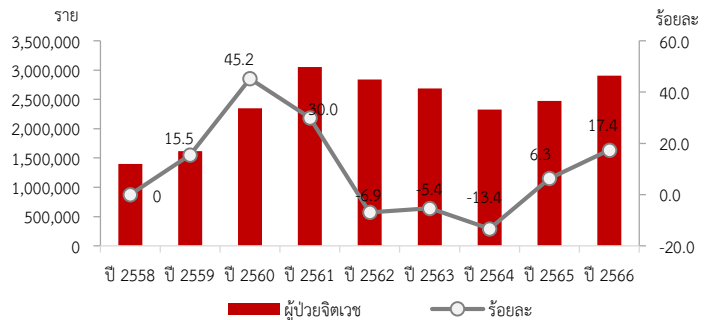


Mental Health ปัญหาสำคัญที่ต้องพิจารณา

ปัญหาสุขภาพจิตที่ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในสังคมไทย เนื่องจากสภาพปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบให้แต่ละกลุ่มวัยต้องเผชิญกับปัญหาทางจิตใจที่แตกต่างกัน ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อตนเองและบุคคลในสังคมรอบข้าง และอาจนำไปสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการยกระดับประสิทธิภาพในการแก้ไขอย่างจริงจังและต่อเนื่องจากทุกภาคส่วน

ในปี 2562 องค์การอนามัยโลกระบุว่า 1 ใน 8 ของคนทั่วโลกมีปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 970 ล้านคนทั่วโลก²² สถานการณ์ดังกล่าวรุนแรงขึ้นเมื่อโลกเผชิญกับวิกฤต COVID-19 ที่ส่งผลให้ประชาชนทั่วโลกเกิดความวิตกกังวลและได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการมากขึ้น จากจำนวน 1.3 ล้านคนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 เป็น 2.8 ล้านคนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 และ 2.9 ล้านคนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 หากพิจารณาเฉพาะตัวเลขดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่าสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยมีความรุนแรงขึ้น แต่อาจไม่ได้เป็นปัญหามากนัก เนื่องจากสัดส่วนผู้ป่วยต่อประชากร คือ 1 ต่อ 24 เท่านั้น แตกต่างจากสัดส่วนระดับโลกค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาสถานการณ์ในรายละเอียดกลับพบประเด็นที่มีความน่ากังวล ดังนี้

แผนภาพ 20 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านจิตเวช ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 - 2566



ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

1. แม้ว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 2.9 ล้านคน แต่ผู้มีปัญหาอาจมากถึง 10 ล้านคน ทำให้สัดส่วนผู้มีปัญหาสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับโลก จากรายงานการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2556 พบว่า ผู้มีปัญหาด้านจิตเวชมีจำนวนทั้งสิ้น 7 ล้านคน ซึ่งสูงกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาค่อนข้างมาก ขณะที่ในปัจจุบัน ปี 2566 อาจพบผู้มีปัญหาจำนวนสูงถึง 10 ล้านคน²³ สะท้อนให้เห็นว่ายังมีผู้ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาจำนวนมาก

2. นอกจากผู้ป่วยจำนวนมากแล้ว ผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตยังมีสัดส่วนสูงเช่นกัน ข้อมูลจากการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check In) ของกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งมีผู้เข้ารับการประเมินกว่า 8.5 แสนคน พบว่า สัดส่วนผู้มีความเครียดสูงอยู่ที่ร้อยละ 4.5 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 5.8 เสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 3.2 ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวแย่ลงในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2567²⁴ ที่มีผู้เข้ารับการประเมิน 7.5 แสนคน และพบผู้มีความเครียดสูงถึงร้อยละ 15.5 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 17.2 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 10.6

²² WHO. 2022. Fact sheets “Mental disorders”.

