

1 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖

2

ฉบับร่างเพื่อพิจารณาในการประชุมที่เกี่ยวข้องเท่านั้น

3 ระเบียบวาระที่ ๑๖.๑

๒๘ ถึงหาคม ๒๕๖๖

4

### ระบบสุขภาพจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง

5

#### (Mental well-being system for non-violent Thai society)

6

7 ประเทศไทยกำลังเผชิญกับวิกฤติความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบที่มีความหลากหลายและ  
8 ความเข้มข้นมากยิ่งขึ้น สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รวบรวมการรับแจ้งและจับกุมกลุ่มคดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญ  
9 รวมถึงคดีอาญาที่เป็นความผิดต่อชีวิต ร่างกาย และเพศ ซึ่งจากข้อมูลล่าสุดของการเก็บรวบรวมความรุนแรงในปี  
10 พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่าสังคมไทยมีอัตราผู้กระทำความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นต่อปีถึง ๑,๓๔๒ คน และความรุนแรงมีการ  
11 ขยายตัวเพิ่มขึ้นจนกลายเป็นการระบาดของความรุนแรงในสังคมไทย ตั้งแต่เหตุการณ์กราดยิงที่จังหวัดโคราชปี พ.ศ.  
12 ๒๕๖๓ เหตุการณ์กราดยิงที่จังหวัดอุบลและเหตุการณ์กราดยิงที่บริเวณศูนย์เด็กเล็กในจังหวัดหนองบัวลำภูปี พ.ศ.  
๒๕๖๕ อันก่อให้เกิดความสูญเสียและสะเทือนใจกับสังคมไทยเป็นอย่างมาก

13

14 ในยุคที่เทคโนโลยีสื่อใหม่แพร่หลายในสังคม ความรุนแรงยังเกิดขึ้นผ่านช่องทางสื่อสารโซเชียลมีเดียด้วย  
15 ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ คนไทยใช้เวลากับอินเทอร์เน็ตโดยเฉลี่ย ๗ ชั่วโมง ๔ นาที กลุ่มที่เป็นผู้ใช้สูงสุด คือ กลุ่ม  
16 Generation Y (เกิดระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๒๔-๒๕๔๓) ใช้งานเฉลี่ยวันละเกือบ ๙ ชั่วโมง รองลงมา คือ กลุ่ม  
17 Generation Z (เกิดปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็นต้นไป) จากประชากรทั้งหมด คนไทยมีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตคิดเป็นร้อยละ  
18 ๘๕.๓ ข้อมูลทางสถิติเหล่านี้ส่งนัยว่าสังคมออนไลน์ค่อนข้างมีอิทธิพลอย่างมาก ความเสี่ยงและภัยอันตรายที่มา  
19 กับสื่อใหม่เหล่านี้จึงส่งผลต่อสุขภาพจิตของคนไทยด้วย เห็นได้จากความรุนแรงในช่องทางการสื่อสาร เช่น การ  
20 สื่อสารเพื่อสร้างความเกลียดชัง (hate speech) การระรานและข่มขู่ในโลกออนไลน์ (cyber bullying) อันส่งผล  
21 ให้เกิดการแบ่งแยกกีดกัน คุกคาม อับอาย และลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยผลสำรวจดัชนีตัวชี้วัดความ  
22 ปลอดภัยบนสื่อออนไลน์สำหรับเด็ก กลุ่มตัวอย่าง ๔๔,๐๐๐ คน จาก ๔๕๐ โรงเรียนทั่วประเทศ พบว่า เด็กไทยเคย  
23 เกี่ยวข้องกับการรังแกบนโลกออนไลน์ถึงร้อยละ ๔๘ มากกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่มีอยู่ร้อยละ ๓๓ และเคยถูกรังแก  
24 บนโลกออนไลน์ถึงร้อยละ ๔๑ และในกลุ่มเด็กอายุ ๑๓ ปีขึ้นไป เพศหญิงเคยถูกรังแกบนโลกออนไลน์ร้อยละ ๔๓  
ในขณะที่เพศชายอยู่ที่ร้อยละ ๓๗

25

26 ความรุนแรงในสังคมไทยยังสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นของประชากรในประเทศ ในปี พ.ศ.  
27 ๒๕๖๕ ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย เปิดเผยว่าสังคมไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ ๑๓ โดยอัตรา  
28 สูงสุดอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (ร้อยละ ๗๙.๕ เป็นผู้ชาย) ส่วนอัตราการพยายามฆ่าตัวตายมีมากถึงร้อยละ  
29 ๘๗ โดยอัตราสูงสุดอยู่ในวัยเรียนช่วงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (ร้อยละ ๗๓.๒ เป็นผู้หญิง) และเมื่อปรับใช้ฐานข้อมูลระบบ  
ใหม่ ๓ ฐาน ได้แก่ ฐานข้อมูลของกระทรวงมหาดไทย ฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข และฐานข้อมูลศูนย์

1 ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ โดยไม่ได้อ้างอิงแค่จากใบมรณบัตรเท่านั้น ก็พบว่า ในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา มีอัตราการ  
2 ฆ่าตัวตายเท่ากับ ๘.๘๑ ๘.๙๕ และ ๑๐.๐๘ ต่อแสนประชากรต่อปี ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขสถิติที่เพิ่มสูงขึ้นมากใน  
3 ระดับประเทศ นอกจากนี้ รายงานความสุขโลกปี ค.ศ. ๒๐๒๓ ยังย้ำว่าประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยความสุขของ  
4 ประชากรอยู่ในลำดับที่ ๖๐ ของโลก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยลดลงจาก ๕.๘๙๑ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔) เป็น ๕.๘๔๓ (ปี  
5 พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๖)

## 6 ๑. นิยาม

### 7 ๑.๑ สุขภาพจิต (Mental health)

8 หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของจิตใจ ที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดใน  
9 ชีวิต ทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ ทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนเอง โดยครอบคลุมทั้งอารมณ์  
10 ความคิด และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล รวมถึงมีอิทธิพลต่อความสามารถในการตัดสินใจและการปฏิสัมพันธ์กับ  
11 คนรอบข้าง สุขภาพจิตจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในทุกช่วงเวลาของมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงสิ้นสุดอายุขัย

### 12 ๑.๒ สุขภาวะทางจิต (Mental well-being)

13 หมายถึง สภาวะทางจิตใจของบุคคลอันเป็นภาวะทางจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิตตนเอง ซึ่ง  
14 เกี่ยวเนื่องกับการที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่จำกัดเฉพาะเรื่องการไม่เจ็บป่วยหรือไม่เป็นโรคทางจิตเวช สามารถ  
15 จัดการความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับความต้องการและความสำเร็จ  
16 ตามเป้าหมาย มีมุมมองสภาพแวดล้อม สังคม สถานการณ์ และประสบการณ์ในแงุ่มุมที่ดี สุขภาวะทางจิตสัมพันธ์  
17 กับสุขภาวะในมิติอื่นๆ อาทิ สุขภาวะทางร่างกาย (Physical well-being) เช่น การมีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง  
18 คล่องแคล่ว เป็นต้น สุขภาวะทางสังคม (Social well-being) เช่น การอยู่ร่วมกันที่ดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบ  
19 ข้าง ชุมชนเข้มแข็ง เข้าถึงสวัสดิการ ระบบบริการสาธารณะที่ดี เป็นต้น และสุขภาวะทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ  
20 (Spiritual well-being) เช่น การมีทักษะหรือคุณภาพในการเข้าถึงความจริง คุณค่า และความหมายของตนเอง  
21 ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งยึดเหนี่ยวศรัทธาอย่างสมดุล เป็นต้น สุขภาวะทางจิตมีนัยที่กว้างกว่าสุขภาพจิต โดยมนุษย์  
22 เราสามารถมีสุขภาวะทางจิตหรือมีความสุขได้ถึงแม้ว่าจะมีเงื่อนไขทางสุขภาพจิตหรือมีอาการทางจิตเวช

### 23 ๑.๓ การสร้างเสริมสุขภาพจิต (Mental health promotion)

24 หมายถึง กระบวนการสร้างเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิตโดยให้บุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติ  
25 พัฒนาและควบคุมสุขภาพจิตของตน ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตเพื่อให้  
26 บรรลุการมีสุขภาวะทางจิตและสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข การสร้างเสริมสุขภาพจิตมีปฏิบัติการที่  
27 สำคัญ ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจิต การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจิต การเสริมสร้าง  
28 ปฏิบัติการชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะและความรู้ส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพให้เน้นการ

1    ขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพจิตในเชิงการส่งเสริมและป้องกันมากกว่าการรักษาเพื่อสร้างความยั่งยืนทางสุขภาพจิต  
2    การสร้างเสริมสุขภาพจิตจึงมักนิยามดำเนินการตามแนวทางการสร้างสภาพแวดล้อม (setting-based) ที่  
3    หลากหลายเป็นสำคัญ

#### 4           **๑.๔ ความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (Mental health sustainability)**

5           หมายถึง ความสามารถในการสร้างเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพจิตบนฐานของความต้องการของผู้คน  
6    และสังคมในปัจจุบันและอนาคต ความสามารถนี้อยู่ทั้งในระดับปัจเจก สังคม และนโยบาย

#### 7           **๑.๕ ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต (Social determinants of mental health)**

8           คือ กรอบแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่มุ่งเน้นความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบและอิทธิพลของปัจจัยสังคม  
9    ต่อสุขภาพจิตของบุคคลตั้งแต่เกิดจนตาย ปัจจัยสังคมเหล่านี้สามารถจำแนกออกเป็น ๔ ระดับสำคัญ ได้แก่

10           (๑) ระดับปัจเจกบุคคล (Individual level) เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย นักจิตวิทยา นักวิจัย และ  
11    ผู้กำหนดนโยบาย เป็นต้น

12           (๒) ระดับชุมชนและสังคม (Community and societal level) เช่น สถานศึกษา ศาสนสถาน หน่วยงาน  
13    งานวิจัย หน่วยงานบริการทางสุขภาพ องค์กรไม่แสวงหากำไร บริษัทเอกชน รัฐบาล และแหล่งทุน เป็นต้น

14           (๓) ระดับสถาบัน (Institutional level) เช่น ระบบการศึกษา นโยบายสาธารณะ การอภิบาล ระบบ  
15    บริการ โครงสร้างงานและการจ้างงาน และพื้นที่สาธารณะ เป็นต้น

16           (๔) ระดับปัจจัยแวดล้อมทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม (General socio-economic and cultural  
17    level) เช่น การเมือง เศรษฐกิจ ความเหลื่อมล้ำ ความเชื่อ และคุณค่าทางศีลธรรม เป็นต้น

18           ตามกรอบแนวคิดนี้ ประชากรบางกลุ่มมีความเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวชสูงกว่า เนื่องจากกลุ่มเหล่านี้มี  
19    แนวโน้มหรือมีโอกาสที่จะเผชิญสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี รวมถึงข้อจำกัดด้านเพศ ซึ่งโรคทางจิตเวชมักสัมพันธ์กับ  
20    ภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น เศรษฐกิจสังคมแย่งสัมพันธ์กับอัตราซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น อีกทั้ง ความ  
21    เหลื่อมล้ำนี้เริ่มต้นมาตั้งแต่ก่อนเกิดและสะสมเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ความเหลื่อมล้ำที่เกิดจากการกระจาย  
22    ทรัพยากรที่ไม่เท่าเทียมกันจึงสามารถบรรเทาได้ผ่านนโยบายและโครงการทางสังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนถึงการ  
23    มุ่งเน้นการศึกษาผ่านมุมมองของแต่ละช่วงวัยเพื่อให้เห็นถึงความเสี่ยงที่ต้องเผชิญ และการเสริมองค์ความรู้และ  
24    ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งหลายที่หล่อหลอมสุขภาพจิตและสุขภาพเพื่อนำไปสู่การส่งเสริมและป้องกันให้เกิด  
25    สุขภาพจิตที่ดียิ่งขึ้น โดยมีการใช้แนวทางช่วงวัยของชีวิตมาศึกษา

#### 26           **๑.๖ ช่วงวัยของชีวิต (Life-course)**

1 คือ ประสบการณ์และผลกระทบจากปัจจัยสังคมกำหนดที่เปลี่ยนแปลงตลอดทุกช่วงชีวิต และมีอิทธิพลต่อ  
2 บุคคล ในแต่ละอายุ เพศ หรือช่วงชีวิต ที่เฉพาะแตกต่างกันไป แนวทางช่วงวัยของชีวิตสามารถนำมาทำความเข้าใจ  
3 เข้าใจ แก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพให้เหมาะกับช่วงวัยที่แตกต่างกัน และปรับปรุงสภาพชีวิตประจำวัน  
4 ซึ่งจะต้องศึกษาให้ครอบคลุมประชากรทั่วไป แต่ปรับสัดส่วนให้เหมาะสมตามระดับความด้อยโอกาส โดยเชื่อว่า  
5 ช่วงวัยของชีวิตเป็นสิ่งสำคัญ หากเด็กทุกคนได้รับโอกาสที่ดีที่สุดตั้งแต่เริ่มต้นจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านสังคม  
6 เศรษฐกิจ และสุขภาพจิตสูงที่สุด แบ่งเป็น ๕ ช่วงวัยของชีวิต ดังนี้

### 7 (๑) ประสบการณ์และสุขภาพจิตก่อนคลอด (Prenatal experience and mental health)

8 ช่วงวัยก่อนคลอดจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์สุขภาพกาย สุขภาพจิต และสติปัญญาในช่วงแรกของ  
9 ชีวิตไปจนถึงตลอดชีวิต ดังนั้นสุขภาพของมารดาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก โดยเด็กที่เกิดจากมารดาอาจจนจะเสีย  
10 โอกาสมากกว่าตั้งแต่ยังไม่เกิด เช่น โอกาสการขาดสารอาหารระหว่างตั้งครรภ์ น้ำหนักแรกคลอดต่ำ เผชิญ  
11 ความเครียด สภาพการทำงานที่แย่มาก และถูกใช้แรงงานหนัก เป็นต้น นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าของแม่ตั้งครรภ์และ  
12 หลังคลอดถือเป็นปัญหาขนาดใหญ่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช ได้แก่ ความด้อย  
13 โอกาสทางเศรษฐกิจสังคม การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ อายุยังน้อย ไม่ได้แต่งงาน ขาดการเอาใจใส่จากคู่ครอง  
14 ครอบครัวสามีไม่เป็นมิตร ใช้ความรุนแรง ขาดการช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์และการดำเนินชีวิต และมี  
15 ประวัติปัญหาสุขภาพจิตมาก่อน

### 16 (๒) วัยเด็กเล็ก (Early Childhood)

17 ประสบการณ์ที่ไม่ดีในวัยเด็ก (adverse childhood experiences) เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคจิตเวช สภาพ  
18 ครอบครัวและคุณภาพของการเลี้ยงดูมีผลอย่างมากต่อความเสี่ยงสุขภาพจิตและสุขภาพกาย โดยสถาบันความ  
19 เสมอภาคด้านสุขภาพพบว่า การขาดความผูกพันที่มั่นคง การละเลยทอดทิ้ง  
20 ขาดการกระตุ้นอย่างมีคุณภาพ และความขัดแย้งในครอบครัว ล้วนส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางสังคม  
21 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สถานภาพการทำงาน ตลอดจนสุขภาพจิตและสุขภาพกายในอนาคต ซึ่งเด็กที่ถูกละเลย  
22 หรือทอดทิ้ง ถูกทารุณกรรมทางร่างกายและจิตใจ หรือเติบโตขึ้นมาในครอบครัวที่มีความรุนแรงจะได้รับความบอบ  
23 ข้ำอย่างชัดเจน โดยสุขภาพจิตของผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ตัวเด็ก เช่น เด็กที่มีแม่เจ็บป่วยทางจิตมี  
24 โอกาสที่จะป่วยด้วยโรคจิตเวชเพิ่มขึ้นถึง ๕ เท่า และเด็กที่อยู่ในกลุ่มฐานะสังคมเศรษฐกิจต่ำจะมีโอกาสเผชิญ  
25 สภาพที่เอื้อต่อพัฒนาการที่เหมาะสมน้อยกว่า ซึ่งปัญหาทางสังคมและอารมณ์ตามระดับชั้นสังคมสามารถพบได้  
26 ตั้งแต่เด็กอายุ ๓ - ๕ ปี และสามารถป้องกันความเหลื่อมล้ำนี้ได้ด้วยการกระทำของพ่อแม่ เช่น การมีปฏิสัมพันธ์  
27 ด้านอารมณ์และสังคมที่ดี การประคับประคองการอบรมเลี้ยงดู เป็นต้น

### 28 (๓) วัยเด็กโต (Late Childhood)

1 การศึกษามีความสำคัญอย่างมากในช่วงวัยเด็กโต และเมื่อทำควบคู่ไปกับการปรับระดับประคองที่เหมาะสม  
2 อย่างต่อเนื่องจะช่วยสร้างความเข้มแข็งทางอารมณ์ของเด็กยิ่งขึ้น โดยการศึกษาจะส่งผลต่อชีวิตในหลากหลายด้าน  
3 ไม่ว่าจะเป็น การมีงานทำ มีรายได้และมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งทางโรงเรียนสามารถมีการดำเนินการโปรแกรม  
4 ป้องกันให้กับเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีฐานะยากจนจะมีแนวโน้มเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีและสภาพ  
5 ครอบครัวยุติธรรมที่ด้อยกว่า จึงควรเน้นไปที่กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ในสัดส่วนที่เหมาะสม ความยากจนถือเป็นปัจจัย  
6 สำคัญที่ทำให้สร้างสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เอื้อต่อการเรียนรู้ได้ยาก ทั้งจากสภาพแออัด ความไม่ถูกสุขลักษณะ และ  
7 บทบาทของพ่อแม่ ดังนั้นโรงเรียนมีบทบาทสำคัญที่สามารถกระทำได้ต่อเด็กโดยตรงและร่วมกับหน่วยงานบริการ  
8 อื่นๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือกับครอบครัวกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งให้คำแนะนำพ่อแม่ถึงวิธีการเลี้ยงลูก และมีศักยภาพ  
9 สนับสนุนให้พ่อแม่มีความพร้อมในการทำงานหรือฝึกอบรมทักษะอีกด้วย เพราะส่วนหนึ่งของปัจจัยที่ทำให้เกิด  
10 อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นสัมพันธ์กับประวัติประสบการณ์ที่ไม่ดีในวัยเด็กรวมทั้งประสบการณ์ในปัจจุบัน ดังนั้น  
11 ครอบครัว สภาพแวดล้อม และบุคคลใกล้ชิดจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เมื่อเด็กโตเข้าสู่วัยรุ่น  
12 จะเริ่มสนใจในพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงมากยิ่งขึ้น รวมไปถึงการใช้สารเสพติด สิ่งที่สำคัญคือ ต้องแน่ใจว่าวัยรุ่นมี  
13 ความรู้และข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และมีปัจจัยปกป้อง เช่น การสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจ  
14 ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน ครอบครัว และชุมชนในวงกว้าง เป็นต้น

#### 15 (๔) วัยทำงาน (Working age)

16 จากการศึกษาภาวะโรคในภาพรวมระดับโลกพบว่า โรคจิตเวชในวัยผู้ใหญ่มีความสำคัญและเพิ่มมากขึ้นทั่ว  
17 โลก เพศหญิงพบโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่ง ส่วนเพศชายโรคซึมเศร้าจัดอยู่ในอันดับที่ ๒ และมีความ  
18 ผิดปกติทางพฤติกรรมเสพติดรวมถึงความผิดปกติในการดื่มสุรามาเป็นอันดับ ๗ และ ๘ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง  
19 ในการเกิดโรคทางจิตเวช โดยในหลากหลายประเทศทั่วโลก ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางลบ  
20 กับสุขภาพจิตของประชากร คือ มีแนวโน้มปัญหาเพิ่มขึ้นทั้งจากการติดสุรา ภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายตลอดจน  
21 อันตรายต่อสุขภาพ จึงเกิดเป็นข้อถกเถียงถึงนโยบายและการขับเคลื่อนนโยบายที่มุ่งเน้นวิธีการเพื่อลดการบริโภค  
22 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

23 นอกจากนี้การว่างงานและการจ้างงานที่มีคุณภาพต่ำถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากสำหรับโรคจิตเวชของ  
24 คนวัยทำงาน นำไปสู่ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจิต เช่น การจ้างงานด้วยสัญญาระยะสั้น งานที่มีค่าตอบแทนต่ำ  
25 หรือมีอิสระในการทำงานที่ต่ำ เป็นต้น ซึ่งความเสี่ยงจากการว่างงานและจ้างงานที่มีคุณภาพต่ำสัมพันธ์อย่างมาก  
26 กับฐานะทางสังคมและระดับความรู้ทักษะ โดยสถาบันความเสมอภาคด้านสุขภาพมีรายงานเกี่ยวกับผลกระทบ  
27 สุขภาพจากภาวะเศรษฐกิจถดถอยพบว่า การตกงานมีความสัมพันธ์มากกับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล ดังนั้นวิธี  
28 ที่จะลดการว่างงานในระยะยาวถือเป็นสิ่งสำคัญต่อการลดความเสี่ยงของโรคจิตเวช นอกจากนี้นายจ้างมีบทบาท  
29 อย่างมากที่จะลดความเสี่ยงต่อโรคจิตเวชของคนวัยทำงานลง เพราะงานที่มั่นคงและรู้สึกมีอิสระในการทำงานถือ

1 เป็นปัจจัยปกป้องสุขภาพจิตที่ดี ทำให้ลูกจ้างมีความภาคภูมิใจในตนเองและงาน รวมถึงเกิดผลผลิตงานที่ดีขึ้น จึง  
2 ควรมีการกำหนดแนวทางการจ้างงานที่มีคุณภาพ อีสาระในการทำงานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีขึ้น นำไปสู่  
3 ความพยายามที่จะสร้างรายได้ให้พอเพียงสำหรับการมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี นอกจากนี้  
4 สุขภาพจิตในวัยผู้ใหญ่จะได้รับผลกระทบอย่างมากในช่วงวัยสร้างครอบครัว (Family building) โดยความเสี่ยง  
5 ส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่ส่งผลไปยังสุขภาพจิต

6 (๕) วัยผู้สูงอายุ (Older people)

7 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ผ่านมา และประสบการณ์เฉพาะในบางเรื่อง รวมถึง  
8 ลักษณะเฉพาะตัวตามช่วงวัยที่มากขึ้นและสภาพชีวิตหลังเกษียณ โดยสุขภาพจิตและสุขภาพกายจะแปรเปลี่ยนไป  
9 ตลอดช่วงวัย ในประเทศอังกฤษพบว่า ความเสี่ยงของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมากในผู้ที่มีอายุมากกว่า ๘๐ ปี ซึ่ง  
10 รายงานนี้คัดภาวะสมองเสื่อมออกจากภาวะโรคซึมเศร้า โดยการกระจายตัวของสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชใน  
11 ผู้สูงอายุมีข้อมูลค่อนข้างที่จะจำกัด เมื่อเทียบกับข้อมูลจากประเทศที่มีรายได้สูง แสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำ  
12 ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับสถานะเศรษฐกิจสังคม ระดับการศึกษา เพศ เชื้อชาติ อายุ ระดับสุขภาพ  
13 กาย รวมถึงระดับการคุ้มครองทางสังคมของประเทศ โดยงานวิจัยหลายชิ้นชี้ว่าเพศหญิงสูงอายุมีผลลัพธ์ของโรค  
14 ทางจิตเวชที่แย่มากกว่าเพศชายสูงอายุ และเพศหญิงมักสัมพันธ์อย่างมากกับปัจจัยทางสังคม เช่น ระดับการ  
15 แยกตัวโดดเดี่ยว การติดต่อครอบครัว การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มความเชื่อศรัทธาหรือชุมชนต่างๆ เป็นต้น  
16 นอกจากนี้ภาวะสูงวัยสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าและโรคจิตเวช โดยการแยกตัวออกจากสังคมถือเป็น  
17 ปัจจัยสำคัญ ผลจากการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษพบว่า ผู้สูงอายุอย่างน้อยร้อยละ ๑๐ แยกตัวจาก  
18 สังคมและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีอายุมากกว่า ๗๕ ปี ซึ่งสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า สุขภาพจิตไม่ดี การคิดอ่านไม่  
19 ดี เสพติดสุรา มีความคิดฆ่าตัวตาย และเสียชีวิตในที่สุด

20 **๑.๖ ระบบสุขภาพทางจิต (Mental well-being system)**

21 หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์และโครงสร้างเชิงสถาบันและนโยบายที่มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่  
22 องค์การ ทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางการเงิน การจัดการ และการให้บริการ อันสะท้อนถึงการ  
23 ดำเนินการพัฒนาสุขภาพทางจิตที่มาจากความร่วมมือจากหลายภาคส่วน (เช่น รัฐ ชุมชน สหวิชาชีพ) และหลาย  
24 ระดับ (เช่น ชาติและท้องถิ่น)

