

สาระสำคัญของ (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้อง กับปัญหาสุขภาพจิต (พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐)

ฉบับประกอบการประชุมรับฟังความคิดเห็น
ต่อ (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้อง
กับปัญหาสุขภาพจิต (พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐)
วันพฤหัสบดีที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๗

สารบัญ

๑. การประเมินสถานการณ์ ปัญหา และความจำเป็น.....	๔
๑.๑ การประเมินสถานการณ์และสภาพปัญหา	๔
๑.๒ ความจำเป็นของแผนปฏิบัติการ	๑๑
๑.๓ กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการ	๑๓
๑.๔ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (SWOT Analysis)	๑๔
(๑) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน (Internal Environment Analysis).....	๑๔
(๒) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก (External Environment Analysis).....	๑๕
(๓) ประเด็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต	๑๖
(๔) ผลการวิเคราะห์ SWOT.....	๑๖
(๔.๑) ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC – Strategic Challenges)	๑๖
(๔.๒) การวิเคราะห์ตำแหน่งทางยุทธศาสตร์.....	๑๗
(๔.๓) ความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์.....	๑๘
(๔.๔) กระบวนการวิเคราะห์สมรรถนะหลักเชิงยุทธศาสตร์.....	๑๘
(๔.๕) กระบวนการปรับตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์และสร้างความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์.....	๒๐
(๔.๖) กลยุทธ์ (Tactic).....	๒๒
๒. ภาพรวมของแผนปฏิบัติการ.....	๒๔
๒.๑ จุดประสงค์ (Aims)	๒๔
๒.๒ วิสัยทัศน์ (Vision statement)	๒๔
๒.๓ พันธกิจ (Mission statement).....	๒๕
๒.๔ ค่านิยมหลัก (Core Values)	๒๖
๒.๕ เป้าหมายและตัวชี้วัดรวม	๒๖
๒.๖ แผนย่อยภายใต้แผนปฏิบัติการ	๒๗
๒.๗ กระบวนการถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ	๒๘
แนวทางการพัฒนาที่ ๑ การพัฒนาและขยายต้นแบบการดำเนินการที่เป็นเลิศ	๒๙
แนวทางการพัฒนาที่ ๒ การสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต.....	๓๑
แนวทางการพัฒนาที่ ๓ การพัฒนาพลังเครือข่ายความร่วมมือ.....	๓๓
เอกสารอ้างอิง.....	๓๗
ภาคผนวก ๑ ประเด็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของไทย.....	๓๘
ภาคผนวก ๒ ผลการวิเคราะห์ประเด็น SWOT.....	๔๒
ภาคผนวก ๓ ผลการกำหนดกลยุทธ์.....	๔๕
ภาคผนวก ๔ ตัวแบบธุรกิจ (BMC : Business Model Canvas).....	๔๗

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพที่ ๑ สถิติการรับแจ้งกลุ่มคดีที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ร่างกาย พ.ศ. ๒๕๕๐ – ๒๕๖๕.....	๔
รูปภาพที่ ๒ ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V).....	๕
รูปภาพที่ ๓ ข้อมูลจำนวนบุคคลคลุ้มคลั่ง ที่ถูกนำส่งด้วยระบบ ๑๖๖๙	๖
รูปภาพที่ ๔ กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care)	๗
รูปภาพที่ ๕ ระบบ V-Care คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง.....	๘
รูปภาพที่ ๖ กระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ ๑๐ ขั้นตอน.....	๑๔
รูปภาพที่ ๗ ตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ในปัจจุบันของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้อง กับปัญหาสุขภาพจิตของไทย	๑๘
รูปภาพที่ ๘ ตัวแบบการจัดทำยุทธศาสตร์ ABC	๒๐
รูปภาพที่ ๙ ผลการใช้เครื่องมือ POSE และ BOSS ดำเนินการสร้างกลยุทธ์ และความริเริ่ม.....	๒๑
รูปภาพที่ ๑๐ ตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต หลังจากการจัดทำยุทธศาสตร์ความท้าทาย	๒๒
รูปภาพที่ ๑๑ แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Maps) ของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของไทย.....	๓๖

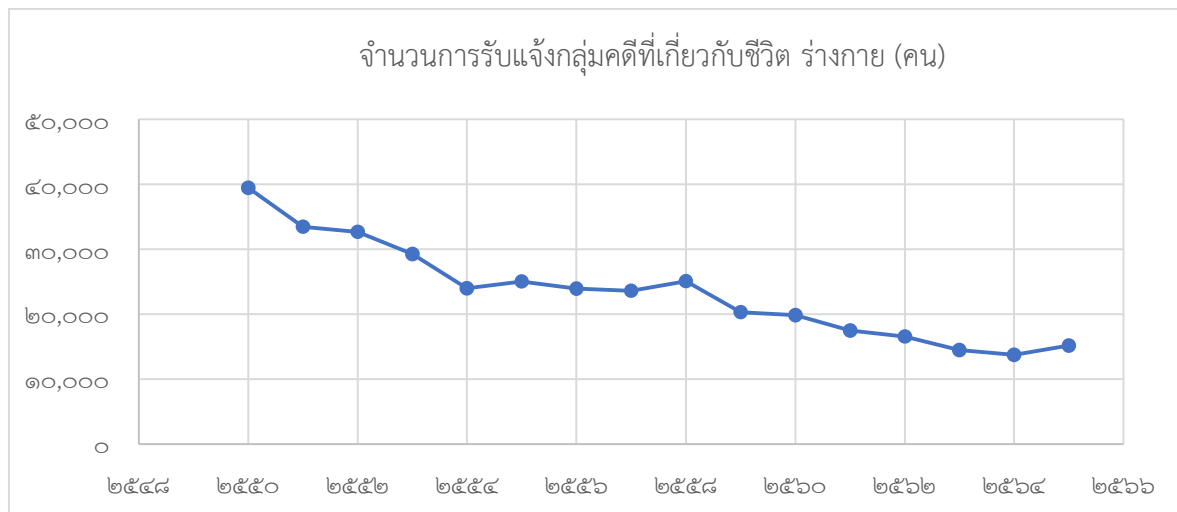
สาระสำคัญของ (ร่าง) แผนปฏิบัติการ ด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต (พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐)

๑. การประเมินสถานการณ์ ปัญหา และความจำเป็น

สถานการณ์ ปัญหา และความจำเป็นของแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต (พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐) มีดังนี้

๑.๑ การประเมินสถานการณ์และสภาพปัญหา

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับวิกฤติความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบที่มีความหลากหลายและความเข้มข้นมากขึ้น สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รวบรวมการรับแจ้งกลุ่มคดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญ รวมถึงคดีอาญาที่เป็นความผิดต่อชีวิต ร่างกาย และเพศ ซึ่งจากข้อมูลล่าสุดของการเก็บรวบรวมความรุนแรง^๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๖๕ พบว่าสังคมไทยมีจำนวนการรับแจ้งกลุ่มคดีที่เกี่ยวกับชีวิต ร่างกาย ลดลงอย่างต่อเนื่อง จนมาถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ข้อมูลพบว่าแนวโน้มจำนวนผู้กระทำความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น (รูปภาพที่ ๑) แสดงให้เห็นสถานการณ์ความรุนแรงที่มีการขยายตัวเพิ่มขึ้น เป็นปัญหาความรุนแรงในสังคมไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หลังการระบาดของโรคโควิด-๑๙ จนอาจจะกลายมาเป็นการระบาดความรุนแรงในสังคมไทยต่อเนื่องได้



รูปภาพที่ ๑ สถิติการรับแจ้งกลุ่มคดีที่เกี่ยวกับชีวิต ร่างกาย พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๖๕

จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ^๒ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) สะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๖ จำนวน ๔๓,๘๙๙ คน โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำนวน ๑๖,๓๘๑ คน และจากข้อมูลในระบบยังพบข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ร้อยละ ๗๐.๖ ที่ได้รับการติดตาม ดูแลเฝ้าระวัง ตามแนวทาง

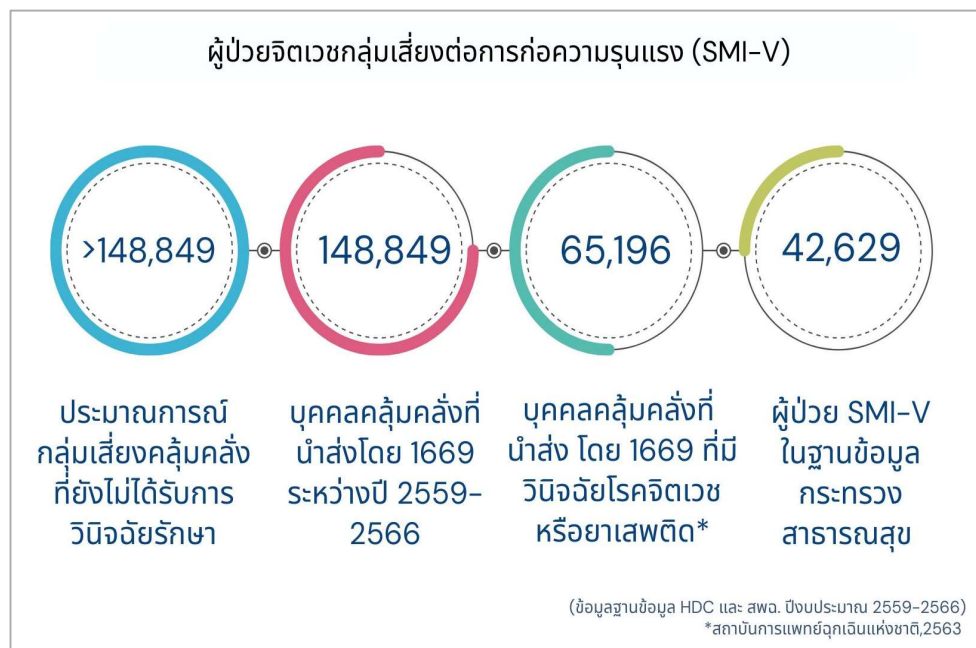
^๑ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

(https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?%2Fns0%2Fstatistics_and_indicators=&impt_branch=๓๑๐&page=๑)

^๒ที่มา : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php ข้อมูล ณ วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๗

ที่กำหนด (Workload) (ปีงบประมาณ ๒๕๖๗) โดยโรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วย SMI-V ๔ อันดับโรค ได้แก่ ๑. โรคความผิดปกติทางอารมณ์ ๒. โรคจิตเวชอื่น ๆ ๓. โรคจิตเภท และ ๔. โรคจิตเวหายาเสพติด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินมีผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ เช่น การดูแลตนเองการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น เป็นภาระโรคและความสูญเสียของสังคมไทย ซึ่งสามารถป้องกันแก้ไขได้หากมีระบบการดูแลที่ดี

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข^๓ พบกลุ่มบุคคลกลุ่มคลั่งที่นำส่งโดย ๑๖๖๙ ระหว่างปี (พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๖) มีทั้งสิ้น ๑๔๘,๘๔๙ ราย ในกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชหรือยาเสพติด จำนวน ๖๕,๑๙๖ ราย และเป็นผู้ป่วย SMI-V ในฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๔๒,๖๒๙ ราย หรือคิดเป็น ๒๘.๔ ต่อแสนประชากร (รูปภาพที่ ๒) และในรูปภาพที่ ๓ เป็นข้อมูลการนำส่งบุคคลกลุ่มคลั่งด้วยระบบ ๑๖๖๙ โดยปี พ.ศ. ๒๕๖๔ เพิ่มขึ้น ๙.๒ % (๒๑,๙๓๖ คน) ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ลดลง ๔.๒ % (๒๑,๐๐๖ คน) และในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ เพิ่มขึ้น ๘.๘ % (๒๒,๘๕๕ คน) แสดงให้เห็นถึงจำนวนของบุคคลกลุ่มคลั่งที่เพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าว ชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มสังคมไทยที่มีพฤติกรรมความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น



รูปภาพที่ ๒ ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

^๓ที่มา : HDC ของกระทรวงสาธารณสุข และ สพด. ปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๖

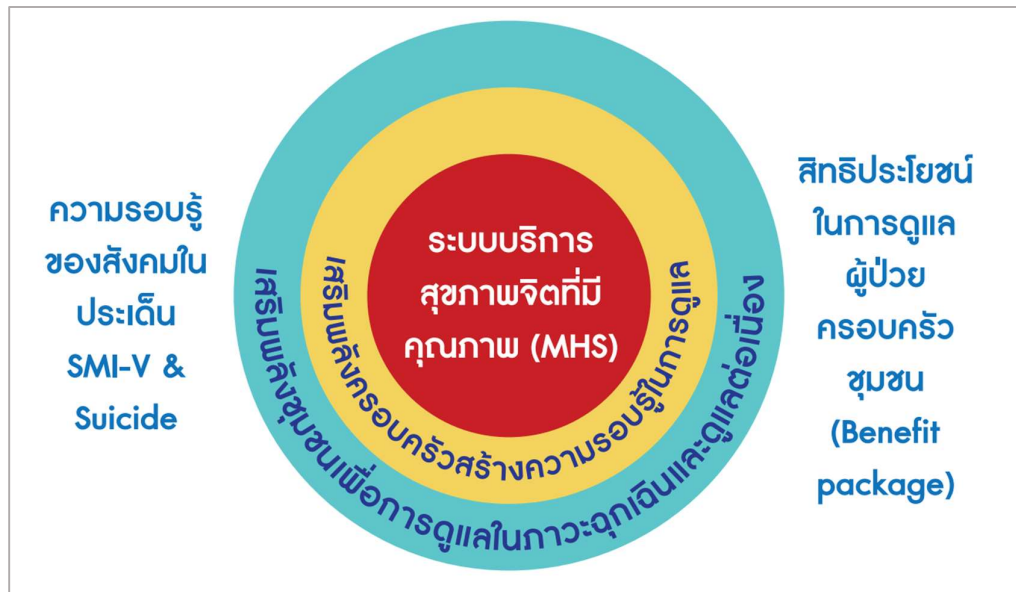


รูปภาพที่ ๓ ข้อมูลจำนวนบุคคลกลุ่มเสี่ยง ที่ถูกนำส่งด้วยระบบ ๑๖๖๙
ที่มา : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ณ ธันวาคม ๒๕๖๖

ความรุนแรงในสังคมไทยยังปรากฏในรูปของความรุนแรงที่มาจากช่องทางการสื่อสารและเทคโนโลยีสื่อใหม่ซึ่งมีความแพร่หลายและมีอิทธิพลอย่างมากในสังคม เช่น การสื่อสารเพื่อสร้างความเกลียดชัง (hate speech) และการระรานและข่มขู่ในโลกออนไลน์ (cyber bullying) อันส่งผลให้เกิดการแบ่งแยกกีดกันคุกคาม อับอาย และลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความรุนแรงถูกส่งผ่านและผลิตซ้ำผ่านช่องทางการโซเชียลมีเดียอย่างรวดเร็ว และความรุนแรงในสังคมไทยยังสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นของประชากรในประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์^๔ เผยแพร่ว่าสังคมไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ ๑๓ โดยอัตราสูงสุดอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (ร้อยละ ๗๙.๕ เป็นผู้ชาย) ส่วนอัตราการพยายามฆ่าตัวตายพบสูงสุดในวัยเรียน ช่วงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จำนวน ๒๒๔ ต่อแสนประชากร (ร้อยละ ๗๓.๒ เป็นผู้หญิง) และเมื่อปรับใช้ฐานข้อมูลระบบใหม่ ๓ ฐาน ได้แก่ ฐานข้อมูลของกระทรวงมหาดไทย ฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข และฐานข้อมูลศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ โดยไม่ได้อ้างอิงแค่จากใบมรณบัตรเท่านั้น ก็พบว่า ในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา มีอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ ๘.๘๑, ๘.๙๕ และ ๑๐.๐๘ ต่อแสนประชากรต่อปีตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขสถิติที่เพิ่มสูงขึ้นมากในระดับประเทศ นอกจากนี้ รายงานความสุขโลกปี ค.ศ. ๒๐๒๓ ยังย้ำว่าประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยความสุขของประชากรอยู่ในลำดับที่ ๖๐ ของโลก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยลดลงจาก ๕.๘๙๑ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔) เป็น ๕.๘๔๓ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๖)

จากปัญหาความรุนแรงในสังคมไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้มีการกำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญาสุขภาพจิต โดยมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง มีการจัดตั้งชุดปฏิบัติการประจำตำบล ชุมรักษา ความปลอดภัยหมู่บ้าน จัดเจ้าหน้าที่ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัด รักษาที่เหมาะสม รวมทั้งค้นหาและเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง

^๔ที่มา : ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (๒๕๖๕). ปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย ปี ๒๕๖๕.