²³ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

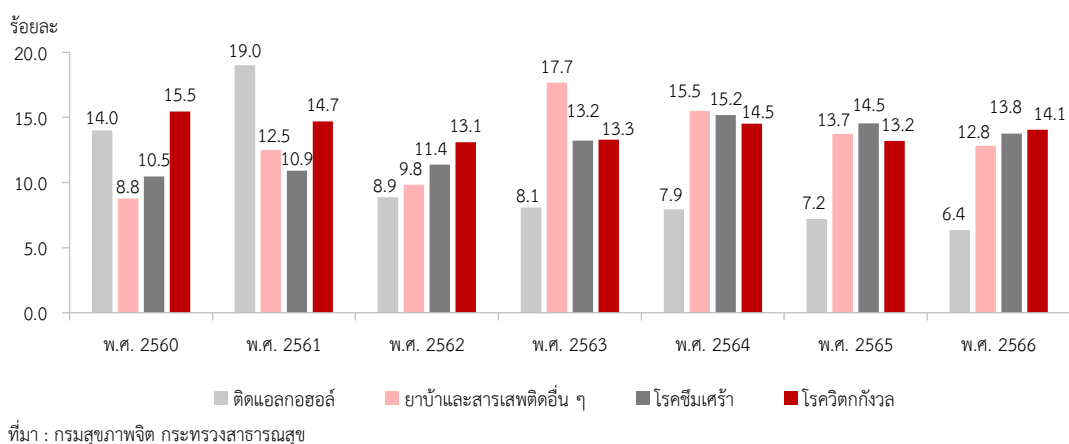
²⁴ ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 22 เมษายน 2567

3. ปัญหาสุขภาพจิตไม่เพียงกระทบต่อตนเอง แต่ยังส่งผลต่อเศรษฐกิจมากกว่าที่คาดคิด ปัญหาสุขภาพจิตนอกจากจะกระทบต่อตนเองแล้ว ยังเกิดความสูญเสียต่อสุขภาพกายด้วย โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า มีการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ในกลุ่มโรคด้านสุขภาพจิต คิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 13.0 ของความสูญเสียที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บทั้งหมด อีกทั้งยังส่งผลต่อเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่ามหาศาล โดยในปี 2565 WHO พบว่า เฉพาะภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของประชากรทั่วโลก ทำให้วันทำงานหายไปประมาณ 12 พันล้านวัน ซึ่งสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่ากว่า 1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ²⁵ เช่นเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า การมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี (Poor Mental Health Days) เพิ่มขึ้น 1 วัน ส่งผลให้รายได้ที่แท้จริงลดลงร้อยละ 1.84 ต่อปี²⁶

4. เกือบ 1 ใน 5 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้ครัวเรือนต้องจัดหาผู้ดูแล ซึ่งเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคลเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2566 พบว่า ร้อยละ 18 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้ครัวเรือนต้องจัดหาผู้ดูแลเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคล นอกจากนี้ หากพิจารณาจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีแนวโน้มใช้ความรุนแรง ซึ่งเป็นกลุ่มสำคัญที่ต้องได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด ยังพบว่า มีเพียงไม่ถึง 1 ใน 4 ที่ได้รับการติดตามดูแลและเฝ้าระวังตามแนวทางที่กำหนด โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)²⁷ ที่ต้องได้รับการติดตามจำนวน 27,737 คน แต่ได้รับการติดตามเพียงแค่ร้อยละ 23.34 ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อตนเองและสังคมได้ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเคยก่ออาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน และวางเพลิง) ถึงร้อยละ 22.83²⁸ ซึ่งหากไม่ได้รับการติดตามที่ถูกต้องต่อเนื่อง อาจนำไปสู่การกระทำความผิดซ้ำ

5. สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีความกดดันส่งผลให้คนไทยเป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลมากขึ้น ในอดีตผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมักเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบสัดส่วนของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลและกลุ่มโรคซึมเศร้ามีสัดส่วนสูงที่สุดเป็น 2 อันดับแรก สูงกว่าสัดส่วนผู้ป่วยติดยาและยาเสพติดอื่น ๆ รวมกัน สะท้อนให้เห็นถึงสภาพความกดดันทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีความรุนแรงขึ้น

แผนภาพ 21 สัดส่วนของผู้เข้ารับบริการด้านจิตเวช จำแนกตามกลุ่มโรค ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 - 2566



²⁵ WHO. 2565. รายงาน Mental health at work.

²⁶ Texas A&M University. 2018. The Effect of Mental Health on US County Economic Growth.

²⁷ หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม ซึ่งความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าว ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้ทุพพลภาพรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน

²⁸ ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

6. การฆ่าตัวตายสูงใกล้เคียงกับช่วงวิกฤตต้มยำกุ้ง จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำนวน 5,172 คน หรือเท่ากับ 7.9 ต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยวันละ 14 คน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก 2 ชั่วโมง ซึ่งใกล้เคียงกับสถิติในช่วงวิกฤตต้มยำกุ้ง²⁹ อีกทั้งยังมีผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 31,110 คน หรือเท่ากับ 47.7 ต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยวันละ 85 คน หรือมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 7 คน ในทุก 2 ชั่วโมง

7. ปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตภายใน จากการศึกษาในหลายประเทศพบว่า สภาวะโลกร้อนและฝุ่นขนาดเล็ก PM 2.5 มีผลกระทบต่อทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะกรณีปัญหาฝุ่น PM 2.5 โดยการศึกษาในสหราชอาณาจักร³⁰ พบว่า มลพิษทางอากาศส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในเยาวชนอายุ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 20.0 ซึ่งกรณีของไทยจะต้องให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าวมากยิ่งขึ้น เนื่องจากปัจจุบันปัญหาฝุ่น PM 2.5 ในบางพื้นที่ของประเทศไทยมีความรุนแรงมากเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก

สถานการณ์ข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาสุขภาพจิตของไทยมีความรุนแรงกว่ายอดจำนวนผู้ป่วยที่เห็นมาก ซึ่งหากพิจารณาตามช่วงวัยซึ่งมีสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน พบสาเหตุของปัญหาในแต่ละช่วงวัยที่น่าสนใจ ดังนี้

วัยเด็กและเยาวชน มีปัญหาสุขภาพจิตที่น่ากังวลหลายเรื่อง โดยเฉพาะความเครียด ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาการกลั่นแกล้ง (Bully) ในโรงเรียน และปัญหาอาชญากรรม อย่างไรก็ดีตาม ปัญหาสำคัญที่ระยะหลังมีแนวโน้มขยายตัวขึ้นมาก คือ ปัญหาความเครียด จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check In) ของกรมสุขภาพจิต ในปี 2566 พบว่า เยาวชนร้อยละ 18.0 มีความเครียดสูง เสี่ยงตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26.0 และเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 12.5 และในส่วนของการประเมิน 3 เดือนแรก แผนภาพ 22 ผลการประเมินสุขภาพจิตตนเองของเยาวชนอายุ 15 - 23 ปี ระหว่างปี 2565 - 2567

ปัญหาสุขภาพจิต	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (ถึง 21 เมษายน)
ภาวะหมดไฟ	24.05	26.07	26.77
เครียดสูง	15.64	18.05	18.33
เสี่ยงซึมเศร้า	21.47	25.96	24.53
เสี่ยงฆ่าตัวตาย	8.84	12.51	10.51

ที่มา : Mental Health Check กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ สาเหตุของความเครียดของเยาวชนจากผลสำรวจเยาวชนของคิด for คิดส์ ในปี 2565 พบว่า การเรียนและความคาดหวังด้านการทำงานในอนาคต และสถานะทางการเงินของครอบครัว เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กไทยเกิดความเครียดสูง โดยกลุ่มอายุ 15 - 18 ปี และ 19 - 22 ปี มีความเครียดด้านการเรียนและความคาดหวังถึงงานในอนาคตมากที่สุดที่ร้อยละ 38.4 และร้อยละ 60.9 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มอายุ 23 - 25 ปี พบว่า ด้านการเงินของครอบครัว เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุดที่ร้อยละ 67.1 รองลงมา คือ การเรียนและการทำงาน ร้อยละ 66.1 ซึ่งแตกต่างกันไม่มากนัก ขณะเดียวกัน การกลั่นแกล้ง (Bully) ยังเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้เด็กและเยาวชนเกิดภาวะซึมเศร้า โดยข้อมูลจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในปี 2566 พบว่า เด็กและเยาวชนไทยเคยถูกกลั่นแกล้งร้อยละ 44.3³¹ และส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในโรงเรียนมากถึงร้อยละ 86.9 ซึ่งเป็นการกระทำที่สร้างความรุนแรงรูปแบบหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อาทิ เกิดความเครียด

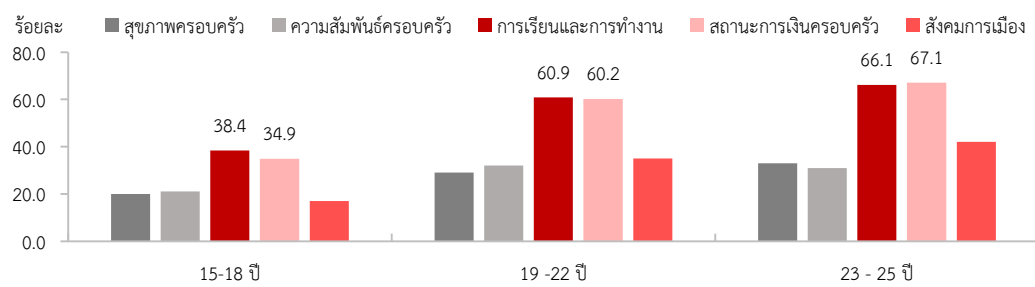
²⁹ ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2540 - 2542 มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดอยู่ที่ 8.59 ต่อประชากรแสนคน

³⁰ Susanna Roberts. 2562. รายงานเรื่อง Exploration of NO2 and PM 2.5 air pollution and mental health problems using high-resolution data in London-based children from a UK longitudinal cohort study.

