวิทยากรกลาง (Training of Trainer)** และวิทยากรกลางเป็นผู้ถ่ายทอดให้แก่ผู้ใช้เทคโนโลยี (Users) อีกต่อหนึ่ง ก่อนที่ผู้ใช้เทคโนโลยีจะนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายต่อไป เช่น การสอนทักษะชีวิต การทำจิตสังคัมบำบัด ในโรงเรียน การถามปากคำและสืบพยานเด็ก การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยพระสงฆ์ การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว การทำจิตสังคัมบำบัดสำหรับผู้ติดยาบ้า และถ้าจัดหมวดหมู่ของเทคโนโลยีแต่ละเรื่องตามองค์ประกอบ อาจแบ่งได้เป็น 4 ประเภทคือ

1. หลักสูตรการอบรม
2. คู่มือ/เอกสารการเรียนรู้ด้วยตนเอง
3. เครื่องมือ เช่น แบบคัดกรอง แบบประเมิน แบบทดสอบ ฯลฯ
4. สื่อ/อุปกรณ์ เช่น วีดิทัศน์ ภาพพลิก โปสเตอร์ เทปเสียง ฯลฯ

## แนวคิดในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายและเนื้อหาเพื่อจัดทำเทคโนโลยี

เริ่มจากการพิจารณาวจรชีวิตมนุษย์ ซึ่งต้องสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมแรกของชีวิตคือ สถาบันครอบครัว เมื่อเติบโตใหญ่ขึ้นก็เข้าสู่สถาบันโรงเรียน สถานที่ทำงาน และสิ่งแวดล้อมที่กว้างใหญ่คือชุมชน หากเจ็บป่วยก็ต้องเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข ดังนั้น การกำหนดเนื้อหาจึงกำหนดตาม

**พัฒนาการในแต่ละวัย** รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละวัย โดยเฉพาะปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละวัย ตั้งแต่วัยเด็กไปจนถึงวัยสูงอายุ

**ปัญหาพัฒนาการและโรคทางจิตเวช** เช่น เด็กปัญญาอ่อน เด็กบกพร่องทางการเคลื่อนไหว เด็กออทิสติก ผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น

**ปัญหาวิกฤติในสังคมที่กระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคล** เช่น การช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ การเจรจาต่อรองในกรณีจับตัวประกันและการฆ่าตัวตาย การทารุณกรรมเด็ก วิกฤติเศรษฐกิจกับปัญหาความเครียดและการฆ่าตัวตาย ปัญหายาเสพติด ปัญหาความรุนแรงในสังคม (ม็อบ จราจล) เป็นต้น

**ปัญหาวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิตของมนุษย์** เช่น ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาการหย่าร้าง ปัญหาการสูญเสีย ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

**หลักสุขภาพจิตเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต บำบัดรักษา** เช่น การดูแลด้านสังคมจิตใจ การให้การปรึกษา การคลายเครียด ทักษะชีวิต ความฉลาดทางอารมณ์ การออกกำลังกาย พุทธศาสนากับสุขภาพจิต

**เนื้อหาอื่นๆ เพื่อใช้ในการดำเนินงานสุขภาพจิต** เช่น กระบวนการ AIC มาตรฐานการบริการทางจิตเวช มาตรฐานวิชาชีพ

แต่ละเนื้อหาถูกนำมาพัฒนาเป็นเทคโนโลยีเพื่อการบำบัดรักษา ส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยจัดทำเป็นชุดเทคโนโลยีที่ประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ (หลักสูตรการอบรม เอกสารการเรียนรู้ด้วยตนเอง เครื่องมือ และสื่ออุปกรณ์) ดังที่กล่าวมาแล้ว



- เทคโนโลยีแต่ละชุดจะผ่านการพัฒนาให้เหมาะสมกับการใช้งานต่าง ๆ ได้แก่
- เทคโนโลยีเพื่อการบริการ การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุข
- เทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถานศึกษา และหน่วยงานที่ทำงานกับเด็กด้อยโอกาส
- เทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถานที่ทำงาน
- เทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัวและชุมชน ซึ่งรวมทั้งใช้เพื่อการรณรงค์ และเผยแพร่แก่ปัจเจกบุคคล

## จำนวนเทคโนโลยีสุขภาพจิต

ในปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีขึ้นมากมาย พบว่ามีเทคโนโลยีที่สำคัญประมาณ 168 ชิ้น (รวบรวมข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2545)

## ประเด็นหลักของเทคโนโลยีในหน่วยต่าง ๆ

สถานบริการ	สถานศึกษา/หน่วยงานที่ทำงานกับเด็กด้อยโอกาส	สถานที่ทำงาน	ครอบครัว/ชุมชน
1. การตรวจ วินิจฉัย การใช้ยา และการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (เครียด ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ก้าวร้าวโรคจิตปัญญาอ่อน สารเสพติด ลมชัก) 2. ประเมินความเสี่ยง และการช่วยเหลือผู้ฆ่าตัวตาย/โรคซึมเศร้า 3. การดูแลผู้ป่วยจิตเวช 4. การประเมินความเครียดและเทคนิคการคลายเครียด 5. การให้การปรึกษา 6. การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์/การปรึกษา	1. การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตแก่เยาวชน 2. การประเมินปัญหาสุขภาพจิตเด็ก 3. การป้องกันปัญหา ยาเสพติด 4. ความฉลาดทางอารมณ์ 5. การให้การปรึกษา 6. การประเมินความฉลาด ทางเชาวน์ปัญญา 7. กระบวนการ AIC 8. การป้องกันโรคเอชดี 9. ทักษะชีวิต * เด็กทั่วไป * เด็กด้อยโอกาส	1. การประเมินความเครียดและเทคนิคการคลายเครียด 2. การเสริมสร้างความสุขในการทำงาน 3. การประเมินความพึงพอใจในการทำงาน 4. สถานที่ทำงานน่าอยู่น่าทำงาน 5. เทคนิคการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต	1. การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย 2. การประเมินความเครียด และเทคนิคการคลายเครียด 3. การให้การปรึกษาเบื้องต้น 4. การส่งเสริมสุขภาพจิตบุคคลวัยต่างๆ 5. กระบวนการ AIC 6. การป้องกันการติดสารเสพติด/ยาบ้า 7. ความฉลาดทางอารมณ์ 8. การออกกำลังกาย

สถานบริการ	สถานศึกษา/หน่วยงานที่ทำงานกับเด็กด้อยโอกาส	สถานที่ทำงาน	ครอบครัว/ชุมชน
<p>ครอบครัว/การปรึกษา ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยโรคเอดส์ และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์</p> <p>7. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี</p> <p>8. การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย</p> <p>9. การจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันเองของผู้ติดเชื้อเอดส์</p> <p>10. การพัฒนาตนเองแนวพุทธ</p> <p>11. การประเมิน/การบำบัดรักษาและฟื้นฟูจิตใจเด็กถูกทารุณกรรมทางร่างกาย จิตใจและสังคม</p> <p>12. การช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ</p> <p>13. การป้องกันสารเสพติดในวัยรุ่น</p> <p>14. ความฉลาดทางอารมณ์</p> <p>15. การช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล่ามขัง และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน</p> <p>16. การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล</p> <p>17. การพัฒนามาตรฐานบริการทางจิตเวช</p> <p>18. การพัฒนามาตรฐานการดูแลทางสังคมจิตใจในระดับ รพศ./รพท.</p> <p>19. การพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ (จิตวิทยา/สังคมสงเคราะห์จิตเวช)</p>			<p>9. การป้องกันและช่วยเหลือคู่ครองที่ติดเชื้อเอดส์</p> <p>10. การปรับตัวในชีวิตคู่และการส่งเสริมความสุขในชีวิตคู่</p> <p>11. ธรรมะกับการดำเนินชีวิต</p> <p>12. การส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน</p>

## 1.1 เทคโนโลยีเพื่อการบริการ การส่งเสริมและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถานบริการ

ภาพที่ 4-1 เทคโนโลยีเพื่อการบริการ การส่งเสริมและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถานบริการ



ในปีงบประมาณ 2545 - 2546 เทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในระดับต่างๆ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน มี 3 เรื่องใหญ่ๆ คือ

**1) การดูแลด้านสังคมจิตใจ** ได้แก่ คู่มือเรื่องการพัฒนามาตรฐานการดูแลทางสังคมจิตใจ เนื้อหาเน้นเรื่อง แนวคิด แนวทางการพัฒนา และประสบการณ์การพัฒนามาตรฐานการดูแลทางสังคมจิตใจ กรมสุขภาพจิตได้จัดทำเทคโนโลยีเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลทางสังคมจิตใจ เพื่อใช้ในสถานบริการระดับต่างๆ เพื่อปรับระบบบริการให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม(Holistic Care) คือ เน้นความสำคัญทางจิตใจ สังคมของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการดูแลด้านสุขภาพกาย

**2) การดูแลช่วยเหลือและป้องกันปัญหาสารเสพติด** ได้แก่ เทคโนโลยีเกี่ยวกับการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสารเสพติด และเทคโนโลยีเกี่ยวกับจิตสังคมบำบัด

เทคโนโลยีเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือและป้องกันปัญหาสารเสพติดในสถานบริการสาธารณสุข เน้นการดูแลด้านจิตใจ สังคมของผู้ติดยาเสพติดและครอบครัว รวมทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นองค์ความรู้ที่มีเนื้อหาครอบคลุมที่สามารถนำไปใช้กับผู้เกี่ยวข้องและผู้เสพยาบ้าทุกกลุ่มทั้งกลุ่มที่เสพเป็นครั้งคราว เสพประจำ กลุ่มที่กลับมาเสพยาซ้ำและกลุ่มเสพติดเรื้อรัง ซึ่งเทคโนโลยีชุดนี้ได้ผ่านการทดลองและปรับปรุงให้เหมาะสมกับสังคมไทย

### 3) การพัฒนามาตรฐานบริการทางจิตเวชและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจิตเวช

กรมสุขภาพจิตได้พัฒนามาตรฐานคุณภาพบริการจิตเวช เพื่อให้บุคลากรได้ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นการจักระบบการบริการประชาชนให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ประชาชนผู้รับบริการ

## 1.2 เทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถานศึกษา

### ภาพที่ 4-2 เทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถานศึกษา



เทคโนโลยีที่พัฒนาสำหรับบุคลากรในสถานศึกษาเพื่อดูแลช่วยเหลือนักเรียนและพัฒนาศักยภาพทางจิตใจ อารมณ์และสังคมของเด็ก ประกอบด้วยเรื่องหลัก ๆ ดังนี้คือ

1) **ความฉลาดทางอารมณ์** ได้แก่ แบบประเมินและคู่มือกิจกรรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-11 ปี สำหรับครู

2) **ระบบการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษา** ซึ่งประกอบด้วยเทคโนโลยี 2 ชุด คือ

- \* **ชุดที่ 1** ระบบการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วยคู่มือครู คู่มือวิทยากร และคู่มือผู้บริหาร
- \* **ชุดที่ 2** ระบบการดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษา และจิตสังคมบำบัดในโรงเรียน ซึ่งประกอบด้วย หลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพครูแนะแนว และคู่มือกิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดในโรงเรียนสำหรับครู และนักเรียน



### 1.3 เทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถานที่ทำงาน

ภาพที่ 4-3 เทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถานที่ทำงาน



เทคโนโลยีสำหรับหัวหน้างานในสถานที่ทำงาน ประกอบด้วยเรื่องหลัก ๆ 3 เรื่อง คือ

- 1) **การส่งเสริมสุขภาพจิต** ได้แก่ การเสริมสร้างความสุขในการทำงาน การประเมินความพึงพอใจในการทำงาน การพัฒนาสถานที่ทำงานให้น่าอยู่น่าทำงาน อีคิวกับความสำเร็จในการทำงาน
- 2) **การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต** ได้แก่ การประเมินความเครียดและเทคนิคการคลายเครียด การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น
- 3) **การป้องกันปัญหาหย่าร้าง** ได้แก่ การปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้ติดยาบ้า ความรู้และทักษะเบื้องต้นในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ติดยาบ้า

#### 1.4 เทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัวและชุมชน

ภาพที่ 4-4 เทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัวและชุมชน



เทคโนโลยีที่พัฒนาสำหรับแกนนำชุมชน และครอบครัวประกอบด้วยเรื่องหลักๆ 3 เรื่อง คือ

- 1) **ความฉลาดทางอารมณ์** ได้แก่ แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี และ 6-11 ปี สำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง
- 2) **สุขภาพจิตครอบครัว** ซึ่งมีทั้งคู่มือ เอกสาร ภาพพลิก และโปสเตอร์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตในวัยต่างๆ
- 3) **สุขภาพจิตชุมชน** ซึ่งเป็นเทคโนโลยีสำหรับแกนนำต่างๆ ในชุมชน เช่น พระสงฆ์ อาสาสมัครสาธารณสุข และชมรมผู้สูงอายุ เนื้อหาเน้นการเสริมสร้างสุขภาพจิตด้วยกิจกรรมในชุมชน

กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาเทคโนโลยีชุดนี้ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับภาค มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพจิตของชุมชนและร่วมกำหนดแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน 3 เรื่อง คือ สุขภาพจิตครอบครัว สุขภาพจิตชุมชน และการแก้ไขปัญหาบ้าในเยาวชน และได้มีการนำไปทดลองใช้ในชุมชนของพื้นที่ 6 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ นนทบุรี สระบุรี กาญจนบุรี นครราชสีมา มุกดาหาร และศรีสะเกษ แล้วปรับปรุงเนื้อหาเพื่อพัฒนาเป็นเทคโนโลยีที่มุ่งเน้นความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพจิต และนำเสนอภาพการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนตามขอบเขตเนื้อหาทั้ง 3 เรื่องดังกล่าว โดยเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ใช้ความคิดริเริ่มในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้วยตนเองตามความเหมาะสมของชุมชน รวมทั้งเป็นแกนนำในการดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อช่วยกันสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพจิตให้แก่คนในชุมชน เพื่อสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว



## 2. เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิต

เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือในการสำรวจสุขภาพจิตที่ง่ายต่อการใช้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของเทคโนโลยี

เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิตส่วนใหญ่เป็นแบบ Impact Indicator เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับปัญหาอื่นๆ เช่น

- \* ปัญหาทางสังคม ยกตัวอย่าง การติดยา ปัญหาความรุนแรงต่างๆ
- \* ปัญหาทางสุขภาพ เช่น โรคซึมเศร้า โรคหัวใจ โรคที่เกิดจากความเครียด พฤติกรรมที่เกิดจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง
- \* สภาวะแวดล้อม เช่น ความยากจน ตกงาน ไร้การศึกษา สภาพการทำงานไม่ดี การแบ่งแยกทางเพศ

เครื่องมือวัดทางสุขภาพจิตที่มีการพัฒนาขึ้น สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

- \* เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิตระดับบุคคล
- \* เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิตระดับครอบครัว
- \* เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิตระดับชุมชน

### 2.1 เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิตระดับบุคคล

ภาพที่ 4-5 เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิตระดับบุคคล



เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิตระดับบุคคล ประกอบด้วย

- **แบบคัดกรองโรคทางจิตเวช** ได้แก่ แบบคัดกรองโรคจิต แบบทดสอบในการตรวจหาภาวะความพิการทางสมอง (Mini-Mental State Examination : MMSE) แบบคัดกรองโรคในกลุ่มพัฒนาการผิดปกติอย่างรอบด้านสำหรับเด็กอายุ 1-18 ปี แบบสอบถามปัญหาสุขภาพเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชาชนไทย แบบประเมินโรคซึมเศร้า แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- **แบบประเมินทางสุขภาพจิตและแบบคัดกรองพัฒนาการ** ได้แก่ ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Thai Mental Health Indicators : TMHI-66) แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire : GHQ) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ฉบับเด็กอายุ 3-5 ปี 6-11 ปี และฉบับอายุ 12-17 ปี 18-60 ปี เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life : WHOQOL) แบบวัดความเครียด

## 2.2 เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิตระดับครอบครัว

- **แบบประเมินความสุขในครอบครัว**

## 2.3 เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิตระดับชุมชน

- **เครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิตระดับชุมชน** เป็นเครื่องมือที่ครอบคลุมองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

### 1) ปัจจัยภายในชุมชน

สถานภาพทางสุขภาพจิตของชุมชน เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและทางจิตเวช ปัญหาสังคม ความอยู่ดีมีสุขในชุมชน

สมรรถภาพทางสุขภาพจิตของชุมชน เช่น ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน การจัดการปัญหาขัดแย้งภายในชุมชน

คุณลักษณะพื้นฐานทางสุขภาพจิตของชุมชน เช่น ความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี โครงสร้างทางกายภาพและกลไกภายในชุมชน กิจกรรมร่วมภายในชุมชน

### 2) ปัจจัยภายนอกชุมชน

จำนวนกองทุนให้ยืม

จำนวนครั้งของการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการทำกิจกรรมสร้างประโยชน์หรือเพื่อพัฒนากับชุมชนอื่น

ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐและเอกชน

# บทที่ 5

## เครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิต

การเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนให้มีความแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เก่งและดี จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อเป็นพลังในการเสริมสร้างเกราะป้องกัน ให้ประชาชนมีจิตใจเข้มแข็ง ลดการพึ่งพาปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดปัญหา ซึ่งการดำเนินงานสุขภาพจิตให้ประสบความสำเร็จต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชน โดยมีเครือข่ายเป็นกลไกขับเคลื่อนให้การดำเนินงานสุขภาพจิตเชื่อมโยงเข้าถึงกัน ด้วยระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและความสัมพันธ์ที่ดี กรมสุขภาพจิตในฐานะหน่วยงานหลักในการพัฒนาวิชาการสุขภาพจิต ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ในรูปแบบเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตทั้งในระบบสาธารณสุขและนอกระบบสาธารณสุข อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีแผนภูมิเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิต ดังนี้

ภาพที่ 5-1 เครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิต



ภาพที่ 5-2 เครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสาธารณสุข





## ภารกิจกรมสุขภาพจิต

ภารกิจของกรมสุขภาพจิต ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545 ได้จัดแบ่งภารกิจหลักออกเป็น 2 ภารกิจหลัก คือ

1. การพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิต โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี

2. การดำเนินการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจ

ภารกิจทั้ง 2 เป็นภารกิจที่จะต้องดำเนินการให้ครอบคลุมทั่วประเทศ กรมสุขภาพจิตได้มอบหมายให้ศูนย์สุขภาพจิต และโรงพยาบาลจิตเวชรับผิดชอบในการประสาน การบริหารจัดการและพัฒนาระบบบริการในทุกๆ เขต โดยมีจังหวัดที่ต้องดูแลทั่วประเทศ ดังนี้

ศูนย์สุขภาพจิต	จังหวัดในความรับผิดชอบ	โรงพยาบาลจิตเวชที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการและบริหารงาน
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง และสมุทรปราการ	โรงพยาบาลศิริสัญญา / โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท นครนายก และสุพรรณบุรี	โรงพยาบาลศิริสัญญา / โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ราชนครินทร์
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3	ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว ตราด จันทบุรี และระยอง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา / โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ / โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4	ราชบุรี นครปฐม กาญจนบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5	นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ และมหาสารคาม	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6	ขอนแก่น เลย หนองคาย อุดรธานี หนองบัวลำภู สกลนคร และกาฬสินธุ์	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์ / โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7	อุบลราชธานี อำนาจเจริญ นครพนม มุกดาหาร ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ และยโสธร	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ / โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม ราชนครินทร์
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8	นครสวรรค์ อุทัยธานี ตาก สุโขทัย และกำแพงเพชร	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ราชนครินทร์/สถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9	พิษณุโลก พิจิตร เพชรบูรณ์ แพร่ น่าน และอุตรดิตถ์	โรงพยาบาลสวนปรุง / โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