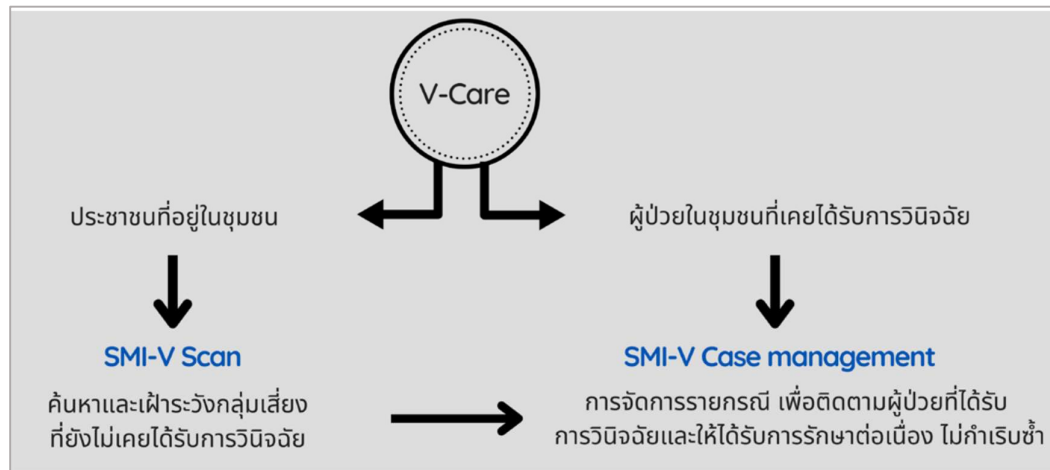


รูปภาพที่ ๔ กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care) ที่มา : มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. (๒๕๖๖). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิตมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง Severe Mental Illness – High Risk to Violence (V-Care) มุ่งเน้นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพด้วย นวัตกรรมดิจิทัลที่เข้าถึงง่าย โดยหน่วยงานในพื้นที่สามารถให้บริการประชาชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต เสริมพลังครอบครัว สร้างความรอบรู้ป้องกันปัญหา สุขภาพจิต เสริมพลังชุมชนเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพจิต และการเยียวยาจิตใจ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง ให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนอย่างเป็นระบบ ด้วยสิทธิประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ตามเป้าหมาย “ผู้ป่วย จิตเวชปลอดภัย สังคมไทยปลอดภัย” V-Care คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness High Risk to Violence) ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยสำเร็จ ๒ ประการ เพื่อควบคุมป้องกันความรุนแรง คือ ๑) การเฝ้าระวังและค้นหากลุ่มเสี่ยงพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก อาการยังไม่รุนแรง ทำให้สามารถควบคุมได้ง่ายและ ๒) การดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ V-Care จึงประกอบด้วย ๒ ระบบย่อยที่สำคัญ คือ

๑. **SMI-V Scan** หมายถึง การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง SMI-V โดยครอบครัว ชุมชน สังเกต พฤติกรรมเสี่ยงได้จาก ๕ สัญญาณเตือน ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง หากพบสัญญาณเตือน ๑ ข้อ ประชาชนสามารถแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ผู้นำชุมชน แนะนำเข้าสู่ระบบบริการ สถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อประเมินวินิจฉัยโรค และได้รับการดูแลตามโรคและสภาพปัญหารายบุคคล ข้อมูลจากการศึกษาของสถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติพบว่า ร้อยละ ๔๓.๘๐ ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่นำส่งโรงพยาบาลด้วยระบบ ๑๖๖๙ เป็นกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย SMI-V Scan จึงช่วยในการค้นหาและนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบดูแลรักษา ทั้งนี้ทุกครอบครัว ควรได้รับการเฝ้าระวัง ด้วย SMI-V Scan ปีละ ๑ ครั้ง ส่วนครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงควรถูกส่งต่อเข้ารับการเยียวยาจิตใจด้วย

๒. **SMI-V Case management** หมายถึง การจัดการรายกรณีหรือ Case management เป็นการใช้ข้อมูลผู้ป่วยร่วมกันทั้งประวัติการเจ็บป่วยที่อยู่อาศัยสิทธิการรักษา ปัญหาสังคม จิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น เพื่อวางแผนติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนตามสภาพปัญหาเฉพาะรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ป้องกันอาการกำเริบหรือก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น และเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ



รูปภาพที่ ๕ ระบบ V-Care คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง ที่มา : มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง.

(๒๕๖๖). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ในคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีการกำหนดบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง ดังนี้

๑. บทบาทของทีมสาธารณสุขระดับจังหวัด

- ๑) สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพผ่านคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด (service plan) เพื่อป้องกันปัญหาความรุนแรง
- ๒) บูรณาการประมวลกฎหมายยาเสพติด พรบ. สุขภาพจิต พรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชยาเสพติดฉุกเฉินในเขตสุขภาพ
- ๓) กำกับดูแลประสานงานทีมสาธารณสุขในพื้นที่ ร่วมกับเครือข่ายด้านความมั่นคง และด้านสังคม
- ๔) ติดตามกำกับผลการดำเนินงานของทีมจัดการรายกรณีเพื่อประเมินผลการดูแลต่อเนื่อง

๒. บทบาทของผู้จัดการรายกรณี (Case manager)

องค์ประกอบของทีมจัดการรายกรณี ประกอบด้วย ๑. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิและรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ๒. ผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมอหมาย ๓. ตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองในชุมชน

โดยผู้จัดการรายกรณี (case manager) เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ตั้งแต่วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยวางแผนการดูแลหลังจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน และประสานกับทีมจัดการรายกรณีเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน

บทบาทของทีมผู้จัดการรายกรณีในชุมชน มีดังนี้

- ๑) เป็นผู้ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อนจำหน่ายกลับชุมชนร่วมกับแผนกผู้ป่วยในของสถานพยาบาลทุกระดับ รวมทั้งประสานงาน ศูนย์คัดกรอง สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในจังหวัดร่วมกับทีมด้านสังคมและความมั่นคง
- ๒) รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และสภาพการณ์ต่าง ๆ และวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้เพื่อการส่งต่อ ติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน
- ๓) ร่วมประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกับ ทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลและปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแต่ละราย และให้มีความเหมาะสม ก่อนส่งผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลับไปอยู่ในชุมชน รวมถึงการพิจารณายุติการดูแลในระบบ V-Care เพื่อกลับไปดูแลตามระบบปกติเมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงลดลงตามเกณฑ์

ผู้จัดการข้อมูล หรือ Data manager หมายถึง คณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพปฐมภูมิได้แก่

- ๑) Data manager (DM) ระดับจังหวัด ได้แก่ ผู้ที่ประธานคณะกรรมการประสานงาน เพื่อบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิตระดับจังหวัดมอบหมาย หรือเป็นนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
- ๒) Data manager (DM) ระดับอำเภอ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ หรือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน
- ๓) Data manager (DM) ระดับตำบล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ หรือนักวิชาการสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๓. บทบาทของผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน/ฝ่ายปกครองในพื้นที่

- ๑) ค้นหาผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ได้แก่ ไม่หลับ ไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที้ยวหวาดระแวง (SMI-V Scan) หากพบอย่างน้อย ๑ สัญญาณเตือนให้แนะนำเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษา
- ๒) เพิ่มมาตรการชุมชนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงเกิดอาการคลุ้มคลั่ง กำหนด และนำมาตรการเชิงควบคุมมาปรับใช้ งดเหล้าในงานประเพณีจำกัดพื้นที่ดื่มเหล้า เช่น วัด สวนสาธารณะ เป็นต้น
- ๓) ส่งเสริมความรู้ของประชาชน เพื่อเฝ้าระวังและป้องกัน ความรุนแรง เช่น รมรงค์ประชาสัมพันธ์ ๕ สัญญาณเตือน (SMI-V Scan) มีเส้นทางนำส่งในชุมชน หมู่บ้าน และช่องทางให้คำปรึกษาเบอร์โทรฉุกเฉิน ของผู้นำชุมชน
- ๔) จัดตั้งทีมบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความรุนแรงในชุมชน ประกอบด้วย นายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สายตรวจตำรวจ อปพร. รพ.สต. อสม. หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน และชุมชนกำหนดแนวทางปฏิบัติแต่ละขั้นตอน เช่น การเตรียมการเข้าจุดเกิดเหตุ การเจรจา ไกล่เกลี่ย การประเมินความเสี่ยง การเข้าช่วยเหลือจำกัดพฤติกรรม การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการนำส่งผู้ป่วย
- ๕) ทำข้อตกลงกับหน่วยงานระดับอื่น ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือกรณีเกิน การควบคุม เช่น ตำรวจ หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ สถานพยาบาลใกล้เคียง และโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่
- ๖) ร่วมอำนวยความสะดวกในการนำส่ง เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา

๔. บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

- ๑) ค้นหาและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ทั้งผู้ป่วยจิตเวชเก่า และประชาชนทั่วไป จาก ๕ สัญญาณเตือน ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิด ฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง (SMI-V Scan)
- ๒) ให้คำแนะนำญาติและผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่ระบบบริการและได้รับ การวินิจฉัย
- ๓) ประสานการดูแลแบบบูรณาการ ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน >> รพ.สต. >> อบต./อปท.>> ชุมชน
- ๔) จัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช (Data Management) ภายใต้ว พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๒ มาตราที่๑๖ (๒) โดยกำหนดผู้รับผิดชอบประสานงาน ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
- ๕) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ ในฐานะ ผู้จัดการรายกรณีร่วมกับ หน่วยงานด้านสังคมและความมั่นคง โดยใช้ข้อมูล ผู้ป่วยร่วมกัน

๕. บทบาทของตำรวจ ๑๙๑

- ๑) ป้องกันอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด กรณีคลุ้มคลั่งในชุมชน ประชาชนแจ้งเหตุฉุกเฉิน ที่เบอร์ ๑๙๑
- ๒) ศูนย์รับแจ้งเหตุ ๑๙๑ ประสาน ๑๖๖๙ กรณีต้องการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกัน มีการคัดแยกระดับ ความฉุกเฉิน ผู้ป่วยวิกฤติสุขภาพจิตที่มีมาตรฐานเดียวกันทั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต และสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ๓) ตำรวจเป็นเจ้าพนักงานตาม พรบ.สุขภาพจิต ให้ดำเนินการนำตัวบุคคลคลุ้มคลั่งไปยังสถานพยาบาล ของรัฐ หรือ สถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการ เบื้องต้น โดยจะมีผู้รับดูแลไปด้วยหรือไม่ก็ได้
- ๔) ตำรวจวางแผนการช่วยเหลือ เช่น ติดตามผู้ป่วยในชุมชน เข้าถึงเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงสูง ต่อการฆ่าตัวตาย หรือการทำบันทึกข้อตกลงกับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลเบื้องต้น เพื่อให้ไม่ก่อเหตุ ความรุนแรงครั้งต่อไป

๖. บทบาทของหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙

- ๑) หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (BLS) ร่วมควบคุมสถานการณ์กับเจ้าหน้าที่ตำรวจประเมิน สถานการณ์ผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น
- ๒) หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (ALS) ประเมินและควบคุมสถานการณ์ในการเตรียมการรักษา และนำตัวผู้ป่วยส่งสถานพยาบาลใกล้เคียง

๗. บทบาทของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด

- ๑) ร่วมทีมเป็นผู้จัดการรายกรณีด้านสังคม โดยประสานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช จาก รพ.สต. เพื่อให้การดูแล ทางด้านสังคมและคุณภาพชีวิตและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเปราะบางในชุมชน
- ๒) เยี่ยมบ้านเพื่อให้การช่วยเหลือด้านสังคมและคุณภาพชีวิต โดยประสานตำรวจ/ฝ่ายปกครอง เพื่อดูแลความปลอดภัยในการลงพื้นที่
- ๓) ลงพื้นที่เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงและมีผู้ได้รับผลกระทบร่วมกับ อบต./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ ผู้นำชุมชน/ตำรวจ/ฝ่ายปกครอง/อสม./ครอบครัว/ ประชาชน/ญาติ/ผู้ร้องเรียน
- ๔) ร่วมประเมินสถานการณ์และกันผู้ไม่เกี่ยวข้องให้ห่างจากพื้นที่ที่ผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง เพื่อให้ตำรวจเข้าพื้นที่ เจริญต่อรอง
- ๕) ศูนย์ช่วยเหลือทางสังคมระดับตำบลเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในชุมชน จากญาติ/ครอบครัว/คนใกล้ชิดเพื่อ สอบถามผลกระทบความต้องการช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกให้ประชาชนในการเข้าถึง สวัสดิการสังคมอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

๘. บทบาทของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์

- ๑) ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ รพ.สต.
- ๒) จำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V ๑-๔)
- ๓) ให้การดูแลรักษาโรค และบูรณาการในพื้นที่ ระหว่างโรงพยาบาล>> รพ.สต. >> อบต. >> ชุมชน
- ๔) ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยม ร่วมกับ อบต./ผู้นำชุมชน/พมจ./ตำรวจ/อสม./ ครอบครัว/ญาติ
- ๕) สรุปรายงานผู้ป่วยที่นำเข้าสู่กระบวนการรักษา และผลการดำเนินงานการจัดการรายกรณีทุกรายในอำเภอที่รับผิดชอบ
- ๖) สรุปปัญหา/อุปสรรคและความต้องการสนับสนุน นำเสนอผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัดที่มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ

นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตยังได้มีการวางระบบติดตามและการประเมินผล ระบบติดตามและการประเมินผลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ด้วยโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ๔๓ แฟ้ม (SPECIAL PP) กระทรวงสาธารณสุข (Health data center : HDC) โดยมีรหัสการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในแฟ้ม SPECIALPP อีกด้วย

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยที่เพิ่มมากขึ้นยังเป็นปัญหาที่ต้องรับมืออย่างจริงจัง โดยให้มีการร่วมมือกันระหว่างรัฐบาล องค์กรที่เกี่ยวข้อง และสังคมทั้งหมด พร้อมทั้งการเสริมสร้างการตระหนักรู้ในประชาชนเองเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าวด้วย มติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖^๕ ได้มีข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับสถานการณ์ความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตในมิติที่ ๑ “ระบบสุขภาพจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง” ซึ่งมีกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) ในการที่จะพัฒนาระบบสุขภาพทางจิต ที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนและทุกระดับของสังคม อันครอบคลุมตั้งแต่การพัฒนาทักษะสุขภาพจิตส่วนบุคคล พฤติกรรม วิถีชีวิต การเฝ้าระวังรักษา ไปจนถึงการออกแบบและพัฒนานโยบายที่เป็นไปตามหลักสากล ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง และเอื้อต่อการมีสุขภาพทางจิตที่ดีสำหรับทุกคนในประเทศไทย โดยเน้นความร่วมมือกับจากทุกภาคส่วน

๑.๒ ความจำเป็นของแผนปฏิบัติการ

แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต (พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐) เป็นการดำเนินงานที่มีความสำคัญมากเนื่องจากสถานการณ์ที่ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและมีผลกระทบหลากหลายทั้งต่อบุคคล ชุมชน และสังคมโดยรวม การแก้ไขปัญหาเร่งด่วนนี้ต้องใช้แนวทางที่ครอบคลุมและประสานงานกันในระดับชาติ มีหลายแง่มุมเพื่อความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ การจัดทำแผนปฏิบัติการนี้ จึงเกิดจากความจำเป็นที่ต้องดำเนินการเพื่อใช้เป็นตัวเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ การทำความเข้าใจและการป้องกันปัญหาความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยงและสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ทุกคนในสังคม โดยมุ่งเน้นที่การควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในช่วงระยะเวลาที่กำหนด (พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐) ดังนี้

^๕ที่มา : สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖

(๑) ที่มาและความจำเป็นของแผนปฏิบัติการ

สถานการณ์ความรุนแรงอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งมีอัตราอยู่ที่ ๒๘.๔ ต่อแสนประชากร^๖ เพื่อลดความรุนแรงหรือภาวะอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวช และเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือต่อแนวโน้มปัญหาความรุนแรงของคนไทย และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงทั้งทางตรงและทางอ้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นต้องมีแผนปฏิบัติการฯ โดยการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข เพื่อที่ช่วยลดอัตราความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ในระยะเวลาที่กำหนด

(๒) วัตถุประสงค์หลัก

การควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ในช่วง พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐ เพื่อลดอัตราความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต

(๓) ผลกระทบทางสังคม

การควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต มีผลกระทบทางสังคมที่สำคัญ ต่อบุคคล ชุมชน และสังคมโดยรวม หากควบคุมและป้องกันได้จะช่วยสร้างสังคมที่มีความสงบสุขและมั่นคงมากยิ่งขึ้น ทำให้มีการเสริมสร้างความร่วมมือและความเข้มแข็งในชุมชนที่ทุกคนได้รับประโยชน์จากสุขภาพจิตที่ดีของผู้อื่น ๆ

(๔) ผลกระทบทางเศรษฐกิจ

การควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตมีผลกระทบทางเศรษฐกิจที่สำคัญ ต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวม ดังนี้

- ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ: โดยลดค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาและการซ่อมแซมจากการบาดเจ็บทางจิตใจ และลดการสูญเสียทางการทำงานและการผลิตที่เกิดขึ้นเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต
- ส่งเสริมสุขภาพจิตและผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับสุขภาพจิต: การเสริมสุขภาพจิตและป้องกันความรุนแรง อาจสร้างโอกาสทางธุรกิจใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เช่น ธุรกิจการแพทย์จิต การจัดการสถานที่ออกกำลังกายและการพัฒนาสมอง เป็นต้น
- เพิ่มผลผลิตและความสามารถในการทำงาน: การส่งเสริมสุขภาพจิตและลดความรุนแรงในสถานที่ทำงานสามารถเพิ่มผลผลิตและประสิทธิภาพในการทำงานได้ เนื่องจากมีพนักงานที่มีสุขภาพจิตดีและมีความสุขทำงาน
- ลดการขาดแคลนแรงงาน: การควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ช่วยลดการลาออกจากงานเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลให้ลดการขาดแคลนแรงงานและต้นทุนในการฝึกอบรมและสร้างความสามารถใหม่ให้กับพนักงาน
- ส่งเสริมการพัฒนาสังคม: การควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตส่งผลให้มีสังคมที่มีความสงบสุขและเข้มแข็งมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เพิ่มโอกาสในการลงทุน การพัฒนาสังคม และการเติบโตของเศรษฐกิจในระยะยาว

