

ดูแลหัวใจไม่ให้ใครร่วงหล่น: เปลี่ยนระบบบริการสุขภาพจิต ให้เข้าถึงง่ายและทันต่อทันที

สรวิช สินธุประมา

HIGHLIGHTS

- ไทยกำลังเผชิญวิกฤตสุขภาพจิตครั้งใหม่ จำนวนคนฆ่าตัวตายเพิ่มสูง เด็กเริ่มป่วยซึมเศร้าและเริ่มคิดฆ่าตัวตายตั้งแต่วัย 11 ขวบ ทว่าสถิติผู้ป่วยซึมเศร้าในปัจจุบัน ยังไม่นับรวมเด็กอายุต่ำกว่า 15 เข้าไปด้วย
- จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นยังขาดแคลน และกระจุกในเมืองใหญ่ ใน 17 จังหวัดยังไม่มีประจำอยู่เลย สาเหตุหนึ่งคือการขาดแคลนบุคลากรสนับสนุน โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชซึ่งหลายพื้นที่มีตำแหน่ง แต่ไม่มีคนอยากทำ เพราะภาระงานหนักและซ้ำซ้อนกับงานพยาบาลทั่วไป
- แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ตามยุทธศาสตร์ 20 ปี ยังไม่ตอบโจทย์การแก้วิกฤต ผลิตสายสนับสนุนไม่ได้ตามแผน และตั้งเป้าเพิ่มจิตแพทย์ไว้ต่ำเกินไป
- ระบบบริการสุขภาพจิตต้องปรับเปลี่ยนใหม่ เป็น ‘การดูแลจิตใจตามลำดับขั้น’ เริ่มบำบัดด้วยการพูดคุยตั้งแต่อาการไม่รุนแรง หากไม่ได้ผลจึงส่งต่อให้จิตแพทย์เป็นทางเลือกสุดท้ายของการรักษา ลดภาระแพทย์ และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ทันที



ที่มา: Unsplash

เมื่อพูดถึงโรคซึมเศร้า เรื่องที่มักถูกยกขึ้นมาพูดต่อคือปัญหาขาดแคลนจิตแพทย์และนักจิตวิทยา และการเพิ่มจำนวนบุคลากรเหล่านี้ให้เพียงพอ ที่ควรถามต่อคือ เราต้องมีจิตแพทย์เพิ่มอีกกี่คนจึงจะนับว่าพอ? เราจะรู้ได้อย่างไรว่ามีนักจิตวิทยามากพอแล้ว? ยังมีอีกหลายคำถามที่ควรสงสัยถ้าหากเราปรารถนาจะดูแลสุขภาพใจของคนไทยไม่ให้ร่วงหล่นแตกสลายไปมากกว่านี้

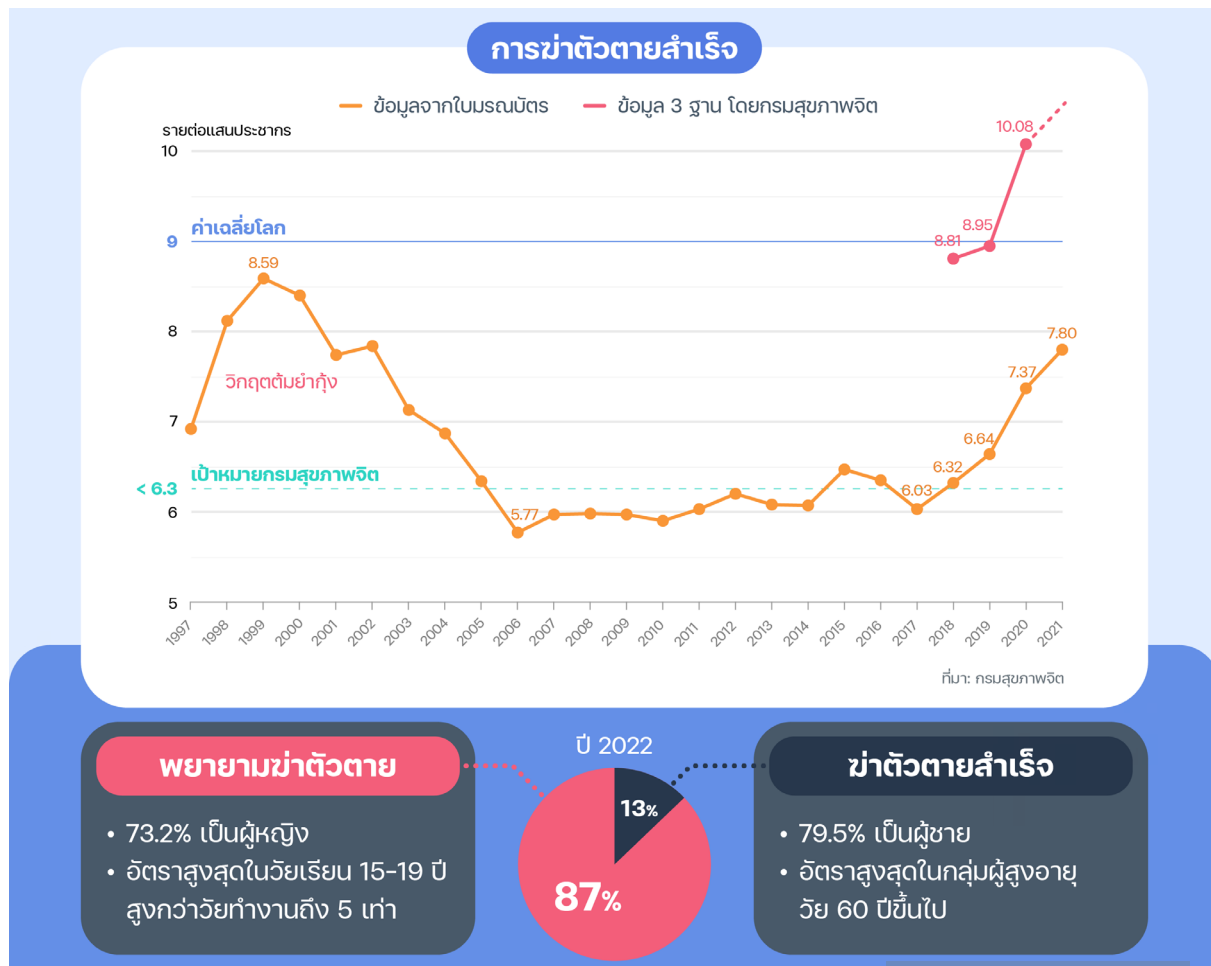
คิด for คิดส์ โดยความร่วมมือระหว่าง 101 PUB กับ สสส. ชวนตั้งคำถามและหาคำตอบทำไมผู้ป่วยซึมเศร้าไทยจึงไม่นับรวมเด็กอายุต่ำกว่า 15? ทำไมถึงมีผู้ป่วยเข้าถึงบริการเกิน 100%? แผนสุขภาพจิตตามยุทธศาสตร์ 20 ปี ตอบโจทย์แล้วหรือยัง? การเพิ่มจิตแพทย์จะช่วยแก้ปัญหาได้จริงหรือไม่? ระบบบริการสุขภาพจิตที่ดีควรเป็นอย่างไร? ในมุมมองของคนทำงานคิดเห็นอย่างไรบ้าง? ตัวเลขสถิติต่างๆ เชื่อถือได้มากน้อยเพียงใด?



คนไทยฆ่าตัวตายมากกว่า ที่เคยรู้กัน

ที่ผ่านมาสถิติการฆ่าตัวตายถูกอ้างอิงจาก
ใบมรณบัตร แต่ผลวิจัยพบว่าตัวเลขที่แท้จริง
สูงกว่านั้นมาก กรมสุขภาพจิตจึงพัฒนาฐานข้อมูล
ที่สอบทานข้อมูลจาก 3 ฐาน ประเมินว่าอัตราการ
ฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2021 จากฐานข้อมูลเดิม 7.37
ต่อแสนประชากร ความจริงแล้วอาจสูงถึง 10.08
ต่อแสนประชากร¹ ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่า
ค่าเฉลี่ยโลกและสูงกว่าเป้าหมายของกรม

อย่างมาก กระทั่งตัวเลขจากใบมรณบัตรเองก็เพิ่ม
สูงสุดในรอบ 18 ปี กล่าวได้ว่าไทยกำลังเผชิญวิกฤต
ด้านสุขภาพจิตครั้งใหม่ที่อาจรุนแรง
และกินเวลายาวนานทำนองเดียวกับในช่วง
วิกฤต ‘ต้มยำกุ้ง’ เมื่อปี 1997 ซึ่งทำให้อัตรา
การฆ่าตัวตายพุ่งสูงเป็นเวลา 7 ปีจึงกลับมา
อยู่ในระดับเดิม