25 **๑.๗ ความรุนแรง (Violence)**

26 มนุษย์เราทุกคนมีศักยภาพหรือการบรรลุถึงความสามารถที่มีอยู่ (Potentiality) โดยมนุษย์ควรได้รับการ  
27 สนับสนุนให้มีความสามารถในความเป็นจริง (Actuality) เพื่อตอบศักยภาพนั้น เช่น เราทุกคนมีศักยภาพที่จะมี  
28 สุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ไม่เครียด เราจึงควรได้รับการสนับสนุนหรืออยู่ในสังคมที่เอื้อให้เรามีความสุข ไม่เครียด

1 ความรุนแรงเกิดขึ้นเมื่อมนุษย์ถูกทำให้ไม่สามารถบรรลุถึงศักยภาพได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความ  
2 รุนแรงจึงเป็นการเพิ่มระยะห่างระหว่างสภาพความเป็นจริงและศักยภาพของมนุษย์ ซึ่งรวมถึงการขัดขวางการลด  
3 ระยะห่างนั้น

4 ในทางทฤษฎี ความรุนแรงสามารถจำแนกออกได้เป็น ๓ มิติหลักที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่

5 (๑) ความรุนแรงทางตรง (direct violence) คือ ความรุนแรงที่สามารถเห็นได้ชัดมากที่สุด เช่น มี  
6 ร่องรอยจากการได้รับบาดเจ็บ หรือเสียชีวิต ความรุนแรงประเภทนี้รวมไปถึงการสร้าง ความเสียหายต่อวัตถุและ  
7 ทรัพย์สิน ความรุนแรงทางตรงเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (behavior) ของมนุษย์เป็นส่วนมาก สามารถจำแนก  
8 ประเภทย่อยได้เป็น “ความรุนแรงทางกายภาพ” (physical) ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น การทำร้ายร่างกายไม่ว่าจะ  
9 ใช้อาวุธหรือไม่ใช้อาวุธ และการขัดขวางไม่ให้ได้รับอากาศในการหายใจ เป็นต้น และ “ความรุนแรงทางจิตใจ”  
10 (psychological) ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตและการนึกคิด เช่น การทำให้เกิดความหวาดกลัว เกิดความรู้สึกอับ  
11 อาย รู้สึกด้อยค่า หรือการลดทอนความเป็นมนุษย์ เป็นต้น ความรุนแรงทางตรงจึงมาจากการฆ่า การทำให้  
12 บาดเจ็บ การกลั่นแกล้ง การคุกคาม และการครอบงำ

13 (๒) ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (structural violence) คือ ความรุนแรงที่แฝงอยู่ในระบบ (system) หรือ  
14 โครงสร้างทางสังคม สังเกตเห็นได้ยากกว่าความรุนแรงทางตรง แต่คอยค้ำยันให้ความรุนแรงทางตรงเกิดขึ้นและ  
15 ดำรงอยู่ ความรุนแรงเชิงโครงสร้างจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของมนุษย์อย่างมาก มักสะท้อนออกมาในรูปแบบ  
16 ของอำนาจที่ไม่เท่าเทียมและไม่เป็นธรรมของมนุษย์ เช่น ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ สังคมที่มีความเหลื่อมล้ำ  
17 การเมืองที่กดทับหรือเอาเปรียบคนที่ไม่มียานาจ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการมีชีวิตที่ดี เป็นต้น ความ  
18 รุนแรงเชิงโครงสร้างปิดกั้นการเข้าถึงสิ่งจำเป็นของมนุษย์ที่สมควรได้รับอย่างเท่าเทียมกัน ความรุนแรงเชิง  
19 โครงสร้างสามารถมาจากกฎหมาย นโยบาย มาตรการ หรือองค์การ

20 (๓) ความรุนแรงเชิงวัฒนธรรม (cultural violence) คือ ความรุนแรงที่คนมักไม่เห็นและไม่ให้ความสำคัญ  
21 แต่เป็นสิ่งที่ทำให้ความรุนแรงทางตรงและความรุนแรงเชิงโครงสร้างดำรงอยู่ได้ในสังคม ความรุนแรงเชิงวัฒนธรรม  
22 เป็นความรุนแรงที่มาจากรากฐานความเชื่อและความคิดยึดถือที่ได้รับการสั่งสมและส่งต่อกันมาจนเกิดการยอมรับ  
23 ว่าเป็นปกติ ไม่เป็นปัญหา หรือยอมรับได้ ความรุนแรงประเภทนี้จึงมักเป็นข้ออ้างหรือเหตุผลสนับสนุนการใช้ความ  
24 รุนแรงประเภทอื่นๆ ความรุนแรงเชิงวัฒนธรรมมักสะท้อนออกมาในครอบครัว กลุ่มเพื่อน โรงเรียน และที่ทำงาน  
25 และมักปรากฏในรูปแบบของธรรมเนียมทางสังคม (social norm) และมายาคติ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชคือคนที่อ่อนแอ  
26 คนซึมเศร้าคือ คนบ้า หรือโรคซึมเศร้าเป็นโรคของคนรวย ซึ่งเป็นการไปตีตราสุขภาวะของมนุษย์

27 ในเชิงปฏิบัติการ องค์การอนามัยโลกได้นิยามความรุนแรงว่าหมายถึง การใช้กำลังทางกายหรืออำนาจ  
28 โดยเจตนา ต่อตนเอง ผู้อื่น กลุ่มอื่น หรือชุมชนอื่น โดยการข่มขู่หรือปฏิบัติอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดหรือมีความ  
29 เป็นไปได้สูงว่าจะเกิดการบาดเจ็บ การเสียชีวิต การทำร้ายจิตใจ การพัฒนาที่ไม่เพียงพอ ผิดปกติ หรือการลิดรอน

1 โดยนิยามนี้เกี่ยวข้องกับเจตนาของการก่อพฤติกรรมนั้น โดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา ดังนั้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดย  
2 ไม่มีเจตนาจึงไม่เข้าข่ายความรุนแรง เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ เป็นต้น

3 การใช้คำว่า “อำนาจ” ในนิยามความรุนแรง เพิ่มเติมจาก “การใช้กำลังทางกาย” เป็นการขยายลักษณะ  
4 ของการกระทำที่รุนแรงและความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับความรุนแรง ให้ครอบคลุมการกระทำที่เกิดจากความสัมพันธ์  
5 เชิงอำนาจ เช่น การคุกคาม การข่มขู่ เป็นต้น “การใช้อำนาจ” ในคำนิยามนี้รวมถึงการละเลยหรือการละเว้น  
6 รวมทั้งการกระทำความรุนแรงที่ปรากฏชัด ด้วยเหตุนี้ นิยาม “การใช้กำลังทางกายหรืออำนาจ” ควรสื่อถึงความ  
7 เข้าใจที่ครอบคลุม การละเลยและการกระทำทารุณทุกรูปแบบไม่ว่าจะเป็น ทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจตลอด  
8 จนถึงการฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตัวเอง

9 คำนิยามนี้ครอบคลุมผลกระทบความรุนแรงที่กว้างขวาง เช่น ความเสียหายทางจิต ความสูญเสีย หรือ  
10 พัฒนาการที่ผิดปกติ เป็นต้น คำนิยามนี้สะท้อนให้เห็นการเติบโตของการยอมรับในกลุ่มผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติงาน ว่า  
11 นิยามของความรุนแรงควรครอบคลุมความรุนแรงที่อาจไม่นำไปสู่อาการบาดเจ็บหรือการเสียชีวิต แต่ก่อให้เกิด  
12 ภาระต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพทั่วโลกอย่างมีนัยสำคัญ ความรุนแรงหลายรูปแบบที่เกิดขึ้นกับ  
13 ผู้หญิง เด็ก และผู้สูงอายุ สามารถก่อให้เกิดปัญหาทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม ที่ไม่จำเป็นต้องนำไปสู่อาการ  
14 บาดเจ็บ ทุพพลภาพ หรือการเสียชีวิต ผลกระทบเหล่านี้อาจเกิดขึ้นทันทีหรือเกิดขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปหลายปี ด้วย  
15 เหตุนี้การตีกรอบผลกระทบความรุนแรงไว้เพียงอาการบาดเจ็บหรือการเสียชีวิตเป็นการจำกัดความเข้าใจที่มีต่อ  
16 ผลกระทบของความรุนแรงต่อบุคคล ชุมชน และสังคมวงกว้าง

17 ความซับซ้อนของคำนิยามนี้คือ ประเด็นเรื่องเจตนา แม้ความรุนแรงจะถูกจำแนกออกจากเหตุการณ์ที่  
18 ก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บโดยไม่เจตนา อย่างไรก็ตามเจตนาในการใช้กำลังไม่ได้สื่อถึงเจตนาในการสร้างความ  
19 เสียหายเสมอไป แท้จริงแล้วอาจมีความแตกต่างอย่างมากระหว่างพฤติกรรมที่ตั้งใจไว้และผลที่ตั้งใจไว้ ผู้กระทำ  
20 อาจมีเจตนาในการกระทำที่อันตรายและมีโอกาสสูงที่จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพ แต่ตัวผู้กระทำอาจไม่รับรู้ถึงผลเสีย  
21 เหล่านี้ ตัวอย่างเช่น ผู้ปกครองอาจจะเขย่าทารกที่ร้องไห้เพื่อที่จะพยายามปลอบทารกไม่ให้ร้องไห้ แต่การ  
22 กระทำเช่นนั้นอาจนำไปสู่ความเสียหายของสมอง ในกรณีนี้ การใช้แรงเขย่าทารกนั้นเกิดขึ้นโดยเจตนา แต่  
23 ผู้ปกครองไม่มีเจตนาในการทำเกิดความเสียหายต่อสมองของทารก

24 อีกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเจตนาของความรุนแรงคือ การแบ่งแยกระหว่างเจตนาก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บ  
25 และเจตนาในการใช้ความรุนแรง ซึ่งมักถูกกำหนดโดยวัฒนธรรม บางคนที่ตั้งใจทำร้ายผู้อื่น อาจไม่มองว่าการ  
26 กระทำของตนเป็นความรุนแรง เนื่องจากวัฒนธรรมภูมิหลังและความเชื่อของเขา อย่างไรก็ตามนิยามความรุนแรงที่  
27 องค์การอนามัยโลกใช้ นั้นอ้างอิงจากความสัมพันธ์ต่อสุขภาพและสุขภาวะของบุคคล พฤติกรรมบางอย่าง เช่น การ  
28 ทูบตีคู่สมรส อาจนับว่าเป็นการปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่ยอมรับได้โดยบางคน แต่ก็ยังถือว่าเป็นการกระทำความ  
29 รุนแรงที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล



1 องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาการจำแนกประเภทของความรุนแรงตามลักษณะของผู้ที่กระทำความรุนแรง  
2 นั้น ไว้ดังนี้

3 (๑) ความรุนแรงต่อตนเอง (Self-directed Violence) คือ ความรุนแรงที่บุคคลกระทำต่อตนเอง โดย  
4 สามารถแบ่งย่อยเป็น การทำร้ายร่างกายตัวเอง และ พฤติกรรมอัตวินิบาตกรรม

5 (๒) ความรุนแรงระหว่างบุคคล (Interpersonal Violence) คือ ความรุนแรงที่ผู้กระทำเป็นกลุ่มคนขนาด  
6 เล็ก โดยสามารถแบ่งย่อยเป็น

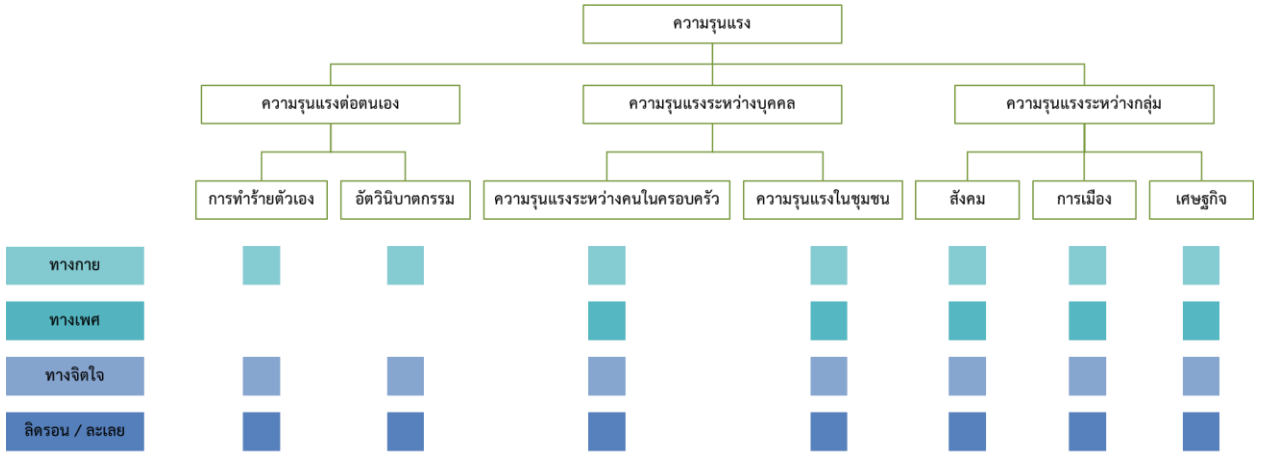
7 (๒.๑) ความรุนแรงระหว่างคนในครอบครัว (Family Violence) หรือระหว่างคู่รัก (Intimate  
8 Partner Violence) อาทิ การทารุณเด็ก ความรุนแรงระหว่างคู่ครอง หรือ การทารุณผู้สูงอายุ

9 (๒.๒) ความรุนแรงในชุมชน (Community Violence) คือ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่  
10 ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน อาทิ ความรุนแรงในกลุ่มเยาวชน การข่มขืนหรือการคุกคามทางเพศโดยคนแปลก  
11 หน้า และความรุนแรงในสถาบันต่าง ๆ เช่น โรงเรียน สถานทำงาน คูก และ สถานดูแล เป็นต้น

12 (๓) ความรุนแรงระหว่างกลุ่ม (Collective Violence) คือ การใช้ความรุนแรงเป็นเครื่องมือบรรลุ  
13 เป้าประสงค์ทางสังคม การเมือง หรือเศรษฐกิจ โดยบุคคลที่ระบุว่าเป็นสมาชิกกลุ่ม ไม่ว่าจะกลุ่มชั่วคราว  
14 หรือถาวรก็ตาม อาทิ สงคราม การก่อการร้าย ความขัดแย้งทางการเมืองที่เกิดขึ้นภายในหรือระหว่างประเทศ  
15 ความรุนแรงโดยอำนาจรัฐ เช่น การฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ การปราบปราม การอุ้มหาย การทรมาน หรือ การละเมิดสิทธิ  
16 มนุษยชนอื่น ๆ และการก่ออาชญากรรมความรุนแรง เช่น การโจรกรรม หรือ สงครามแก๊ง

17 นอกจากนี้การแบ่งประเภท องค์การอนามัยโลกยังได้มีการแบ่งความรุนแรงตามผลกระทบของความรุนแรง  
18 ไว้ดังนี้ ความรุนแรงทางกาย ความรุนแรงทางเพศ ความรุนแรงทางจิตใจ และ การลิดรอนและละเลย โดยสามารถ  
19 สรุปได้ดังภาพด้านล่าง

20



21

## 1 ๒.นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนที่เกี่ยวข้อง

### 2 ๒.๑ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕

3 ธรรมนูญฯ ฉบับนี้ได้จัดทำขึ้นเพื่อผลักดัน “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ผ่านการกำหนดหลักเกณฑ์และ  
4 กรอบแนวทางสำหรับการระบบบริการสุขภาพ ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนด  
5 สุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบาง ตลอดจนถึงการสร้างชุมชนและกลไกทางสังคมที่เข้มแข็ง ผ่านการมี  
6 ส่วนร่วมจากประชาชนและทุกภาคส่วนของสังคม เพื่อสร้างทุนสังคม (social capital) และความเป็นอันหนึ่งอัน  
7 เดียวกันของสังคม (social cohesion) อันจะนำไปสู่สุขภาพของประชาชนคนไทย ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ  
8 และระบบสุขภาพที่มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล

9 ธรรมนูญฯ ฉบับนี้ ได้ระบุปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของไทยที่สำคัญ อาทิ การเปลี่ยนแปลง  
10 โครงสร้างประชากรและความแตกต่างระหว่างวัย การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของโรคและปัญหาสุขภาพ  
11 การเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเมือง ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม  
12 สภาพภูมิอากาศและภาวะโลกร้อน การขาดแคลนทรัพยากรและงบประมาณ และการแข่งขันทางการเมืองของโลก  
13 และการค้าระหว่างประเทศ

14 เพื่อบรรลุจุดประสงค์ของการมีระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ธรรมนูญฯ ได้กำหนดเป้าหมายของระบบสุขภาพไว้  
15 ดังนี้

16 เป้าหมายที่ ๑ การสร้างนโยบายสาธารณะที่ดีและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ด้วยนโยบายที่คำนึงถึงผล  
17 ต่อสุขภาพและระบบธรรมาภิบาลที่ดี ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมที่เท่าเทียมของทุกภาคส่วนในสังคม  
18 โดยเฉพาะผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อให้เกิดการเข้าถึงทรัพยากรอย่างทั่วถึง ชุมชนที่สามารถพึ่งตนเองและพึ่งพากันเองได้  
19 และความโปร่งใสตรวจสอบได้ การจัดการด้วยระบบธรรมาภิบาลดังกล่าวควรรวมถึงระบบอื่น ๆ ที่มีส่วนกระทบ  
20 กับสุขภาพด้วย เช่น ระบบเศรษฐกิจ ทิศทางการพัฒนา บรรทัดฐานในสังคม นโยบายทางสังคม ระบบการเมือง  
21 การปกครอง

22 เป้าหมายที่ ๒ การสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ โดยกำหนดนโยบายที่  
23 สนับสนุนสภาพแวดล้อมและปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ที่เอื้อให้ประชาชนดำรงชีวิตและพัฒนาสุขภาพอย่างมี  
24 ศักยภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมด้าน  
25 สุขภาพที่เหมาะสม สามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพได้ในระดับบุคคล  
26 ครอบครัว และชุมชน การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ตระหนักถึงสิทธิและหน้าที่ การมีส่วนร่วมในกระบวนการ  
27 นโยบายสาธารณะ

1 เป้าหมายที่ ๓ การจัดการระบบบริการสุขภาพให้ทุกคนในประเทศไทยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่  
2 ปลอดภัย มีคุณภาพ และเน้นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเท่าเทียมของบุคลากรและผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเป็น  
3 ระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบการป้องกันและควบคุมโรคหรือปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ตลอดจนถึงระบบการ  
4 ตรวจวินิจฉัย บำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกกระดับ

5 ธรรมนูญฯ ฉบับนี้ ได้กำหนดประเด็นด้าน “สุขภาพจิต” เป็นประเด็นหลักประเด็นหนึ่งที่ต้องพัฒนา โดย  
6 ตั้งเป้าหมายของสุขภาพจิตโดยเฉพาะในระยะ ๕ ปีที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใคร ไว้ข้างหลัง”  
7 ผ่านการเร่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชน (mental health literacy) และสร้างระบบการส่งเสริม  
8 สุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย ในระยะ ก่อนเกิดปัญหาสุขภาพจิต (early detection)

9 อย่างไรก็ตาม ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๓ ยังมีข้อจำกัด อาทิ

10 (๑) ธรรมนูญฯ ยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของผู้ใช้ระบบสุขภาพเท่าที่ควร ประสบการณ์ของ  
11 ผู้ใช้ระบบสุขภาพควรเป็นศูนย์กลางของการวางแผนและออกแบบระบบสุขภาพเพื่อให้การเปลี่ยนแปลงพัฒนา  
12 ระบบสุขภาพมีประสิทธิภาพและสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ดียิ่งขึ้น

13 (๒) ธรรมนูญฯ ยังไม่มีความชัดเจนในการกำหนดข้อบังคับและกระบวนการบริหารจัดการ เช่น การ  
14 กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของหน่วยงานสาธารณสุข การจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ และการ  
15 ตรวจสอบคุณภาพของบริการสุขภาพ เป็นต้น

16 (๓) ธรรมนูญฯ ยังไม่ได้ระบุอย่างชัดเจนในเรื่องของการร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน ตลอดจนการ  
17 จัดสรรทรัพยากรและการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้การสร้างนโยบายและการปฏิบัติของรัฐบาลและเอกชน  
18 ยังไม่สอดคล้องกันเท่าที่ควร

## 19 ๒.๒ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ (และที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๒)

20 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็นกฎหมายเฉพาะว่าด้วยสุขภาพจิตฉบับแรกของประเทศไทย  
21 ที่มีเป้าหมายเพื่อนำบุคคลที่มีภาวะอันตรายที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติทางจิตและมีความจำเป็นต้องได้รับการ  
22 บำบัดรักษาทางจิต ให้ได้รับการบำบัดรักษาอาการทางจิตหรือพฤติกรรมผิดปกติในโรงพยาบาลโดยเร็วเพื่อ  
23 ป้องกันหรือบรรเทาให้มีความผิดปกติทางจิตมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น หรือเพื่อป้องกันการกระทำที่เกิดจากอาการ  
24 ทางจิตที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง เช่นการทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตาย กฎหมายนี้จึงเน้นการ  
25 บังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่ยินยอมก็ได้ พร้อมทั้งให้ความคุ้มครองเจ้าพนักงานตำรวจ หรือเจ้าหน้าที่  
26 โรงพยาบาลที่เอาตัวผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยไม่ถือว่าเป็นการกักขังหน่วงเหนี่ยวแต่อย่างใด

27 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ยังกำหนดให้มี “คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ” ขึ้นเป็นครั้ง  
28 แรกเพื่อเป็นองค์คณะดำเนินนโยบายสุขภาพจิตระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนและแนวทางการดำเนินงาน

1 คณะกรรมการดังกล่าวในทางปฏิบัติยังสะท้อนตัวแบบการอภิบาลที่เน้นรัฐนำ และมุ่งเน้นงานบำบัดรักษาและงาน  
2 บริการมากกว่างานสร้างเสริมสุขภาพจิต

3 นอกจากนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ นี้ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญอื่นๆ อาทิ

4 มาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้นิยาม “ความผิดปกติทางจิต” ไว้ว่าเป็นอาการ  
5 ผิดปกติของจิตใจ ที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาท การรับรู้ หรือการรู้  
6 เวลา สถานที่ หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตในที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท  
7 กระนั้น คำนิยามนี้ไม่ได้ครอบคลุมความผิดปกติอื่น ๆ ที่จัดแบ่งในโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกครั้ง  
8 ล่าสุด (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision  
9 1992 หรือ ICD 10) หรือ คู่มือการวินิจฉัยและสถิติของภาวะจิตเวช ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical  
10 Manual of Mental Disorders, 5th Edition) คำนิยามที่ไม่ครอบคลุมเป็นช่องว่างในกฎหมายที่สามารถนำมาใช้  
11 เป็นข้ออ้างในการปฏิเสธบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตที่ไม่เข้าข่ายคำนิยามที่กำหนดในกฎหมายนี้ในการได้รับการ  
12 คຸ່ມครองโดยกฎหมาย การรักษาและบำบัดและสวัสดิการอื่น ๆ อีกทั้ง คำนิยามตามกฎหมายยังปรากฏการนำไปใช้  
13 ที่ไม่ชัดเจน เช่น องค์การทางการแพทย์และบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมยังมีความเข้าใจต่อคำนิยามของ “ความ  
14 ผิดปกติทางจิต” ไม่ตรงกันซึ่งนำไปสู่คำพิพากษาของศาลที่ไม่สอดคล้องกับความเห็นของจิตแพทย์

15 มาตรา ๓ ยังได้นิยาม “ผู้ป่วย” ไว้เป็นเพียงบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งควรได้รับการบำบัดรักษา การ  
16 นิยามนี้หมายความว่าบุคคลที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสามารถนับว่าเป็นผู้ป่วยได้ตามกฎหมาย  
17 ทั้งที่จริงแล้วบุคคลดังกล่าวอาจไม่ผ่านเกณฑ์การวินิจฉัยในคู่มือวินิจฉัย คำนิยามนี้อาจเป็นช่องทางให้เจ้าหน้าที่  
18 หรือบุคคลอื่นตีตราผู้ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง

19 ในมาตรา ๑๒ ได้กำหนดให้สถานบำบัดรักษาแต่ละแห่งจัดตั้งคณะกรรมการสถานบำบัดอย่างน้อยหนึ่ง  
20 คณะ ซึ่งไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในสถานบำบัดรักษาโรคจิตเวชหรือโรงพยาบาลรัฐ  
21 ขนาดใหญ่ที่มีผู้ป่วยจำนวนมากในแต่ละวัน ประกอบกับการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข เช่น จิตแพทย์  
22 พยาบาลจิตเวช เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาไม่ได้รับบริการอย่างทั่วถึงและขาดประสิทธิภาพ