(๕) การวางแผนในระยะยาว

การมีแผนปฏิบัติการในระยะ พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐ ช่วยในการวางแผนทางนโยบายและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการลดอัตราความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว โดยการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต (พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐) ต้องมีขั้นตอนและแนวทางที่สำคัญ ดังนี้

^๖Health Date Centre (ข้อมูล ณ สิงหาคม ๒๕๖๖)

๑) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน

- การทำการวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับภาพรวมของสถานการณ์ปัจจุบันของการรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในประเทศ รวมถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดการรุนแรง ปัจจัยความเสี่ยง และผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสังคม เพื่อทราบข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการวางแผน

๒) การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์

- การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและเหมาะสมเพื่อลดระดับการรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต รวมถึงการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนเพื่อเสริมสร้างการดำเนินงาน

๓) การวางกลยุทธ์

- การวางแผนการดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ โดยรวมถึงการกำหนดกลยุทธ์ การเลือกวิธีการดำเนินการ และการวางแผนทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการ การสร้างความรับผิดชอบ และการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของสังคม

๔) การสร้างนโยบายและกฎหมาย

- การพัฒนานโยบายและกฎหมายที่สนับสนุนการควบคุมและป้องกันความรุนแรง รวมถึงการปรับปรุงนโยบายที่เข้มงวดเพื่อลดการละเมิดสิทธิและความเสี่ยงต่อสุขภาพจิต

๕) การสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กร

- การสร้างความเข้าใจและการเชื่อมโยงระหว่างผู้สนใจที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการสื่อสารที่เป็นประโยชน์และการสร้างชุมชนที่มีการสนับสนุน

๖) การวัดและประเมินผล

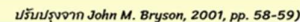
- การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้ทราบถึงความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น และนำข้อมูลดังกล่าวไปปรับปรุงแผนการดำเนินงานต่อไป

๑.๓ กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการ

การจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต (พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐) อาศัยกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์อยู่บนพื้นฐานของกรอบการวิเคราะห์ยุทธศาสตร์ (Strategic Framework) กรอบยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) (ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (เช่น ประเด็น (๑๓) การสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี) ความเชื่อมโยงห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๓ (หมายความว่าที่ ๔ ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง) แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) และระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) (แผนเชิงประเด็นมุ่งเน้น ๓ แผน ได้แก่ ๑. แผนสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน ๒. แผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ๓. แผนการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันและแก้ไขความรุนแรงในสังคม) แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) แห่งสหประชาชาติ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals- SDGs) แผนนโยบายรัฐบาล และแผนการปฏิบัตินโยบายระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) ของหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มาใช้เป็นทิศทางเชิงยุทธศาสตร์

แนวทางการวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Approach)

เพื่อให้ได้องค์ประกอบของยุทธศาสตร์ ตามกรอบเชิงยุทธศาสตร์ข้างต้น อาศัยการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต (พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐) ด้วยการวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ที่เป็นระบบ ซึ่งมีขั้นตอนตามกระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ ดังแสดงดังต่อไปนี้



ที่มา : ปรับปรุงจาก “Bryson. J. M., (๒๐๑๑). *Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations – A Guide to Strengthening and Sustaining Organizational Achievement*, pp. ๕๙-๕๙.

๑.๔ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (SWOT Analysis)

(๑) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน (Internal Environment Analysis)

ฉบับประกอบการประชุมปฏิบัติการฯ วันพฤหัสบดีที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๗

จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ แผนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลสืบค้นทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งสามารถสรุปแนวทางการวิเคราะห์ได้ ดังนี้

- Structure (โครงสร้าง) การควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต มีโครงสร้างการทำงาน หรือโครงสร้างการจัดงานในระดับต่าง ๆ เหมาะสมดีหรือไม่
- Strategy (กลยุทธ์) การควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต มีการกำหนดกลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์ที่ได้กำหนดทิศทางการทำงานไว้หรือไม่
- System (ระบบ) ระบบการทำงานของ การควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตเป็นอย่างไร มีจุดอ่อนหรือจุดแข็งอะไรบ้าง
- Skill (ความชำนาญ) บุคลากรของการดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตมีความเชี่ยวชาญ หรือชำนาญมากน้อยเพียงใด มีทักษะในการปฏิบัติงานเป็นที่ยอมรับหรือไม่
- Staff (บุคลากร) บุคลากรของการดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต มีความพร้อมมากน้อยเพียงใด และมีจำนวนเพียงพอหรือไม่
- Style (รูปแบบ) รูปแบบการบริหารของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตเป็นที่ยอมรับและมีประสิทธิภาพหรือไม่
- Shared Value (ค่านิยมร่วม) บุคลากรที่ทำงานด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต มีค่านิยมร่วม หรือไม่

(๒) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก (External Environment Analysis)

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต เพื่อนำผลการวิเคราะห์ไปใช้ในการระบุสถานการณ์ที่เป็นโอกาส (Opportunities) และภัยคุกคาม (Threats) ของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต โดยอาศัยกรอบการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกตามหลักการ PESTEL Model^๗, Porter's Five Forces Framework^๘ ซึ่งสามารถสรุปแนวทางการวิเคราะห์ได้ดังนี้

- P-Politics เป็นการวิเคราะห์สภาพทางการเมือง รวมทั้งกฎหมายและนโยบายทางการเมืองที่มีผลกระทบกับการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต
- E-Economics เป็นการวิเคราะห์สภาพการณ์และแนวโน้มทางเศรษฐกิจที่มีผลต่อการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต
- S-Social เป็นการวิเคราะห์สภาพการณ์และกระแสสังคมที่มีต่อการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต
- T-Technology เป็นการวิเคราะห์แนวโน้มของการพัฒนาด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต
- E-Environment เป็นการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติที่มีผลต่อการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต
- L-Legal เป็นการวิเคราะห์กฎระเบียบ กฎหมายต่าง ๆ ที่มีผลต่อการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต

^๗ Makos, J. and Makos, J., ๒๐๑๕. *An Overview of the PESTEL Framework*. [online] PESTLE Analysis. Available at: <<http://pestleanalysis.com/pestel-framework/>> [Accessed ๑ December ๒๐๑๕].

^๘ Porter, M.E. (January ๒๐๐๘) *The Five Competitive Forces That Shape Strategy*, Harvard Business Review.

(๓) ประเด็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต

จากการวิเคราะห์สถานการณ์สภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก จะได้ผลสี่ด้านแบ่งออกเป็นสภาพแวดล้อมภายในสองด้าน ได้แก่ จุดแข็ง (Strengths) และจุดอ่อน (Weaknesses) สภาพแวดล้อมภายนอกสองด้าน ได้แก่ โอกาส (Opportunities) และภัยคุกคาม (Threats) หรือเรียกว่า SWOT ซึ่งสามารถนำมากำหนดประเด็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต โดยประมวลผลจากข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) และข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) รวมทั้งประมวลผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ สรุปประเด็นปัจจัยเชิงยุทธศาสตร์ในแต่ละด้านได้ ๕๘ ประเด็น^๙ ประกอบด้วย ประเด็นจุดแข็ง ๑๗ ประเด็น ประเด็นจุดอ่อน ๑๘ ประเด็น ประเด็นโอกาส ๘ ประเด็น และประเด็นภัยคุกคาม ๑๕ ประเด็น รายละเอียดตามภาคผนวกที่ ๑

(๔) ผลการวิเคราะห์ SWOT

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตทั้งที่เป็นจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคาม ในทุก ๆ ประเด็น นำมาให้น้ำหนักความสำคัญว่าประเด็นใดมีความสำคัญมากที่สุดตามลำดับ โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและเครือข่ายที่ดำเนินการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทยเป็นผู้ประเมิน^{๑๐} พบว่าน้ำหนักคะแนนสูงสุด ๑๐ ลำดับแรกของประเด็นจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคาม ปรากฏตามภาคผนวกที่ ๒ โดยมีผลการวิเคราะห์สรุปได้ดังนี้

(๔.๑) ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC – Strategic Challenges)

ผลการวิเคราะห์ประเด็น SWOT ข้างต้น พบว่าการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต มีประเด็นความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC – Strategic Challenges) ที่มีลำดับความสำคัญสูง ๓ ลำดับแรก ทั้ง ๔ ด้าน รวมเป็น ๑๒ ประเด็นความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ ดังนี้

ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC) ด้านจุดแข็ง

ลำดับที่	ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC) ด้านจุดแข็ง	น้ำหนักผลกระทบ
๑	๐๑กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสุขภาพจิตมีมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ และชุมชนในระดับพื้นที่ รวมทั้งมีคู่มือแนวทางงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช	๓.๕๐%
๒	๑๐ชุมชนมีความเข้มแข็งในการร่วมกันควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ดำเนินการประสบผลสำเร็จ เป็นแบบอย่างกับชุมชนอื่น ๆ ได้ เช่น ๔ ทหารเสือของจังหวัดมหาสารคาม และเก้าเหลี่ยมเดลของจังหวัดนครสวรรค์ ชุมชนลุ่มรักษ์ เป็นต้น (Community-Based Treatment and Rehabilitation: CBTx)	๓.๑๔%
๓	๐๖ประเทศไทยมีหน่วยงานช่วยสนับสนุนการดำเนินงานในด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตหลายหน่วยงาน เช่น สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมราชทัณฑ์ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น	๓.๐๘%

^๙สรุปจากการทำวิจัยตามเทคนิคเดลฟาย (Delphi) รอบที่ ๑ และรอบที่ ๒

^{๑๐}สรุปจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำ (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต (พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐) ร่างที่ ๑ และรับฟังความคิดเห็นจากเครือข่าย (ล่าสุด : วันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๗)

ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC) ด้านจุดอ่อน

ลำดับ ที่	ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC) ด้านจุดอ่อน	น้ำหนัก ผลกระทบ
๑	๑๘บุคลากร เช่น จิตแพทย์และพยาบาลด้านจิตเวช มีจำนวนไม่เพียงพอไม่เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย	๖.๖๑%
๒	๑๓ระบบส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้ก่อความรุนแรง รวมทั้งการควบคุม social media ควรต้องมีการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น	๓.๔๗%
๓	๑๕การเข้าถึงการรักษามีน้อยมาก อาศัยอ่านจากอินเทอร์เน็ตเท่านั้น การประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลไม่มีความร่วมมือในการทำ Primary Prevention	๒.๙๘%

ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC) ด้านโอกาส

ลำดับ ที่	ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC) ด้านโอกาส	น้ำหนัก ผลกระทบ
๑	๒๕คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ กำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญาสุขภาพจิต โดยมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง จัดตั้งชุดปฏิบัติการประจำตำบล ชูตรวจความปลอดภัยหมู่บ้าน จัดเจ้าหน้าที่ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งค้นหาและเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง	๒.๐๓%
๒	๒๙เทคโนโลยีและนวัตกรรมในปัจจุบันมีความก้าวหน้า สามารถนำไปออกแบบระบบการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตได้ในหลายรูปแบบ	๑.๒๔%
๓	๒๗ประเทศไทยมีกฎหมายหลัก ได้แก่ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต และมีอนุบัญญัติตามพระราชบัญญัติฉบับนี้อีกมากมาย มุ่งหมายในการเสริมสร้าง ป้องกัน และการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต รวมทั้งมีกฎหมายสนับสนุนอื่น ๆ เช่น พระราชบัญญัติคนพิการ เป็นต้น	๑.๒๓%

ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC) ด้านภัยคุกคาม

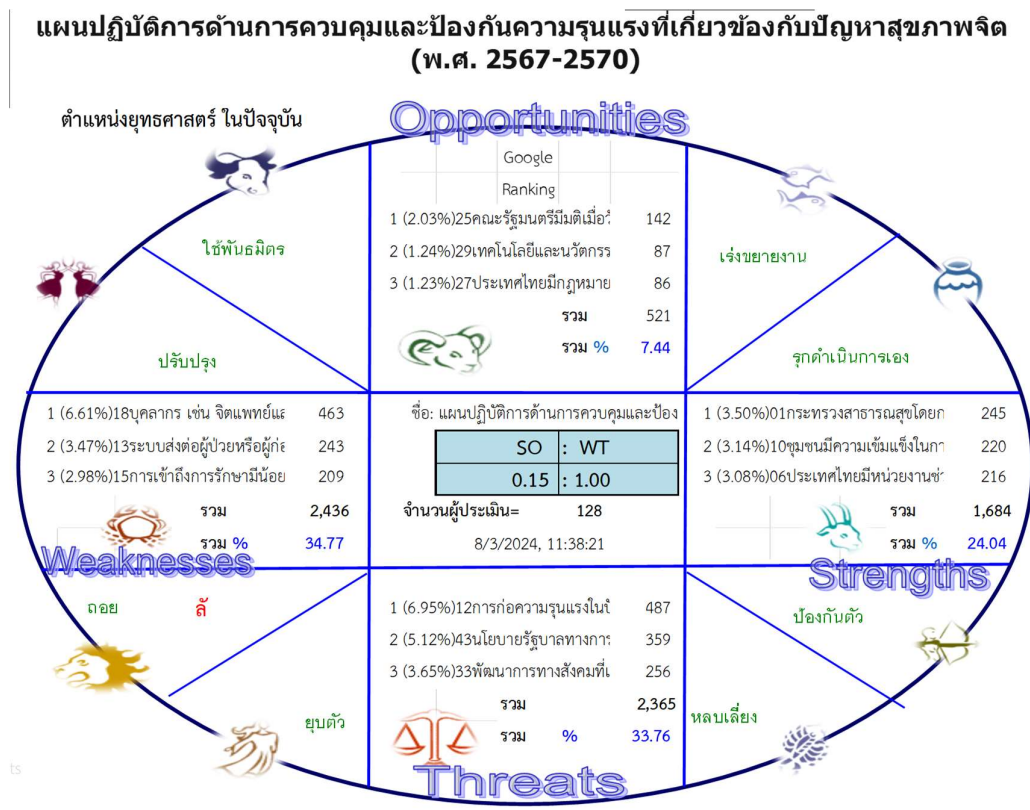
ลำดับ ที่	ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC) ด้านภัยคุกคาม	น้ำหนัก ผลกระทบ
๑	๑๒การก่อความรุนแรงในปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเวช สุรา สารเสพติดส่วนใหญ่มักพบสาเหตุจากผู้ป่วยขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มาพบแพทย์ตามนัด และผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่ รวมทั้งระบบการติดตามดูแลยังขาดความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับข้อมูลเครือข่ายในพื้นที่	๖.๙๕%
๒	๔๓นโยบายรัฐบาลทางการเมือง เช่น เรื่องกัญชาเสรี สุราเสรี มีผลกระทบต่อการดำเนินงานทั้งในส่วนของการบำบัดและการรักษาต่อไป	๕.๑๒%
๓	๓๓พัฒนาการทางสังคมที่เปลี่ยนไปเป็นครอบครัวเดี่ยว เลี้ยงลูกไม่ถูกทาง สังคมแยกตัว ครอบครัวอ่อนแอลง ผู้คนอยู่อย่างโดดเดี่ยวไม่มีที่พึ่งในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้มีแนวโน้มคุกคามในการเกิดความรุนแรงมากขึ้น	๓.๖๕%

(๔.๒) การวิเคราะห์ตำแหน่งทางยุทธศาสตร์

การจัดทำ (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต (พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐) ได้นำประเด็น SWOT ข้างต้น ไปดำเนินการวิเคราะห์และประเมินในกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเครือข่ายที่ดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต โดยได้น้ำหนักคะแนนในแต่ละประเด็น จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว สามารถนำมากำหนดตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ หรือ SP (Strategic Position) ของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ดังนี้

- ประเด็นจุดอ่อน มีน้ำหนักคะแนนรวมสูงสุด เป็นลำดับแรก จำนวน ๒,๔๓๖ คะแนน หรือ ร้อยละ ๓๔.๗๗ ของคะแนนทั้งหมด
- ประเด็นภัยคุกคาม มีน้ำหนักคะแนนรวมรองลงมาเป็นลำดับที่ ๒ จำนวน ๒,๓๖๕ คะแนน หรือ ร้อยละ ๓๓.๗๖ ของคะแนนทั้งหมด
- ประเด็นจุดแข็ง มีน้ำหนักคะแนนรวมรองลงมาเป็นลำดับที่ ๓ จำนวน ๑,๖๘๔ คะแนน หรือ ร้อยละ ๒๔.๐๔ ของคะแนนทั้งหมด
- ประเด็นโอกาส มีน้ำหนักคะแนนรวมรองลงมาเป็นลำดับที่ ๔ จำนวน ๕๒๑ คะแนน หรือร้อยละ ๗.๔๔ ของคะแนนทั้งหมด

ตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ หรือ SP - Strategic Position ในปัจจุบันของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ตกอยู่ในตำแหน่ง “รับ” โดยมีสัดส่วน SO:WT = ๐.๑๕ : ๑.๐๐ (ดังแสดงได้ในรูปภาพที่ ๗) ซึ่งมีความหมายว่าปัจจุบันการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของไทย มีความเสียเปรียบเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อปรับตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ให้อยู่ในตำแหน่งที่ได้เปรียบในอนาคต อาศัย “ตัวแบบการจัดทำยุทธศาสตร์ ABC” ดังแสดงในรูปภาพที่ ๘ จึงต้องกำหนดเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ด้วยการ “กำจัดจุดอ่อน” และการ “พลิกอุปสรรคเป็นโอกาส” หรือ “พลิกวิกฤต” ทำให้สามารถสร้างยุทธศาสตร์เชิงรุก และสร้างความได้เปรียบต่อไป