¹ที่มา
ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย

ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองกรณีเสียชีวิต (รง506S) ของกรมสุขภาพจิตระบุว่าปัจจัยในการตัดสินใจฆ่าตัวตายมักเกี่ยวข้องกับปัญหาส่วนตัว เช่น ความสัมพันธ์ อารมณ์เจ็บป่วย และการตีตรา ทว่าในช่วงปี 2019 ถึงต้นปี 2020 ซึ่งอัตราการฆ่าตัวตายเริ่มได้ระดับขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจัยทางเศรษฐกิจค่อยๆ เพิ่มสัดส่วนมากขึ้น กระทั่งกลายเป็นปัจจัยเสี่ยงลำดับ 2² อย่างไรก็ตามการตัดสินใจฆ่าตัวตายมักมีหลายปัจจัยประกอบกัน รวมถึงมีด้านที่ไม่ปรากฏชัดเจน ปัจจัยเสี่ยงอีกประการที่ทำให้วิกฤตครั้งนี้ซับซ้อนยิ่งขึ้นอีกคือโรคซึมเศร้า โดยในช่วงปี 2017-2022 จำนวน

ผู้ป่วยซึมเศร้าในไทยเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า จาก 5 แสน เป็น 1.5 ล้านคน³

ปี 2022 มีคนไทยลงมือฆ่าตัวตายราว 3.5 หมื่นคน ทำสำเร็จ 13% ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีอัตราสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่เมื่อพิจารณาผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดจะพบแนวโน้มที่กลับกันคือส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอัตราสูงสุดในวัยเรียนอายุ 15-19 ปี สูงถึง 224 คนต่อแสนประชากร มากกว่าวัยทำงานถึง 5 เท่า โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือการมีประวัติทำร้ายตนเองมาก่อน และการป่วยด้วยโรคจิตเวช⁴



เด็กและเยาวชนถูกบั่นทอน ด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่า วัยอื่น

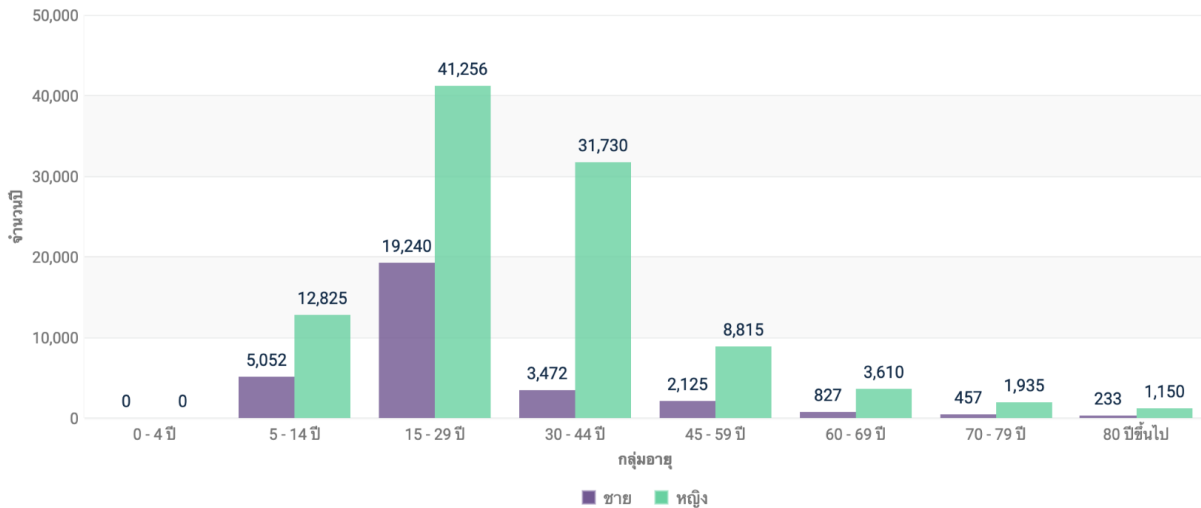
การฆ่าตัวตายเป็นเพียงปลายภูเขาน้ำแข็งของปัญหาจิตเวช สำหรับคนที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จหรือตัดสินใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป การเจ็บป่วยทางใจเป็นภาระหนักอึ้งที่ต้องฝ่าฟันต่อไปในทุกๆ วัน ตัวเลข 'ปีที่มีชีวิตอยู่ด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ' (Years of healthy life lost due to disability) หรือ YLDs⁵ ช่วยฉายให้เห็นว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ต้องสูญเสียชีวิตที่ดีไปกับโรคนั้นเป็นเวลามากน้อยเพียงใด ในประเทศไทยมีการเก็บรวบรวมและคำนวณข้อมูลล่าสุดในปี 2014 ซึ่งปรากฏว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุลำดับต้นๆ ในเพศหญิง⁶ โดยมีสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชาย

ในทุกช่วงวัย มากที่สุดในวัยเรียนและวัยทำงานตอนต้น สูงกว่าเพศชายในวัยเดียวกันกว่า 2 เท่า



แผนภูมิที่ 1

เปรียบเทียบปีที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (YLD) โรคซึมเศร้า จำแนกอายุและเพศ ปี 2557



ที่มา

แผนงานพัฒนาดัชนีภาวะโรค สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข

แม้ YLDs จะมีได้ถูกออกแบบมาเพื่อการคำนวณมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจ⁷ แต่แนวโน้มข้อมูลข้างต้นก็ชี้ให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าเป็นภาระของประชากรในช่วงวัยที่เป็นกำลังแรงงานสำคัญของเศรษฐกิจไทย และความสูญเสียจำนวนไม่น้อยเริ่มต้นตั้งแต่ในวัยเด็กซึ่งหมายถึงศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองที่ถูก

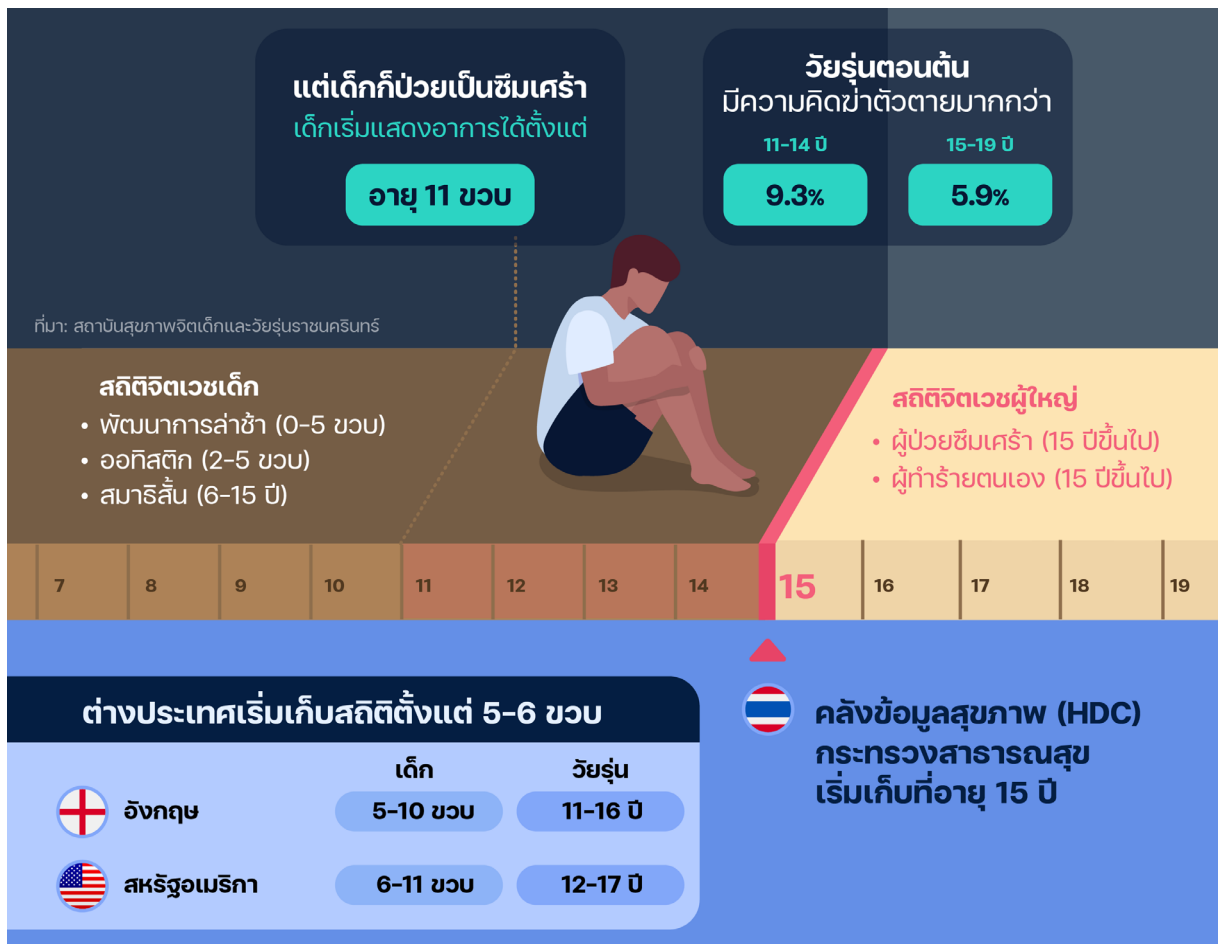
บั่นทอนลงไปตั้งแต่ต้น นโยบายสุขภาพจิตจึงควรมุ่งให้การดูแลประชากรในช่วงวัยนี้ตั้งแต่เนิ่นๆ ในความเป็นจริง เด็กกลับเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการทางจิตเวชได้ยากที่สุดและยังถูกทำให้ตกหล่นไปจากระบบติดตามและประเมินผลการทำงานของระบบสาธารณสุขอีกด้วย