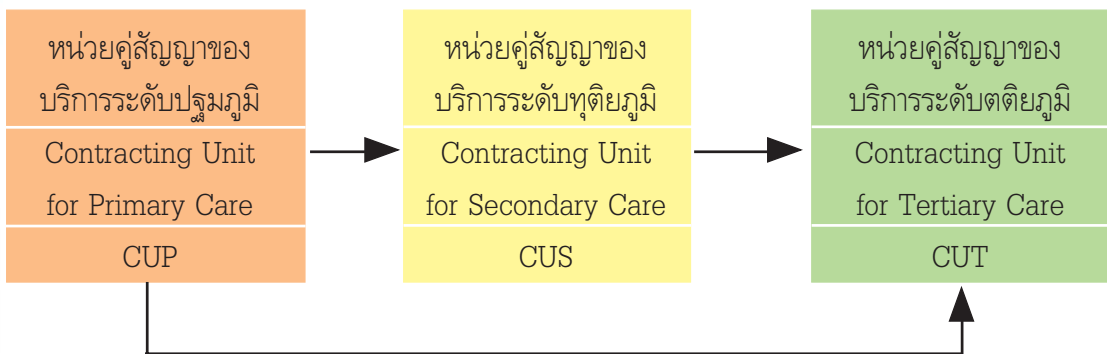
ศูนย์สุขภาพจิต	จังหวัดในความรับผิดชอบ	โรงพยาบาลจิตเวชที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการและบริหารงาน
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10	ลำปาง เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำพูน และแม่ฮ่องสอน	โรงพยาบาลสวนปรุง / สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11	นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ชุมพร ระนอง พังงา ภูเก็ต และกระบี่	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12	สงขลา พัทลุง ตรัง สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13	กรุงเทพมหานคร	

ที่มา : กรมสุขภาพจิต (พ.ศ.2546)

## 1. เครือข่ายการดำเนินงานในระบบสาธารณสุข

### 1.1 งานบำบัดรักษาและฟื้นฟูทางจิต

#### 1) โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)



หน่วยงานที่จะเป็นคู่สัญญาให้บริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า จัดไว้ 3 กลุ่ม

1. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care :CUP) หมายถึงหน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไป (ทั้งด้านกายและจิต) ที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านและบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ได้แก่ สถานเอนกามัย (สอ.) จำนวน 9,716 แห่ง และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) จำนวน 314 แห่ง หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับนี้จะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนชัดเจนและจัดให้มีหน่วยบริการที่ประชาชนมีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเลือกขึ้นเป็นสถานพยาบาลประจำตัว ซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียวหรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้



ในกรณีนี้จัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิสถานพยาบาลที่สามารถจัดบริการได้ครบและมีแพทย์ บุคลากรสาขาต่างๆ ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาได้โดยตรง เรียกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหลัก (main contractor) และสำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการไม่ได้ครบทุกประเภท หรือมีบุคลากรที่ไม่ครบตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนด เรียกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิรอง ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (sub - contractor) ซึ่งจะไม่สามารถรับขึ้นทะเบียนเป็นคู่สัญญาได้ยกเว้น แต่จะรวมกันเป็นเครือข่ายที่สามารถจัดบริการได้ครบและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

2. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit for Secondary Care : CUS) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไป (ทั้งด้านกายและจิต) กรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ได้แก่ โรงพยาบาล ชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายบริการทุติยภูมิ สถานพยาบาลที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเข้ารับการรักษาเป็น ผู้ป่วยใน

3. หน่วยคู่สัญญาของบริการตติยภูมิ (Contracting Unit for Tertiary Care : CUT) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หน่วยให้บริการระดับนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษา โรคเฉพาะทางต่างๆ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และ ทบวงมหาวิทยาลัย สถานบริการแต่ละแห่งอาจจะเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการมากกว่าหนึ่งระดับได้ หากสามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของบริการในแต่ละระดับนั้น

## 2) Non UC

นอกเหนือจากการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต ตามโครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (UC) แล้ว ยังมีผู้ป่วยซึ่งมีอาการทางจิต ญาตินำส่งเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาใน โรงพยาบาลจิตเวชโดยตรง รวมทั้งผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและสร้างความเดือดร้อนต่อสังคม ถูกตำรวจ นำส่งเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช เป็นคนไข้ที่โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัด กรมสุขภาพจิตต้องดูแลด้วยเช่นกัน

### 1.2 งานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรมสุขภาพจิตได้ประสานความร่วมมือ กับกรมการแพทย์ในด้านวิชาการ เพื่อการพัฒนาเทคนิคและวิธีการในการบำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาให้ได้ผลอย่างจริงจัง โดยมีหน่วยบริการทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วย ให้บริการ และประสานความร่วมมือกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในการวางระบบการติดตามดูแล ผู้ติดยา

### 1.3 งานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

#### 1) การสร้างสุขภาพ

ภายใต้ประกาศนโยบายการรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทยของรัฐบาลปัจจุบัน ซึ่งนำโดย ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2545 และแนวคิดตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มุ่งหมายให้คนไทยมีสุขภาพดีและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง กรมสุขภาพจิตซึ่งมีบทบาทหน้าที่หลักในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนได้ดำเนินโครงการและกิจกรรมต่างๆ ตามกลยุทธ์การสร้างสุขภาพ โดยดำเนินงานควบคู่กับเครือข่ายการสร้างสุขภาพที่สำคัญ คือ กรมอนามัย และกองสุขศึกษาศาสตร์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในการประสานงานทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติในเชิงวิชาการ ทั้งในด้านการพัฒนาเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพกายและการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

ทั้งนี้ เมื่อวันที่ 22-24 พฤศจิกายน 2545 นับเป็นวาระอันดีที่นอกจากจะเป็นช่วงเวลาแห่งการเฉลิมฉลองวันคล้ายวันสถาปนากระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังเป็นวันแห่งประวัติศาสตร์สำคัญของงานสาธารณสุขไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นแม่งานในการจัดมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ณ บริเวณท้องสนามหลวง กรุงเทพมหานคร ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้ร่วมจัดงานและจัดนิทรรศการเพื่อให้ความรู้และส่งเสริมการสร้างสุขภาพจิตอันดีของประชาชน

#### 2) สุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุนับเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญกลุ่มหนึ่งในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ซึ่งกรมสุขภาพจิตมีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี 2538 และในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งเป็นปีแรกของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2549) กรมสุขภาพจิตได้ร่วมกับสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์และกรมอนามัย ในการแปลงแผนระดับชาติ ซึ่งเป็นแผนระยะยาวไปสู่แผนปฏิบัติการผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2545 - 2549 ตลอดจนได้กำหนดแผนและเป้าหมายการดำเนินงานระยะสั้นของกรมสุขภาพจิตตามยุทธศาสตร์ ของแผนฯ ด้วย

#### 3) การให้บริการปรึกษาเรื่องเอดส์

แม้ว่ากรมสุขภาพจิตจะเป็นหน่วยงานที่เป็นหัวใจหลักในการพัฒนาเทคโนโลยีการให้บริการปรึกษาเรื่องเอดส์ การพัฒนามาตรฐานบริการทางสังคมจิตวิทยาสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ แต่ในการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการปรึกษาเรื่องเอดส์ ตลอดจนการประสานความร่วมมือในการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันปัญหาเอดส์และปัญหาอื่นที่อาจเกิดตามมานั้นจำเป็นต้องร่วมงานอย่างใกล้ชิดกับกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค ซึ่งมีบทบาทสำคัญในฐานะเลขานุการคณะกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ตลอดจนประสานการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายดำเนินงานทั้งหน่วยงานภาครัฐในส่วนภูมิภาคและหน่วยงานภาคเอกชน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานลดปัญหาการติดเชื้อ เอช ไอ วี และการเจ็บป่วยด้วย

โรคเอดส์ให้เบาบางลง

#### 4) การบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข

กรมสุขภาพจิตมุ่งเป้าหมายและทุ่มเทความพยายามในการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขทั่วไป โดยถ่ายทอดและสนับสนุนองค์ความรู้ วิชาการ เทคโนโลยีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในเรื่องต่างๆ ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขได้มีความรู้ ความสามารถ ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะการปฏิบัติงาน และทัศนคติที่ดีต่องานด้านสุขภาพจิต ทั้งนี้ ได้ผลักดันให้เครือข่ายบริการสาธารณสุขในสังกัดของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพจิตผสมผสานเข้ากับงานบริการสุขภาพด้านต่างๆ ตามศักยภาพและระดับการให้บริการของสถานบริการนั้นๆ และได้ประสานกับสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในการบูรณาการงาน ส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคในสถานีนอมาัยและศูนย์สาธารณสุขชุมชนในระดับที่ สามารถดำเนินการได้ไว้ด้วย

#### 5) การนำความรู้สุขภาพจิตลงสู่ประชาชน

ภายใต้นโยบายการรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทยของรัฐบาล ที่ประกาศเมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2545 นอกจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นหน่วยงานสำคัญในการจัดทำและประสานแนวคิดพื้นฐานการรณรงค์ การบริหารจัดการ หลักการ และเทคนิคทางการสื่อสารการตลาดในการจัดกิจกรรมภายใต้ยุทธศาสตร์การรณรงค์และประชาสัมพันธ์สร้างสุขภาพซึ่งกรมสุขภาพจิตได้ร่วมประสานกิจกรรมการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ดังกล่าว และดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามแผนยุทธศาสตร์

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่เป็นเครือข่ายของกรมสุขภาพจิต ในการร่วมสนับสนุนและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนโดยประชาชนในชุมชนนั้นๆ เอง ในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา กรมสุขภาพจิตได้ร่วมกับกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชนในทุกจังหวัดทั่วประเทศ เพื่อผลักดันให้มีการดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่อย่างจริงจังและยั่งยืน

## 2. เครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตนอกระบบสาธารณสุข

### 2.1 เครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตภาคราชการ ประกอบด้วย

#### 1) การปลูกพลังแผ่นดินและการป้องกันปัญหายาเสพติด

##### (ตามแผนการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด)

กรมสุขภาพจิต ในฐานะหน่วยงานหลักของกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินงานด้าน Potential Demand หรือกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปใช้ยาเสพติด ดำเนินโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ภายใต้โครงการ TO BE NUMBER ONE เน้นกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ เด็กและเยาวชน เพื่อสร้างกระแสและพลังขับเคลื่อนทางสังคม ในการสร้างภูมิคุ้มกันและการเฝ้าระวังเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียน ลดปัจจัยเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด สร้างปัจจัยเสริม สร้างชุมชนให้เข้มแข็ง และการเข้ามามีส่วนร่วมของเครือข่ายทั้งระดับจังหวัด ชุมชนและท้องถิ่น โดยได้ร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ จากภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม กระทรวงแรงงาน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ทบวงมหาวิทยาลัย สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร สำนักงานนายกรัฐมนตรี ดังนี้

กระทรวงศึกษาธิการ รณรงค์ในสถานศึกษา เน้นการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE และการจัดประกวดให้เยาวชนเข้าร่วมกิจกรรม และใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ รวมทั้งสร้างสังคมการเรียนรู้ในกลุ่มเยาวชน

กระทรวงมหาดไทย รับผิดชอบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด(Potential Demand) ดำเนินการลงสู่ระดับหมู่บ้านชุมชน โดยจัดให้มีทีมรวมพลังระหว่างหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ประกอบด้วยปลัดอำเภอเป็นหัวหน้า เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่เกษตรจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ และศึกษาธิการจังหวัด เข้าไปดำเนินงานร่วมกับองค์กรประชาชนในหมู่บ้านชุมชน ทึมละ1 ตำบล ภายใต้การกำกับดูแลของผู้ว่าราชการจังหวัด

กระทรวงกลาโหม เป็นอีกหน่วยงานที่กรมสุขภาพจิตประสานความร่วมมือในการรณรงค์เพื่อ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเยาวชน และประชาชนทั่วไป โดยมี กอ.รมน.และกองทัพบก เป็นหน่วยงานรับผิดชอบร่วมกับจังหวัดในพื้นที่

กระทรวงแรงงาน เป็นเครือข่ายในการประสานความร่วมมือเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและ การป้องกันปัญหาเสพติดในสถานที่ทำงานตามโครงการช่วยเหลือลูกจ้าง หรือ Employee Assistance Program โดยรณรงค์และกระตุ้นเตือนองค์กรต่างๆ โดยเฉพาะภาคเอกชน ให้ตระหนักถึงความสำคัญต่อ สุขภาพจิตของพนักงาน และหันมาให้ความเอาใจใส่ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและให้ความช่วยเหลือ พนักงานที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตมากขึ้น เพื่อให้พนักงานมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลดีต่อพนักงาน ครอบครัว สังคม และการพัฒนาความเจริญเติบโตของประเทศ

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เป็นเครือข่ายหลักร่วมกับหน่วยงานภาครัฐเข้าดำเนินการเพื่อกระตุ้นให้ เกิดพลังของชุมชน การจัดระเบียบสังคม พิจารณามาตรการในการควบคุมและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ทบวงมหาวิทยาลัย เป็นเครือข่ายในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเยาวชนระดับอุดมศึกษา ดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและปลูกจิตสำนึกให้เยาวชนเห็นโทษและพิษภัยของยาเสพติด

สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ ประสานความร่วมมือกันเพื่อรณรงค์ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีการดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดำเนินงานสุขภาพจิตโดยพระสงฆ์

กรุงเทพมหานคร โดยสำนักงานแพทย์และสำนักอนามัย เป็นเครือข่ายในการรณรงค์ป้องกันยาเสพติด ภายใต้โครงการต่างๆ โดยเฉพาะให้ความร่วมมือในการรณรงค์โครงการ TO BE NUMBER ONE ด้วยการรณรงค์ให้มีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE การจัดกิจกรรมต่างๆ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สำนักนายกรัฐมนตรี ดำเนินการโดยกรมประชาสัมพันธ์ ให้ความร่วมมือในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชนในรูปแบบต่างๆ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและยาเสพติด

## **2) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด**

กระทรวงยุติธรรม ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงแก้ไขกฎหมายให้เอื้ออำนวยต่อการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพในการรองรับแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดให้ผู้เสพเป็นผู้ป่วย โดยให้ครอบคลุมถึงผู้ครอบครองและผู้จำหน่ายรายย่อยที่ติดยาเสพติด

กระทรวงแรงงาน ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมผู้ใช้แรงงานให้ปลอดภัยจากยาเสพติดด้วยการส่งเสริมผู้ใช้แรงงานที่ติดยาเสพติดให้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ยังได้ดำเนินการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาอาชีพแก่ผู้ใช้แรงงานที่เป็นผู้ป่วยยาเสพติด

## **3) การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**

กระทรวงศึกษาธิการ เป็นเครือข่ายที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเยาวชน โดยเฉพาะเยาวชนที่อยู่ในระบบสถานศึกษา

กระทรวงแรงงาน ดำเนินการจัดกิจกรรมสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ แก่ผู้ใช้แรงงาน ร่วมกับกรมสุขภาพจิต ในฐานะหน่วยงานหลักในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ซึ่งพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตแก่บุคคลวัยทำงานเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการดูแลทางสังคมจิตใจในสถานประกอบการ การให้บริการคำปรึกษา

กรมประชาสัมพันธ์ ให้ความร่วมมือในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจในการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลให้ความรักความอบอุ่นแก่บุคคลในครอบครัว ให้ความเป็นมิตรแก่เพื่อนร่วมงานในสถานที่ทำงาน และดำรงตนเป็นเพื่อนมนุษย์ที่ดีในสังคม นอกจากนี้ยังเผื่อแผ่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ด้อยโอกาสในสังคมด้วยการเผยแพร่ข่าวสารผ่านสปอตโฆษณา ทั้งทางสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย สถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทยช่อง 11



#### 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นเครือข่ายในการดูแลประชาชนผู้ด้อยโอกาสทุกกลุ่มให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข โดยเฉพาะ Safe House ซึ่งเป็นการคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก ตั้งแต่การให้ที่พักพิง การดูแลรักษา การศึกษา และการส่งเสริมอาชีพ เพื่อให้เด็กพึ่งพิงตนเองได้

### 2.2 เครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตภาคเอกชน ประกอบด้วย

#### 1) องค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งหวังผลกำไร (มูลนิธิ/สมาคม/องค์การฯ)

มูลนิธิ/สมาคม/องค์การฯที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต เป็นองค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งหวังผลกำไร มีหลายหน่วยงาน ที่มีบทบาทในการให้บริการด้านสุขภาพจิต นับเป็นองค์กรเครือข่ายที่ดำเนินการช่วยเหลือบุคคลผู้ด้อยโอกาสทางสังคม เช่น บุคคลปัญญาอ่อนเข้ามาฝึกอบรมในโครงการและองค์กรที่รับบุคคลปัญญาอ่อนที่ผ่านการฝึกอบรมและประเมินผลเข้าทำงานในหน่วยงาน นับว่าเป็นเครือข่ายที่มีบทบาทสำคัญหนึ่งทางดำเนินงานสุขภาพจิตองค์กรบางแห่งก็ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ประสบปัญหาและหรือประสบภัยด้านต่างๆ อันส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ได้แก่ มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท มูลนิธิเด็ก มูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก มูลนิธิคุ้มครองเด็ก มูลนิธิเพื่อสถาบันราชานุกูล ศูนย์ปัญญาการ มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทย สมาคมสมาธิตันส์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

#### 2) องค์กรเอกชนที่มุ่งหวังผลกำไร

สถานพยาบาลเอกชนหลายแห่งที่ดำเนินธุรกิจสถานพยาบาลแบบมุ่งหวังผลกำไร ปัจจุบันมีการตื่นตัวและมีบทบาทในการให้บริการทางการแพทย์ทางด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งนับว่ามีความสามารถอยู่ในระดับทัดเทียมกับโรงพยาบาลภาครัฐ ตามพระราชบัญญัติจัดตั้งสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ถือว่าโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชนทุกแห่งทั่วประเทศที่จัดตั้งและให้บริการด้านสุขภาพ ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับดูแลของกองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข นับเป็นเครือข่ายที่มีบทบาทในการเสริมสร้างสุขภาพจิตอย่างมีระบบ

#### 3) สื่อมวลชน

นับจาก ปี 2540 ที่ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ปัญหาความเครียดเป็นปัญหาทางจิตเวชที่ต้องได้รับการป้องกันและแก้ไขที่ถูกต้องอย่างรวดเร็ว กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ได้เน้นการให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อมวลชนต่างๆ ทั้งหนังสือพิมพ์ วิทยุกระจายเสียงและวิทยุโทรทัศน์ในรูปแบบต่างๆ และได้พัฒนารูปแบบการโฆษณาประชาสัมพันธ์ในสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งในปีปัจจุบัน รัฐบาลมีนโยบายเน้นหนักในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด กรมสุขภาพจิตสนอง



รับนโยบายโดยการให้การสนับสนุนและรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนและสร้างความเข้าใจ ซึ่งให้เห็นถึงโทษพิษภัยและความรุนแรงของยาเสพติด โดยจัดทำโครงการต่างๆ เช่น โครงการ TO BE NUMBER ONE ใคริตติยายกมือขึ้น ซึ่งก็ได้รับการตอบรับและความร่วมมือจากสื่อมวลชนเป็นอย่างดีในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการให้ประชาชนได้รับรู้และสนใจที่จะร่วมมือกันป้องกันและแก้ไขปัญหาของประเทศชาติ สื่อมวลชนนับเป็นเครือข่ายทางด้านสุขภาพจิตอีกองค์กรหนึ่ง ที่ให้การสนับสนุนประสานความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในรูปแบบต่างๆ ดังนี้

1. สื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่ กรุงเทพธุรกิจ ข่าวสด ไทยรัฐ ฐานเศรษฐกิจ ไทยโพสต์ เดลินิวส์ สยามรัฐ พิมพ์ไทย แนวหน้า บ้านเมือง บางกอกโพสต์ และมติชน
2. สื่อโทรทัศน์ ได้แก่ สถานีโทรทัศน์ไทยทีวีสีช่อง 3 สถานีโทรทัศน์กองทัพบกช่อง 7 สถานีวิทยุโทรทัศน์กองทัพบกช่อง 5 สถานีโทรทัศน์ไทยทีวีสีช่อง 9 อ.ส.ม.ท. สถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทย ช่อง 11 สถานีโทรทัศน์ไอทีวี สถานีโทรทัศน์ ยูบีซี
3. สื่อวิทยุ ได้แก่ สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์ สำนักข่าว อ.ส.ม.ท. สำนักข่าวแปซิฟิก สำนักข่าว สวพ.

