



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

รายงานการศึกษาและการระดมความคิดเห็น เพื่อกำหนด NEW S-CURVE NEW BUSINESS ของกรมสุขภาพจิต



Download รายงานการศึกษา ฯ



**กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
กรมสุขภาพจิต**

พฤศจิกายน 2567

คำนำ

รายงานการศึกษาและการระดมความคิดเห็นเพื่อกำหนด New S-Curve New Business ของกรมสุขภาพจิต จัดทำเพื่อเตรียมการพัฒนาผลิตภัณฑ์ บริการ และความเชี่ยวชาญในอนาคตของกรมสุขภาพจิต ให้รองรับกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและสังคมไทยในอีก 5-10 ปีข้างหน้า ผ่านการกำหนดกลยุทธ์สำคัญในการขับเคลื่อนกรมสุขภาพจิตไปสู่การบริหารงานภาครัฐแนวใหม่ พร้อมเสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากร ในการวางแผนและปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนรู้ในโครงการสัมมนาเพื่อกำหนด DMH New S-Curve New Business จำนวน 5 ครั้ง รวมทั้ง การระดมความคิดเห็นเพื่อจัดลำดับความสำคัญของภารกิจ บริการ และผลิตภัณฑ์ของกรมสุขภาพจิต ตลอดจนการนำข้อมูล New S-Curve New Business ไปใช้กำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในอนาคต จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีเครือข่ายงานสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนด้านสุขภาพจิต และพร้อมเผชิญกับความท้าทายของสังคมในอนาคต อันจะสอดคล้องกับวิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิต ในการเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู้สังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง

กรมสุขภาพจิตหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานการศึกษาและการระดมความคิดเห็นเพื่อกำหนด New S-Curve New Business ของกรมสุขภาพจิตฉบับนี้ จะได้รับการสานต่อสู่การปฏิบัติและนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม ด้วยการสานประโยชน์แบบบูรณาการระหว่างกัน ทั้งระดับหน่วยงาน ระดับพื้นที่ในเขตสุขภาพ ระดับชุมชนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ตลอดจนระดับประเทศ เพื่อรองรับความเปลี่ยนแปลงและเติบโตอย่างมั่นคงในอนาคต และพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดีต่อไป

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

กรมสุขภาพจิต

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญภาพ	ง
สารบัญตาราง	จ
ส่วนที่ 1 ความเป็นมาและกรอบแนวคิด	
1.1 ความเป็นมา	2
1.2 กรอบแนวคิด	3
ส่วนที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการค้นหา New S-Curve New Business	
2.1 แนวคิด Resource – based Strategy ของ Barney	5
2.2 แนวคิด Position-based Strategy ของ Michael E. Porter	6
2.3 แนวคิด Challenge-based Strategy ของ Richard Rumelt และ Roger Martin	7
2.4 แนวคิด S-Curve ของ Richard Foster	8
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและสังคมไทย และผลกระทบ ในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2570 - 2575)	
3.1 สถานการณ์ความรุนแรงในสังคมไทย	14
3.2 ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย	16
3.3 ปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด	16
3.4 ปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มวัย	17
3.5 ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว	18
3.6 Social Media Addiction “การเสพติดโซเชียลมีเดีย”	19
3.7 สื่อ Social Media ที่ทำให้เกิดค่านิยมไม่ถูกต้อง	20
3.8 Generation Gap	20
3.9 การควบคุมสื่อ Social Media ที่ไม่ครอบคลุม	21

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.10 พฤติกรรมเสพติด (เสพติดพนันออนไลน์/เสพติดความรุนแรง)	22
3.11 ปัญหาเสพติด	23
ส่วนที่ 4 กระบวนการระดมความคิดเห็นเพื่อกำหนด New S-Curve New Business	26
ส่วนที่ 5 ภาพอนาคตงานสุขภาพจิต ในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2570-2575)	
5.1 ผลจากการระดมความคิดเห็นเพื่อพัฒนาบริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพจิตตามภารกิจในอนาคต จาก New S-Curve	29
5.2 ผลิตภัณฑ์ บริการ และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในอนาคต	32
5.3 Future of Mental Health Journey in Thailand	40
เอกสารอ้างอิง	42
คณะผู้ศึกษาและจัดทำรายงาน	44

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการจัดทำ New S-Curve ของกรมสุขภาพจิต	3
ภาพที่ 2 แนวคิด Resource – based Strategy ของ Barney	5
ภาพที่ 3 แนวคิด Position-based Strategy ของ Michael E. Porter	6
ภาพที่ 4 แนวคิด Challenge-based Strategy ของ Richard Rumelt	7
ภาพที่ 5 แนวคิด Challenge-based Strategy ของ Roger Martin	8
ภาพที่ 6 แนวคิด S Curve ของ Richard Foster	10
ภาพที่ 7 สวนสี่ตัวแห่งความเสี่ยง	12
ภาพที่ 8 ปัญหาสุขภาพจิตที่น่ากังวลที่สุดในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า	24
ภาพที่ 9 กระบวนการกำหนด New S-Curve New Business ของกรมสุขภาพจิต	27
ภาพที่ 10 Future of Mental Health Journey in Thailand	41

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ถอดรหัสสถานการณ์ความเสี่ยงจากสัตว์ 4 ชนิด	11
ตารางที่ 2 การพัฒนาบริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพจิต ที่รองรับภารกิจในอนาคต	30
ตารางที่ 3 Services /Products ด้านส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และด้านบริการสุขภาพจิตในอนาคต	32
ตารางที่ 4 Excellence Cluster and Innovation Lab	37

ส่วนที่ 1

ความเป็นมาและกรอบแนวคิด



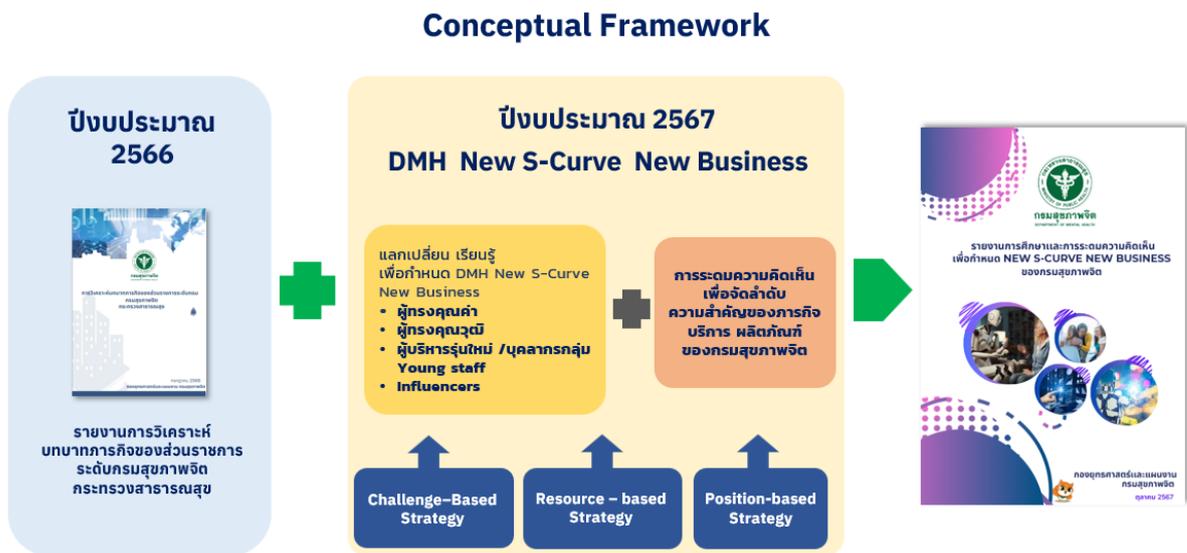
1.1 ความเป็นมา

ปัจจุบันประเทศไทยประสบกับสภาวะแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ อาทิ ความท้าทายของเทคโนโลยีใหม่ๆ ความสามารถในการแข่งขัน ปัญหาผลิตภาพการผลิต เป็นต้น ประเทศไทยจึงมีความจำเป็นต้องเตรียมพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่มีในปัจจุบัน จำเป็นต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีเพิ่มมากขึ้น ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยประเทศไทยได้มีการกำหนด 5 อุตสาหกรรมอนาคต หรือ New S- Curve ซึ่ง 1 ใน 5 คือ อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร (Medical Hub) เพื่อกระตุ้นการพัฒนาเศรษฐกิจให้กับประเทศไทย กรมสุขภาพจิตในฐานะหน่วยงานที่ดำเนินการกิจด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย จึงต้องเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย ภายใต้การพัฒนาอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร ไม่ว่าจะเป็นการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์สาขาจิตเวช งบประมาณของการดำเนินการในเชิงภารกิจสุขภาพจิต และผลิตภัณธ์บริการสุขภาพจิต ที่สามารถรองรับสถานการณ์ของการเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย และจำเป็นจะต้องมีการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในอนาคตทั้งในเชิงภารกิจ (Business) ผลิตภัณธ์ (Products) และบริการ (Services) ใหม่ จากผู้ทรงคุณค่า ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้บริหารรุ่นใหม่ เพื่อกำหนดเป็นทิศทางธุรกิจ ผลิตภัณธ์และบริการสุขภาพจิตในอนาคต ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิตในการเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู่สังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง

กรมสุขภาพจิต จึงได้ดำเนินการจัดสัมมนาเพื่อกำหนด DMH New S-Curve New Business เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มุมมองการกำหนดธุรกิจ ผลิตภัณธ์และบริการสุขภาพจิตในอนาคต ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรกรมสุขภาพจิต และเครือข่ายงานสุขภาพจิตจากหน่วยงานภายนอก ในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิต และวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพจิต ให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผล รวมถึงเพื่อพัฒนาผู้บริหารและบุคลากรของกรมสุขภาพจิต ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกำหนด New S-Curve และ Blue Ocean Strategy for New Business ตามแนวทางการบริหารงานภาครัฐแนวใหม่ โดยมีการจัดสัมมนา รวมทั้งหมด 5 ครั้ง ในช่วงเดือน มีนาคม - เมษายน 2567 และสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการสัมมนาเพื่อกำหนด DMH New S-Curve New Business รวมทั้งการระดมความคิดเห็นเพื่อจัดลำดับความสำคัญของภารกิจ บริการ และผลิตภัณธ์ของกรมสุขภาพจิต ในระยะ 5 - 10 ปี ข้างหน้า ตลอดจนการนำข้อมูล New S-Curve New Business ไปใช้กำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในอนาคต ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิตในการเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู่สังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

1.2 กรอบแนวคิด

กรมสุขภาพจิต ได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์และทบทวนบทบาทภารกิจและโครงสร้างการบริหารงานของกรมสุขภาพจิต โดยมองภาพในอนาคตของงานสุขภาพจิตในสังคมไทยที่ได้จากการวิเคราะห์บทบาทภารกิจของส่วนราชการระดับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ควบคู่กับการจัดการสัมมนาเพื่อกำหนดภารกิจ ผลิตภัณฑ์ และบริการด้านสุขภาพจิต จำนวน 5 ครั้ง ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว จะนำมาซึ่งการกำหนดอนาคตของกรมสุขภาพจิต ทั้งในเชิงบทบาท ภารกิจ โครงสร้างการบริหารงาน และวิธีการบริหารการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เราเป็นอยู่ (As-is) ไปสู่สิ่งที่เราควรจะทำ (To-be) ภายใต้ ทฤษฎี Challenge-based Strategy นำไปสู่การกำหนดแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับการพัฒนา ผลิตภัณฑ์ บริการความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต จาก New S-Curve



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการจัดทำ New S-Curve ของกรมสุขภาพจิต

ส่วนที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีที่นำมาใช้
ในการค้นหา **NEW S-CURVE NEW BUSINESS**



ส่วนที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการค้นหา New S-Curve New Business

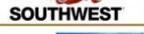
การศึกษาเพื่อค้นหาและกำหนด New S-Curve New Business ของกรมสุขภาพจิต กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กรมสุขภาพจิต ได้ดำเนินการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และประเด็นที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้ประกอบ ดังนี้

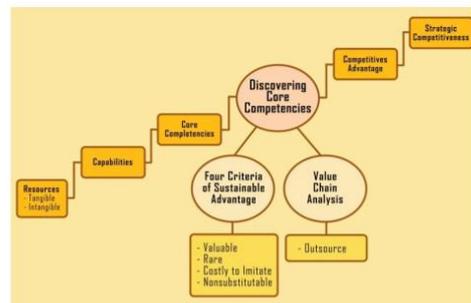
- 1) แนวคิด Resource – based Strategy
- 2) แนวคิด Position-based Strategy
- 3) แนวคิด Challenge-based Strategy
- 4) แนวคิด New S-Curve

2.1 แนวคิด Resource – based Strategy ของ Barney

มุ่งเน้นการวิเคราะห์ทรัพยากร การระบุทรัพยากรขององค์กรทั้งที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ รวมถึง การศึกษาวิเคราะห์จุดแข็ง และจุดอ่อน เปรียบเทียบกับคู่แข่ง และนำมาระบุความสามารถขององค์กรที่ทำได้ ดีกว่าคู่แข่ง เปรียบเทียบคู่แข่ง และการเลือกอุตสาหกรรมหรือธุรกิจที่มีศักยภาพ แล้วเลือกกลยุทธ์ที่ดีที่สุด เพื่อ ประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรและความสามารถขององค์กรเชื่อมโยงกับโอกาสภายนอก

Resource-based Strategy

ทรัพย์สินที่จับต้องได้	ทรัพย์สินที่จับต้องไม่ได้	ความสามารถขององค์กร
สูตรเฉพาะของ 	ตราสินค้า 	ความสามารถในการทำกำไร 
สิทธิบัตร 	บุคลากร 	นวัตกรรม 
ศูนย์วิจัย 	เทคโนโลยี Walkman SONY 	นวัตกรรม 
เครื่องบินและสนามบิน 	บุคลากรและคำนิยมหลัก 	การบริการที่สร้างคุณค่า 
ร้านค้าทั่วโลก 	วัฒนธรรม 	การกระจายสินค้า 



1. ระบุทรัพยากรขององค์กรทั้งที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้รวมถึงศึกษาจุดแข็ง และจุดอ่อน เปรียบเทียบกับคู่แข่ง
2. ระบุความสามารถขององค์กรที่ทำได้ดีกว่าคู่แข่ง
3. ระบุทรัพยากรและความสามารถขององค์กรที่มีลักษณะของความได้เปรียบทางการแข่งขัน
4. เลือกอุตสาหกรรมหรือธุรกิจที่มีศักยภาพ
5. เลือกกลยุทธ์ที่ดีที่สุดเพื่อใช้ประโยชน์จากทรัพยากรและความสามารถขององค์กรโดยเชื่อมโยง กับโอกาสภายนอก

ภาพที่ 2 แนวคิด Resource – based Strategy ของ Barney

2.2 แนวคิด Position-based Strategy ของ Michael E. Porter

Position-based Strategy ของ Michael E. Porter หรือที่รู้จักในชื่อ "กลยุทธ์ตำแหน่ง" มุ่งเน้นการสร้างรายได้เปรียบในการแข่งขันโดยการเลือกตำแหน่งที่เหมาะสมในตลาด โดย Porter เสนอว่าองค์กรควรเลือกกลยุทธ์ที่ทำให้ตนเองโดดเด่นและมีความสามารถในการแข่งขันในอุตสาหกรรมอย่างยั่งยืน

หลักการสำคัญของ Position-based Strategy ของ Porter คือ :

1) การแข่งขันผ่านความได้เปรียบเชิงตำแหน่ง (Competitive Position): องค์กรต้องเลือกตำแหน่งที่เหมาะสมในอุตสาหกรรม โดยมีเป้าหมายในการสร้างรายได้เปรียบเชิงการแข่งขันอย่างยั่งยืน