เกณฑ์อายุขั้นต่ำที่บดบัง ปัญหาสุขภาพจิตเด็ก

องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าโรคจิตเวชกว่าครึ่งเริ่มแสดงอาการตั้งแต่อายุ 14 ปี และเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพลำดับ 2 ในเด็กและวัยรุ่นตอนต้นอายุ 5-14 ปีทั่วโลก⁸ แนวโน้มที่น่าตกใจในประเทศไทยคือความคิดฆ่าตัวตายเริ่มต้นตั้งแต่วัยรุ่นตอนต้น 11-14 ปี มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 9.3 ซึ่งสูงกว่าวัยรุ่น

ตอนปลาย อายุ 15-19 ที่เสี่ยงร้อยละ 5.9 และมีความวิจัยชี้ว่าเด็กที่มีความคิดฆ่าตัวตายในช่วงวัยรุ่นตอนต้นมีแนวโน้มจะลงมือจริงในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย⁹ ตัวเลขความพยายามฆ่าตัวตายที่สูงมากในวัย 15-19 จึงอาจไม่ใช่การ ‘คิดสั้น’ อย่างที่มักพูดกัน แต่เป็นความคิดที่ค่อยๆ สั่งสมมาตั้งแต่ในวัยเด็ก



ที่มา
UK Government Digital Service และ CDC

ทว่าปัญหาสุขภาพจิตของไทยนั้นถูกกำหนดประเภทไว้อย่างตายตัวตามนิยาม ‘ช่วงวัย’ ซึ่งไม่ได้สะท้อนสภาพปัญหาตามที่พอจะเห็นหลักฐานข้างต้น สถิติการเข้าถึงบริการจิตเวชในคลังข้อมูลสุขภาพของไทย แบ่งตัวชี้วัดออกเป็นกลุ่ม ‘เด็ก’ และ ‘ผู้ใหญ่’ ขีดเส้นแบ่งที่อายุ 15 ปี โรคจิตเวชที่พบบ่อยในเด็กคือ โรคสมาธิสั้น ภาวะการเรียนรู้บกพร่อง และพัฒนาการล่าช้า ตัวชี้วัดในกลุ่มเด็กจึงถูกกำหนดตามโรคเหล่านี้ ในขณะที่ตัวชี้วัดโรคซึมเศร้าจัดอยู่ในกลุ่มผู้ใหญ่ ตัวเลขผู้ป่วยซึมเศร้าสะสม 1.3 ล้านคน และผู้ทำร้ายตนเอง 21,686 คนที่เข้าถึงบริการในปี 2022¹⁰ จึงไม่รวมเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีเข้าไว้ด้วย

ช่วงวัย 11-14 ปีนับเป็นช่วงวิกฤตที่โรคซึมเศร้าในเด็กจะพัฒนาจนกลายเป็นโรค

จิตเวชผู้ใหญ่ หรือกระทั่งทำให้พวกเขาไม่ได้เติบโตมาเป็นผู้ใหญ่เลย การติดตามตัวเลขผู้ป่วยซึมเศร้าในวัยนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในอังกฤษมีการเก็บสถิติผู้ป่วยซึมเศร้าตั้งแต่อายุ 5 ขวบ¹¹ ส่วนสหรัฐอเมริกาเริ่มต้นที่ 6 ขวบ¹² ปัจจุบันไทยมีเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าในเด็กที่ออกแบบมาให้ใช้ได้กับเด็กตั้งแต่วัย 7 ขวบ และมีแบบคัดกรองขนาดกระชับสำหรับวัย 11-20 ปี ซึ่งถูกใช้ในโรงเรียนและระบบประเมินสุขภาพจิตออนไลน์อย่างกว้างขวาง การนิยามตัวเลขและกำหนดตัวชี้วัดด้านจิตเวชเด็กที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า จึงควรได้รับการปรับปรุงให้ครอบคลุมอย่างน้อยจนถึงวัย 11 ขวบ เพื่อให้ระบบสามารถติดตามยับยั้งภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น



บริการจิตเวชเหลื่อมล้ำและ ยังไม่ครอบคลุมเด็กและ วัยรุ่น

การให้บริการทางสาธารณสุขด้านจิตเวชของไทยได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตในภาพรวม ในปี 2022 ไทยมีจิตแพทย์ 845 คน คิดเป็นสัดส่วน 1.28 คนต่อแสนประชากร อย่างไรก็ตาม สัดส่วนระดับประเทศยังคงแผ่วไว้ด้วยความเหลื่อมล้ำในระดับภูมิภาค แม้จะมีจิตแพทย์ประจำในโรงพยาบาลครบทุกจังหวัดแล้ว แต่สัดส่วนของจิตแพทย์ในหลายจังหวัดยังคงห่างจากเป้าหมายตามแผนค่อนข้างมาก

หากพิจารณาไปถึงจำนวนของจิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการรักษาเด็กและวัยรุ่น จะพบว่าความเหลื่อมล้ำยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นอีก ฐานข้อมูลจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์¹³ แสดงให้เห็นว่าไทยมีจิตแพทย์เด็กเพียง 295 คนทั่วประเทศ แต่ในจำนวนนี้กระจุกตัวอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครถึง 111 คน ซึ่งมากกว่า 1 ใน 3 ของจำนวนทั้งหมด และยังกระจุกตัวในเมืองใหญ่ตามภูมิภาค เช่น เชียงใหม่ สงขลา เป็นหลัก ในขณะที่จังหวัดอื่น

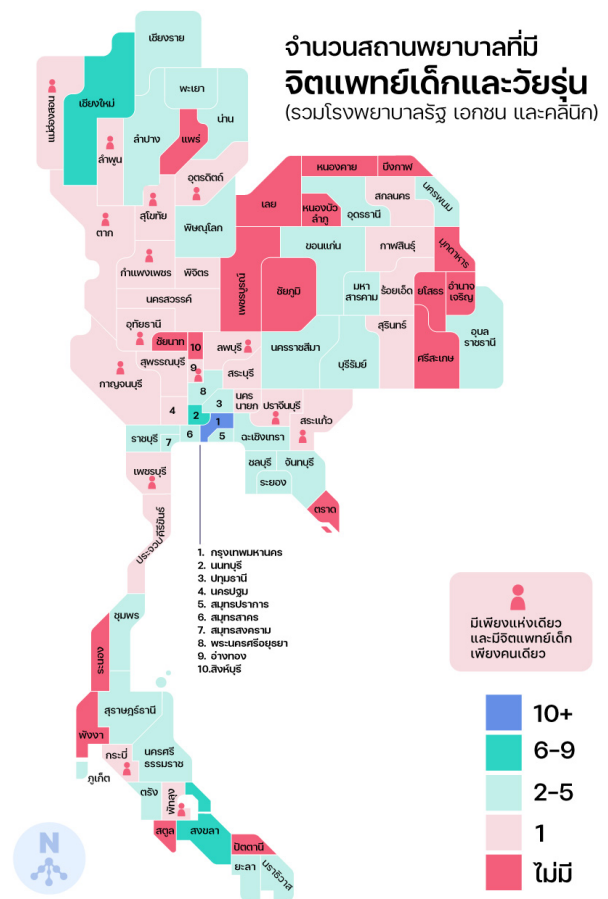
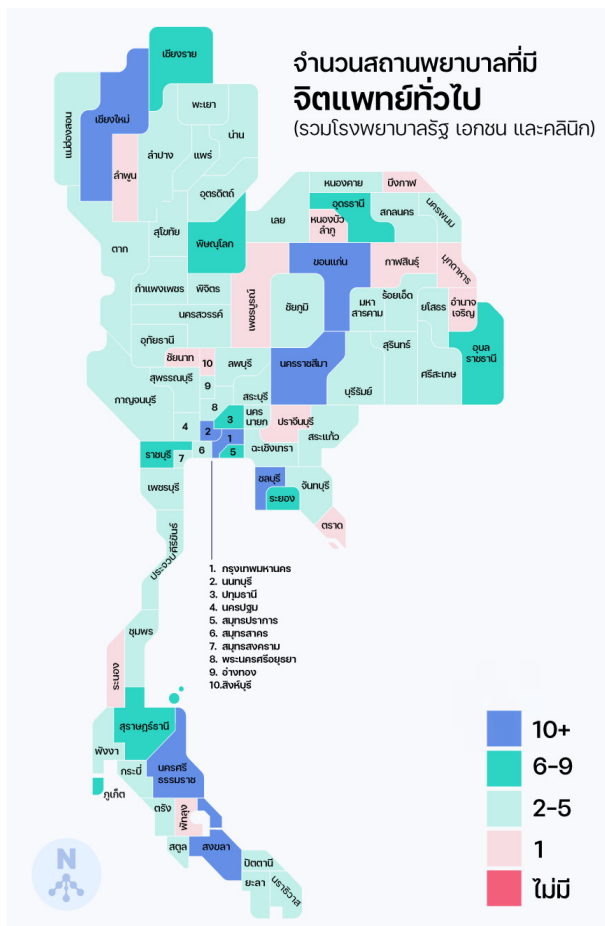
ดูแลหัวใจไม่ให้ใครร่วงหล่น: เปลี่ยนระบบบริการสุขภาพจิตให้เข้าถึงง่ายและกันทั่วถึง