23 มาตรา ๑๖ เป็นกฎหมายคุ้มครองสิทธิและข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเผยแพร่ข้อมูลผู้ป่วยที่ควร  
24 ปกปิดเป็นความลับ และกฎหมายนี้ได้กำหนดบทลงโทษผู้ที่ฝ่าฝืนมาตรา ๑๖ ไว้ในมาตรา ๕๐ แต่ทั้งนี้ มาตรา ๕๐  
25 ไม่ได้กำหนดบทลงโทษสำหรับบุคคลที่เผยแพร่ข้อมูลที่เกินความเป็นจริง หรือมีเจตนาก่อให้เกิดความเสียหายแก่  
26 จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของผู้ป่วยและครอบครัว

27 มาตรา ๒๒ ได้ระบุว่า บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับ  
28 การบำบัดรักษา

1 (๑) มีภาวะอันตราย หมายความว่า พฤติกรรมที่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแสดงออกโดยประการที่  
2 น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น (มาตรา ๓)

3 (๒) มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา หมายความว่า สภาวะของผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถในการ  
4 ตัดสินใจให้ความยินยอมรับการรักษา และต้องได้รับการรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้มีความผิดปกติ  
5 ทางจิตทิวความรุนแรงหรือป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น (มาตรา ๓)

6 มาตรา ๒๒ เป็นข้อยกเว้นการรักษาที่ต้องได้รับความยินยอมจากตัว “ผู้ป่วย” ซึ่งเป็นกฎหมายที่ควรนำมา  
7 บังคับใช้อย่างเฉพาะเจาะจง แต่คำนิยามของ “บุคคลที่มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” ในมาตรา ๒๒ ไม่มี  
8 การจำกัดความอย่างชัดเจนว่า “ผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการรักษา” ดังกล่าว  
9 ครอบคลุมคนกลุ่มใดบ้าง เกณฑ์การตัดสินใจที่ไม่ชัดเจนเป็นช่องว่างให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตีความได้กว้างขวาง โดย  
10 ที่ประชาชนไม่อาจรู้ได้ว่าการตีความของเจ้าหน้าที่มีกรอบกำหนดไว้เพียงใด อำนาจดุลพินิจดังกล่าวอาจเป็น  
11 ช่องว่างให้เกิดกระบวนการบังคับบุคคลให้เป็น “ผู้ป่วย” หรือกลายเป็นเครื่องมือในการควบคุมตัวบุคคลเพื่อตรวจ  
12 วินิจฉัย โดยที่บุคคลนั้นอาจไม่ได้เป็น “บุคคลที่มีความผิดปกติ” แต่อย่างใด

13 มาตรา ๒๖ ในกรณีฉุกเฉินเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจได้รับแจ้งตามมาตรา  
14 ๒๓ (ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา ๒๒ ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่  
15 พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจโดยไม่ชักช้า) หรือพบบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่า บุคคลนั้นเป็นบุคคลที่มี  
16 ความผิดปกติทางจิตซึ่งมีภาวะอันตรายและเป็นอันตรายที่ใกล้จะถึง ให้มีอำนาจนำตัวบุคคลนั้นหรือเข้าไปใน  
17 สถานที่ใด เพื่อนำตัวบุคคลดังกล่าวส่งสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาที่อยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการ  
18 ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

19 ถ้าบุคคลนั้นขัดขวางหรือหลบหนีหรือพยายามจะหลบหนี พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจมีอำนาจใช้  
20 วิธีการที่เหมาะสมและจำเป็นแก่พฤติกรรมในการนำบุคคลนั้นส่งสถานพยาบาลรัฐหรือสถานบำบัดรักษาตามวรรค  
21 หนึ่ง โดยคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติได้กำหนดระเบียบการนำบุคคลที่มีลักษณะตามมาตรา ๒๒ ส่งไปยัง  
22 สถานพยาบาลไว้ดังนี้

23 (๑) เจ้าหน้าที่ผู้นำส่งต้องแจ้งข้อมูลเท่าที่ทราบให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับตัวที่สถานพยาบาล ดังต่อไปนี้

24 (ก) พฤติกรรมและอาการที่แสดงความผิดปกติทางจิตของบุคคล สถานที่และเวลาที่พบเหตุการณ์  
25 ชื่อ-นามสกุลของบุคคลดังกล่าว

26 (ข) ชื่อและหน่วยงานผู้นำส่ง ตลอดจนการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

27 (ค) ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ของญาติผู้ป่วยที่สามารถติดต่อได้

1 (๒) ในกรณีที่พบอาวุธติดตัวบุคคลดังกล่าว ให้เจ้าหน้าที่ผู้ส่งตัวปลดอาวุธ เพื่อความปลอดภัยก่อนส่งตัว  
2 ในกฎหมายนี้ ไม่มีการกำหนดข้อควรปฏิบัติและขั้นตอนในการควบคุมและนำส่งบุคคลที่มีลักษณะตาม  
3 มาตรา ๒๒ อย่างถูกต้องและปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานและบุคคลดังกล่าว ช่องว่างในข้อกฎหมายนี้อาจเปิด  
4 โอกาสให้เจ้าหน้าที่ใช้อำนาจการควบคุมตัวในทางมิชอบ เช่น การใช้ความรุนแรงในการควบคุมตัว การละเมิดสิทธิ  
5 มนุษยชน เป็นต้น

6 มาตรา ๔๐ ได้กำหนดแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะอันตราย และสมควรได้รับการฟื้นฟูใน  
7 สถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัด แต่กฎหมายดังกล่าวไม่ได้กำหนดหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่ม  
8 นี้ ตลอดจนถึงการจัดแจงงบประมาณ และจำนวนและคุณสมบัติบุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการฟื้นฟู

9 ด้วยข้อจำกัดต่างๆ ที่กล่าวมา พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ จึงได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมในปี พ.ศ.  
10 ๒๕๖๒ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของสังคมมากยิ่งขึ้น ให้บุคคลที่มีความผิดปกติทาง  
11 จิตได้รับการคุ้มครองสิทธิที่ถูกต้องและเพียงพอมากขึ้น และเน้นการสร้างเสริม การป้องกัน และการควบคุมปัจจัย  
12 ที่คุกคามสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น บนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานรัฐและประชาชน

### 13 ๒.๓ แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐)

14 แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) มุ่งสร้าง “คนไทยมีปัญญา อารมณ์ดีและ  
15 มีความสุข อยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า” ผ่านการพัฒนาและขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ  
16 ลดปัจจัยเสี่ยงเพิ่มปัจจัยคุ้มครองด้านสุขภาพจิต ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหา  
17 สุขภาพจิต รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการลดอคติต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต โดยมียุทธศาสตร์  
18 หลัก ๔ ประการ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบ  
19 บริการสุขภาพจิตและจิตเวช ยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการทางกฎหมายสังคมและสวัสดิการ และ  
20 ยุทธศาสตร์พัฒนาวิชาการและกลไกการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

21 ในทางปฏิบัติ มีข้อค้นพบว่าแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาตินี้ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญ อาทิ

22 (๑) ประเทศไทยยังขาดงบประมาณที่จะนำแผนงานโครงการมาบูรณาการร่วมกัน ปัจจุบันแผนงานและ  
23 งบประมาณยังแยกกันตามกระทรวงต่าง ๆ ทำให้เป็นเรื่องที่ยุ้งยากในการที่จะขับเคลื่อนแผนสุขภาพจิตที่ต้องอาศัย  
24 การบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เช่น ปัญหาในเรื่องของยาเสพติดที่ต้องมีการร่วมมือกันทุกภาคส่วน  
25 รวมถึงต้องมิงงบประมาณในการสนับสนุนให้ทั่วถึง เป็นต้น

26 (๒) ตัวชี้วัดของแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติยังไม่ครอบคลุมและมีความหลากหลายเท่าที่ควร กล่าวคือ  
27 ยังไม่ได้มีการบูรณาการตัวชี้วัดของกลุ่มงานในกรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมพิจารณา อีกทั้ง การตั้งตัวชี้วัดบางตัว  
28 ยังมีลักษณะไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในการปฏิบัติงานหรือไม่ได้แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตอย่างแท้จริง

1 (ก) หน้าที่และบทบาทในการขับเคลื่อนแผนงานของหน่วยงานต่างๆ ยังไม่มีความชัดเจน มีการทำงาน  
2 ซ้ำซ้อนกันโดยไม่รู้บทบาทระหว่างหน่วยงานที่ร่วมแก้ปัญหาเดียวกันอยู่ ขาดการกำกับติดตามและประเมินผลอย่าง  
3 เป็นระบบ

4 (ข) คำที่ใช้ในยุทธศาสตร์จำนวนหนึ่งยังขาดมองแบบแยกส่วน ไม่เชื่อมโยง และขาดความครอบคลุม เช่น  
5 การส่งเสริม ความรู้ มาตรการทางกฎหมาย สังคมและสวัสดิการ เป็นต้น

6 (ค) ยังขาดการมองประเด็นเชิงรุกตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ อาทิ การพัฒนา  
7 เด็กและเยาวชนในปัญหาสุขภาพจิต การเสริมสร้างครอบครัวเข้มแข็งและอบอุ่น การป้องกันการฆ่าตัวตาย และ  
8 การเสริมสร้างความสุขและคุณภาพชีวิตของคนไทย เป็นต้น

9 จากการพิจารณาข้อจำกัดที่กล่าวไว้ข้างต้น แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ ระยะที่ ๒ (พ.ศ.  
10 ๒๕๖๖-๒๕๗๐) จึงได้กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “คนทุกช่วงวัยมีปัญหา อารมณ์ดี มีความสุข และอยู่ในสังคมอย่าง  
11 ทรงคุณค่า” โดยมีเป้าหมายที่เน้นงานสร้างเสริมมากขึ้น ได้แก่ เด็กมีความฉลาดทางสติปัญญา เด็กมีความฉลาด  
12 ทางอารมณ์ ครอบครัวมีความเข้มแข็งและอบอุ่น คนไทยมีสุขภาพจิตดี ลดอัตราการฆ่าตัวตาย จังหวัดมีการบูรณา  
13 การงานสุขภาพจิตตามมาตรฐาน และประเทศไทยมีคะแนนความสุข (World Happiness Index) เพิ่มขึ้น

14 นอกจากนี้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติได้พิจารณาแนวทางการดูแลความรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น และ  
15 สังคม โดยจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรง ตั้งแต่การคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย เพิ่มการ  
16 เข้าถึงบริการด้วยความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ตำรวจร่วมกับสายด่วน ๑๖๖๙ และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น  
17 การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล และฟื้นฟูด้วยระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (case  
18 management) โดยชุมชน

## 19 ๒.๕ แผนปฏิบัติการระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต

20 กรมสุขภาพจิตเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ มีบทบาทหลักเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนงาน  
21 สุขภาพจิตของประเทศ และมีเป้าหมายเพื่อทำให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดีอันจะนำมาสู่สังคมและเศรษฐกิจมูลค่าสูง  
22 เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว แผนปฏิบัติการระยะ ๕ ปีนี้กำหนดตัวชี้วัด ได้แก่ เด็กไทยมีระดับสติปัญญา (IQ)  
23 เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓ เด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ ๘๕ อัตราการฆ่าตัว  
24 ตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน และคนไทยมีสุขภาพจิตที่ดี ร้อยละ ๙๐

25 แผนปฏิบัติการฯ มีกลไกทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตของประเทศ ผ่านประเด็นยุทธศาสตร์ ๔  
26 ประเด็น ดังนี้

27 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์  
28 เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผ่าน ๓ กลยุทธ์ ดังนี้

1                    กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิต ตระหนัก  
2                    รู้ในเรื่องของสุขภาพจิต (Public Mental Health Literacy) ควบคุมภัยคุกคามที่ปรากฏในสื่อต่าง ๆ และ  
3                    ใช้ Social Listening หรือ News clipping Platform เพื่อจับกระแสและประเมินความต้องการด้าน  
4                    สุขภาพจิตของสาธารณชน

5                    กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาระบบการสร้างความรู้สุขภาพจิตสอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานใน  
6                    พื้นที่ ผ่านเครือข่าย Ground War ในการพัฒนาสื่อร่วมกัน พัฒนาช่องทางการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต  
7                    ผ่านแอปพลิเคชันหรือโซเชียลมีเดีย

8                    กลยุทธ์ที่ ๓ สร้างระบบการสื่อสารความรู้สุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤติ ระบบสื่อสาร  
9                    รูปแบบเฉพาะสำหรับสถานการณ์วิกฤติ ฉุกเฉิน และกระแสสังคม นำเทคโนโลยีเข้ามาพัฒนาเพื่อปรับใช้  
10                    ให้ทันกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถตอบโต้ได้ทันเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

11                    ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ เร่งพัฒนาระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงาน  
12                    สุขภาพจิตในอนาคตเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลผ่าน ๒ กลยุทธ์  
13                    ดังนี้

14                    กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาระบบสุขภาพจิต พัฒนาเหมือง  
15                    ข้อมูล (Data Lake) รวมถึงชุดข้อมูลมาตรฐานด้านสุขภาพจิต (Clinical, Social determinant และ  
16                    ข้อมูลสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย) สนับสนุนกลไกด้านสุขภาพจิตดิจิทัลและนวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิต  
17                    (Smart Psychosocial Care)

18                    กลยุทธ์ที่ ๒ จัดรูปแบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ บนฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยี  
19                    ดิจิทัล เปลี่ยนบริการจิตเวชให้เป็น Virtual Hospital และ Metaverse Hospital สร้างสถานที่และ  
20                    สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็น Smart Hospital with Healing Environment จัดบริการ  
21                    เสิร์จุกและอุปกรณ์พาหนะเคลื่อนที่ในการเข้าถึงชุมชน (Mobile Digital Mental Services) พัฒนาการ  
22                    จัดส่งยาจิตเวชอย่างปลอดภัยด้วยระบบดิจิทัล

23                    ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้าง  
24                    ชุมชนและสังคมมีสุขภาพจิตดี ผ่าน ๓ กลยุทธ์ ดังนี้

25                    กลยุทธ์ที่ ๑ รวมพลังภาคีเครือข่ายสร้างและขับเคลื่อนพลเมืองสุขภาพจิตดี ด้วยการดูแล  
26                    เครือข่ายครอบคลุมทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ วางแผนจิตอาสาเพื่อสังคมขององค์กร (Corporate Social  
27                    Responsibility: CSR)



1                   กลยุทธ์ที่ ๒ ส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชน สร้างศูนย์การดูแลผู้สูงอายุและ  
2                   ผู้ป่วยจิตเวช (Day Care and Night Care) ภายในชุมชน พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้บ้าน  
3                   สร้างระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตชุมชน Early Warning Sign เพื่อสังเกตสัญญาณเตือนของปัญหาสุขภาพจิต  
4                   และดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้น มีกลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group) ที่เชื่อมโยงการ  
5                   ดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้ธรรมนูญสุขภาพ

6                   กลยุทธ์ที่ ๓ ขับเคลื่อนและผลักดันการแก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับจังหวัดและระดับประเทศ  
7                   ผลักดันนโยบายยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายและการบูรณาการงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด  
8                   ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจิตเพื่อให้ประชาชนทั่วประเทศมีสุขภาพจิตที่ดี (Mental Health  
9                   in All Policies and Mental Health Everywhere)

10                   ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกการตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และ  
11                   กำลังคนสมรรถนะสูง เพื่อให้ประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรกรมสุขภาพจิต เกิดเป็น  
12                   ความเชื่อมั่นต่อกรมสุขภาพจิต ผ่าน ๓ กลยุทธ์ ดังนี้

13                   กลยุทธ์ที่ ๑ เสริมสร้างภาพลักษณ์งานสุขภาพจิต สร้างความเข้าใจและเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อ  
14                   ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช

15                   กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาระบบเศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเวช  
16                   ผ่านกองทุนต่าง ๆ และจัดทำนโยบายสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มปกติและกลุ่มที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต

17                   กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญและมีความสุข พัฒนาบุคลากรให้ม  
18                   ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจิตเวชเพื่อพร้อมรับมือกับประเด็นสุขภาพจิตที่ท้าทายในอนาคต

19                   **๒.๖ แผนยุทธศาสตร์กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๗**

20                   แผนยุทธศาสตร์กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๗ มีวิสัยทัศน์ให้กองบริหารระบบ  
21                   บริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต เป็นองค์กรที่ขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพด้วยระบบ  
22                   ดิจิทัลภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ แผนยุทธศาสตร์ฯ มีเป้าหมายเพื่อทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช  
23                   ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพได้อย่างครอบคลุม โดยจำแนกยุทธศาสตร์หลักออกเป็น ๔ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

- 24                   (๑) ส่งเสริมและสนับสนุนการ พัฒนาระบบบริการ สุขภาพจิตและจิตเวชด้วยระบบดิจิทัล
- 25                   (๒) ขับเคลื่อนกลไก กฎหมายและสิทธิประโยชน์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ
- 26                   (๓) ขับเคลื่อนกลไกเชิงสังคมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ สุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ
- 27                   (๔) พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27

### ๓.สถานการณ์และแนวโน้ม

#### ๓.๑ สถานการณ์สุขภาพจิตในเด็กและเยาวชน

เด็กและเยาวชนคือกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางทางสุขภาพจิตมากที่สุด จากการวิเคราะห์ภาระโรคจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นในแง่ของ “ปีสุขภาวะที่สูญเสีย” (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) อันเนื่องมาจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความเจ็บป่วย พบว่า

(๑) ภาระโรคจิตเวชได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในเด็กและวัยรุ่น โดยกลุ่มเด็กตอนปลายและวัยรุ่นตอนต้นถึงตอนกลางจะมีอัตราการเติบโตที่สูงที่สุด

(๒) สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงอายุ สาเหตุหลักในเด็กเกิดจากพัฒนาการที่ผิดปกติ สาเหตุในวัยรุ่นเกิดจากพฤติกรรมเกเร โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล สำหรับวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่ตอนต้น สาเหตุเกิดจากโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล รวมทั้งอาการทางจิตและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ

(๓) ความแตกต่างของภาระโรคและรูปแบบโรคทางจิตเวชระหว่างเพศ เด็กหญิงมักมีโรคทางจิตเวชมากกว่า โดยส่วนใหญ่เป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ขณะที่เด็กชายมักมีปัญหาด้านพฤติกรรมมากกว่า

#### ๓.๑.๑ ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้

ผลการสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่าร้อยละ ๔.๕ ของเด็กไทยมีความบกพร่องทางสติปัญญา สูงกว่าอัตราสากลที่ร้อยละ ๓ และมีเด็กที่พัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นร้อยละ ๑๓.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ผลสำรวจพัฒนาการเด็กไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ของกรมอนามัย พบว่ามีเด็กเพียงร้อยละ ๔๖.๙ ที่มีพัฒนาการสมวัย ผลสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ของกรมสุขภาพจิต ที่เด็กไทยวัยเรียนในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ ๙๔.๗๓ โดยลดลงเกือบ ๓ จุด เมื่อเทียบกับการสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๕๙

การค้นหาคัดกรองเด็กที่สงสัยว่าพัฒนาการล่าช้า เพื่อเข้ารับการรักษาเพียงอย่างเดียวไม่น่าเพียงพอต่อการพัฒนา IQ ของเด็ก การเสริมสร้างความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) โดยการร่วมมือระหว่างครูและบุคลากรสาธารณสุขและพ่อแม่เป็นหนึ่งในแนวทางการแก้ปัญหาพัฒนาการล่าช้าของเด็ก

การเรียนรู้ที่กล่าวไว้ข้างต้นมีแนวโน้มที่จะแย่งลงในช่วงโควิด-๑๙ เนื่องจากการปิดการเรียนที่นานขึ้น และการเรียนออนไลน์ที่มีประสิทธิภาพน้อยกว่าการเรียนในโรงเรียน การเรียนออนไลน์ยังมีความท้าทายอื่น ๆ เช่น การขาดแคลนอุปกรณ์ การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ก่อนวิกฤตโควิด-๑๙ มีนักเรียนยากจนด้อย

1 โอกาสเข้าถึงคอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟนเพียงร้อยละ ๒๐ ขณะที่กลุ่มนักเรียนจากครอบครัวที่พร้อม  
2 สามารถเข้าถึงได้ร้อยละ ๙๐ มีครอบครัวถึงร้อยละ ๕๙ ระบุว่าไม่มีความพร้อม ด้านอุปกรณ์คอมพิวเตอร์/  
3 แท็บเล็ต รวมถึงอินเทอร์เน็ต สำหรับเด็กบางกลุ่มการเรียนออนไลน์ก็ไม่เหมาะสม เช่น เด็กปฐมวัย เด็ก  
4 พิกการ หรือ เด็กพิเศษ ที่มีความต้องการในการเรียนการสอนที่เฉพาะเจาะจงที่ไม่สามารถเติมเต็มด้วยการ  
5 เรียนออนไลน์ เด็กกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการหลุดออกจากระบบการศึกษา ขณะเดียวกันนักเรียนที่สามารถเรียน  
6 ออนไลน์ก็ยังมีประสบปัญหาอื่น ๆ เช่น การขาดปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ซึ่งเป็นทักษะพัฒนาการเข้าสังคมที่  
7 จำเป็นต่อพัฒนาการของเด็กและเยาวชน บ่อยครั้งการเรียนออนไลน์นั้นจำเป็นต้องมีผู้ปกครองคอยให้  
8 ความช่วยเหลือระหว่างเรียน ซึ่งผู้ปกครองหลายคนก็ไม่สะดวก เนื่องจากตนต้องออกไปทำงานหรือทำงาน  
9 ที่บ้าน เด็กจึงถูกปล่อยให้เรียนออนไลน์เพียงลำพัง ซึ่งเป็นเรื่องยากและไม่สอดคล้องกับพัฒนาการของช่วง  
10 วัย องค์การยูนิเซฟร่วมกับสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทยสำรวจผลกระทบวิกฤตโควิด-๑๙ ต่อเด็ก  
11 และเยาวชน อายุ ๑๕-๑๙ ปี จำนวน ๖,๗๗๑ คน เมื่อเดือนมีนาคมถึงเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ พบเด็กและ  
12 เยาวชนมีความเครียด วิตกกังวล นักเรียนถึงร้อยละ ๗๐ เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

### 13 ๓.๑.๒ ด้านอารมณ์และโรคจิตเวช

14 ผลการสำรวจสุขภาพะนักเรียนในประเทศไทยจากงาน Global School-based Student  
15 Health Survey พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ เด็กและวัยรุ่นอายุ ๑๓-๑๕ ปีร้อยละ ๑๖.๓ (ร้อยละ ๒๐.๒ ใน  
16 เด็กหญิง และ ร้อยละ ๑๒.๕ ในเด็กชาย) มีความกังวลในระดับที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์เพิ่มขึ้น  
17 จากร้อยละ ๖.๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ผลการสำรวจโรงเรียนในภาคอีสานของไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า  
18 ร้อยละ ๑๖.๔ ของนักเรียนมีความวิตกกังวลสูง นอกจากนี้ยังประมาณการว่าวัยรุ่นอายุ ๑๐-๑๙ ปี  
19 จำนวน ๑ ใน ๗ คน และเด็กอายุ ๕-๙ ปี จำนวน ๑ ใน ๑๔ คน มีความผิดปกติทางจิต (รวมถึงการมี  
20 พัฒนาการผิดปกติ) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ มีวัยรุ่นอายุระหว่าง ๑๕-๒๔ ปี ที่เป็นโรคจิตเภท  
21 (schizophrenia) โดยมีสัดส่วนร้อยละ ๐.๕๒ ในกลุ่มผู้ชาย และร้อยละ ๑.๑ ในกลุ่มผู้หญิง

22 ในเด็กหญิงอายุ ๐-๑๔ ปี โรคซึมเศร้าเป็นภาวะโรคอันดับ ๘ โดยคิดเป็นร้อยละ ๒.๖ ผลการ  
23 ประเมินตนเองของเยาวชนอายุ ๑๐-๑๘ ปี พบว่าร้อยละ ๖.๒ เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและร้อยละ ๑๐.๖  
24 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยกลุ่มที่เสี่ยงคือ เด็กและวัยรุ่นที่ไม่มีผู้ปกครองดูแล และกลุ่มที่เคยหรือกำลัง  
25 รักษาปัญหาสุขภาพจิตหรือพัฒนาการ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ มีวัยรุ่นอายุ ๑๑-๑๙ ปี ประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน  
26 ขอรับบริการผ่านสายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ โดยปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คือ ความเครียดและความกังวล  
27 (ร้อยละ ๕๑) ปัญหาความสัมพันธ์ (ร้อยละ ๒๑) และโรคซึมเศร้า (ร้อยละ ๑๐)

28 ทั้งนี้ข้อมูลปฐมภูมิเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทยในด้านอื่น ๆ ยังมี  
29 จำกัด