2) กลยุทธ์ทั่วไป 3 ประการ (Generic Strategies) :

2.1) ความเป็นผู้นำด้านต้นทุน (Cost Leadership) : องค์กรมุ่งเน้นการเป็นผู้ผลิตที่มีต้นทุนต่ำที่สุดในตลาด ทำให้สามารถเสนอราคาที่ย่อมเยาและแข่งขันได้ดีกว่า

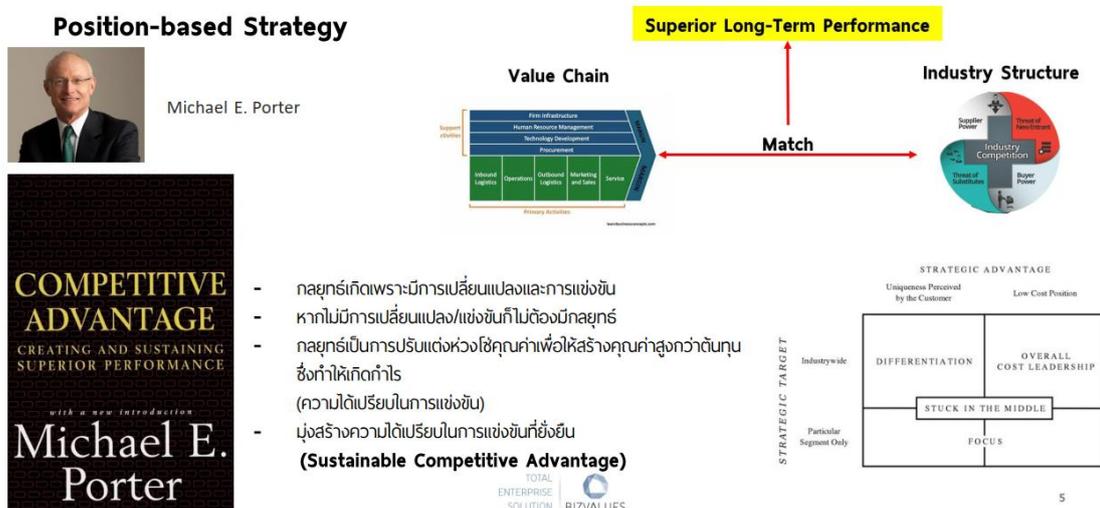
2.2) ความแตกต่าง (Differentiation) : องค์กรนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการที่มีเอกลักษณ์ แตกต่างจากคู่แข่ง และสามารถตั้งราคาสูงขึ้นได้

2.3) การมุ่งเน้นเฉพาะกลุ่ม (Focus) : องค์กรมุ่งเน้นไปที่ตลาดหรือกลุ่มลูกค้าเฉพาะเจาะจง โดยอาจเลือกใช้กลยุทธ์การเป็นผู้นำด้านต้นทุนหรือความแตกต่างในตลาดนั้นๆ

3) การวิเคราะห์ Five Forces ของ Porter: การวิเคราะห์แรงกดดันทั้ง 5 ที่มีผลต่อความสามารถในการแข่งขันขององค์กร ได้แก่

- อำนาจต่อรองของผู้ซื้อ
- อำนาจต่อรองของผู้ขาย
- ภัยคุกคามจากผู้เล่นใหม่
- ภัยคุกคามจากสินค้าหรือบริการทดแทน
- ระดับการแข่งขันในอุตสาหกรรม

Porter เชื่อว่าการเลือกตำแหน่งที่เหมาะสมในตลาดจะช่วยให้องค์กรสามารถป้องกันตนเองจากแรงกดดันเหล่านี้ และสร้างรายได้เปรียบในการแข่งขันอย่างยั่งยืน

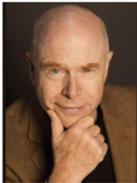


ภาพที่ 3 แนวคิด Position-based Strategy ของ Michael E. Porter

2.3 แนวคิด Challenge-based Strategy ของ Richard Rumelt และ Roger Martin

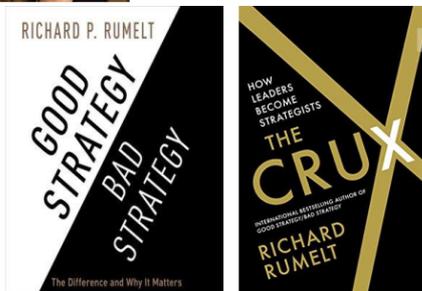
Richard Rumelt ได้นิยาม "กลยุทธ์" ว่าเป็นการตอบสนองที่สอดคล้องกันต่อความท้าทายที่สำคัญ เขาเน้นว่าหากองค์กรหรือบุคคลสามารถใช้เวลาและความสนใจกับปัญหาอย่างเพียงพอ จะสามารถลดเวลาและทรัพยากรที่ใช้ในการแก้ปัญหาในระยะยาวได้ แนวคิดนี้ จึงชี้ให้เห็นว่า การระบุและทำความเข้าใจกับปัญหาอย่างชัดเจน เป็นขั้นตอนสำคัญในการสร้างกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ เพราะหากรู้จักและจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง การแก้ไขปัญหาก็จะมีความแม่นยำและมีผลลัพธ์ที่ดีกว่า

Challenge-based Strategy



Richard Rumelt

"strategy" should mean a cohesive response to an important challenge.



- Richard Rumelt (A Giant in the field of strategy)

ภาพที่ 4 แนวคิด Challenge-based Strategy ของ Richard Rumelt

Roger Martin เน้นไปที่การแก้ไขความท้าทายที่ซับซ้อน โดยใช้แนวคิดและวิธีการที่สร้างสรรค์และยืดหยุ่น แทนที่จะยึดติดกับกระบวนการหรือทฤษฎีแบบเดิมๆ เขาให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการและสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร

หลักการสำคัญของ Roger Martin ใน Challenge-based Strategy ได้แก่ :

การมองปัญหาอย่างรอบด้าน : ต้องเข้าใจบริบทของปัญหาทั้งหมด ไม่ใช่เพียงแค่พิจารณาจากข้อมูลหรือทฤษฎีที่มีอยู่

การสร้างทางเลือกที่หลากหลาย : การใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อหาทางแก้ปัญหาที่ไม่ถูกจำกัดด้วยกรอบความคิดเดิม ๆ

การทดสอบสมมติฐาน : แทนที่จะตัดสินใจตามทฤษฎีเพียงอย่างเดียว เขาแนะนำให้ทดสอบแนวทางต่างๆ ในสถานการณ์จริง เพื่อตรวจสอบว่าสิ่งใดสามารถทำงานได้ดีที่สุด

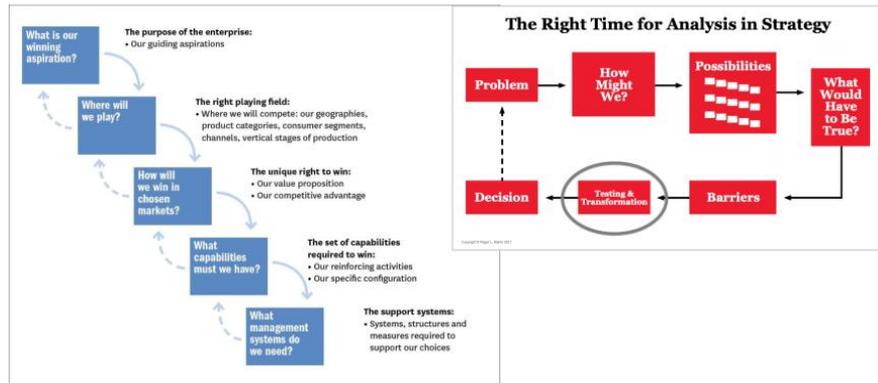
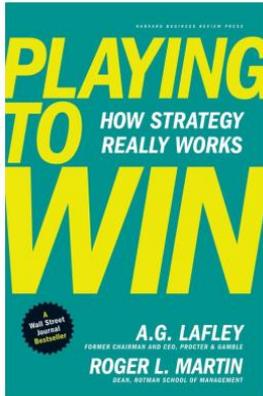
ความยืดหยุ่นในการปรับตัว : กลยุทธ์ที่ดีควรมีความยืดหยุ่นเพื่อปรับตัวตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ ไม่ควรยึดติดกับวิธีการเดิมหากไม่ประสบความสำเร็จ

เมื่อเปรียบเทียบกับแล้ว ส่วนของ Roger Martin เน้นการคิดเชิงกลยุทธ์ ต้องเริ่มจากการทำความเข้าใจความท้าทายที่แท้จริงก่อน และสร้างวิธีการตอบสนองที่สร้างสรรค์และเหมาะสม

Challenge-based Strategy



Roger Martin



“strategy” is an Integrative set of choices that positions you on a playing field of your choice in a way that you win.

- Roger martin (Top 50 Thinkers)

ภาพที่ 5 แนวคิด Challenge-based Strategy ของ Roger Martin

2.4 แนวคิด S-Curve ของ Richard Foster

แนวคิด S-Curve เกิดขึ้นจากทฤษฎีการเติบโตทางเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่พัฒนาโดย Richard Foster นักวิชาการจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และที่ปรึกษาด้านนวัตกรรมทางธุรกิจของบริษัท McKinsey & Company ในช่วงทศวรรษ 1970 แนวคิดนี้มีพื้นฐานจากการเปรียบเทียบการพัฒนาและการเติบโตของนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ กับเส้นโค้งรูปตัว "S" เส้นโค้ง S-Curve แสดงถึงช่วงชีวิตของนวัตกรรมหรือธุรกิจ ตั้งแต่เริ่มต้น (Early stage) การเติบโตอย่างรวดเร็ว (Growth stage) จนถึงจุดอิ่มตัว (Maturity stage) ซึ่งในช่วงที่การเติบโตเริ่มช้าลงจนถึงจุดสูงสุด แนวคิดนี้ยังช่วยให้องค์กรมองเห็นว่าเมื่อถึงจุดที่เริ่มอิ่มตัว จำเป็นต้องสร้างหรือมุ่งไปสู่เส้นโค้ง S-Curve ใหม่เพื่อกระตุ้นการเติบโตครั้งถัดไป ทำให้องค์กรสามารถพัฒนาและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของตลาดและนวัตกรรมใหม่ ๆ ได้อย่างยั่งยืน

ลักษณะของ New S-Curve :

- 1) การเริ่มต้น (Introduction) : จุดเริ่มต้นของเทคโนโลยีใหม่หรือธุรกิจใหม่ ที่ยังไม่เป็นที่รู้จักหรือเติบโตอย่างช้า
- 2) การเติบโต (Growth) : เมื่อธุรกิจเริ่มเติบโตอย่างรวดเร็วและได้รับการยอมรับมากขึ้น เป็นช่วงที่ธุรกิจสามารถขยายตัวได้อย่างรวดเร็ว
- 3) จุดอิ่มตัว (Maturity) : การเติบโตเริ่มช้าลง และตลาดอาจเริ่มอิ่มตัว ทำให้ความสามารถในการเติบโตเริ่มจำกัด
- 4) การเสื่อมถอย (Decline) : การเติบโตของเทคโนโลยีหรือตลาดเริ่มลดลง เนื่องจากการแข่งขัน ความต้องการลดลง หรือเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมอื่นเข้ามาทดแทน

New S-Curve หมายถึง การเริ่มต้นวงจร S-Curve ใหม่ โดยองค์กรหรือหน่วยงานที่เติบโตมาถึงจุดอิ่มตัวหรือการเสื่อมถอยแล้ว จะต้องค้นหาวัฏกรรมหรือวิธีการใหม่ๆ เพื่อเริ่มต้นการเติบโตอีกครั้งบน S-Curve ใหม่ เพื่อรักษาความสามารถในการแข่งขันและความยั่งยืนในตลาด

การใช้ New S-Curve กับหน่วยงานราชการ

การประยุกต์แนวคิด New S-Curve กับหน่วยงานราชการหรือองค์กรภาครัฐ หมายถึง การนำแนวคิดการเติบโตอย่างยั่งยืนและนวัตกรรมมาใช้เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการทำงานของภาครัฐให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงของสังคมและเทคโนโลยีในยุคปัจจุบัน ดังนี้

1) การปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน : หน่วยงานราชการอาจมีงานที่ค่อนข้างเป็นระบบ และมีขั้นตอนแบบดั้งเดิม ซึ่งอาจถึงจุดอิ่มตัวในแง่ของประสิทธิภาพ การนำแนวคิด New S-Curve มาใช้ หมายถึง การปรับปรุงวิธีการทำงานแบบเก่าด้วยเทคโนโลยีหรือวิธีการใหม่ เช่น การใช้ Digital Transformation หรือ E-Government เพื่อลดขั้นตอนการทำงานที่ซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการประชาชน

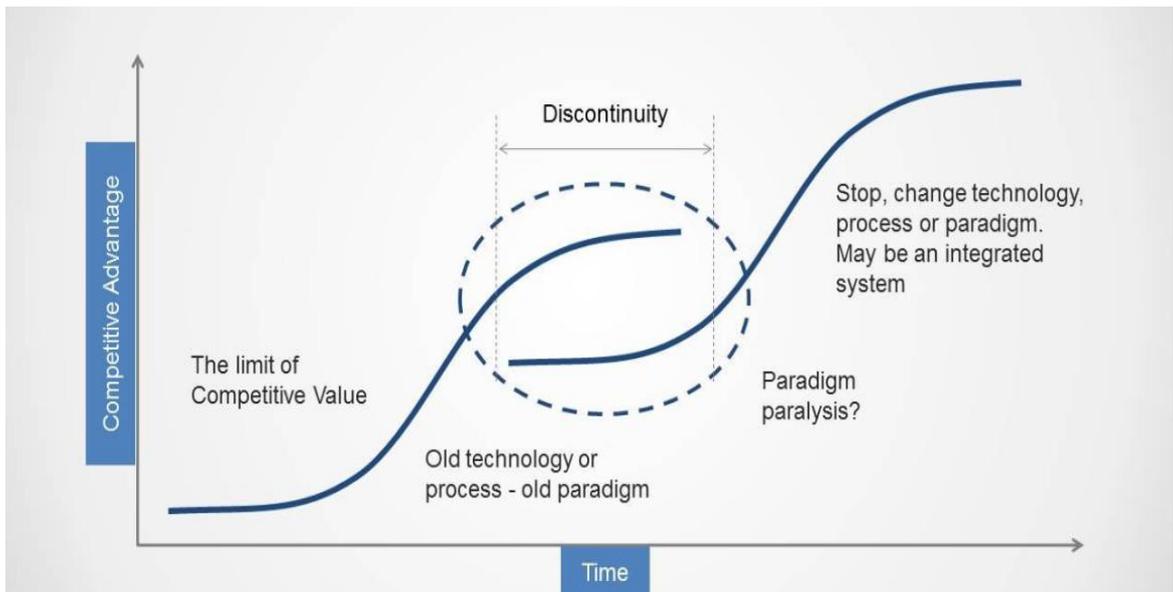
2) การนำนวัตกรรมเข้ามาใช้ : องค์กรภาครัฐอาจต้องพัฒนานวัตกรรมใหม่ เช่น การใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการประมวลผลข้อมูล การสร้างระบบการให้บริการออนไลน์ที่ทันสมัย หรือการใช้ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) เพื่อช่วยในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ซึ่งจะเป็นการเริ่มต้น S-Curve ใหม่ในการพัฒนาระบบการทำงานของราชการ

3) การพัฒนาบุคลากรและการปรับตัวสู่ยุคใหม่ : การพัฒนาทักษะและความสามารถของบุคลากรในภาครัฐให้สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและกระบวนการทำงานใหม่ๆ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงของ S-Curve เป็นไปได้อย่างรวดเร็ว การฝึกอบรมและการพัฒนาความสามารถใหม่ ๆ จะช่วยให้หน่วยงานราชการสามารถรักษาความยั่งยืนในการพัฒนาต่อไปได้