17 จังหวัดยังไม่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นประจำอยู่เลย และใน 15 จังหวัด จิตแพทย์เด็กต้อง รับภาระดูแลเด็กและวัยรุ่นทั้งจังหวัดด้วยตัวคนเดียว

ในด้านสถานพยาบาล ไทยมีโรงพยาบาลของรัฐ เอกชน และคลินิกที่รักษาโรคจิตเวชโดยตรงหรือมีแผนกจิตเวช อย่างน้อย 443 แห่ง แต่ในจำนวนนี้มีเพียง 166 แห่งที่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นประจำอยู่ คิดเป็น 37.4% และยังคงกระจุกตัว

อยู่ในกรุงเทพมหานครถึงราว 1 ใน 4¹⁴ เด็กและวัยรุ่นในจังหวัดเล็กจึงเข้าถึงบริการได้ยาก มีทางเลือกจำกัด ต้องเดินทางไกลและรอคอยยาวนานกว่ามาก ซ้ำเติมไปบนเงื่อนไขที่พวกเขาเป็นกลุ่มเปราะบางที่มักถูกละเลย ถูกมองว่าอาการเจ็บป่วยทางใจเป็นเพียงการ ‘ดื้อ’ หรือ ‘เกเร’ ทั้งยังต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ในการเดินทางไปรับบริการ



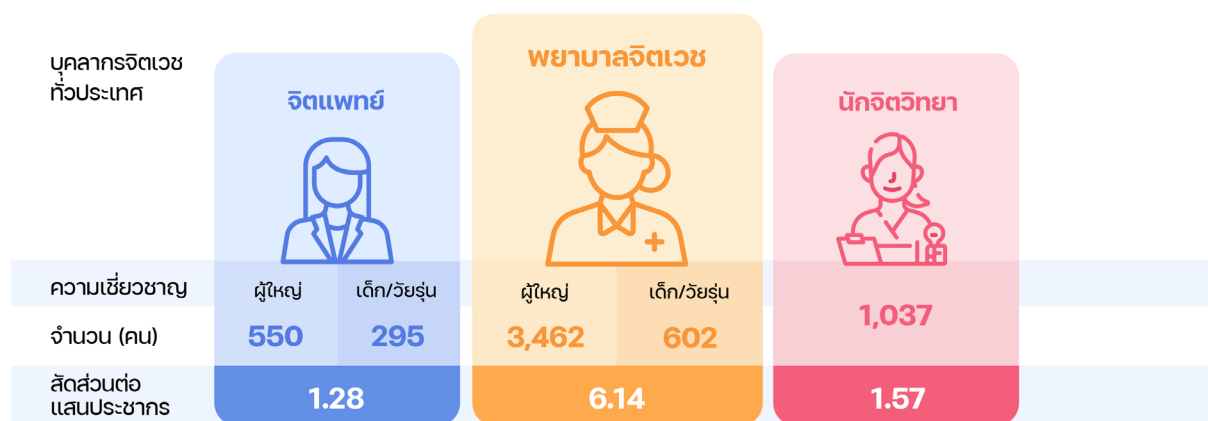
กำลังสนับสนุนไม่เพียงพอ หมอกก็ไปประจำอยู่ไม่ได้นาน

พยาบาลจิตเวชเป็นกำลังสำคัญใน
ด้านหน้าของงานดูแลสุขภาพใจ ทว่ากลับ
ไม่ค่อยถูกพูดถึงมากนัก ปัจจุบันไทยมีพยาบาล
จิตเวช 4,064 คน ในจำนวนนี้เป็นพยาบาลจิตเวช
เด็กและเยาวชน 602 คน¹⁵ แต่ด้วยอัตรากำลัง
ในโรงพยาบาลที่ไม่เพียงพอ พยาบาลจิตเวช
จึงต้องทำงานพยาบาลทั่วไปด้วย ภาระงานที่

ล้นเกินนี้ยิ่งซ้ำเติมปัญหาขาดแคลนบุคลากร
เข้าไปอีกต่อหนึ่ง

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นท่านหนึ่งชี้ว่า “การ
มีทีมสหวิชาชีพที่เพียงพอ เป็นเงื่อนไขสำคัญมาก
ที่จิตแพทย์จะไปประจำอยู่ในจังหวัดที่ขาดแคลน
แล้วอยู่ได้ยาว แต่พยาบาลรุ่นใหม่ไม่ยอมทำงาน

พยาบาลจิตเวชเป็นกำลังหลักของการดูแลสุขภาพจิต...



...แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานจิตเวชเต็มเวลา

ภาระงานล้น พยาบาลรุ่นใหม่ไม่ยอมเป็น

พยาบาลจิตเวชไม่พอ หมอกก็อยู่ต่อไม่ไหว

- หลายพื้นที่มีตำแหน่ง
แต่ไม่มีคนสมัคร
- จิตแพทย์ขาดคนสนับสนุน
ก็ประจำอยู่ไม่ได้นาน



ใช้เวลาดูแล 'ตัวเลข' แทนดูแล 'ผู้ป่วย'

- ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ
ซ้ำซ้อน ต้องกรอกตัวเลข
เดิมซ้ำ 2 รอบ
- ตัวชี้วัดระดับกระทรวง
ไม่ตอบโจทย์พื้นที่

ที่มา

กรมสุขภาพจิต ข้อมูลปี 2022

ดูแลหัวใจไม่ให้ใครรบกวน: เปลี่ยนระบบบริการสุขภาพจิตให้เข้าถึงง่ายและกันท่วงก



จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นท่านหนึ่งชื่อว่า “การมีทีมสหวิชาชีพที่เพียงพอ เป็นเงื่อนไขสำคัญมากที่จิตแพทย์จะไปประจำอยู่ในจังหวัดที่ขาดแคลนแล้วอยู่ได้ยาว แต่พยาบาลรุ่นใหม่ไม่ยอมทำงานจิตเวช ในหลายพื้นที่เดี๋ยวนี้ กลายเป็นว่ามีตำแหน่งแต่ไม่มีคนอยากรับงาน” ท่ามกลางภาระงานท่วมตัว พยาบาลยังต้องเผชิญกับแรงกดดันภายใต้การทำงานตอบ ‘ตัวชี้วัด’ ซึ่งแย่งชิงกำลังและเวลาของพยาบาลจิตเวชไปจากการดูแลสุขภาพจิตที่มีน้อยนิดอยู่แล้ว

สถิติด้านจิตเวชเป็นเพียงส่วนหนึ่งของข้อมูล 43 แฟ้มที่พยาบาลทั่วประเทศต้องกรอกเข้าสู่ระบบในแต่ละวัน นอกจากนี้การเบิกจ่ายเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพยังต้องทำผ่านระบบออนไลน์ซึ่งยังคงมีความซับซ้อนกับคลังข้อมูลสุขภาพ ทำให้ต้องกรอกตัวเลขเดียวกันซ้ำ 2 รอบ “เงินก็ต้องเอา ตัวชี้วัดก็ต้องดี” พยาบาลจิตเวชท่านหนึ่งจากภาคเหนือสะท้อนว่า

“เดิมเราดูแลคนไข้ได้ 60-80% ของเวลางาน ตอนนี้อาจกลายเป็นว่าเราดูแลเขาได้แค่ 50% กรอกข้อมูลพวกนี้ บางทีทำงานเลยเวลาถึง 2 คู่ แต่ก็ไม่ได้เบิก OT นะ เรายังต้องช่วยโรงพยาบาลด้วย โรงพยาบาลเราก็ไม่ได้มีเงินมาก ถือว่าช่วยๆ กันไป”

ทว่าสำหรับพยาบาลรุ่นใหม่ เรื่องนี้เป็นปัญหาที่ยอมรับไม่ได้ เธอว่า “เด็กรุ่นใหม่ก็จะมีวิธีคิดที่แตกต่างไป เค้าจะคิดถึง work life balance ถึงเวลาเลิกงานก็ควรเลิก”

งานพยาบาลจิตเวชเป็นงานท้าทายซึ่งจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนที่ดีจึงจะให้การดูแลที่ดีกับประชาชนได้ เสี่ยงจากบุคลากรในพื้นที่ห่างไกลหลุดตรงกันว่าการสนับสนุนในปัจจุบันยังไม่เพียงพอ ตั้งแต่ในด้านของความมั่นคงในตำแหน่งงาน ระบบช่วยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเคสผู้ป่วย ไปจนถึงปัจจัยพื้นฐานอย่างการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต การติดตามตัวชี้วัดจึงควรต้องพิจารณาด้วยว่า บุคลากรในพื้นที่ต่างๆ ได้รับการสนับสนุนมากพอที่จะมีกำลังปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดได้จริงหรือไม่



ที่มา: Unsplash



แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ยุทธศาสตร์ 20 ปี ที่ยังไม่ตอบโจทย์

การเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่ถูกพูดถึงในสังคมอยู่โดยตลอด และได้ถูกบรรจุไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (2018-2037) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาลงไป ในรายละเอียด จะพบว่า การดำเนินงานตาม

แผนงานนี้ยังมีจุดบอดอยู่จำนวนมาก ยังไม่ตอบโจทย์หลายปัญหาที่ได้กล่าวมาข้างต้น และยังขาดความทะเยอทะยานทั้งในเชิงปริมาณและความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนระบบให้ทันต่อวิกฤตด้านสุขภาพจิตที่กำลังดำเนินอยู่ในขณะนี้

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (2018-2037)

บุคคลากรจิตเวช (สัดส่วนต่อแสนประชากร)	ปัจจุบัน	เป้าหมายตามแผน 20 ปี				ประเทศรายได้ปานกลาง-สูง (2020)*
		2022	2027	2032	2037	
จิตแพทย์	1.3	1.0	1.2	1.4	1.6	1.7
พยาบาลจิตเวช	6.1	7.5	15.0	22.5	30.0	5.1
นักจิตวิทยา	1.6	0.8	1.3	1.8	2.5	1.5
นักสังคมสงเคราะห์	0.2*	1.0	1.4	1.9	2.3	1.1
นักบำบัดอื่นๆ	0.6*	1.0	1.2	1.4	1.6	0.7

*ข้อมูล จาก Mental Health Atlas 2020



สายสนับสนุน
ไม่ได้รับความสำคัญ
ตามแผนที่วางไว้



ตั้งเป้าจิตแพทย์
ไม่สอดคล้องกับศักยภาพ
ในการผลิตได้จริง



ขาดแผนลด
การกระจุกตัวของ
บุคลากรในเมืองใหญ่

ดูแลหัวใจไม่ให้ใครรบกวน: เปลี่ยนระบบบริการสุขภาพจิตให้เข้าถึงง่ายและกันท้วงก็



พิจารณาผลการดำเนินงานในระยะ 5 ปีแรก จะเห็นว่าการผลิตบุคลากรสายสนับสนุน โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวช ยังทำได้ไม่ใกล้เคียงเป้าหมายที่วางไว้ 'โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบด้านการดูแลสุขภาพจิต' ซึ่งได้รับมติเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อเดือนมกราคม 2023 ที่ผ่านมามีผู้ปฏิบัติงานประมาณ 686.07 ล้านบาทเพื่อผลิตบุคลากรจิตเวชเพิ่ม 2,950 คนภายในปี 2027¹⁶ ก็ยังคงเป็นไปตามแนวโน้มเดียวกันนี้ แผนผลิตพยาบาลจิตเวชเพิ่ม 1,600 คนในโครงการดังกล่าวจะทำให้สัดส่วนต่อแสนประชากรในปี 2027 เพิ่มขึ้นเป็น 8.6 ทว่ายังห่างไกลจากเป้าที่ตั้งไว้ถึง 15.0

ในทางตรงข้าม เป้าหมายในการผลิตจิตแพทย์กลับถูกวางไว้ต่ำเกินไป โดยจะเห็นว่าเป้าหมายในระยะ 20 ปี ยังเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าค่ามัธยฐานของประเทศรายได้ปานกลาง-สูง

ในปี 2020¹⁷ เสียอีก นอกจากนี้ยังเป็นเป้าที่ไม่สอดคล้องกับศักยภาพในการผลิตจริง เมื่อตั้งเป้าไว้ต่ำ สัดส่วนจิตแพทย์ในปี 2022 จึงบรรลุเป้าหมายของปี 2027 ไปแล้วเรียบร้อย

ปัญหาในปัจจุบันไม่ได้มีอยู่เพียงแค่มูลุกลาดแคลน แต่ยังเป็นปัญหาการกระจุกตัวของบุคลากรในเมืองใหญ่และการที่บุคลากรไม่สามารถปฏิบัติงานตามความเชี่ยวชาญได้เต็มเวลา ลำพังการเพิ่มจำนวนจึงยังไม่ได้แก้ปัญหาลักษณะตรงจุด ถ้าหากจิตแพทย์ยังไปประจำในพื้นที่ขาดแคลนได้ไม่นานแล้วกลับมากระจุกในกรุงเทพฯ เหมือนเดิมหรือพยาบาลจิตเวชยังต้องรับภาระงานรอบด้านจนไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยจิตเวช การแก้ไขสถานการณ์นี้จำเป็นจะต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่ตอบโจทย์บุคลากรระดับปฏิบัติงานจากฐานรากขึ้นมา

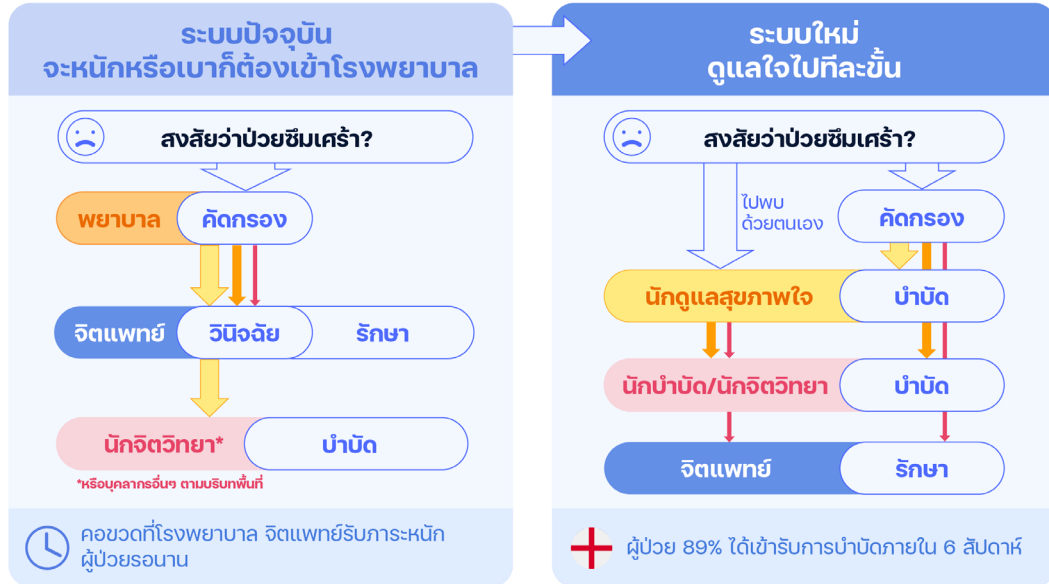


ดูแลสุขภาพใจไปที่ละขั้น ลดปัญหาคอขวดที่ โรงพยาบาล

ระบบบริการสุขภาพจิตในปัจจุบันเป็นคอขวดอยู่ที่แพทย์ในโรงพยาบาล แม้จะมีการคัดกรองและส่งต่อมาเป็นลำดับแต่อำนาจในการวินิจฉัยมักรวมอยู่ที่แพทย์ และการกระจายงานบำบัดออกไปก็ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของบุคลากรสายสนับสนุนในแต่ละพื้นที่ แม้ทิศทางนโยบายในปัจจุบันมีความพยายามที่จะแก้ไขปัญหานี้

โดยมุ่ง 'ยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพจิตให้ประชาชนได้โดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกล' ทว่ายังขาดแผนที่จะสร้างความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม และยังคงวางอยู่บนกรอบของการเพิ่มศักยภาพในระบบเดิมซึ่งยังไม่แก้ไขปัญหามาระงานเป็นคอขวด

บำบัดด้วยการพูดคุยตั้งแต่อาการไม่รุนแรง ให้จิตแพทย์เป็นทางเลือกสุดท้าย



ระดับความเจ็บป่วย ● เล็กน้อย ● ปานกลาง ● รุนแรง/เรื้อรัง

ที่มา: NHS และ NICE

เปลี่ยนตัวชี้วัด 'อัตราเข้าถึงบริการ' เป็น 'เวลารอคอย'

- สะท้อนข้อมูลที่เป็นจริงมากกว่า
- สะท้อนความเพียงพอของกำลังคน
- ดูแลจิตใจอย่างทันต่อทันที

เพิ่มบุคลากรด้านหน้า นักดูแลสุขภาพใจชุมชน

- เข้าถึงง่าย ใกล้บ้าน รอไม่นาน
- ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อาการยังไม่รุนแรง
- บำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT)

ที่มา
NHS และ NICE

การดูแลตามลำดับขั้น (stepped care) เป็นรูปแบบการให้บริการทางจิตเวชที่อังกฤษริเริ่มในโครงการเพิ่มการเข้าถึงการบำบัดทางจิตเวช (Improving Access to Psychological Therapies) หรือ IAPT ซึ่งเริ่มดำเนินงานในปี 2008 มีหลักการว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการอยู่ในระดับเล็กน้อย จึงควรทำให้ได้รับการบำบัดด้วยการพูดคุย (talking therapies) โดยเร็วที่สุด ผู้ที่สงสัยว่าตนเองป่วยซึมเศร้าสามารถไปพบแพทย์ GP ใกล้บ้านเพื่อวินิจฉัยเบื้องต้นและส่งต่อ หรือเลือกเข้าไปพบนักบำบัดได้ด้วยตนเอง หากการบำบัดในขั้นต้น