### ๓.๑.๓ ด้านพฤติกรรม

จากฐานข้อมูลสุขภาพจิตโรงเรียนของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานพบเยาวชนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมหรืออารมณ์หรือสังคมร้อยละ ๑๐.๐๖ โดยส่วนใหญ่เป็นปัญหาพฤติกรรมเมื่อได้รับการดูแลช่วยเหลือแล้วจะมีอาการดีขึ้น ประมาณร้อยละ ๗๗ คน ส่วนพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กไทย สำรวจในกลุ่มตัวอย่าง ๖-๑๘ ปี ออนไลน์ในเดือน กุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๑๕,๓๑๘ คน พบว่า เด็กร้อยละ ๓๙ คนใช้อินเทอร์เน็ต ๖-๑๐ ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ ๓๘ คนเล่นเกมออนไลน์มากกว่า ๓ ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ ๓๑ คน เคยถูกรังแกออนไลน์ และเด็กร้อยละ ๔๐ คนไม่ได้บอกใครเกี่ยวกับการถูกรังแก สถานการณ์ดังกล่าวคาดว่าจะเพิ่มขึ้นในสถานการณ์ระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ในเด็กและวัยรุ่นตอนต้นอายุ ๕-๑๔ ปี ความผิดปกติทางจิตคือ สาเหตุสำคัญอันดับสองของปัญหาสุขภาพ โดยความผิดปกติด้านพฤติกรรมและโรควิตกกังวลมีส่วนร่วมถึงร้อยละ ๗ ของภาระโรคของเด็กวัยดังกล่าว

### ๓.๑.๔ ความรุนแรงในครอบครัว

ปัจจุบันครอบครัวในสังคมไทยกำลังเผชิญกับปัญหาความรุนแรงมากขึ้นทุกวัน โดยสถิติการให้บริการสายด่วน ๑๓๐๐ ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) พบว่าในช่วง ๗ ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๕) เหยื่อความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นจาก ๑,๕๗๘ เป็น ๒,๒๓๓ ราย ส่วนเหยื่อที่เป็นเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มแบบเดียวกับภาพรวมคือเพิ่มจาก ๗๖๘ เป็น ๘๙๖ ราย ในประเด็นเรื่องการทำร้ายร่างกาย การถูกคุมคามทางเพศ และอื่น ๆ

ข้อมูลจากศูนย์ติดตามเหตุอาชญากรรมและความรุนแรง (MOVE) ที่เก็บจากฐานข้อมูลหนังสือพิมพ์ ๕ สื่อ (บางกอกโพสต์ ข่าวสด ไทยรัฐ ผู้จัดการ และมติชน) พบว่า สัดส่วนสถานที่ที่มักเกิดคดีความรุนแรงกับเด็กและเยาวชน (๐-๒๔ ปี) ร้อยละ ๔๒ พื้นที่โล่ง ถนน ร้อยละ ๓๒ บ้าน พื้นที่ส่วนตัว (สถานที่ที่ควรจะเป็นพื้นที่ปลอดภัยให้กับเด็กและเยาวชน) ร้อยละ ๑๑ แหล่งการค้า ร้อยละ ๗ สถานศึกษา และร้อยละ ๘ อื่น ๆ

โดยการรวบรวมสถิติความรุนแรงในครอบครัวมักเกิดปัญหาข้อมูลตกหล่น ซึ่งอาจส่งผลทำให้ตัวเลขสถิติความรุนแรงที่แสดงออกมามีน้อยกว่าความเป็นจริงอย่างมาก เนื่องจาก

- (๑) เหยื่อไม่มีความกล้าที่จะให้ข้อมูล หรือทำการแจ้งความ
- (๒) ความไม่ทั่วถึงของการเก็บข้อมูลและการกระจายงานให้กับศูนย์ตามหน่วยงานกับมูลนิธิต่าง ๆ
- (๓) ขาดการบูรณาการในวิธีการเก็บแบบกระจายศูนย์

1 (๔) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน

2 เมื่อเด็กและเยาวชนได้รับความรุนแรงจากที่อยู่อาศัย (จัดเป็นอันดับที่ ๒ ของสถานที่ที่มักเกิด  
3 ความรุนแรง) จึงสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่ปลอดภัยต่อตัวเอง ผลสำรวจเยาวชน ๒๐๒๒ ศูนย์ความรู้นโยบาย  
4 เด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์) พบว่า จากเด็กและเยาวชนที่เคยถูกข่มขืนหรือถูกล่วงละเมิดทางเพศมา  
5 ก่อน มีร้อยละ ๑๘.๑ รู้สึกว่าบ้านไม่ปลอดภัย มีเพียงร้อยละ ๖ รู้สึกว่าบ้านปลอดภัย จากเด็กและเยาวชน  
6 ที่เคยถูกทำร้ายร่างกายหรือจิตใจ มีร้อยละ ๓๙.๖ รู้สึกว่าบ้านไม่ปลอดภัย มีเพียงร้อยละ ๑๘.๖ รู้สึกว่า  
7 บ้านปลอดภัย

8 เมื่อแบ่งตามฐานะทางเศรษฐกิจในครอบครัวของเด็กและเยาวชนที่สัมพันธ์กับการเกิดความ  
9 รุนแรง พบว่า เด็กและเยาวชนที่เคยถูกทำร้ายร่างกาย พบโดยมากในกลุ่ม “ครอบครัวที่มีรายได้น้อย” คิด  
10 เป็นร้อยละ ๖๐.๑ ในขณะที่ เด็กและเยาวชนที่เคยถูกล่วงละเมิดทางเพศ พบโดยมากในกลุ่ม “ครอบครัว  
11 ที่มีรายได้ปานกลาง” คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๔

12 ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัวกับเด็กและเยาวชน ล้วนมีปัจจัยพื้นฐานมาจากพฤติกรรมกา  
13 รอบรมเลี้ยงดู โดยพฤติกรรมกาอบรมเลี้ยงดูด้วยความรุนแรงเป็นสามารถแบ่งเป็นสองด้าน คือ พฤติกรรม  
14 การอบรมเลี้ยงดูด้วยความรุนแรงทางจิตใจ (ร้อยละ ๕๐.๖๘) โดยคู่สมรสที่มีอายุต่ำกว่า ๓๐ ปี มักจะมี  
15 การใช้ความรุนแรงในการเลี้ยงดูเด็ก และ พฤติกรรมกาอบรมเลี้ยงดูด้วยความรุนแรงทางร่างกาย (ร้อยละ  
16 ๖๕.๙๑) การเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่มากเป็นตัวแปรสำคัญทั้งกับความรุนแรงทางร่างกายและความรุนแรง  
17 โดยรวม ส่วนมากเป็นการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม (Authoritarian) คือ ยึดความต้องการของผู้ปกครอง  
18 เป็นหลัก เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เป็นไปตามความต้องการก็จะทำโทษเด็กด้วยความ  
19 รุนแรงเพื่อให้เด็กเป็นไปตามความต้องการของตนเอง

20 ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุขได้วิเคราะห์การประเมินสุขภาพจิตคนไทยโดยกรม  
21 สุขภาพจิต และพบว่า ในเด็กและเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี จากกลุ่มประชากรทั้งหมด ๗๒๑,๑๕๕ คน  
22 ร้อยละ ๓๕ เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ ๓๐ มีความเครียดสูง และร้อยละ ๒๔ เสี่ยงต่อการฆ่าตัว  
23 ตาย ตัวเลขเหล่านี้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประชาชนทั่วไป คือ ร้อยละ ๑๗ ร้อยละ ๑๕ และ ร้อยละ ๑๐  
24 ตามลำดับ

25 ความรุนแรงในครอบครัวดังกล่าวได้ทวีคูณมากขึ้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ก่อนที่  
26 จะมีการล็อกดาวน์ครั้งแรกในเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ ศูนย์ปฏิบัติการสถานการณ์ความรุนแรงใน  
27 ครอบครัว กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้  
28 รายงานสถิติผู้ถูกกระทำความรุนแรงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ - เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ อยู่ที่  
29 ๑๔๑ ราย โดยตัวเลขนี้สามารถแบ่งออก เป็นความรุนแรงทางกาย (ร้อยละ ๘๗) ความรุนแรงทางเพศ

1 (ร้อยละ ๙) และความรุนแรงทางจิตใจ (ร้อยละ ๔) หลังจากที่ใช้มาตรการล็อกดาวน์ สถิติความ  
2 รุนแรงในครอบครัวระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ - กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ มีผู้ถูกระทำ ความรุนแรง  
3 สูงถึง ๑,๘๓๗ ราย

4 ความรุนแรงในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นช่วงแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ เป็นผลจากปัจจัยดังต่อไปนี้

5 (๑) การระบาดของโรคโควิด-๑๙ และการล็อกดาวน์ทำให้หลายคนไม่สามารถไปทำงาน และขาด  
6 รายได้หรือมีรายได้ที่ลดลง ก่อให้เกิดความเครียดสะสมที่นำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัว โดยครอบครัวที่  
7 มีรายได้น้อยมีแนวโน้มที่เกิดความรุนแรงมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้พอใช้

8 (๒) เมื่อเกิดการล็อกดาวน์ผู้ชายส่วนใหญ่ต้องอยู่บ้าน ต่างจากเดิมที่ออกไปทำงานข้างนอกเป็น  
9 หลัก ทำให้เขาปรับตัวไม่ได้ หรือบางคนไม่ยอมอยู่บ้าน ในขณะที่เดียวกันก็ทำให้คนในครอบครัวต้องอาศัย  
10 อยู่กับผู้ถูกระทำ ความรุนแรงที่มักเป็นผู้ชายมากขึ้น

11 (๓) ผู้ที่ถูกกระทำ ความรุนแรงจะสามารถเข้าถึงบริการหรือขอความช่วยเหลือได้น้อยลงเมื่อถูก  
12 ล่วงละเมิด เพราะไม่สามารถออกจากบ้านได้ และหน่วยงานต่าง ๆ ที่ลดเวลาทำการ เนื่องจากมาตรการ  
13 ล็อกดาวน์

#### 14 ๓.๑.๕ การฆ่าตัวตาย

15 ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยเรียนและวัยรุ่นเท่ากับ ๐.๓๒ และ ๒.๘๘ ต่อ  
16 แสนประชากร ซึ่งต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของประเทศ แต่อัตราการพยายามฆ่าตัวตายในวัยเรียนและวัยรุ่น  
17 เท่ากับ ๔๑.๘๑ และ ๒๒๔.๓๘ ต่อแสนประชากร อัตราการพยายามฆ่าตัวตายในวัยเรียนใกล้เคียงกับ  
18 อัตราเฉลี่ยของประเทศ (๔๘.๐๖ ต่อแสนประชากร) แต่อัตราพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นสูงกว่าอัตราเฉลี่ย  
19 ของประเทศประมาณ ๕ เท่า ร้อยละ ๑๗.๖ ของวัยรุ่นอายุ ๑๓ ถึง ๑๗ ปี มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยการ  
20 ฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับสามของการเสียชีวิตของวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี

#### 21 ๓.๒ สถานการณ์สุขภาพจิตในผู้ใหญ่และวัยทำงาน

22 โรคจิตเวชในวัยผู้ใหญ่มีความสำคัญและขยายตัวเพิ่มมากขึ้น โดยในภาพรวมระดับโลกมีการจัดอันดับ  
23 การศึกษาภาวะโรคจิตเวชที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของปีที่สูญเสียสุขภาพจากความทุพพลภาพ กล่าวคือ

24 เพศหญิง: สาเหตุสำคัญอันดับ ๑ คือ โรคซึมเศร้า และตามมาด้วยโรควิตกกังวลอันดับที่ ๒

25 เพศชาย: โรคซึมเศร้าจัดอยู่อันดับที่ ๒ และความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดอยู่อันดับที่ ๗ และ  
26 ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราจัดอยู่อันดับที่ ๘ และโรควิตกกังวลอยู่อันดับที่ ๑๑

1 โรคจิตเวชที่เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อแค่กับตัวผู้ป่วยทางจิตเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อทั้ง  
2 ครอบครัว ชุมชน และการพัฒนาเศรษฐกิจด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ ผู้ใหญ่ในวัยทำงานยังต้องพบเจอกับปัญหาความ  
3 รุนแรงที่มาจากการทำงาน การคุกคามทางเพศ ความเครียด และภาวะหมดไฟหมดไฟอีกด้วย

### 4 ๓.๒.๑ การคุกคามทางเพศ (Sexual Harassment)

5 สังคมไทยยังคงมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกัน ตั้งอยู่บนพื้นฐานความแตกต่างทางเพศ  
6 โครงสร้างทางสังคม และวัฒนธรรมที่เอื้อประโยชน์ให้ผู้ชายควบคุมและอยู่เหนือผู้หญิง หรือเรียกว่า ระบบ  
7 ปิตาธิปไตย ที่มีมาอย่างยาวนาน รวมถึงค่านิยมของคนในสังคมที่ส่งต่อกันมารุ่นสู่รุ่น ไม่ว่าจะเป็น ผู้หญิง  
8 อ่อนแอกว่าผู้ชาย การรักนวลสงวนตัว หรือถูกมองว่าเป็นวัตถุทางเพศ

9 ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ สถิติข้อมูลของสำนักสนับสนุนสุขภาพประชาชนกรกลุ่มเฉพาะ สำนักงานกองทุน  
10 สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า ผู้หญิงไทยถูกละเมิดทางเพศและถูกกระทำความรุนแรง  
11 ทางร่างกายหรือจิตใจ ไม่น้อยกว่า ๗ คน ต่อวัน และมีสถิติผู้หญิงที่เข้ารับการบำบัดรักษา แจ้งความร้อง  
12 ทุกข์ ปีละ ๓๐,๐๐๐ คน ร้อยละ ๖๐.๖ เป็นเด็กและเยาวชน อายุ ๕-๒๐ ปี ร้อยละ ๓๐.๙ เป็นวัยผู้ใหญ่  
13 และวัยทำงาน อายุ ๒๑-๖๐ ปี ซึ่งผู้ถูกระทำที่อายุน้อยที่สุด คือ ๕ ปี และผู้ถูกระทำที่อายุมากที่สุดคือ  
14 ๙๐ ปี โดยกลุ่มอาชีพที่ถูกกระทำมากที่สุด เป็นนักเรียนและนักศึกษา (ร้อยละ ๖๐.๙) ลูกจ้างหรือ  
15 พนักงาน (ร้อยละ ๒๑.๖) ค้าขาย (ร้อยละ ๕.๒) และเด็กเล็ก (ร้อยละ ๔.๒)

16 ผลการศึกษาการคุกคามทางเพศในสังคมไทยพบว่า สถานภาพทางสังคมของผู้หญิงมีส่วนสำคัญที่  
17 ทำให้ผู้หญิงถูกคุกคามทางเพศ คือ ปัจจัยทางอายุที่ต่ำกว่า ๓๕ ปี (ร้อยละ ๖๖) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ  
18 ๖๕.๕๐) และตำแหน่งที่เท่ากับหรือน้อยกว่าผู้ชาย (ร้อยละ ๖๐)

19 การถูกคุกคามทางเพศมี ๔ รูปแบบ ได้แก่

20 (๑) การถูกคุกคามทางเพศทางวาจา: ร้อยละ ๖๓.๕๗ การเล่าเรื่องตลกกลามก ร้อยละ ๕๐ ถูก  
21 วิพากษ์วิจารณ์รูปร่างหน้าตา หรือแซวเรื้อนร้าง ร้อยละ ๒๙.๐๖ การพูดสองแง่สองง่าม และร้อยละ  
22 ๑๗.๘๓ ถูกตามตื้อ จีบ ชักชวนไปไหนสองต่อสอง

23 (๒) การถูกคุกคามทางเพศทางกาย: ร้อยละ ๒๔.๘๐ จับมือ ลูบแขน โอบไหล่ ร้อยละ ๑๖.๖๗ นั่ง  
24 ใกล้ชิดเกินจำเป็น หรือเอาตัวเบียดร่างกายของผู้หญิงอย่างจงใจ และร้อยละ ๒.๓๓ ถูกจับต้องของสงวน  
25 ในร่างกาย หน้าอก ก้น สะโพก อวัยวะเพศ

26 (๓) การถูกคุกคามทางเพศทางกริยาท่าทาง: ร้อยละ ๒๔.๘๑ ถูกจ้องมองแบบกรุ่มกริม ใช้สายตา  
27 แทะโลมเรื้อนร้างของผู้หญิง ร้อยละ ๕.๐๕ ใช้ปากทำท่าจูบหรือเลียริมฝีปาก และร้อยละ ๒.๗๑ ใช้นิ้วมือ  
28 ทำสัญลักษณ์ทางเพศ

1 (๔) การถูกคุกคามทางเพศทางการใช้สื่อภาพ: ร้อยละ ๔๓.๐๒ การจับกลุ่มดูหนังโป๊ หรือภาพ  
2 ลามกอนาจาร ร้อยละ ๓๐.๖๒ ได้รับอีเมลที่มีข้อความ ภาพ คำกลอนที่ลามก ร้อยละ ๒๙.๐๗ นำปฏิทิน  
3 ภาพผู้หญิงนุ่งน้อยห่มน้อยมาตั้งบนโต๊ะทำงาน และร้อยละ ๑๘.๒๒ นำภาพโป๊เปลือยเป็นภาพพิกหน้าจอ  
4 ในเครื่องคอมพิวเตอร์ หรือมือถืออย่างจงใจ

5 การคุกคามและล่วงละเมิดทางเพศเกิดจากปัญหาเชิงโครงสร้างอำนาจและความเหลื่อมล้ำทาง  
6 เพศอย่างเห็นได้ชัด กฎหมายและแนวปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมกับการจัดการประเด็นเหล่านี้มากนัก อาทิ  
7 นิยามคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องยังไม่ครอบคลุมพฤติกรรมความรุนแรงทุกรูปแบบที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคลทุกเพศ  
8 เจ้าพนักงานยังไม่มีทักษะของการทำความเข้าใจอย่างไม่ตัดสินกับผู้ถูกระทำและสอบถามข้อมูลที่ไม่เป็น  
9 การทำร้ายผู้เสียหายซ้ำสอง เป็นต้น

### 10 ๓.๒.๒ ความเครียดในวัยทำงาน (Work Stress)

11 ความเครียดเป็นสาเหตุสำคัญที่คนวัยทำงานส่วนใหญ่กำลังเผชิญ ส่งผลกระทบให้เกิดการ  
12 เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ รวมไปถึงพฤติกรรม ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดจาก  
13 การทำงานที่สำคัญ คือ วัฒนธรรมองค์กร และยังเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดตัวแปรสำคัญ ๖ ตัว ดังนี้

14 (๑) Demand: ภาระของงาน สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน ปริมาณของงานที่ล้นมือ  
15 ความซับซ้อนของงานที่มากเกินไป และช่วงเวลาการทำงานในแต่ละวัน

16 (๒) Control: การมีส่วนร่วมกับงานของตนเองน้อย ขาดความเป็นอิสระ ถูกกำกับมากเกินไป  
17 จนทำให้รู้สึกไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ

18 (๓) Support: ไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรหรือเพื่อนร่วมงาน มีการฝึกอบรมให้แก่พนักงาน  
19 ไม่มากพอ สวัสดิการและเงินเดือนไม่ตอบโจทย์

20 (๔) Relationships: มีการส่งเสริมการทำงานเชิงบวกที่น้อยหรือไม่เพียงพอ ความขัดแย้งระหว่าง  
21 เพื่อนร่วมงาน

22 (๕) Role: มีบทบาทหน้าที่ของตนเองน้อย องค์กรมีความขัดแย้งทางหน้าที่หรือบทบาท

23 (๖) Change: การจัดการสื่อสารกับองค์กรและการเปลี่ยนแปลงโดยไม่ทันตั้งตัว

24 รายงานสุขภาพของคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๖ เปิดเผยว่าคนวัยทำงานใช้เวลาถึง ๑ ใน ๓ ของแต่ละวัน  
25 ไปกับการทำงาน ลักษณะงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน และเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหา  
26 สุขภาพจิต เนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ คือ การสูบบุหรี่ บริโภคแอลกอฮอล์ บริโภคอาหารที่ไม่  
27 ดีต่อสุขภาพ และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ จากการสำรวจด้วยแบบประเมินความสุขของคนทำงานใน



1 องค์กร ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า กลุ่มคนทำงานมีระดับความสุขต่ำกว่ากลุ่มคนวัยอื่น คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่  
2 ๖๑.๓ จำแนกตามลักษณะการทำงานและปัจจัยการทำงาน

3 สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้มีการเก็บข้อมูลสุขภาพจิตด้วยผู้ใหญ่ที่ทำงาน  
4 ในภาครัฐ ซึ่งเป็นอาชีพครูและตำรวจทั่วประเทศกว่า ๓,๑๖๖ คน ผ่านแบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพจิตใจ  
5 และแรงจูงใจในการทำงานสาธารณะ รวมถึงความเครียดในการทำงาน พบว่า

6 (๑) ภาวะความรู้สึกที่สะท้อนจากชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน คนทำงานภาครัฐครึ่งหนึ่งมี  
7 อาการปวดหัวบางครั้งหรือบ่อยครั้งถึงร้อยละ ๔๙.๗ ตามด้วยอาการเครียดเกร็ง ๓๔.๑% หวาดกลัวร้อยละ  
8 ๓๐.๒ และอ่อนเพลียร้อยละ ๒๙.๖

9 (๒) ภาวะความกังวลใจและเหนื่อยล้า ประสบปัญหากังวลในเรื่องต่าง ๆ มากจนเกินไป ทำให้เกิด  
10 ความวิตกกังวล พุ่งชานมากที่สุดถึงร้อยละ ๔๗.๕ นอนไม่หลับร้อยละ ๔๕.๗ ไม่อยากอาหารร้อยละ  
11 ๓๑.๔ และหมดหวังกับอนาคตร้อยละ ๑๙.๗

12 (๓) ภาวะความต้องการคนเคียงข้าง ส่วนใหญ่มีอาการโดดเดี่ยวจากหลายสาเหตุ โดยความรู้สึกไม่  
13 มีคนเคียงข้างมีถึง ร้อยละ ๒๔.๙ จากคนเข้าใจ ร้อยละ ๒๓.๒ ไม่ชอบการเข้าสังคมร้อยละ ๑๙.๓ และเข้า  
14 กับคนรอบข้างไม่ได้ร้อยละ ๑๓.๖

15 โดยผลสำรวจของกลุ่มตัวอย่างคนทำงานภาครัฐ ประเมินว่ากว่าร้อยละ ๑๓ มีอาการซึมเศร้าและ  
16 วิตกกังวล โดยร้อยละ ๑๕ เป็นผู้หญิง และร้อยละ ๑๒ เป็นผู้ชาย มากกว่าร้อยละ ๑๘ มีประสบการณ์ถูก  
17 คนในครอบครัวทำใหู้สึกหวาดกลัวและไม่ปลอดภัย เช่น โดนดุด่า ตูถูก หรือประจานให้เกิดบาดแผลทาง  
18 จิตใจ ซึ่งในตัวเลขนี้ส่วนมากคือประกอบอาชีพเป็นครูถึงร้อยละ ๗๑ และตำรวจร้อยละ ๒๙

19 แม้นคนส่วนใหญ่ที่ทำงานภาครัฐจะสามารถเข้าถึงสวัสดิการและการให้บริการสุขภาพจิต แต่ก็ยังมี  
20 อีกมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงและขาดการฝึกอบรมทางสุขภาพจิต ที่ควรจะเป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐานของรัฐ  
21 โดยการเข้าถึงการบริการสุขภาพจิต ตำรวจ (ร้อยละ ๘๐) ครู (ร้อยละ ๗๘) และการฝึกอบรมด้าน  
22 สุขภาพจิต ตำรวจ (ร้อยละ ๔๒) ครู (ร้อยละ ๓๘) จึงสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบทั้งในชีวิตและหน้าที่การ  
23 งานของคนวัยผู้ใหญ่ที่ต้องแบกรับภาระและเสียงวิพากษ์วิจารณ์ต่าง ๆ รวมถึงค่านิยมของสังคมที่กดทับ  
24 การแสดงออกของสภาพจิตใจที่อาจสะสมจนเป็นความเครียดที่รับรู้จากการทำงาน ทำให้วัยผู้ใหญ่หรือ  
25 วัยทำงานไม่มีพื้นที่ปลอดภัยของตัวเองและกระทบไปยังปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด

26 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบสังคมเมืองที่เต็มไปด้วยภาวะตึงเครียด กดดัน และการแข่งขันที่เพิ่ม  
27 สูงขึ้น โดยคนรุ่นใหม่จึงเริ่มใส่ใจและมองหาสมดุลในการใช้ชีวิตและการทำงานที่ดีต่อตนเอง (work-life  
28 balance) ให้มีความสำคัญกับการมีสุขภาพที่ดีในที่ทำงาน (workplace wellness) มากยิ่งขึ้น พบว่า ร้อย

1 ละ ๘๐ ของพนักงานจะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความพึงพอใจกับงานที่ตัวเองทำต่อเมื่อ  
2 องค์กรให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของพนักงาน และเล็งเห็นถึงการสร้างวัฒนธรรมกับนโยบายที่เป็นมิตร  
3 ต่อสุขภาพจิต นำไปสู่สภาวะที่ดีของพนักงาน ในทางตรงกันข้าม องค์กรที่ไม่ได้เน้นสุขภาพจิตของ  
4 พนักงาน มีเกณฑ์การลาออกที่สูงกว่า รวมถึงสูญเสียค่าใช้จ่ายร้อยละ ๑๕-๒๐ ของรายได้ ในการหา  
5 บุคลากรใหม่เพื่อมาทดแทน ซึ่งจะเป็นผลเสียทางประสิทธิภาพระดับองค์กรไปสู่ระดับประเทศ