4) การสร้างการบริการที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง: การใช้แนวคิด New S-Curve สามารถช่วยให้หน่วยงานราชการสร้างการบริการที่มีความคล่องตัวและเข้าถึงประชาชนได้ง่ายขึ้น ตัวอย่างเช่น การลดการใช้เอกสารแบบกระดาษ การพัฒนาระบบบริการผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์ที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการได้อย่างรวดเร็ว

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ : การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในหน่วยงานราชการ เช่น การพัฒนาระบบ e-Office เพื่อลดการใช้กระดาษและเพิ่มความเร็วในการทำงาน การใช้ระบบการจัดการข้อมูลที่เป็นระบบ เพื่อการตัดสินใจและการจัดการนโยบายที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้ง การปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานให้มีความคล่องตัวมากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและประชาชน

ดังนั้น แนวคิด New S-Curve จะช่วยให้องค์กรภาครัฐสามารถปรับตัวและพัฒนาให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 6 แนวคิด S Curve ของ Richard Foster

ถอดรหัสสวนสัตว์แห่งความเสี่ยง

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในสังคมยุคปัจจุบัน มีลักษณะที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หลายเหตุการณ์ มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ซับซ้อน คาดการณ์ได้ยาก และมีความไม่แน่นอนสูง องค์กรที่จะอยู่รอดภายใต้สถานการณ์ในลักษณะดังกล่าวได้ ต้องค้นหาวิธีการรับมือและปรับตัวให้ทันกับสถานการณ์ อย่างไรก็ตามความสามารถขององค์กรต่างๆ ในการคาดการณ์สถานการณ์ความเสียหายหรือความเสี่ยง การรับรู้และตระหนักถึงผลกระทบของความเสี่ยง ตลอดจนการจัดการเพื่อรับมือกับความเสี่ยงนั้น ไม่เท่ากัน มีนักทฤษฎีองค์กรเปรียบเทียบเปรยสถานการณ์ความเสียหายและความเสี่ยงที่องค์กรเผชิญ กับวิธีการประเมิน การรับรู้ และจัดการกับความเสียหายหรือความเสี่ยงขององค์กรเหล่านั้น กับสัตว์ 4 ชนิด คือ หงส์ดำ (Black Swan) แมงกะพรุนดำ (Black Jellyfish) แรดสีเทา (Grey Rhinos) และช้างในห้อง (Elephant in the Room) ตามตารางที่ 1 โดยมีข้อเปรียบเทียบเปรยสถานการณ์ความเสี่ยงกับสัตว์ทั้ง 4 ชนิด ดังนี้

1) หงส์ดำ Black Swan : **คิดว่าโลกสวย (เป็นทฤษฎีที่เสนอโดย Nassim Nicholas Taleb ในหนังสือ The Black Swan ปี 2007)** หมายถึง เหตุการณ์ ปรากฏการณ์ สถานการณ์ความเสี่ยงและความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิดมาก่อน ไม่อาจคาดเดาล่วงหน้าได้เลยว่าจะเกิดขึ้นได้ แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบที่รุนแรงใหญ่หลวง เมื่อเกิดเหตุการณ์แล้ว จึงพยายามทำความเข้าใจกับเหตุการณ์นั้น และมักจะเข้าใจในภายหลังได้ว่า เหตุการณ์ดังกล่าวก็น่าจะคาดการณ์ได้เช่นกัน

ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น เหตุการณ์ 911 (การก่อการร้ายเมื่อวันที่ 11 กันยายน 2001) สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

2) แมงกะพรุนดำ Black Jellyfish : **ไม่คิดว่าความชวยจะมาเยือน** หมายถึง เหตุการณ์ที่ดูเหมือนจะเป็นเรื่องเล็ก เป็นเรื่องปกติ แต่กลับกลายเป็นเหตุการณ์ที่มีความซับซ้อน ยากต่อการคาดเดา

ทิศทาง หรือยากที่จะควบคุม มีความไม่แน่นอนสูง และสร้างผลกระทบได้สูงในแบบที่ไม่อาจคาดคิดได้ด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ คำนี้ยังไม่มีกรอบรับอย่างเป็นทางการหรือไม่มีนิยามที่ชัดเจนในวงกว้าง แต่หากเปรียบเทียบกับหงส์ดำ อาจหมายถึงเหตุการณ์หรือปัญหาที่มีลักษณะซับซ้อนกว่า และยากที่จะระบุหรือจัดการได้อย่างชัดเจน

ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น วิกฤตทางการเงินในปี 2008 (วิกฤต Subprime ในสหรัฐอเมริกา)

3) ช้างในห้อง Elephant in the Room : **กลบเกลื่อนเพิกเฉย** หมายถึง ความเสี่ยง หรือ ปัญหา หรือภัยคุกคามที่เห็นได้ชัด ทุกคนรู้ แต่ไม่มีใครทำอะไรเพื่อจัดการแก้ไข หรือไม่มีใครอยากพูดถึง หรือ เลือกว่าจะเพิกเฉย เพราะการจัดมีความยุ่งยาก หรืออาจสร้างความไม่สบายใจให้กับคนในองค์กร

ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น การฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ (ที่ชนชาติตนเองที่กระทำต่อชนชาติอื่น)

4) แรดสีเทา Grey Rhino : **ละเลยแก้ไข** (เป็นคำที่เสนอโดย Michele Wucker) หมายถึง เหตุการณ์หรือความเสี่ยงที่เห็นได้ชัดเจน คาดการณ์ได้ว่าจะเกิดขึ้น ภายหลังจากที่มีสัญญาณเตือนจากเหตุการณ์ ต่างๆ หรือ จากข้อมูลหรือหลักฐานที่เห็นได้ชัดเจน มีผลกระทบสูง มีคนพูดถึงความเสี่ยงนั้น แต่ถูกมองข้าม หรือไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควรไม่มีใครอยากฟังปัญหา

ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น วิกฤตการณ์การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ ที่มีหลักฐานชัดเจนว่ากำลังเกิดขึ้น แต่หลายคนยังคงละเลยหรือล่าช้าในการดำเนินการเพื่อแก้ไข

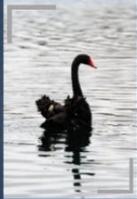
ตารางที่ 1 ถอดรหัสสถานการณ์ความเสี่ยงจากสัตว์ 4 ชนิด

ชนิด	ประเภท ความเสี่ยง	ลักษณะสถานการณ์		
		การคาดการณ์	การรับรู้	ผลกระทบ
หงส์ดำ Black Swan (Nassim Nicholas Taleb)	คิดว่าโลกสวย	ไม่สามารถคาดเดาได้ ไม่ คิดว่าจะเกิดขึ้นได้	ไม่รับรู้หรือตระหนักใน ความเสี่ยง	เกิดขึ้นแล้ว ผลกระทบรุนแรง
แมงกะพรุนดำ Black Jellyfish	ไม่คิดว่าความชวย จะมาเยือน	เห็นสถานการณ์ แต่ไม่ได้คาดการณ์	คิดว่าเป็นเรื่องเล็ก	ผลกระทบสูง ยากที่จะควบคุม
ช้างในห้อง Elephant in the Room	กลบเกลื่อนเพิกเฉย	เห็นสถานการณ์ชัดเจน คาดการณ์ได้	รับรู้ว่าเป็นปัญหา แต่ไม่อยากจะพูดถึง	ผลกระทบมาก/น้อย แล้วแต่สถานการณ์
แรดสีเทา Grey Rhino (Michele Wucker)	ละเลยแก้ไข	เห็นสถานการณ์ชัดเจน คาดการณ์ได้	รับรู้ว่าเป็นปัญหา ไม่ยอมรับฟัง ไม่ยอมแก้ไข	ผลกระทบสูง

“นักทฤษฎีองค์การเปรียบเปรยสถานการณ์ความท้าทายและความเสี่ยงที่องค์การเผชิญกับวิธีการประเมิน การรับรู้ และการจัดการกับความท้าทายหรือความเสี่ยงขององค์การเหล่านั้นกับสัตว์ 4 ชนิด โดยมีข้อเปรียบเทียบ” ดังนี้

ถอดรหัส สอนสัตว์แห่งความเสี่ยง

ถอดความและเรียบเรียง โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน



หงส์ดำ : Black Swan

(Nassim Nicholas Taleb ในหนังสือ The Black Swan ปี 2007)

เหตุการณ์ ปრაกฏการณ์ สถานการณ์ความเสี่ยง และความท้าทายที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิดมาก่อน ไม่คิดว่าจะเกิดขึ้นได้ ไม่รับรู้หรือตระหนักในความเสี่ยง แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบที่รุนแรง

“คิดว่าโลกสวย”



แมงกะพรุนดำ : Black Jellyfish

เหตุการณ์ที่คิดว่าเป็นเรื่องเล็ก เป็นเรื่องปกติ หรือยากที่จะควบคุม มีความไม่แน่นอนสูง และสร้างผลกระทบสูงในแบบที่ไม่อาจคาดคิดได้ด้วยเช่นกัน

*หากเปรียบเทียบกับหงส์ดำ อาจหมายถึงเหตุการณ์หรือปัญหาที่มีลักษณะซับซ้อนกว่าและยากที่จะระบุหรือจัดการได้อย่างชัดเจน

“ไม่คิดว่าความช่วยเหลือจะมาเยือน”



ช้างในห้อง : Elephant in the Room

ความเสี่ยง หรือ ปัญหาที่เห็นชัดเจน คาดการณ์ได้ ทุกคนรับรู้แต่ไม่มีใครอยากพูดถึงหรือเลือกที่จะเพิกเฉย เพราะการจัดการมีความยุ่งยาก หรืออาจสร้างความไม่สบายใจให้กับคนในองค์การ ผลกระทบมาก/น้อยแล้วแต่สถานการณ์

“กลบเกลื่อนเพิกเฉย”



แรดสีเทา : Grey Rhino

(Michele Wucker)

เหตุการณ์หรือความเสี่ยงที่เห็นได้ชัดเจน คาดการณ์ได้ว่าจะเกิดขึ้น จากสัญญาณเตือนจากเหตุการณ์หรือจากข้อมูลรับรู้ว่าเป็นปัญหา แต่ไม่ยอมรับฟัง ไม่อยากแก้ไข เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบสูง

“ละเลยแก้ไข”

อ้างอิง : 1. https://moph.cc/_DdcaJpqs 2. <https://moph.cc/Cd5T9PT6> และ 3. <https://moph.cc/58vGeRuok>

ภาพที่ 7 สอนสัตว์แห่งความเสี่ยง

ส่วนที่ 3

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและสังคมไทย
และผลกระทบในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า
(พ.ศ. 2570 - 2575)



การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและสังคมไทย และผลกระทบ ในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2570 - 2575)

จากสถานการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ทั้งในด้านเทคโนโลยี เศรษฐกิจ และสังคม ประกอบกับวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดความรุนแรงควบคู่ไปกับวิกฤตเศรษฐกิจและความไม่แน่นอนรอบด้าน จากงานวิจัยในอดีตและข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตในประชากรมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเพียงตัวบุคคล แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจมากกว่าที่คาดคิดไว้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของประชากรทั่วโลก สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจมูลค่ากว่า 1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยเกือบ 1 ใน 5 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้ครัวเรือนต้องจัดหาผู้ดูแลไปสู่การสูญเสียทรัพยากรบุคคลในจำนวนมาก

กรมสุขภาพจิต จึงได้ทำการศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในปัจจุบันและได้จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตที่คาดว่าจะมีผลกระทบในระยะ 5 - 10 ปีข้างหน้า เพื่อให้สามารถจัดเตรียมมาตรการรับมือที่มีประสิทธิภาพ ดังต่อไปนี้

3.1 สถานการณ์ความรุนแรงในสังคมไทย

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับวิกฤตความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตหลากหลายรูปแบบและมีความเข้มข้นมากยิ่งขึ้น จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่รวบรวมเกี่ยวกับการรับแจ้งและจับกุมกลุ่มคดีอุกฉกรรจ์ สะเทือนขวัญ และคดีอาญาที่เป็นความผิดต่อชีวิต ร่างกาย และเพศ ปี 2564 พบว่า สังคมไทยมีอัตราผู้กระทำความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นต่อปีถึง 1,342 คน และความรุนแรงมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นจนกลายมาเป็นการระบอบความรุนแรงในสังคมไทย “ความรุนแรงผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์” ปัญหาการใช้ความรุนแรงผ่านสื่อสังคมออนไลน์ กำลังแพร่หลายและมีอิทธิพลอย่างมาก เช่น การสร้างความเกลียดชังด้วยคำพูด (Hate Speech) การระรานและข่มขู่ในโลกออนไลน์ (Cyber Bullying) ซึ่งส่งผลให้เกิดการแบ่งแยก กีดกัน ความอับอาย และลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งความรุนแรงเหล่านี้ถูกส่งผ่านและผลิตซ้ำผ่านโซเชียลมีเดียอย่างรวดเร็ว โดยมีผลสำรวจดัชนีตัวชี้วัดความปลอดภัยบนสื่อออนไลน์สำหรับเด็ก กลุ่มตัวอย่าง 44,000 คน จาก 450 โรงเรียน พบว่า เคยเกี่ยวข้องกับการรังแกบนโลกออนไลน์ถึงร้อยละ 48 (สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่มีอยู่ร้อยละ 33) เคยถูกรังแกบนโลกออนไลน์ถึง ร้อยละ 41 และในกลุ่มเด็กอายุ 13 ปีขึ้นไป เพศหญิงเคยถูกรังแกบนโลกออนไลน์ ร้อยละ 43 ขณะที่เพศชายอยู่ที่ ร้อยละ 37

นอกจากนี้ จากการสรุปสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวปี 2565 ที่เผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ พบแนวโน้มการก่อเหตุรุนแรงเพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่า โดยมีรายงานข่าวถึง 1,131 เหตุการณ์ เพิ่มจากปี 2564 ที่มี 373 เหตุการณ์ ปี 2563 มี 593 เหตุการณ์ ปี 2561 มี 623 เหตุการณ์ และปี 2559 มี 466 เหตุการณ์ ลักษณะที่พบมากสุดในปี 2565 คือ การฆ่ากัน 534 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 47.2 ทำร้ายกัน 323 เหตุการณ์

คิดเป็นร้อยละ 28.6 ฆ่าตัวตาย 155 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 13.7 ความรุนแรงทางเพศ 64 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 5.6 และความรุนแรงในครอบครัว 55 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 4.9 พบเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาเสพติด เป็นตัวกระตุ้นสูงถึง 347 ข่าว สาเหตุมาจาก หึงหวง ระวัง ง้อไม่สำเร็จ วิธีการที่ใช้มากที่สุด คือ การใช้ อาวุธปืน ใช้ของมีคม และตบตีทำร้ายร่างกายจนเสียชีวิต

กลุ่มผู้รอดชีวิตจากความรุนแรงในสังคมเผชิญกับผลกระทบด้านจิตใจอย่างลึกซึ้งและซับซ้อน อันได้แก่ ภาวะจิตใจที่แปรปรวน ความรู้สึกอับอาย ซึมเศร้า หวาดกลัว ท้อแท้ รวมถึงการมีความระแวงในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ผู้รอดชีวิตบางรายยังประสบกับภาวะแทรกซ้อน เช่น การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ ทำให้ต้องเผชิญกับความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตในระยะยาว อีกทั้งยังสูญเสียความมั่นใจในการ ดำเนินชีวิต เกิดความกลัวว่าตนจะไม่ใช่ที่ยอมรับในสังคม ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้อาจนำไปสู่การตัดสินใจที่รุนแรง ต่อชีวิต เช่น การฆ่าตัวตาย