### 2.3 เครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตภาคประชาชน ประกอบด้วย

#### 1) พระสงฆ์

สถาบันสงฆ์นับเป็นสถาบันหนึ่งที่เป็นที่พึ่งพาทางจิตใจของประชาชน ในฐานะเป็นผู้นำทางศาสนา ที่ได้รับความเคารพนับถือ ทั้งยังเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจของประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน นับว่าเป็นเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่ง กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญของสถาบันสงฆ์โดยประสานขอความร่วมมือ ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี เพื่อให้การดำเนินงานเข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม

#### 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ถือเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญที่ช่วยเสริมงานระดับมูลฐานของภาครัฐในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนของตน ซึ่งตลอดระยะหลายสิบปีที่ผ่านมา อสม. ได้รับการสนับสนุนด้านความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข และได้ดำเนินงานแก้ไขปัญหา ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนในมิติต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการผลักดันให้เกิดการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพใจของชุมชนโดยชุมชน สร้างชุมชนให้เข้มแข็งตามนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข โดยสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่อย่างถูกต้อง เหมาะสมและจริงจัง ในปีงบประมาณ 2545 กรมสุขภาพจิตจึงได้ลงนามข้อตกลงความร่วมมือ (Memorandum Of Understanding : MOU) ในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตกับ อสม. จาก 6 จังหวัดเป็นครั้งแรก ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี นครราชสีมา สระบุรี นนทบุรี มุกดาหาร และศรีสะเกษ โดยสนับสนุนความรู้ ข้อเสนอแนะ และแนวทางให้ อสม. ดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพใจ ดังนี้

1. ระบุปัญหาและหาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพใจของประชาชนในพื้นที่
2. ร่วมดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพใจของประชาชนในพื้นที่
3. ติดตามและประเมินผล เพื่อแก้ไขและพัฒนาการดำเนินงานร่วมกันในการดูแลสุขภาพใจของประชาชนในพื้นที่ให้ได้ผลอย่างแท้จริง

ทั้งนี้ ในปี 2546 กรมสุขภาพจิตจึงได้สานต่อนโยบายการดำเนินงานดังกล่าว จึงได้ลงนามข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตกับ อสม.ทุกจังหวัด เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพใจที่ครอบคลุมประชาชนในทุกพื้นที่อันจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพใจที่แข็งแรงต่อไป

### 3) แกนนำชุมชน/ผู้นำชุมชน/แกนนำครอบครัว

ตามแนวคิดหลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 เน้นการพัฒนาคนเป็นศูนย์กลาง ในการสร้างศักยภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับคนเป็นอันดับแรก โดยส่งเสริมให้คนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้สนับสนุนและส่งเสริมให้คนในสังคมเก่ง ดี มีสุข เริ่มด้วยการสร้างครอบครัวให้เข้มแข็ง โดยการให้ความรู้ ฝึกอบรมแกนนำครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยเล็กที่สุดของชุมชน เพื่อเสริมสร้างพลังให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กและเยาวชน และคนในสังคม ให้เกิดการเรียนรู้และพร้อมจะร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในสังคม

## บทที่ 6

### วิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนการดำเนินงานสุขภาพจิต

ในปี พ.ศ.2545 - 2546 นั้น เป็นช่วงเริ่มต้นของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - 2549) ซึ่งมีกระบวนการจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ และการวางแผนกลยุทธ์การดำเนินงานสุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 9 โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหาร บุคลากรผู้ให้บริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดกรมสุขภาพจิต ตลอดจนประชาชนทั่วไป การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งสอบถามข้อคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง จนได้มาซึ่งข้อสรุปของวิสัยทัศน์และพันธกิจของแผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 9 ที่สัมพันธ์สอดคล้องและเชื่อมโยงกับปัจจัยแวดล้อมทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และระบบสุขภาพ ดังนี้

#### 1. วิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพจิตประชาชน

“ประชาชนมีความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ รวมทั้งสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีมาตรฐาน อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม”

#### 2. พันธกิจ

ผลิต พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต เพื่อให้บริการได้มาตรฐาน มีคุณภาพ มีความเสมอภาค เป็นธรรม ทันต่อสถานการณ์ อันส่งผลให้ประชาชนมีความตระหนัก และสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

#### 3. ยุทธศาสตร์ที่สำคัญของการดำเนินงานสุขภาพจิต

ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ประกอบด้วย

1. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดตามนโยบายรัฐบาล
2. ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชน
3. ยุทธศาสตร์การบริการสุขภาพจิตที่มีมาตรฐานและคุณภาพ
4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาวิชาการและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต

#### 4. แผนการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจิตตามยุทธศาสตร์

##### ประจำปีงบประมาณ 2545 - 2546

##### 4.1 ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดตามนโยบายรัฐบาล

จากนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลที่เร่งแก้ไขปัญหาเสพติดทั้งด้านการส่งเสริมความรู้ ป้องกันการใช้สารเสพติด บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย แผนงาน/โครงการ เพื่อรองรับยุทธศาสตร์ ดังนี้

1) **โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด** ในทุกระดับมหิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี มีการจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนและวัยรุ่นไม่ให้ข้องแวะกับยาเสพติด และรับสมัครสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE ทั่วประเทศ

2) **โครงการรณรงค์ดูแลสังคมจิตใจในภาวะวิกฤตยาเสพติด** โดยการรณรงค์เผยแพร่ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกัน แก้ไขและฟื้นฟูสังคมจิตใจผ่านสื่อต่างๆ รวมทั้งจัดกิจกรรมค่ายสำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยง และเด็กกลุ่มติดยาที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้ว

3) **โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน** มีการสนับสนุนการจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

4) **โครงการพัฒนาบริการจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยา** โดยการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมทั้งพัฒนาเครือข่ายการให้การปรึกษาและพัฒนารูปแบบบริการ

5) **โครงการถ่ายทอดเทคโนโลยีดูแลจิตสังคมบำบัดผู้เสพยาบ้าในสวนภูมิภาค** ดำเนินการพัฒนาศูนย์บริการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาบ้า ได้ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น

6) **โครงการพัฒนาเครือข่ายการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษา** ดำเนินการต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2544 เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อและเครือข่ายการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด ระหว่างระบบการศึกษากับระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

7) **โครงการจัดตั้งศูนย์สารจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยา** ในโรงพยาบาลจิตเวช 3 แห่ง เพื่อเป็นต้นแบบองค์ความรู้ในการให้บริการผู้ติดยาบ้าครบวงจร

#### 4.2 ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชน

จากนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของรัฐบาล ได้มีการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชน ประกอบด้วย แผนงาน / โครงการ ดังนี้

1) **โครงการสร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชนโดยชุมชน** เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพใจของประชาชนในชุมชน โดยผ่านกลไกที่สำคัญของชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการพัฒนาเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพใจ และสนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชนทุกจังหวัด โดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันทางใจที่เข้มแข็ง และมีความสุขในการดำรงชีวิต

2) **โครงการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว** มีการรณรงค์ผ่านสื่อ และการจัดกิจกรรมต่างๆ เรื่องการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว รวมทั้งการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตสมรสเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งให้กับครอบครัว

3) **โครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ** โดยการพัฒนาแนวเวชปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลจิตเวช สนับสนุนการดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุ และรณรงค์ให้ชุมชนเข้าใจและเห็นความสำคัญของสุขภาพจิตผู้สูงอายุรวมทั้งนำศักยภาพและประสบการณ์ของผู้สูงอายุ

ในชุมชนมาดำเนินการจัดตั้งชมรมคลังสมอง เพื่อร่วมพัฒนาชุมชนของตนเอง

**4) โครงการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน** โดยการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างปกติ

**5) โครงการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็ก** มีการประสานความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการในการพัฒนาองค์ความรู้ และสนับสนุนรูปแบบกิจกรรมและเทคโนโลยีสำหรับระบบการดูแลช่วยเหลือของโรงเรียนในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานใน 13 จังหวัด เพื่อให้เด็กนักเรียนได้รับการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นในโรงเรียนและส่งต่อในระบบสาธารณสุข

**6) โครงการพัฒนาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น** ดำเนินการพัฒนาเทคโนโลยี / ระบบ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ในกลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส กลุ่มเด็กเร่ร่อน กลุ่มเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง และกลุ่มบุคคลออทิสติก ใน 16 จังหวัด เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเติบโตเป็นบุคคลที่มีคุณภาพ

**7) โครงการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยทำงาน** ดำเนินการนำร่องใน 5 จังหวัด โดยเน้นการพัฒนาองค์ความรู้และพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ให้บุคคลวัยทำงานสามารถดูแลสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**8) โครงการพัฒนางานสุขภาพจิตแม่และเด็กในศูนย์สุขภาพชุมชน** ดำเนินการรณรงค์เรื่องความฉลาดทางอารมณ์เด็กในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้เด็กได้รับการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการปรับตัวให้มีความสุขในการดำรงชีวิต

### 4.3 ยุทธศาสตร์การบริการสุขภาพจิตที่มีมาตรฐานและคุณภาพ

การจัดทำมาตรฐานการบริการสุขภาพจิต ได้เน้นการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข และระบบบริการทางสังคมอื่นๆ ประกอบด้วยแผนงาน / โครงการ ดังนี้

**1) โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย** ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2544 โดยมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุข ครู และผู้นำชุมชน รวมทั้งพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อช่วยให้ประชาชนเหล่านั้นพ้นจากภาวะวิกฤตและสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

**2) โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพจิต** โดยการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 24 แห่ง

**3) โครงการสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส** ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่เด็กที่ถูกทารุณกรรม และพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานศึกษา และชุมชน ให้สามารถให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและพัฒนาการเด็กได้

**4) โครงการพัฒนามาตรฐานบริการปรึกษาเรื่องเอดส์** มีการพัฒนาเทคโนโลยีและมาตรฐาน



การดูแลทางสังคมจิตใจและบริการปรึกษา รวมทั้งพัฒนาศักยภาพเครือข่ายวิทยากรและผู้ให้การปรึกษา เพื่อนำไปสู่การให้บริการปรึกษาที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

5) **โครงการพัฒนาสุขภาพจิตสำหรับผู้ต้องขัง** ดำเนินการพัฒนาเทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพจิตผู้ต้องขังให้สามารถปรับตัว และมีความพร้อมที่ออกไปดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม

#### 4.4 ยุทธศาสตร์การพัฒนาวิชาการและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต

ได้มีการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย

1) **โครงการบริการบุคคลออทิสติกครบวงจร** โดยการพัฒนาแบบคัดกรอง คู่มือการฝึกและดูแลบุคคลออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง รวมทั้งสนับสนุนการจัดตั้งเครือข่ายผู้ดูแลบุคคลออทิสติก

2) **โครงการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของประชาชน** ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือสำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กและครู ใช้ในการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ 3 - 5 ปี และ 6 - 11 ปี และคู่มือความรู้ในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์

3) **โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนขั้นพื้นฐานของประเทศในภาคพื้นเอเชียอาคเนย์** ดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคลมชักในชุมชน รวมทั้งพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนโดย อสม.

4) **โครงการพัฒนาระบบการดูแลเด็กและเยาวชนสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดอุบลราชธานี** เพื่อให้เด็กและเยาวชนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม สามารถเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นพลเมืองดีได้

5) **โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจรในจังหวัดขอนแก่น** เป็นโครงการต่อเนื่องจากปี 2544 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในชุมชนได้เข้ามารับการรักษาก่อนอาการดีขึ้น และสามารถกลับไปสู่ชุมชนได้อย่างปกติสุข

6) **การขยายผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร** โดยมุ่งให้ผู้ป่วยโรคจิตสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างมีคุณภาพตามความเหมาะสมและได้นาน

7) **โครงการพัฒนาสมุนไพรซีลีเนียมใช้ในทางจิตเวช** เป็นโครงการต่อเนื่องจากปี 2544 มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ได้ใช้สมุนไพรที่ผลิตในประเทศ รักษาอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8) **โครงการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโรคเรื้อรังทางจิตเวช** สำหรับเป็นแนวทางในการดูแลหรือให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาภาวะโรคเรื้อรังทางจิตเวช

9) **โครงการระบาดวิทยาสุขภาพจิต** มีการสำรวจทางระบาดวิทยาในปัญหาสำคัญด้านสุขภาพจิตของประเทศ การเฝ้าระวังสถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิต รวมทั้งการพัฒนาเครื่องมือในการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนสำหรับนำไปวางแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ



10) **โครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน** จังหวัดสกลนครและจังหวัดขอนแก่น เพื่อให้คนในชุมชน องค์กรของรัฐ และเอกชนต่างๆ มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการเผชิญปัญหาและความเครียด ตลอดจนมีวิธีการคลายเครียดที่ปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง

11) **โครงการศึกษาผลการนำ Case Management มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน** เพื่อช่วยลดการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นาน

12) **โครงการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU : Primary Care Unit) และสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดนนทบุรี** เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ได้มาตรฐานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

13) **โครงการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย** เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการจิตเวชสำหรับผู้ที่ตั้งใจทำร้ายตนเองและญาติ

14) **โครงการพัฒนาบริการผู้ป่วยใน กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต 12 แห่ง** เพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมตามลักษณะของโรงพยาบาลจิตเวชแต่ละแห่ง

15) **โครงการศึกษาเพื่อการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย** เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนางานสุขภาพจิต ที่จะส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีของประชาชน

การดำเนินงานสุขภาพจิตตามแผนงาน / โครงการในปี 2545-2546 ภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์หลักดังกล่าว มุ่งหวังให้ประชาชนในพื้นที่เป้าหมายสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีความพร้อมที่จะรับวิกฤตการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม โดยสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาชีวิตได้ด้วยความเท่าทัน และตระหนักรู้อย่างมีเหตุผล อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต



## บทที่ 6

### วิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนการดำเนินงานสุขภาพจิต

ในปี พ.ศ.2545 - 2546 นั้น เป็นช่วงเริ่มต้นของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - 2549) ซึ่งมีกระบวนการจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ และการวางแผนกลยุทธ์การดำเนินงานสุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 9 โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหาร บุคลากรผู้ให้บริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดกรมสุขภาพจิต ตลอดจนประชาชนทั่วไป การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งสอบถามข้อคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง จนได้มาซึ่งข้อสรุปของวิสัยทัศน์และพันธกิจของแผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 9 ที่สัมพันธ์สอดคล้องและเชื่อมโยงกับปัจจัยแวดล้อมทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และระบบสุขภาพ ดังนี้

#### 1. วิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพจิตประชาชน

“ประชาชนมีความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ รวมทั้งสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีมาตรฐาน อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม”

#### 2. พันธกิจ

ผลิต พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต เพื่อให้บริการได้มาตรฐาน มีคุณภาพ มีความเสมอภาค เป็นธรรม ทันต่อสถานการณ์ อันส่งผลให้ประชาชนมีความตระหนัก และสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

#### 3. ยุทธศาสตร์ที่สำคัญของการดำเนินงานสุขภาพจิต

ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ประกอบด้วย

1. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดตามนโยบายรัฐบาล
2. ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชน
3. ยุทธศาสตร์การบริการสุขภาพจิตที่มีมาตรฐานและคุณภาพ
4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาวิชาการและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต

#### 4. แผนการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจิตตามยุทธศาสตร์

##### ประจำปีงบประมาณ 2545 - 2546

##### 4.1 ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดตามนโยบายรัฐบาล

จากนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลที่เร่งแก้ไขปัญหาเสพติดทั้งด้านการส่งเสริมความรู้ ป้องกันการใช้สารเสพติด บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย แผนงาน/โครงการ เพื่อรองรับยุทธศาสตร์ ดังนี้

1) **โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด** ในทุกระดับมหิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี มีการจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนและวัยรุ่นไม่ให้ข้องแวะกับยาเสพติด และรับสมัครสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE ทั่วประเทศ

2) **โครงการรณรงค์ดูแลสังคมจิตใจในภาวะวิกฤตยาเสพติด** โดยการรณรงค์เผยแพร่ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกัน แก้ไขและฟื้นฟูสังคมจิตใจผ่านสื่อต่างๆ รวมทั้งจัดกิจกรรมค่ายสำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยง และเด็กกลุ่มติดยาที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้ว

3) **โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน** มีการสนับสนุนการจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

4) **โครงการพัฒนาบริการจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยา** โดยการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมทั้งพัฒนาเครือข่ายการให้การปรึกษาและพัฒนารูปแบบบริการ

5) **โครงการถ่ายทอดเทคโนโลยีดูแลจิตสังคมบำบัดผู้เสพยาบ้าในสวนภูมิภาค** ดำเนินการพัฒนาศูนย์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาบ้า ได้ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น

6) **โครงการพัฒนาเครือข่ายการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษา** ดำเนินการต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2544 เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อและเครือข่ายการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด ระหว่างระบบการศึกษา กับระบบบริการสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ

7) **โครงการจัดตั้งศูนย์สารจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยา** ในโรงพยาบาลจิตเวช 3 แห่ง เพื่อเป็นต้นแบบองค์ความรู้ในการให้บริการผู้ติดยาบ้าครบวงจร

#### 4.2 ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชน

จากนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของรัฐบาล ได้มีการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชน ประกอบด้วย แผนงาน / โครงการ ดังนี้

1) **โครงการสร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชนโดยชุมชน** เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพใจของประชาชนในชุมชน โดยผ่านกลไกที่สำคัญของชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการพัฒนาเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพใจ และสนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชนทุกจังหวัด โดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันทางใจที่เข้มแข็ง และมีความสุขในการดำรงชีวิต

2) **โครงการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว** มีการรณรงค์ผ่านสื่อ และการจัดกิจกรรมต่างๆ เรื่องการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว รวมทั้งการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตสมรสเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งให้กับครอบครัว

3) **โครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ** โดยการพัฒนาแนวเวชปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลจิตเวช สนับสนุนการดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุ และรณรงค์ให้ชุมชนเข้าใจและเห็นความสำคัญของสุขภาพจิตผู้สูงอายุรวมทั้งนำศักยภาพและประสบการณ์ของผู้สูงอายุ

ในชุมชนมาดำเนินการจัดตั้งชมรมคลังสมอง เพื่อร่วมพัฒนาชุมชนของตนเอง

4) **โครงการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน** โดยการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างปกติ

5) **โครงการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็ก** มีการประสานความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการในการพัฒนาองค์ความรู้ และสนับสนุนรูปแบบกิจกรรมและเทคโนโลยีสำหรับระบบการดูแลช่วยเหลือของโรงเรียนในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานใน 13 จังหวัด เพื่อให้เด็กนักเรียนได้รับการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นในโรงเรียนและส่งต่อในระบบสาธารณสุข

6) **โครงการพัฒนาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น** ดำเนินการพัฒนาเทคโนโลยี / ระบบ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ในกลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส กลุ่มเด็กเร่ร่อน กลุ่มเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง และกลุ่มบุคคลออทิสติก ใน 16 จังหวัด เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเติบโตเป็นบุคคลที่มีคุณภาพ

7) **โครงการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยทำงาน** ดำเนินการนำร่องใน 5 จังหวัด โดยเน้นการพัฒนาองค์ความรู้และพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ให้บุคคลวัยทำงานสามารถดูแลสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8) **โครงการพัฒนางานสุขภาพจิตแม่และเด็กในศูนย์สุขภาพชุมชน** ดำเนินการรณรงค์เรื่องความฉลาดทางอารมณ์เด็กในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้เด็กได้รับการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการปรับตัวให้มีความสุขในการดำรงชีวิต

### 4.3 ยุทธศาสตร์การบริการสุขภาพจิตที่มีมาตรฐานและคุณภาพ

การจัดทำมาตรฐานการบริการสุขภาพจิต ได้เน้นการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข และระบบบริการทางสังคมอื่นๆ ประกอบด้วยแผนงาน / โครงการ ดังนี้

1) **โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย** ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2544 โดยมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุข ครู และผู้นำชุมชน รวมทั้งพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อช่วยให้ประชาชนเหล่านั้นพ้นจากภาวะวิกฤตและสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

2) **โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพจิต** โดยการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 24 แห่ง

3) **โครงการสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส** ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลฟื้นฟูสุขภาพจิตให้แก่เด็กที่ถูกทารุณกรรม และพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานศึกษา และชุมชน ให้สามารถให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและพัฒนารูปแบบการเด็กได้

4) **โครงการพัฒนามาตรฐานบริการปรึกษาเรื่องเอดส์** มีการพัฒนาเทคโนโลยีและมาตรฐาน



การดูแลทางสังคมจิตใจและบริการปรึกษา รวมทั้งพัฒนาศักยภาพเครือข่ายวิทยากรและผู้ให้การปรึกษา เพื่อนำไปสู่การให้บริการปรึกษาที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

5) **โครงการพัฒนาสุขภาพจิตสำหรับผู้ต้องขัง** ดำเนินการพัฒนาเทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพจิตผู้ต้องขังให้สามารถปรับตัว และมีความพร้อมที่ออกไปดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม

#### 4.4 ยุทธศาสตร์การพัฒนาวิชาการและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต

ได้มีการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย

1) **โครงการบริการบุคคลออทิสติกครบวงจร** โดยการพัฒนาแบบคัดกรอง คู่มือการฝึกและดูแลบุคคลออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง รวมทั้งสนับสนุนการจัดตั้งเครือข่ายผู้ดูแลบุคคลออทิสติก

2) **โครงการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของประชาชน** ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือสำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กและครู ใช้ในการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ 3 - 5 ปี และ 6 - 11 ปี และคู่มือความรู้ในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์

3) **โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนขั้นพื้นฐานของประเทศในภาคพื้นเอเชียอาคเนย์** ดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคลมชักในชุมชน รวมทั้งพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนโดย อสม.