### 6 ๓.๒.๓ ภาวะหมดไฟ (Burnout)

7 ภาวะหมดไฟเป็นปรากฏการณ์อย่างหนึ่งในการทำงานที่มีผลเสียต่อสุขภาพกาย เช่น โรคหัวใจและ  
8 หลอดเลือด และสุขภาพจิต เช่น ปัญหาในการนอน ปัญหาเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อผลการทำงาน  
9 และองค์กร เช่น การขาดงาน คุณภาพชีวิตพนักงาน และการลาออก

10 ภาวะหมดไฟนั้นมี ๓ มิติ ได้แก่

11 (๑) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) คือ ความรู้สึกเหนื่อยล้าทางร่างกาย  
12 หรือจิตใจ ที่เกิดจากความเหนื่อยล้าและการสูญเสียพลังงาน

13 (๒) การลดความเป็นบุคคล (depersonalization) คือ ความรู้สึกหรือทัศนคติเชิงลบต่อผู้อื่นและ  
14 ตนเอง การหลีกเลี่ยงผู้อื่น หรือขาดความเชื่อมโยงกับผู้อื่น

15 (๓) ความไร้ประสิทธิภาพ (inefficacy) คือ การตอบสนองเชิงลบต่อตนเองหรือความสำเร็จของ  
16 ตน โดยสามารถสังเกตได้จากอาการซึมเศร้า ความมั่นใจและผลผลิตที่ลดลง และไม่สามารถแก้ไขปัญหาคือ

17 งานวิจัยโดยกลุ่มนักวิชาการจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในปี  
18 พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ศึกษาภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มตัวอย่างจิตแพทย์ ๑๑๒ คน ทั่วประเทศ  
19 ไทย พบว่าร้อยละ ๔๙.๓ ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่ามีความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง และร้อยละ  
20 ๒๖.๔ ระบุว่ามีการลดความเป็นบุคคลในระดับสูง ที่สำคัญ จิตแพทย์ที่ทำงานมากกว่า ๕๐ ชั่วโมงต่อ  
21 สัปดาห์และพบผู้ป่วยจำนวนมากต่อวันมีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

22 การศึกษาผลกระทบของภาวะหมดไฟต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและเหตุการณ์และผลลัพธ์ที่ไม่  
23 พึงประสงค์ของผู้ป่วย ในกลุ่มตัวอย่างพยาบาล ๒,๐๘๔ คนในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศในปี พ.ศ.  
24 ๒๕๖๓ ก็พบในทำนองเดียวกันว่า พยาบาลร้อยละ ๓๒ คนรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ ร้อยละ ๑๘ มีการลด  
25 ความเป็นบุคคล และร้อยละ ๓๕ คนรู้สึกว่าตนเองไร้ประสิทธิภาพ ผู้วิจัยพบว่าทั้งสามมิติของภาวะหมดไฟ  
26 นั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลที่ลดลง และข้อผิดพลาดในการใช้ยาและการติดเชื้อที่มากขึ้น  
27 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าภาวะหมดไฟในพยาบาลเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อผลการรักษาของผู้ป่วย และความสำคัญของลด  
28 ภาวะหมดไฟในบุคลากรการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย

1                   ในสายอาชีพครู มีงานวิจัยในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่ศึกษาวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและภาวะ  
2                   หมดไฟในกลุ่มตัวอย่างคุณครู ๒๖๗ คนที่สอนระดับอนุบาล ประถม และมัธยมศึกษาจากห้าโรงเรียนของ  
3                   รัฐ และพบว่าคุณภาพความสัมพันธ์และอายุสามารถทำนายความอ่อนล้าทางอารมณ์

4                   เนื่องจากสาเหตุของภาวะหมดไฟเกิดจากความเครียดในการทำงานที่สะสมเป็นเวลานาน กรอบ  
5                   แนวคิดทฤษฎีความต้องการและทรัพยากรในการทำงาน (Job Demands-Resources Model) ที่ใช้  
6                   อธิบายความเครียดในการทำงานจึงสามารถนำมาใช้ในการทำความเข้าใจภาวะหมดไฟ ทฤษฎีนี้ได้อธิบาย  
7                   สาเหตุของความเครียดในการทำงานไว้ดังนี้ ความเครียดในการทำงานนั้นเกิดจากความต้องการในหน้าที่  
8                   การงานที่สูง หรือทรัพยากรในการทำงานที่ต่ำ ดังนั้นการลดความต้องการในหน้าที่การงาน เช่น ปริมาณ  
9                   งาน ความขัดแย้งในหน้าที่ และแรงกดดันในการทำงาน หรือ การเพิ่มทรัพยากรในการทำงาน เช่น การ  
10                   สนับสนุนทางสังคม อีสรภาพ และทักษะที่หลากหลาย สามารถลดแนวโน้มของภาวะหมดไฟได้

11                   งานวิจัยโดยอาจารย์จากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ เรื่องผลกระทบ  
12                   ของปริมาณงานต่อภาวะหมดไฟ โดยมีการสนับสนุนทางสังคมในที่ทำงานและกลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่  
13                   มุ่งเน้น (problem-focused coping strategy) เป็นตัวแปรกำกับความสัมพันธ์ ในกลุ่มตัวอย่าง  
14                   ข้าราชการไทย ๒๖๐ คน พบว่าข้าราชการที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในที่ทำงานและใช้กลยุทธ์การ  
15                   เผชิญปัญหาที่มุ่งเน้นจะมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะหมดไฟถึงแม้จะมีความต้องการในหน้าที่การงานสูง

### 16                   ๓.๓ สถานการณ์สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

17                   ประเทศไทยอยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากร โดยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นของประชากร  
18                   วัย ๖๐ ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีจำนวนผู้สูงอายุ ๑๒,๒๔๙,๘๔๘ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๘.๕๒ ประชากร  
19                   ทั้งประเทศ จำนวน ๖๖,๑๔๗,๓๕๔ คน ด้วยสัดส่วนผู้สูงอายุทำให้ประเทศไทยได้ถูกจัดว่าเป็นสังคมก้าวเข้าสู่สังคม  
20                   ผู้สูงอายุโดยองค์การสหประชาชาติ และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เมื่อสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มเป็น  
21                   ร้อยละ ๒๐

22                   ปัจจุบัน ประเทศไทยมีการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุระดับประเทศทุกสองปีนับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ผ่าน  
23                   โครงการสำรวจด้านสุขภาพ การสูงอายุ และการเกษียณในประเทศไทย (Health, Aging, and Retirement in  
24                   Thailand: HART) ที่จัดขึ้นโดยศูนย์วิจัยสังคมสูงอายุ (Center For Aging Society Research) และสถาบัน  
25                   บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ซึ่งโครงการ HART นี้ได้เก็บข้อมูลประชากร ครอบครัว การย้ายถิ่นฐาน สุขภาพ การรู้  
26                   คิด การจ้างงาน การเกษียณ รายได้ ทรัพย์สิน หนี้สิน ความคาดหวังในชีวิตและ ความพึงพอใจในชีวิต จาก ๕,๖๐๐  
27                   ครัวเรือนในห้าพื้นที่และในกรุงเทพและปริมณฑล รวมทั้งหมด ๑๓ จังหวัด

1 จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุจากโครงการ HART ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ และปี พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยกลุ่ม  
2 นักวิชาการจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อศึกษาอัตราความชุก อัตรา  
3 อุบัติการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความโดดเดี่ยวของผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า ๔๕ ปี ในประเทศไทย พบว่าในปี  
4 พ.ศ. ๒๕๕๘ ผู้เข้าร่วมร้อยละ ๒๑.๗ รู้สึกโดดเดี่ยว จากผู้เข้าร่วมที่ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ร้อยละ ๒๒.๒  
5 ระบุว่าตนเองรู้สึกโดดเดี่ยวในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ และจากผู้เข้าร่วม ๗๙๐ คนที่รู้สึกโดดเดี่ยวในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ร้อยละ  
6 ๓๐.๓ ระบุว่าตนเองยังรู้สึกโดดเดี่ยวในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ นอกจากนี้ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม อาการซึมเศร้า  
7 และการรับรู้ว่าคุณภาพของตนไม่ดี (poor self-perceived health) ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความโดดเดี่ยว

8 ในกลุ่มผู้สูงอายุวัย ๖๐ ปีขึ้นไปมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคิดเป็น ๑๐.๒ คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน  
9 ผู้สูงอายุมากกว่า ๘๐๐,๐๐๐ คน ใช้ชีวิตอยู่กับภาวะความจำเสื่อม ในจำนวนนี้ร้อยละ ๙๐ มีปัญหาสุขภาพจิตอื่น  
10 ๆ ร่วมด้วย ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันเสี่ยงต่อความเครียด ซึมเศร้า และวิตกกังวล แม้  
11 ผู้สูงอายุมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเพียง ๑๔.๔๒ ต่อประชากรแสนคน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ แต่อัตรา  
12 การฆ่าตัวตายสำเร็จกลับสูงกว่า (๑๓ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ช่วงวัยอื่น ๆ (๑๐.๒ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน)

13 ในงานวิจัยเรื่องการปรับตัวเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๖๑ พบว่าผู้สูงอายุใน  
14 ประเทศไทยส่วนใหญ่มีความสุขด้านสุขภาพกายและใจที่ดี แต่มีความสุขด้านเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำเนื่องจากมี  
15 ปัญหาเรื่องรายได้และความมั่นคงทางการเงิน ขาดเงินออม ขาดรายได้ที่สม่ำเสมอ ดังนั้นการยกระดับความสุขใน  
16 ผู้สูงอายุจำเป็นต้องสนับสนุนด้านเศรษฐกิจก่อนอันดับแรก เช่น การสร้างรายได้ที่ยั่งยืน ส่งเสริมการออม และ ลด  
17 ภาระหนี้สิน

18 เมื่อมาดูความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อนโยบายของรัฐ งานวิจัยนโยบายและมาตรการเชิงกลยุทธ์ในการดูแล  
19 สวัสดิการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุไทยจากคณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ในปี พ.ศ.  
20 ๒๕๕๙ พบว่าผู้สูงอายุเห็นว่านโยบายรัฐนั้นไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น นโยบายเบี้ยยังชีพที่ไม่  
21 สัมพันธ์กับภาระค่าใช้จ่ายในปัจจุบัน รัฐบาลไม่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุจึงไม่ได้ดำเนินงานนโยบายอย่างจริงจัง  
22 การขาดนโยบายที่ให้ความรู้ด้านเทคโนโลยี การติดต่อสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต และการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์  
23 ต่อผู้สูงอายุ ด้านสาธารณสุขมีการให้บริการที่ล่าช้า ผู้สูงอายุยังคงต้องรอคิวเพื่อทำการตรวจรักษา ห้องน้ำมีจำนวน  
24 ไม่เพียงพอกับความต้องการ และการบริการที่ไม่สุภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่ารัฐบาลยังขาดการเตรียมความ  
25 พร้อมในการรองรับผู้สูงอายุที่มากขึ้น การอำนวยความสะดวกของสถานที่และการเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ เช่น  
26 โรงพยาบาล ยังไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุเท่าที่ควร การสนับสนุนจากภาครัฐในแง่ของกฎหมาย งบประมาณ และ  
27 บุคลากรก็ยังไม่เพียงพอ

28 งานวิจัยนี้ยังสำรวจกลุ่มผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และพบอุปสรรคในการ  
29 ดำเนินงาน อาทิ การไม่มีข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุทั้งประเทศอย่างเพียงพอ ทศนคติด้านลบของผู้ปฏิบัติงานต่อ

1 ผู้สูงอายุ การทุจริตคอร์รัปชัน การไม่นำนโยบายไปปฏิบัติอย่างจริงจังหรือปฏิบัติในทางที่ไม่เหมาะสม บุคลากรไม่  
2 เพียงพอ งบประมาณที่ไม่เหมาะสม ขาดความร่วมมือที่ระหว่งหน่วยงาน ขั้นตอนการปฏิบัติมีความยุ่งยากและ  
3 ซับซ้อนเนื่องจากไม่มีความชัดเจนและยังขาดคู่มือแนวทางในการปฏิบัติงาน และพฤติกรรมการค้ารางวัลชีวิตของ  
4 ผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น การรับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะและโภชนาการ การไม่ออกกำลังกาย  
5 และการไม่ออมเงิน

6 จากการเปรียบเทียบสวัสดิการของประเทศไทยกับประเทศที่มีการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสวัสดิการ  
7 ผู้สูงอายุ พบว่า ประเทศไทยยังขาดการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ เช่น ข้อกำหนดความสูงของ  
8 เพอร์นิเจอร์ ทางเดิน ราวจับ พื้นกันลื่นในห้องน้ำ ทางลาดเอียงสำหรับรถเข็น ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุที่สาธารณะ  
9 ความสะดวกและความปลอดภัยในการคมนาคม นอกจากนี้เมื่อเทียบกับประเทศอื่นที่มีการกำหนดมาตรฐานทาง  
10 วิชาชีพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุแล้ว ประเทศไทยยังขาดการวางระบบการดูแลภายในบ้านผู้สูงอายุ รวมถึงการ  
11 ให้บริการขั้นปฐมโดยบุคลากรที่มีมาตรฐานอีกด้วย ซึ่งทั้งหมดเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญสำหรับการมีสุข  
12 ภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

### 13 ๓.๔ สถานการณ์สุขภาพจิตในกลุ่มคนเปราะบาง

#### 14 ๓.๔.๑ กลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQIAN+)

15 ปัจจุบัน สังคมไทยมีการเปิดกว้างอิสระทางการเลือกอัตลักษณ์ทางเพศและเพศวิถีของตนเองมาก  
16 ยิ่งขึ้น จากผลสำรวจของศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์) โดยมีเยาวชนทั่วประเทศ  
17 ตอบแบบสำรวจจากกลุ่มตัวอย่าง ๑๗,๔๔๒ คน พบว่า ร้อยละ ๑๒.๗ นิยามเพศสภาพตนเองเป็น  
18 LGBTQIAN+ แต่ยังมี การไม่ยอมรับและต่อต้านอย่างรุนแรงมาเรื่อย ๆ ส่งผลกระทบต่อกลุ่มคนที่มีความ  
19 หลากหลายทางเพศให้ต้องเผชิญปัญหาทั้งการโดนทำร้าย กดขี่ด้วยความรุนแรง บูลลี่ด้วยอคติ และการ  
20 เลือกปฏิบัติ ไม่ว่าจะโดยครอบครัว ผู้คนรอบข้าง สถานที่ทำงานและสังคม ทำให้กลุ่มคนที่มีความ  
21 หลากหลายทางเพศมีอัตราเสี่ยงสูงที่ต้องพบเจอกับปัญหาสุขภาพจิตที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

22 ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ หนึ่งในสามของเยาวชน LGBTQIAN+ ถูกคุกคามหรือถูกทำร้ายเนื่องจากอัต  
23 ลักษณ์ทางเพศ จากแบบสำรวจเยาวชน ๒๐๒๒ ของศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์)  
24 พบเพิ่มเติมว่ามีเพียง ๑ ใน ๓ เท่านั้นที่ได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากที่บ้าน ร้อยละ ๑๐.๕ รู้สึกว่า  
25 บ้านไม่ปลอดภัย และมีอัตราสูงที่สุดถึงร้อยละ ๑๘.๗ เมื่ออาศัยอยู่กับพ่อเพียงคนเดียว

26 เมื่อเทียบจากกลุ่มตัวอย่าง ๓,๐๙๔ คน ที่มีอายุระหว่าง ๑๕-๒๕ ปี ร้อยละ ๘๗.๔๒ ถูกระราน  
27 ทางไซเบอร์และในชีวิตจริง ร้อยละ ๗๐-๘๐ มีอาการของโรควิตกกังวลและเป็นโรคซึมเศร้า เกือบร้อยละ  
28 ๕๐ เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ ๔๖ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตแต่ไม่

1 สามารถเข้าถึงได้ และมากกว่าร้อยละ ๔๐ ไม่กล้าเข้าไปพบจิตแพทย์เพราะกลัวการถูกตีตราจากสังคม  
2 ผลกระทบที่ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตของกลุ่มคนหลากหลายทางเพศ

3 กลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศมีแนวโน้มที่จะเครียดกว่า โดดเดี่ยวกว่า รวมถึงรู้สึกมีคุณค่า  
4 และเชื่อมั่นในตัวเองน้อยกว่า จากการสำรวจพบว่าร้อยละ ๔๔ เกิดความเครียดบ่อยมาก สูงกว่าสัดส่วนใน  
5 ชายหญิง ร้อยละ ๑๖.๓ และร้อยละ ๓๐ รู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวมากที่สุด สูงกว่าสัดส่วนในชายหญิง ร้อย  
6 ละ ๑๐.๑ นอกจากนี้ ร้อยละ ๑๑ รู้สึกมีคุณค่าและเชื่อมั่นในตัวเองน้อยที่สุด สูงกว่าสัดส่วนในชายหญิง  
7 ร้อยละ ๓.๔

8 อีกทั้ง กลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศเผชิญกับการคุกคามซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของ  
9 ความเจ็บปวดเพราะมีประสบการณ์ในการถูกคุกคามทางร่างกายและจิตใจ จากการสำรวจพบว่าร้อยละ  
10 ๔๓ เคยถูกด่าทอและระราน (bully) เป็นสัดส่วนที่สูงกว่าชายหญิงถึงร้อยละ ๑๗.๗ และร้อยละ ๒๑ เคย  
11 ถูกทำร้าย ลงโทษให้ร่างกายเจ็บปวด เป็นสัดส่วนที่สูงกว่าชายหญิงถึงร้อยละ ๘.๙ นอกจากนี้ ร้อยละ ๖  
12 เคยถูกข่มขืนหรือล่วงละเมิดทางเพศ เป็นสัดส่วนที่สูงกว่าชายหญิงถึงร้อยละ ๓.๓

13 ความขัดแย้งกับครอบครัวเป็นอีกประเด็นที่ส่งผลกับสุขภาพจิตที่กลุ่มคนที่มีความหลากหลายทาง  
14 เพศเผชิญ จากการสำรวจพบว่าร้อยละ ๑๕ มีความขัดแย้งเรื่องการใช้ชีวิตประจำวันกับผู้ใหญ่ในครอบครัว  
15 เป็นสัดส่วนที่สูงกว่าชายหญิงถึง ร้อยละ ๕.๒ และร้อยละ ๑๖ มีความขัดแย้งในประเด็นสังคมและ  
16 การเมือง เป็นสัดส่วนที่สูงกว่าชายหญิงถึงร้อยละ ๘.๑ อีกทั้ง ร้อยละ ๕ ไม่สนิทกับครอบครัวของตนเอง  
17 เป็นสัดส่วนที่สูงกว่าชายหญิงถึงร้อยละ ๒.๗

### 18 ๓.๔.๒ กลุ่มคนไร้บ้าน

19 หนึ่งในประเด็นปัญหาที่ปรากฏในสังคมไทยและทั่วโลก โดยเฉพาะในเขตเมืองที่มีมามากกว่า ๓  
20 ทศวรรษ และมีแนวโน้มระดับความรุนแรงที่จะเพิ่มขึ้น โดยเว็บไซต์ของ HomelessONC2023 ที่ใช้วิธี  
21 แบบ One Night Count เกิดจากความร่วมมือของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ  
22 (สสส.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์  
23 มหาวิทยาลัย มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย มูลนิธิกระจกเงาและมูลนิธิอิสรชน ได้รายงานผลการเจนนับคนไร้  
24 บ้านทั้งประเทศไทยของวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่า จำนวนคนไร้บ้านในประเทศไทยมี  
25 ทั้งหมด ๒,๔๙๙ คน จำแนกออกมาเป็นข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

26 (๑) เพศ ร้อยละ ๘๒.๕ เพศชาย (๒,๐๖๒ คน) ร้อยละ ๑๖.๒ เพศหญิง (๔๐๔ คน) ร้อยละ ๑.๓  
27 ไม่ต้องการระบุ (๓๓ คน)

1 (๒) ช่วงอายุ ร้อยละ ๕๖.๘ วัยกลางคน อายุ ๔๐-๕๙ ปี (๑,๔๑๙ คน) ร้อยละ ๒๒.๑ วัยสูงอายุ  
2 ๖๐ ปีขึ้นไป (๕๕๓ คน) ร้อยละ ๒๐ วัยทำงาน อายุ ๑๙-๓๙ ปี (๔๙๙ คน) ร้อยละ ๐.๗ วัยรุ่น อายุ ๑๓-  
3 ๑๘ ปี (๑๗ คน) ร้อยละ ๐.๔ วัยทารกและวัยเด็ก อายุ ๑-๑๒ ปี (๑๑ คน)

4 (๓) การรวมกลุ่มของคนไร้บ้าน ร้อยละ ๗๔.๑ อยู่ตามลำพัง (๑,๘๕๑) คน และร้อยละ ๒๕.๙ อยู่  
5 แบบรวมกลุ่ม (๖๔๘ คน)

6 (๔) ปัญหาหรือลักษณะที่เห็นได้ชัด

- 7 ● ร้อยละ ๕๒.๕ ไม่มีลักษณะที่เห็นได้ชัด (๑,๓๑๑ คน)
- 8 ● ร้อยละ ๑๘.๑ ปัญหาติดสุรา (๔๕๒ คน)
- 9 ● ร้อยละ ๑๗.๙ ปัญหาสุขภาพจิต (๔๔๗ คน)
- 10 ● ร้อยละ ๔ ความพิการ (๙๙ คน)
- 11 ● ร้อยละ ๒.๙ ปัญหาติดสุราและปัญหาสุขภาพจิต (๗๓ คน)
- 12 ● ร้อยละ ๒.๒ บาดแผล (๕๕ คน)
- 13 ● ร้อยละ ๐.๖ บาดแผลและปัญหาติดสุรา (๑๕ คน)
- 14 ● ร้อยละ ๐.๕ ปัญหาติดสุราและความพิการ (๑๒ คน)
- 15 ● ร้อยละ ๐.๔ ปัญหาสุขภาพจิตและความพิการ (๑๑ คน)
- 16 ● ร้อยละ ๑ อื่น ๆ (๒๔ คน)

17 จากรายงานวิจัยการสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและ  
18 พื้นที่เกี่ยวเนื่อง ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ อนุกรม พิทักษ์ธานี และคณะ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นคนไร้บ้านกลุ่มใหม่ที่  
19 ออกมาใช้ชีวิตนอกบ้านน้อยกว่า ๕ ปี โดยจุดเปลี่ยนการกลายมาเป็นคนไร้บ้านในภาพรวมทั้งหมด คือ  
20 ร้อยละ ๒๕.๙ ไม่มีงานทำ ตกงาน ถูกไล่ออก ร้อยละ ๒๕.๖ มีปัญหาหรือทะเลาะกับคนในครอบครัว และ  
21 ร้อยละ ๑๘.๗ มีความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งประเด็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ออกมาเป็นคนไร้บ้านของคนไร้  
22 บ้านกลุ่มใหม่และกลุ่มคนไร้บ้านที่ใช้ชีวิตในที่สาธารณะต่ำกว่า ๑๕ ปี ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ความรุนแรง  
23 และพ่อแม่เสียชีวิต ส่วนกลุ่มคนไร้บ้านที่ใช้ชีวิตในที่สาธารณะมากกว่า ๑๕ ปี คือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ  
24 และความไม่มั่นคงในชีวิตและรายได้

1                   นอกจากนี้รายงานวิจัยโครงการศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาและสนับสนุนองค์ความรู้ทาง  
2                   กฎหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ไพสิฐ พาณิชยกุล และคณะฯ พบว่า คน  
3                   ไร้บ้านมักจะถูกคนทั่วไปมองว่า เป็นภาระต่อสังคมหรือเป็นปัญหาสังคม และมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหา  
4                   อาชญากรรมต่าง ๆ เช่น การลักขโมย การค้าบริการทางเพศหรือยาเสพติด เป็นต้น โดยทางทีมวิจัย  
5                   มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้แบ่งสภาพปัญหาของคนไร้บ้านออกเป็น ๕ ประเด็น ดังนี้

6                   (๑) ปัญหาการเข้าถึงสถานะทางกฎหมายของคนไร้บ้าน: การขาดบัตรประชาชนในการแสดง  
7                   สถานะทางกฎหมาย ถือเป็นปัญหาสำคัญของคนไร้บ้านต่อการได้รับและเข้าถึงสิทธิอย่างเท่าเทียม  
8                   เนื่องจากบัตรประชาชนเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงสิทธิที่บุคคลจะได้รับการรับรองว่าเป็น บุคคลตามกฎหมาย อัน  
9                   เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ภายใต้หลักสิทธิมนุษยชน เมื่อไม่มีบัตรประชาชนคนไร้บ้านจะประสบปัญหา  
10                   ในการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างน้อย ๔ ประการ คือ ๑. สิทธิการรักษาพยาบาล ๒. สิทธิการศึกษา ๓.  
11                   สิทธิการได้รับเบี้ยเลี้ยงยังชีพ และ ๔. การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่รัฐ ถึงแม้ว่าจะมีกฎหมายที่ออกมาบังคับใช้  
12                   เพื่อจัดสวัสดิการให้แก่คนยากไร้ ผู้ด้อยโอกาสหรือคนไร้บ้านแล้ว แต่กฎหมายที่นำมาบังคับใช้นั้นกลับไม่  
13                   สามารถแก้ไขปัญหาการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของคนไร้บ้านให้เบาบางลงไปได้ และยังคงเป็นปัญหา  
14                   ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