ทั้งนี้ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริงนั้นมักมากกว่าสถิติที่รายงานในปัจจุบัน เนื่องจากมีผู้ถูกระทำจำนวนมาก ที่ไม่กล้าเปิดเผยความจริง ทำให้ปัญหาความรุนแรงในสังคมยังคงอยู่และทวีความซับซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้ ผู้รอดชีวิตเหล่านี้ยังคงต้องเผชิญกับการใช้ชีวิตที่ขาดคุณภาพ ขาดความมั่นคงและขาดโอกาสที่จะมีชีวิตอย่างอิสระ และปลอดภัย ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว ทุกคนควรมีสสิทธิมนุษยชนอย่างเท่าเทียมกันในทุกสถานการณ์และ ทุกช่วงเวลา ควรมีสสิทธิที่จะมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี มีอิสระในการเลือกชีวิตของตนเอง และได้รับความคุ้มครองจากความรุนแรงทุกรูปแบบ

จากสถิติ ในปี 2565 ปัญหาความรุนแรงในสังคมไทย พบว่า มีความสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตาย ที่เพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง ร้อยละ 13 โดยกลุ่มที่มีอัตราสูงสุด คือ กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ซึ่งมีสัดส่วน ร้อยละ 73.5 เป็นเพศชาย ขณะที่อัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงสุดพบในวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) ที่ 224 ต่อแสนประชากร ซึ่งร้อยละ 73.2 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นหญิง อย่างไรก็ตาม มีเพียง 1 ใน 4 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเท่านั้น ที่ได้รับการติดตามดูแลและเฝ้าระวังตามแนวทางที่กำหนด นอกจากนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness with Violence Risk หรือ SMI-V) จำนวน 27,737 คน ที่ต้องการการติดตามอย่างใกล้ชิด แต่มีเพียง ร้อยละ 23.34 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ได้รับการติดตาม ซึ่งการขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดผลกระทบ เชิงลบต่อทั้งผู้ป่วยเองและสังคมโดยรวม

นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชบางกลุ่มเคยมีประวัติการก่ออาชญากรรมรุนแรง อาทิ การฆ่า การพยายามฆ่า การข่มขืน และการวางเพลิง คิดเป็นร้อยละ 22.83 ของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ความเสี่ยง ของการกระทำความผิดซ้ำอาจเพิ่มขึ้น หากไม่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ในสังคมไทยจึงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ เพื่อป้องกันการกระทำความผิดซ้ำ และส่งเสริมความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับสังคม

3.2 ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในปี 2563 มีจำนวน 355,537 คน แต่ในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 358,267 คน และอัตราการฆ่าตัวตายในปี 2564 อยู่ที่ 7.38 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจากในช่วงปี 2547 - 2563 ที่ทรงตัวอยู่ในระดับ 5 - 6 ต่อประชากรแสนคน ทั้งนี้ กลุ่มอายุที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 15 - 34 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยเรียนและวัยทำงานตอนต้น โดยมีปัจจัยหลักคือ ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว ในสถานที่ทำงาน หรือในโรงเรียน รวมทั้งภาวะป่วยกายหรือใจเรื้อรัง การใช้สุราและสารเสพติด และภาวะเครียดจากผลกระทบทางเศรษฐกิจ ข้อมูลผู้รับบริการจากสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในปี 2564 มีจำนวน 120,510 สาย ซึ่งสาเหตุ 3 อันดับแรกในการโทรปรึกษา คือ เครียดวิตกกังวล ร้อยละ 52 ผู้ป่วยจิตเวชเดิม ร้อยละ 38 และผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 21 ส่วนผู้ตอบแบบประเมินสุขภาพจิตผ่านช่องทาง Mental Health Check-In ของกรมสุขภาพจิต มีผู้ตอบแบบประเมิน 1.4 ล้านคน โดยพบภาวะเสี่ยงซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมาเป็นเครียดสูง และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ความเลวร้ายของโรคนี้ไม่ได้เกิดแค่กับคนวัยหนุ่มสาวเท่านั้น โรคซึมเศร้ากลายเป็น 'โรคเงียบ' ของ 'คนสูงวัย' และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากตัวเลขทางสถิติตั้งแต่ปี 2556 พบผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.75 เป็นวัยที่มีสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จ 10.39 ต่อประชากรแสนคน นับว่าเป็นอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับทุกช่วงวัย

3.3 ปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด

จากข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (บสต.) ประจำปี 2564 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษา จำนวน 622,172 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.6 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มอาการ 21 ประเภท ซึ่งแสดงถึง อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะติดสารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ยังคงอยู่ในระดับสูง การบำบัดรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี เพื่อป้องกันและลดโอกาสการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ

เมื่อพิจารณาข้อมูลในปีงบประมาณ 2565 พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลจนครบระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ 57.94 ขณะที่ในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง มีจำนวนทั้งสิ้น 53,484 ราย แต่ได้รับการดูแลในระดับที่ต่ำกว่า โดยมีเพียงร้อยละ 52.82 เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์การบำบัดรักษาในช่วงเวลาที่กำหนด (ณ เดือนกันยายน 2565) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงความสำคัญของการติดตามและดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีความครอบคลุมและครบถ้วนตามเกณฑ์ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อสังคม และลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ เพื่อเป็นการลดจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ต้นทาง จำเป็นต้องมีมาตรการเร่งด่วนในการปราบปรามการแพร่ระบาดของสารเสพติด รวมถึงการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโทษของการใช้สารเสพติด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงในสังคมที่อาจส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและชุมชน การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องมีการบูรณาการการดูแลทั้งด้านการรักษาทางการแพทย์และการสนับสนุนด้านจิตสังคมเพื่อช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างรอบด้าน นอกจากนี้ การป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว

ในระยะยาวจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของประชาชนในระยะยาว

3.4 ปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มวัย

ในปี 2567 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยต่าง ๆ ยังคงเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและกระทบต่อคนไทยหลายช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ดังนี้

กลุ่มวัยเรียนและเยาวชน มีปัญหาสุขภาพจิตที่น่ากังวล โดยเฉพาะความเครียด ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาการกลั่นแกล้ง (Bully) ในโรงเรียน และปัญหายาเสพติด อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่ระยะหลังมีแนวโน้มขยายตัวขึ้นมาก คือ ปัญหาความเครียด จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตตนเอง ผ่านโปรแกรม Mental Health Check-In ของกรมสุขภาพจิต ในปี 2566 พบว่า เยาวชน ร้อยละ 18 มีความเครียดสูง เสี่ยงตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26 และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 12.5 และในส่วนของผลการประเมิน 3 เดือนแรกของ ปี 2567 พบว่า เยาวชน ร้อยละ 26.8 และ 18.3 กำลังอยู่ในภาวะหมดไฟในการเรียนรู้ และมีความเครียดสูง ตามลำดับ ทั้งนี้ สาเหตุความเครียดของเยาวชน จากผลสำรวจเยาวชนของคิด For คิดส์ ในปี 2565 พบว่า การเรียนและความหวังด้านการทำงานในอนาคต และสถานะทางการเงินของครอบครัว เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กไทยเกิดความเครียดสูง ในกลุ่มอายุ 15-18 ปี และ 19-22 ปี มีความเครียดด้านการเรียนและความคาดหวังถึงงานในอนาคตมากที่สุด ร้อยละ 38.4 และร้อยละ 60.9 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มอายุ 23-25 ปี พบว่า ด้านการเงินครอบครัว เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด ร้อยละ 67.1 รองลงมา คือ การเรียนและการทำงาน ร้อยละ 66.1 ซึ่งแตกต่างกันไม่มากนัก ขณะเดียวกัน การกลั่นแกล้ง (Bully) ยังเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้เด็กและเยาวชนเกิดภาวะซึมเศร้า โดยมีข้อมูลจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ใน ปี 2566 พบว่า เด็กและเยาวชนไทยเคยถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 44.3 และส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในโรงเรียนมากถึง ร้อยละ 88.9 ซึ่งเป็นการกระทำความรุนแรงรูปแบบหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อาทิ ความเครียด ความรู้สึกอับอาย และความมั่นใจในตนเองต่ำลง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่อาจจะเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายชีวิตในอนาคต

กลุ่มวัยทำงาน เป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญในด้านเศรษฐกิจและสังคม แต่ขณะเดียวกัน ยังต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต ทั้งความเครียดจากการทำงาน การติดสุรา การใช้สารเสพติด และปัญหาจากการดำรงชีพ เช่น ปัญหาหนี้สินครัวเรือน การว่างงาน และการขาดรายได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดสภาวะกดดันทั้งในด้านจิตใจและร่างกาย

ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ปี 2566 ระบุว่า คนวัยทำงานใช้เวลาถึง 1 ใน 3 ของแต่ละวันไปกับการทำงาน ซึ่งสภาพการทำงานที่หนักส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย โดยบริษัท Kisi เป็นบริษัทออกแบบระบบรักษาความปลอดภัยทางกายภาพ จัดอันดับในปี 2565 ระบุว่า กรุงเทพมหานครเป็นเมืองที่มีการทำงานหนักมากที่สุดเป็นอันดับ 5 จาก 100 เมืองทั่วโลก อีกทั้ง มีพนักงาน

ประจำถึงร้อยละ 15.1 ทำงานล่วงเวลามากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งการทำงานหนักเช่นนี้ นำไปสู่ภาวะเครียด ซึมเศร้า และหมดไฟในการทำงาน จากการสำรวจของวิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าประชากรในกรุงเทพมหานครถึง 7 ใน 10 คนมีอาการหมดไฟในการทำงาน ซึ่งเป็นสัญญาณที่ชี้ถึงปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังทวีความรุนแรงในกลุ่มวัยทำงาน รวมถึง ข้อมูลจากสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ของกรมสุขภาพจิต ปี 2566 รายงานว่า วัยทำงานเป็นกลุ่มที่ขอรับบริการเพื่อปรึกษาเรื่องความเครียด วิตกกังวล และความไม่พึงพอใจในชีวิตการทำงานสูงถึง 5,989 สาย จากทั้งหมด 8,009 สาย ซึ่งแสดงถึงความต้องการในการรับคำปรึกษาและการช่วยเหลือในด้านจิตใจอย่างมาก หากภาวะความเครียดและความวิตกกังวลนี้ ไม่ได้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง อาจทำให้ปัญหาสุขภาพร่างกายทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ตลอดจนส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการทำงานและชีวิตประจำวัน ดังนั้น การให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของกลุ่มวัยทำงานถือเป็นเรื่องที่สำคัญเร่งด่วนในสังคมไทยในปัจจุบัน โดยควรส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต เพิ่มการสนับสนุนทางจิตสังคม และพัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีของพนักงาน

กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ผู้สูงอายุต้องอยู่กับความเหงาและโดดเดี่ยว สูญเสียคุณค่าในตนเอง ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากความเหงาและโดดเดี่ยวจากการอยู่คนเดียว โดยในปี 2566 ผู้สูงอายุร้อยละ 84.9 มีความสุขระดับที่ดี แต่ความสุขของผู้สูงอายุจะลดลงตามวัย ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดกิจกรรมและบทบาททางสังคม ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ปี 2565 มีสัดส่วนของผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ เลย ถึงร้อยละ 49 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ขณะที่จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก โดยมีสัดส่วน ร้อยละ 28.1 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ทั้งนี้ นอกจากการขาดกิจกรรมและการอยู่คนเดียวแล้ว ยังมีผู้สูงอายุจำนวน 8 แสนคน หรือคิดเป็นสัดส่วน 10.2 ต่อประชากรแสนคน ที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับภาวะความจำเสื่อม ซึ่งจำนวนนี้กว่าร้อยละ 90 มีปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่นร่วมด้วย ทั้งนี้ แม้ผู้สูงอายุจะมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเพียง 14.4 ต่อประชากรแสนคน แต่กลับพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าช่วงวัยอื่นอยู่ที่ 9.5 ต่อประชากรแสนคน

3.5 ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว

ข้อมูลสถานการณ์ครอบครัวไทย ประจำปี 2565 แสดงให้เห็นว่าครอบครัวส่วนใหญ่เป็นรูปแบบครอบครัวเดี่ยว โดยมีพ่อแม่และลูกอยู่ด้วยกันหรือมีเพียงพ่อแม่ ร้อยละ 83.65 ในขณะที่ครอบครัวขยายซึ่งรวมถึงพ่อแม่และลูกที่อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายายหรือญาติ มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 13.15

ในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมา โครงสร้างครอบครัวทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน โดยหลายครอบครัวค่อย ๆ เปลี่ยนจากครอบครัวขยายซึ่งมีสมาชิกหลายรุ่นอยู่ร่วมกันในบ้านเดียว ไปสู่การเป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) ที่มีเพียงพ่อแม่ลูก การแยกออกจากครอบครัวใหญ่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและนำไปสู่ความขัดแย้งทางความคิดในหมู่สมาชิก

การสำรวจเยาวชนไทย ในปี 2565 ชี้ให้เห็นว่า โครงสร้างของครอบครัวมีผลต่อความขัดแย้งทางความคิด โดยพบว่า เยาวชนมีประเด็นที่ขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวข้ามรุ่น เช่น การศึกษาและการทำงาน ร้อยละ 16.7 การใช้ชีวิตประจำวัน ร้อยละ 13.6 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ร้อยละ 12 และความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือคนรัก ร้อยละ 8.7 จึงสรุปได้ว่า เยาวชนที่อาศัยอยู่กับพ่อและแม่ มีอัตราการขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวสูงกว่า เยาวชนในครอบครัวสามรุ่นหรือครอบครัวข้ามรุ่น โดยเฉพาะในประเด็นสังคมและการเมือง ซึ่งสูงถึงร้อยละ 11 และประเด็นศาสนา ศีลธรรม จริยธรรมที่ร้อยละ 6.3 ชี้ให้เห็นว่า ความขัดแย้งทางความคิดเกิดขึ้นได้ในทุกครอบครัว แต่ความเข้มข้นและลักษณะของขัดแย้งจะแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละครอบครัว จากข้อมูลและการวิเคราะห์ดังกล่าว จะเห็นว่าโครงสร้างของครอบครัวไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งทางความคิดระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ความขัดแย้งดังกล่าวเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ในทุกครอบครัว และมีความหลากหลายตามประเด็นต่าง ๆ การทำความเข้าใจและศึกษาความสัมพันธ์นี้จึงจะช่วยให้สามารถจัดการกับความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

3.6 Social Media Addiction “การเสพติดโซเชียลมีเดีย”

ข้อมูลจาก Global Digital Report 2023 พบว่าในประเทศไทยมีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตมากถึง 61.21 ล้านคน หรือประมาณ 85.3% ของประชากรทั้งหมด โดยเฉลี่ยคนไทยใช้อินเทอร์เน็ตวันละ 8 ชั่วโมง 6 นาที แสดงให้เห็นถึงการใช้งานที่สูง โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลใหม่ ๆ ผ่านสมาร์ตโฟนที่กลายเป็นปัจจัยที่ 5 ในชีวิตประจำวัน การค้นหาข้อมูลถือเป็นเหตุผลหลักในการใช้งานอินเทอร์เน็ต โดยผู้ใช้งานใช้เวลาไปกับสมาร์ตโฟนเฉลี่ยประมาณ 5 ชั่วโมงต่อวัน และใช้งานผ่านคอมพิวเตอร์เฉลี่ยประมาณ 3 ชั่วโมง นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ใช้โซเชียลมีเดียในประเทศไทยมีจำนวนถึง 52.25 ล้านคน หรือประมาณ 72.8% ของประชากร และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 18 ปี มีสัดส่วนการใช้งานสูงถึง 84.8% โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการอยู่กับโซเชียลมีเดียประมาณ 2 ชั่วโมง 44 นาทีต่อวัน