4) **โครงการพัฒนาระบบการดูแลเด็กและเยาวชนสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดอุบลราชธานี** เพื่อให้เด็กและเยาวชนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม สามารถเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นพลเมืองดีได้

5) **โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจรในจังหวัดขอนแก่น** เป็นโครงการต่อเนื่องจากปี 2544 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในชุมชนได้เข้ามารับการรักษาก่อนอาการดีขึ้น และสามารถกลับไปสู่ชุมชนได้อย่างปกติสุข

6) **การขยายผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร** โดยมุ่งให้ผู้ป่วยโรคจิตสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างมีคุณภาพตามความเหมาะสมและได้นาน

7) **โครงการพัฒนาสมุนไพรซีลีเนียมใช้ในทางจิตเวช** เป็นโครงการต่อเนื่องจากปี 2544 มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ได้ใช้สมุนไพรที่ผลิตในประเทศ รักษาอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8) **โครงการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโรคเรื้อรังทางจิตเวช** สำหรับเป็นแนวทางในการดูแลหรือให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาภาวะโรคเรื้อรังทางจิตเวช

9) **โครงการระบาดวิทยาสุขภาพจิต** มีการสำรวจทางระบาดวิทยาในปัญหาสำคัญด้านสุขภาพจิตของประเทศ การเฝ้าระวังสถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิต รวมทั้งการพัฒนาเครื่องมือในการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนสำหรับนำไปวางแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ



10) **โครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน** จังหวัดสกลนครและจังหวัดขอนแก่น เพื่อให้คนในชุมชน องค์กรของรัฐ และเอกชนต่างๆ มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการเผชิญปัญหาและความเครียด ตลอดจนมีวิธีการคลายเครียดที่ปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง

11) **โครงการศึกษาผลการนำ Case Management มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน** เพื่อช่วยลดการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ยาวนาน

12) **โครงการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU : Primary Care Unit) และสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดนนทบุรี** เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ได้มาตรฐานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

13) **โครงการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย** เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการจิตเวชสำหรับผู้ที่ตั้งใจทำร้ายตนเองและญาติ

14) **โครงการพัฒนาบริการผู้ป่วยใน กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต 12 แห่ง** เพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมตามลักษณะของโรงพยาบาลจิตเวชแต่ละแห่ง

15) **โครงการศึกษาเพื่อการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย** เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนางานสุขภาพจิต ที่จะส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีของประชาชน

การดำเนินงานสุขภาพจิตตามแผนงาน / โครงการในปี 2545-2546 ภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์หลักดังกล่าว มุ่งหวังให้ประชาชนในพื้นที่เป้าหมายสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีความพร้อมที่จะรับวิกฤตการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม โดยสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาชีวิตได้ด้วยความเท่าทัน และตระหนักรู้อย่างมีเหตุผล อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต



## บทที่ 7

### การดำเนินงานที่สำคัญด้านสุขภาพจิต

ในรอบปีงบประมาณ 2545-2546 ผลการดำเนินงานที่สำคัญด้านสุขภาพจิตแบ่งตามยุทธศาสตร์ที่สำคัญ เป็นดังนี้

#### 1. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดตามนโยบายรัฐบาล

##### 1.1 การรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในเยาวชน

การรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในเยาวชน กรมสุขภาพจิตได้จัดทำโครงการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในเยาวชน 2 โครงการ ดังนี้

##### 1) โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (TO BE NUMBER ONE)

โครงการ TO BE NUMBER ONE เป็นโครงการเพื่อการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ตามพระประสงค์ที่จะมุ่งเน้นการรณรงค์ในกลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก โดยกลวิธีสร้างกระแสการไม่ข้องแวะกับยาเสพติด เพื่อให้เกิดความร่วมมือและรวมพลังจากภาครัฐและเอกชน กระตุ้นและปลุกจิตสำนึกให้ประชาชนไทยเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงการแก้ปัญหายาเสพติดที่ต้องอาศัยการร่วมแรงร่วมใจจากทุกฝ่าย ทั้งนี้โครงการ TO BE NUMBER ONE มีการดำเนินงานใน 3 ยุทธศาสตร์หลัก คือ

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 การรณรงค์ปลุกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้แก่เยาวชนในชุมชน
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาทักษะชีวิตและเครือข่ายการป้องกันและช่วยเหลือ

ภาพที่ 7-1 TO BE NUMBER ONE



## ภาพที่ 7-2 โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE



### 2) โครงการพัฒนาเครือข่ายการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษา

ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี 2544 โดยได้พัฒนาบุคลากรของสถานศึกษาให้สามารถคัดกรองนักเรียนกลุ่มเสี่ยง และการจัดกิจกรรมให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นในพื้นที่เป้าหมาย 12 จังหวัด คือนนทบุรี นครนายก ชลบุรี สมุทรสงคราม บุรีรัมย์ หนองบัวลำภู ยโสธร ตาก น่าน เชียงใหม่ ชุมพร สตูล ในปี 2545 ได้ขยายผลการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น โดยเน้นการประสานงานและการส่งต่อการช่วยเหลือระหว่างระบบการศึกษาและระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงได้เพิ่มกิจกรรมการอบรมบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับการส่งต่อจากสถานศึกษา ผลลัพธ์ทำให้เกิดความเชื่อมโยงของเครือข่ายการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษา

### ภาพที่ 7-3 โครงการพัฒนาเครือข่ายการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษา





## 1.2 การรณรงค์ ป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

กรมสุขภาพจิตได้จัดทำโครงการรณรงค์และแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนโดยใช้กระบวนการ AIC ขึ้นในปีงบประมาณ 2545 - 2546 โดยดำเนินการใน 24 จังหวัด และกรุงเทพมหานครในชุมชนเขตเมือง รวม 620 หมู่บ้าน/ชุมชน ผลการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ชุมชนมีสื่อความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดที่ชุมชนใช้ในการรณรงค์จัดกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในการขยายผลไปสู่ชุมชนอื่นๆ

## 1.3 การพัฒนางานจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาเสพติด

การดำเนินงานจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาเสพติดกรมสุขภาพจิตได้ประสานกับมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย (UCLA) สหรัฐอเมริกา และนำรูปแบบจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาเสพติด (Matrix) จากมหาวิทยาลัยแห่งนี้มาทดลองใช้กับผู้เสพยาบ้า ซึ่งเป็นองค์ความรู้ทางสุขภาพจิตที่มีเนื้อหาครอบคลุม และสามารถนำไปใช้กับผู้เกี่ยวข้อง คือ กลุ่มที่เสพเป็นครั้งคราว กลุ่มที่เสพเป็นประจำ กลุ่มที่กลับมาเสพซ้ำ และกลุ่มที่เสพติดเรื้อรัง ในปี 2545 - 2546 ได้ดำเนินงาน เพื่อพัฒนาการบำบัด 2 โครงการ ดังนี้

### 1) โครงการถ่ายทอดเทคโนโลยีการดูแลจิตสังคมบำบัดผู้เสพยาบ้าในส่วนภูมิภาค

กรมสุขภาพจิตเป็นแกนในการเตรียมความพร้อมทางวิชาการของสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ จัดบริการจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ติดยาบ้า คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในปี 2544 ได้พัฒนาหลักสูตรและจัดอบรมให้หน่วยงานดังกล่าวจำนวน 51 จังหวัด และขยายครบทุกจังหวัดในปี 2545 เพื่อเป็นการสร้างความพร้อมให้กับหน่วยงานในการจัดบริการรองรับความต้องการบำบัดและฟื้นฟูของผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศ

### 2) โครงการจิตสังคมบำบัดผู้เสพยาบ้าในโรงพยาบาลจิตเวช

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายเน้นหนัก ให้หน่วยงานระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง เปิดให้บริการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทุกแห่งทั่วประเทศ กรมสุขภาพจิตได้สนองนโยบายดังกล่าว โดยมอบหมายให้โรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่งเปิดบริการจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โดยรับบำบัดให้กับผู้ติดยาที่ไม่มีอาการทางจิต สำหรับในกรณีผู้ติดยาที่มีอาการทางจิตร่วมด้วยนั้น กรมสุขภาพจิตได้พัฒนารูปแบบการรักษาในรูปแบบผู้ป่วยใน โดยจะครอบคลุมการรักษาบำบัดผู้ติดยาทั้งด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาและรักษาอาการทางจิตเวช ปี 2545 ได้มีการเปิดให้บริการในโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่ง ทั้งนี้ โดยมุ่งหวังให้ผู้ติดยาบ้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชได้เรียนรู้ และฝึกทักษะต่างๆ เพื่อป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข



ภาพที่ 7-4 โครงการจิตสังคมนาบัดผู้เสพยาบ้าในโรงพยาบาลจิตเวช



## 2. ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชน

### 2.1 การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็ก

#### 1) งานสุขภาพจิตวัยเรียน

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสุขภาพจิตได้ร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการจัดทำโครงการพัฒนาระบบการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เพื่อสร้างสุขภาวะและจริยธรรมโดยดำเนินโครงการนำร่องในโรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในพื้นที่ 4 ภาค และกรุงเทพฯ รวมทั้งสิ้น 108 โรงเรียน โครงการนี้มุ่งพัฒนาเด็กให้มีคุณธรรมคือ รู้จักเป็นผู้ให้และผู้รับ ไม่เอาเปรียบเพื่อน มีการช่วยเหลือระหว่างนักเรียนด้วยกันเองโดยนักเรียนที่เรียนเก่งช่วยเหลือเพื่อนที่เรียนอ่อนกว่า มีทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสม รู้จักการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีความรับผิดชอบร่วมกัน มีความรู้ความสามารถและมีทักษะในการวิเคราะห์หาเหตุผลและข้อสรุป รู้จักคิดเป็น สามารถนำประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน มุ่งจัดกระบวนการให้นักเรียนได้ค้นพบศักยภาพที่แท้จริงของตนเอง และมุ่งเน้นให้เด็กมีความสุขจากการศึกษาเล่าเรียนและกระบวนการจัด กิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ทำให้ครูตระหนักถึงความสำคัญของนักเรียน ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เมื่อเด็กสนุกที่จะเรียน ครูก็มีความสุขและสนุกกับการสอนไปด้วย

นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก หรือ Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) ซึ่งใช้วัดจุดอ่อนและจุดแข็งของนักเรียน 5 ด้าน คือ 1) ปัญหาทางอารมณ์ 2) ปัญหาทางพฤติกรรม 3) ปัญหาด้านสมาธิ 4) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน 5) ความเข้มแข็งในตัวเอง แบบประเมินนี้มีจำนวน 3 ชุด ชุดที่หนึ่งเป็นเครื่องมือสำหรับครู ชุดที่สองสำหรับผู้ปกครอง ที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการคัดกรองปัญหาพฤติกรรมเด็ก ซึ่งจะช่วยให้ครูและผู้ปกครองเห็นความสำคัญ

และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตเด็ก และช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาได้อย่างทันท่วงทีเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและชุดที่สามเป็นชุดประเมินตนเองของนักเรียนเพื่อให้เด็กเข้าใจตนเองมากขึ้นและแสวงหาความช่วยเหลือในกรณีที่พบว่าตนเองมีปัญหา

### ภาพที่ 7-5 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็ก



#### 2.2 การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว

สถาบันครอบครัวของไทย สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันใกล้ชิดกันมีการเลี้ยงดูแบบเครือญาติ ทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์และสามารถต่อต้านต่อสิ่งเร้าภายนอกได้ กรมสุขภาพจิตได้เล็งเห็นความสำคัญ และเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวไทย โดยการดำเนินโครงการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว มุ่งเน้นให้ครอบครัวไทยมีความเข้มแข็งโดยการให้ผู้นำครอบครัวเป็นแกนนำ และสามารถประเมินคุณภาพชีวิตสมรสในครอบครัวได้ด้วยตนเอง โดยได้มีการดำเนินการ ดังนี้

1) **การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ใน 4 ภาค** เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้ อาทิ สื่อโทรทัศน์ รวมทั้งเอกสารประกอบการดำเนินโครงการ จำนวน 3 เรื่อง ประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพชีวิตสมรสในครอบครัว จำนวน 60,000 ฉบับ, คู่มือส่งเสริมคุณภาพชีวิตสมรสสำหรับประชาชน จำนวน 60,000 เล่ม และคู่มือการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตสมรสในครอบครัวสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1,000 เล่ม

2) **การพัฒนาบุคลากรแกนนำในการดำเนินงานตามโครงการ** ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ประกอบด้วย บุคลากรส่วนกลาง (ระดับเขต / จังหวัด) จำนวน 87 คนและบุคลากรส่วนภูมิภาค (ระดับจังหวัด / อำเภอ) จำนวน 1,116 คน (19 จังหวัด)

3) **ประเมินคุณภาพชีวิตสมรสในครอบครัว** จำนวน 60,162 ครอบครัว (ใน 19 จังหวัด)

4) **สัมมนาคู่สมรสเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว** จำนวน 57,000 ครอบครัว

ผลจากการดำเนินการดังกล่าว ทำให้ประชาชนตระหนักในความสำคัญของครอบครัว และหาแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว และเกิดกิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตสมรสในครอบครัวที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ดำเนินการ เป็นตัวอย่างในการขยายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ต่อไป

### ภาพที่ 7-6 การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว



### 2.3 การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยทำงาน

กรมสุขภาพจิตได้ดูแลจิตใจของบุคคลวัยทำงาน โดยพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและผลิตสื่อที่เน้นการสร้างความสุขในการทำงาน และร่วมมือกับบริษัทเอกชนต่างประเทศขนาดใหญ่ที่มีสาขาอยู่ในประเทศไทย เช่น บริษัทยูโนแคล จำกัด บริษัทยูนิลีเวอร์ไทยโฮลดิ้ง จำกัด บริษัทโซนี่ จำกัด Personal Dynamics Co.,Ltd. และหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เพื่อจัดทำมาตรฐานการดูแลทางสังคมจิตใจเพื่อดูแลจิตใจของคนวัยทำงาน และจัดทำแนวทางในการช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งการดำเนินงานนี้ช่วยให้บุคคลวัยทำงานสามารถจัดการกับปัญหาความเครียด ปรับตัวในการดำรงชีวิต มีทักษะในการสร้างและรักษาสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา และผู้ใต้บังคับบัญชา ทำงานได้อย่างมีความสุข มีประสิทธิภาพ เพิ่มศักยภาพในการทำงาน ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มผลผลิตทั้งด้านปริมาณและคุณภาพเป็นการเพิ่มรายได้ของผู้ปฏิบัติงาน และส่งผลดีต่อเศรษฐกิจของชาติโดยรวม

นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตยังสนับสนุนให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนตระหนักถึงความ



สำคัญของการป้องกันปัญหายาเสพติดของคนทำงาน ก่อให้เกิดการคัดกรองและส่งต่อผู้ใช้ยาเสพติดไปรับการรักษาแทนการลงโทษหรือไล่ออก นับว่าเป็นการให้โอกาสและให้การดูแลจิตใจของคนทำงาน และรับผิดชอบเป็นแกนกลางในการจัดตั้งและสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายสถานบริการในเขตเมืองนิคมอุตสาหกรรม เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพนักงาน ในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพจิต คนทำงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ได้จัดทำโครงการสร้างสุขด้วยรอยยิ้ม มีการวางพื้นฐานด้วยการสร้างองค์ความรู้ โดยจัดประชุมวิชาการผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อจัดทำเทคโนโลยีและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างรอยยิ้มในคนไทย โดยได้ผลักดันให้มีการสร้างเสริมรอยยิ้มในที่ทำงาน เริ่มจากการให้หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตสร้างสรรค์แนวทางการดำเนินงานอย่างอิสระและนอกจากนั้นได้จัดทำสื่อเพื่อกระตุ้นให้บุคลากรมีรอยยิ้มให้แก่มากขึ้น อาทิ เพลง แผ่นพับ ตราสัญลักษณ์ ฯลฯ มีการร่วมคิด ช่วยกันกำหนดวัฒนธรรมองค์กร เพื่อปลูกฝังพฤติกรรมบริการด้วยรอยยิ้มแก่บุคลากรทุกระดับ เป็นการเชื่อมความสัมพันธ์ความสามัคคี และลดความขัดแย้ง ส่งผลให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจกับการบริการมากขึ้น

#### 2.4 การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

กรมสุขภาพจิตต้องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพจิตของคนในชุมชน มุ่งหวังให้ประชาชนพึ่งตนเอง ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยร่วมกับแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับภาค วิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพจิตของชุมชน และกำหนดแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน 2 เรื่อง คือ สุขภาพจิตครอบครัวและสุขภาพจิตชุมชน จัดทำองค์ความรู้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ในชุมชนของพื้นที่ 6 จังหวัดนำร่อง คือ นนทบุรี สระบุรี กาญจนบุรี นครราชสีมา มุกดาหารและศรีสะเกษ และในปีงบประมาณ 2546 ได้ดำเนินโครงการต่อเนื่องจากปี 2545 โดยดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ทั้ง 76 จังหวัด

#### 2.5 การรณรงค์เผยแพร่ความรู้สุขภาพจิตสู่ประชาชน

กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการเผยแพร่ความรู้สุขภาพจิตในวงกว้าง โดยผ่านทางสื่อต่างๆ ดังนี้

1) **สื่อโทรศัพท์** ด้วยความร่วมมือกับองค์การโทรศัพท์แห่งประเทศไทยในการจัดตั้งสายด่วนสุขภาพจิต หรือ Hotline 1667 โทรฟรี 24 ชั่วโมง เพื่อเป็นช่องทางให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตผ่านระบบโทรศัพท์อัตโนมัติ นับตั้งแต่ ปี 2541 จนถึงปัจจุบันได้ขยายบริการครอบคลุมทั่วประเทศทั้ง 4 ภาค จำนวนทั้งสิ้น 140 คู่สาย โดยเฉลี่ยมีผู้ใช้บริการ 10,800 ราย/วัน นอกจากนี้กรมสุขภาพจิตได้เปิดศูนย์ให้บริการปรึกษาปัญหาเสพติดทางโทรศัพท์หมายเลข 1323 ครอบคลุมทั่วประเทศ จำนวน 19 คู่สาย โดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมการให้การปรึกษา มีผู้มาใช้บริการเฉลี่ย 49 ราย/วัน