³¹ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับสำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร และสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 37,271 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 21 กรกฎาคม - 10 สิงหาคม 2566

ความรู้สึกอับอาย และมีความมั่นใจในตนเองต่ำลง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่อาจเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายชีวิตในอนาคต

แผนภาพ 23 สัดส่วนของปัญหาที่เยาวชนรายงานว่าทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด จำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา : ผลการสำรวจเยาวชนของ คิด for คิดส์ ปี 2565

วัยทำงาน ความรับผิดชอบสูง และหลายปัญหารุมเร้า วัยทำงานเป็นวัยที่มีสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตจากหลายปัจจัย ทั้งความเครียดจากการทำงาน ติดสุรา การใช้สารเสพติด และปัญหาจากการดำรงชีพ อาทิ หนี้สิน ครัวเรือน การว่างงาน การขาดรายได้ ซึ่งทำให้วัยแรงงานเผชิญสภาวะกดดันหลายด้าน โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยแรงงานอาจต้องเผชิญปัญหาสุขภาพจิต คือ การทุ่มเทเวลาส่วนใหญ่ในชีวิตไปกับการทำงาน โดยข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปี 2566 พบว่า คนวัยทำงานใช้เวลาถึง 1 ใน 3 ของแต่ละวันไปกับการทำงาน ซึ่งสภาพการทำงานจากการจัดอันดับของบริษัท Kisi ในปี 2565 พบว่า กรุงเทพฯ จัดอยู่ในอันดับที่ 5 จาก 100 เมืองของประเทศทั่วโลก ที่มีผู้คนทำงานหนักเกินไป (Most Overworked Cities) และมีพนักงานประจำกว่าร้อยละ 15.1 ทำงานล่วงเวลามากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การทำงานหนัก ส่งผลให้เกิดปัญหาความเครียด ซึมเศร้า และหมดไฟในการทำงานได้ง่าย จากข้อมูลของวิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า คนกรุงเทพฯ 7 ใน 10 มีอาการหมดไฟในการทำงาน³² ซึ่งในปัจจุบันข้อมูลจากสายด่วน 1323 ของกรมสุขภาพจิต ปี 2566 พบว่า วัยแรงงานขอรับบริการเรื่องความเครียด วิตกกังวล ไม่มีความสุขในการทำงานมากถึง 5,989 สาย จากทั้งหมด 8,009 สาย ซึ่งหากภาวะเหล่านี้ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง จะทำให้ปัญหาสุขภาพร่างกายรุนแรงมากขึ้นตาม³³ รวมทั้งอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคนรอบข้างอีกด้วย

ผู้สูงอายุต้องอยู่กับความเหงาและโดดเดี่ยว สูญเสียคุณค่าในตนเอง ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากความเหงาและโดดเดี่ยวจากการอยู่คนเดียว โดยในปี 2566 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 84.9 มีความสุขในระดับที่ดี แต่ความสุขของผู้สูงอายุจะลดน้อยลงตามวัย ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดกิจกรรมและบทบาททางสังคม ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี 2565 มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใด ๆ เลย ถึงร้อยละ 49.0 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ขณะที่จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก โดยมีสัดส่วนร้อยละ 28.1 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ทั้งนี้ นอกจากการขาดกิจกรรมและการอยู่คนเดียวแล้ว ยังมีผู้สูงอายุจำนวนอีก 8 แสนคน หรือคิดเป็นสัดส่วน 10.2 ต่อประชากรแสนคน ที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับภาวะความจำเสื่อม ซึ่งในจำนวนนี้กว่าร้อยละ 90.0 มีปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่นร่วมด้วย ทั้งนี้ แม้ผู้สูงอายุจะมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเพียง 14.4 ต่อประชากรแสนคน แต่กลับพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าช่วงวัยอื่นอยู่ที่ 9.5 ต่อประชากรแสนคน

จากสถานการณ์ข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาสุขภาพจิตเป็นประเด็นท้าทายสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข ปัญหาอย่างจริงจัง ภายใต้ข้อจำกัดโดยเฉพาะการขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งจากข้อมูลล่าสุด

³² มหาวิทยาลัยมหิดล. 2562. ผลการศึกษาเรื่อง BURNOUT IN THE CITY, กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,280 คน อายุระหว่าง 22 – 73 ปี ที่ทำงานในกรุงเทพมหานคร.