การเสพติดโซเชียลมีเดีย ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจทำให้มีการติดต่อกันมากขึ้นผ่านทางโซเชียลมีเดีย เช่น การพูดคุยกับญาติพี่น้องหรือผู้สูงอายุในครอบครัวได้ตลอดเวลา ส่งผลให้บทสนทนาที่เคยเป็นทางการลดความห่างเหินลง และเปลี่ยนไปเป็นการสนทนาในเรื่องทั่วไปในชีวิตประจำวันมากขึ้น

แดเนียล มิลเลอร์ (Daniel Miller) ศาสตราจารย์ด้านมานุษยวิทยาแห่ง University College London ได้สรุปผลการวิจัยเกี่ยวกับการใช้สมาร์ตโฟนในผู้สูงวัยทั่วโลก โดยเสนอว่าโซเชียลมีเดียจะมีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงชีวิตและความสัมพันธ์ในครอบครัวไปในทางที่ยากจะจินตนาการ ถึงแม้โซเชียลมีเดียจะเป็นพื้นที่ที่สะท้อนให้เห็นถึงความขัดแย้งและการประนีประนอมในความสัมพันธ์ครอบครัว แต่ความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิมนั้นยังคงมีอยู่ จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าโซเชียลมีเดียและสมาร์ตโฟนมีบทบาทสำคัญต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว การเสพติดโซเชียลมีเดียสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยอาจนำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรคเครียด และความวิตกกังวล การเข้าใจผลกระทบเหล่านี้จะช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและสร้างความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพในยุคดิจิทัลได้

3.7 สื่อ Social Media ที่ทำให้เกิดค่านิยมไม่ถูกต้อง

สถานการณ์การเข้าถึงโซเชียลมีเดียที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลกระทบต่อความเป็นสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้ผู้คนมีแนวโน้มที่จะอยู่กับตัวเองมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การขาดหายไปของทักษะชีวิตที่สำคัญต่อการใช้ชีวิตในสังคม ปัญหานี้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศมีอัตราการฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น การรักษาระยะห่างทางสังคมทำให้ผู้คนต้องห่างจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ในขณะที่โซเชียลมีเดีย ซึ่งทำให้ผู้คนห่างจากสังคมอยู่แล้ว กลับยิ่งเพิ่มระยะห่างทางสังคมให้มากขึ้น ปรากฏการณ์นี้เรียกว่า "Phubbing" หรือ "สังคมก้มหน้า" เป็นผลมาจากการที่ผู้คนไม่สนใจผู้คนรอบข้าง และให้ความสนใจกับอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์แทน ในอดีตปรากฏการณ์นี้ไม่เป็นที่รู้จัก เนื่องจากเทคโนโลยียังไม่เจริญเติบโตมากนัก แต่เมื่อโซเชียลมีเดียเริ่มมีบทบาทมากขึ้น ทำให้คนติดหน้าจอมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ลดทอนความสำคัญของผู้คนที่อยู่ตรงหน้าและให้ความสนใจกับผู้คนในโลกออนไลน์แทน ผลกระทบนี้ยังชัดเจนมากขึ้น เมื่อมองไปยังกลุ่มเจนเนอเรชั่นใหม่ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะยึดติดกับความมั่นใจในตัวเองและการยอมรับจากสังคมผ่านโซเชียลมีเดีย การศึกษาโดยกรมสุขภาพจิตชี้ให้เห็นว่า การใช้โซเชียลมีเดียมากขึ้นเปิดช่องทางให้ผู้ใช้งานได้รับรู้เรื่องราวเชิงลบมากขึ้น ส่งผลให้เกิดอารมณ์เชิงลบในสื่อสังคมออนไลน์ที่สามารถติดต่อกันได้ ซึ่งอาจส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ ผลกระทบทางอ้อมยังรวมถึงความอิจฉาระหว่างเพื่อนร่วมสังคม การพักผ่อนน้อยลง และการทะเลาะเบาะแว้งระหว่างลูกกับผู้ปกครอง เนื่องจากผู้ปกครองไม่มีเวลาดูแลและสื่อสารกับลูก สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้คนรอบข้าง เพื่อรักษาความเป็นสังคมและพัฒนาทักษะชีวิตที่จำเป็นในสังคมยุคดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ

3.8 Generation Gap

หลายประเทศทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และประเทศไทยเช่นเดียวกัน โดยปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุในประเทศ มีจำนวนมากถึง 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด จากข้อมูลประจำปี 2561 พบว่าประชากรในประเทศไทยมีจำนวนทั้งหมด 66.4 ล้านคน และมีผู้สูงอายุ 10.6 ล้านคน ซึ่งในปี 2562 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 11.6 ล้านคน ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการปรับตัวของกลุ่มคนในแต่ละช่วงวัยจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มเจนเนอเรชั่น Baby Boomer และเจนมิลเลนเนียล (หรือ Gen Y) ซึ่งกลุ่มมิลเลนเนียลหมายถึงคนที่มีอายุระหว่าง 20 ต้นจนถึง 30 ปี โดยกลุ่มนี้มักมีความชื่นชอบในอิสระในการใช้ชีวิต มีความคิดเป็นของตัวเอง และต้องการการยอมรับจากสังคมและคนรอบข้าง แต่มีลักษณะที่อ่อนไหวง่าย

ในทางตรงกันข้าม กลุ่ม Baby Boomer มีอายุเฉลี่ยประมาณ 50-70 ปี โดยเป็นกลุ่มผู้ปกครองของกลุ่มมิลเลนเนียล พวกเขาไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงและมีแนวคิดในทางอนุรักษ์นิยม มีอารมณ์ที่แปรปรวนเนื่องจากภาวะเครียดสะสมจากการทำงาน และมักมีปัญหาเกี่ยวกับความทรงจำมากขึ้น

เมื่อจำแนกกลุ่มประชาชนไทยตามช่วงอายุในปลายปี 2565 พบว่า ส่วนใหญ่เป็น Gen X (อายุ 43-58 ปี)

คิดเป็นร้อยละ 31 และ Gen Y (อายุ 27-42 ปี) คิดเป็นร้อยละ 29 โดยกลุ่ม Gen Z (อายุ 11-26 ปี) มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 15 ซึ่งมีผลต่อการวิเคราะห์กำลังคนในองค์กร ดังนั้น คนส่วนใหญ่ที่ทำงานในองค์กรในประเทศไทยเป็น Gen X ประมาณ 16 ล้านคน และ Gen Y ประมาณ 15 ล้านคน รวมกันมีจำนวนมากกว่า 30 ล้านคน

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการมีประชากรในหลากหลายช่วงวัยคือ “Generation Gap” หรือ “ปัญหาช่องว่างระหว่างวัย” ซึ่งหมายถึงความแตกต่างทางทัศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่มักจะก่อให้เกิดความขัดแย้งกัน เช่น ทัศนคติหรือพฤติกรรมของคนรุ่นใหม่ อาจได้รับอิทธิพลจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ในขณะที่คนรุ่นเก่ามักมีความเชื่อที่ตั้อยู่บนประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน ปัญหานี้ส่งผลต่อการสื่อสารที่ผิดพลาดและความเข้าใจผิด โดยเฉพาะในครอบครัวและที่ทำงาน การที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่มีความหลากหลายของคนแต่ละรุ่นนั้น จึงจำเป็นต้องหาวิธีการสร้างจุดสมดุลระหว่างวัยให้ลงตัว เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและเข้าใจในความแตกต่างที่มีอยู่ในแต่ละเจนเนอเรชันอย่างเหมาะสม (ที่มา: บทความ “Generation Gap เมื่อคนรุ่นเก่าและรุ่นใหม่เดินกันไปคนละทิศ”)

3.9 การควบคุมสื่อ Social Media ที่ไม่ครอบคลุม

ปัจจุบัน สื่อสังคมออนไลน์ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในฐานะช่องทางหลักในการสื่อสารของผู้คน เนื่องด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนำเสนอข่าวสาร ทั้งในด้านความเร็วและช่องทางการรายงานข้อมูลที่เพิ่มขึ้น ทำให้พฤติกรรมการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก โดยที่ “ทุกคนสามารถเป็นสื่อได้” ผ่านการใช้งานที่สะดวกบนโทรศัพท์มือถือ ส่งผลให้การรายงานข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลต่ออิทธิพลของสื่อออนไลน์ในแง่ของความเร็วในการเผยแพร่ข้อมูล ทั้งนี้ นักวิชาชีพในวงการสื่อมวลชนได้รับผลกระทบจากการเร่งรีบในการเสนอข่าวสาร ซึ่งอาจลดทอนความรอบคอบของเนื้อหาข่าว (เทียนทิพย์ เดียวก็, 2559)

ปัญหาสำคัญในยุคดิจิทัล คือ พฤติกรรมของผู้บริโภคข่าวสารที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วจากลักษณะการทำข่าวแบบคอนเวอร์เจนซ์ (Convergence Journalism) คือ การผสมผสานและบูรณาการการทำงานข่าวผ่านหลายช่องทางสื่อในเวลาเดียวกัน โดยนำจุดเด่นของแต่ละสื่อ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เว็บไซต์ และโซเชียลมีเดีย มาผสมผสานและการเข้าถึงข้อมูลอย่างง่ายดาย ผู้รับสารสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลายประเภทผ่านช่องทางที่เปิดกว้างขึ้น และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับสารกับองค์กรสื่อในยุคข่าวสารไร้พรมแดน ทำให้สาธารณชนสามารถตัดสินใจเลือกรับข้อมูลตามความต้องการของตนเองได้ (Active Audience) (Little John, 1999) ส่งผลให้การบริโภคข่าวสารในยุคปัจจุบันมีความหลากหลายมากขึ้น ขณะเดียวกัน องค์กรสื่อลดบทบาทการเป็นนายทวารข่าวสาร (Gatekeeper) และบทบาทในการกำหนดการรับรู้ของประชาชน ซึ่งนับเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อแนวทางการทำงานและจริยธรรมในวงการสื่อมวลชน

อย่างไรก็ตาม ความเปลี่ยนแปลงของสื่อในยุคดิจิทัลได้ส่งผลให้เกิดข้อท้าทายต่อจริยธรรมในการทำข่าว โดยสามารถสรุปเป็นประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ความรวดเร็วในการเผยแพร่ข้อมูลอาจนำไปสู่การบิดเบือนข้อเท็จจริง เกิดข่าวลือหรือความคิดเห็นที่ยังไม่ได้รับการตรวจสอบ 2) แรงกดดันให้สื่อลดระดับจริยธรรมลง โดยหันไปเน้น

ข่าวที่มีสีสัน อารมณ์สูง เพื่อดึงดูดผู้ชมและรักษาระดับรายได้ขององค์กร 3) การละเมิดสิทธิส่วนบุคคล เช่น การนำข้อมูลมาเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต หรือการใช้ข้อมูลออนไลน์โดยขาดการอ้างอิงที่เหมาะสม 4) เกิดความสับสนในการนิยามผู้ที่ทำหน้าที่นักข่าว เมื่อบุคคลทั่วไปสามารถเผยแพร่ข้อมูลและรายงานเหตุการณ์ได้อย่างกว้างขวาง และ 5) ปัญหาจริยธรรมในวงการสื่อลดลง เช่น การนำเสนอข่าวเกินจริง การแสดงความเห็นส่วนตัวหรือการตั้งตนเป็นผู้ตัดสิน รวมถึงการขาดการแยกแยะระหว่างผลประโยชน์ส่วนตัวขององค์กรและประโยชน์ของสาธารณะ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจเกิดจากการขาดการเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ และการตั้งคำถามเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพ กล่าวโดยสรุป สื่อมวลชนในยุคดิจิทัลได้เผชิญความเปลี่ยนแปลงที่ท้าทายจริยธรรมในการนำเสนอข่าวสาร ขณะเดียวกันความก้าวหน้าของเทคโนโลยีก็เปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถเป็นผู้รายงานข่าวได้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลและจรรยาบรรณในการนำเสนอข่าว

3.10 พฤติกรรมเสพติด (เสพติดพนันออนไลน์ / เสพติดความรุนแรง)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ "พฤติกรรมติดการพนัน" จัดเป็นหนึ่งในความผิดปกติทางจิต เรียกว่า "พาโธโลจิคอล แกมบลิง" (Pathological Gambling) ซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลไม่สามารถยับยั้งตนเองจากการเล่นการพนัน แม้จะตระหนักถึงผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นต่อชีวิต การงาน การเงิน และความสัมพันธ์ทางสังคมของตนเอง โดยบุคคลเหล่านี้มักจดจ่ออยู่กับการพนันอย่างยากจะควบคุม ตลอดจนเกิดความโหยหาและปรารถนาที่จะเล่นการพนันคล้ายกับพฤติกรรมเสพติดอื่น ๆ เช่น การเสพสารเสพติด โดยพฤติกรรมเหล่านี้มักมีลักษณะคล้ายพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทางจิตวิทยา และในบางรายที่มีอาการรุนแรง อาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อลดการย้ำคิดย้ำทำ และเข้ารับการบำบัดด้านจิตใจและการจัดการตนเอง

งานวิจัยจากศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปี 2565 พบว่า ผู้ที่ติดการพนันมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสูง เช่น มีอาการซึมเศร้าชั่วคราว ร้อยละ 70 และมีอาการซึมเศร้าสลับ 2 ชั่วโมง ร้อยละ 30 โดยผลกระทบที่รุนแรงจากการติดพนัน คือ การคิดฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 17-24 ของกลุ่มผู้ที่ติดพนันหนัก ซึ่งส่วนใหญ่เกิดภายหลังการสูญเสียทางการเงินจำนวนมาก นอกจากนี้ ผู้ติดพนันยังมีความคิดเชิงบิดเบือนเกี่ยวกับการเล่นพนัน เช่น การเข้าใจผิดว่าตนมีทักษะชนะพนัน ทั้งที่โอกาสแพ้มีมากกว่าชนะหลายเท่า ซึ่งเป็นการบิดเบือนความจริงที่ส่งผลกระทบต่อตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

ปัญหาพฤติกรรมเสพติดความรุนแรง มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ปัจจัยทางชีวภาพเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสมอง เช่น ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทและระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนที่สูง ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีความปรารถนาที่จะใช้ความรุนแรงมากกว่าปกติ ความอยากในการใช้ความรุนแรงนั้นคล้ายกับความอยากเสพสารเสพติด ส่งผลให้บุคคลที่เสพติดความรุนแรงทำพฤติกรรมดังกล่าวซ้ำๆ แม้จะรู้ถึงผลกระทบเชิงลบที่ตามมา พฤติกรรมดังกล่าวยังสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวชบางอย่าง เช่น โรคบุคลิกภาพแปรปรวน ซึ่งมักเริ่มต้นในช่วงวัยรุ่น และอาจดำเนินต่อไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ บุคคลที่มีลักษณะนี้มักหุนหันพลันแล่นและแสดงความรุนแรงเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ง่าย

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมยังเป็นส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมเสพติดความรุนแรง บุคคลที่เติบโตในครอบครัวที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือการทะเลาะวิวาท จะมีแนวโน้มที่จะซึมซับพฤติกรรมเหล่านี้ และมองว่าการใช้ความรุนแรงเป็นเรื่องปกติ ทั้งนี้ ยังพบว่าผู้ที่เคยประสบการทารุณกรรมหรือถูกล่วงละเมิดในวัยเด็ก จะมีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่พฤติกรรมเสพติดความรุนแรง รวมถึงค่านิยมทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการใช้กำลังเพื่อบ่งบอกถึงอำนาจ โดยเฉพาะในกลุ่มเพศชายที่ถูกปลูกฝังให้มองว่า ตนมีพลังกำลังเหนือกว่าเพศหญิง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ชายมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่า