รูปภาพที่ ๗ ตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ในปัจจุบันของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของไทย

(ที่มา: ประเมินโดยกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเครือข่ายที่ดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ณ วันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๗)

(๔.๓) ความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงสำรวจจากการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเครือข่ายที่ดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ได้นำผลการสำรวจสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกไปใช้ในการวิเคราะห์ความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ (SA – Strategic Advantage) ของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต โดยมีสัดส่วน SO:WT = ๐.๑๕ : ๐.๐๐ ดังแสดงได้ในรูปภาพที่ ๗ ซึ่งจะได้นำมาดำเนินการปรับปรุง และจัดการความท้าทายต่าง ๆ เพื่อยกระดับความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ต่อไป

(๔.๔) กระบวนการวิเคราะห์สมรรถนะหลักเชิงยุทธศาสตร์

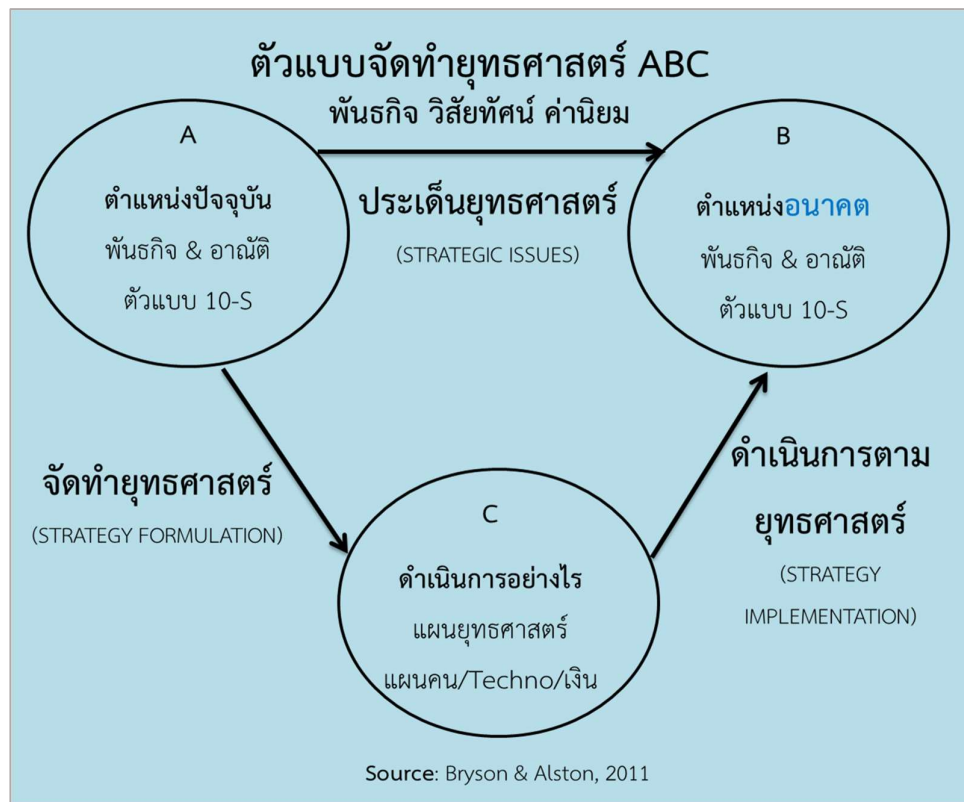
ที่ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเครือข่ายที่ดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ได้นำผลการสำรวจสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกไปใช้ในการระดมสมอง และพิจารณาทำสมรรถนะหลัก หรือ CC (CC - Core Competency) ของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต โดยอาศัยตัวแบบจัดทำยุทธศาสตร์ VRIO (Value – Rareness – Imitation – Organization) ในการวิเคราะห์ทรัพยากรสำคัญของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ดังนี้

ประเด็น/ทรัพยากร	Value	Rarity	Imitability	Organization	Core Competency
กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสุขภาพจิตมีมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ และชุมชนในระดับพื้นที่ รวมทั้งมีคู่มือแนวทางงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	สมรรถนะหลัก
ชุมชนมีความเข้มแข็งในการร่วมกันควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตดำเนินการประสบผลสำเร็จ เป็นแบบอย่างกับชุมชนอื่น ๆ ได้ เช่น ๔ ทหารเสือของจังหวัดมหาสารคาม และเก้าเหลี่ยมเดลของจังหวัดนครสวรรค์ ชุมชนล้อมรั้ว เป็นต้น (Community-Based Treatment and Rehabilitation: CBTx)	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	สมรรถนะหลัก
ประเทศไทยมีหน่วยงานช่วยสนับสนุนการดำเนินงานในด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตหลายหน่วยงาน เช่น สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมราชทัณฑ์ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	สมรรถนะหลัก

ที่ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเครือข่ายที่ดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ได้นำ CC ไปดำเนินการจัดการ SC ด้วย POSE/BOSS (“ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือ POSE - Philosophy Of Sufficient Economy และ “ยุทธศาสตร์น่านน้ำสีคราม” หรือ BOSS - Blue Ocean Strategy Scheme) และสามารถปรับ/ปรับปรุง/ยกระดับ SP และ SA ให้มีความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ที่มีความพร้อมสูงในการไปสู่อนาคตระยะยาว ด้วยความมั่นใจ

(๔.๕) กระบวนการปรับตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์และสร้างรายได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์

ที่ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเครือข่ายของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ได้นำผลการสำรวจทั้งสองประการไปใช้ในการระดมสมอง และพิจารณาสรรณะหลักของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต โดยอาศัยตัวแบบจัดทำยุทธศาสตร์ ABC ดังแสดงได้ในรูปภาพที่ ๘ และใช้เครื่องมือ POSE และ BOSS ดำเนินการสร้างกลยุทธ์ (Tactics) และความริเริ่ม (Initiatives) ต่าง ๆ เพื่อมุ่งจัดการความท้าทายต่าง ๆ รวมทั้งปัญหา หรือ pain points ต่าง ๆ รวมทั้งการเสนอนวัตกรรมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างกระฉับ ดังแสดงได้ในรูปภาพที่ ๙ และพลิกโฉมการดำเนินงาน ซึ่งสามารถปรับสัดส่วน SO : WT = ๐.๑๕ : ๑.๐๐ ดังแสดงได้ในรูปภาพที่ ๕ ไปเป็น SO : WT = ๓.๕๓ : ๑.๐๐ ดังแสดงได้ในรูปภาพที่ ๑๐



รูปภาพที่ ๘ ตัวแบบการจัดทำยุทธศาสตร์ ABC



ตำแหน่งยุทธศาสตร์ ที่ท้าทายสู่อนาคต



รูปภาพที่ ๑๐ ตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต
หลังจากการจัดการความท้าทาย

(๔.๖) กลยุทธ์ (Tactic)

ผลของการระดมความคิดเห็นจากที่ประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ในการกำหนดกลยุทธ์จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยอาศัยแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง หรือ POSE (Philosophy of Sufficient Economy) และหลักยุทธศาสตร์น่านน้ำสีคราม หรือ BOSS (Blue Ocean Strategy Scheme) สรุป การกำหนดกลยุทธ์ ได้ดังนี้

๑. จัดการแก้ไขและติดตามปัญหาและสารเสพติด โรคจิตเวชและพฤติกรรมรุนแรง
 - ๑.๑ เร่งรัดจัดการปัญหาสารเสพติด
 - ๑.๒ ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
 - ๑.๓ บังคับใช้กฎหมายการควบคุม รักษา และบำบัด
 - ๑.๔ ส่งเสริมสวัสดิการ และการสร้างอาชีพให้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการรักษาหายแล้ว
๒. พัฒนาและขยายผลต้นแบบการดำเนินงาน
 - ๒.๑ พัฒนาและขยายต้นแบบการดำเนินงาน
 - ๒.๒ ขยายต้นแบบ Fast Track ของผู้ป่วยจิตเวช
 - ๒.๓ ขยาย Mobile Clinic
 - ๒.๔ เร่งรัดให้มีการใช้ต้นแบบ"เก้าอี้โมเดล" หรือต้นแบบตามบริบทของพื้นที่
๓. เพิ่มศักยภาพผู้นำชุมชน และอาสาสมัครเพิ่มศักยภาพผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร
 - ๓.๑ เพิ่มศักยภาพผู้นำชุมชน
 - ๓.๒ สร้างอาสาจิตแพทย์ชุมชน

- ๓.๓ ใช้กลไก พชอ. ช่วยขับเคลื่อนงาน โดยเลือกสุขภาพจิต และยาเสพติดเป็นประเด็นสำคัญ
- ๓.๔ มอบหมายให้ผู้ใหญ่บ้านดูแลลูกบ้าน
- ๓.๕ สนับสนุนให้บัณฑิตศึกษา เป็นอาสาสมัครเพื่อดำเนินการในบางเรื่อง
- ๔. พัฒนาระบบการทำงานแบบบูรณาการ**
 - ๔.๑ พัฒนาระบบการทำงานแบบบูรณาการ
 - ๔.๒ ปรับปรุง และพัฒนาระบบบูรณาการหน่วยงานที่ดำเนินการในด้านสุขภาพจิต
 - ๔.๓ จัดทำระบบดูแลสุขภาพจิตในองค์กร
 - ๔.๔ สร้างระบบที่ทำให้ผู้รับบริการไว้วางใจ ระหว่างผู้ดูแล และผู้ป่วย ในระหว่างรับการรักษา เน้นทำงานเชิงรุก และต่อเนื่อง โดยร่วมกับโรงพยาบาลทั่วประเทศ
- ๕. เสริมสร้างแรงจูงใจบุคลากร และอาสาสมัคร**
 - ๕.๑ เสริมสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน
 - ๕.๒ เสริมสร้างแรงจูงใจให้กับอาสาสมัคร
 - ๕.๓ สนับสนุนแรงจูงใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิต
- ๖. พัฒนาโครงสร้าง และอัตรากำลัง เชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง**
 - ๖.๑ พัฒนาโครงสร้าง และอัตรากำลังในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - ๖.๒ จัดโครงสร้างอัตรากำลังให้มีความเหมาะสมกับองค์กร
- ๗. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการดำเนินงาน**
 - ๗.๑ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่รูปแบบต่าง ๆ มาใช้ในการดำเนินงาน
 - ๗.๒ นำ AI มาช่วยในขั้นตอนที่ไม่จำเป็นต้องใช้คน
 - ๗.๓ สนับสนุนการใช้ Telemedicine และ Telepsychiatry ในการรักษา
- ๘. ขยายแหล่งบริการการให้บริการ และหน่วยปฏิบัติการ**
 - ๘.๑ ขยายศูนย์บริการการให้บริการ และหน่วยปฏิบัติการ
 - ๘.๒ สนับสนุนให้มีการขยายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดในชุมชน โดยอาศัยกลไกศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่บูรณาการด้านจิตใจ และ CBTx
 - ๘.๓ ส่งเสริมให้มีศูนย์ปฏิบัติการอำนวยการ Crisis Rapid Response System ด้านสุขภาพจิต
 - ๘.๔ สนับสนุนให้สถานประกอบการมีการตรวจสุขภาพกายคู่กับสุขภาพจิต
 - ๘.๕ ส่งเสริมระบบดูแลสุขภาพจิตในองค์กร (Happy Home & Happy Workplace)
- ๙. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา**
 - ๙.๑ จัดให้มีแหล่งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการทำวิจัย และพัฒนางานด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงจากปัญหาสุขภาพจิต
 - ๙.๒ ส่งเสริมการวิจัย และพัฒนา รวบรวมฐานข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ความร่วมมือร่วมกับเครือข่าย เช่น สถาบันการศึกษา
 - ๙.๓ ส่งเสริมการใช้ข้อมูลด้านสาธารณสุขในการระบุกลุ่มเสี่ยง เพื่อใช้ในการตัดสินใจในพื้นที่ ที่ครอบคลุมความปลอดภัยทางสุขภาพจิตด้วย
 - ๙.๔ ศึกษาต้นทุน ค่าใช้จ่ายในการรักษา
- ๑๐. เสริมสร้างความรู้ความตระหนักและพฤติกรรมที่พึงประสงค์**
 - ๑๐.๑ สร้างภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็งให้กับเด็ก มีพฤติกรรมที่รับผิดชอบต่อสังคม พึ่งพาตนเองได้ โดยร่วมมือระหว่างครอบครัว โรงเรียน และชุมชน
 - ๑๐.๒ การส่งเสริม สร้างความรอบรู้ (MHL) ๕ สัญญาณเตือน ต่อการก่อความรุนแรง และภูมิคุ้มกัน

๑๐.๓ สร้างความเชื่อ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

๑๐.๔ สร้างความตระหนักรู้ ตั้งแต่วัยเด็ก เรื่องการป่วย รวมทั้งการใส่ใจ และความร่วมมือในการรักษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

๑๐.๕ สร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา และรับการรักษาอย่างต่อเนื่องให้กับผู้ป่วย เช่น การบริหารจัดการมียา ให้มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต การกินยาจะสร้างคุณค่าให้กับผู้ป่วย

๑๐.๖ ส่งเสริมกระบวนการเป็นพ่อแม่ที่ดี ผ่านศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มุ่งกระบวนการสร้างคนคุณภาพ จิตวิทยาเชิงบวก วินัยเชิงบวก นำไปเป็นผลงานบรรจุใน Portfolio ของเด็ก

๒. ภาพรวมของแผนปฏิบัติการ

ผลการวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ โดยการจัดการความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ และการกำหนดกลยุทธ์ด้วยการสังเคราะห์ข้อมูล และการระดมความคิดเห็นจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้มีการกำหนดสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต (พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐) ได้แก่ **วิสัยทัศน์** ซึ่งเป็นทิศทางหรือเข็มมุ่งสู่อนาคต **พันธกิจ** ซึ่งเป็นขอบเขตการดำเนินการที่สำคัญ **แนวทางการพัฒนา** ซึ่งเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนพันธกิจไปสู่วิสัยทัศน์ และ**ค่านิยมหลัก**ที่สะท้อนอัตลักษณ์และบริบทของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของไทย โดยสรุปได้ ดังนี้

๒.๑ จุดประสงค์ (Aims)

แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต (พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐) จัดทำขึ้นเพื่อเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตที่มีอยู่ในสังคม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและสังคมของประเทศไทยและในหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ นี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันจากทุกภาคส่วน เน้นการทำงานร่วมกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับภาค รัฐ ภาคประชาสังคม และเอกชน เพื่อให้มีผลสัมฤทธิ์ในการลดอัตราความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต และเพิ่มความมั่นคงด้านสุขภาพจิตของประชากร อีกทั้งแผนปฏิบัติการนี้จะใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินการ เป็นเครื่องมือทางการบริหารและการจัดการของผู้บริหารองค์กร ผู้นำองค์กร ภาคีเครือข่าย ภาคส่วนต่าง ๆ และประชาชน ในการมุ่งไปในทิศทางของการดำเนินงานร่วมกันอย่างบูรณาการ สู่การบรรลุวิสัยทัศน์ และเป้าหมายร่วมกัน พร้อมทั้งส่งเสริมให้มีส่วนร่วมกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ อันก่อให้เกิดความคุ้มค่า มีคุณธรรม ตามครรลองของนิติธรรมต่อไป

๒.๒ วิสัยทัศน์ (Vision statement)

"ประเทศไทยเป็นสังคมที่มีความเข้มแข็งในการลดความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ด้วยการสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพจิตของประชากร อย่างมีประสิทธิภาพในระดับนานาชาติ"

"Thailand is a resilient society, diminishing mental health-related violence, through effective support and promotion of mental well-being among its populace, resonating powerfully on an international scale."

คำอธิบายวิสัยทัศน์

วิสัยทัศน์ข้างต้น แสดงถึงความมุ่งมั่นของประเทศไทยที่ต้องการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมที่มีพลังและร่วมมือกันอย่างเข้มแข็งและสนับสนุน โดยเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้การปรับปรุงและ

ส่งเสริมสุขภาพจิต ทำให้สามารถลดการรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายที่จะตั้งเกณฑ์มาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ โดยมีจุดมุ่งหมาย (Goals) ดังนี้

๑. เพื่อให้สังคมแข็งแรงและร่วมมือ: วัดจากการเพิ่มโอกาสให้กับประชาชนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์และความร่วมมือในสังคม
๒. เพื่อสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย: วัดจากการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การสร้างพื้นที่สาธารณะที่เหมาะสมสำหรับกิจกรรมทางสุขภาพจิต
๓. เพื่อลดความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต: วัดจากการลดความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต โดยใช้ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถิติการลงโทษในคดีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต
๔. เพื่อสร้างมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ: วัดจากการเป็นตัวอย่างในการดำเนินงานที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการร่วมมือกับองค์กรระดับนานาชาติในด้านสุขภาพจิต

จุดมุ่งหมายเหล่านี้จะช่วยให้เรารู้ว่าเรากำลังไปในทิศทางที่ถูกต้องและสามารถปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของสังคมและส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ดัชนีชี้วัด:

๑. จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมที่สนับสนุนความร่วมมือและความเข้มแข็งในสังคม เช่น การสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและองค์กรในสังคม
๒. จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมที่สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย วัดจากการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การพัฒนาสถานที่สาธารณะที่เหมาะสมสำหรับกิจกรรมที่สร้างสุขภาพจิต
๓. อัตราการเกิดคดีความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต โดยใช้ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถิติการลงโทษในคดีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต
๔. จำนวนตัวอย่างในการดำเนินงานที่เชื่อถือได้และได้รับการยอมรับในสากล เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการร่วมมือกับองค์กรระดับนานาชาติในด้านสุขภาพจิต

โดยการกำหนดดัชนีชี้วัดเหล่านี้จะช่วยให้สามารถติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาแผนการทำงานให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๓ พันธกิจ (Mission statement)

“ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักเรื่องสุขภาพจิตและความรุนแรง พัฒนานโยบาย และกฎหมาย สร้างเสริมสุขภาพจิต ปรับปรุงระบบบริการสุขภาพจิต และสร้างพื้นที่ปลอดภัย บนพื้นฐานของการร่วมมือของภาคส่วนเกี่ยวข้อง”

"Promote awareness, understanding, and consciousness regarding mental health and violence, develop policies and laws, enhance mental health, improve mental health service systems, and create safe spaces based on collaboration among relevant sectors."