2) **สื่อโทรทัศน์** ดำเนินการผลิตรายการโทรทัศน์ที่มีเนื้อหาให้ความรู้สุขภาพจิตแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง เช่น รายการ “กรมสุขภาพจิตพบประชาชน” และรายการ “ฮอตไลน์คลายเครียด”

ทางสถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทย ช่อง 11 รายการ “คลินิกช่อง 5” ทางสถานีวิทยุโทรทัศน์สีกองทัพบก ช่อง 5 รายการ “เพื่อนแก้ว” ทางสถานีโทรทัศน์ไทยทีวีสี ช่อง 9 อสมท. รายการ “บ้านเปี่ยมรัก” สถานีโทรทัศน์ไอทีวี ทีวีเสรี (ITV) ฯลฯ

**3) สื่อสิ่งพิมพ์** กรมสุขภาพจิตได้จัดทำคู่มือความรู้สุขภาพจิตฉบับประชาชน เพื่อให้ความรู้ในงานสุขภาพจิต อาทิ “ความรู้เรื่องยาบ้า” “คู่มือสร้างสุขด้วยรอยยิ้ม” “คู่มือคลายเครียด” “รู้จักชมอง” “คู่มือดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ” “คู่มือความฉลาดทางอารมณ์” “เพื่อนช่วยเพื่อน” “ทำอย่างไรเมื่อใจเป็นทุกข์” “แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์” “แบบประเมินความสุข-ดัชนีชี้วัดความสุข” “แบบประเมินความเครียด” “แผนพับอิคิว” “โรคจิตเภท” “มายิ้มกันเถอะ” “อิคิว” ฯลฯ

**4) สื่อวิทยุ** กรมสุขภาพจิตร่วมกับกรมประชาสัมพันธ์จัดทำรายการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางวิทยุโดยใช้ชื่อรายการว่า “สื่อสายคลายทุกข์” ออกอากาศเวลา 23.00-02.00 น. เป็นประจำทุกวัน เพื่อเป็นช่องทางให้ประชาชนโทรศัพท์เข้ามาพูดคุยและปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ กับวิทยากรกรมสุขภาพจิต ฯลฯ

### 3. ยุทธศาสตร์การบริการสุขภาพจิตที่มีมาตรฐานและคุณภาพ

#### 3.1 การพัฒนาบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเฉพาะทางที่มีมาตรฐานและคุณภาพ

การกำหนดแนวทางในการพัฒนามาตรฐานคุณภาพบริการจิตเวช เพื่อให้บุคลากรปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมบริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยได้จัดทำคู่มือรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลจิตเวช แนวทางการรักษาทางจิตเวช มาตรฐานบริการทางจิตเวชขึ้น เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตใช้เป็นแนวทาง เพื่อการพัฒนาการให้บริการอย่างเป็นมาตรฐานและมีคุณภาพ โดยมีแผนพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพ ปัจจุบันมีหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO 9002 จำนวน 9 แห่ง คือ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ และสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ได้รับการรับรองมาตรฐาน HA จำนวน 1 แห่ง คือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และได้รับการรับรองมาตรฐาน PSO 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสวนปรุง และหน่วยงานอื่นๆ ที่เหลือ อยู่ระหว่างการดำเนินการพัฒนา เพื่อมุ่งสู่มาตรฐานทั้ง ISO HA และ PSO



## ภาพที่ 7-7 การประเมินคุณภาพหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต



### 3.2 การพัฒนางานบริการสุขภาพจิตในระบบบริการสาธารณสุข

#### 1) โครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

สภาวการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุถูกละเลย ขาดการเอาใจใส่ ต้องอยู่ตามลำพัง กรมสุขภาพจิตจึงได้ดำเนินโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุขึ้น โดยจัดตั้งชมรม คลังสมองใน 15 จังหวัด จัดทำ / พิมพ์แนวเวชปฏิบัติด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 10 เรื่อง ทำให้ ผู้สูงอายุในชุมชนมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตอย่างมีมาตรฐานตามแนว เวชปฏิบัติ

#### 2) โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ปัญหาโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญ และทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นและปัญหาการ ฆ่าตัวตายยังส่งผลกระทบต่ออีกหลายๆ ด้าน ทั้งต่อสภาพจิตใจของบุคคล ครอบครัว และกลุ่มคนใน ระดับกว้าง และยังเป็นดัชนีชี้วัดความไม่เป็นสุขในสังคม กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญของ ปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนาแนวทางในการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตาย โดยดำเนินการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 ต่อเนื่องจนถึงปีงบประมาณ 2546 โครงการ ประสบความสำเร็จในด้านการพัฒนาบริการสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจต่อบริการที่ ได้รับ และเห็นว่าตนได้รับคำแนะนำอย่างเพียงพอ มีผู้ให้บริการจำนวนมากว่าสองในสามที่เคยใช้แบบ ประเมินและได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการอบรมที่ได้รับจาก โครงการฯ และเห็นว่า มีประโยชน์มาก มีจำนวนสถานบริการประมาณครึ่งหนึ่งที่มีการพัฒนางานบริการ แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามเกณฑ์

### 3) โครงการสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

สภาวะปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้เกิดปัญหาในกลุ่มเด็กและเยาวชนมากขึ้นทั้งปัญหาพฤติกรรม ปัญหาทางเพศ ปัญหาการเรียนรู้อ ปัญหายาเสพติดและปัญหาสุขภาพจิต จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลมาจากการขาดรูปแบบและความเข้าใจอย่างแท้จริงในการทำงานด้านเด็ก โครงการสำหรับเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสดำเนินการในบุคลากรสาธารณสุข / ครู อาจารย์ / ชุมชน / องค์กรรัฐและเอกชน ที่รับผิดชอบดำเนินงานด้านเด็ก ใน 12 เขตการสาธารณสุข และ กรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการดำเนินการดังกล่าวพบว่า มีระบบการบริหารแผนงาน ประกอบด้วย องค์กรที่รับผิดชอบในการวางแผน ติดตาม และประเมินผลงานสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ของชุมชนจากชุมชนโดยแท้จริง มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนางานสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส และพัฒนาบุคลากรทั้งระดับบริหาร และระดับปฏิบัติในโรงเรียน โรงพยาบาล ชุมชน มีการพัฒนาระบบบริการด้านสาธารณสุขและการศึกษา เช่น การพัฒนาคลินิกสุขภาพเด็กดี (Well Baby Clinic) การพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา/มัธยมศึกษา การพัฒนาเครือข่ายการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและการป้องกันยาเสพติดในโรงเรียนมัธยมศึกษาและมีการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เช่น การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในชุมชน

### ภาพที่ 7-8 โครงการสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส



### 4) โครงการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

เป็นโครงการที่สนับสนุนการสร้างเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและญาติที่มีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้อย่างเหมาะสม โดยดำเนินการ

จัดทำสื่อสนับสนุน การอบรมและการดำเนินงาน ของพื้นที่ 38 จังหวัด สัมมนาเครือข่ายระดับภาค อบรมวิทยากรเทคนิคการจัดกิจกรรมการมี ส่วนร่วมสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ใน 4 ภาค ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแก่แกนนำและประชาชนใน 40 จังหวัด 45 ชุมชน ผลที่ได้จากการดำเนินการพบว่ามีเครือข่ายที่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยให้ญาติ และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

ภาพที่ 7-9 การดำเนินงานดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน



5) **โครงการจัดตั้งศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต (Mental Health Crisis Center)** ดำเนินการเพื่อให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาด้านการเจรจาต่อรองแก่บุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤต เช่น กรณีบุคคลพยายามฆ่าตัวตาย การคลุ้มคลั่งจากการใช้ยาบ้า การจับตัวประกัน โดยมีการจัดฝึกอบรมความรู้ด้านให้คำปรึกษาเรื่องการเจรจาต่อรองสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤต การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตสุขภาพจิต และประสานงานในการแก้ไขภาวะวิกฤตสุขภาพจิตร่วมกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งศูนย์วิกฤตสุขภาพจิตนี้จะมีบุคลากรให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ผลการดำเนินงาน สามารถช่วยเหลือประชาชนให้ได้รับความปลอดภัยในชีวิตเบื้องต้นได้ จำนวน 39 ราย และมีการสร้างเครือข่ายที่ปรึกษาด้านวิกฤตสุขภาพจิตตามภูมิภาคต่างๆ แล้ว จำนวน 11 หน่วยงาน และในปีงบประมาณ 2547 จะขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมหน่วยงานทั่วประเทศ



## ภาพที่ 7-10 โครงการจัดตั้งศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต



6) **จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติด้านสุขภาพจิตและจิตเวชตามแนวปฏิบัติบริการสุขภาพ (Clinical Practice Guideline)** โดยการพัฒนางานบริการสุขภาพจิตในระดับ Primary Care ในโรงพยาบาลชุมชน เป็นการพัฒนาเพื่อสนองนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่เป็นมาตรฐานและเสมอภาค แนวทางเวชปฏิบัติด้านสุขภาพจิตและจิตเวชดังกล่าวประกอบด้วย 8 โรค คือ ภาวะปัญญาอ่อน ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมในเด็ก ปัญหายาเสพติด (เน้น Amphetamine) ปัญหาการฆ่าตัวตาย โรคจิตกังวล โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และภาวะ Delirium เป็นคู่มือประกอบใช้ในการให้บริการของบุคลากรในหน่วยงานทุกแห่ง ในปี 2545 สถานบริการสาธารณสุขได้ใช้คู่มือดังกล่าวเป็นแนวทางการดำเนินงานส่วนใหญ่เกือบครบทุกแห่ง (โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 95 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 96 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 96)

### 7) **การจัดทำและผลักดันมาตรฐานการดูแลทางสังคมจิตใจเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข**

การกำหนดมาตรฐานการดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Care) มีกรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานหลักที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2544 และได้ดำเนินการขยายผลไปสู่การปฏิบัติในสถานบริการระดับทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป รวมจำนวน 26 แห่ง ใน 12 เขตการสาธารณสุขและกรุงเทพมหานคร ทำให้เกิดการปรับระบบบริการที่ให้ความสำคัญทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการดูแลด้านสุขภาพกาย ซึ่งตรงกับปรัชญาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) ผลของการดำเนินงานทำให้ผู้ป่วยทางกายได้มีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจสังคมของตนเอง ได้รับการเตรียมใจและเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการรักษาที่มีลักษณะซับซ้อน หรือที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจและวิถีการ

ดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและลดความรุนแรงของความเจ็บป่วยทางกายลงได้เนื่องจากได้รับความใส่ใจ ความเอาใจใส่และกำลังใจจากผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

## 4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต

### 4.1 การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของประชาชน

ในปีงบประมาณ 2545 และ 2546 กรมสุขภาพจิตจึงดำเนินการพัฒนาแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์และโปรแกรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี และ 6-11 ปี และทดสอบคุณภาพแบบประเมินใน 4 ขั้นตอน คือ การตรวจสอบความเป็นปรนัย ความเที่ยงตรง หาค่าอำนาจจำแนก ค่าความเชื่อมั่น และหาเกณฑ์ปกติของเด็กไทย โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั่วประเทศจำนวน 5,200 ราย แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์และโปรแกรมการพัฒนาสำหรับเด็กที่ผ่านการวิจัยและพัฒนาแล้วได้แก่

- แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี และอายุ 6-11 ปี สำหรับกลุ่มผู้ใช้ที่เป็นพ่อแม่ / ผู้ปกครอง 1 แบบ และสำหรับครู / ผู้ดูแลเด็กอีก 1 แบบ
- คู่มือกิจกรรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-11 ปี พร้อมแผ่นซีดีเพลงประกอบกิจกรรม
- คู่มือความรู้ เรื่อง การเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-11 ปี สำหรับนักวิชาการ
- คู่มือความรู้ เรื่อง ความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-11 ปี สำหรับประชาชน

ซึ่งแบบประเมินและโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์สำหรับเด็กนี้ ง่ายต่อการนำไปใช้ในการติดตามคุณลักษณะทางอารมณ์ของเด็ก พัฒนาและวางรากฐานทางอารมณ์ของเด็กให้มีความมั่นคงตั้งแต่เยาว์วัย เพื่อการเติบโตเป็นบุคคลที่มีศักยภาพและมีคุณภาพต่อไปในอนาคต อันนำไปสู่การช่วยลดปัญหาสังคมสำคัญๆ ของประเทศที่เกิดจากจุดอ่อนทางอารมณ์

### 4.2 การจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพจิตในพื้นที่

โปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ เป็นการนำแบบสำรวจ แบบวัด/ประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชาชนที่พัฒนาขึ้นแล้ว มาวิเคราะห์คุณภาพและจัดระบบเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขนำไปใช้ในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนได้ง่ายและรวดเร็วขึ้นอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย

ภายในชุดโปรแกรมสำเร็จรูปดังกล่าว ประกอบด้วย แบบวัด/ประเมิน/สำรวจ 18 ฉบับ ได้แก่ แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับผู้ใหญ่ (อายุ 18 - 60 ปี) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับวัยรุ่น (อายุ 12 - 17 ปี) ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ฉบับ 15 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป Thai GHQ - 60 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป Thai GHQ - 30 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป Thai GHQ - 60 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก แบบคัดกรองพัฒนาการเด็ก แบบทดสอบในการตรวจหาภาวะความพิการ



ทางสมอง แบบคัดกรองโรคจิต แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ เพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก แบบวัดความเครียด เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แบบคัดกรองโรคในกลุ่มพัฒนาการผิดปกติอย่างรอบด้าน สำหรับเด็ก อายุ 1 - 4 ปี แบบคัดกรองโรคในกลุ่มพัฒนาการผิดปกติอย่างรอบด้าน สำหรับเด็ก อายุ 4 - 18 ปี

### 4.3 การพัฒนามาตรฐานบริการปรึกษาเรื่องเอ็ดส์

กรมสุขภาพจิตได้จัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานบริการปรึกษาเรื่องเอ็ดส์ขึ้น โดยมุ่งเน้นการพัฒนาการให้บริการปรึกษาให้มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยกรมสุขภาพจิตได้ดำเนินงานทั้งด้านการพัฒนาวิชาการและพัฒนาระบบเครือข่ายการดำเนินงานไว้อย่างครอบคลุม ดังนี้

1. พัฒนามาตรฐานการดูแลทางสังคมจิตใจ (การบริการปรึกษา) ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และพัฒนาเครือข่ายโรงพยาบาลนำร่อง 23 แห่ง ให้มีมาตรฐานการดูแลทางสังคมจิตใจตามเกณฑ์
2. พัฒนาเทคโนโลยีการให้การปรึกษาเรื่องต่างๆ ทั้งคู่มือที่ใช้ในการฝึกอบรมหลักสูตร Intercountry Training Workshop on HIV/AIDS Voluntary Counselling and Test และคู่มือ/หนังสือ/เทปเสียงที่เป็นแนวทางการให้บริการปรึกษาสำหรับบุคลากรสถานบริการสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป) ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง เช่น การให้การปรึกษาเรื่องเพศ การพัฒนาตนเองพหุศกยภาพ ไขใจหายทุกข์ การฝ่าวิกฤตชีวิตด้วยการปรึกษา การให้การปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ ชีงก เป็นต้น
3. พัฒนาเครือข่ายวิทยากร และเครือข่ายผู้ให้การดูแลทางสังคมจิตใจและบริการปรึกษาด้านต่างๆ ทั้งโดยการอบรม/สัมมนา/ประชุมวิชาการ เพื่อให้เกิดกระบวนการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่อกัน

### 4.4 โครงการวิจัยเรื่องเกณฑ์ปกติของแบบทดสอบ Advance Progressive Matrices ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ ได้ดำเนินการวิจัย ศึกษาเพื่อหาเกณฑ์ปกติของแบบทดสอบ Advance Progressive Matrices (APM ) ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และทำการสร้างเกณฑ์ปกติของแบบทดสอบเซวาร์ปัญญา APM ผลจากการพัฒนาแบบทดสอบเซวาร์ปัญญา APM นี้ นอกจากช่วยให้เกิดความสะดวกและประหยัดเวลาในการประเมินแล้ว ยังสามารถคัดแยกเด็กที่มีความสามารถทางเซวาร์ปัญญาได้อย่างเหมาะสมกับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาของไทยโดยเฉพาะนักเรียนไทยในเขตภาคเหนือ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประกอบการวางแผน การพัฒนาเด็กให้เหมาะสมกับศักยภาพ ตลอดจนการวางแผนการดำเนินการศึกษาในระดับต่อไปได้

#### 4.5 การพัฒนาบริการผู้ป่วยใน กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต

เพื่อให้การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต มีมาตรฐาน และคุณภาพ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบการประกันคุณภาพโรงพยาบาล กรมสุขภาพจิตจึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการบริการผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัด กรมสุขภาพจิต 12 แห่ง โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. สํารวจข้อมูลและวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ การเสียชีวิตอย่างปัจจุบันทันด่วนโดยไม่ทราบสาเหตุ การฆ่าตัวตายของผู้ป่วย การเกิดอุบัติเหตุ การเกิดโรคติดเชื้อ ในโรงพยาบาล การระบาดของโรคติดเชื้อ การกลับมารักษาซ้ำ การหลบหนี และการอยู่โรงพยาบาลเป็น เวลานานของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช

2. กำหนดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชตามปัจจัยที่ศึกษา ทั้งหมดในภาพรวมของประเทศ

3. วางแผนแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ และนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการ ของโรงพยาบาลจิตเวชแต่ละแห่ง

4. ประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการเสียชีวิต

ผลที่ได้จากการวิจัยศึกษา คือ รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจนและเหมาะสม และ ระบบการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ที่โรงพยาบาลจิตเวชสามารถนำไป ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยในจิตเวชของทางโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด

#### 4.6 โครงการบ้านกึ่งวิถีชีวิตวัย สายใยแห่งความรัก

เป็นโครงการวิจัยกึ่งทดลองรูปแบบที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์จัดทำขึ้น เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเพศชาย อายุระหว่าง 20-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ร่วมกับการ สร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ญาติของผู้ป่วย โดยรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นการให้โปรแกรมการ ฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยระยะเวลา 1 สัปดาห์ตามรูปแบบ “บ้านกึ่งวิถีชีวิตวัย” ก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน โดยจัด สภาพแวดล้อมและวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันให้คล้ายคลึงกับบรรยากาศในบ้าน มีญาติผู้ป่วยมาใช้ ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยเสมือนเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน และเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว เจ้าหน้าที่ในโครงการฯ จะออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการของผู้ป่วย 3 ระยะ คือ

- ระยะที่ 1 ติดตามทุกเดือนๆ ละ 2 ครั้ง
- ระยะที่ 2 ติดตามทุกๆ 2 เดือนๆ ละ 1 ครั้ง รวม 2 ครั้ง
- ระยะที่ 3 ติดตามทุกๆ 3 เดือน รวม 2 ครั้ง

#### 4.7 การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

วิธีการทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เป็นแนวคิดหลักในการการศึกษาในเรื่องต้นทุนต่อหน่วยงานบริการสุขภาพจิตของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยดำเนินการศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายจากโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 15 แห่ง โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ 2543 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2542 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2543 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน และการจัดสรรแรงงานแบบเต็มเวลาเทียบเท่า (Full Time Equivalent) และแบ่งหน่วยงานของโรงพยาบาลต่างๆ ออกเป็น 3 หน่วยต้นทุน คือ หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC) หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC) และหน่วยต้นทุนที่ให้บริการผู้ป่วย (PS) โดยจัดสรรต้นทุนจากหน่วยงานต้นทุนชั่วคราว (NRPCC และ RPCC) ไปยังหน่วยต้นทุนที่ให้บริการผู้ป่วย (PS) โดยวิธีสมการเส้นตรง (Simultaneous Equation) ตามเกณฑ์การจัดสรรต้นทุนที่เหมาะสมกับแต่ละหน่วยงาน