ทั้งนี้ การจัดการและบำบัดผู้ที่มีพฤติกรรมติดการพนันและเสพติดความรุนแรงควรให้ความสำคัญในหลายมิติ ทั้งการรักษาทางการแพทย์ เช่น การให้ยาเพื่อลดอาการย้ำคิดและควบคุมตนเอง การจัดกิจกรรมทดแทน เช่น การทำกิจกรรมสร้างสรรค์ที่เสริมสร้างทักษะทางสังคม การบำบัดด้านจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการจัดการอารมณ์และความเครียด รวมถึงการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในครอบครัวและสังคม

3.11 ปัญหายาเสพติด

ปัญหายาเสพติดนับเป็นหนึ่งในปัญหาสังคมที่รุนแรงในหลายประเทศทั่วโลก ถึงแม้จะมีมาตรการและนโยบายป้องกันและแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง แต่จำนวนผู้เสพยาเสพติดยังคงเพิ่มขึ้น โดยข้อมูลจากรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ระบุว่าในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้เสพยาเสพติดทั่วโลกกว่า 284 ล้านคน ในช่วงอายุ 15-64 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 26 โดยมีแนวโน้มที่ผู้เสพยาเสพติดมีอายุน้อยลงและเด็ก-เยาวชน มีการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่ ทั้งในด้านจำนวนและปริมาณการใช้

รายงาน Synthetic Drugs in East and Southeast Asia 2022 ของ UNODC ระบุว่า บริเวณแม่น้ำโขงตอนล่าง มีการจับกุมยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564 มีการจับกุมถึง 171.5 ตัน คิดเป็นร้อยละ 89 ของการจับกุมในพื้นที่ จากแผนปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ปี พ.ศ. 2565 ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) พบว่า ยาเสพติดที่แพร่หลายที่สุดยังคงเป็นยาบ้า (ร้อยละ 79.2) รองลงมาคือยาไอซ์ (ร้อยละ 8.3) โดยส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากราคาที่ลดลง ทำให้การเข้าถึงยาเสพติดง่ายขึ้น

สำหรับสถิติผู้ป่วยสารเสพติดในประเทศไทย จากรายงานผลการดำเนินงานบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด 120,915 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย 106,709 คน และเพศหญิง 14,206 คน ผู้เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 39 ปี (33,166 คน) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 18-24 ปี (22,301 คน) การบำบัดแบ่งออกเป็นระบบสมัครใจ 86,255 คน ระบบบังคับ 1,638 คน และระบบต้องโทษ 23,871 คน ยาเสพติดหลักที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ ยาบ้า ตามด้วยยาไอซ์ เฮโรอีน กัญชา ยาเสพติดอื่น ๆ และฝิ่น ซึ่งปัญหายาเสพติดเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่นำไปสู่ปัญหาทางสังคมอื่น ๆ เช่น อาชญากรรม ความรุนแรงในครอบครัว การบ่อนทำลายเศรษฐกิจ และการทำลายเยาวชนซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ (บสต. กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในปัจจุบัน ได้นำไปสู่การคาดการณ์ปัญหาและสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ ที่คาดว่าจะมีผลกระทบในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า อันได้แก่ ปัญหาความรุนแรงในสังคม ปัญหาซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด ปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาการเสพติดโซเชียลมีเดีย และปัญหาจากสื่อ Social Media ที่ทำให้เกิดค่านิยมไม่ถูกต้อง สรุปตามภาพที่ 8 ดังนี้



ภาพที่ 8 ปัญหาสุขภาพจิตที่น่ากังวลที่สุดในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า

ส่วนที่ 4

กระบวนการระดมความคิดเห็นเพื่อกำหนด NEW S-CURVE NEW BUSINESS



เพื่อกำหนด New S-Curve New Business

กระบวนการกำหนด New S-Curve New Business ของกรมสุขภาพจิต จัดขึ้นภายใต้โครงการสัมมนา "DMH New S-Curve New Business ผ่านการประชุมทางไกลด้วยโปรแกรม Zoom Meeting ในช่วงเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดทิศทางใหม่สำหรับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตที่ตอบโจทย์ความท้าทายต่อความต้องการในอนาคต เน้นกระบวนการระดมความคิดเห็นจากกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ซึ่งประกอบไปด้วยผู้ทรงคุณค่า ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารรุ่นใหม่ (Young Staff) และ Influencers โดยมีอาจารย์กิตติณัฐ พนมฤทธิ์ กรรมการผู้จัดการบริษัทศูนย์ส่งเสริมคุณค่าธุรกิจ จำกัด เป็นวิทยากรกระบวนการ เพื่อรวบรวมมุมมองและแนวคิดอย่างครอบคลุมเพื่อให้การพัฒนาภารกิจสุขภาพจิตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งการพัฒนาภารกิจด้านสุขภาพจิตให้สามารถตอบสนองต่อความท้าทายในอนาคตจำเป็นต้องอาศัยแนวคิด มุมมองใหม่ๆ เพื่อเสริมสร้างทิศทางการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตด้วยการสร้าง S-Curve ใหม่ เน้นนวัตกรรมและการประยุกต์ใช้แนวคิดใหม่ที่สามารถตอบโจทย์ความต้องการของสังคมได้อย่างยั่งยืน กระบวนการระดมความคิดเห็นจากบุคคลหลายกลุ่ม จึงมีส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางนี้ โดยมีการแบ่งปันประสบการณ์และความรู้เพื่อหาแนวทางที่สอดคล้องและเหมาะสม

การระดมความคิดเห็นจัดขึ้นทั้งหมด จำนวน 6 ครั้ง โดยแต่ละครั้งมีวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้ได้มุมมองที่ครอบคลุมและสะท้อนถึงแนวโน้มในการพัฒนาภารกิจด้านสุขภาพจิต รายละเอียด มีดังนี้

ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2567 : กรมสุขภาพจิตได้เปิดโอกาสให้ “Influencers” หรือผู้มีอิทธิพลในสื่อสังคม จำนวน 6 คน เข้าร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการสร้างภาพลักษณ์และแนวทางการดูแลสุขภาพจิตที่ทันสมัย และการมีส่วนร่วมของ Influencers ช่วยให้รายงานการศึกษาสามารถนำเสนอแนวทางการพัฒนาสุขภาพจิตที่เข้าถึงและสอดคล้องกับกลุ่มประชากรที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น

ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2567 : มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด New S-Curve และแนวทาง Blue Ocean Strategy for New Business โดยผู้มีเข้าร่วมฯ ได้แก่ คณะที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต ผู้บริหารกรมสุขภาพจิตและบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวนทั้งสิ้น 72 คน ซึ่งแนวคิดเหล่านี้ จะนำไปสู่การสร้างสรรคสิ่งใหม่ๆ โดยปราศจากการแข่งขันกับสิ่งที่มีอยู่ อันจะเป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดทิศทางของกรมสุขภาพจิตในอนาคต

ครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2567 : เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยกลุ่ม “ผู้ทรงคุณค่า” จำนวน 18 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาภารกิจสุขภาพจิต การอภิปรายแลกเปลี่ยนมุมมองและความคิดเห็นในครั้งนี มุ่งเน้นไปที่การกำหนด New S-Curve ของกรมสุขภาพจิต ที่สามารถตอบสนองความท้าทายที่คาดการณ์ได้ในอนาคต

ครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2567 : เน้นกระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้กับกลุ่ม “ผู้ทรงคุณวุฒิ” จำนวน 19 คน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต และการพัฒนาองค์กร ความเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ ช่วยให้สามารถวางแผนและแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับ New S-Curve New Business ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ครั้งที่ 5 เมื่อวันที่ 19 เมษายน 2567 : เปิดโอกาสให้กลุ่ม “ผู้บริหารรุ่นใหม่ Young Staff” จำนวน 14 คน เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับมุมมองใหม่ๆ ที่มีต่อภารกิจสุขภาพจิต โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้บริหารรุ่นใหม่ได้แลกเปลี่ยนมุมมองในการพัฒนากรมสุขภาพจิตและสร้างมุมมองที่เหมาะสมกับการเผชิญความท้าทายใหม่ในอนาคต

ครั้งที่ 6 เมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2567 : เป็นการรวบรวมข้อมูลและความคิดเห็นที่ได้รับจากการระดมความคิดเห็นของทั้ง 5 ครั้งที่ผ่านมา และจัดลำดับความสำคัญของภารกิจ บริการ และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพจิต เพื่อนำมาประมวลผลและสรุปเป็นแนวทางในการดำเนินงานสำหรับ New S-Curve New Business ของกรมสุขภาพจิต โดยมีคณะที่ปรึกษากกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารกรมสุขภาพจิตและบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวนทั้งสิ้น 113 คน เข้าร่วมการสรุปผลการระดมความคิดเห็นครั้งนี้ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการวางกรอบทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจน รวมทั้งเป็นพื้นฐานในการพัฒนาภารกิจด้านสุขภาพจิตที่สามารถตอบโจทย์ความต้องการในอนาคต

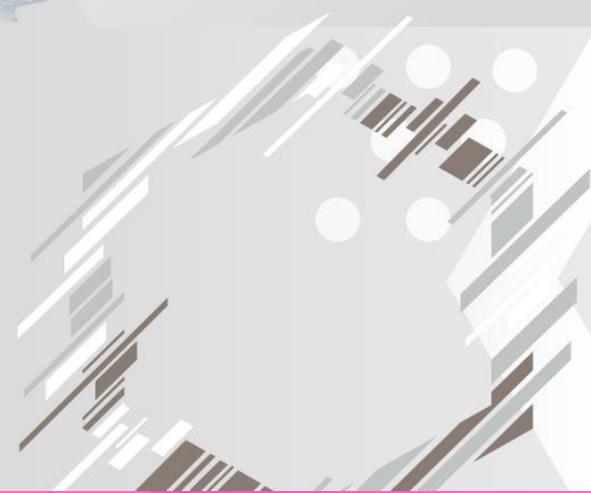
โครงการ DMH New S-Curve New Business ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการระดมความคิดเห็นจากกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ตั้งแต่กลุ่มผู้ทรงคุณค่า ผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มผู้บริหารรุ่นใหม่ ไปจนถึง Influencers การมีส่วนร่วมของแต่ละกลุ่มทำให้สามารถรวบรวมมุมมองที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งการระดมความคิดเห็นจากบุคคลหลากหลายกลุ่มภายใต้โครงการ DMH New S-Curve New Business ของกรมสุขภาพจิต ถือเป็นตัวอย่างที่ดีของการนำมุมมองที่แตกต่างกันมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนานโยบายและแนวทางการดำเนินงาน โดยความหลากหลายของกลุ่มเป้าหมายช่วยให้กรมสุขภาพจิตสามารถพัฒนาแผนงานที่ครอบคลุมและทันสมัย รองรับความท้าทายและความต้องการในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับการเผชิญหน้ากับความท้าทายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต



ภาพที่ 9 กระบวนการกำหนด New S-Curve New Business ของกรมสุขภาพจิต

ส่วนที่ 5

ภาพอนาคตงานสุขภาพจิต
ในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2570-2575)



ส่วนที่ 5

ภาพอนาคตงานสุขภาพจิต ในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2570 - 2575)

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่น่ากังวลที่สุดของประเทศไทยดังที่ได้รายงานไว้ในส่วนที่ 3 กรมสุขภาพจิต จึงได้มีการแลกเปลี่ยนรู้ในโครงการสัมมนาเพื่อกำหนด DMH New S-Curve New Business จำนวน 5 ครั้ง รวมทั้ง การระดมความคิดเห็นเพื่อจัดลำดับความสำคัญ ของภารกิจ บริการ และผลิตภัณฑ์ของกรมสุขภาพจิต ในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า ตลอดจนการนำข้อมูล New S-Curve New Business ไปใช้กำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในอนาคต จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีเครือข่ายงานสุขภาพจิต ให้สอดคล้องกับ วิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิต ในการเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี สู้สังคม และเศรษฐกิจมูลค่าสูง และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ในการเผชิญกับความท้าทายของสังคมในอนาคต ดังนี้

5.1 ผลจากการระดมความคิดเห็นเพื่อพัฒนาบริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพจิต ตามภารกิจในอนาคต

จาก New S-Curve

จากการสัมมนาเพื่อกำหนด New S-Curve New Business จำนวน 5 ครั้ง ทำให้กรมสุขภาพจิต ได้ภารกิจสำคัญที่จะสามารถรองรับงานสุขภาพจิตในอนาคต จำนวน 6 ภารกิจ ได้แก่

- 1) การเป็นศูนย์กลางความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต
- 2) การรับรองคุณภาพมาตรฐานงานสุขภาพจิต (Certify Center)
- 3) การผลักดันนโยบายและกฎหมายสุขภาพจิต (Policy Advocacy)
- 4) การสื่อสารสุขภาพจิต สร้างสรรค์สังคม
- 5) การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเชิงระบบด้วยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล
- 6) การเป็นศูนย์กลางข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (Data Center)

โดยในแต่ละภารกิจจะรองรับด้วยบริการ และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพจิตที่สำคัญและตอบโจทย์ ความต้องการในอนาคต ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การพัฒนาบริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพจิตที่รองรับภารกิจในอนาคต

ภาพอนาคตที่ได้จาก New S Curve	
1) การเป็นศูนย์กลางความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต	
Services	Products
<ul style="list-style-type: none"> • การให้คำปรึกษา Online • การบริการจิตเวชเฉพาะทาง เช่น Genetic, Neuropsychiatry , นิติจิตเวช และอื่นๆ • Wellness ด้านสุขภาพจิตในศูนย์การค้า • Personalized Therapy, Mental Health Medicine และ Palliative Care • Training Center ด้านกำลังคนสุขภาพจิต 	<ul style="list-style-type: none"> • หลักสูตรการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต (Counselling) • หลักสูตรทักษะการเยียวยาจิตใจ ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม • Social Media Detox • หลักสูตรการดูแลสุขภาพจิต สำหรับผู้ดูแลสูงอายุ และญาติ
2) การรับรองคุณภาพมาตรฐานงานสุขภาพจิต (Certify Center)	
Services	Products
<ul style="list-style-type: none"> • จัดทีมออกตรวจมาตรฐานหลักสูตรการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต • เปิดงานรับรองคุณภาพ มาตรฐาน ผลิตภัณฑ์ บริการสุขภาพจิต และลงทะเบียนมีเลขมาตรฐานให้กับผู้ผลิต/พัฒนา 	<ul style="list-style-type: none"> • เครื่องหมายรับรองคุณภาพมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต
3) การผลักดันนโยบายและกฎหมายสุขภาพจิต (Policy Advocacy)	
Services	Products
<ul style="list-style-type: none"> • สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายทุกภาคส่วนในการบูรณาการงานสุขภาพจิต • สนับสนุนเชิงนโยบายด้านบริหารจัดการกลไกการเงินการคลัง • บูรณาการงานสุขภาพจิตผ่านกลไกกฎหมายสุขภาพจิตและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง • กำหนดนโยบายงานสุขภาพจิตให้อยู่ในทุกนโยบาย (Mental Health in all Policy) • สนับสนุนกระทรวงแรงงานออกกฎหมายรองรับการดูแลสุขภาพจิตกลุ่มวัยทำงาน/จัดสวัสดิการด้านสุขภาพจิตในสถานประกอบการ • สร้างระบบการดูแลสุขภาพจิตกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชน (ตำรวจ ทหาร ศาล โรงงาน) • บูรณาการหลักสูตรดูแลสุขภาพจิตในสถานศึกษาทุกชั้นเรียน 	<ul style="list-style-type: none"> • ข้อเสนอนโยบายสุขภาพจิตที่อยู่ในนโยบายภาครัฐและเอกชน • หลักสูตร Soft Skill ในการดูแลจิตใจบุคลากรสำหรับผู้บริหาร • หลักสูตรการดูแลสุขภาพจิตในสถานศึกษาทุกชั้นเรียน