ไม่ได้ผลจึงส่งต่อให้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางขึ้นไปทีละขั้น โดยให้การพบจิตแพทย์เป็นลำดับสุดท้าย

แม้จะมีหลักการคล้ายคลึงกับแนวนโยบายของไทยในปัจจุบัน แต่เบื้องหลังความสำเร็จของโครงการในอังกฤษวางอยู่บนกลไก 2 ประการที่ต่างออกไป คือ การสร้างตำแหน่งงาน 'นักดูแลสุขภาพใจ' ขึ้นมาใหม่ และการติดตามผลการดำเนินงานด้วย 'เวลารอคอย'

ดูแลใจไม่ให้ใครรบกวน: เปลี่ยนระบบบริการสุขภาพจิตให้เข้าถึงง่ายและกันท่วงที



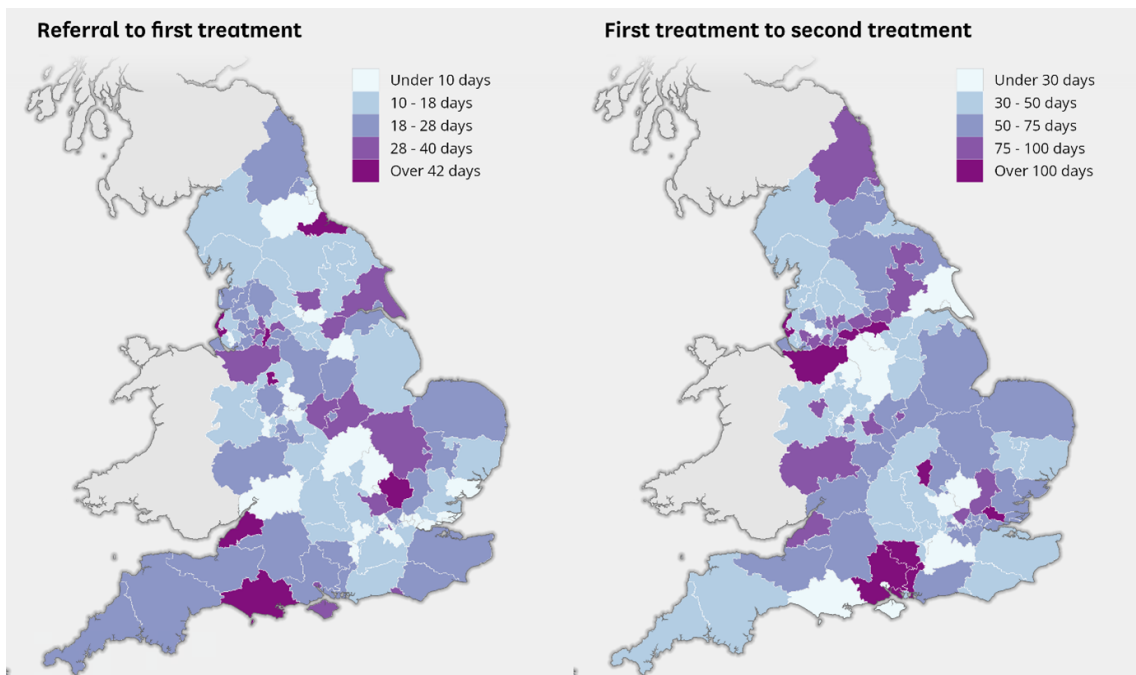
ประการแรก คือการสร้างตำแหน่งนักดูแลสุขภาพใจ (Psychological Wellbeing Practitioner) หรือ PWP's ขึ้นมาเป็นบุคลากรด้านหน้าสุดในการให้การบำบัดด้วยการพูดคุย เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ผู้ที่ต้องการเข้าสู่เส้นทางนักดูแลสุขภาพใจ จะต้องเข้าฝึกงานกับทีมสหวิชาชีพด้านจิตเวช และรับการอบรมซึ่งจะได้รับหน่วยกิตจากสมาคมจิตวิทยาอังกฤษ (BPS) เทียบเท่าวุฒิปริญญาตรี และมีโอกาสเติบโตในสายงานจิตเวช เช่น ฝึกฝนเป็นนักบำบัดขั้นสูง (high intensity therapist) หรือนักจิตวิทยาคลินิกต่อไป การผลิตนักดูแลสุขภาพใจใช้เวลาน้อยกว่าการผลิตบุคลากรแบบอื่นมาก และเป็น การฝึกฝนไปพร้อมกับการปฏิบัติงานจริงซึ่งหมายความว่าหน่วยบริการต่างๆ จะมีกำลังคน

เพิ่มขึ้นตอบรับกับวิกฤตด้านสุขภาพจิตได้อย่างทันท่วงที

ประการที่สองคือการติดตามผลด้วย 'ตัวชี้วัด' ที่สะท้อนความเป็นจริงของการเข้าถึงบริการ ปัจจุบันไทยมีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยซึมเศร้า (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ที่สูงถึงร้อยละ 85.67¹⁸ ในระดับประเทศ แต่หากพิจารณาจากรายจังหวัดจะพบว่ามีถึง 34 จังหวัดที่มีอัตราเข้าถึงบริการเกิน 100% เพราะตัวเลขนี้ได้มาจากการนำอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยหารด้วยประมาณการความชุกของโรคที่ต่ำเกินจริง โดยกรมสุขภาพจิตเองเคยแถลงว่า สัดส่วนผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้าถึงการรักษาอาจอยู่ที่ราวร้อยละ 28 เท่านั้น¹⁹

แผนภูมิที่ 2

การติดตามผลการให้บริการสุขภาพจิตด้วย 'เวลารอคอย'



ที่มา
NHS Digital

โครงการ IAPT ในอังกฤษใช้ ‘เวลารอคอย’ ติดตามว่าผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาบำบัดครั้งแรกภายในเวลาเท่าใด ตัวชี้วัดนี้ไม่เพียงแต่สะท้อนถึงการให้บริการได้อย่างทันท่วงที แต่ยังสะท้อนถึงความพร้อมของการให้บริการในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจมีเงื่อนไขและความต้องการบุคลากรในสัดส่วนที่แตกต่างกันออกไป

รูปแบบที่ใกล้เคียงข้างต้นนี้มีการดำเนินงานในประเทศไทยอยู่บ้างแล้ว เช่นตำแหน่ง ‘พนักงานสุขภาพชุมชน’ (พลช.) ซึ่งเป็นผู้ช่วยแพทย์และพยาบาลที่มีเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ผ่านการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรระยะเวลา 1 ปี ซึ่งอาจต่อยอดให้มีความเชี่ยวชาญทางจิตเวชและขยายผลให้มีในพื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศด้วย



ดูแลสุขภาพใจ ไม่ใช่แค่เรื่องในโรงพยาบาล

กรมสุขภาพจิตตอบสนองต่อปัญหาโรคซึมเศร้าที่ทวีความรุนแรงขึ้นด้วยการเพิ่มการคัดกรองเชิงรุกในหลายพื้นที่ เช่น เพิ่มการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในหมู่บ้าน โดยครูในโรงเรียน²⁰ และแอปพลิเคชันคัดกรอง

ผู้ป่วยออนไลน์²¹ อย่างไรก็ตามระบบสนับสนุนเหล่านี้ยังคงหันทิศทางเข้าหาสถานพยาบาลทั้งหมด ในขณะที่บุคลากรสายสนับสนุนที่จะช่วยแบ่งเบาภาระแพทย์ยังมีไม่เพียงพอ



ดูแลหัวใจไม่ให้ใครร่วงหล่น: เปลี่ยนระบบบริการสุขภาพจิตให้เข้าถึงง่ายและกันท่วงที



การจัดอัตรากำลังบุคลากร คิดจากภาระงานในระบบ

คำนวณจากชั่วโมงทำงานใน
โรงพยาบาลและขนาดของ
โรงพยาบาล



แต่ผู้ป่วยจำนวนมาก อยู่นอกโรงพยาบาล

1 ใน 3 ของผู้ป่วยซึมเศร้า
ใช้เวลามากกว่า 2 ปี
ก่อนตัดสินใจพบแพทย์

ขยายความร่วมมือของทีม 'สหวิชาชีพ' ให้มากกว่างานคัดกรอง ดูแลจิตใจในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องรอให้เป็น 'ผู้ป่วย'

ซิมบับเว (2006)



ฝึก 'คุณยาย' ในชุมชน
เป็นที่ปรึกษาตามบ้านในสวน
86% อาการดีขึ้นใน 6 เดือน
ขณะที่กลุ่มควบคุมดีขึ้นเพียง 50%

ไทย (2019)



ฝึก 'หมอตุ' เป็นผู้ให้คำปรึกษา
ด้านสุขภาพจิต
เข้าถึงง่าย ช่วยค้นพบผู้ป่วย
ตั้งแต่อาการไม่รุนแรง

ไทย (2022)



'สตรีมเมอร์' มีบทบาทให้
การดูแลเยาวชนในชุมชนเกม
ชุมชนออนไลน์เป็นที่พึ่งทางใจ
ของเยาวชนที่ครอบครัวไม่มีเวลา