โดยมีภารกิจหลัก ดังนี้

- ๑) เพิ่มความตระหนักและการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและความรุนแรง โดยการแพร่กระจายข้อมูลเพื่อเพิ่มการเข้าใจในปัญหาสุขภาพจิตและความรุนแรงที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นที่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง
- ๒) พัฒนานโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต เช่น การสนับสนุนการกำหนดกฎหมายเพื่อป้องกันความรุนแรงในครอบครัวหรือในสถานที่ทำงาน
- ๓) ส่งเสริมสุขภาพจิตและความเข้าใจทางสังคม โดยการสนับสนุนกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตและการเข้าใจทางสังคม
- ๔) พัฒนาและปรับปรุงระบบบริการสุขภาพจิตเพื่อให้เป็นมาตรฐานและมีคุณภาพ
- ๕) สนับสนุนการวิจัยเพื่อเข้าใจหลักการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและการพัฒนาวิธีการป้องกันและการรักษา
- ๖) สร้างพื้นที่ที่ปลอดภัยและสนับสนุนให้ผู้ที่มีความเดือดร้อนหรือรุนแรงมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับการฟื้นฟูและช่วยเหลือ
- ๗) สนับสนุนการเชื่อมโยงระหว่างบริการต่าง ๆ เช่น บริการสุขภาพจิต บริการทางกฎหมาย และบริการสังคม เพื่อให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและความรุนแรงที่เกี่ยวข้อง
- ๘) ส่งเสริมการร่วมมือระหว่างส่วนราชการ องค์กรเอกชน และองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร

๒.๔ ค่านิยมหลัก (Core Values)

คุณค่าหลัก (Core Values) ที่การดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ยึดถือเป็นวิถีชีวิตในการดำเนินงานร่วมกัน (Shared value) ได้แก่ “(CARE)”^๒

C = Collaboration & Community-led approach มุ่งเน้นความร่วมมือร่วมใจ โดยชุมชนนำ

A = Altruism & Advocacy การดำเนินงานด้วยความเอื้อเฟื้อและความเห็นใจต่อผู้อื่น

R = Relationships & Respect มุ่งสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การยอมรับกัน เคารพและยอมรับในความแตกต่าง

E = Ecosystem & Empowerment มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี ความไว้วางใจและมอบอำนาจจัดการ

๒.๕ เป้าหมายและตัวชี้วัดรวม

เป้าหมาย: อัตราความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในประชากรในปี พ.ศ. ๒๕๗๐ ไม่เกิน ๒๐.๐ ต่อแสนประชากร

ตัวชี้วัด:

๑. อัตราความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในประชากรในปี พ.ศ. ๒๕๗๐ (ต่อแสนประชากร)
๒. จำนวนโครงการหรือกิจกรรมที่เป็นการป้องกันและลดความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในปี พ.ศ. ๒๕๗๐
๓. ความสำเร็จในการใช้นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในปี พ.ศ. ๒๕๗๐

๒.๖ แผนย่อยภายใต้แผนปฏิบัติการ

ในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ เป้าหมายและตัวชี้วัด ตามที่ตั้งไว้ ต้องมีการดำเนินงานตามแผนย่อยฯ ซึ่งเป็นแนวทางการพัฒนา รวม ๓ แนวทาง ดังนี้

๑) การพัฒนาและขยายต้นแบบการดำเนินการที่เป็นเลิศ

โดยการส่งเสริมการพัฒนาและการนำต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันและลดความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตมาพัฒนาและขยายออกไปในสถานที่ ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย โดยอาศัยการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ในการส่งเสริมและขับเคลื่อน

๒) การสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

โดยสร้างระบบนิเวศที่เชื่อมโยงและร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และส่งเสริมการใช้ข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการและการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า เน้นการให้ความสำคัญของการสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรและปลอดภัยสำหรับทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นเป้าหมายของความรุนแรงทางสังคมหรือความเสี่ยงต่อสุขภาพจิต ซึ่งการพัฒนาระบบนิเวศฯ นี้ มีหลายส่วนประกอบ แต่สำหรับแผนย่อยภายใต้แผนปฏิบัติการนี้ จะมุ่งเน้นหรือให้ความสำคัญกับ ๓ องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ “ครอบครัว ชุมชน และด่านระบบสุขภาพ (gatekeeper)” โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบนิเวศฯ ดังนี้

- ระบบบริการสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้: มีระบบบริการสุขภาพจิตที่ประชาชนเข้าถึงได้ มีความพร้อมใช้งาน ซึ่งรวมถึงบริการต่าง ๆ เช่น การให้คำปรึกษา การบำบัด การรักษาทางจิตเวช และการแทรกแซงในภาวะวิกฤติ
- การสร้างครอบครัวอบอุ่น: ครอบครัวเป็นรากฐานของการสนับสนุนความเข้าใจ และการเสริมสร้างศักยภาพสำหรับบุคคลที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิต ด้วยการส่งเสริมพลวัตเชิงบวกของครอบครัว ส่งเสริมความตระหนักรู้และการศึกษา และสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้และมีคุณภาพ
- การลดการตีตราและให้การศึกษา: การจัดการกับการตีตราและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตผ่านแคมเปญการให้ความรู้และการสร้างความตระหนักรู้ ส่งเสริมความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ และการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมของประชาชนให้มีความรับผิดชอบต่องสังคม
- การทำงานร่วมกันระหว่างสุขภาพจิตและการบังคับใช้กฎหมาย: การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย เพื่อสามารถปรับปรุงให้ตอบสนองต่อภาวะวิกฤติและการลดระดับความรุนแรง สนับสนุนการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายในการรับรู้และตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพจิต
- การวิจัยและการรวบรวมข้อมูล: การวิจัยอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพจิตกับความรุนแรง รวมถึงการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความชุก ปัจจัยเสี่ยง และการแทรกแซงที่มีประสิทธิผล ซึ่งจำเป็นสำหรับการปรับปรุงนโยบายและแนวปฏิบัติที่มุ่งป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต
- จัดให้มีที่อยู่อาศัยและบริการสังคม: การจัดหาที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ความช่วยเหลือด้านการจ้างงาน และบริการทางสังคมสำหรับบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เพื่อสามารถช่วยจัดการกับปัจจัยเบื้องหลังที่ก่อให้เกิดความรุนแรง เช่น การไร้ที่อยู่และการแยกตัวออกจากสังคม

๓) การพัฒนาพลังเครือข่ายความร่วมมือ

โดยการกระตุ้นการสร้างพลังเครือข่ายความร่วมมือ และสนับสนุนการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง เน้นการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนที่แข็งแกร่งภายใน

ชุมชน รวมถึงกลุ่มสนับสนุนองค์กรในชุมชน ที่สามารถจัดหาทรัพยากรที่มีคุณค่าและการให้กำลังใจสำหรับบุคคลที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต เพื่อลดความรู้สึกแปลกแยกและความสิ้นหวังที่อาจนำไปสู่ความรุนแรง

การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ข้างต้นจะช่วยสนับสนุนการบรรลุวิสัยทัศน์ของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

๒.๗ กระบวนการถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ

การถ่ายทอดยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ อยู่บนพื้นฐานของแผนยุทธศาสตร์ที่แสดงจุดมุ่งหมายทั้งในระยะยาวและระยะสั้น รวมทั้งการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (strategic objective) เป็นรูปธรรมที่สามารถวัดได้อย่างเป็นวัตถุ และมีตัวชี้วัดที่มีกลยุทธ์ขับเคลื่อนให้เกิดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งอาจใช้วิธีการเขียนจุดมุ่งหมายในลักษณะแผนที่ยุทธศาสตร์ (strategy map) บนพื้นฐานของบัตรคะแนนสมดุล (Balanced Scorecard – BSC) ซึ่งมี ๔ มิติ คือ ประสิทธิภาพตามพันธกิจ คุณภาพบริการ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และการพัฒนาองค์กร ซึ่งความสัมพันธ์ของวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ตามมิติของ BSC คือ แผนที่ยุทธศาสตร์ (strategy map) กรอบยุทธศาสตร์ที่ได้มีการกำหนดขึ้นนี้ เป็นแผนระยะ ๕ ปี มีการกำหนดค่าเป้าหมายของเป้าประสงค์ในระยะ ๕ ปี ซึ่งต้องมีรายละเอียดเป็นรายปี

แนวทางการพัฒนาที่ ๑ การพัฒนาและขยายต้นแบบการดำเนินการที่เป็นเลิศ

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย				กลยุทธ์
				๖๗	๖๘	๖๙	๗๐	
ประสิทธิผล	ประเทศไทยมีการควบคุม และป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตทั่วประเทศ จากขยายผลตามต้นแบบ	ร้อยละของอำเภอที่มีการดำเนินงานจากการขยายต้นแบบ	ร้อยละ	๒๕	๕๐	๗๕	๑๐๐	๒. พัฒนาและขยายผลต้นแบบการดำเนินงาน ๒.๑ พัฒนาและขยายต้นแบบการดำเนินงาน ๒.๒ ขยายต้นแบบ Fast Track ของผู้ป่วยจิตเวช ๒.๓ ขยาย Mobile Clinic ๒.๔ เร่งรัดให้มีการใช้ต้นแบบ"เก้าอี้วโมเดล" หรือต้นแบบตามบริบทของพื้นที่
คุณภาพบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการได้รับบริการทั่วถึง	ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงระบบบริการที่เพิ่มขึ้น	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๘. ขยายแหล่งบริการการให้บริการ และหน่วยปฏิบัติการ ๘.๑ ขยายศูนย์บริการการให้บริการ และหน่วยปฏิบัติการ ๘.๒ สนับสนุนให้มีการขยายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดในชุมชน โดยอาศัยกลไกศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่บูรณาการด้านจิตใจ และ CBTx ๘.๓ ส่งเสริมให้มีศูนย์ปฏิบัติการอำนวยการ Crisis Rapid Response System ด้านสุขภาพจิต ๘.๔ สนับสนุนให้สถานประกอบการมีการตรวจสุขภาพกายคู่กับสุขภาพจิต ๘.๕ ส่งเสริมระบบดูแลสุขภาพจิตในองค์กร (Happy Home & Happy Workplace)
ประสิทธิภาพ	มีระบบที่มีประสิทธิภาพที่ใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านต้นแบบที่เป็นเลิศ	ระดับความสำเร็จของระบบที่มีประสิทธิภาพที่ใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านต้นแบบที่เป็นเลิศ	ระดับ (๑-๕)	๒	๓	๔	๕	๗. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการดำเนินงาน ๗.๒ นำ AI มาช่วยในขั้นตอนที่ไม่จำเป็นต้องใช้คน ๗.๓ สนับสนุนการใช้ Telemedicine และ Telepsychiatry ในการรักษา
การพัฒนาองค์การ	บุคลากรของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (บุคลากร อาสาสมัคร และผู้ดูแลผู้ป่วย) มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ร้อยละของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีการเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๕. เสริมสร้างแรงจูงใจบุคลากร และอาสาสมัคร ๕.๑ เสริมสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ๕.๒ เสริมสร้างแรงจูงใจให้กับอาสาสมัคร ๕.๓ สนับสนุนแรงจูงใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิต

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย				กลยุทธ์
				๖๗	๖๘	๖๙	๗๐	
	มีเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต	ร้อยละของหน่วยงานเครือข่าย* ที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการควบคุม และป้องกันปัญหาความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต (*นอกระบบสาธารณสุข)	ร้อยละ	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๗. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการดำเนินงาน ๗.๑ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่รูปแบบต่าง ๆ มาใช้ในการดำเนินงาน

ตัวอย่างโครงการสำคัญ

๑. โครงการพัฒนาและขยายพื้นที่ต้นแบบเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง ช่วยเหลือ และควบคุมพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคม
๒. โครงการขยายหนองบัวลำภูโมเดล (Plus) ไปใช้ในชุมชน (หน่วยงานความร่วมมือ : ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ปปส. สธ. อปท. +ศธ. + NGO +อาสาสมัคร +ภาคเอกชน)
๓. โครงการชุมชนต้นแบบป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต
๔. โครงการ School Health Hero สัญจร (มุ่งขยายสู่ภาคเอกชน)
๕. โครงการบูรณาการสร้างความเข้มแข็งในชุมชน เพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง
๖. โครงการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์ความรุนแรง
๗. โครงการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด
๘. โครงการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช (ค่ายา ค่าแพทย์ ค่านักจิต ค่าเดินทาง)
๙. โครงการขยายการเข้าถึงบริการและการติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม
- ๑๐.โครงการพัฒนาระบบบริการด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่
- ๑๑.โครงการสร้างขวัญและกำลังใจผู้ปฏิบัติงานและอาสาสมัคร ด้านสุขภาพจิต
- ๑๒.โครงการผลักดันให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้ดูแลได้รับค่าตอบแทนหรือสิทธิประโยชน์ (เพิ่มขึ้นพิเศษ)
- ๑๓.โครงการสนับสนุนให้บุคลากรมีความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ (ชำนาญการพิเศษ)
- ๑๔.โครงการเครือข่ายดิจิทัล ทันสมัย

แนวทางการพัฒนาที่ ๒ การสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย				กลยุทธ์
				๖๗	๖๘	๖๙	๗๐	
ประสิทธิผล	ระบบนิเวศที่สำคัญของประเทศไทย ที่ก่อให้เกิดความรุนแรง (โดยเฉพาะปัญหายาเสพติด/ผู้ป่วยจิตเวช/ผู้ก่อความรุนแรง) ได้รับการพัฒนาจัดการ แก้ไข และติดตาม	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบนิเวศที่สำคัญของประเทศไทย ที่ก่อให้เกิดความรุนแรง ด้านต่าง ๆ (โดยเฉพาะเรื่อง การจัดการยาเสพติด ปรับปรุงและใช้กฎหมาย และการสร้างอาชีพ)	ระดับ ๑-๕	๓	๓	๔	๕	๑. จัดการแก้ไขและติดตามปัญหาและสารเสพติด โรคจิตเวชและพฤติกรรมรุนแรง ๑.๑ เร่งรัดจัดการปัญหาเสพติด ๑.๒ ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๑.๓ บังคับใช้กฎหมายการควบคุม รักษา และบำบัด ๑.๔ ส่งเสริมสวัสดิการ และการสร้างอาชีพให้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการรักษาหายแล้ว
คุณภาพบริการ	หน่วยงานเครือข่าย (โดยเฉพาะครอบครัว โรงเรียน และชุมชน) มีความร่วมมือกันในการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมของประชาชนให้มีความรับผิดชอบต่อสังคม	ร้อยละของหน่วยงานเครือข่าย ที่มีความร่วมมือกันในการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมของของประชาชน อย่างน้อย ๑ กิจกรรม	ร้อยละ	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๑๐. เสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ๑๐.๑ สร้างภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็งให้กับเด็ก มีพฤติกรรมที่รับผิดชอบต่อสังคม พึ่งพาตนเองได้ โดยร่วมมือระหว่างครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ๑๐.๒ การส่งเสริม สร้างความรู้ (MHL) ๕ สัญญาณเตือน ต่อการก่อความรุนแรง และภูมิคุ้มกัน ๑๐.๓ สร้างความเชื่อ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้มีปัญหาสุขภาพจิต
ประสิทธิภาพ	ระบบการวิเคราะห์ และบริหารจัดการข้อมูล เพื่อการตัดสินใจได้รับการพัฒนา	ระดับการพัฒนาระบบจัดการข้อมูล และการตัดสินใจ (ติดตามการวัดผลในระดับจังหวัด)	ระดับ ๑-๕	๒	๓	๔	๕	๙. ส่งเสริมการวิจัย และพัฒนา ๙.๑ จัดให้มีแหล่งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการทำวิจัย และพัฒนางานด้านการควบคุม และป้องกันความรุนแรงจากปัญหาสุขภาพจิต ๙.๒ ส่งเสริมการวิจัย และพัฒนา รวบรวมฐานข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ความร่วมมือร่วมกับเครือข่าย เช่น สถาบันการศึกษา

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย				กลยุทธ์
				๖๗	๖๘	๖๙	๗๐	
								๙.๓ ส่งเสริมการใช้ข้อมูลด้านสาธารณสุขในการระบุกลุ่มเสี่ยงเพื่อใช้ในการตัดสินใจในพื้นที่ ที่ครอบคลุมความปลอดภัยทางสุขภาพจิตด้วย ๙.๔ ศึกษาต้นทุน ค่าใช้จ่ายในการรักษา
การพัฒนาองค์การ	โครงสร้าง และอัตรากำลังในการดำเนินงานด้านการควบคุม และป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตมีความเหมาะสม	ระดับความสำเร็จในการปรับโครงสร้าง และอัตรากำลัง	ระดับ ๑-๕	๒	๒.๕	๓	๔	๖. พัฒนาโครงสร้าง และอัตรากำลัง เชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๖.๑ พัฒนาโครงสร้าง และอัตรากำลังในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๖.๒ จัดโครงสร้างอัตรากำลังให้มีความเหมาะสมกับองค์การ