4) การสื่อสารสุขภาพจิต สร้างสรรค์สังคม	
Services	Products
<ul style="list-style-type: none"> • สื่อสารแหล่งรวมความรู้สุขภาพจิตให้เป็นที่รู้จักของสังคม • จัดทีมสุขภาพจิต ร่วมกับ Censorship เพื่อควบคุมสื่อ/Social Media สำหรับเด็กและเยาวชน • สร้างทีมสื่อสุขภาพจิตเพื่อร่วมดูแลเนื้อหาละครและสอดแทรกวิชาการสุขภาพจิตกับทีมเขียนบทและผู้จัดละคร 	<ul style="list-style-type: none"> • Platform สื่อ /ประเด็นความรู้สุขภาพจิตที่ทันสมัยและเข้าถึงง่ายทุกกลุ่มวัยและกลุ่มเฉพาะ เช่น LGBTQ กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น • Content สุขภาพจิตให้เป็น Viral • สื่อสร้างกำลังใจทัศนคติเชิงบวก และสร้าง Norm ที่ถูกต้องให้แก่สังคม (ละครสุขนิยม) • สื่อสร้างเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่องานสุขภาพจิตผ่าน Influencer • หลักสูตรการดูแลจิตใจคนวงการบันเทิง/หลักสูตร Superstar Psychology • หลักสูตร Super Star Psychology • Video Clip ที่เป็นหนังสือสั้นสะท้อนสังคมเพื่อสร้างการรับรู้เรื่องสุขภาพจิต
5) การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเชิงระบบด้วยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	
Services	Products
<ul style="list-style-type: none"> • การให้บริการสุขภาพจิต ตลอด 24 ชั่วโมง • บ้านพิทักษ์เด็กและเยาวชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช 	<ul style="list-style-type: none"> • พัฒนาหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ Day Care Service • หลักสูตร Self Management (Self Care, Self Value และ Self Esteem) ระดับบุคคลและครอบครัว • Application ดูแลสุขภาพจิตประชาชนที่เข้าถึงง่ายและปลอดภัย • นวัตกรรมปัญญาประดิษฐ์ (AI) เพื่อค้นหาคัดกรองบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพจิต (หมวกอัจฉริยะ)
6) การเป็นศูนย์กลางข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (Data Center)	
Services	Products
<ul style="list-style-type: none"> • บริการข้อมูลสารสนเทศสุขภาพจิตที่ทันสมัย และครอบคลุมทุกปัญหาสุขภาพจิต 	<ul style="list-style-type: none"> • ฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ

5.2 ผลลัพธ์ บริการ และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในอนาคต

นอกจากการระดมความคิดเห็น ในการจัดลำดับความสำคัญของผลลัพธ์ บริการ และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ในระยะ 5-10 ปีข้างหน้าแล้ว เพื่อให้ผลลัพธ์ บริการ และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต มีความเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน สามารถแปลงไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดแนวทาง วิธีการดำเนินงาน เพื่อให้หน่วยงานผู้รับผิดชอบ นำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตามตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 Services/Products ด้านส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และด้านบริการสุขภาพจิตในอนาคต

Services/Products	แนวทาง/วิธีการดำเนินงาน
<p>1) Online Counseling Services (24 Hours)</p> <p>หน่วยงานรับผิดชอบ : สถาบันเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์/ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต</p>	<ol style="list-style-type: none"> เพิ่มจำนวนคู่สาย 1323 และเพิ่มบุคลากร ในการให้บริการคำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต (Counseling Service) เพื่อรองรับการให้บริการแบบออนไลน์ตลอด 24 ชม. แยกหน่วยบริการ 1323 ไว้ที่ส่วนกลางกรมสุขภาพจิต (รูปแบบบริการคล้าย OOCA) และสามารถเรียกเก็บค่าบริการ การให้บริการคำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต (Counseling Service) ในโรงพยาบาลฝ่ายกาย <ol style="list-style-type: none"> เพิ่มจำนวนนักจิตวิทยาให้กับโรงพยาบาลในสังกัด สป. กระตุ้นให้โรงพยาบาลสังกัด สป. จัดบริการให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต (Counseling Service) และพัฒนาทักษะให้แก่บุคลากร ในการให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตใจ ประชาสัมพันธ์การให้บริการคำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต (Counseling Services) ผ่านทาง Facebook, AI Chatbot พัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ (Mobile Application Counseling Services) เพิ่มเครือข่ายการดำเนินงานด้านการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตในระดับพื้นที่
<p>2) Family-Based Mental Health Care System</p> <p>หน่วยงานรับผิดชอบ : กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต/ โรงพยาบาลจิตเวชผู้ใหญ่/ หน่วยบริการจิตเวชเด็ก</p>	<ol style="list-style-type: none"> สร้างครอบครัวสุขภาพจิตดี <ol style="list-style-type: none"> จัดการประกวดครอบครัวเหรียญทอง ประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ด้านการสื่อสารเชิงบวก การแสดงอารมณ์ และการเลี้ยงดูบุตรเชิงคุณภาพ ภายในครอบครัว สนับสนุนข้อมูลการดูแลสุขภาพจิตของครอบครัวให้กับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คัดกรองภาวะหมดไฟในวัยทำงาน

Services/Products	แนวทาง/วิธีการดำเนินงาน
	<p>2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่ขาดยา อากาการไม่กำเริบ คุณภาพชีวิตดี โดยครอบครัวมีส่วนร่วม</p> <p>2.1 พัฒนาระบบ Day Care</p> <p>2.2 ส่งเสริม Mental Health Literacy</p> <p>2.3 สื่อสารให้ครอบครัวเข้าใจอาการของโรค / ยา / ระบบส่งต่อ</p> <p>2.4 จัดระบบ Family Counseling / Family Therapy</p> <p>3. จัดโครงสร้างในระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็ง</p> <p>4. พัฒนาทีมดูแลสุขภาพจิตครอบครัว (Team Care Manager)</p> <p>5. สร้างโปรแกรมลดความรุนแรงในครอบครัว และโปรแกรมดูแลผู้ถูกระทาคความรุนแรงในครอบครัว</p> <p>7. เพิ่มการดูแลสุขภาพจิตครอบครัว ในโปรแกรม SMI-V</p> <p>8. สร้างโปรแกรมการดูแลบำบัดสุขภาพจิตสำหรับคู่รัก (Couple Mental Health Therapy)</p> <p>9. สร้างระบบการดูแล Family Burden</p> <p>10. Parenting Psychology (เป็นส่วนหนึ่งของ Family-Based Mental Health Care System)</p> <p>10.1 จัดตั้งศูนย์ Parenting Center ให้ครอบคลุมทุกเขตทั่วประเทศ (Training)</p> <p>10.1.1 สนับสนุนบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลเด็กและวัยรุ่น (Positive Parenting Psychology) และพัฒนาบุคลากรให้มีความเข้าใจในการดำเนินงาน Positive Parenting อย่างมีคุณภาพ</p> <p>10.1.2 ให้คำแนะนำกับผู้นำชุมชน (Coaching) เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลกันเองได้</p> <p>10.1.3 พัฒนาทีมสนับสนุนในพื้นที่ และสร้าง gate keeper เพื่อสื่อสารประเด็นสุขภาพจิตในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>10.2 ขยายผล Triple-p Program ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่</p> <p>10.3 พัฒนารฐานข้อมูล Positive Parenting ให้แก่ประชาชนและหน่วยงานเข้าถึงง่ายและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแพร่หลาย</p> <p>10.4 ขับเคลื่อนผ่านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายในการดูแลเด็ก</p>

Services/Products	แนวทาง/วิธีการดำเนินงาน
	<p>10.5 ผลักดันให้เกิดเป็นนโยบาย ภาครัฐ/เอกชน เพื่อให้เกิดการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>10.6 ขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อความยั่งยืน (Implementation science) ผ่านผู้บริหารระดับสูง องค์กร และตัวชี้วัด</p> <p>10.7 สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม/หลักสูตรให้มีความน่าสนใจ เพื่อใช้ในการสื่อสารให้แก่หน่วยงานที่สนใจ</p> <p>10.8 วิเคราะห์องค์ความรู้ งานวิจัย Positive Parenting ที่มีอยู่ เพื่อนำไปสื่อสารให้เหมาะสม และสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายบริบทของพื้นที่</p> <p>10.9 พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในอนาคต</p>
<p>3) Early Detection for Personality Disorder</p> <p>หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา</p>	<p>1. กลุ่มที่มีความผิดปกติทางความประพฤติ (Conduct Disorder)</p> <p>1.1 พัฒนาโปรแกรมปรับปรุงบุคลิกภาพ / การรับรู้อารมณ์ของตนเอง</p> <p>2. พัฒนา Self-Screening and Development Program</p>
<p>4) AI for Mental Health Screening</p> <p>หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา/สำนักวิชาการสุขภาพจิต/สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ / ศูนย์สุขภาพจิต</p>	<p>1. สร้างนวัตกรรมใหม่ในการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพจิตด้วยดิจิทัล</p> <p>1.1 AI for Early Detection เช่น นวัตกรรม Lab Cognitive/PTSD/MCI</p> <p>1.2 AI for Identification /Face Detection ที่สามารถวิเคราะห์ได้จากใบหน้า และท่าทาง เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน</p> <p>1.3 AI for Diagnosis</p> <p>2. AI สำหรับการบำบัดรักษา</p> <p>2.1 EMDR ดูการทำงานของระบบประสาท</p> <p>2.2 TMS บำบัดซึมเศร้า/ออทิสติกพฤติกรรมก้าวร้าว/เด็กที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว (CP)</p> <p>3. พัฒนาระบบ HIS กลางของหน่วยบริการกรมสุขภาพจิต และเชื่อมโยงข้อมูล Screening เข้ากับ HIS หน่วยบริการ</p> <p>4. เพิ่มช่องทางการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตผ่าน Line Official ของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต</p> <p>5. พัฒนา Social Listening สำหรับการค้นหาคัดกรองสัญญาณเตือน (Warning Sign) โดยเชื่อมโยงกับระบบ Hope Task Force ให้เป็นรูปธรรม</p> <p>6. พัฒนาบุคลากร หรือจัดจ้าง Outsource/Consult (หน่วยงานมหาลัย/</p>

Services/Products	แนวทาง/วิธีการดำเนินงาน
	<p>หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ) มาดำเนินการสร้างระบบ AI ภายใต้การควบคุมความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล</p> <p>7. ขยายผลเชิงวิจัย Biofeedback ให้เป็น AI โดยนำข้อมูลจัดทำเป็นภาพรวมกรมสุขภาพจิต ใช้วิเคราะห์ สังเคราะห์ ประโยชน์จากการใช้ Biofeedback เพื่อขยายผลต่อไปทุกหน่วยงาน</p>
<p>5) National Reconciliation</p> <p>หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต/ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต/ สำนักวิชาการสุขภาพจิต/ สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต/ ศูนย์สุขภาพจิต/หน่วยบริการจิตเวช</p>	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาหลักสูตรจิตวิทยาทางการเมือง /หลักสูตรการเจรจาต่อรองไกล่เกลี่ย สร้างองค์ความรู้หรือcontent ที่เกี่ยวข้องกับการสมานฉันท์ เพื่อให้เกิดการสื่อสารเชิงบวก รวมถึงการทำ MOU ร่วมกับภาคีเครือข่ายสื่อสร้างสรรค์ สังคม สร้างกระบวนการ หรือแผนปรองดองสถานเสาวนา พัฒนาทีม MCATT เพื่อการสื่อสารในการรับมือกับภัยพิบัติ หรือภาวะวิกฤติต่างๆ ให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง
<p>6) IQ EQ RQ Boost-Up</p> <p>หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต/ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต/ สำนักวิชาการสุขภาพจิต/ ศูนย์สุขภาพจิต/หน่วยบริการจิตเวช</p>	<ol style="list-style-type: none"> บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาหลักสูตร Tripple-P Program หรือ หลักสูตร IQ, EQ, RQ Boost-Up สำหรับพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ ศูนย์รับเลี้ยงเด็ก และหลักสูตรสำหรับ แม่ตั้งครรภ์ สื่อสารองค์ความรู้การดูแลสุขภาพจิตของคนในครอบครัวให้มีความเข้มแข็งทางใจ เพิ่มบทบาทของครูในการดูแลเด็ก/ ผลักดันให้เกิดการดูแลจิตใจในระบบการศึกษา บังคับใช้กฎหมายคุ้มครองเด็กที่เกี่ยวกับการดูแลส่งเสริมป้องกันสภาพจิตใจ
<p>7) Mental Health Literacy Application</p> <p>หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต / สำนักวิชาการสุขภาพจิต)</p>	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาคลังความรู้ให้ทันสมัย เข้ากับทุกกลุ่มวัย ที่ทำให้ประชาชน/หน่วยงาน เข้าถึงง่ายและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแพร่หลาย พัฒนางานวิจัย/ฐานข้อมูลที่มีอยู่ เพื่อนำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์ให้เหมาะสมไปสู่การสื่อสารให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ พัฒนา Application เพื่อสำรวจ MHL ของประชาชน เพื่อนำไปออกแบบสร้างช่องทางในการเผยแพร่
<p>8) MH Media Content for Positive Social Norms</p> <p>หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต</p>	<ol style="list-style-type: none"> การจัดการความรู้ เพื่อใช้วิเคราะห์ข้อมูลในการสื่อสารด้านสุขภาพจิต พัฒนาองค์ความรู้ เพื่อใช้ในการสื่อสารด้านสุขภาพจิต สร้างความเชื่อมั่นโดยประเมิน SatSurvey ของเนื้อหา

Services/Products	แนวทาง/วิธีการดำเนินงาน
9) Social Media Detox หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต	ผลักดันให้มีหน่วยงานในการคัดกรอง Social Media หรือสื่อต่างๆ ก่อนการเผยแพร่
10) MH Media Awareness Team หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาทีมสนับสนุนในพื้นที่ และสร้าง Gate Keeper ในการสื่อสารสุขภาพจิตผ่าน Social Media ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย สนับสนุนให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน จัดทำ MH Media เพื่อสร้างความเข้มแข็งในชุมชนให้สามารถรับมือกับภาวะวิกฤติ
11) Life Course MH Innovation & MH Self-Management หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต/ สำนักวิชาการสุขภาพจิต/ ศูนย์สุขภาพจิต	ยังไม่มีการกำหนดแนวทางในรายละเอียด
12) Positive Psychological Service หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต/ สำนักวิชาการสุขภาพจิต/ ศูนย์สุขภาพจิต/หน่วยบริการจิตเวช	
13) Mental Health & Social Psychology by Age Group หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต/ สำนักวิชาการสุขภาพจิต/ ศูนย์สุขภาพจิต	