³³ Dovepress. 2023. Unveiling the Global Surge: Unraveling the Factors Fueling the Spread of Karoshi Syndrome.

ในปี 2565 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนจิตแพทย์รวมทั้งหมดจำนวน 845 คน คิดเป็นอัตราส่วนจิตแพทย์ 1.3 ต่อประชากรแสนคน และมีนักจิตวิทยา (คลินิก) จำนวน 1,037 คน คิดเป็น 1.6 ต่อประชากรแสนคน และพยาบาลจิตเวชจำนวน 4,064 คน คิดเป็น 6.1 ต่อประชากรแสนคน เท่านั้น โดยจังหวัดที่มีจิตแพทย์สูงสุด คือ กรุงเทพมหานคร (5.0 ต่อประชากรแสนคน) ขณะที่บางจังหวัดไม่มีจิตแพทย์เลย โดยภาพรวมอัตราส่วนจิตแพทย์ของไทยต่ำกว่าค่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่กำหนดอัตราส่วนจำนวนจิตแพทย์ไว้ที่ 1.7 ต่อประชากรแสนคน และต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่น อาทิ เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น และสวิตเซอร์แลนด์ ที่มีสัดส่วน 7.9 12.6 และ 47.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ดังนั้น จำเป็นต้องยกระดับประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหาให้ครอบคลุมรอบด้าน ทั้งในด้านการป้องกัน การรักษา การติดตาม และฟื้นฟูเยียวยา ให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งต้องให้ความสำคัญกับประเด็นดังต่อไปนี้

1. **การป้องกัน** ต้องสร้างความเข้มแข็งให้สถาบันทางสังคม โดยเฉพาะ**สถาบันครอบครัว** ต้องเร่งเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เช่น การพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึก การแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสม การเลี้ยงดูเชิงสร้างสรรค์ ขณะที่**สถาบันการศึกษา** ต้องให้ความสำคัญในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตผ่านการเรียนการสอน รวมถึงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและให้ความช่วยเหลือเยียวยาแก่นักเรียน อาทิ การส่งเสริมให้นักจิตวิทยาคอยให้คำปรึกษาวิธีการรับมือกับปัญหาต่าง ๆ สำหรับ**สถานที่ทำงาน** จำเป็นต้องสร้างสภาพแวดล้อมและระบบการทำงานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต อาทิ การให้สถานประกอบการจัดบริการสุขภาพจิตประจำปีแก่พนักงาน การยืดหยุ่นตารางเวลาการทำงาน และ**สถาบันชุมชน** ต้องส่งเสริมการพัฒนาและจัดบริการสุขภาพจิตในชุมชน อาทิ ส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ การเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย การบูรณาการเครือข่ายในระดับชุมชน

2. **การรักษา** เร่งเพิ่มและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพจิตให้เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยและสอดคล้องกับทุกช่วงวัย และส่งเสริมให้มีคลินิกจิตเวชระดับชุมชนเชิงรุกมากขึ้น รวมทั้งขยายบริการการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อีกทั้งต้องนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการจัดการบริการด้านสุขภาพจิตให้มากขึ้นกว่าเดิม อาทิ การพัฒนาแพลตฟอร์มในการตรวจจับปัญหาสุขภาพจิตแต่แรกเริ่ม การส่งเสริมให้มีการจัดการบริการสุขภาพจิตทางไกล เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการบริการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

3. **การติดตามและฟื้นฟูเยียวยา** ต้องมีการจัดทำฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพจิตที่ครอบคลุม เร่งรัดติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงให้ได้รับการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการมีงานทำของผู้ป่วย รวมทั้งพัฒนาระบบสวัสดิการชุมชนและสังคมในการสร้างเสริมความเข้มแข็งด้านสุขภาพจิต อาทิ วัดหรือองค์กรศาสนาต่าง ๆ ในการส่งเสริมการพัฒนาฟื้นฟูสภาพทางจิตใจ และศูนย์คุณธรรม (องค์การมหาชน) ที่มีการขับเคลื่อนทั้งครอบครัวพลังบวก ชุมชนคุณธรรม ซึ่งสามารถนำไปต่อยอดและช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิต อันเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสู่สังคม สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้นอกจากนี้ ต้องรณรงค์ให้ความรู้แก่ภาคประชาชน เพื่อปรับทัศนคติเชิงลบต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอีกด้วย