15                   (๒) ปัญหาด้านสุขภาพของคนไร้บ้าน: การมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และ  
16                   สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากสิทธิขั้นพื้นฐานในการรักษาพยาบาลผูกติดอยู่กับ  
17                   บัตรประชาชนหรือเอกสารยืนยันตัวตน ซึ่งถือเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้คนไร้บ้านไม่สามารถเข้าถึงสิทธิ  
18                   ในการรักษาพยาบาลของรัฐได้ ปัจจุบันมีคนไร้บ้านประมาณร้อยละ ๒๕ ที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน  
19                   หรือไม่มีเอกสารยืนยันตัวตนทางทะเบียน ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาประกอบกับการที่คนไร้บ้านส่วน  
20                   ใหญ่ก็มีอาชีพที่มีรายได้ไม่แน่นอน ดังนั้นการจะหาเงินมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลแม้เพียงหลักสิบหรือหลัก  
21                   ร้อยบาทจึงไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับคนไร้บ้าน และการที่คนไร้บ้านใช้ชีวิตอยู่บนพื้นที่สาธารณะ ทำให้คนไร้  
22                   บ้านมีความเสี่ยงต่อการติดโรคต่าง ๆ มากกว่าคนทั่วไป คนไร้บ้านหลายคนจึงต้องเสียชีวิตลงก่อนเวลาอัน  
23                   ควร เนื่องจากความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้

24                   (๓) ปัญหาความขัดแย้งและการรวมกลุ่มของคนไร้บ้าน: แบ่งออกเป็น ๒ มิติหลัก คือ ๑) มิติความ  
25                   ขัดแย้งที่ส่งผลให้บุคคลต้องกลายมาเป็นคนไร้บ้าน จากการล่มสลายของสถาบันครอบครัว เช่น การใช้  
26                   ความรุนแรงในครอบครัว พ่อแม่หย่าร้าง พ่อหรือแม่มีครอบครัวใหม่ และเด็กเข้ากับครอบครัวใหม่ไม่ได้  
27                   ๒) มิติความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มคนไร้บ้านหรือคนไร้บ้านกับสังคมชุมชน จากความไม่เท่าเทียมกัน



1 ของสังคม ชนชั้น เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม จึงเป็นสิ่งที่ทำให้คนไร้บ้านถูกตีตราว่า เป็นคนแปลกหน้าใน  
2 สังคม ไม่ได้รับการยอมรับ และถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกลุ่มทางสังคม โดยมีการรวมกลุ่มและทำกิจกรรม  
3 ร่วมกันจากองค์กรภาคประชาชนหลายองค์กร แต่ไม่ได้จดทะเบียนจึงทำให้การรวมกลุ่มในลักษณะนี้จะ  
4 ไม่ได้รับการรับรองตามกฎหมายและไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างเต็มที่

5 (๔) ปัญหาอาชญากรรมและการหาผลประโยชน์จากคนไร้บ้าน: การตกเป็นเหยื่อของการค้า  
6 มนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการค้ามนุษย์ในรูปแบบขบวนการธุรกิจขอทาน หรือ การบังคับใช้แรงงานผิด  
7 กฎหมายบนเรือประมง นอกจากนี้ยังมีลักษณะของการหาผลประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมใน  
8 หลากหลายรูปแบบ เช่น ๑) การรับจ้างติดคุก ปรากฏในรูปแบบของข้อเสนอที่แลกเปลี่ยนด้วยจำนวนเงิน  
9 กับคำรับสารภาพ ผู้ที่ไม่ได้กระทำความผิดจะต้องรับโทษจากการกระทำความผิดนั้นแทน ๒) การรับจ้าง  
10 ชุมชุมทางการเมือง รูปแบบการให้ผลตอบแทนคือ การแจกน้ำ อาหาร หรือเงิน ๓) การหาประโยชน์ใน  
11 รูปแบบอื่น เช่น การแสวงหาประโยชน์จากรายกาย เรียกว่า หนูทดลองยา โดยทดลองรับประทานยา  
12 ที่บริษัทต่าง ๆ ผลิตออกมาเพื่อตรวจสอบคุณภาพและผลกระทบจากเวชภัณฑ์นั้น

13 (๕) ปัญหาการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมของคนไร้บ้าน: การใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะในการ  
14 อาศัยหรือหาเลี้ยงชีพด้วยวิธีต่าง ๆ ล้วนแล้วแต่ถูกควบคุมดูแลโดยเจ้าหน้าที่รัฐ แต่เมื่ออยู่ในพื้นที่  
15 นอกเหนือจากการควบคุมของเจ้าหน้าที่รัฐ กฎหมาย หรือหน่วยงานรัฐ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการถูกละเมิด  
16 ทั้งจากเจ้าหน้าที่รัฐและผู้แสวงหาผลประโยชน์จากคนไร้บ้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเมื่อคนไร้บ้านถูก  
17 กล่าวหาว่าเป็นผู้กระทำความผิด ก็มีข้อจำกัดในการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมทั้งในด้านของต้นทุนและ  
18 การปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมจากเจ้าหน้าที่รัฐ

### 19 ๓.๔.๓ กลุ่มคนจน

20 จากรายงานของธนาคารโลกในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวนประชากรที่อยู่ในเกณฑ์ฐานะยากจนได้  
21 ลดลงจากร้อยละ ๖๕.๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๑ เป็นร้อยละ ๙.๘๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ และมีผลงานที่ดีใน  
22 ตัวชี้วัดสุขภาวะหลายด้าน อย่างไรก็ตามอัตราการลดลงของความยากจนได้ชะลอตัวลงในช่วงปี พ.ศ.  
23 ๒๕๕๘ และ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๙ และ พ.ศ. ๒๕๖๑ จำนวนประชากรที่อยู่ในเกณฑ์  
24 ฐานะยากจนได้เพิ่มขึ้นถึงแม้ในช่วงเวลานั้นจะไม่มีวิกฤติการเงินก็ตาม

25 ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กลุ่มคนยากจนมีรายได้อยู่ที่ ๒,๘๒๓ บาทต่อเดือน ลดลงจาก ๓,๐๓๙ บาทต่อ  
26 เดือนในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ อย่างไรก็ตาม รายได้ของคนยากจนยังสูงกว่ารายจ่ายในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งมี

1 ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ๒,๐๓๖ บาทต่อคนในหนึ่งเดือน ทั้งนี้แม้ว่าครัวเรือนยากจนจะมีรายได้ที่สูงกว่ารายจ่าย แต่  
2 รายได้ที่ลดลงสะท้อนให้เห็นถึงโอกาสในการหารายได้ของคนยากจนที่ลดลงไปด้วย

3 ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ คนยากจนที่ทำงานส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษาหรือต่ำ  
4 กว่า เป็นจำนวน ๓.๖ ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๗๗.๗ ของคนยากจนทั้งหมด ลดลงเล็กน้อยจากปี  
5 พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่มีสัดส่วนร้อยละ ๗.๙ ทั้งนี้ ระดับการศึกษาสูงสุดของคนจนมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเนื่องจาก  
6 นโยบายโครงการเรียนฟรี และมาตรการอุดหนุนทางการศึกษา ความแตกต่างของทักษะแรงงานส่งผลให้  
7 เกิดช่องว่างระหว่างค่าจ้างแรงงานที่มีทักษะต่ำและทักษะสูง จากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของ  
8 ประชากรในไตรมาสที่ ๒ ของปี พ.ศ. ๒๕๖๑ พบว่า ผู้มีงานทำที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำ  
9 กว่า ได้รับค่าจ้างเฉลี่ยเพียง ๘,๑๒๖ บาทต่อเดือน และค่าจ้างจะเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ผู้มี  
10 งานทำที่จบการศึกษาในระดับอุดมศึกษาได้รับค่าจ้างเฉลี่ยสูงถึง ๒๕,๒๐๔ บาทต่อเดือน

11 ครัวเรือนยากจนส่วนใหญ่มีสมาชิกในครัวเรือนสองถึงสามคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๔๕.๓ ของ  
12 ครัวเรือนยากจนทั้งหมด รองลงมาเป็นครัวเรือนขนาดสี่ถึงหกคน ร้อยละ ๔๐.๒ ครัวเรือนเดี่ยว ร้อยละ  
13 ๙.๕ และครัวเรือนขนาดเจ็ดคนขึ้นไปร้อยละ ๕ แม้ว่าโครงสร้างครัวเรือนส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่างสองถึงหกคน  
14 แต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนของครัวเรือนยากจน (Poverty Incidence) จากจำนวนครัวเรือนทั้งหมดในแต่ละ  
15 ขนาดของครัวเรือน จะพบว่า ครัวเรือนขนาดเจ็ดคนขึ้นไปมีสัดส่วนครัวเรือนยากจนสูงที่สุดถึงร้อยละ  
16 ๑๔.๔ รองลงมาเป็นครัวเรือนขนาดสี่ถึงหกคน สองถึงสามคน และครัวเรือนเดี่ยว ที่ร้อยละ ๙.๕๗ ๕.๗๕  
17 ๒.๕๓ ตามลำดับ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาโครงสร้างครัวเรือนตามผู้อยู่อาศัย พบว่า ครัวเรือนยากจนที่  
18 เป็นครัวเรือนสูงอายุ (Aging Household) มีจำนวน ๒๔๐,๐๐๐ ครัวเรือน หรือคิดเป็นสัดส่วนสูงร้อยละ  
19 ๑๕.๗๕ ของครัวเรือนยากจนทั้งหมด ครัวเรือนที่มีเด็กอาศัยกับผู้สูงอายุ (Skip-Generation) ๖๖,๐๐๐  
20 ครัวเรือน หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๔.๓๙ ของครัวเรือนทั้งหมด และยังมีครัวเรือนที่ผู้หญิงวัยทำงานที่  
21 อาศัยอยู่กับเด็กอีก ๕,๖๐๐ ครัวเรือน

22 คนยากจนส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบอาชีพอิสระ (ธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง หรือช่วยธุรกิจ  
23 ครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง) จำนวน ๑.๘ ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๓๖.๐ ของผู้มีงานทำที่ยากจน  
24 ทั้งหมด รองลงมาเป็นกลุ่มลูกจ้างภาคเอกชนจำนวน ๗ แสนคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๕.๔ ของผู้มีงาน  
25 ทำที่ยากจนทั้งหมด ซึ่งการประกอบอาชีพอิสระในกลุ่มคนยากจนนั้นเสี่ยงต่อการหลุดจากสวัสดิการของ  
26 ภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการออมและการวางแผนเพื่อวัยเกษียณ เนื่องจากแรงงานดังกล่าวอาจ  
27 ไม่มีรายได้เพียงพอในการเข้าร่วมกองทุนการออมแห่งชาติ จากข้อมูลสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของ  
28 ครัวเรือน ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า สัดส่วนคนจนในแรงงานช่วยธุรกิจในครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้างอยู่ที่  
29 ร้อยละ ๑๐.๙๔ รองลงมาเป็นแรงงานในธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้างมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ ๙.๕๑ ทั้งนี้

1 แรงงานนอกระบบเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับความเสี่ยง ในด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยในการทำงาน  
2 สารเคมี และอุบัติเหตุ หากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว แรงงานต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง ซึ่งจะกระทบ  
3 ต่อรายได้ของแรงงาน และก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในสังคมมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีคนงานทำงานในภาค  
4 เกษตรกรรม ๑.๘๓ ล้านคน หรือสัดส่วนคนจนร้อยละ ๑๔.๔ รองลงมาเป็นแรงงานก่อสร้างจำนวน ๒  
5 แสนคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๙.๑

6 ครัวเรือนยากจนในภาคเกษตรที่ไม่มีที่ดินทำกินมีจำนวนทั้งสิ้น ๗,๘๐๐ ครัวเรือน คิดเป็นสัดส่วน  
7 ร้อยละ ๑๖ ของครัวเรือนยากจนในภาคเกษตรทั้งหมด ทั้งนี้ครัวเรือนยากจนภาคเกษตรที่มีที่ดินไม่เกิน  
8 ๑๐ ไร่ มีจำนวน ๑.๑ แสนครัวเรือน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๓๓.๐ ของครัวเรือนยากจนภาคเกษตรทั้งหมด  
9 ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า นโยบายที่ดินที่เจาะกลุ่มครัวเรือนยากจนที่มีความต้องการที่ดินอย่างต่อเนื่องยังมี  
10 ความจำเป็น ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑ อนุกรรมการจัดหาที่ดินภายใต้คณะกรรมการนโยบายที่ดิน  
11 แห่งชาติกำหนดพื้นที่ในการจัดสรรให้ประชาชนเข้าทำประโยชน์โดยไม่เป็นกรรมสิทธิ์ จำนวน ๑.๐๖ ล้าน  
12 ไร่ และมีการจัดสรรให้ประชาชนจำนวน ๓๒๙,๗๗๒ ไร่ นอกจากนี้ยังมีโครงการพัฒนาที่ดิน แหล่งน้ำและ  
13 ปัจจัยพื้นฐาน ส่งเสริมและพัฒนาอาชีพ การรวมกลุ่ม รวมถึงแหล่งทุนอีกด้วย

14 ยังมีครัวเรือนยากจนที่เข้าไม่ถึงแหล่งเงินจำนวน ๑.๖ แสนครัวเรือน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๐  
15 ของครัวเรือนทั้งหมด ขณะที่ครัวเรือนที่กู้ยืมได้บางส่วนมีจำนวน ๒.๒ แสนครัวเรือน หรือร้อยละ ๑๔.๖  
16 อย่างไรก็ตามครัวเรือนที่กู้ยืมได้เต็มจำนวนมีอัตราส่วนสูงถึงร้อยละ ๓๔.๑ และครัวเรือนที่ไม่ต้องการกู้ยืมอีก  
17 ร้อยละ ๔๐.๔ เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่จำนวน ๕.๖ หมื่นครัวเรือน หรือร้อยละ ๓.๙

### 18 ๓.๔.๔ กลุ่มคนพิการ

19 จากรายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทยของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ  
20 ชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ในวันที่ ๓๑ มีนาคม ปี พ.ศ. ๒๕๖๖  
21 พบว่า คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการทั่วประเทศไทยมีจำนวนทั้งสิ้น ๒,๑๘๐,๑๗๘ คน โดยจำแนก  
22 ตามเพศสภาพ ช่วงอายุ และประเภทความพิการ ดังนี้

23 (๑) เพศสภาพ เพศชาย ๑,๑๓๖,๘๓๖ คน เพศหญิง ๑,๐๔๓,๓๔๒ คน

24 (๒) ช่วงอายุ วัยสูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (ร้อยละ ๕๕.๓) วัยทำงาน อายุ ๑๕-๕๙ ปี (ร้อยละ ๓๘)  
25 วัยรุ่น อายุ ๑๕-๒๑ ปี (ร้อยละ ๓.๒) และปฐมวัย อายุ ๐-๕ ปี (ร้อยละ ๐.๕)

26 (๓) ประเภทความพิการ การเก็บข้อมูลสถิติของคนพิการ ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ถึง  
27 วันที่ ๓๑ มีนาคม ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ สามารถแบ่งออกมาได้ ดังนี้

1 (๓.๑) ทางจิตใจหรือพฤติกรรม คือ ความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมอง  
2 ในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

- 3 ● ปฐมวัย (๐-๕ ปี) ๓๗ คน
- 4 ● วัยเรียน (๖-๑๔ ปี) ๕๕๑ คน
- 5 ● วัยรุ่น (๑๕-๒๑ ปี) ๑,๑๒๒ คน
- 6 ● วัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี) ๑๒๑,๕๖๔ คน
- 7 ● วัยผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) ๔๖,๑๓๙ คน

8 ผลสรุป ตัวเลขของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ยกเว้นช่วงวัยผู้สูงอายุ

9 (๓.๒) ทางสติปัญญา คือ การมีพัฒนาการช้ากว่าปกติหรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่า  
10 บุคคลทั่วไป

- 11 ● ปฐมวัย (๐-๕ ปี) ๓,๒๑๐ คน
- 12 ● วัยเรียน (๖-๑๔ ปี) ๑๙,๑๕๒ คน
- 13 ● วัยรุ่น (๑๕-๒๑ ปี) ๒๓,๕๓๐ คน
- 14 ● วัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี) ๑๑๑,๖๙๕ คน
- 15 ● วัยผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) ๑๓,๐๘๐ คน

16 ผลสรุป ตัวเลขของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ยกเว้นช่วงวัยผู้สูงอายุ

17 (๓.๓) ทางการเรียนรู้ คือ ความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการ  
18 อ่าน เขียน คิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์  
19 มาตรฐาน ตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา

- 20 ● ปฐมวัย (๐-๕ ปี) ๖๐ คน
- 21 ● วัยเรียน (๖-๑๔ ปี) ๔,๕๒๙ คน
- 22 ● วัยรุ่น (๑๕-๒๑ ปี) ๕,๘๒๙ คน
- 23 ● วัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี) ๙,๘๐๕ คน

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27

- วัยผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) ๗๓๒ คน

ผลสรุป ตัวเลขของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ยกเว้นช่วงปฐมวัยและผู้สูงอายุ

โดยรายงานของศูนย์สารสนเทศสิทธิมนุษยชน สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ มุมมองสิทธิ ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๔ พบว่า โครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมเป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มคนพิการมีแนวโน้มที่จะตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ จากการสร้างภาพให้คนพิการเป็นคนที่ไม่สมบูรณ์ ผิดปกติ หรือด้อยกว่าคนทั่วไป เช่น เด็กเกิดมาพิการหรือพิการเพราะเป็นกรรมเก่าติดตัว เป็นต้น และยังพบว่า เด็กและสตรีพิการมีแนวโน้มการถูกระทำความรุนแรงมากกว่าคนพิการทั่วไป เพราะความเป็นผู้หญิงและข้อจำกัดด้านความพิการ โดยมีแนวโน้มจะเป็นผู้ถูกระทำซ้ำ นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับความรุนแรงต่อเด็กและสตรีพิการในประเทศไทยยังมีน้อย ในขณะที่ความรุนแรงต่อคนพิการทั้งหมดมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น

ซึ่งรายงานสถานการณ์ปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิงพิการ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ร่วมมือกับ สมาคมส่งเสริมศักยภาพสตรีพิการ มูลนิธิส่งเสริมความเสมอภาคทางสังคม และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพพบว่า ความรุนแรงในเด็กและสตรีพิการถือว่าเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากความทับซ้อน (Cross-cutting) ระหว่างเรื่องเพศและความพิการ โดยเป็นการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการร่วมกับทัศนคติเรื่องชายเป็นใหญ่ ทำให้เด็กและสตรีพิการมีความเสี่ยงที่จะประสบกับความรุนแรงมากกว่าเด็กและสตรีที่ไม่พิการ และเมื่อแนวคิดเรื่องเพศและความพิการมาทับซ้อนกันจึงก่อให้เกิดรูปแบบความรุนแรงที่แตกต่างจากความรุนแรงที่เกิดด้วยเหตุทางแนวคิดเรื่องเพศอย่างเดียว โดยจะสามารถแบ่งความรุนแรงออกได้เป็น ๓ รูปแบบ ได้แก่

(๑) ความรุนแรงที่มีต่อเพศ: กลุ่มเด็กและสตรีพิการต้องเผชิญกับปัญหาความรุนแรงทางเพศมากกว่าความรุนแรงประเภทอื่น ไม่ว่าจะเป็นการล่วงละเมิด ทำอนาจาร บังคับให้ไม่ใส่เสื้อผ้า การร่วมเพศโดยไม่รู้ความหมาย บังคับให้ทำหมัน การถูกเนื้อต้องตัวโดยไม่ยินยอม เป็นต้น ซึ่งจาก ๕๑ กรณีตัวอย่าง มีการข่มขืนและล่วงละเมิดทางเพศ ถึงร้อยละ ๔๗.๓๗ ซึ่งส่วนมากเกิดจากการขาดข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับเพศศึกษาและมักเกิดความรุนแรงทางเพศกับคนพิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้

(๒) ความรุนแรงที่มีต่อร่างกาย: เด็กและสตรีพิการถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ ๑๗.๑๑ จากพ่อแม่ คู่ครอง คนใกล้ชิด และมีบางกรณีที่เกิดการทำร้ายร่างกายโดยไม่อาชญากรรมสาเหตุอย่างชัดเจนได้ว่าเป็นการทำร้ายร่างกายด้วยเหตุแห่งเพศหรือเหตุแห่งความพิการ โดยมักเกิดขึ้นกับบุคคลพิการที่เป็นกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ

1 (ก) ความรุนแรงที่มีต่อสภาพจิตใจและอารมณ์: การถูกทอดทิ้ง ละเลย ขาดความรัก การบูลลี่  
2 ล้อเลียน ข่มขู่ หรือทำให้รู้สึกขาดความมั่นใจและเห็นคุณค่าในตัวเองลดลง ซึ่งความรุนแรงประเภทนี้มัก  
3 เป็นรากฐานที่จะนำไปสู่ความรุนแรงรูปแบบอื่นอีก และพบว่า จาก ๕๑ กรณีตัวอย่างที่เก็บข้อมูล คน  
4 พิกการร้อยละ ๘ ถูกเอารัดเอาเปรียบทางการเงินและโดนควบคุมการใช้จ่ายโดยบุคคลใกล้ชิด

5 นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้จำแนกเป็นอุปสรรคที่คนพิการต้องพบเจอ ๔ อุปสรรค ได้แก่

6 (๑) อุปสรรคทางกายภาพ: สภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวและเคลื่อนที่ของ  
7 บุคคล เช่น ขั้นบันได ขอบทางเท้า ประตูที่เล็กหรือแคบเกินไป ยานพาหนะที่ไม่มีขนาดต่ำ ขาดแคลนผู้ช่วย  
8 คนพิการ (PA: Personal Assistance) และอื่น ๆ รวมถึงการไม่สามารถหลบหนีจากเหตุการณ์ความรุนแรง  
9 ที่ต้องพบเจอได้ด้วยตนเอง โดยสตรีที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายจะมีความกลัวที่จะ  
10 หลบหนีออกจากสถานการณ์ความรุนแรงมากกว่าสตรีพิการประเภทอื่น เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่พร้อม  
11 ของตนและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย

12 (๒) อุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ: จากการเก็บข้อมูลพบว่า จาก ๕๑ กรณี  
13 ตัวอย่าง มี ๓๖ กรณีที่ไม่แจ้งความหรือไม่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม ซึ่ง ๒ ใน ๓ เป็นเด็กและสตรีพิการ  
14 ทางการเห็น ได้ยินและสื่อสาร รวมถึงพิการซ้อนที่ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและไม่สามารถสื่อสารใน  
15 รูปแบบหรือวิธีทั่วไปได้ ซึ่งจากกลุ่มดังกล่าวพบว่า ๒๐ ราย ที่ไม่ไปแจ้งความ เนื่องจากถูกเพิกเฉยจากคน  
16 ในครอบครัวที่เป็นเพศหญิงด้วยกัน เช่น แม่ ป้า น้า พี่สาว ด้วยทัศนคติความเชื่อและค่านิยมทางสังคม  
17 แบบชายเป็นใหญ่

18 (๓) อุปสรรคด้านกฎระเบียบและนโยบาย: การสำรวจพบว่า ใน ๕๑ กรณีตัวอย่าง มีการแจ้ง  
19 ความ ๑๕ ราย ได้ดำเนินคดีเพียง ๔ ราย เหลืออีก ๑๑ รายที่คดีไม่คืบหน้า ในจำนวนนั้นมี ๕ ราย ที่  
20 ผู้ถูกกระทำไม่สามารถระบุพยานหลักฐานตามวิธีการดั้งเดิมได้ และอีก ๓ ราย ดำรวจขอให้ไกล่เกลี่ย  
21 เพราะเป็นญาติใกล้ชิด และผู้ถูกกระทำมีความพิการทางสติปัญญาและพิการซ้ำซ้อน และอีก ๓ ราย ที่  
22 ผู้กระทำหลบหนีหรือเสียชีวิต โดยปัญหาใหญ่ที่ทำให้การแจ้งความไม่คืบหน้า คือ การขาดแคลนล่ามภาษา  
23 มือ การสืบสวนให้ปากคำไม่ได้แบบไว้ให้เหมาะสมกับผู้พิการ ซึ่งสอดคล้องกับการเสนอข้อมูลโดย  
24 Australia's National Research Organization for Women's Safety (ANROWS) ที่พบว่า  
25 ความสามารถทางกฎหมาย (Legal Capacity) ของสตรีพิการยังถูกจำกัดอยู่มากในระดับนโยบาย