ตารางที่ 4 Excellence Cluster and Innovation Lab

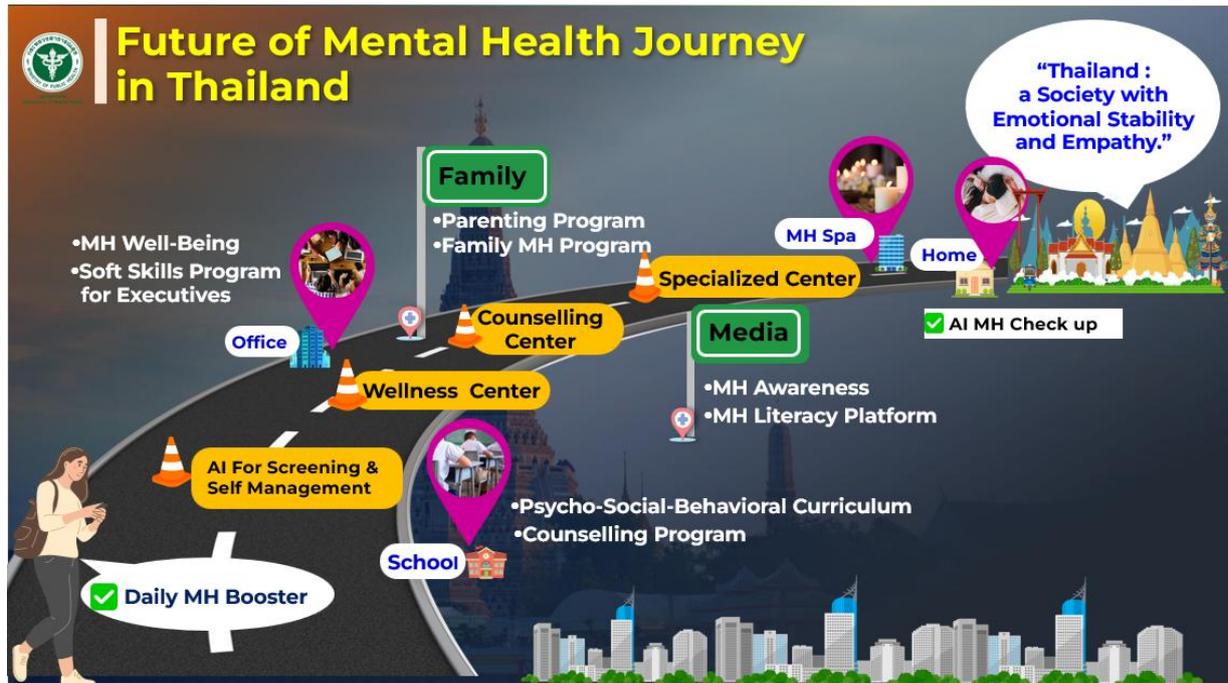
Excellence Cluster and Innovation Lab	แนวทาง/วิธีการดำเนินงาน
<p>1) Forensic Psychiatry</p> <p>หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์/ สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ</p>	<p>พัฒนาศูนย์ Excellence Cluster ด้าน Forensic Psychiatry ครอบคลุมตามเกณฑ์ 7 มิติ ได้แก่ 1) Service 2) Research 3) Training 4) Database 5) Policy Advocacy 6) Referral และ 7) Reference และ 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) Financing/Business Partner 2) Political Commitment/ Law enforcement โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์เพื่อปิดช่องว่าง (Gap Analysis)</p>
<p>2) Geriatric Psychiatry</p> <p>หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ / กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต/ กองส่งเสริมพัฒนาสุขภาพจิต/ สำนักความรู้สุขภาพจิต</p>	<ol style="list-style-type: none"> จัดตั้งศูนย์จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ครอบคลุม 4 มิติ ส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษาฟื้นฟู ขยายผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตตาม SHR Model ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ให้แก่หน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยพัฒนาระบบการส่งเสริม/ป้องกัน เฝ้าระวัง และคัดกรองสุขภาพจิต ตลอดจนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ดำเนินการจัดทำมาตรฐานการดูแลสุขภาพใจพร้อมระบบ Accreditation และจัดหลักสูตรการดูแลสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล มีการพัฒนาเครื่องมือ เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสังคม รวมทั้งกำหนดนโยบายและสิทธิประโยชน์ในการส่งเสริมป้องกัน ดูแลรักษาปัญหาสุขภาพจิต และโรคจิตเวชในผู้สูงอายุระดับชาติ พัฒนาศูนย์ Excellence Cluster ด้าน Forensic Psychiatry ครอบคลุมตามเกณฑ์ 7 มิติ ได้แก่ 1) Service 2) Research 3) Training 4) Database 5) Policy Advocacy 6) Referral และ 7) Reference และ 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) Financing/Business Partner 2) Political Commitment/ Law enforcement โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์เพื่อปิดช่องว่าง (Gap Analysis)

Excellence Cluster and Innovation Lab	แนวทาง/วิธีการดำเนินงาน
<p>3) MH Wellness Center</p> <p>หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา</p>	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาเทคโนโลยีให้ทันสมัย โดยการร่วมลงทุนกับภาคเอกชน จัดพื้นที่ให้บริการแยกส่วนชัดเจนจากระบบบริการทั่วไป และเพิ่มความสะดวกเพื่อให้ประชาชนทั้งกลุ่มเด็กเยาวชน/วัยทำงาน (กลุ่มปกติ) สามารถใช้บริการด้านสุขภาพจิต (ต้นแบบจากรพ.ศิริราช) กรมสุขภาพจิตกำหนดมาตรฐานการจัดบริการ MH Wellness Center กรมสุขภาพจิตผลักดันให้เกิดชุดสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับ MH Wellness Center พัฒนาศูนย์ Excellence Cluster ด้าน Forensic Psychiatry ครอบคลุมตามเกณฑ์ 7 มิติ ได้แก่ 1) Service 2) Research 3) Training 4) Database 5) Policy Advocacy 6) Referral และ 7) Reference และ 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) Financing/ Business Partner 2) Political Commitment/ Law enforcement โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์เพื่อปิดช่องว่าง (Gap Analysis)
<p>4) Neurodevelopmental Disorders : NDDs</p> <p>หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สถาบันราชานุกูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาเทคโนโลยีเพื่อช่วยในการฟื้นฟูและรักษากลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า เด็กที่มีปัญหาทางพันธุกรรมและโรคที่หายาก พัฒนารูปแบบการจัดการบริการและการเข้าถึงบริการในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าเด็กที่มีปัญหาทางพันธุกรรมและโรคที่หายาก ปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยโรคเพื่อลดกรณีการถูกวินิจฉัยล่าช้า และป้องกันเกิดซ้ำในโรคทางพันธุกรรมบางโรค บริหารจัดการข้อมูล เช่น ดีพิมพ์เก็บข้อมูลในแต่ละโรค และการจัดทำฐานข้อมูลเด็กที่มีปัญหาทางพันธุกรรม และโรคที่หายาก โดยเน้นการเป็นศูนย์กลางด้านข้อมูล

Excellence Cluster and Innovation Lab	แนวทาง/วิธีการดำเนินงาน
	<p>5. พัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการดูแลให้บริการในกลุ่มเด็กพัฒนาการล่าช้า เด็กที่มีปัญหาทางพันธุกรรมและโรคที่หายาก</p> <p>6. วิเคราะห์บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเป็น User /Manager /Collector</p>
<p>5) Genetics for MH</p> <p>หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : :</p> <p>เสนอให้มีการแต่งตั้งคณะทำงานฯ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ศึกษาวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาด้านพันธุศาสตร์สุขภาพจิต (Research Gap) 2. พัฒนาการเก็บและแลกเปลี่ยนข้อมูล (Collecting Data / Exchange Data) ในโรคที่เกี่ยวข้องกับ Genetics พันธุกรรม (ไบโพลาร์ โรคจิตเภท อัลไซเมอร์) 3. พัฒนาศูนย์ Excellence Cluster ด้าน Forensic Psychiatry ครอบคลุมตามเกณฑ์ 7 มิติ ได้แก่ 1) Service 2) Research 3) Training 4) Database 5) Policy Advocacy 6) Referral และ 7) Reference และ 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) Financing/Business Partner 2) Political Commitment/ Law enforcement โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์เพื่อปิดช่องว่าง (Gap Analysis)

5.3 Future of Mental Health Journey in Thailand

กรมสุขภาพจิตมีความมุ่งมั่นขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตเพื่อให้คนไทยมีสุขภาพจิตดี สร้างสังคมไทยที่แข็งแรงทั้งทางกายและจิตใจ มีการสนับสนุนที่หลากหลายและเข้าถึงได้ในทุกมิติของชีวิต และให้สุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งในทุกช่วงเวลาของชีวิตประจำวันของประชาชน สอดคล้องกับวิถีชีวิตในแต่ละช่วงของชีวิต ตั้งแต่โรงเรียน ที่ทำงาน ไปจนถึงครอบครัวและชุมชน ด้วยความร่วมมือจากหลากหลายภาคส่วนเพื่อพัฒนาความเข้าใจและการดูแลสุขภาพจิตผ่านเทคโนโลยีดูแลสุขภาพจิตที่หลากหลาย ดังภาพ



ภาพที่ 10 Future of Mental Health Journey in Thailand

เริ่มจากการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้ในชีวิตประจำวันผ่านโปรแกรม Daily MH Booster ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพจิตในทุกๆ วัน พร้อมด้วยเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) สำหรับการคัดกรองและการจัดการสุขภาพจิตด้วยตนเอง ยกกระตักการให้บริการสุขภาพจิตให้สามารถเข้าถึงได้ ทุกที่ทุกเวลา และครอบคลุมทุกกลุ่มประชาชน ดังนี้

- โรงเรียน (School) มีการบรรจุหลักสูตรด้านจิตวิทยา สังคม และพฤติกรรมเพื่อปลูกฝังความเข้าใจด้านสุขภาพจิตตั้งแต่ระดับเยาวชน และจัดโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนสุขภาพจิตของนักเรียน
- สถานที่ทำงาน (Office) จัดโปรแกรม MH Well-Being และการฝึกทักษะ Soft Skills สำหรับผู้บริหาร เพื่อเสริมสร้างการทำงานที่มีประสิทธิภาพและสมดุลทางจิตใจ
- ครอบครัว (Family) มีโปรแกรมการเลี้ยงดูบุตรและโปรแกรมสุขภาพจิตสำหรับครอบครัว เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวและสนับสนุนการเลี้ยงดูที่ดี
- ศูนย์บริการเฉพาะทาง (Specialized Center) ดูแลสุขภาพจิตในระดับรุนแรง ซับซ้อน ด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรมขั้นสูง

- ศูนย์ให้คำปรึกษาและศูนย์สุขภาพจิต (Wellness Center) เพื่อสนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพจิตที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย

- สื่อและแพลตฟอร์ม (Media) ส่งเสริมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตและให้บริการความรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชน ผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ เพื่อสนับสนุนสังคมที่มีความรู้และเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตมากขึ้น

- ศูนย์บริการอื่น ๆ (เช่น MH Spa สำหรับการผ่อนคลายและฟื้นฟูสุขภาพจิต รวมถึงการดูแลสุขภาพจิตของคนในครอบครัว (Home)

ทั้งหมดนี้ มุ่งสู่เป้าหมายในการขับเคลื่อนประเทศไทยให้เป็นสังคมที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข และยั่งยืนต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

CT Team จาก Creativetalklive.com. (2566). *Generation Gap เมื่อคนรุ่นเก่าและรุ่นใหม่เดินกันไปคนละทิศ.*

สืบค้น 20 สิงหาคม 2567. เข้าถึงได้จาก <https://creativetalkconference.com/generation-gap/>

Kendyl Salcito. (2561), *อิสราณิวส์*, 2558. สืบค้น 20 สิงหาคม 2567 เข้าถึงได้จาก

<https://www.presscouncil.or.th/ethics/4280>

Natalie Christensen The Balance Sheet. มปป. *STUDYING SENIORS DEFYING STEREOTYPES ON*

TIKTOK. สืบค้น 20 สิงหาคม 2567. เข้าถึงได้จาก [https://www.yardi.com/blog/news/senior-](https://www.yardi.com/blog/news/senior-living/seniors-tiktok-study/32296.html)

[living/seniors-tiktok-study/32296.html](https://www.yardi.com/blog/news/senior-living/seniors-tiktok-study/32296.html)

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. *รอบรู้เรื่องสุขภาพจิตผู้ใหญ่ ปัญหาติดการพนัน : ออนไลน์*

สืบค้น 20 สิงหาคม 2567. เข้าถึงได้จาก https://www.gamblingstudy-th.org/document_book/173/1/2/cgs-report-2022/

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2565). *รายงานศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน ประจำปี 2565.*

นายแพทย์วศิน บำรุงชีพ จิตแพทย์ผู้ชำนาญการด้านสุราและยาเสพติดโรงพยาบาลมหารมย์. มปป. *ติดพนัน ภัยร้ายที่ยัง*

ป้องกันได้, เข้าถึงได้จาก https://www.manarom.com/blog/pathological_gambling.html

รายงานผลการดำเนินงานตามแบบบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2565

รายงานพฤติกรรมผู้บริโภคด้าน Digital และ Social Media ปี 2564 , *Global Digital Report , We Are*

Social และ Hootsuite : ออนไลน์

ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับชาติ. (2565). *รายงานสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายประเทศไทย ปี 2565.*

สืบค้น 27 มิถุนายน 2567. เข้าถึงได้จาก <https://suicide.dmh.go.th/news/files>

ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. *เสพติดพนัน ความใหญ่โตของปัญหา*

และแนวทางแก้ไข : ออนไลน์

สถิติการใช้งานโซเชียลมีเดียของประเทศไทย ประจำปี 2024 (Digital 2024 : Thailand) : ออนไลน์

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2564). *การเผชิญหน้า ‘สังคมผู้สูงอายุ’ โจทย์ท้าทาย*

ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น. สืบค้น 20 สิงหาคม 2567. เข้าถึงได้จาก <https://resource.thaihealth.or.th/article/>

สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on

Drugs and Crime). *World Drug Report 2022 :* ออนไลน์

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2567). *ภาวะสังคมไทย ไตรมาสหนึ่ง ปี 2567.*

สืบค้น 27 มิถุนายน 2567. เข้าถึงได้จาก https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5491

Decoding the Zoo of Risks: Understanding Black Swan, Grey Rhino, White Elephant, and

Black Jellyfish in Risk Management. จาก [https://www.theirmindia.org/blog/decoding-](https://www.theirmindia.org/blog/decoding-the-zoo-of-risks-understanding-black-swan-grey-rhino-white-elephant-and-black-jellyfish-in-risk-management/)

[the-zoo-of-risks-understanding-black-swan-grey-rhino-white-elephant-and-black-jellyfish-](https://www.theirmindia.org/blog/decoding-the-zoo-of-risks-understanding-black-swan-grey-rhino-white-elephant-and-black-jellyfish-in-risk-management/)

[in-risk-management/](https://www.theirmindia.org/blog/decoding-the-zoo-of-risks-understanding-black-swan-grey-rhino-white-elephant-and-black-jellyfish-in-risk-management/)

Elephants, Swans and Jellyfish for planning. จาก [Elephants, Swans and Jellyfish for planning. — insight & foresight \(insightandforesight.com.au\)](#)

Black Jellyfish represent events and phenomenon that have the potential of going postnormal by escalating rapidly – even instantaneously. จาก <https://postnormaltim.es/black-jellyfish>.

คณะผู้ศึกษาและจัดทำรายงาน

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. นายแพทย์พงษ์เกษม ไข่มุกด์ | ที่ปรึกษา |
| 2. นายแพทย์ธิตี แสงธรรม | ที่ปรึกษา |
| 3. นางสาวอลิสรา อุดมวีรเกษม
ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน | หัวหน้าคณะผู้ศึกษาและจัดทำรายงาน |
| 4. นางสาวกัญชลิ ศิริวิสูตร
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน | คณะผู้ศึกษาและจัดทำรายงาน |
| 5. นางสาวอภาวดี วงศ์เจริญ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน | คณะผู้ศึกษาและจัดทำรายงาน |
| 6. นางสาวสุกัญญา ถิ่นสอน
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน | คณะผู้ศึกษาและจัดทำรายงาน |



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

รายงานการศึกษาและการระดมความคิดเห็น เพื่อกำหนด NEW S-CURVE NEW BUSINESS ของกรมสุขภาพจิต



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
กรมสุขภาพจิต
พฤศจิกายน 2567



Download รายงานการศึกษา ฯ