ผลจากการวิจัย พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการประเภทต่างๆ เป็นดังนี้

ประเภทงานบริการ	ต้นทุนดำเนินการ (OC) (บาท)	ต้นทุนรวม (FC) (บาท)
1. งานบริการผู้ป่วยใน (ต่อราย)	17,605.00	19,630.00
(ต่อวันป่วย)	460.00	513.00
2. งานบริการผู้ป่วยนอก (ต่อครั้ง)	478.87	529.52
3. งานส่งลมส่งเคราะห์ (ต่อครั้ง)	149.30	164.42
4. งานจิตวิทยา (ต่อครั้ง)	418.01	502.59
5. งานทันตกรรม (ต่อครั้ง)	481.48	547.19
6. งานคลายเครียด (ต่อครั้ง)	259.14	347.01
7. งานฟื้นฟูสมรรถภาพ (ต่อครั้ง)	313.22	375.76
8. งานยาไปรษณีย์ (ต่อครั้ง)	324.96	350.75
9. งาน Hotline (ต่อครั้ง)	577.55	611.32
10. งานพัฒนาการเด็กเล็ก (ต่อครั้ง)	12,613.32	14,036.65
11. งานการศึกษาพิเศษ (ต่อครั้ง)	810.82	612.83
12. งานนิติจิตเวช (ต่อครั้ง)	534.28	619.94
13. งาน Pre-Service Counseling (ต่อครั้ง)	102.57	109.96

ผลการศึกษาด้านทุนต่อหน่วยด้านการบริการสุขภาพจิตทำให้กรมสุขภาพจิตได้มีรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และการวางแผนการคิดค่าบริการอย่างสมเหตุสมผล มีความเป็นธรรมทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ ตลอดจนเป็นแนวทางในการจัดสรรงบประมาณ และการบริหารการพัฒนาบริการสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตที่ สอดคล้องกับหลักการทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม

#### 4.8 การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล)

กรมสุขภาพจิต โดยการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ได้ทำการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย โดยพัฒนาเครื่องมือนี้มาจากนิยามความหมายของสุขภาพจิตและองค์ประกอบของสุขภาพจิตในมุมมองของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกและที่ผู้ทรงคุณวุฒิในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขึ้น และนำไปศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) ความตรงร่วมสมัย (Concurrent Validity) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) และค่าปกติ (Norm) ในประชาชนทั่วไปที่อาศัยอยู่ในชุมชน เพื่อใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินระดับภาวะสุขภาพจิตของบุคคล นอกจากนี้ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยที่ผ่านการศึกษาและพัฒนาแล้วนี้ ยังเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนของประเทศไทย มีความง่าย สะดวก และเหมาะสมกับบริบทของชุมชน/สังคมไทย

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย เป็นเครื่องมือที่นอกจากจะช่วยในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชาชนไทยแล้ว ช่วยจุดประกายการวางนโยบายการพัฒนาสุขภาพจิตคนไทย การพัฒนาเทคโนโลยีในการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพจิตดี และมีโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเองในการดำเนินชีวิตในชุมชน ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการสร้างสรรค์และพัฒนาประเทศชาติสืบไป

#### 4.9 การศึกษาลักษณะการดำเนินโรคของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน และปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตระยะยาวจากเมทแอมเฟตามีน

การศึกษาลักษณะการดำเนินโรคของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน และปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตระยะยาวจากเมทแอมเฟตามีน เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน จำนวน 180 คน ที่มาขอรับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช 8 แห่งในสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ไม่เคยได้รับการรักษาโรคจิตมาก่อน

ผลการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 154 คน ร่วมการประเมินจนครบ 4 สัปดาห์ ในจำนวนนี้ ร้อยละ 41.6 (64 คน) อยู่ในกลุ่มอาการระยะสั้น (Acute Type) และร้อยละ 58.4 (90 คน) อยู่ในกลุ่มอาการระยะยาว (Prolonged Type) ผู้ป่วยที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนมากกว่า 5 ปีขึ้นไป และมีปัจจัยความรุนแรงของอาการทางจิตจากการประเมินด้วย Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) มากกว่า 55 ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคจิตระยะยาวจากเมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยกลุ่มตัวอย่างที่เสพเมทแอมเฟตามีนมานานกว่า 5 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคจิตระยะยาวจากเมทแอมเฟตามีนเป็น 2.8 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่เสพเมทแอมเฟตามีนมานานน้อยกว่า 5 ปี และกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของอาการทางจิตเมื่อแรกเริ่มประหม่นโดยคะแนนรวม BPRS มีค่าตั้งแต่ 55 ขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคจิตระยะยาวจากเมทแอมเฟตามีนเป็น 5.5 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนรวม BPRS น้อยกว่า 55

ผลที่ได้จากการศึกษาี้ สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการให้การบำบัดรักษาและติดตามเฝ้าระวังการเกิดโรคจิตระยะยาว หรือการกลับป่วยซ้ำ (Relapse) ของผู้ป่วยที่มีประวัติการเสพเมทแอมเฟตามีนได้ ทั้งนี้ เป็นการช่วยลดผลกระทบและค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาที่ยาวนานเกินไป ตลอดจนการป้องกันการสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าก่อนที่โอกาสนั้นจะไกลเกินไป

#### 4.10 โครงการฝึกอบรมอาสาสมัครเพื่อให้คำปรึกษาแก่คนไทยในประเทศสหพันธ์

##### สาธารณรัฐเยอรมนี

เป็นโครงการจัดการฝึกอบรมแก่อาสาสมัครเพื่อให้คำปรึกษาแก่แรงงานไทยที่ประสบปัญหา คับข้องใจเกิดความเครียดในการดำเนินชีวิตในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี เพื่อให้อาสาสมัครที่เข้ารับการอบรมได้รับความรู้ ความเข้าใจ เกิดทักษะ และได้แนวทางการให้คำปรึกษาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ สามารถช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาได้อย่างเหมาะสม ขณะเดียวกันอาสาสมัครก็จะไม่เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานเนื่องจากได้รับทราบแนวทางการให้คำปรึกษาที่ถูกต้อง ทำให้ได้แก่นำในการดูแลทางสังคมจิตใจที่มีประสิทธิภาพ



## บทที่ 8

### การพัฒนางานสุขภาพจิตระหว่างประเทศ

การพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิต การศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านสุขภาพจิตให้ เท่าเทียมกับนานาชาติจำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือกับประเทศต่างๆรวมทั้งองค์กรระดับนานาชาติ เพื่อนำวิวัฒนาการทางองค์ความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ มาประยุกต์ และปรับใช้ตามวัฒนธรรม และวิถีชีวิตแบบไทยๆ อันจะส่งผลให้เกิดการปรับปรุงการบริการทางสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การพัฒนางานสุขภาพจิตระหว่างประเทศ มี 4 รูปแบบ คือ

1. ความร่วมมือระหว่างประเทศ
2. การแสวงหาความร่วมมือระหว่างประเทศ
3. การประชุมวิชาการทางด้านสุขภาพจิตนานาชาติประจำปี
4. แผนงานความร่วมมือในอนาคต

#### 1. ความร่วมมือระหว่างประเทศ

ความร่วมมือระหว่างประเทศในการพัฒนางานสุขภาพจิตระหว่างประเทศ แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. ด้านบุคลากร ทั้งในรูปแบบการส่งบุคลากรไป ศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน ประชุม สัมมนา รวมทั้งการสนับสนุนการศึกษาต่อในเรื่องเฉพาะทาง ณ ต่างประเทศ และการเชิญวิทยากร / ผู้เชี่ยวชาญ / ที่ปรึกษา มาบรรยาย / ฝึกอบรม ในประเทศไทย
2. ด้านการแสวงหาอาสาสมัคร / ผู้เชี่ยวชาญ มาเป็นที่ปรึกษาระยะสั้น และระยะยาว เพื่อให้ความช่วยเหลือในการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช ในประเทศไทย
3. ด้านวิชาการ โดยการจัดประชุม สัมมนา และงานวิจัย

ภาพที่ 8-1 ความร่วมมือระหว่างประเทศ





## ภาพที่ 8-2 ความร่วมมือระหว่างประเทศองค์การอนามัยโลก

การพัฒนาสุขภาพจิตระหว่างประเทศ มีดังนี้

### 1.1 องค์การอนามัยโลก

เริ่มมีการพัฒนาสุขภาพจิตมาตั้งแต่ พ.ศ. 2491 จนถึงปัจจุบัน โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้ความร่วมมือช่วยเหลือและสนับสนุนงานด้านวิชาการ ดังนี้

1) สนับสนุนให้ผู้เชี่ยวชาญมาเป็นที่ปรึกษาระยะสั้น ทางด้านการสำรวจสถานะ สุขภาพจิตในประเทศไทย ระบาดวิทยาทางโรคจิต การพยาบาลจิตเวช งานจิตเวชชุมชน การทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาการเด็กเล็กทางด้านสังคมจิตวิทยา การให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ HIV และเอดส์



2) สนับสนุนงานวิจัย เช่น

- เรื่อง Monitoring Mental Health Needs ผลจากการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ประชากรในชนบทยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และมีความต้องการสูง

- เรื่อง Diagnosis / Recognition of Psychosocial Problems in Primary Health Care เป็นโครงการวิจัยการพัฒนา รูปแบบการค้นหาปัญหาทางสังคมจิตใจที่เกิดขึ้นจากการตรวจของแพทย์ทั่วไปในสถานบริการสาธารณสุข

- เรื่อง Child Psychosocial Development Indicators ซึ่งเป็นงานวิจัยในการประเมินพัฒนาการเด็กไทยทางด้านสังคมและจิตใจ และสำรวจหาค่าปกติ (Norm) ในเด็กไทย

3) สนับสนุนให้บุคลากรไปศึกษา / ฝึกอบรม / ประชุม ณ ต่างประเทศ เช่น การฝึกอบรม Advance in Family Communication ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา ศึกษาต่อระดับปริญญาโท สาขา Public Health, ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Mental Health Legislation, ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Mental Health Policy Making and Service Development

4) สนับสนุนให้บุคลากร ไปเป็นที่ปรึกษาระยะสั้นในการประชุม เช่น ในการประชุม Technical Expert in Mental Health, World Report on Violence and Health

5) สนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นผู้จัดฝึกอบรมแก่ประเทศต่างๆ ในแถบภูมิภาคเอเชีย เช่น ภูฏาน บังกลาเทศ พม่า ศรีลังกา อินโดนีเซีย อินเดีย หลักสูตรที่จัดฝึกอบรม ได้แก่ International Training Workshop on HIV Counselling, Inter Country Workshop on Voluntary Counselling and Testing for HIV / AIDS Training of Trainer, Development of Curriculum for Community Based Rehabilitation of Mental Challenged Persons

6) สนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นผู้จัดฝึกอบรม ศึกษาดูงานให้แก่ผู้รับทุน องค์การอนามัยโลก จากประเทศต่างๆ เช่น พม่า ลาว เวียดนาม ศรีลังกา อินเดีย เนปาล ภูฏาน จีน ในสาขาวิชาสุขภาพจิต อาชีวบำบัด ทักษะการติดต่อสื่อสารทางด้านสุขภาพจิต จิตเวชชุมชน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เป็นต้น

### 1.2 มูลนิธิการศึกษาและวัฒนธรรมสัมพันธ์ไทย-นานาชาติ (เอ เอฟ เอส ประเทศไทย)

เป็นโครงการความร่วมมือกับ AFS Intercultural Programs Thailand ในเรื่องการฝึกงานของนักศึกษาในสาขาเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา โดยนักศึกษาจะเข้ารับการฝึกงานตั้งแต่เดือนมกราคม - เดือนกรกฎาคม 2546 ณ สถาบันราชานุกูล

### 1.3 ประเทศออสเตรเลีย

มีการพัฒนางานด้านสุขภาพจิต 3 โครงการ คือ

1) โครงการพัฒนาเทคโนโลยีด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV และเอดส์ เป็นความร่วมมือ กับ Albion Street Center ซึ่งเป็นสถาบันให้การบำบัดรักษาและพัฒนาเทคนิคการดูแล

### ภาพที่ 8-3 ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศออสเตรเลีย



ผู้ป่วยโรคเอดส์ สถาบันนี้ตั้งอยู่ที่ นครซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย ความร่วมมือของ Alton Street Center เน้นหนักทางด้านเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ HIV และเอดส์ ซึ่งมีพัฒนาการความร่วมมือดังนี้

พ.ศ. 2539 วิทยากรจาก Alton Street Center เดินทางมาอบรมด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV และ เอดส์ ซึ่งมีสาระสำคัญ 3 เรื่องคือ Volunteer System, Dealing with Sex Issues, และ Death and Dying Counselling และนักวิชาการจำนวน 4 คนเดินทางไปอบรมที่ Alton Street Center เป็นเวลา 1 เดือน ในเรื่องการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV และเอดส์ ซึ่งผลจากการฝึกอบรม นักวิชาการได้นำความรู้มาทำการสังเคราะห์งานระบบการให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ในประเทศไทย และได้นำเสนอผลงานในที่ประชุมโดยมีวิทยากรจาก Alton Street Center เป็นผู้วิพากษ์และร่วมสรุปผลงาน

พ.ศ. 2540 ได้มีพิธีลงนามความร่วมมือทางวิชาการระหว่างกรมสุขภาพจิตกับ Alton Street Center โดยมีขอบเขตความร่วมมือ 4 ด้านดังนี้

1. การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร สิ่งพิมพ์
2. การประชุมวิทยากรจาก Alton Street Center
3. การพัฒนาบุคลากร
4. การวิจัยร่วมกัน

นอกจากนี้ Alton Street Center ยังส่งบุคลากรมาเป็น วิทยากรในการพัฒนาหลักสูตรและงานการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ HIV และเอดส์ จนถึงปัจจุบัน



## 2) โครงการพัฒนางานจิตเวชชุมชน

เป็นความร่วมมือกับ Central Sydney Area Health Service รัฐ New South Wales ประเทศออสเตรเลีย โดยเริ่มโครงการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2543 จนถึงปัจจุบันในการอบรมบุคลากรให้มีความรู้และประสบการณ์ในการพัฒนางานจิตเวชชุมชนเป็นเวลา 1 เดือน ณ ประเทศออสเตรเลีย โดยมีบุคลากรไปฝึกอบรม ณ ประเทศออสเตรเลีย 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 8 คน และในปี พ.ศ. 2546 จะมีการลงนามความร่วมมือในการพัฒนางานจิตเวชชุมชนกับ Central Sydney Area Health Services

## 3) โครงการพัฒนางานด้านสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช

รัฐบาลออสเตรเลีย พิจารณาโครงการ Australian Youth Ambassador for Development Program ในการจัดส่งอาสาสมัครจากออสเตรเลียมาร่วมและพัฒนางานด้านสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวชให้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

### 1.4 ประเทศสหรัฐอเมริกา

มีการพัฒนางานด้านสุขภาพจิต 6 โครงการ คือ

1) **โครงการพัฒนาการบำบัดรักษาโรคออทิสซึม** เป็นความร่วมมือระหว่างกับ UCLA Neuropsychiatric Institute and Hospital, Los Angeles ในการพัฒนาบำบัดรักษาโรคออทิสซึม การประเมิน Autism การวินิจฉัยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแผนการรักษาเด็กออทิสติก การพัฒนาการบำบัด รักษาโรคออทิสซึมเป็นระยะๆ การฝึกอบรมการทำพฤติกรรมบำบัด และการประเมินผลการทำ Biocomp Brain Mapping และ Hemoencephalography

- Aims Community College Innovation Education และ University of Northern Colorado Denver ในการจัดฝึกอบรมแก่บุคลากรทั้งในประเทศไทยและสหรัฐอเมริกาในเรื่องกิจกรรมบำบัดและการศึกษาพิเศษสำหรับเด็กออทิสติก และได้มีการลงนามโครงการความร่วมมือดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2544

ภาพที่ 8-4 ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศสหรัฐอเมริกา



2) **โครงการพัฒนาการศึกษาพิเศษสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา** เป็นความร่วมมือกับ Weld County School District, Greeley, Colorado ในการจัดฝึกอบรมการศึกษาพิเศษสำหรับเด็ก โดยจะเริ่มในปี พ.ศ.2546

3) **โครงการบำบัดรักษายาเสพติดในชุมชน** เป็นความร่วมมือกับ St. Anthony Hospital นครชิคาโก โดยเริ่มในปี พ.ศ.2545 วิทยากรจาก St. Anthony มาบรรยายและให้การปรึกษาเกี่ยวกับหลักสูตรเวชศาสตร์โรคติดยา เพื่อการรักษาในชุมชนและได้มีเจราจาความร่วมมือกับ St. Anthony Hospital ในการส่งนักวิชาการไปอบรมและศึกษาดูงานเกี่ยวกับการบำบัดรักษาเสพติดในชุมชน

4) **โครงการวิจัยร่วมเรื่อง การรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยพฤติกรรมบำบัด** เป็นความร่วมมือกับ National Institute on Drug Abuse (NIDA) และ UCLA เพื่อประโยชน์ในการเปลี่ยนทัศนคติกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นวัยรุ่น รวมทั้งผู้ปกครองให้เกิดความรัก และความเข้าใจอย่างถูกต้อง จะเริ่มโครงการในปี พ.ศ.2546

5) **โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กพิการ** ให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และบรรเทาความเดือดร้อนจากความพิการ ทำให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข และไม่ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนโดยร่วมมือกับ Wheels of Hope

6) **โครงการจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมการให้การปรึกษาและการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านเอดส์** (Training Center for HIV Counseling and Communication for Behavioral Change) กับ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) โดย CDC ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการผ่านทาง TUC (Thailand Ministry of Public Health and the U.S. Centers for Disease Control and Prevention) ในประเทศไทย ซึ่งจะเริ่มในปี พ.ศ.2546 - 2550

### 1.5 ประเทศสหราชอาณาจักร

การพัฒนาความร่วมมือทางวิชาการเกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อนกับมหาวิทยาลัยเวลล์สถาบันคาร์ดิฟ (University of Wales, Institute of Cardiff - UWIC) มาตั้งแต่ปี 2538 โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อจัดให้มีการฝึกอบรมและพัฒนากิจกรรมต่างๆ ในด้านความรู้เกี่ยวกับปัญญาอ่อน รูปแบบการดำเนินงานเริ่มด้วยการส่งบุคลากร จำนวน 2 - 4 คน ไปรับการฝึกอบรมและดูงาน ณ UWIC เป็นเวลา 2 - 4 เดือน ตามเนื้อหาที่กำหนดนอกจากจะศึกษาดูงานแล้วจะต้องเตรียมจัดแผนการฝึกอบรมแก่บุคลากรในประเทศไทย เพื่อถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ที่ศึกษาดูงาน โดยจัดอบรมขึ้นภายใต้การสนับสนุนและการแนะนำจากวิทยากร UWIC ที่เดินทางมาร่วมให้การอบรมเนื้อหาความรู้ ดังนี้

- เรื่อง Communication Disorders and Difficulties
- เรื่อง Inclusive Education
- เรื่อง Advance Course in Community Studies

- เรื่อง Community Base Rehabilitation

ทั้งนี้ โครงการได้รับการสนับสนุนทางด้านงบประมาณจาก British Council และ จากระบบราชการไทย ผลการดำเนินงานระยะแรกได้รับความสำเร็จเป็นอย่างดี และได้ขยายผลความร่วมมือให้ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพจิตและปัญญาอ่อน จึงได้ทำพิธีลงนามความร่วมมือทางวิชาการ เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2541 ซึ่งในปีแรกของการร่วมมือของโครงการระยะที่สอง ได้กำหนดเนื้อหาเรื่อง Resettlement and Hospital Reform for People with Mental Illness and Mental Handicaps

### ภาพที่ 8-5 ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศสหราชอาณาจักร



#### 1.6 ประเทศญี่ปุ่น

การพัฒนาความร่วมมือกับประเทศญี่ปุ่น

1) **โครงการฝึกอบรม CBR Workers and Coordinators on Intellectual Disabilities and Autism** เป็นการอบรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีความบกพร่องทางสติปัญญาในชุมชนโดย Japan League on Intellectual Disabilities (JLID) เป็นผู้สนับสนุนการจัดฝึกอบรมในปี พ.ศ.2544 - 2545