1 กฎหมายและระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้และเข้าใจเรื่องสิทธิ  
2 มนุษยชนขั้นพื้นฐาน และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับตนเอง

3 (๔) อุปสรรคด้านทัศนคติ: ความคิดและมุมมองที่มีต่อเด็กและสตรีพิการ ส่งผลให้เกิดอคติ การ  
4 ตีตรา และการเลือกปฏิบัติ โดยเกิดจากการปฏิบัติของสังคมส่วนรวมหรือทัศนคติของสังคม ผู้ให้บริการ  
5 ทางภาครัฐ ผู้อยู่ในกระบวนการยุติธรรม ทำให้ผู้ถูกระงับไม่กล้าไต่ถามและขอความช่วยเหลือ แม้ว่า  
6 ความรุนแรงต่อคนพิการจะมีเพิ่มมากขึ้น แต่การเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องคุ้มครองสิทธิและ  
7 บริการกลับลดลง เมื่อระดับของความพิการรุนแรงมากเท่าไร ก็จะมีแนวโน้มและช่วงเวลาในการถูก  
8 กระทำรุนแรงมากขึ้นเท่านั้น ส่วนใหญ่จะไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือที่ทันท่วงทีและต้องเผชิญกับความ  
9 ยากในการเข้ารับบริการ อีกทั้งชุดอคติเดิมที่มักพูดว่า ความพิการเป็นตราบาป ทำให้สตรีพิการจากชุมชน  
10 บางแห่ง เช่น สตรีพิการภาคใต้ สตรีพิการชนเผ่า เกิดความเสียเปรียบมากกว่าสตรีพิการอื่นๆ รวมทั้งเกิด  
11 ช่องว่างในการรับบริการ อุปสรรคข้อจำกัดในการจัดการเรื่องความรุนแรงของผู้หญิงพิการที่ถูกทารุณ  
12 กรรมอีกด้วย

### 13 ๓.๔.๕ กลุ่มผู้อพยพ

14 ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้อพยพเดินทางเข้ามาอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัย  
15 แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านทั้งที่เข้ามาเมืองอย่างถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย ปัจจุบันคาดการณ์ว่า มี  
16 แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่อาศัยในประเทศไทยมากกว่า ๓ ล้านคน ขณะเดียวกัน ก็มีผู้ลี้ภัยที่อาศัยใน  
17 เขตเมืองประมาณ ๕,๐๐๐ คน และผู้ลี้ภัยที่อาศัยในสถานที่พักพิงชั่วคราวตามแนวชายแดน ประมาณ  
18 ๘๗,๐๐๐ คน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารัฐบาลไทยมีนโยบายในด้านการดูแลสุขภาพสำหรับ  
19 แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามค่อนข้างชัดเจน ในขณะที่นโยบายการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ลี้ภัยและผู้ขอลี้  
20 ภัยยังไม่ชัดเจนนัก ยกเว้นในสถานที่พักพิงชั่วคราว เนื่องจากผู้ลี้ภัยในสถานที่พักพิงชั่วคราวได้รับการ  
21 สนับสนุนจากสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ (Office of the United Nations High  
22 Commissioner for Refugees: UNHCR) และองค์กรพัฒนาภาคเอกชนหลากหลายที่หมุนเวียนเข้ามา  
23 ดูแล นอกจากนี้ในช่วงที่ผ่านมางานวิจัยในไทยส่วนใหญ่เน้นไปที่กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มีฝีมือและผู้ลี้ภัย  
24 ในสถานพักพิงชั่วคราว แต่ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ลี้ภัยในเขตเมืองค่อนข้างน้อย ทั้งนี้การศึกษาวิจัยใน  
25 ต่างประเทศที่เป็นประเทศพัฒนาแล้วพบว่า ผู้ลี้ภัยและผู้ขอลี้ภัยนั้นประสบกับปัญหาสุขภาพมากกว่า  
26 ประชากรทั่วไปในประเทศ จึงสะท้อนให้เห็นว่า การศึกษาเรื่องปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของ  
27 ผู้ลี้ภัยและผู้ขอลี้ภัยในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด

1 จากงานศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสถานะสุขภาพและข้อตกลงหรือกฎหมายของผู้ลี้ภัย  
2 และผู้ขอลี้ภัยในเขตเมืองในประเทศไทย พบว่า มีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาพจิตทั้งหมด ๘  
3 เรื่อง สรุปประเด็นได้ดังนี้

4 (๑) ประเด็นความรุนแรงในเด็ก: ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อเด็กที่เป็นผู้ลี้ภัยและผู้ขอลี้ภัย ได้แก่  
5 การทะเลาะของผู้ใหญ่ การตีมีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก รวมถึงการทำร้ายร่างกายและ  
6 ทอดทิ้งเด็ก ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีสาเหตุมาจากสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สัมพันธ์กับการใช้ชีวิตใน  
7 สถานที่พักพิงชั่วคราวและการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว ส่งผลให้เด็กต้องเผชิญกับสภาวะความเครียดจาก  
8 สิ่งแวดล้อม

9 (๒) ประเด็นความรุนแรงของผู้หญิงที่มาจากคู่ครอง: จากการศึกษาในกลุ่มผู้ลี้ภัยและผู้ขอลี้ภัย  
10 พบว่า ผู้หญิงร้อยละ ๙.๖ ตกเป็นเหยื่อของความขัดแย้ง ผู้หญิงร้อยละ ๗.๙ มีประสบการณ์ของการถูกทำ  
11 ร้ายจากคู่ครอง และผู้หญิงมีความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ ๗.๔ โดยผู้หญิงที่มีประสบการณ์การถูกทำ  
12 ร้ายโดยคู่ครองมีความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ ๒๖.๗ และผู้หญิงที่มีประสบการณ์ของการตกเป็นเหยื่อ  
13 ของความขัดแย้งและถูกคู่ครองทำร้ายมีความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ ๕๐.๐

14 (๓) ประเด็นสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: สำหรับผู้ลี้ภัยและผู้ขอ  
15 ภัยนั้น ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในระหว่างการตั้งครรภ์ถือเป็นเรื่องธรรมดาที่มักเกิดขึ้น โดยมีสาเหตุ  
16 มาจากการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและกังวลกับอนาคต ซึ่งการได้พูดคุยกับครอบครัว เพื่อน และ  
17 การพบแพทย์ก็อาจมีส่วนช่วยลดอาการเจ็บป่วยทางจิตได้

18 (๔) ประเด็นปัญหาการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์อย่างมีความเสี่ยง

19 จากการศึกษาพบว่าผู้หญิงตีมีแอลกอฮอล์อย่างมีความเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ ๐.๒ ในขณะที่  
20 ที่คู่ครองของผู้หญิงนั้น มีการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์อย่างมีความเสี่ยงร้อยละ ๒๔.๔

21 จะเห็นได้ว่าด้วยคุณภาพชีวิตในสถานที่พักพิงชั่วคราวทำให้ในแต่ละวันผู้ลี้ภัยหลายคนกำลังเผชิญ  
22 กับปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดสะสมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้  
23 ความเข้าใจผิดและการขาดความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทำให้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีผู้ที่พักพิงอยู่  
24 ในค่ายเพียงร้อยละ ๒ ที่ลงทะเบียนเพื่อขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (MHPSS)  
25 สอดคล้องกับงานวิจัยโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศที่เผยแพร่ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓  
26 ที่พบว่า ผู้ลี้ภัยและผู้ขอลี้ภัยร้อยละ ๙๘ ไม่มีประกันสุขภาพพื้นฐานและผู้ลี้ภัยเหล่านี้ประสบปัญหาการ  
27 ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพมากกว่าประชากรไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งการรักษาแบบผู้ป่วยนอก



1 (ผู้ลี้ภัย ร้อยละ ๕๔.๑, ประชากรไทย ร้อยละ ๒.๑) และผู้ป่วยใน (ผู้ลี้ภัย ร้อยละ ๒๘.๐, ประชากรไทย  
2 ร้อยละ ๒.๑)

### 3 ๓.๔.๖ กลุ่มผู้หญิง

4 ข้อมูลจากศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕ พบว่า มีผู้ที่ถูกรักษา  
5 ความรุนแรงมารับบริการจำนวนทั้งสิ้น ๘๐,๒๗๒ ราย เพศหญิงเป็นกลุ่มที่ขอเข้ารับบริการมากที่สุด ซึ่งมี  
6 จำนวน ๗๓,๐๒๕ รายหรือคิดเป็นร้อยละ ๙๐.๙๗ โดยประเภทของความรุนแรงที่พบจากกลุ่มผู้ที่มาขอรับ  
7 บริการในศูนย์พึ่งได้ อันดับแรกคือ การกระทำความรุนแรงทางด้านร่างกาย ร้อยละ ๔๘.๓๐ การกระทำ  
8 ความรุนแรงทางเพศ ร้อยละ ๒๕.๘๑ และการกระทำรุนแรงทางจิตใจ ร้อยละ ๑๘.๘๙

9 ความรุนแรงจากคนใกล้ตัวยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น สถิติในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่มีรายงานจาก  
10 สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) และองค์การเพื่อสตรีแห่ง  
11 สหประชาชาติ (UN Women) ระบุว่า ทั่วโลกมีเด็กและผู้หญิงจำนวน ๔๕,๐๐๐ คน ที่ถูกคนใกล้ชิด ไม่ว่าจะ  
12 จะเป็น คนรัก คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวหรือญาติ ทำร้ายจนเสียชีวิต เฉลี่ยแล้วในทุกหนึ่งชั่วโมงจะมี  
13 เด็กหรือผู้หญิงที่ถูกฆ่าโดยคนใกล้ชิดมากกว่า ๕ คน สำหรับสถิติในประเทศไทย ข้อมูลจากคณะ  
14 แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้สำรวจสถานการณ์ความรุนแรงต่อผู้หญิงและ  
15 บุคคลในครอบครัวไทยในระดับประเทศ พบว่า ความรุนแรงต่อผู้หญิงและคนในครอบครัวในปี พ.ศ.  
16 ๒๕๖๐ มีจำนวนร้อยละ ๓๔.๖ และตัวเลขได้ขยับเพิ่มเป็นร้อยละ ๔๒.๒% ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยแบ่งเป็น  
17 ความรุนแรงทางด้านจิตใจ ร้อยละ ๓๒.๓ ความรุนแรงทางร่างกาย ร้อยละ ๙.๙ และความรุนแรงทาง  
18 เพศ ร้อยละ ๔.๕

19 นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ อธิบดีกรมควบคุมโรค ได้เปิดเผยข้อมูลการเฝ้าระวังความรุนแรง  
20 ในผู้หญิงระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ จากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance : IS) ใน  
21 โรงพยาบาลทั้ง ๕๑ แห่งทั่วประเทศ พบว่า มีผู้หญิงบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายปีละ ๘,๕๗๗ ราย โดยแบ่ง  
22 สาเหตุต่างๆ เป็นตัวเลขไว้ดังนี้

23 (๑) กลุ่มอายุที่ถูกทำร้ายมากที่สุดคือ ๒๐ - ๒๔ ปี ถูกทำร้ายด้วยกำลัง ร้อยละ ๖๐ สถานที่ถูก  
24 ทำร้ายคือ บริเวณบ้าน ร้อยละ ๖๓.๔ ซึ่งเป็นบ้านของผู้บาดเจ็บเองกว่า ร้อยละ ๗๙.๗ สาเหตุการถูกทำ  
25 ร้ายเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๑๑.๓

26 (๒) กลุ่มผู้หญิงอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี ถูกทำร้ายทางเพศด้วยกำลัง ร้อยละ ๓๑.๔ สถานที่เกิดเหตุก็ยัง  
27 เป็นบ้าน ร้อยละ ๖๒ ซึ่งเป็นบ้านตนเอง ร้อยละ ๔๕.๘ มีเหตุที่บ้านคูกรณี ร้อยละ ๒๓.๗ สาเหตุการถูก  
28 ทำร้ายเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๘

1 (ก) กลุ่มเด็กแรกเกิดถึง ๔ ปี พบความรุนแรงทางเพศเฉลี่ยปีละ ๑๙ ราย หรือคิดเป็นร้อยละ  
2 ๓๔.๘ ถูกทำร้ายด้วยกำลังร้อยละ ๓๒.๙ ถูกทำร้ายด้วยวัตถุไม่มีคม ร้อยละ ๑๐.๔

3 กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวของประเทศไทย รายงานว่าจากสถานการณ์การแพร่  
4 ระบาดของโควิด-๑๙ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความรุนแรงในชีวิตคู่เพิ่มมากขึ้น โดย  
5 พบว่าระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ มีผู้หญิงถูกระทำความรุนแรง  
6 มากถึงร้อยละ ๘๑ ซึ่งร้อยละ ๓๙ เป็นการกระทำความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส โดยมีสาเหตุมาจากการใช้  
7 สารเสพติด ความหึงหวง การมีโทสะ ความรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจเหนือกว่าภรรยา การมีหนี้สินและการ  
8 ว่างงาน สาเหตุที่กล่าวมาส่งผลต่อพฤติกรรมการทำร้ายร่างกายสูงถึงร้อยละ ๖๔.๕ การทำร้ายจิตใจ ใช้  
9 คำพูดที่รุนแรงดูต่ำ ตะคอก ช่มชู้หรือบังคับ และการนอกใจ ร้อยละ ๓๑.๔ และการมีพฤติกรรมทางเพศ  
10 ไม่เหมาะสมร้อยละ ๓.๖

11 จากสถิติที่น่าเสนอข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้หญิงเป็นอีกหนึ่งกลุ่มของประชากรที่ต้องเผชิญกับความ  
12 รุนแรงที่เกิดจากความเหลื่อมล้ำในสังคม ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากอคติทางเพศที่ฝังในระบอบความคิด มีจารีต  
13 และวัฒนธรรมต่าง ๆ ที่ยังคงทำให้ผู้หญิงถูกมองว่าเป็นเพศที่ต้องจำยอมและอื่น ๆ อีกมากที่ยังไม่ได้แก้ไข  
14 ในสังคม โดยผลกระทบที่เกิดจากความรุนแรงคือ บางรายเกิดโรคเครียดเฉียบพลัน (acute stress  
15 disorders) หรือเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์ร้ายแรง (post-traumatic stress disorders : PTSD) และ  
16 ผลกระทบระยะยาวส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย พยายามทำร้ายตนเอง หมดพลัง รู้สึกว่า  
17 ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ขาดความมั่นใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองน้อยลง เกิดความวิตก  
18 กังวล ไม่ไว้วางใจผู้อื่น และมองโลกในแง่ร้าย รวมถึงการเกิดความผิดปกติทางจิตจากการถูกระทำความรุนแรง  
19 เป็นเวลานานสะสม (Battered Woman Syndrome)

### 20 ๓.๕ อนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. ๒๕๗๖ (Futures of Mental Health in Thailand 2033)

21 ในรายงานอนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. ๒๕๗๖ จัดทำโดยกรมสุขภาพจิต สำนักงานนวัตกรรม  
22 แห่งชาติ สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ และศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา ระบุว่าภาพอนาคตทางเลือกเพื่อ  
23 นำไปสู่อนาคตที่พึงประสงค์ด้านสุขภาพจิตในประเทศไทย ขับเคลื่อนด้วย ๖ ปัจจัยสำคัญ ได้แก่

24 (๑) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการตีตรา (Mental Health Literacy and Stigmatizations) ลดการ  
25 ตีตราผู้ป่วยจิตเวช ทำให้สังคมไม่เกิดการแบ่งแยก กีดกัน และไม่กล้าเข้ารับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งส่งผลให้  
26 ปัญหาสุขภาพจิตกลายเป็นอาการที่เรื้อรังและรักษาได้ยากขึ้น เพิ่มการยอมรับและสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพจิต  
27 ของผู้อื่น โดยเป้าหมายคือผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและได้รับโอกาสทางสังคม

1 (๒) เทคโนโลยีสุขภาพจิต (Mental Health Technology) เช่น ระบบคัดกรองและประเมินสุขภาพจิต  
2 เบื้องต้น การให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพจิต แพลตฟอร์มการบำบัดออนไลน์ (Telemental health) ซึ่งจะช่วย  
3 อำนวยความสะดวกในการรักษา ใช้งานง่าย ประหยัดเวลา และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะเปิดเผยตัวตนใน  
4 การมารักษา และเปลี่ยนแปลงเจตคติต่อการรักษาสุขภาพจิตในเชิงบวก

5 (๓) ความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมดิจิทัล (Readiness for digital age) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมี  
6 ผลกระทบต่อสุขภาพจิตทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งทำให้ผู้คนเข้าใจและจัดการสุขภาพจิตได้ดีขึ้น เป็นช่องทางให้  
7 เชื่อมต่อกันเพื่อสร้างเครือข่ายความเป็นอยู่ที่ดี แต่ในทางกลับกันการใช้โซเชียลมีเดียและแพลตฟอร์มออนไลน์อาจ  
8 ทำให้ยิ่งรู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า วิตกกังวล จึงควรมีการจำกัดระยะเวลาในการเล่นกิจกรรมออนไลน์และใช้สื่ออย่างมี  
9 วิจารณญาณ

10 (๔) ภาวะเศรษฐกิจและสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำทางสังคม (Social and livelihood crises)  
11 จำเป็นต้องตระหนักและดำเนินการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำทางสังคมอย่างเร่งด่วน  
12 โดยการกำหนดนโยบายป้องกันความรุนแรงและการเลือกปฏิบัติในสังคมทั้งโรงเรียน ครอบครัว สังคม และ  
13 ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงกับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด

14 (๕) พื้นที่และสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพจิต (Mental well-being and happiness infrastructure) การ  
15 นำสุขภาพจิตที่ดีของผู้คนในสังคมเป็นศูนย์กลางในการออกแบบ มีระบบโครงสร้างพื้นฐานทั้งกายภาพและดิจิทัลที่  
16 ดี ระบบรักษาความปลอดภัย ระบบสาธารณสุขและสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงสถานที่พักพิงช่วยเหลือผู้ที่  
17 ประสบปัญหาสุขภาพจิต ทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่สมบูรณ์ ยั่งยืนทางทรัพยากรและปัจจัยในการดำรงชีวิต

18 (๖) นโยบายของรัฐต่ออนาคตของสุขภาพจิตสังคมไทย (Proactive mental health policy) มุ่งเน้นการ  
19 ทำงานเชิงรุก กำหนดกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิต และแก้ไขปัญหาที่สะสมค้างคามอย่างยาวนาน  
20 ส่งเสริมความรู้สุขภาพจิตให้ประชาชน จัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมเพื่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ปรับ  
21 กฎระเบียบและนโยบายให้เหมาะสมตามยุคสมัยในการส่งเสริมความคิด ค่านิยมที่ดี และขจัดความขัดแย้งของผู้คน  
22 ในสังคม เพิ่มการเข้าถึงทางด้านสุขภาพจิต

23 รายงานดังกล่าวยังพัฒนาภาพอนาคตทางเลือกของสุขภาพจิตสังคมไทยในอีกทศวรรษข้างหน้า ดังนี้

24 (๑) การระเบิดของความหวาดกลัว (Terror outburst): เป็นความรู้สึกเจ็บปวดจากปัญหาของสังคมที่  
25 สะสมและถูกละเลยเป็นเวลานาน จนทำให้เกิดปรากฏการณ์ความรุนแรงครั้งใหญ่ที่บังคับให้ทุกภาคส่วนต้อง  
26 ยกระดับการแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการ

1 (๒) วิกฤติที่แฝงด้วยโอกาส (Opportunity in adversity): ความผันผวนที่รุนแรงอย่างต่อเนื่องของ  
2 สถานการณ์สภาพสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี ส่งผลกระทบต่อประชาชนในการใช้ชีวิตด้วยความกังวลและ  
3 เริ่มต้นสร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยตัวเอง

4 (๓) มวลชนผู้โดดเดี่ยว (Packs of lone wolves): มีการพัฒนาพื้นที่ในเมืองและภาพรวมของประเทศ ทำ  
5 ให้ประชาชนมีความสะดวกสบายในทุกด้าน แต่กลับมีความรู้สึกเหงา กัดค้น และเครียดมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการ  
6 แข่งขันที่เพิ่มขึ้นและวิถีชีวิตดิจิทัลที่โดดเดี่ยว

7 (๔) สุขภาพใจที่กระจายถึงกัน (Decentralized mental well-being): ประเทศมีการกระจายอำนาจลงสู่  
8 ท้องถิ่นและเขตสุขภาพทางสุขภาพจิตได้จัดสรรและออกแบบทรัพยากรให้เข้ากับความต้องการของแต่ละพื้นที่ ทำ  
9 ให้ประชาชนรู้สึกภูมิใจในท้องถิ่นและเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

10 (๕) จุดหมายแห่งความสุข (Land of smiling minds): ประเทศไทยกลายเป็นต้นแบบด้านสุขภาพจิตและ  
11 เป็นจุดมุ่งหมายของผู้คนจากทั่วโลกในการมาใช้ชีวิตอยู่ ทุกภาคส่วนมีการวางเรื่องสุขภาพจิตไว้ในทุกองค์ประกอบ  
12 ประชาชนเกิดความรู้สึกมีความสุขและภาคภูมิใจ

13 การบรรลุภาพอนาคตสุขภาพจิตไทยควรมาจากความร่วมมือจาก ๔ ภาคส่วน เพื่อพัฒนาและยกระดับ  
14 คุณภาพชีวิตรวมถึงสุขภาพจิตของประชาชน ได้แก่

15 (๑) ภาครัฐ: มีการส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านนโยบายมากขึ้น ทำให้เข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี การ  
16 ส่งเสริมและสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับประชาชน และแก้ไขปัญหาด้านต่อของปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลต่อ  
17 สุขภาพจิตของคนไทย รวมถึงควรมีนโยบายที่สนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับสุขภาพจิตในระยะยาว เช่น การ  
18 จัดเก็บภาษีจำเพาะแบบเดียวกับการจัดเก็บสุราและบุหรี่

19 (๒) ภาคเอกชน: ต้องเข้าใจความสำคัญของสุขภาพจิตต่อประสิทธิภาพและความสุขในการทำงานของ  
20 พนักงาน มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการทำงานและสรรหาทรัพยากรสำหรับการดูแลสุขภาพจิต มีการ  
21 บริการให้คำปรึกษาและเสริมพลังนวัตกรรม เช่น แอปพลิเคชันสำหรับการประเมินสุขภาพจิต เทคโนโลยีเสมือน  
22 จริง เป็นต้น

23 (๓) ภาคชุมชน: มีการทำงานเพื่อส่งเสริมการรับรู้ เข้าใจ และยอมรับในสุขภาพจิตของทุกคน โดยผู้นำ  
24 ชุมชนต้องสร้างความตระหนักรู้ผ่านกิจกรรมและการสื่อสาร เช่น ความรุนแรง การไม่เท่าเทียม และปัญหาหายสา  
25 หิด เป็นต้น

26 (๔) ภาคประชาชน: ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตผ่านมุมมองว่า ปัญหาสุขภาพจิตสามารถรักษาได้  
27 ส่งเสริมการแสดงออก และยอมรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างเปิดเผย สร้างความสมดุลในการใช้เทคโนโลยี และ  
28 สนับสนุนให้เยียวยาจิตใจในช่วงที่เกิดอารมณ์เชิงลบ

1           นอกจากนี้ สิ่งที่จะมีบทบาทมากยิ่งขึ้นในอนาคตสุขภาพจิตไทยก็คือ เทคโนโลยีสุขภาพจิต ปัจจุบันคนใน  
2           สังคมไทยมีการใช้แอปพลิเคชันสุขภาพจิตทางด้านต่างๆมากยิ่งขึ้น จึงคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๗๐ ตลาด  
3           แอปพลิเคชันสุขภาพจิตในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกจะเติบโตเฉลี่ยรายปีถึงร้อยละ ๑๔ แสดงถึงการยกระดับและ  
4           พัฒนาด้านนวัตกรรมของการบริการทางด้านสุขภาพจิต ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการตรวจ บำบัดรักษา หรือการให้  
5           คำปรึกษาสุขภาพจิตทางไกล (Telemental Health) เพื่อประโยชน์สำหรับผู้รับบริการในพื้นที่ชนบท หรือ มี  
6           ปัญหาทางด้านการเดินทาง และยังมี การบำบัดรักษาโดยใช้เทคโนโลยีโลกเสมือนจริง (Immersive Technology)  
7           เข้ามามีบทบาทมากขึ้น เพื่อให้สามารถรับมือกับภาวะไม่พึงประสงค์ทางจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการจัดทำ  
8           หลักสูตรสอนการฟังเชิงลึก (Deep Listening) โดยผ่านการรับรองจากกรมสุขภาพจิตในลักษณะ Software-as-a-  
9           Service (SaaS Platform) ซึ่งจะนำเสนอกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเพิ่มทักษะ  
10           รวมถึงพลังยืนหยุ่นด้านสุขภาพจิต และมีแพลตฟอร์มในการเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ระดับอาการซึมเศร้าของผู้ใช้งาน  
11           จากจิตแพทย์ นำไปสู่การดูแลที่ถูกต้องและเข้าถึงได้ง่ายขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการปรับใช้เทคโนโลยีเข้า  
12           ไปในชีวิตประจำวัน เช่น คนไทยมีการสวมใส่หน้ากากอัจฉริยะถึงร้อยละ ๑๙.๑ เพื่อใช้ในการตรวจเช็คสุขภาพ  
13           ทางด้านร่างกายของตัวเองและด้านอื่น ๆ การนำหุ่นยนต์มาช่วยงานทางด้านบริการมากขึ้น จนทำให้ตลาด  
14           หุ่นยนต์เพื่อการบริการมีแนวโน้มเติบโตอย่างต่อเนื่อง และมีมูลค่าถึง ๖๘ ล้านเหรียญสหรัฐ โดยคาดว่าในปี พ.ศ.  
15           ๒๕๖๖-๒๕๗๖ จะมีอัตราการเติบโตอยู่ถึงร้อยละ ๗.๖๖

16

#### 17   ๔.ความสำคัญของประเด็น

18           จากสถานการณ์ความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตที่กล่าวมา ข้อเสนอเชิงนโยบาย “ระบบสุขภาพจิตเพื่อ  
19           สังคมไทยไร้ความรุนแรง” จะเน้นพัฒนาระบบสุขภาพจิตในฐานะเป็นระบบที่สำคัญระบบหนึ่งเพื่อเสริมสร้าง  
20           สุขภาพจิตของคน เสริมหนุนความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพจิตของประเทศ ลดความไม่เป็น  
21           ธรรมในระบบสุขภาพ และแก้ไขปัญหาความรุนแรงในสังคม ระบบสุขภาพจิตนี้ต้องดำเนินการควบคุมและสอด  
22           ประสานไปกับระบบสุขภาพในภาพรวมและนโยบายสุขภาพอื่นๆ ของประเทศอย่างไม่โดดเดี่ยวและแปลกแยก  
23           โดยเน้นความร่วมมือกับจากทุกภาคส่วน อย่างไรก็ตาม ด้วยความซับซ้อนและความใหม่ของประเด็นทางนโยบาย  
24           ในเรื่องระบบสุขภาพจิต คณะทำงานจึงได้คัดเลือกประเด็นที่เป็น “จุดคานงัด” ที่เป็นประเด็นสำคัญเร่งด่วน  
25           (priority) ตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตมาใช้ในการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะที่นำเสนอตามกรอบ  
26           ทิศทางนโยบาย (Policy Statement) เพื่อพิจารณาเป็นมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๖ นี้

27

#### 28   ๕.ข้อเสนอเพื่อให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณา

1           ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๖ / ร่างมติ ๑ ระบบสุขภาพจิตเพื่อ  
2           สังคมไทยไร้ความรุนแรง

3           **๖.เอกสารอ้างอิง**

4           Alegría, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y., & Alvarez, K. (2018). Social determinants of  
5           mental health: where we are and where we need to go. *Current psychiatry reports, 20*,  
6           1-13.