ตัวอย่างโครงการสำคัญ

๑. โครงการส่งเสริมเรื่องการกีฬา ตั้งศูนย์กีฬาชุมชนเพื่อสุขภาพดีทั้งกายและใจ
๒. โครงการโรงเรียนสอนพ่อแม่
๓. โครงการจิตอาสาเพื่อเข้าไปให้ความรู้เด็ก ๆ ในโรงเรียน
๔. โครงการสร้าง ecosystem ในโรงเรียนที่เอื้อต่อการเติบโตของเด็กอย่างมีคุณภาพ (ต้องดูแลเรื่องความรุนแรงในโรงเรียนอย่างจริงจัง โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งโรงเรียน ชุมชน ผู้ปกครอง และนักเรียน)
๕. โครงการสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน
๖. โครงการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อบูรณาการฐานข้อมูล
๗. โครงการทำ moc ร่วมกับสถานศึกษาเพื่อจัดทำฐานข้อมูล
๘. โครงการจัดตั้งศูนย์อำนวยการ/ปฏิบัติการ ในระดับจังหวัด โดยมีคณะกรรมการ กฎหมายรองรับ และมีแผนปฏิบัติการ (มีการทำงานเชื่อมกับ พชอ.)
๙. โครงการจัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิต และยาเสพติด ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยมีบทบาทเป็นศูนย์ปฏิบัติการในระดับพื้นที่

แนวทางการพัฒนาที่ ๓ การพัฒนาพลังเครือข่ายความร่วมมือ

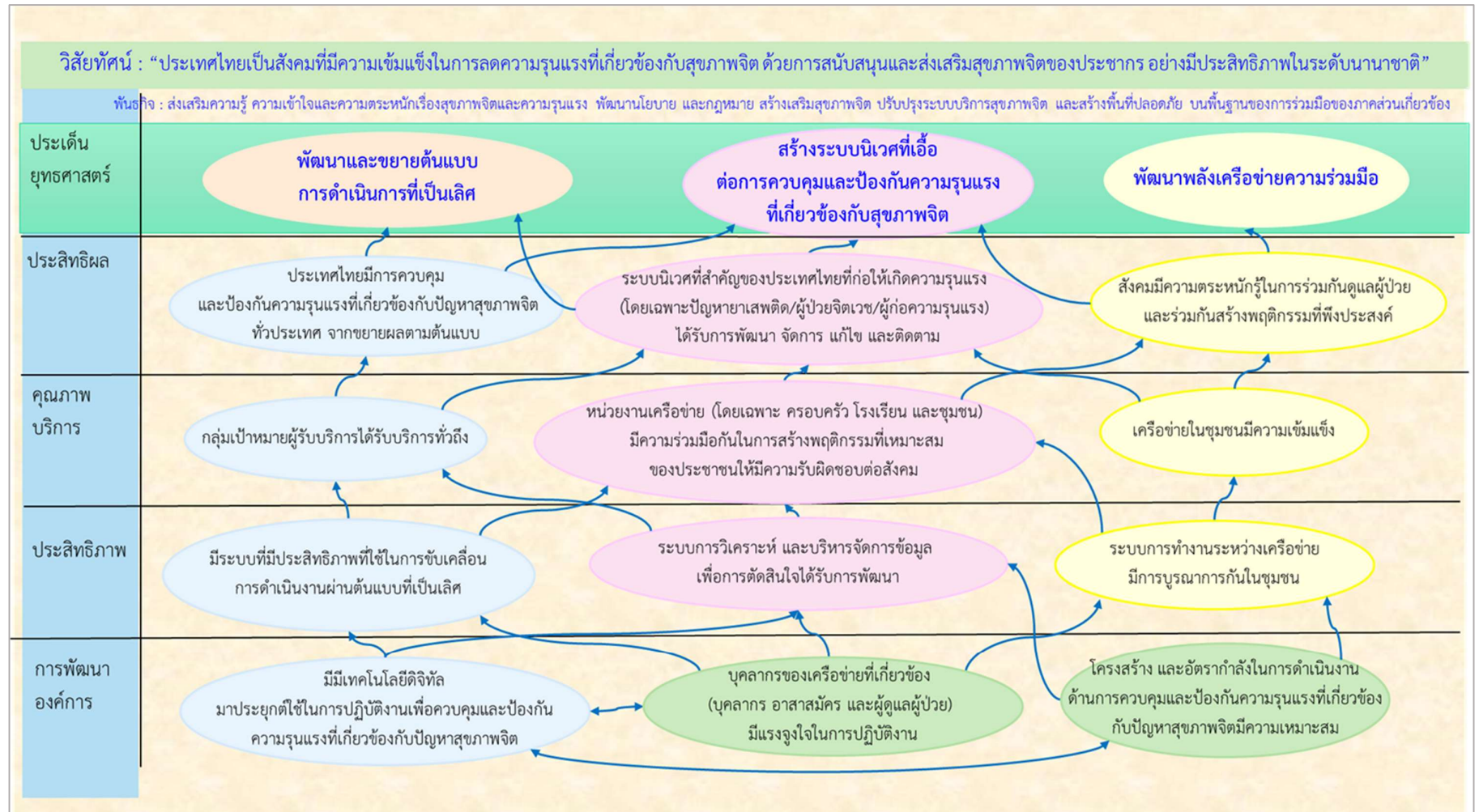
มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย				กลยุทธ์
				๖๗	๖๘	๖๙	๗๐	
ประสิทธิผล	สังคมมีความตระหนักรู้ในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย และร่วมกันสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์	ร้อยละของคนในสังคมที่ระบุว่ามีความตระหนักรู้ และร่วมกันดูแลผู้ป่วย และร่วมกันสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์	ร้อยละ	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐. เสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ๑๐.๔ สร้างความตระหนักรู้ ตั้งแต่วัยเด็ก เรื่องการป่วย รวมทั้งการใส่ใจ และความร่วมมือในการรักษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ๑๐.๕ สร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา และรับการรักษาอย่างต่อเนื่องให้กับผู้ป่วย เช่น การบริหารจัดการม็อยา ให้มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต การกินยาจะสร้างคุณค่าให้กับผู้ป่วย ๑๐.๖ ส่งเสริมกระบวนการเป็นพ่อแม่ที่ดี ผ่านศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มุ่งกระบวนการสร้างคนคุณภาพ จิตวิทยาเชิงบวก วินัยเชิงบวก นำไปเป็นผลงานบรรจุใน Portfolio ของเด็ก
คุณภาพบริการ	เครือข่ายในชุมชนมีความเข้มแข็ง	ร้อยละของเครือข่ายที่มีความสามารถเป็นผู้นำในการดำเนินได้เอง	ร้อยละ	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๓. เพิ่มศักยภาพผู้นำชุมชน และอาสาสมัคร ๓.๑ เพิ่มศักยภาพผู้นำชุมชน ๓.๒ สร้างอาสาจิตแพทย์ชุมชน ๓.๓ ใช้กลไก พขอ. ช่วยขับเคลื่อนงาน โดยเลือกสุขภาพจิต และยาเสพติดเป็นประเด็นสำคัญ ๓.๔ มอบหมายให้ผู้ใหญ่บ้านดูแลลูกบ้าน ๓.๕ สนับสนุนให้สนับสนุนให้เด็กนักเรียน เป็นอาสาสมัครเพื่อดำเนินการในบางเรื่อง
ประสิทธิภาพ	ระบบการทำงานระหว่างเครือข่ายมีการบูรณาการกันภายในชุมชน	ร้อยละของชุมชนที่มีผลสำเร็จในการบูรณาการการทำงานร่วมกัน	ร้อยละ	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๔. พัฒนาระบบการทำงานแบบบูรณาการ ๔.๑ พัฒนาระบบการทำงานแบบบูรณาการ ๔.๒ ปรับปรุง และพัฒนาระบบบูรณาการหน่วยงานที่ดำเนินการในด้านสุขภาพจิต ๔.๓ จัดทำระบบดูแลสุขภาพจิตในองค์กร

มิติ	วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย				กลยุทธ์
				๖๗	๖๘	๖๙	๗๐	
								๔.๔ สร้างระบบที่ทำให้ผู้รับบริการไว้วางใจ ระหว่างผู้ดูแล และผู้ป่วย ในระหว่างรับการรักษา เน้นทำงานเชิงรุก และต่อเนื่อง โดยร่วมกับโรงพยาบาลทั่วประเทศ
การพัฒนาองค์การ	บุคลากรของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (บุคลากร อาสาสมัคร และผู้ดูแลผู้ป่วย) มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ร้อยละของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๕. เสริมสร้างแรงจูงใจบุคลากร และอาสาสมัคร ๕.๑ เสริมสร้างแรงจูงใจบุคลากร ๕.๒ เสริมสร้างแรงจูงใจอาสาสมัคร ๕.๓ สนับสนุนแรงจูงใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิต

ตัวอย่างโครงการสำคัญ

๑. โครงการควบคุมและป้องกันความรุนแรงในชุมชน (เช่น ปืน ยาเสพติด เป็นต้น) ที่มีเหตุให้เกิด
๒. โครงการรณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงการควบคุมและป้องกันความรุนแรงในสังคม
๓. โครงการสร้างสุขให้กับสังคม ด้วยการรณรงค์การเสพสื่อสุข
๔. โครงการส่งเสริมความรอบรู้เพิ่มภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพจิตนักเรียน/ผู้ปกครอง
๕. โครงการ mobile Psycho Clinic (จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ มหาดไทย สหวิชาชีพ และอาสาสมัคร มีการตรวจ/คัดกรอง/แก้ไข/จัดกลุ่ม)
๖. โครงการ Family training (พ่อแม่ และญาติผู้ป่วย รวมถึง สหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน ประชาชนทั่วไป ให้ความรู้/มีองค์ความรู้/สำรวจคนใกล้ชิด)
๗. โครงการครอบครัวเข้มแข็ง ดูแลเอาใจใส่กันและกัน
๘. โครงการเพิ่มจิตแพทย์ประจำครอบครัว (๑ คน / ตำบล)
๙. โครงการสร้างศูนย์ให้คำปรึกษา/ช่องทางด่วน ในด้านสุขภาพจิต
๑๐. โครงการคลินิกสุขภาพจิตในสถาบันการศึกษา
๑๑. โครงการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกัน
๑๒. โครงการจัดตั้งทีมงานเพื่อดูแลช่วยเหลือในทุกระดับ ในทุกจังหวัด (มีทุกจังหวัด โดยมีผู้ว่าฯเป็นประธาน แล้วมีหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมเพื่อทำงานเชื่อมโยง)
๑๓. โครงการสร้างความเข้าใจให้ชุมชนมีความรู้ที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างสงบสุข – ช่วยเหลือกันในชุมชน
๑๔. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่อง ผู้มีปัญาสุขภาพจิตจากเรือนจำ
๑๕. โครงการความร่วมมือด้านการป้องกันสุขภาพจิต บ้าน โรงเรียน และศาสนสถาน

๑๖. โครงการเสริมศักยภาพแกนนำ นักศึกษาต้นแบบด้านสุขภาพจิต (สวดส่อง ใส่ใจ ส่งต่อ)
๑๗. โครงการชุมชนต้นแบบป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต
๑๘. โครงการบูรณาการสร้างความเข้มแข็งในชุมชนเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง
๑๙. โครงการสนับสนุนการบริหารงานพื้นที่แบบบูรณาการ
๒๐. โครงการส่งเสริมการนำเทคโนโลยี/AI มาช่วยในการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่าย
๒๑. โครงการติดตามวัดความรู้ให้กับบุคลากรในเครือข่าย



รูปภาพที่ ๑๑ แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Maps) ของการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของไทย

เอกสารอ้างอิง

- Bryson, J. M. (๒๐๑๑). *Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations – A Guide to Strengthening and Sustaining Organizational Achievement*, Jossey Bass, San Francisco, pp.๕๘-๕๙.
- Christensen, T. & Lægreid, P. (๒๐๑๑). *The Ashgate Research Companion to New Public Management*, Routledge, New York.
- Drucker, P.F. (๑๙๙๓). *The Five Most Important Questions You will Ever Ask About Your Nonprofit Organization*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Drucker, P.F. (๒๐๐๘). *The Five Most Important Questions You Will Ever Ask About Your Organization*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Fowles, J. (๑๙๗๘). *The delphi technique*, Greenwood Place, London.
- Kaplan, R. & Norton, D. (๑๙๙๒). *The balanced scorecard - measures that drive performance*, Harvard Business Review, ๗๐, pp.๗๑-๗๙.
- Kaplan, R. & Norton, D. (๑๙๙๖). *Balanced Scorecard: Translating Strategy to Action*, The President and Fellows of Harvard College, USA.
- Kaplan, R. & Norton, D. (๒๐๐๔). *Strategy Maps: Converting Intangible Assets Into Tangible Outcomes*, Harvard Business School Press, Boston.
- Kim, W. C., & Mauborgne, R. (๒๐๐๕). *Blue Ocean Strategy: How to Create Uncontested Market Space and Make the Competition Irrelevant*, MA: Harvard Business School, Boston.
- Porter, M. E. (๑๙๗๙). *How Competitive Forces Shape Strategy*, Harvard Business School Press, Boston.
- ดำรงค์ วัฒนา. (๒๕๔๕). *คู่มือการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สำหรับหน่วยงานภาครัฐ*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
- ดำรงค์ วัฒนา และ พรหมณี ขำเลิศ. (๒๕๖๖). *การจัดทำยุทธศาสตร์*, โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหา ภูมิพลอดุลยเดช. (๒๕๔๙). *คำพ่อสอน : ประมวลพระบรมราโชวาทและพระราชดำรัสเกี่ยวกับความสุขในการดำเนินชีวิต*, บริษัท ไวท์เปเปอร์ จำกัด, กรุงเทพฯ.
- วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. (๒๕๖๒). การวิจัยอนาคตโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Future Research Using Delphi Technique). *วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา*, ๘ (๒).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๕). *พระมหากษัตริย์นักพัฒนาเพื่อประโยชน์สุขสู่ปวงประชา*, ธรรมะอินเตอร์เน็ต, กรุงเทพฯ.

ภาคผนวก ๑ ประเด็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของไทย

จากการวิเคราะห์สถานการณ์สภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกจะได้ผลสี่ด้านแบ่งออกเป็นสภาพแวดล้อมภายในสองด้าน ได้แก่ จุดแข็ง (Strengths) และจุดอ่อน (Weaknesses) สภาพแวดล้อมภายนอกสองด้าน ได้แก่ โอกาส (Opportunities) และภัยคุกคาม (Threats) หรือเรียกว่า SWOT ซึ่งสามารถนำมากำหนดประเด็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต โดยประมวลผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ สรุปประเด็นปัจจัยเชิงยุทธศาสตร์ในแต่ละด้าน ดังนี้^{๑๑}

ประเด็นจุดแข็ง (Strengths : S) ประกอบด้วย ประเด็นจุดแข็ง ๑๗ ประเด็น ดังนี้

- ๑) ๐๑กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสุขภาพจิตมีมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ และชุมชนในระดับพื้นที่ รวมทั้งมีคู่มือแนวทางงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช
- ๒) ๐๒กระทรวงสาธารณสุขมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญสูง และบุคลากรด้านจิตเวชเป็นจำนวนมาก กระจายอยู่ทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค มีความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตอย่างจริงจัง
- ๓) ๐๓ประเทศไทยมีกรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานหลักและเป็นแกนกลางในการประสานการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จ
- ๔) ๐๔ประเทศไทยมีขั้นตอนฟื้นฟูหลังเกิดเหตุความรุนแรงที่ดี เช่น การลดการให้ความสำคัญกับผู้ก่อเหตุ สร้างความเข้าใจให้กับประชาชนในการแพร่ภาพเหตุการณ์ที่อาจกระทบจิตใจ
- ๕) ๐๕ระบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่อาจก่อให้เกิดความรุนแรงมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น นำระบบเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการคัดกรองผู้ป่วย ใช้นวัตกรรมจากเกาหลี ใช้หมวกประเมินสุขภาพจิต สุขภาพสมอง เป็นต้น
- ๖) ๐๖ประเทศไทยมีหน่วยงานช่วยสนับสนุนการดำเนินงานในด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตหลายหน่วยงาน เช่น สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมราชทัณฑ์ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น
- ๗) ๐๗ประเทศไทยมียุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจิต ถือเป็นจุดแข็งสำคัญในการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต
- ๘) ๐๘การควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตมีการทำงานร่วมกันจากทุกภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและภาคประชาชนที่เข้มแข็ง มีกลุ่มจิตอาสาถึง ๑๕๔ เครือข่ายทั่วประเทศ
- ๙) ๐๙ประเทศไทยมีสายด่วน มีจิตแพทย์จิตอาสาที่ให้คำแนะนำก่อนที่จะเปิดเผยตัวก่อนรักษาที่โรงพยาบาล มีการคัดกรองและขั้นตอนการติดตามผู้ป่วย โดยให้เครือข่ายช่วยดำเนินการในพื้นที่
- ๑๐) ๑๐ชุมชนมีความเข้มแข็งในการร่วมกันควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตดำเนินการประสบผลสำเร็จ เป็นแบบอย่างกับชุมชนอื่น ๆ ได้ เช่น ๔ ทหารเสือของจังหวัดมหาสารคาม และเก้าเหลียวโมเดลของจังหวัดนครสวรรค์ ชุมชนล้อมรักษ์ เป็นต้น (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx)