ที่มา

Rocket Media Club

การคำนวณอัตรากำลังสาธารณสุขของไทย โดยพื้นฐานเป็นการคำนวณจากชั่วโมงการทำงานต่อคน (Full Time Equivalent) หรือ FTE ซึ่งคิดจากข้อมูลภาระงานย้อนหลังที่มีการให้บริการผู้ป่วยในระบบ อย่างไรก็ตาม ผลสำรวจพบว่าผู้ที่มีอาการเข้าข่ายซึมเศร้ามากถึง 1 ใน 3 ใช้เวลามากกว่า 2 ปีก่อนตัดสินใจพบแพทย์²² ผู้ที่มีอาการเหล่านี้ยังไม่ถูกนับเป็น 'ผู้ป่วย' ในระบบ

ซึ่งเมื่อประกอบกับการคาดการณ์ความชุกของโรคที่ต่ำเกินจริง การจัดอัตรากำลังบุคลากรด้านจิตเวชจึงไม่เพียงพอกับความต้องการที่มีอยู่จริงในพื้นที่ และการรอจนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรองมาถึงโรงพยาบาลก็อาจสายเกินไป ดังที่พยาบาลจิตเวชท่านหนึ่งจากภาคเหนือสะท้อนถึงความกังวลที่มีต่อสถานการณ์ในปัจจุบันว่า

“เดี๋ยวนี้คนที่ฆ่าตัวตาย
ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวชด้วย เศษล่าสุดที่เจอ
ปกติก็ไม่ได้มีปัญหาอะไร
ไม่ได้เล่าให้ใครฟัง บุปบาก็ฆ่าตัวตายเลย
การคัดกรองอาจจะไม่ทั่วถึง
ระบบเข้าถึงยากสำหรับประชาชน
ถ้าเรามีช่องทางที่เข้าถึงง่ายมากกว่านี้
ก็อาจจะช่วยเขาไว้ได้ทัน”

นอกจากการเพิ่มจิตแพทย์ให้เพียงพอและ
เพิ่มการคัดกรองให้ทั่วถึง สิ่งที่ต้องพิจารณาคือ
ไปด้วยคือการขยายแนวร่วมสหวิชาชีพให้มีขอบเขต
กว้างขวางออกไปมากกว่าในสถานพยาบาล
ฝึกให้คนทั่วไปมีทักษะในการดูแลจิตใจขั้นพื้นฐาน
เพื่อดูแลคนในชุมชนได้อย่างทันที่ แนวคิดนี้

ถูกริเริ่มขึ้นในประเทศซึ่งขาดแคลนจิตแพทย์
อย่างรุนแรงและการเพิ่มจำนวนจิตแพทย์ไม่ใช่
ทางเลือก²³ ทว่าในปัจจุบันเป็นทิศทางที่ประเทศ
พัฒนาแล้วให้ความสนใจด้วยเช่นกัน โครงการ
‘ม้านั่งมิตรภาพ’ (Friendship Bench) ซึ่งเริ่มต้น
ในซิมบับเว ประเทศที่มีประชากรราว 15 ล้านคน
แต่มีจิตแพทย์ทั้งประเทศเพียง 19 คน ได้ถูกนำไป
ใช้ใน 6 ประเทศ รวมถึงสหรัฐอเมริกา และแคนาดา

ในประเทศไทยมีการศึกษาความเป็นไป
ได้ในการดำเนินโครงการลักษณะนี้เช่นกัน ใน
ปี 2019 มีโครงการวิจัย โดยความร่วมมือระหว่าง
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรมสุขภาพจิต และ
สมาคมโหรแห่งประเทศไทย พัฒนาศักยภาพ
‘หมอดู’ ให้เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต เนื่องจาก
หมอดูเป็นผู้ให้บริการดูแลจิตใจที่คนไทยเลือก
ใช้บริการอยู่แล้ว สามารถเสริมทักษะและเครื่องมือ

Friendship Bench (2006)



โครงการฝึก ‘คุณยาย’ ในชุมชนให้เป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพจิตกับผู้ป่วยซึมเศร้าในชุมชน
โดยใช้การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญญา (Problem Solving Therapy) หรือ PST เป็นเครื่องมือนำทาง
ให้ผู้ป่วยซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางสามารถแก้ไขปัญหาด้านจิตใจที่เผชิญอยู่ได้ด้วยตนเอง ‘คุณยาย’
เหล่านี้จะสวมเครื่องแบบที่สังเกตได้ง่าย นั่งอยู่บนม้านั่งในสวนเพื่อพูดคุยกับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ
งานวิจัยในปี 2016 พบว่าในระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มานั่งคุยกับเหล่าคุณยายยังคงมีอาการ
ซึมเศร้าเพียง 14% ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้ใช้บริการ Friendship Bench ยังคงมีอาการอยู่ 50%²⁴

ดูแลหัวใจไม่ให้ใครรบกวน: เปลี่ยนระบบบริการสุขภาพจิตให้เข้าถึงง่ายและกันท้วงกั



ที่มีหลักฐานวิทยาศาสตร์รองรับเพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย ช่วยคัดกรองผู้ที่มีอาการมากให้เข้าสู่ระบบสาธารณสุขได้ ผลการทดลองพบว่าผู้รับบริการจากหมอดูกลุ่มทดลองรู้สึกได้ถึงความแตกต่างจากที่ได้เคยรับจากการดูดวงแบบปกติ และมีข้อเสนอให้ขยายผลไปสู่หมอดูจำนวนมากขึ้นโดยสร้างความร่วมมือระหว่างสมาคมโหรากรรมสุขภาพจิต²⁵

ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในปี 2020 ยังมีงานวิจัยที่พบว่า ‘สตรีมเมอร์’ (streamer) ในชุมชนเกม ไม่เพียงแต่เป็นผู้มอบความบันเทิงหรือส่งเสริมให้เด็กและเยาวชน ‘ติดเกม’ อย่างที่มักเชื่อกัน แต่ยังมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านการใช้ชีวิตและดูแลจิตใจให้กับเยาวชนที่ขาดที่พึ่งในชีวิตจริง เยาวชนที่รู้สึกหมดหวังกับชีวิต

เลือกที่จะพิมพ์ข้อความเข้าไปหาสตรีมเมอร์ที่กำลังถ่ายทอดสดการเล่นเกมนั้นมากกว่าช่องทางอื่น เพราะเป็นบุคคลที่เขาให้ความเชื่อถือและมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการใช้ชีวิต²⁶

การดูแลจิตใจในระดับชุมชนเป็นแนวคิดที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพจิตในยุคที่ผู้คนโดดเดี่ยวและหาที่พึ่งทางใจได้ยากขึ้น การวางแผนนโยบายสุขภาพจิตไม่ควรมองว่าการดูแลเหล่านี้เป็นเพียงทางเลือกที่อยู่นอกเหนือไปจากระบบบริการสุขภาพ แต่ควรประสานความร่วมมือเสริมศักยภาพผู้ให้การดูแลจิตใจในชีวิตประจำวันให้ช่วยแบ่งเบาภาระของบุคลากรสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ และช่วยเพิ่มช่องทางในการดูแลจิตใจได้อย่างทั่วถึงและทันเวลามากยิ่งขึ้น



ดูแลหัวใจไม่ให้ใครรบกวน ด้วยระบบบริการที่เข้าถึงง่าย และกันท้วงกั

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาท้าทายระดับสากล บุคลากรทั่วโลกยังคงต้องแสวงหาวิธีการและเครื่องมือใหม่ในการรับมือกับโรคทางใจที่เปลี่ยนแปลงไปในบริบทสังคมที่ไม่หยุดนิ่ง ในปัจจุบันแม้ว่าไทยจะปฏิบัติตามคำแนะนำเชิงนโยบายขององค์การอนามัยโลกได้ในแทบทุกหัวข้อ²⁷ แต่หลักฐานที่นำเสนอมาข้างต้นชี้ให้เห็นว่าความพยายามดังกล่าวยังไม่เพียงพอ และยังไม่ปรับใช้ได้ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ระบบบริการสุขภาพจิตยังสมควร

ได้รับการทบทวนและปรับเปลี่ยนใน 3 ประเด็นหลักดังต่อไปนี้

ดูแลจิตใจตั้งแต่ยังไม่วิกฤต

- ทบทวนตัวชี้วัดโรคซึมเศร้าให้ครอบคลุมเด็กและวัยรุ่นตอนต้นอย่างน้อยตั้งแต่วัย 11 ปี ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มแสดงอาการและอาจพัฒนาไปเป็นจิตเวชผู้ใหญ่และการฆ่าตัวตาย

- ขยายขอบเขตการดูแลสุขภาพจิตไปสู่ชุมชน เสริมศักยภาพผู้ให้การดูแลสุขภาพจิตในชีวิตประจำวันให้สามารถช่วยแบ่งเบาภาระบุคลากรสาธารณสุขในการให้การบำบัดขั้นต้น ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้ายังไม่รุนแรง

ระบบดูแลอย่างเป็นลำดับขั้นให้ผู้ป่วย ได้รับการบำบัดด้วยการพูดคุยแต่เนิ่น ลดภาระของจิตแพทย์

เพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างเป็นระบบ

- ทบทวนเป้าหมายการผลิตจิตแพทย์ให้สอดคล้องกับศักยภาพในการผลิต และตั้งเป้าหมายสัดส่วนบุคลากรจิตเวชอย่างน้อยถึงในระดับเขตสุขภาพ เพื่อการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมในทุกภูมิภาค
- พิจารณาสร้างตำแหน่ง 'นักดูแลสุขภาพจิตชุมชน' เพื่อให้การดูแลในระดับพื้นฐาน ออกแบบ

ให้การดูแลอย่างทั่วถึง

- ทบทวนตัวชี้วัด 'อัตราการเข้าถึงบริการ' ซึ่งยังไม่สะท้อนความเป็นจริง เปลี่ยนเป็น 'เวลารอคอย' เพื่อติดตามการเข้าถึงบริการอย่างทันเวลาและติดตามสภาพความพร้อมของบุคลากรในแต่ละพื้นที่ไปพร้อมกัน
- พัฒนาระบบสนับสนุนบุคลากรจิตเวชที่มีอยู่แล้วให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มเวลา พยายามจิตเวชต้องได้ทำงานตามความชำนาญ เปิดบริการคลินิกสุขภาพใจได้ทุกวันในทุกพื้นที่



ดูแลหัวใจไม่ให้ใครรบกวน: เปลี่ยนระบบบริการสุขภาพจิตให้เข้าถึงง่ายและกันท่วงที



ศูนย์ความรู้นโยบาย
เด็กและครอบครัว

ท้ายสุดนี้ ข้อเสนอข้างต้นรวมถึงการพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพจิตในอนาคต ควรต้องคำนึง
ถึงการพัฒนางจรสะท้อนกลับ (feedback loop)
และระบบรับฟังเสียงจากบุคลากรระดับปฏิบัติงาน
ที่มีประสิทธิภาพด้วย เพื่อที่นโยบายจะนำไปสู่
การเปลี่ยนแปลงได้จริง ดังที่จิตแพทย์ท่านหนึ่ง
ให้ความเห็นว่าปัญหาใหญ่ที่สุดของนโยบาย
สุขภาพจิตของไทยคือช่องว่างระหว่างนโยบาย
ส่วนกลางกับการปฏิบัติจริงในพื้นที่

“อะไรที่อยู่ในกระดาษก็มักจะดูดี
แต่ในทางปฏิบัติไม่ค่อยเป็นแบบนั้น
หลายที่ไม่ว่าแผนจะมายังไงก็ปรับให้
เข้ากับงานของตัวเองได้หมด
เปลี่ยนชื่อโครงการแต่ทำงานเหมือนเดิม
ถ้าจัดการช่องว่างนี้ไม่ได้ จะมีมาก
กับนโยบายก็ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง”



ผู้วิจัยหลัก

สรวิช สินธุประมา

ติดต่อ

taoverymuch@gmail.com

contact.101pub@gmail.com

นักวิจัยนโยบายสาธารณะ 101 PUB อยากทำให้
ตัวเลขเชิงนโยบายมีความหมายกับชีวิตของผู้คน

เชิงอรรถ

1. Thai PBS. “พิษโควิดแนวโน้ม ‘ฆ่าตัวตาย’ และ 10 คนต่อแสนประชากร.” Thai PBS, 2564. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/307796>.
2. กรมสุขภาพจิต. “แนวทางยกระดับมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2563-2564”. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต, 2563. <https://dmh-elibrary.org/items/show/276>.
3. ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
4. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย. “ปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย ปี 2565”. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565.
5. เวลาที่ป่วยเป็นโรคนั้น x น้ำหนักของความบกพร่อง = YLDs ตัวอย่างเช่น โรคซึมเศร้ามีค่าน้ำหนักประมาณ 0.4 หากคนคนหนึ่งป่วยซึมเศร้าและใช้เวลารักษาทั้งหมด 3 ปี จะคำนวณได้ว่า เธอสูญเสียปีสุขภาพไป $0.4 \times 3 = 1.2$ ปี
6. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. “การสูญเสียปีสุขภาวะ : รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557”, 2557.
7. ในอดีตมีการถ่วงน้ำหนักเพิ่มสำหรับวัยทำงาน แต่องค์การอนามัยโลกได้ยกเลิกวิธีคำนวณดังกล่าวไปในปี 2010 เพื่อให้ไม่เป็นการลดทอนคุณค่าสุขภาพของคนช่วงวัยอื่น
8. Unicef, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, และ สถาบันเบอร์เน็ต. “การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบและบริการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคม”. กรุงเทพฯ: Unicef, 2565.
9. วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติชาติสกุล, และ โชษิตา ภาวสุทธิไพจิตร. “ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ : ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย”. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 28, ฉบับที่ 2 (13 พฤษภาคม 2020): 136–49.
10. ข้อมูลเดือน ธันวาคม 2565 จากศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้าไทย กรมสุขภาพจิต และคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
11. Government Digital Service. ‘5. Children and Young People’. GOV.UK, 2019. <https://www.gov.uk/government/publications/better-mental-health-jsna-toolkit/5-children-and-young-people>.
12. CDC. ‘Children’s Mental Health: Understanding an Ongoing Public Health | CDC’. Centers for Disease Control and Prevention, 18 May 2022.
13. <https://camri.go.th/DatabasePsychiatrist/>

14. คิต for คิตส์ รวบรวมข้อมูลสถานบริการด้านจิตเวชจากฐานข้อมูลของกรมสุขภาพจิต สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย
15. ข้อมูลปี 2022 จากกรมสุขภาพจิต
16. ฐานเศรษฐกิจ. “กรม.อนุมัติ 686 ล้านผลิตแพทย์-บุคลากรจิตเวชเพิ่ม 2,950 คน”. thansettakij, 24 มกราคม 2023. <https://www.thansettakij.com/health/wellbeing/554069>.
17. World Health Organization. Mental Health Atlas 2020. World Health Organization, 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>.
18. ข้อมูลปี 2022 จากคลังข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข
19. กรมสุขภาพจิต. “เปิดสถิติ โรคซึมเศร้ากับสังคมไทย ภัยเงียบทางอารมณ์ของคนยุคใหม่”, 2565. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459>.
20. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. “แอปพลิเคชัน ‘HERO’”, 2563. <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2290>.
21. ชชาติสยาม หม่อมแก้ว. “DMIND แอปพลิเคชันคัดกรองซึมเศร้า”. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2565. <https://www.chula.ac.th/highlight/75794/>.
22. Rocket Media Lab. “‘ราคา’ ที่ต้องจ่ายและสิ่งที่อยากได้ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า”. Rocket Media Lab (blog), 10 ตุลาคม 2022. <https://rocketmedialab.co/depression/>.
23. Samuel, Sigal. ‘Poor Countries Are Developing a New Paradigm of Mental Health Care. America Is Taking Note.’ Vox, 14 November 2022. <https://www.vox.com/the-highlight/23402638/mental-health-psychiatrist-shortage-community-care-africa>.
24. Chibanda, Dixon, Helen A. Weiss, Ruth Verhey, Victoria Simms, Ronald Munjoma, Simbarashe Rusakaniko, Alfred Chingono, et al. ‘Effect of a Primary Care–Based Psychological Intervention on Symptoms of Common Mental Disorders in Zimbabwe: A Randomized Clinical Trial’. JAMA 316, no. 24 (27 December 2016): 2618–26. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.19102>.
25. นันทวรรณ วิจิตรวาทการ, ปิยะสุดา แห่งสภา, สุกัญญา ปลั่งสุชน, สุกานดา ปลั่งสุชน, ที่ปรึกษา สิริกุล จุลศิริ, ที่ปรึกษา โสพรรณ อินทสิทธิ์, และ ผู้ช่วยนักวิจัย พสนัน ปลั่งสุชน. “โครงการการพัฒนาศักยภาพหมอคู่ให้เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต: รายงานฉบับสมบูรณ์”, 2562. http://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:179796.

26. พรรณราย โอสธากิรัตน์, วรพจน์ วงศ์กิจรุ่งเรือง และทิพย์นภา หวนสุริยา. 2565. “การมีส่วนร่วมของพลเมืองในยุคดิจิทัล: การเคลื่อนไหวทางการเมืองของเยาวชนไทย ใน พ.ศ. 2563” (ร่างรายงานฉบับสมบูรณ์). แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมายด้านสังคม แผนงาน คนไทย 4.0.


27. World Health Organization. “*Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Thailand*,” 2022. <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-tha-2020-country-profile>.





ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์)


ศูนย์วิจัยและสื่อสารความรู้เพื่อตอบโจทย์อนาคต มุ่งวิเคราะห์ ออกแบบ เผยแพร่ความรู้ และขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านเด็ก เยาวชน ครอบครัว และการเรียนรู้ เพื่อเป็นฐานสนับสนุนทางวิชาการให้กับสำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว สสส. และภาคีเครือข่าย

 www.kidforkids.org

 คิด for คิดส์

 @101_PUB

 @101_pub

 contact.101pub@gmail.com