7           CDC Centers for Disease Control and prevention. (2020). *Common Barriers to Participation*  
8           *Experienced by People with Disabilities*.  
9           <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability-barriers.html>

10          Child Online Safety Index. (๒๕๖๓, ๑๒ กรกฎาคม). ผลสำรวจดัชนีชี้วัดความปลอดภัยบนสื่อออนไลน์สำหรับเด็ก. Droidsans. <https://droidsans.com/stop-cyber-bullying-campaign/>

11          Choorod, S., Kongbenjapunch, K., Kanoknark, P., & Roykulcharoen, S. (2020). Coercive Legal  
12          Measures for Enforcing the Treatment of Psychiatric Patients. Ph.D. *In Social Sciences*  
13          *Journal, 10(1)*, 164–178.

14          De Venter, M., Demyttenaere, K., & Bruffaerts, R. (2013). The relationship between adverse  
15          childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review.  
16          *Tijdschrift voor psychiatrie, 55(4)*, 259-268.

17          Ezard, N., Thiptharakun, S., Nosten, F., Rhodes, T., & McGready, R. (2012). Risky alcohol use  
18          among reproductive-age men, not women, in Mae La refugee camp, Thailand, 2009.  
19          *Conflict and health, 6*, 1-9.

20          Falb, K. L., McCormick, M. C., Hemenway, D., Anfinson, K., & Silverman, J. G. (2013). Suicide  
21          ideation and victimization among refugee women along the Thai–Burma border. *Journal*  
22          *of traumatic stress, 26(5)*, 631-635.

23          Falb, K. L., McCormick, M. C., Hemenway, D., Anfinson, K., & Silverman, J. G. (2013). Violence  
24          against refugee women along the Thai–Burma border. *International Journal of*  
25          *Gynecology & Obstetrics, 120(3)*, 279-283.

- 1 Fellmeth, G., Plugge, E. H., Nosten, S., Oo, M. M., Fazel, M., Charunwatthana, P., Nosten, F.,  
2 Fitzpatrick, R., & McGready, R. (2018). Living with severe perinatal depression: a  
3 qualitative study of the experiences of labor migrant and refugee women on the Thai-  
4 Myanmar border. *BMC psychiatry*, 18, 1-13.
- 5 Galtung, J. (1990). Cultural violence. *Journal of peace research*, 27(3), 291-305.
- 6 Government Equalities Office. (2020). Sexual Harassment Survey. Retrieved from  
7 [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1002873/2021-07-12_Sexual_Harassment_Report_FINAL.pdf)  
8 [\\_data/file/1002873/2021-07-12\\_Sexual\\_Harassment\\_Report\\_FINAL.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1002873/2021-07-12_Sexual_Harassment_Report_FINAL.pdf)
- 9 Health Aging Retirement Thailand. (n.d.). *โครงการสำรวจด้านสุขภาพ การสูงอายุ และการเกษียณใน*  
10 *ประเทศไทย (Health, Aging, and Retirement in Thailand: HART)*. <https://hart.nida.ac.th/>
- 11 HealthServ. (๒๕๖๕, ๑ กันยายน). *ทุกวัยมีปัญญา อารมณ์ดี มีความสุข ทรงค่าในสังคม: หลักการแผนพัฒนา*  
12 *สุขภาพจิต ระยะที่ ๒*. <https://healthserv.net/220990>
- 13 Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. & Dunne, M.  
14 P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic  
15 review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366.
- 16 Klindokkaew, K., & Euajarusphan, A. (2022). Cultural Violence: Reflections on the oppression of  
17 Social Learning. *Suthiparithat*, 36(1), 1-24.
- 18 Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and  
19 health. *The Lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- 20 Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. (1980). Sex Differences in Aggression: A Rejoinder and Reprise.  
21 *Child Development*, 51(4), 964-980.
- 22 Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of*  
23 *Occupational Behaviour*, 2(2), 99-113.
- 24 Meyer, S., Murray, L. K., Puffer, E. S., Larsen, J., & Bolton, P. (2013). The nature and impact of  
25 chronic stressors on refugee children in Ban Mai Nai Soi camp, Thailand. *Global public*  
26 *health*, 8(9), 1027-1047.

- 1 Milbarger, S., Israel, N., LeRoy, B., & Martin, A. (2003) Violence Against Women with Physical  
2 Disabilities. *Violence and Victims, 18*(5), 581-591.
- 3 Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L. (2016). Nurse  
4 Burnout, Nurse-Reported Quality of Care, and Patient Outcomes in Thai Hospitals. *Journal*  
5 *of Nursing Scholarship, 48*(1), 83-90.
- 6 Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L. (2016). Nurse  
7 burnout, nurse-reported quality of care, and patient outcomes in Thai hospitals. *Journal*  
8 *of Nursing Scholarship, 48*(1), 83-90.
- 9 Nimmawitt, N., Wannarit, K., & Pariwatcharakul, P. (2020). Thai psychiatrists and burnout: A  
10 national survey. *PLoS One, 15*(4), e0230204.
- 11 Nimmawitt, N., Wannarit, K., & Pariwatcharakul, P. (2020). Thai psychiatrists and burnout: A  
12 national survey. *PLoS One, 15*(4), e0230204.
- 13 Pengpid, S., & Peltzer, K. (2023). Prevalence and associated factors of incident and persistent  
14 loneliness among middle-aged and older adults in Thailand. *BMC psychology, 11*(1), 1-10.
- 15 Ratanasiripong, P., Ratanasiripong, N. T., Nungdanjark, W., Thongthammarat, Y., & Toyama, S. (2021).  
16 Mental health and burnout among teachers in Thailand. *Journal of Health Research, 36*(3),  
17 404-416.
- 18 Ratanasiripong, P., Ratanasiripong, N.T., Nungdanjark, W., Thongthammarat, Y., & Toyama, S.  
19 (2021). Mental health and burnout among teachers in Thailand. *Journal of Health*  
20 *Research, 36*(3), 404-416.
- 21 Roussel-Hemery, M. (2022, August 10). *Boosting mental health in Thailand's refugee camps.*  
22 *UNHCR.* [https://www.unhcr.org/th/en/39227-boosting-mental-health-in-thailands-refugee-](https://www.unhcr.org/th/en/39227-boosting-mental-health-in-thailands-refugee-camps.html)  
23 [camps.html](https://www.unhcr.org/th/en/39227-boosting-mental-health-in-thailands-refugee-camps.html)
- 24 Suphanchaimat, R., Sinam, P., Phaiyarom, M., Pudpong, N., Julchoo, S., Kunpeuk, W., &  
25 Thammawijaya, P. (2020). A cross sectional study of unmet need for health services  
26 amongst urban refugees and asylum seekers in Thailand in comparison with Thai  
27 population, 2019. *International Journal for Equity in Health, 19*, 1-12.



- 1 Thephtien, B. O., & Htike, M. (2020). Associations between adverse childhood experiences and  
2 adverse health outcomes among adolescents in Bangkok, Thailand. *Cogent Psychology*,  
3 7(1), 1832403.
- 4 Walters, R. H., & Parke, R. D. (1964). Social motivation, dependency, and susceptibility to social  
5 influence. In *Advances in experimental social psychology* (pp. 231-276). Academic Press.
- 6 Woranetipo, S., & Chavanovanich, J. (2021). Three-way Interactions of Workload, Social Support  
7 and Coping Strategy on Job Burnout. *The Journal of Behavioral Science*, 16(1), 58–72.
- 8 Yang, J., Wang, S., & Dewina, R. (2020). *Taking the pulse of poverty and inequality in Thailand*.  
9 World Bank Group. [https://policycommons.net/artifacts/1271732/taking-the-pulse-of-](https://policycommons.net/artifacts/1271732/taking-the-pulse-of-poverty-and-inequality-in-thailand/1855222/)  
10 [poverty-and-inequality-in-thailand/1855222/](https://policycommons.net/artifacts/1271732/taking-the-pulse-of-poverty-and-inequality-in-thailand/1855222/)
- 11 เลิฟแคร์สเตชัน. (๒๕๖๓, ๖ ตุลาคม). เยาวชน LGBTQ กับความเสี่ยงในเรื่องสุขภาพจิต. เยาวชน LGBTQ กับ  
12 ความเสี่ยงในเรื่องสุขภาพจิต - เลิฟแคร์สเตชันดอทคอม (lovecaresation.com)
- 13 เลิศวัลลภ ศรีษะพลภูสิทธิ และ ธมนพัชร ศรีษะพลภูสิทธิ (๒๕๖๑). การปรับตัวเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย  
14 ไทย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์*, ๒๐(๑), ๒๕๓-๒๖๕.  
15 <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jhssrru/article/view/133380>
- 16 แผนงานสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน. (๒๕๖๑, ๘ มกราคม). *เปิด*  
17 *รายงานการวิจัยด้านกม. พบคนไร้บ้านในไทยส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน เพียงแค่ไร้บัตร*  
18 *ประชาชน*. Penguin Homeless. [https://penguinhomeless.com/research-law-thaihealth-](https://penguinhomeless.com/research-law-thaihealth-fundamental-right-homeless/)  
19 [fundamental-right-homeless/](https://penguinhomeless.com/research-law-thaihealth-fundamental-right-homeless/)
- 20 ไพลีสฐ พานิชย์กุล, ทศพล ทรรศนกุลพันธ์, เขมชาติ ตนบุญ, สรชา สันตติรัตน์, ชัชวิน วรปัญญาภา, บงกช ดารา  
21 รัตน์, ปารณ บุญช่วย, วรณนา เต็มทอง และ วัลลาธิ บุญเรือง. (๒๕๕๙). *โครงการศึกษาและวิเคราะห์*  
22 *สภาพปัญหาและสนับสนุนองค์ความรู้ทางกฎหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไร้บ้าน*. กรุงเทพฯ:  
23 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- 24 กรมสุขภาพจิต, สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ, สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, และศูนย์วิจัยอนาคต  
25 ศึกษา. (๒๕๖๖). *อนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. ๒๕๗๖*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต, สำนักงาน  
26 นวัตกรรมแห่งชาติ, สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, และศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา.

- 1 กรมสุขภาพจิต. (๒๕๖๖, ๑๔ มีนาคม). รายงานข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย. ระบบบัญชีข้อมูลภาครัฐ.  
2 <https://gdcatalog.go.th/dataset/gdpublish-dashboard-mentalhealth>
- 3 กษิดิ์เดช คำพูน. (๒๕๖๖, ๗ มิถุนายน). บ้านไม่ใช่เซฟโซนสำหรับทุกคน : เข้าใจปัญหาพื้นที่ปลอดภัยผ่านแบบ  
4 *สำรวจเยาวชน ๒๕๖๕*. คัด for คัดส์ ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว. บ้านไม่ใช่เซฟโซนสำหรับทุก  
5 คน: วิเคราะห์ผ่านแบบสำรวจคัด for คัดส์(kidforkids.org)
- 6 กองบรรณาธิการ TCIJ. (๒๕๖๕, ๘ มีนาคม). เปิดสถิติหญิงไทยถูกละเมิดทางเพศ-กระทำรุนแรงมากกว่า 7 คน/  
7 วัน. TCIJ. <https://www.tcijthai.com/news/2022/3/current/12248>
- 8 กองบรรณาธิการ Urban Creature. (๒๕๖๖, ๒ พฤษภาคม). 'ใน 1 วันมีหญิงไทยถูกทำร้ายหรือละเมิดทางเพศ  
9 มากกว่า 7 คน' สถิติความรุนแรงต่อผู้หญิง. Urban Creature.  
10 <https://urbancreature.co/violence-thai-women/>
- 11 กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๕). รายงานประจำปี พ.ศ.  
12 ๒๕๖๕
- 13 คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (๒๕๕๙, ๒ พฤษภาคม). *Psychological well-being สุขภาวะทางจิต*.  
14 <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/psychological-well-being>
- 15 *คุกคามทางเพศถูกชุกไว้ได้พร้อม*. ประชาไท. <https://prachatai.com/journal/2020/06/87981>
- 16 ชนกนันท์. (๒๕๖๕, ๖ ตุลาคม). *รวมคดีกราดยิงในประเทศไทย*. TheThaiger  
17 TH. <https://thethaiger.com/th/news/678894/>
- 18 ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. (๒๕๕๗). *ทำทนายทางเลือก : ความรุนแรงและการไม่ใช้ความรุนแรง*.  
19 <https://www.car.chula.ac.th/display7.php?bib=b1983573>
- 20 ณัฐธิดา ตันวานิชกุล. (๒๕๖๖). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของพนักงานบริษัทในสถานการณ์โควิด ๑๙  
21 [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต].  
22 [https://archive.cm.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/4882/1/TP%20HOM.003%202566.](https://archive.cm.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/4882/1/TP%20HOM.003%202566.pdf)  
23 [pdf](https://archive.cm.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/4882/1/TP%20HOM.003%202566.pdf)
- 24 ทิพย์อัปสร ศิวาธร, อลิสา ศิวาธร และ มุณินิสังเสริมความเสมอภาคทางสังคม. (๒๕๖๔). *รายงานสถานการณ์*  
25 *ปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิงพิการ ปี 2564*. กรุงเทพฯ: สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่ม  
26 เฉพาะ (สำนัก 9).

- 1 รัษฎพร มัทวานุกูล. (๒๕๖๖, ๑๑ เมษายน). สถานการณ์คนพิการ 31 มีนาคม 2566 (รายไตรมาส). กรมส่งเสริม  
2 และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. [https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-  
4 base/disabled-person-situation](https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-<br/>3 base/disabled-person-situation)
- 4 นัชชา ตันติวิทยาพิทักษ์. (๒๕๖๓, ๖ พฤษภาคม). #4: ความเจ็บอันขมขื่นในที่ทำงาน เมื่อปัญหา  
5 ปกป้อง ศรีสนธิ. (๒๕๖๒, ๑๙ กรกฎาคม). การแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาเรื่องเพศ : ความหมายใหม่และโทษ  
6 ใหม่ของการข่มขืนกระทำชำเรา. the101.world. <https://www.the101.world/rape-in-thai-law>
- 7 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑. (๒๕๕๑, ๒๐ กุมภาพันธ์). ๑๒๕ ตอนที่ ๓๖ ก ลงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์.  
8 ราชกิจจานุเบกษา. ๑๒๕ ตอนที่ ๓๖. และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒. (๒๕๖๒, ๑๖  
9 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๑๓๖ ตอนที่ ๕.
- 10 พิgulแก้ว ศรีนาม, สดพร จุลชู, มธุรา ไพอารมณ, วาทีนี คุณเผือก, นาริรัตน์ ผุดผ่อง, และ ระพีพงศ์ สุพรรณ  
11 ไชยมาตย์. (๒๕๖๔). การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพและข้อตกลงหรือกฎหมายของผู้ลี้  
12 ภัยและผู้ขอลี้ภัยในเขตเมืองในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ๑๕(๔), ๕๑๑-๕๒๔.
- 13 พิชาย รัตนดิถ ฌ ภูเก็ต, เบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท และฉันททร โครตสิงห์. (2565). โครงการประเมินแผนพัฒนา  
14 สุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) ระยะที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕) และการประเมิน  
15 แผนปฏิบัติการราชการระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕) ของกรมสุขภาพจิต ในวาระแรก ระยะ ๓ ปี (พ.ศ.  
16 ๒๕๖๓-๒๕๖๕). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- 17 มธุรา ไพอารมณ และคณะ. (๒๕๖๕). คู่มือการศึกษาระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงาน  
18 พัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- 19 วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (บก.). (๒๕๖๒). การสาธารณสุขไทย 2559-2560. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน  
20 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- 21 ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (๒๕๖๕). ปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย ปี  
22 ๒๕๖๕.
- 23 สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส. (๒๕๖๔, ๑๐ กันยายน). พิษโควิดแนวโน้ม "ฆ่าตัวตาย"แตะ 10 คนต่อแสนประชากร.  
24 <https://www.thaipbs.or.th/news/content/307796>
- 25 สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (ม.ป.ป.). สแกนจิตใจคนทำงานภาครัฐ เมื่อจิตใจที่เป็นของ  
26 ส่วนตัว อาจส่งผลต่อหน้าที่ส่วนรวม? <https://wellbeing.spp.cmu.ac.th/>

- 1 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (๒๕๖๖). รายงานสุขภาพของคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๖.  
2 นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ  
3 สร้างเสริมสุขภาพ.
- 4 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (ม.ป.ป). เด็กและเยาวชน: กลุ่มเปราะบางทางสุขภาพจิตในวิกฤตโควิด-19.  
5 นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 6 สยามรัฐออนไลน์. (๒๕๖๖, ๒๗ เมษายน). "กรมสุขภาพจิต" ห่วงใยเหยื่อความรุนแรงจากคนรัก อย่างนึ่งเฉย ควร  
7 แสวงหาความช่วยเหลือ. <https://siamrath.co.th/n/442247>
- 8 สรัช สินธุประมา. (๒๕๖๖, ๑๐ กุมภาพันธ์). ดูแลหัวใจไม่ให้ใครร่วงหล่น: เปลี่ยนระบบบริการสุขภาพจิตให้เข้าถึง  
9 ง่ายและทันทั่วทั้งที่. 101PUB Public Policy Think Tank. [https://101pub.org/improve-access-to-  
10 mental-health-care/](https://101pub.org/improve-access-to-mental-health-care/)
- 11 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (๒๕๖๐). ๘ เรื่องที่คุณอาจไม่รู้เกี่ยวกับคนไร้บ้าน. แผนงาน  
12 สนับสนุนองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนไร้บ้าน. กรุงเทพฯ: สำนักงาน  
13 กองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ
- 14 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (๒๕๖๔, ๑๙ กรกฎาคม). เปิดจุดเปลี่ยนการยอมรับ LGBTQ..  
15 [เปิดจุดเปลี่ยนการยอมรับ LGBTQ \(thaihealth.or.th\)](http://thaihealth.or.th)
- 16 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (๒๕๖๖, ๒๓ พฤษภาคม). แผนภูมิแสดงข้อมูลสถิติการสำรวจ  
17 ข้อมูลเจนนับคนไร้บ้าน พฤษภาคม 2023. HomelessONC2023.  
18 [https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/0f311300-ec43-4e98-94d8-  
19 04afe56358a8/page/toRTD](https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/0f311300-ec43-4e98-94d8-04afe56358a8/page/toRTD)
- 20 สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (๒๕๖๓, ๔ เมษายน). มุมมองสิทธิ ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๔.ฐานข้อมูล  
21 ศูนย์สารสนเทศสิทธิมนุษยชน. <http://library.nhrc.or.th/ULIB/dublin.php?ID=12102>
- 22 สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (๒๕๖๖, ๒๐ เมษายน). สถิติการรับแจ้งและจับกุมกลุ่มคดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญ.  
23 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.  
24 [https://newweb.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics\\_and\\_indicators?impt\\_branch=310](https://newweb.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?impt_branch=310)
- 25 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (๒๕๖๖). การสูญเสียปีสุขภาวะ รายงานภาระโรคและการ  
26 บาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๖๒. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

- 1 สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป) สารสำคัญของพระราชบัญญัติ  
2 สุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑
- 3 สิริศิษฐ์ ชูรอด, กิจบตี ก้องเบญจกุล, พศวิวัฒน์ กนกนาถ, และสุเมธ รอยกุลเจริญ. (๒๕๖๓). มาตรการทางกฎหมาย  
4 ในการบังคับบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช. *วารสารดุสิตบัณฑิตทางสังคมศาสตร์*, ๑๐(๑), ๑๖๔-๑๗๘.
- 5 สุขรินทร์ พีรยานันท์ และ โพโรจน์ ภัทรนรากุล (๒๕๕๙). การศึกษานโยบายและมาตรการเชิงกลยุทธ์ในการดูแล  
6 สวัสดิการ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุไทย. *Journal of Multidisciplinary in Social Sciences*, 12(3),  
7 19-37.
- 8 สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บก.). (๒๕๕๔). การสาธารณสุขไทย 2551-2553. นนทบุรี: สำนักนโยบายและ  
9 ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- 10 ห้องปฏิบัติการนโยบาย. (๒๕๖๕, ๒๒ พฤศจิกายน). ๗ ข้อเสนอแนะนโยบายสุขภาพจิตเยาวชน. Thailand Policy  
11 Lab. <https://thailandpolicylab.com/youth-mental-health-policy/>
- 12 หัตยา ขอสันติวิวัฒน์. (2565). ลักษณะครอบครัวและความรุนแรงในการอบรมเลี้ยงดูบุตร ของบิดาและมารดาใน  
13 ประเทศไทย. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 14(1), 160-174.
- 14 องค์การอนามัยโลก. (๒๕๖๐). *ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต (Social determinants of mental health)*  
15 (ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธูณา กิตติรัตนไพบูลย์, ผู้แปลและเรียบเรียง). เชียงใหม่ : แผนงานพัฒนา  
16 นวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต.
- 17 อนรรฆ พิทักษ์ธานิน, มณฑกานต์ ฉิมมาลี, รณภูมิ สามัคคีคารมย์, ธนานนท์ บัวทอง, ญานิกา อักษรนำ และ  
18 มธุรมาศ ทาวรมย์. (๒๕๕๙). *รายงานวิจัยการสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขต*  
19 *กรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- 20 อรทัย วลีวงศ์. (๒๕๖๔, ๑๒ กุมภาพันธ์). *Good Health and Well-being: เมื่อนิยามของสุขภาพดีไม่ได้หยุดอยู่*  
21 *แค่ร่างกายแข็งแรง*. SDG MOVE updates moving towards sustainable future.  
22 <https://www.sdgmovement.com/2021/01/25/sdg-updates-good-health-and-well-being/>
- 23 อำพร เนื่องจากานาค. (๒๕๖๕). สตรีไทยกับความรุนแรงในชีวิตคู่. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, ๔๙(๒),  
24 ๓๙๐-๔๐๒.
- 25 อิชย์อาณิคม์ ชิตวิเศษ. (๒๕๖๕, ๓๐ มิถุนายน). *ปลดล็อกโครงสร้างอำนาจทางเพศด้วยนโยบายป้องกัน/แก้ไข*  
26 *ปัญหาการคุกคามทางเพศ*. think.moveforwardparty.org.  
27 <https://think.moveforwardparty.org/article/welfare/2724/>