^{๑๑}สรุปจากการทำวิจัยตามเทคนิคเดลฟาย (Delphi) รอบที่ ๒

- ๑๑) ๑๑ ประเทศไทยมีจิตแพทย์ที่มุ่งมั่นในการทำงานเพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญาสุขภาพจิตอย่างจริงจัง
- ๑๒) ๔๑ กระทรวงสาธารณสุขมีการประสานกับหน่วยงานภายนอกในการดำเนินการนำ GIS มาใช้ในการตรวจเฝ้าระวังผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตที่นำไปสู่การก่อความรุนแรงได้
- ๑๓) ๔๒ ในพื้นที่ที่มีผู้ใหญ่บ้านเป็นหลักในการดูแลลูกบ้านที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตที่นำไปสู่การก่อความรุนแรงได้
- ๑๔) ๔๘ ประเทศไทยมีกลไกการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ ได้แก่ จังหวัด อำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งเป็นกลไกการบูรณาการการทำงานในพื้นที่ในทุกเรื่องและใกล้ชิดกับประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน
- ๑๕) ๕๐ ในระดับพื้นที่ มีกลไก พชอ. (การพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ) ช่วยขับเคลื่อนงาน มีนายอำเภอเป็นประธาน โดยเลือกสุขภาพจิตและยาเสพติด เป็นประเด็นสำคัญ และติดตามต่อเนื่องด้วย PDCA
- ๑๖) ๕๒ สำนักนายกรัฐมนตรีมีกลไกการตรวจราชการเชิงบูรณาการ ซึ่งสามารถใช้กลไกดังกล่าวในการตรวจติดตาม ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และสร้างเสริมการบูรณาการการทำงานในการป้องกันและแก้ไขปัญาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเชิงบูรณาการ
- ๑๗) ๕๓ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) และกรมสุขภาพจิต มี MOU การดูแลฟื้นฟูผู้ให้บริการที่มีอาการทางจิตเวชในสถานรองรับของกระทรวง พม. ระหว่างกรมสุขภาพจิต ซึ่งในปัจจุบันมีการใช้ระบบ Telemedicine ในการติดตามการรักษาอาการทางจิตเวชของผู้ใช้บริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ๑๑ แห่ง

ประเด็นจุดอ่อน (Weakness : W) ประกอบด้วย ประเด็นจุดอ่อน ๑๘ ประเด็น ดังนี้

- ๑) ๑๓ระบบส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้ก่อความรุนแรง รวมทั้งการควบคุม social media ควรต้องมีการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ๒) ๑๔การควบคุมก่อนการเกิดเหตุไม่ให้เกิดความรุนแรง ควรจะต้องมีการพัฒนาและปรับปรุง
- ๓) ๑๕การเข้าถึงการรักษามีน้อยมาก อาศัยอ่านจากอินเทอร์เน็ตเท่านั้น การประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลไม่มีความร่วมมือในการทำ Primary Prevention
- ๔) ๑๖การดำเนินงานของภาครัฐส่วนผู้บริหารมีความรู้ทฤษฎีที่ดีมาก แต่ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการและความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ส่วนผู้ปฏิบัติงานยังทำตามความเข้าใจของตนเองและ Skill ยังไม่เพียงพอ
- ๕) ๑๗ประเทศไทยมีหน่วยงานที่ดำเนินการด้านสุขภาพจิตจำนวนมาก แต่ระบบการบูรณาการยังต้องมีการปรับปรุงและพัฒนา
- ๖) ๑๘บุคลากร เช่น จิตแพทย์และพยาบาลด้านจิตเวช มีจำนวนไม่เพียงพอไม่เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย
- ๗) ๑๙กลุ่มจิตอาสาด้านสุขภาพจิตมี ๑๕๔ เครือข่ายทั่วประเทศ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด และยังไม่สอดคล้องกับความต้องการ
- ๘) ๒๐ภาครัฐมีระบบที่มีตัวชี้วัดไม่เหมาะสม ผู้ปฏิบัติงานทำเพื่อผ่านการประเมินไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง
- ๙) ๒๑การประชาสัมพันธ์เพื่อดำเนินการร่วมกันของภาคีเครือข่ายยังมีน้อย
- ๑๐) ๒๒การดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกัน SMI-V ยังขาดงบประมาณในการดำเนินงาน เช่น การสนับสนุนงบประมาณในการเดินทางของผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ๑๑) ๒๓สายด่วนสุขภาพจิตโทรติดยาก ทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงการให้บริการ

- ๑๒)๒๔การปล่อยตัวผู้ต้องขังไม่มีการประเมินและแยกแยะผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม รวมทั้งการดูแลหลังการปล่อยตัวยังคงดูแลไม่สม่ำเสมอ
- ๑๓)๕๑ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในระบบสาธารณสุขต้องอาศัยความร่วมมือจากตำรวจ
- ๑๔)๕๔การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ตาม พ.ร.บ. สุขภาพจิต มีจำกัดในเชิงเทคนิค เช่น เรื่องรอนำส่งผู้ป่วย/ผู้ก่อเหตุรุนแรง เป็นต้น
- ๑๕)๕๕ข้อมูลสำหรับผู้ให้บริการยังไม่เพียงพอ สำหรับการดำเนินการตามมาตรการของหน่วยงานได้
- ๑๖)๕๖การดำเนินการเรื่องการควบคุมและป้องกันความรุนแรงฯ ขาดความต่อเนื่องของแผนในการดำเนินงาน
- ๑๗)๕๗การดำเนินงานที่ผ่านมาส่วนใหญ่ควบคุมและป้องกันความรุนแรงฯ ดำเนินการด้วยภาครัฐ การมีส่วนร่วมจากประชาชนน้อย จึงส่งผลให้เกิดความสำเร็จได้ยาก
- ๑๘)๕๘ประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลผู้ป่วย SMI ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะกลายเป็น SMI-V ทำให้บุคลากรในพื้นที่ไม่ทราบว่าต้อง monitor ใครบ้าง

ประเด็นโอกาส (Opportunities : O) ประกอบด้วย ประเด็นโอกาส ๘ ประเด็น ดังนี้

- ๑) ๒๕คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ กำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต โดยมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง จัดตั้งชุดปฏิบัติการประจำตำบล ชูรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน จัดเจ้าหน้าที่ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งค้นหาและเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง
- ๒) ๒๖สังคม วัฒนธรรม และครอบครัวไทย มีความเห็นใจ เอื้ออาทร และให้อภัยกับผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งมีความตระหนักรู้และให้ความสำคัญกับการควบคุมและป้องกันความรุนแรง
- ๓) ๒๗ประเทศไทยมีกฎหมายหลัก ได้แก่ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต และมีอนุบัญญัติตามพระราชบัญญัติฉบับนี้อีกมากมาย มุ่งหมายในการเสริมสร้าง ป้องกัน และการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต รวมทั้งมีกฎหมายสนับสนุนอื่น ๆ เช่น พระราชบัญญัติคนพิการ เป็นต้น
- ๔) ๒๘การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในระยะเวลาที่ผ่านมา ทำให้รัฐบาลมีแผนควบคุมเฝ้าระวัง COVID-๑๙ และประสบผลสำเร็จเป็นต้นแบบการบริหารในการวางแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตได้
- ๕) ๒๙เทคโนโลยีและนวัตกรรมในปัจจุบันมีความก้าวหน้า สามารถนำไปออกแบบระบบการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตได้ในหลายรูปแบบ
- ๖) ๓๐ศาสนาเป็นที่พึ่งพาทางใจ ความเชื่อทางศาสนาสามารถลดความรุนแรงจากสุขภาพจิตได้
- ๗) ๔๖ประเทศไทยมีมาตรการกลไกทางกฎหมายที่ช่วยสังคมให้ปลอดภัยมากขึ้น เช่น อนุบัญญัติ พ.ร.บ.มาตรการป้องกันการกระทำความผิดซ้ำในความผิดเกี่ยวกับเพศหรือที่ใช้ความรุนแรง เป็นต้น
- ๘) ๔๙ยุทธศาสตร์พระราชทานหมู่บ้านยั่งยืน (Sustainable Village) ในสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าสิริวัณณวรี นารีรัตนราชกัญญา ซึ่งมีแนวทาง และตัวชี้วัดในการพัฒนาหมู่บ้านยั่งยืน ซึ่งขณะนี้กระทรวงมหาดไทยโดยกรมการปกครอง รับผิดชอบในการขับเคลื่อนการบูรณาการการทำงานในพื้นที่ในทุกมิติ เช่นเดียวกับเป้าหมาย SDGs

ประเด็นภัยคุกคาม (Threats : T) ประกอบด้วย ประเด็นภัยคุกคาม ๑๕ ประเด็น ดังนี้

- ๑) ๑๒การก่อความรุนแรงในปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเวช สุรา สารเสพติดส่วนใหญ่มักพบสาเหตุจากผู้ป่วยขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มาพบแพทย์ตามนัด และผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่ รวมทั้งระบบการติดตามดูแลภัยคุกคามต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับข้อมูลเครือข่ายในพื้นที่

- ๒) ๓๑ ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๕ จำนวนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑,๔๖๓ คน ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๒,๗๘๓ คน และปี ๒๕๖๕ จำนวน ๓,๕๒๗ คน) รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน
- ๓) ๓๒ สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทยยังคงมีสถานะเป็นแหล่งแพร่ระบาดของยาเสพติด ที่มาจากพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ และถูกใช้เป็นเส้นทางลำเลียงผ่านของยาเสพติดส่งไปในภูมิภาคต่าง ๆ ประกอบกับราคายาเสพติดมีแนวโน้มลดลง สารเสพติดและแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดพฤติกรรมความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวช
- ๔) ๓๓ พัฒนาการทางสังคมที่เปลี่ยนไปเป็นครอบครัวเดี่ยว เลี้ยงลูกไม่ถูกทาง สังคมแยกตัว ครอบครัวอ่อนแอลง ผู้คนอยู่อย่างโดดเดี่ยวไม่มีที่พึ่งในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้มีแนวโน้มคุกคามในการเกิดความรุนแรงมากขึ้น
- ๕) ๓๔ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อ social media เป็นเครื่องมือใช้ก่อความรุนแรง มีการรวมกลุ่มกันเฉพาะ การพนันออนไลน์ ส่งผลกระทบและมีแนวโน้มในการก่อความรุนแรงได้
- ๖) ๓๕ แรงกดดันทางเศรษฐกิจและความยากจน เป็นผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต
- ๗) ๓๖ สังคมตีตราผู้ป่วยจิตเวชทำให้ประชาชนไม่กล้าเข้ารับการรักษา
- ๘) ๓๗ การโยกย้ายบ่อยในบางหน่วยงาน เช่น กระบวนการหมุนเวียนผู้พิพากษาของศาลเยาวชน ทำให้ผู้พิพากษาที่อยากช่วยเด็กจริง ๆ ต้องย้ายไป ไม่ต่อเนื่องในการดำเนินคดีและการจัดทำแผนฟื้นฟูเยาวชน
- ๙) ๓๘ ความรู้ความเข้าใจของคนไทยเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตยังมีน้อย ประชาชนผู้รับผลประโยชน์มีความเข้าใจ ยอมรับ และการเข้าถึงการรักษามีน้อยมาก อาศัยอ่านจากอินเทอร์เน็ตเท่านั้น
- ๑๐) ๓๙ ภาครัฐยังไม่มีนโยบายหรือแนวทางในการควบคุมสื่อ social media ซึ่งมีอยู่มากมายหลากหลายช่องในปัจจุบัน
- ๑๑) ๔๐ แนวโน้มตัวเลขผู้ต้องขังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะคดีเสพยาเสพติดและก่อปัญหาความรุนแรง
- ๑๒) ๔๓ นโยบายรัฐบาลทางการเมือง เช่น เรื่องกัญชาเสรี สุราเสรี มีผลกระทบต่อการดำเนินงานทั้งในส่วนของการบำบัดและการรักษาต่อไป
- ๑๓) ๔๔ ภาครัฐยังขาดความจริงจังและประสิทธิภาพประสิทธิผลในเรื่องการควบคุมยาเสพติดชายแดน เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงได้
- ๑๔) ๔๗ หน่วยงานภาครัฐหลายแห่งมีการดำเนินการเรื่องคุ้มครองดูแลสิทธิมนุษยชน (Human Rights) ของทั้งผู้ป่วย ผู้ก่อเหตุ ญาติ ที่ทำให้เกิดต้นทุนหรือการสูญเสียทรัพยากรเพิ่มมากขึ้นในการดำเนินการ
- ๑๕) ๕๒ กลุ่มนักเรียน นักศึกษา มักมีพฤติกรรมเลียนแบบที่นำไปสู่การก่อความรุนแรงได้

ภาคผนวก ๒ ผลการวิเคราะห์ประเด็น SWOT

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตทั้งที่เป็นจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคาม ในทุก ๆ ประเด็น นำมาให้น้ำหนักความสำคัญว่าประเด็นใดมีความสำคัญมากที่สุดตามลำดับ โดยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเครือข่ายร่วมดำเนินการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของไทย เป็นผู้ประเมิน ซึ่งผลการประเมินได้ดังนี้^{๑๒}

น้ำหนักคะแนนของประเด็นจุดแข็ง

ประเด็นจุดแข็ง ๑๐ ประเด็นแรกที่มีน้ำหนักคะแนนสูงสุด โดยเรียงตามลำดับคะแนน ดังนี้

ลำดับ ที่	น้ำหนัก ผลกระทบ	ประเด็นจุดแข็ง
๑	๓.๕๐%	๐๑กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสุขภาพจิตมีมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ และชุมชนในระดับพื้นที่ รวมทั้งมีคู่มือแนวทางการทำงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช
๒	๓.๑๔%	๑๐ชุมชนมีความเข้มแข็งในการร่วมกันควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ดำเนินการประสบผลสำเร็จ เป็นแบบอย่างกับชุมชนอื่น ๆ ได้ เช่น ๔ ทหารเสือของจังหวัดมหาสารคาม และเก้าเหลี่ยมเดลของจังหวัดนครสวรรค์ ชุมชนล้อมรักษ์ เป็นต้น (Community-Based Treatment and Rehabilitation: CBTx)
๓	๓.๐๘%	๐๖ประเทศไทยมีหน่วยงานช่วยสนับสนุนการดำเนินงานในด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตหลายหน่วยงาน เช่น สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมราชทัณฑ์ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น
๔	๒.๔๓%	๐๗ประเทศไทยมียุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจิต ถือเป็นจุดแข็งสำคัญในการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต
๕	๑.๘๓%	๐๘การควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตมีการทำงานร่วมกันจากทุกภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและภาคประชาชนที่เข้มแข็ง มีกลุ่มจิตอาสาถึง ๑๕๔ เครือข่ายทั่วประเทศ
๖	๑.๗๔%	๐๕ระบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่อาจก่อให้เกิดความรุนแรงมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น นำระบบเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการคัดกรองผู้ป่วย ใช้นวัตกรรมจากเกาหลี ใช้หมวกประเมินสุขภาพจิตสุขภาพสมอง เป็นต้น
๗	๑.๔๘%	๐๓ประเทศไทยมีกรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานหลักและเป็นแกนกลางในการประสานการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จ
๘	๑.๒๗%	๐๒กระทรวงสาธารณสุขมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญสูง และบุคลากรด้านจิตเวชเป็นจำนวนมาก กระจายอยู่ทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค มีความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญาสุขภาพจิตอย่างจริงจัง
๙	๑.๒๖%	๕๐ในระดับพื้นที่ มีกลไก พขอ. (การพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ) ช่วยขับเคลื่อนงาน มีนายอำเภอเป็นประธาน โดยเลือกสุขภาพจิตและยาเสพติด เป็นประเด็นสำคัญ และติดตามต่อเนื่องด้วย PDCA
๑๐	๐.๙๓%	๑๑ประเทศไทยมีจิตแพทย์ที่มุ่งมั่นในการทำงานเพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญาสุขภาพจิตอย่างจริงจัง

^{๑๒}สรุปจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำ (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต (พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐) ร่างที่ ๑ และรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติมจากเครือข่าย (ล่าสุด : วันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๗)