2) **โครงการพัฒนางานจิตเวชเด็กร่วมกับ Development of Mental Health Science, Osaka Kyoilku University** ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลจิตเวช ความรู้และประสบการณ์ในเรื่อง Crisis Management with children in Japan and Thailand

3) **โครงการพัฒนาบุคลากรในการฝึกอบรม และศึกษาดูงาน ณ ประเทศญี่ปุ่น** โดยองค์การ JICA ให้ทุนสนับสนุนการฝึกอบรม ในปีงบประมาณ 2545 จำนวน 3 หลักสูตร

1. หลักสูตร Senior Officer
2. หลักสูตร Clinical Psychiatry
3. หลักสูตร Group Training Course in Intellectual Disabilities



ภาพที่ 8-6 ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศญี่ปุ่น



### 1.7 ช่องกง

1) **โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน** ร่วมกับ New Life Psychiatric Rehabilitation Association, Hong Kong ได้ร่วมมือกันพัฒนางานด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการฝึกอาชีพ และทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชนได้ New Life ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการและเป็นแหล่งศึกษาดูงานแบบครบวงจร

2) **โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในสถานบริการสาธารณสุข** โดยร่วมมือกับองค์กร INTERAID ในการประชุมเชิงปฏิบัติการและการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในสถานบริการ สาธารณสุข 17 จังหวัด ทางภาคเหนือเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า และสามารถถ่ายทอดความรู้ แนะนำ แก่ผู้ปกครองของเด็กภายในชุมชน ซึ่งเป็นการกระจายบริการอย่างทั่วถึง

ภาพที่ 8-7 ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศฮ่องกง



### 1.8 ประเทศภูฏาน

พ.ศ. 2544 เริ่มโครงการความร่วมมือทางด้านสุขภาพจิตกับประเทศภูฏานและได้ ลงนามใน ข้อตกลงแลกเปลี่ยนความร่วมมือทางด้านวิชาการสุขภาพจิต กับ Department of Health, Ministry of Health and Education ในปี พ.ศ. 2546 โดยมีขอบเขตความร่วมมือในการแลกเปลี่ยน

- การศึกษาดูงาน
- การฝึกอบรม 1 - 4 เดือน
- การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร
- การวิจัยร่วมในเรื่องจิตเวชแนวพุทธ

ภาพที่ 8-8 ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศภูฏาน



### 1.9 ประเทศเดนมาร์ก

ร่วมมือกับ International Committee of Rector's Conference of National Education Training Program in Denmark ในการจัดการฝึกงานทางด้านเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ณ สถาบันราชานุกูล ให้แก่นักศึกษาชาวเดนมาร์ก ตั้งแต่เดือนกันยายน 2545 ถึงปัจจุบัน

### 1.10 ประเทศฝรั่งเศส

ศูนย์วิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และ Center National de Genotypage ประเทศฝรั่งเศส ดำเนินการจัดทำโครงการวิจัยร่วม Thai Single Nucleotide Polymorphism Database (Thai SNP database) โดยสถาบันราชานุกูล เป็นผู้ประสานงานฝ่ายไทยและต่างประเทศ โครงการเริ่มดำเนินการเดือนมกราคม 2546 - เดือนธันวาคม 2548



### 1.11 ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

ได้จัดทำโครงการความร่วมมือกับ Department of International Cooperation กระทรวงสาธารณสุขประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน มาตั้งแต่ พ.ศ. 2537 และได้มีการลงนามในบันทึกความเข้าใจ (MOU) ในปี พ.ศ. 2539 ซึ่งมีสาระสำคัญคือ เป็นโครงการแลกเปลี่ยนความร่วมมือทางด้านวิชาการสำหรับผู้บริหาร ในการผลัดเปลี่ยนกันเยือน ปีละ 1 ครั้ง จำนวน 15 คน ในเวลา 14 วัน ต่อมาได้ขยายขอบข่ายความร่วมมือเพิ่มออกไปเป็นโครงการแลกเปลี่ยนความร่วมมือสำหรับ นักวิชาการระหว่างมณฑลในรูปแบบของการบรรยายและประชุมสัมมนาโดยส่งบุคลากร 8 คน ผลัดกันเยือนซึ่งกันและกันเป็นเวลา 8 วัน และฝึกอบรมบุคลากร จำนวน 2-4 คน ในเวลา 1-2 เดือน ประเทศเจ้าภาพจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในประเทศทั้งหมด เช่น ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าพาหนะในประเทศ ค่าชมการแสดง ฯลฯ ผู้เดินทางจะรับผิดชอบค่าเดินทางระหว่างประเทศเอง

ภาพที่ 8-9 ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน



โครงการแลกเปลี่ยนความร่วมมือสำหรับผู้บริหาร มีผู้เข้าร่วมโครงการฝ่ายจีน 143 คน ฝ่ายไทย 149 คน (2538 - 2545)

โครงการแลกเปลี่ยนความร่วมมือสำหรับนักวิชาการ ปัจจุบันได้ลงนามในข้อตกลงแลกเปลี่ยนความร่วมมือสำหรับนักวิชาการกับมณฑล เมืองและโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งสิ้น 12 โครงการ คือ

1. โครงการแลกเปลี่ยนกับ Department of Shanxi Provincial of China มณฑลซานซี เมืองไท่หยวน (เริ่มเดือนพฤศจิกายน 2541)
2. โครงการแลกเปลี่ยนกับ Beijing Hui Long Guan Hospital (Dragon Hospital) กรุงปักกิ่ง (เริ่มเดือนมิถุนายน 2542)
3. โครงการแลกเปลี่ยนกับ Guilin Public Health Bureau เมืองกู่ยี่หลิน (เริ่มเดือนมีนาคม 2543)
4. โครงการแลกเปลี่ยนกับ Tianjin Municipal Bureau of Public Health มหานครเทียนจิน (เริ่มเดือนมีนาคม 2543)
5. โครงการแลกเปลี่ยนกับ Beijing Municipal Health Bureau กรุงปักกิ่ง (เริ่มเดือนพฤศจิกายน 2543)
6. โครงการแลกเปลี่ยนกับ Inner Mongolia Public Health Department เมืองมองโกเลียใน (เริ่มเดือนกุมภาพันธ์ 2544)
7. โครงการแลกเปลี่ยนกับ Fujian Provincial Health Bureau มณฑลฟูเจี้ยน (เริ่มเดือนมิถุนายน 2544)
8. โครงการแลกเปลี่ยนกับ Sichuan Provincial Health Bureau มณฑลเสฉวน (เริ่มเดือนสิงหาคม 2543)
9. โครงการแลกเปลี่ยนกับ Shaanxi Provincial Health Department มณฑลชานซี เมืองซีอาน (เริ่มเดือนเมษายน 2545)
10. โครงการแลกเปลี่ยนกับ Shandong Provincial Health Department มณฑลซานตง (เริ่มเดือนเมษายน 2545)
11. โครงการแลกเปลี่ยนกับ Heilongjiang Provincial Health Commission มณฑลเฮยหลงเจียง เมืองฮาร์บิน (เริ่มวันที่ 23 มกราคม 2546)
12. โครงการแลกเปลี่ยนกับ Public Health Department of Liaoning Provinces มณฑลเหลียวหนิง เมืองเสิ่นหยาง (เริ่มวันที่ 27 มกราคม 2546)

ในปี พ.ศ. 2543 Beijing Hui Long Guan Hospital ได้รวมโครงการแลกเปลี่ยนความร่วมมือกับ Beijing Municipal Health Bureau ดังนั้นโครงการคงเหลือแค่ 11 โครงการ

โครงการแลกเปลี่ยนความร่วมมือสำหรับนักวิชาการ มีการแลกเปลี่ยนกัน 11 มณฑล ผู้เข้าร่วมโครงการฝ่ายจีน 145 คน ฝ่ายไทย 166 คน (พ.ศ.2542 - 2545)

## 2. การแสวงหาความร่วมมือระหว่างประเทศ

จากการดำเนินการพัฒนางานสุขภาพจิตระหว่างประเทศ มาอย่างต่อเนื่องกับประเทศต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งในปี พ.ศ.2545 - 2546 ยังคงดำเนินการแสวงหาความร่วมมือจากต่างประเทศเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการขยายเครือข่ายความร่วมมือ รวมทั้งแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ในการดำเนินงาน เพื่อเปรียบเทียบ พัฒนา และปรับปรุงให้การดำเนินงานสุขภาพจิตในไทยมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ประเทศที่แสวงหาความร่วมมือเพิ่มเติม มีดังนี้

### 2.1 ประเทศสิงคโปร์

เจรจาความร่วมมือทางด้านการพัฒนาหลักสูตรการอบรมพยาบาลจิตเวชกับ Woodbridge Hospital and Institute of Mental Health

### 2.2 ประเทศตุรกี

เจรจาความร่วมมือทางด้านการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตเด็กกับ Department of Psychiatry, Marmara University, อิสตันบูล

### ภาพที่ 8-10 ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศตุรกี



### 2.3 ประเทศสาธารณรัฐเฮลเลนิก (กรีซ)

เจรจาความร่วมมือทางด้านการพัฒนางานจิตเวชชุมชนและการบริหารทรัพยากรทาง สุขภาพจิต กับ Hellenic Psychiatric Association



ภาพที่ 8-11 ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศเฮลเลนิก (กรีซ)



#### 2.4 ประเทศแอฟริกาใต้

เจรจาความร่วมมือทางด้านการพัฒนาการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย HIV / AIDS กับ Sterkfontein Hospital, Krugersdorp

ภาพที่ 8-12 ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศแอฟริกาใต้



#### 2.5 ประเทศเกาหลีใต้

เจรจาความร่วมมือทางด้านการพัฒนาการให้บริการทางด้านสุขภาพจิตสำหรับ Child Abuse และเด็กด้อยโอกาส กับ Seoul Dongbu Child Guidance Center

ภาพที่ 8-13 ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศเกาหลีใต้



## 2.6 ประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม

เจรจาความร่วมมือและช่วยเหลือในการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม กับ National Psychiatric Hospital และจะมีการลงนามในข้อตกลงแลกเปลี่ยนความร่วมมือ ในปี พ.ศ.2546 โดยมีขอบข่ายความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนการศึกษา ดูงาน การฝึกอบรม และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร

ภาพที่ 8-14 ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศสาธารณรัฐเวียดนาม



ผลจากการเจรจาความร่วมมือดังกล่าว ในเบื้องต้น ประเทศต่างๆ ได้เข้าร่วมประชุม วิชาการทางด้านสุขภาพจิตนานาชาติประจำปี ในปี พ.ศ. 2545 ในเรื่องของสุขภาพจิตกับยาเสพติด



### 3. การประชุมวิชาการทางด้านสุขภาพจิตนานาชาติประจำปี

กรมสุขภาพจิตได้จัดประชุมวิชาการทางด้านสุขภาพจิตเป็นประจำทุกปี แต่ในปี พ.ศ. 2545 ได้เริ่มเชิญให้นักวิชาการจากประเทศต่างๆ เข้าร่วมประชุมวิชาการ เพื่อเป็นการพัฒนางานสุขภาพจิตระหว่างประเทศ แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์กับนานาชาติ ในหัวข้อเรื่อง “สุขภาพจิตกับยาเสพติด” ซึ่งมีประเทศต่างๆ ตอบรับเข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 13 ประเทศ 45 คน และในปี พ.ศ. 2546 กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการจัดประชุมวิชาการด้านสุขภาพจิตนานาชาติเป็นปีที่ 2 โดยเชิญนักวิชาการจากนานาชาติเข้าร่วมประชุมเช่นกัน

ภาพที่ 8-15 การประชุมวิชาการด้านสุขภาพจิตนานาชาติประจำปี



### 4. แผนงานความร่วมมือในอนาคต

การพัฒนางานสุขภาพจิตระหว่างประเทศ มีพัฒนาการเพิ่มขึ้นตามลำดับทุกปี โดยเฉพาะการประชุมวิชาการนานาชาติที่มีผู้เข้าร่วมประชุมจากนานาชาติ ทำให้เห็นว่าประเทศต่างๆ ก็ต้องแสวงหาความร่วมมือระหว่างประเทศเช่นกัน ดังนั้น งานสุขภาพจิตในอนาคต มีแนวโน้มว่าจะขยายขอบเขตความร่วมมือให้ออกไป ดังนี้

4.1 ขยายขอบเขตความร่วมมือไปยังประเทศต่างๆ ให้มากขึ้น เช่น ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สวีเดน เดนมาร์ก นิวซีแลนด์ สหพันธ์สาธารณรัฐบราซิล สหราชอาณาจักร ซึ่งจะได้นำความโดดเด่นของงานด้านสุขภาพจิตของประเทศต่างๆ เช่น งานสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การขยายงานสุขภาพจิตลงสู่ชุมชน งานสุขภาพจิตกับยาเสพติด การผสมผสานงานจิตเวชกับงานบริการทั่วไป

4.2 ขยายขอบเขตความร่วมมือและช่วยเหลือไปยังประเทศเพื่อนบ้านของไทย เช่น สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ราชอาณาจักรกัมพูชา สหภาพพม่า และสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม สำหรับประเทศเวียดนามนั้นได้มีการเจรจาแลกเปลี่ยนความร่วมมือและจะลงนามในข้อตกลงแลกเปลี่ยนในปี พ.ศ. 2546

4.3 ขยายขอบเขตความร่วมมือกับประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ไปยังมณฑลต่างๆ ของประเทศจีนทั่วทุกภูมิภาค

4.4 พัฒนางานวิจัย และแสวงหาความร่วมมือในการทำวิจัยร่วมกับประเทศต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่น การทำวิจัยเรื่องยาเสพติดกับสุขภาพจิต การวิจัยด้านพันธุกรรม



## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. การปรับบทบาท ภารกิจ และโครงสร้างราชการ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา) 2545.
- กรมสุขภาพจิต กองแผนงาน จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย ต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2540-2544 (เอกสารอัดสำเนา), 2540-2544
- กระทรวงสาธารณสุข โครงสร้างใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสุขภาพคนไทย. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2546.
- กระทรวงสาธารณสุข. การปรับบทบาทภารกิจ และโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข. บริษัท ยุทธินทร์การพิมพ์. 2546.
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2544
- การสาธารณสุขไทย 2542-2543. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2545.
- การสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2543. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. CD-ROM สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2543
- ชาวเด็ก.หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์.ปีที่ 7 ฉบับที่ 2273 วันอังคารที่ 14 มกราคม 2546 หน้า 7.
- ชาวเด็ก.หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์.ปีที่ 7 ฉบับที่ 2346 วันศุกร์ที่ 28 มีนาคม 2546 หน้า 2.
- ชาวเด็ก-ครอบครัว. หนังสือพิมพ์ข่าวสด. ปีที่ 7 ฉบับที่ 4501 วันพฤหัสบดีที่ 27 มีนาคม 2546 หน้า 5.
- โครงการสำรวจการทำงานและการว่างงานของกำลังคนระดับกลางและระดับสูง พ.ศ.2545. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. เอกสารรายงานเชิงสถิติ. (Serial On-line พ.ศ.2545). สืบค้น พ.ศ.2546 พฤษภาคม 2. สาระสังเขปจาก URL <http://www.nso.go.th>.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. แวดวงประชากร. จุลสารประชากรและการพัฒนา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 20 ฉบับที่ 3 กุมภาพันธ์-มีนาคม 2543
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. แวดวงประชากร.จุลสารประชากรและการพัฒนา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 21 ฉบับที่ 4 เมษายน-พฤษภาคม 2546.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. แวดวงประชากร.จุลสารประชากรและการพัฒนา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 กุมภาพันธ์-สิงหาคม 2546.
- รายงานการศึกษาและรายงานครู ปีการศึกษา 2539-2543. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร. CD-ROM สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2543.
- รายงานผลการสำรวจกลุ่มผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2544. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : บริษัทด้านสุทธนาการพิมพ์ จำกัด
- รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ.2545. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. เอกสารรายงานเชิงสถิติ. (Serial On-line พ.ศ.2545). สืบค้น พ.ศ.2546 พฤษภาคม 2 . สาระสังเขปจาก URL <http://www.nso.go.th>.

ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต. จุลสารประชากรและการพัฒนา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 ธันวาคม 2545-มกราคม 2546.

สร้างสรรค์สังคมไทยให้ปลอดภัย. มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก. เอกสารประกอบการสัมมนา. มปป.

สรุปผลการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ.2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การให้บริการข้อมูล(ข้อมูลสถิติจากการสรุปผล). (Serial On-line พ.ศ.2545). สืบค้น พ.ศ.2546 พฤษภาคม 2 . สารสังเขปจาก URL <http://www.nso.go.th>.

สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม 2543.

สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม 2544.

สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม 2545.

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542. สำนักคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. กรุงเทพมหานคร : บริษัทพริกหวานกราฟฟิค จำกัด. 2542

สรุปสถานการณ์สังคมไทย พ.ศ.2546. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การให้บริการข้อมูล(ข้อมูลสถิติจากการสรุปผล). (Serial On-line พ.ศ.2545). สืบค้น พ.ศ.2546 พฤษภาคม 2 . สารสังเขปจาก URL <http://www.nso.go.th>.

สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม 2546.

สำนักงาน ก.พ. การปรับบทบาท ภารกิจ และโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุม เรื่อง การปรับบทบาทภารกิจ และโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 2 สิงหาคม 2545 กระทรวงสาธารณสุข. 2545.

สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐบาลกระจายอำนาจพระราชกฤษฎีกา ร่วมรับผิดชอบ. (เอกสารอัดสำเนา). 2545.

สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ สำนักงาน ก.พ. การปฏิรูประบบราชการ. (เอกสารอัดสำเนา) 2544

สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด รายงานผลการดำเนินงาน ป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด ประจำปีงบประมาณ 2544

Ministry of Public Health. Burden of disease and injuries in Thailand. November, 2002

Ministry of Public Health. Burden of disease and injuries in Thailand. November, 2002 กรมสุขภาพจิต กองแผนงาน จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย ต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2540-2544. (เอกสารอัดสำเนา), 2540-2544



## ภาคผนวก

### รายชื่อผู้ประสานงาน และหน่วยงาน โครงการความร่วมมือระหว่างประเทศ

- 1. World Health Organization**  
Headquarters  
Avenue Appia 20  
1211 Geneva 27  
Switzerland  
Tel 41-22 791-2111  
Fax 41-22 791-3111  
E-mail : inf@who.mt
- 2. Dr. Vijay Chandra**  
Regional Adviser - Health and Behaviour  
World Health Organization  
Regional Office for South - East Asia  
New Delhi 110002  
India  
E-mail : CHANDRAV@WHOSEA.ORG  
Tel 91-11-23370804  
Fax 91-11-233-79507, 91-11-23370197
- 3. Dr. Bjorn Melgaard**  
WHO Representative to Thailand  
C/O Ministry of Public Health  
Tivanondh Road  
Nonthaburi 11000  
Tel 02-590-1524 Fax 02-591-8199
- 4. Dr. Julian Gold**  
Director of Albion Street Centre  
150 - 154 Surry Hills  
Sydney NSW 2010  
Australia  
Tel 61-2-332-1090 Fax 61-2-332-4219
- 5. Dr. Victor Storm**  
Area Director Mental Health Services  
Central Sydney Area Health Service  
P.O.Box 1 Rozelle N.S.W. 2039  
Australia  
Tel 61-2-9556-9297 Fax 61-2-9556-292  
E-mail : stormvi@email.cs.nsw.gov.au
- 6. Prof. Walter Ling**  
UCLA Neuropsychiatric Institute  
11075 Santa Monica Boulevard  
Suite 200  
Los Angeles, CA 90024  
U.S.A.  
E-mail : lwalter@ix.netcom.com, lwalter@ucla.edu
- 7. Dr. Somphol Dounglonchunt**  
Associate Vice President for  
Administrative Service  
AIMS Community College  
Greeley Campus  
5401 West 20th Street  
P.O.Box 69, Greeley Colorado 80632  
U.S.A.  
Tel 970-330-8008 # 6273  
Fax 970-339- 6231  
E-mail : pia@aims.edu
- 8. Dr. Norma Lou Eitemiller**  
Special Education Administrator  
1025 9th Avenue  
Greeley CO 80639  
U.S.A.  
Tel 970-348-6246 Fax 970-348- 6232  
E-mail : neitemil@alpha.psd.k12.co.us
- 9. Dr. Songkieat Piyaka**  
1010 Lake Street#101  
Oak Park, IL 6030  
U.S.A.  
Tel 708-763-0727 Fax 708-763-0827  
E-mail : kasasong@aol.com

- 10. Professor Tony Hazell**  
 Assistant Principal  
 School Support Unit  
 University of Wales Institute, Cardiff  
 Colchester Avenue  
 Cardiff CF23 9XR  
 UK  
 Tel. 44-029-2041-6001  
 Fax 44-029-2041-6987  
 E-mail : aihazell@uwic.ac.uk
- 11. Dr. Naoyasu Motomura**  
 Mental Health Division  
 Department of Health Science  
 Osaka Kyoiku University  
 4 - 698 - 1, Asahigaoka Kashiwara City  
 Osaka 582  
 Japan  
 Tel/Fax 81-729-78-3608  
 E-mail : motomura@cc.osaka-kyoiku-ac.jp
- 12. Prof. Masahisa Shimada**  
 President Osaka Medical College  
 2-7 Daigakumachi Takatsuki  
 Osaka 569 - 8686  
 Japan
- 13. Dr. Deborah Wan**  
 New Life Psychiatric Rehabilitation  
 Association  
 332 Ham Cheong Street  
 Kowloon  
 Hong Kong
- 14. Dr. Gado Tshering**  
 Director, Royal Government of Bhutan  
 Ministry of Health & Education  
 Thimphu  
 Bhutan
- 15. Mr. Qiu Yuangao**  
 Director for Asia Affairs  
 Department of International Cooperation  
 1 Nanlu, Xizhimenwai  
 Xicheng District, Beijing 100044  
 The People's Republic of China  
 Tel 86-10-68792294 Fax 86-10-68792295
- 16. Dr. Yan Mingguang**  
 Head of the foreign Affairs Office  
 Shanxi Health Department  
 23 Dong Hua Men  
 Taiyuan, Shanxi 030013  
 The People's Republic of China  
 Tel 86-351-3071224
- 17. Dr. Cao Lian Yuan**  
 Director  
 Hui Long Guan Hospital  
 De Wai, Hui Long Guan  
 Beijing 100096  
 Tel. 86-10-627-16231  
 Fax 86-10-627-16285
- 18. Mr. Liu Zhao Hui**  
 Chief of Foreign Affairs Section  
 Guilin Public Health Bureau  
 57 Lingui Rd.,  
 Guilin City 541002  
 The People's Republic of China  
 Tel 86-773-2827802 Fax 86-773-2822765
- 19. Mr. Liang Zongyu**  
 Director of Foreign Affairs Department  
 Tianjin Bureau of Public Health  
 98 Nanjing Road, Tianjin 300040  
 The People's Republic of China  
 Tel 86-22-23527580 Fax 86-22-23527580
- 20. Dr. Wang Shu Feng**  
 Director of Foreign Affairs Office  
 Beijing Municipal Health Bureau  
 2 Huai Bai Shu st.  
 Beijing 100053  
 The People's Republic of China  
 Tel 86-10-63041921 Fax 86-10 63016844
- 21. Dr. Zhao Nasitu**  
 Director of International Health  
 Exchange Center Inner Mongolia  
 Public Health  
 Department  
 78 Zhong Shan East Rd.,  
 HUUHOT  
 The People's Republic of China  
 Tel 86-471-6965816

- 22. Mr. Zheng Boxun**  
Deputy Director  
Fujian International Medical Exchange  
Centre  
Fujian Provincial Bureau of Public Health  
61 Guping Road  
Fuzhou, Fujian 350003  
The People's Republic of China  
Tel 86-591 7842476 Fzx 86-591 7856658
- 23. Mr. Zhao Xijie**  
Director  
Office of International Cooperation  
Sichuan Provincial Health Bureau  
80 Wen Miao Xi St., Chengdu Sichuan  
The People's Republic of China  
Tel 86-28-6138686 Fzx 86-28-6135402
- 24. Mr. Zhang Chaoying**  
Program Officer  
Xian Health Department  
Department of Health  
Provincial Government of Shaanxi  
34 Lianhu Ave., Xian 710003  
The People's Republic of China  
Tel. 86-29-7314237 Fax 86-29-7344713  
E-mail : pagoda8@yahoo.com
- 25. Mr. Deng Shucai**  
Vice Director  
Division of Medical Sciences,  
Technology, Education and International  
Cooperation  
Health Department of Shandong  
Province  
11 Jiankang Rd., Jinan  
Shandong Province 250014  
The People's Republic of China  
Tel 86-531-2626219 Fzx 86-531-2626166
- 26. Mr. Dong Bin**  
Vice Director  
Department of Foreign Affairs  
89 Minyi St.  
Harbin 150001  
The People's Republic of China
- 27. Dr. Han Minghui**  
Vice Commissioner  
Health Department of Liaoning Province  
82 Heping South Street  
Shenyang 110005  
The People's Republic of China  
Tel 86 24 23388180
- 28. Mr. Leong Yew Meng**  
Chief Executive Officer  
Institute of Mental Health  
Woodbridge Hospital  
10 Buangkok View  
Singapore 539747
- 29. Asst. Prof. Dr. Kaan Kora**  
Department of Psychiatry  
Tasmektep sok. 58/3 81060  
Caddebostan Istanbul  
Turkey  
Tel 90-216-325 0612 Fax 90-216-363-1779  
E-mail : koralar@superonline.com
- 30. Prof. G.N. Christodoulou**  
National and Kapodistsian University of  
Athens  
Medical School  
Department of Psychiatry  
Eginition Hospital  
74 Vas Soflas Ave, 11528  
Athens, Greece  
Tel. 30-1-72-894-9-10 Fax 30-1-72-42032  
E-mail : gnchrist@compulink.gr
- 31. Dr. S. Selemani**  
Act. Prin. Psychiatrist  
Sterkfontein Hospital  
Private Bag X 2010  
Krugersdorp 1740  
South Africa  
Tel 011-951-8313,  
E-mail : SELEMANI@MWEB.CO.ZA

- 32. Sister Cecilia (Hye Rim, Kim)**  
Executive Director of Counselling  
Department  
Seoul Dongbu Child Guidance Center  
329 - 1 Jangan 2 - Dong,  
Dongdaemoon - Ku, Seoul  
Korea  
Tel. 82-2-2248-4567  
Fax 82-2-2248-0416, 82-2-2248-0990  
E-mail : Kimcecil@hanmir.com
- 33. Prof. Dr. Tran Van Cuong**  
Director  
National Psychiatric Hospital  
Thuong Tin - Ha Tay  
Vietnam  
Tel 034-853227 Fax 034-853190
- 34. Dr. Ka Sunbaunat**  
Head of Academic Affairs  
Faculty of Medicine  
University of Health Sciences  
73 Monivong Blvd.,  
Phnom Penh  
Cambodia  
Tel 855-11-888-186, 855-16 815-285  
E-mail : ksbaunat@forum.org.kh
- 35. Dr. Sao Sai Lon**  
Yangon Psychiatric Hospital  
Kyaukmyaung Or  
Tamwe Township, Yangon  
Myanmar
- 36. Ambassador of Australian Embassy**  
37 Sathorn Tai Rd.,  
Bangkok 10120
- 37. Mr. Kenji Iwaguchi**  
Resident Representative  
Japan International Cooperation Agency  
1674/1 New Petchburi Road  
Bangkok 10320
- 38. Ambassador of Japanese Embassy**  
9/F 159 Sermmmit Tower  
Sukhumvit 21  
Bangkok 10110





## คำสั่งกรมสุขภาพจิต

ที่ 1044 / 2545

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำหนังสือสุขภาพจิต พ.ศ.2545 - 2546

ตามที่ กรมสุขภาพจิตมีนโยบายในการจัดทำหนังสือสุขภาพจิต พ.ศ.2545 - 2546 เพื่อเป็นการเผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ทราบถึงสถานการณ์สุขภาพจิตของประเทศในอดีต ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต สามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อพัฒนาสุขภาพจิตของประชาชนไทยได้ ดังนั้น เพื่อให้การจัดทำหนังสือสุขภาพจิต พ.ศ.2545 - 2546 บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ กรมสุขภาพจิต จึงเห็นควรแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ และคณะทำงานจัดทำหนังสือสุขภาพจิต พ.ศ.2545 - 2546 ซึ่งประกอบด้วยผู้มีรายนามดังต่อไปนี้

### 1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำหนังสือสุขภาพจิต พ.ศ.2545 -2546 ดังนี้

1. นายแพทย์ปราชญ์	บุญยวงค์วิโรจน์	อธิบดีกรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
2. นายแพทย์สุจิต	สุวรรณชีพ	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
3. แพทย์หญิงศรีวรรณ	พูลสรรพสิทธิ์	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
4. นายแพทย์อภิชัย	มงคล	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
5. นายแพทย์พรเทพ	ศิริวันรังสรรค์	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	ประธาน คณะกรรมการ
6. แพทย์หญิงอินทิดา	พัทสกุล	นายแพทย์ 10 วช.	กรรมการ
7. นายแพทย์ธีระ	ลีลานันทกิจ	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา	กรรมการ
8. นายแพทย์อุดม	เพชรสังหาร	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล	กรรมการ
9. นายแพทย์วัชร	เพ็งจันทร์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ศรีธัญญา	กรรมการ
10. นายแพทย์เกียรติภูมิ	วงศ์รจิต	ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ ราชนครินทร์	กรรมการ
11. นายแพทย์ประเวช	ตันติพิวัฒนสกุล	ผู้อำนวยการ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	กรรมการ
12. นางทัศนีย์	อักษรมัต	ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่	กรรมการ
13. นางสาวณัฐชนก	บุญประกอบ	ผู้อำนวยการกองคลัง	กรรมการ
14. นางกฤษณา	จันทร์ตรี	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	กรรมการ



15. นายวิจักร	อากัปกรณ์	เลขานุการกรมสุขภาพจิต	กรรมการ
16. หม่อมหลวงยุพดี	ศิริวรรณ	ผู้อำนวยการกองสุขภาพจิตสังคม	กรรมการ
17. นายแพทย์สมควร	หาญพัฒนชัยกูร	ผู้อำนวยการกองแผนงาน	กรรมการ
18. นางวรรณิ์	วงศาสุลักษณ์	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบาย และแผน 8 ว กองแผนงาน	กรรมการและ เลขานุการ
19. นางบุษกร	นางงามลำโรง	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบาย และแผน 5 กองแผนงาน	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยคณะกรรมการอำนวยการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. กำหนดนโยบายการจัดทำหนังสือสุขภาพจิต พ.ศ.2545 -2546
2. ติดตามอำนวยการดำเนินงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด
3. พิจารณาแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำหนังสือสุขภาพจิต พ.ศ.2545 -2546

## 2. คณะทำงานจัดทำหนังสือสุขภาพจิต พ.ศ.2545 - 2546

1. นางแพทย์พรเทพ	ศิริวันรังสรรค์	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	ประธาน คณะทำงาน
2. นายแพทย์ประเวช	ตันติพิวัฒนสกุล	ผู้อำนวยการ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	รองประธาน คณะทำงาน
3. นายแพทย์สมควร	หาญพัฒนชัยกูร	ผู้อำนวยการกองแผนงาน	รองประธาน คณะทำงาน
4. นางสุชาดา	สาครเสถียร	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน
5. นางทัศนีย์	อักษรมัต	ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่	คณะทำงาน
6. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบงานสุขภาพจิต		สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน
7. นายชินทร์	ลิมสนธิกุล	กองแผนงาน	คณะทำงาน
8. หัวหน้ากลุ่มงานระบาดวิทยา		กองสุขภาพจิตสังคม	คณะทำงาน
9. นางกาญจนา	ศิริโหม	กองแผนงาน	คณะทำงาน
10. นางจรัมพร	วงศ์สิโรจน์กุล	กองแผนงาน	คณะทำงาน
11. นางวรรณิ์	วงศาสุลักษณ์	กองแผนงาน	คณะทำงาน และเลขานุการ
12. นายเศรษฐา	ชุมทอง	กองแผนงาน	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
13. นางสาวอลิสรา	อุดมวีรเกษม	กองแผนงาน	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
14. นางบุษกร	นางงามลำโรง	กองแผนงาน	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. กำหนดกรอบแนวทางการจัดทำหนังสือสุขภาพจิต พ.ศ. 2545 -2546
2. ดำเนินการจัดทำหนังสือสุขภาพจิต พ.ศ.2545 - 2546 ให้เสร็จสิ้นตามเวลาที่กำหนดไว้
3. หน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องหรือตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545



(นายวิชัย มงคล)

รองอธิบดีปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมสุขภาพจิต



## คำสั่งกรมสุภาพจิต

ที่ 80 /2546

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำหนังสือสุภาพจิต พ.ศ.2545 - 2546 (เพิ่มเติม) และคณะบรรณาธิการบท

อนุสนธิตามคำสั่งกรมสุภาพจิต ที่ 044/2545 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำหนังสือสุภาพจิต พ.ศ.2545 -2546 เพื่อให้การดำเนินงานการจัดทำหนังสือสุภาพจิต พ.ศ.2545 - 2546 เป็นไป ด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้เพิ่มมากขึ้นกรมสุภาพจิตจึงเห็นควรแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำหนังสือสุภาพจิต พ.ศ.2545 - 2546 (เพิ่มเติม) และแต่งตั้งคณะบรรณาธิการบท ดังมีรายนามต่อไปนี้

### 1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำหนังสือสุภาพจิต พ.ศ.2545 -2546 (เพิ่มเติม) ดังนี้

- |                |             |           |                                |
|----------------|-------------|-----------|--------------------------------|
| 1. นางสาวณัฐชา | คณานุกรักษ์ | กองแผนงาน | กรรมการและ<br>ผู้ช่วยเลขานุการ |
|----------------|-------------|-----------|--------------------------------|

โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. กำหนดนโยบายการจัดทำหนังสือสุภาพจิต พ.ศ.2545 -2546
2. ติดตามอำนวยการดำเนินงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด
3. พิจารณาแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำหนังสือสุภาพจิต พ.ศ.2545 -2546

### 2. คณะทำงานจัดทำหนังสือสุภาพจิต พ.ศ.2545 - 2546 (เพิ่มเติม) ดังนี้

- |                |             |           |                                |
|----------------|-------------|-----------|--------------------------------|
| 1. นางสาวณัฐชา | คณานุกรักษ์ | กองแผนงาน | กรรมการและ<br>ผู้ช่วยเลขานุการ |
|----------------|-------------|-----------|--------------------------------|

โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. กำหนดกรอบแนวทางการจัดทำหนังสือสุภาพจิต พ.ศ.2545 -2546
2. ดำเนินการจัดทำหนังสือสุภาพจิต พ.ศ.2545 - 2546 ให้เสร็จสิ้นตามเวลาที่กำหนดไว้
3. หน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องหรือตามที่ได้รับมอบหมาย

### 3. คณะบรรณาธิการบท ดังนี้

บทที่ 1 สถานการณ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุภาพจิต ประกอบด้วย

- |               |                  |                              |                |
|---------------|------------------|------------------------------|----------------|
| 1. นางสาววิไล | เสรีสิทธิพิทักษ์ | สำนักพัฒนาสุภาพจิต           | บรรณาธิการ     |
| 2. นางทัศนีย์ | อักษรมัต         | ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่ | บรรณาธิการร่วม |

3. นางสาวสมพร	อินทร์แก้ว	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	กองบรรณาธิการ
4. นางเยาวนาฏ	ผลิตนันทเกียรติ	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	กองบรรณาธิการ
5. นางสาวระวีวรรณ	ศรีสุชาติ	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	กองบรรณาธิการ
6. นางสาวรรณนา	มัธยานนท์	กองการเจ้าหน้าที่	กองบรรณาธิการ
7. นางจิรสา	ดาวখনอน	กองการเจ้าหน้าที่	กองบรรณาธิการ

### บทที่ 2 วิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย

1. นายสมควร	หาญพัฒนชัยกุล	ผู้อำนวยการกองแผนงาน	บรรณาธิการ
2. นางวิภากร	สร้อยสุวรรณ	กองแผนงาน	กองบรรณาธิการ
3. นางอุไรวรรณ	ยิ้มละม้าย	กองแผนงาน	กองบรรณาธิการ

### บทที่ 3 สถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิต ประกอบด้วย

1. นางอัจฉรา	จรัสสิงห์	กองสุขภาพจิตสังคม	บรรณาธิการ
2. นายแพทย์ธรณินทร์	กองสุข	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชเลย	กองบรรณาธิการ
3. นางวรวรรณ	จุฑา	กองสุขภาพจิตสังคม	กองบรรณาธิการ
4. นางสาวเนตรชนก	บัวเล็ก	กองสุขภาพจิตสังคม	กองบรรณาธิการ

### บทที่ 4 ทรัพยากรด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย

1. นายชรินทร์	ลิ่มสนธิกุล	กองแผนงาน	บรรณาธิการ
2. นางสาวสุวรรณนา	दानเฉลิมนันท์	กองแผนงาน	กองบรรณาธิการ
3. นางสาวนวลจันทร์	แสงมณี	กองแผนงาน	กองบรรณาธิการ
4. นางสาวรุ่งนิภา	อ่อนหล้า	กองแผนงาน	กองบรรณาธิการ

### บทที่ 5 เทคโนโลยีสุขภาพจิตและเครื่องมือวัดภาวะทางสุขภาพจิต ประกอบด้วย

1. นายประเวช	ตันติพิวัฒนสกุล	ผู้อำนวยการ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	บรรณาธิการ
2. นางสาวอมรภากุล	อินโอชานนท์	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	กองบรรณาธิการ
3. นางสาวโสฬวรรณ	อินทสิทธิ์	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	กองบรรณาธิการ
4. นางสาวนันท์นภัส	ประสานทอง	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	กองบรรณาธิการ

### บทที่ 6 เครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย

1. นางวรรณิ	วงศาสุลักษณ์	กองแผนงาน	บรรณาธิการ
2. นางสาวณัฐชา	คณานุรักษ์	กองแผนงาน	กองบรรณาธิการ
3. นางสาวอลิสา	อุดมวีรเกษม	กองแผนงาน	กองบรรณาธิการ
4. นางบุษกร	นางงามลำโรง	กองแผนงาน	กองบรรณาธิการ

### บทที่ 7 การดำเนินงานที่สำคัญด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย

1. นางจรัมพร	วงศ์โรจน์กุล	กองแผนงาน	บรรณาธิการ
2. นายเศรษฐา	ชุมทอง	กองแผนงาน	กองบรรณาธิการ
3. นางสาวอลิสา	อุดมวีระเกษม	กองแผนงาน	กองบรรณาธิการ
4. นางพรทิพย์	ดำรงปัทมา	กองแผนงาน	กองบรรณาธิการ
5. นางอรวรรณ	สุวรรณะบุญย์	กองสุขภาพจิตสังคม	กองบรรณาธิการ

### บทที่ 8 ความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย

1. นางกาญจนา	ศิริโหม	กองแผนงาน	บรรณาธิการ
2. นางสาวรุ่งทิพย์	พงศ์กิจการเจริญ	กองแผนงาน	กองบรรณาธิการ
3. นางสาวจิระประภา	สารสุข	กองแผนงาน	กองบรรณาธิการ

โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. กำหนดกรอบเนื้อหาการจัดทำหนังสือสุขภาพจิต พ.ศ. 2545 -2546 ในบทที่รับผิดชอบ
2. ศึกษา ค้นคว้าข้อมูล และวิเคราะห์สถานการณ์/แนวโน้มด้านสุขภาพจิต พร้อมทั้งเรียบเรียงข้อมูลในบทที่รับผิดชอบให้เสร็จสิ้นตามเวลาที่กำหนดไว้
3. หน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องหรือตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2546



(นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์)  
รองอธิบดีปฏิบัติราชการแทน  
อธิบดีกรมสุขภาพจิต