น้ำหนักคะแนนของประเด็นจุดอ่อน

ประเด็นจุดอ่อน ๑๐ ประเด็นที่มีน้ำหนักคะแนนสูงสุด โดยเรียงตามลำดับคะแนน ดังนี้

ลำดับ ที่	น้ำหนัก ผลกระทบ	ประเด็นจุดอ่อน
๑	๖.๖๑%	๑๘บุคลากร เช่น จิตแพทย์และพยาบาลด้านจิตเวช มีจำนวนไม่เพียงพอไม่เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย
๒	๓.๔๗%	๑๓ระบบส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้ก่อความรุนแรง รวมทั้งการควบคุม social media ควรต้องมีการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
๓	๒.๙๘%	๑๕การเข้าถึงการรักษามีน้อยมาก อาศัยอ่านจากอินเทอร์เน็ตเท่านั้น การประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลไม่มีความร่วมมือในการทำ Primary Prevention
๔	๒.๖๗%	๑๔การควบคุมก่อนการเกิดเหตุไม่ให้เกิดความรุนแรง ควรจะต้องมีการพัฒนาและปรับปรุง
๕	๒.๖๔%	๑๗ประเทศไทยมีหน่วยงานที่ดำเนินการด้านสุขภาพจิตจำนวนมาก แต่ระบบการบูรณาการยังต้องมีการปรับปรุงและพัฒนา
๖	๒.๖๐%	๑๖การดำเนินงานของภาครัฐส่วนผู้บริหารมีความรู้ทฤษฎีที่ดีมาก แต่ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการและความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ส่วนผู้ปฏิบัติงานยังทำตามความเข้าใจของตนเองและ Skill ยังไม่เพียงพอ
๗	๒.๔๔%	๒๒การดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกัน SMI-V ยังขาดงบประมาณในการดำเนินงาน เช่น การสนับสนุนงบประมาณในการเดินทางของผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
๘	๒.๓๓%	๒๐ภาครัฐมีระบบที่มีตัวชี้วัดไม่เหมาะสม ผู้ปฏิบัติงานทำเพื่อผ่านการประเมินไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง
๙	๑.๙๑%	๒๔การปล่อยตัวผู้ต้องขังไม่มีการประเมินและแยกแยะผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม รวมทั้งการดูแลหลังการปล่อยตัวยังคงไม่สม่ำเสมอ
๑๐	๑.๔๖%	๕๗การดำเนินงานที่ผ่านมาส่วนใหญ่ควบคุมและป้องกันความรุนแรงฯ ดำเนินการด้วยภาครัฐ การมีส่วนร่วมจากประชาชนน้อย จึงส่งผลให้เกิดความสำเร็จได้ยาก

น้ำหนักคะแนนของประเด็นโอกาส

ประเด็นโอกาส ๘ ประเด็นที่มีน้ำหนักคะแนนสูงสุด โดยเรียงตามลำดับคะแนน ดังนี้

ลำดับ ที่	น้ำหนัก ผลกระทบ	ประเด็นโอกาส
๑	๒.๐๓%	๒๕คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ กำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญาสุขภาพจิต โดยมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง จัดตั้งชุดปฏิบัติการประจำตำบล ชูตรวจรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน จัดเจ้าหน้าที่ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งค้นหาและเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง
๒	๑.๒๔%	๒๙เทคโนโลยีและนวัตกรรมในปัจจุบันมีความก้าวหน้า สามารถนำไปออกแบบระบบการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตได้ในหลายรูปแบบ
๓	๑.๒๓%	๒๗ประเทศไทยมีกฎหมายหลัก ได้แก่ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต และมีอนุบัญญัติตามพระราชบัญญัติฉบับนี้อีกมากมาย มุ่งหมายในการเสริมสร้าง ป้องกัน และการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต รวมทั้งมีกฎหมายสนับสนุนอื่น ๆ เช่น พระราชบัญญัติคนพิการ เป็นต้น
๔	๐.๙๑%	๓๐ศาสนาเป็นที่พึ่งพาทางใจ ความเชื่อทางศาสนาสามารถลดความรุนแรงจากสุขภาพจิตได้
๕	๐.๖๙%	๔๖ประเทศไทยมีมาตรการกลไกทางกฎหมายที่ช่วยสังคมให้ปลอดภัยมากขึ้น เช่น อนุบัญญัติ พ.ร.บ. มาตรการการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในความผิดเกี่ยวกับเพศหรือที่ใช้ความรุนแรง เป็นต้น
๖	๐.๖๖%	๒๖สังคม วัฒนธรรม และครอบครัวไทย มีความเห็นใจ เอื้ออาทร และให้อภัยกับผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งมีความตระหนักรู้และให้ความสำคัญกับการควบคุมและป้องกันความรุนแรง

ลำดับ ที่	น้ำหนัก ผลกระทบ	ประเด็นโอกาส
๗	๐.๔๖%	๔๙ยุทธศาสตร์พระราชทานหมู่บ้านยั่งยืน (Sustainable Village) ในสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าสิริวัณณวรี นารีรัตนราชกัญญา ซึ่งมีแนวทาง และตัวชี้วัดในการพัฒนาหมู่บ้านยั่งยืน ซึ่งขณะนี้กระทรวงมหาดไทยโดยกรมการปกครอง รับผิดชอบในการขับเคลื่อนการบูรณาการการทำงานในพื้นที่ในทุกมิติ เช่นเดียวกับเป้าหมาย SDGs
๘	๐.๒๓%	๒๘การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในระยะเวลาที่ผ่านมา ทำให้รัฐบาลมีแผนควบคุมเฝ้าระวัง COVID-๑๙ และประสบผลสำเร็จเป็นต้นแบบการบริหารในการวางแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตได้

น้ำหนักคะแนนของประเด็นภัยคุกคาม

ประเด็นภัยคุกคาม ๑๐ ประเด็นที่มีน้ำหนักคะแนนสูงสุด โดยเรียงตามลำดับคะแนน ดังนี้

ลำดับ ที่	น้ำหนัก ผลกระทบ	ประเด็นภัยคุกคาม
๑	๖.๙๕%	๑๒การก่อความรุนแรงในปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเวช สุรา สารเสพติดส่วนใหญ่มักพบสาเหตุจากผู้ป่วยขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มาพบแพทย์ตามนัด และผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่ รวมทั้งระบบการติดตามดูแลยังขาดความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับข้อมูลเครือข่ายในพื้นที่
๒	๕.๑๒%	๔๓นโยบายรัฐบาลทางการเมือง เช่น เรื่องกัญชาเสรี สุราเสรี มีผลกระทบต่อการดำเนินงานทั้งในส่วนของการบำบัดและการรักษาต่อไป
๓	๓.๖๕%	๓๓พัฒนาการทางสังคมที่เปลี่ยนไปเป็นครอบครัวเดี่ยว เลี้ยงลูกไม่ถูกทาง สังคมแยกตัว ครอบครัวอ่อนแอลง ผู้คนอยู่อย่างโดดเดี่ยวไม่มีที่พึ่งในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้มีแนวโน้มคุกคามในการเกิดความรุนแรงมากขึ้น
๔	๓.๔๑%	๓๒สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทยยังคงมีสถานะเป็นแหล่งแพร่ระบาดของยาเสพติด ที่มาจากพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ และถูกใช้เป็นเส้นทางลำเลียงผ่านของยาเสพติดส่งไปในภูมิภาคต่าง ๆ ประกอบกับราคายาเสพติดมีแนวโน้มลดลง สารเสพติดและแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดพฤติกรรมความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวช
๕	๓.๐๑%	๓๑ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๕ จำนวนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑,๔๖๓ คน ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๒,๗๘๓ คน และปี ๒๕๖๕ จำนวน ๓,๕๒๗ คน) รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน
๖	๑.๙๔%	๓๕แรงกดดันทางเศรษฐกิจและความยากจน เป็นผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต
๗	๑.๘๑%	๓๘ความรู้ความเข้าใจของคนไทยเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตยังมีน้อย ประชาชนผู้รับผลประโยชน์มีความเข้าใจ ยอมรับ และการเข้าถึงการรักษามีน้อยมาก อาศัยอ่านจากอินเทอร์เน็ตเท่านั้น
๘	๑.๗๗%	๔๔ภาครัฐยังขาดความจริงจังและประสิทธิภาพประสิทธิภาพในเรื่องการควบคุมยาเสพติดขายแดน เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงได้
๙	๑.๕๗%	๓๔ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อ social media เป็นเครื่องมือใช้ก่อความรุนแรง มีการรวมกลุ่มกันเฉพาะ การพนันออนไลน์ ส่งผลกระทบและมีแนวโน้มในการก่อความรุนแรงได้
๑๐	๑.๒๔%	๓๖สังคมตีตราผู้ป่วยจิตเวชทำให้ประชาชนไม่กล้าเข้ารับการรักษา

ภาคผนวก ๓ ผลการกำหนดกลยุทธ์

ผลของการระดมความคิดเห็นจากที่ประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ในการกำหนดกลยุทธ์จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยอาศัยแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง หรือ POSE (Philosophy of Sufficient Economy) และกลยุทธ์ศาสตร์น่านน้ำสีคราม หรือ BOSS (Blue Ocean Strategy Scheme) สรุป การกำหนดกลยุทธ์ได้ดังนี้

เสริม - Raise = ๒๕

๑. สร้างเสริม อสม./อาสาสมัครให้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริม ป้องกัน ดูแลกลุ่มเป้าหมาย
๒. ส่งเสริม พขอ. พชต. ให้มีบทบาทในการมีนโยบายในระดับจังหวัด และระดับประเทศ
๓. จัดให้มีการพัฒนาและสร้างระบบฐานข้อมูลและข้อมูลสนับสนุน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พขอ. เพื่อใช้ในการกำหนดเป้าเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย
๔. ส่งเสริมการนำ AI มาช่วยในการจับสัญญาณ ค้นหา คัดกรอง เผื่อระวัง ปัญหาสุขภาพจิต ก่อนจะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย
๕. จัดให้มีระบบการให้รางวัลผู้ที่มีสุขภาพจิตดีในระดับต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนเข้ามาสู่ระบบการประเมิน
๖. สนับสนุนกรมสุขภาพจิตให้จัดทำและเสนอนโยบายเพื่อควบคุมและป้องกันการฆ่าตัวตายของประเทศ
๗. เชื่อมโยงแผนระดับต่าง ๆ ทั้งระดับ ๑ และระดับ ๒ เพื่อนำมาจัดทำในรายละเอียดของแผนปฏิบัติการ
๘. จัดให้มีการสนับสนุนทรัพยากร (งบประมาณภาครัฐ) เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับ
๙. ส่งเสริมให้กลุ่มนิสิต/นักศึกษาแพทย์มาเป็นจิตอาสาในสื่อออนไลน์ หรือ app ที่สร้างขึ้น (Mental Health) เพื่อจะได้สื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการรับการศึกษา
๑๐. สร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพจิต เช่น ส่งเสริมความก้าวหน้า เป็นต้น
๑๑. ส่งเสริมให้มีความสำคัญของ "สุขภาพจิต" ที่มากขึ้น
๑๒. สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต ไม่ใช่การตีตราทางสังคม (social stigma)
๑๓. ขยาย "โครงการโมเดล" (Suicide survival lost) ไปสู่พื้นที่ต่าง ๆ
๑๔. ส่งเสริมให้มีสิ่งผูกพัน เช่น ของรักของหวง สัตว์เลี้ยง เพื่อให้คนรู้สึกมีคุณค่าและมีความหวังในชีวิต
๑๕. พัฒนาศักยภาพด้านจิตวิทยาให้กับเจ้าหน้าที่หน่วยงาน สถานประกอบการ
๑๖. ส่งเสริมการผลิต "ครูแนะแนว" ในการผลิตครูของประเทศ
๑๗. ยกระดับช่องทางการติดต่อระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่ และผู้นำชุมชน เพื่อเผื่อระวัง รู้สัญญาณเตือนภัยที่ถูกต้อง --> ปรับเรื่องสัญญาณที่เป็นสีแดงระหว่างสุขภาพทางกายและทางจิต
๑๘. จัดให้มีศูนย์จัดการ/รวบรวมข้อมูลการฆ่าตัวตาย ที่จะรวบรวมข้อมูลจากทุกหน่วยงาน ให้เป็นข้อมูลที่มีมาตรฐานตรงตามจริง
๑๙. มีการจัดหมวดหมู่ข้อมูลในมิติต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับหน่วยงาน ให้ทุกหน่วยภาคี สามารถเข้าถึงข้อมูลได้
๒๐. เพิ่มผลงานด้านสุขภาพจิตใน SMART อสม.
๒๑. ส่งเสริมการใช้หลักสูตรเพื่อพัฒนาเชิงบวกให้กับกลุ่มเด็ก และเยาวชน เช่น หลักสูตร EF
๒๒. สร้างความรู้ให้กับกลุ่มเยาวชน (Suicide Literacy) ที่สื่อได้ตรงกลุ่มเป้าหมาย เข้าใจง่าย เช่น คลิป สื่อออนไลน์
๒๓. ส่งเสริมการสื่อสารเพื่อสร้างจิตวิญญาณที่เข้มแข็ง
๒๔. กลุ่มเสี่ยง จัดให้มีระบบในการเผื่อระวัง
๒๕. ใช้บทบาทผู้นำชุมชนเป็นหลักในการให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ เห็นความสำคัญของการป้องกันการฆ่าตัวตาย

สร้าง - Create = ๖

๑. สร้างระบบการรับฟังด้วยหัวใจ (ช่วยระบายปัญหา)
๒. จัดให้มีหลักสูตรที่สร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ ความมั่นคงทางจิตใจ ความเข้มแข็งในครอบครัว ให้กับ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ครู กลุ่มเพื่อน ให้มีความรู้ มีทักษะ เช่น หลักสูตร "คุณเปลี่ยน ลูกเปลี่ยน" --> วินัยเชิงบวก จิตวิทยาเชิงบวก --> ให้เห็นคุณค่าของการไม่ใช้ความรุนแรง
๓. จัดให้มีศูนย์รับแจ้งเหตุในชุมชน (เชื่อมโยงกับ ๑๖๖๙ และ Hotline ของโรงพยาบาลชุมชน) และระบบการส่งต่อ (ให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตให้กับกลุ่มจิตอาสา กู้ภัย) เช่น อพปร อสม.
๔. จัดให้มีองค์กรที่ดูแลแม่ตั้งแต่การตั้งครรภ์ เพื่อการเลี้ยงดูลูกอย่างถูกต้อง
๕. ขับเคลื่อน "ธรรมนูญสุขภาพ" โดยเพิ่มมิติสุขภาพจิตในสถานศึกษา (โรงเรียน มหาวิทยาลัย) สถานประกอบการ (เจ้าภาพ สุข)
๖. ใช้จิตวิทยา เพื่อรณรงค์ให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ

ภาคผนวก ๔ ตัวแบบธุรกิจ (BMC : Business Model Canvas)

หุ้นส่วนหลัก (Key Partners)	งาน/กิจกรรมหลัก (Key Activities)	คุณค่าที่ส่งมอบ (Value Proposition)	ความสัมพันธ์กับลูกค้า (Customer Relationships)	กลุ่มลูกค้า (Customer Segments)
+ กระทรวง ๒๐ กระทรวง + สถาบันการศึกษา + WHO + UNICEF + เครือข่ายในระบบสาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐ + นอกระบบสาธารณสุข เช่น อปท. อบจ. หน่วยงานองค์กร ภาคีอื่น สสส. สข. สปสช. โรงพยาบาลเอกชน + สดช. + social influencer + สื่อสารมวลชน + เครือข่ายภาคประชาชน + สถาบันครอบครัว	+ขยายต้นแบบ Fast track ของผู้ป่วยจิตเวช โดยอาศัยกลไกเครือข่ายในชุมชนร่วมกัน + ครอบคลุม ๑๐ กลุ่ม	“ประเทศไทยเป็นสังคมที่มีความเข้มแข็งในการลดความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ด้วยการสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพจิตของประชากรอย่างมีประสิทธิภาพในระดับนานาชาติ”	+ การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางจิตใจ +การสร้างความไว้วางใจและการสนับสนุนในการฟื้นฟู +การเสริมสร้างความร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง	+ผู้ใช้บริการที่เป็นเหยื่อของความรุนแรงทางสังคม (เช่น เด็กและเยาวชนที่เป็นเหยื่อของความรุนแรงในครอบครัว ผู้หญิงที่เป็นเหยื่อของความรุนแรงทางเพศ, ผู้สูงอายุที่เป็นเหยื่อของการละเมิด เป็นต้น) +ประชากรกลุ่มเสี่ยง +ครอบครัว ญาติ
	ทรัพยากรหลัก (Key Resources)		+บุคคลที่เชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิตและความรุนแรง +เทคโนโลยีสารสนเทศและเทคโนโลยีการสื่อสาร +ทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและการช่วยเหลือ +ผลงานวิจัย + ฐานข้อมูล	
โครงสร้างต้นทุน (Cost Structure)			การสร้างรายได้ (Revenue Streams)	
ต้นทุนคิดตามมาตรการที่จะผลักดันใน ร่าง แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ปีละ ๑๖,๕๐๐ ล้านบาท* +การลงทุนเรื่องการพัฒนาเครือข่าย /การพัฒนาบุคลากร การวิจัยเทคโนโลยี / การสร้างความรับรู้ในสังคม รวมการลงทุน ปีละ ๑๖,๕๐๐ ล้านบาท** *งบประมาณที่ทั่วโลกจัดเพื่อดูแลสุขภาพจิตประชากร คนละ ๒๕๐ บาทต่อคน (https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=๓๑๙๓๕) อยู่ระหว่างการระดมความคิดเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ			+ ลดความสูญเสียจากค่าใช้จ่ายโดยตรงทางการแพทย์เพื่อการรักษา (ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง ๒๐,๐๐๐ บาท x ๔๒,๐๐๐ คน) มูลค่าประมาณ ๘๕๐ ล้านบาท + ลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความรุนแรง (๐.๔%GDP ๑๗.๗๒ ล้านบาท* = ๗๐,๘๘๐ ล้านบาท -> ลดลงได้ ๘๐% ~ ๕๗,๐๐๐ ล้านบาท รวมประโยชน์ ปีละ ๕๗,๘๕๐ ล้านบาท SROI ~ ๓.๕๐ *สถานการณ์ความรุนแรงในสังคมที่กระทบต่อสุขภาพของคนไทย**	

*ประมาณการจากการระดมความคิดเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ และการศึกษาจากเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

**สถานการณ์ความรุนแรงในสังคมที่กระทบต่อสุขภาพคนไทย. (๒๕๕๖). กระทรวงสาธารณสุข.