

การสังเคราะห์ ชุดนโยบายสุขภาพจิต ของประชากรชาวไทย ภายใต้บริบท หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บวรศม สิริระพันธ์
ภาณุวิชญ์ แก้วกำจรชัย
วินิทร่า แก้วพิลา



วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

Research Objectives

- 1) เพื่อศึกษาแนวโน้มของสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทย
- 2) เพื่อระบุโอกาสในการพัฒนาสุขภาพจิตของประชากรไทยภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย โดยศึกษาเปรียบเทียบกับแนวทางการพัฒนาสุขภาพจิตจากบทเรียนของนานาชาติ
- 3) เพื่อสังเคราะห์ชุดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอย่างครอบคลุมรอบด้านเพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนา “สุขภาพจิตถ้วนหน้า” ในบริบทประเทศไทย โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการคิดเชิงระบบ

ระเบียบวิธีศึกษาวิจัย

Research Methods

การวิจัยแบบผสมผสาน

(mixed-methods research: MMR)

- การทบทวนวรรณกรรม
- การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
- การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
- การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ด้วยกระบวนการคิดเชิงระบบ

Outline

1) “บกขมึนในเหมือองถ่านหึน” (Problems/Events & Patterns)

- สถานการณ์สุขภาพจิตในประเทศไทยและนโยบายในปัจจุบัน
- สัญญาณเตือนภัยที่สังคมไทยอาจยังไม่รู้เท่าทัน

2) “ทะเลที่ถมไม่เต็ม” (Systems Structure)

- ข้อจำกัดการพัฒนานโยบายภายใต้ระบบราชการไทย
- การทำงานแบบแยกส่วนในกระบวนการพัฒนาระบบ
- ประเด็นที่ยังขาดหายไป

3) “สองคนยลตามช่อง” (Mental Models)

- การเปลี่ยนผ่านกระบวนการทัศน์เพื่อการออกแบบนโยบายที่มีประสิทธิภาพ
- การขยายขอบเขตของการพัฒนานโยบาย

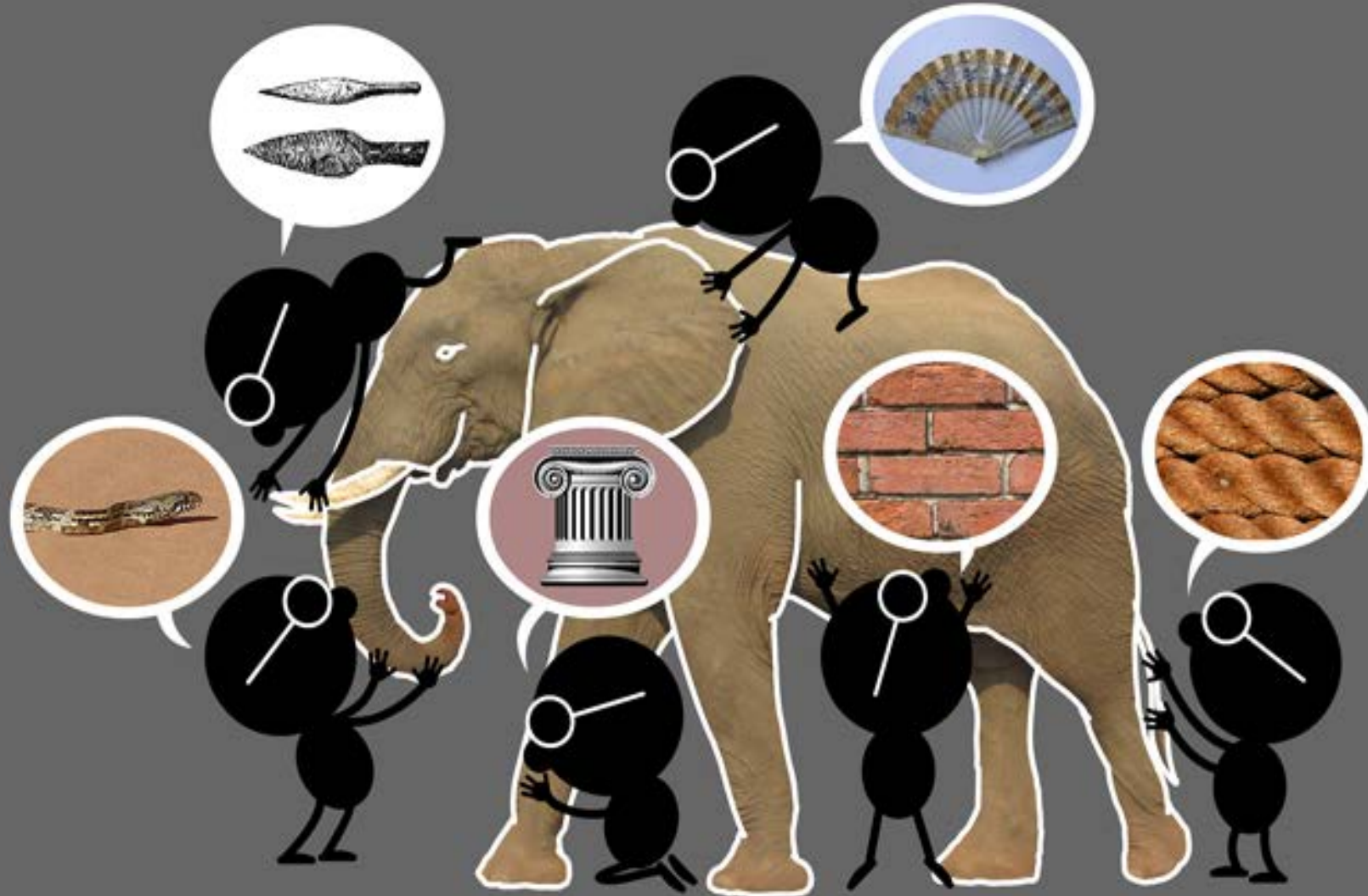
4) “คิดครบ คิดลึก คิดยาว” (Systems Thinking)

- จุดคานดีดคานงัดของการออกแบบนโยบายในอนาคต
- ข้อเสนอเชิงนโยบาย

Systems Thinking
การคิดเชิงระบบ



Compartmentalized Thinking
การคิดแยกส่วน



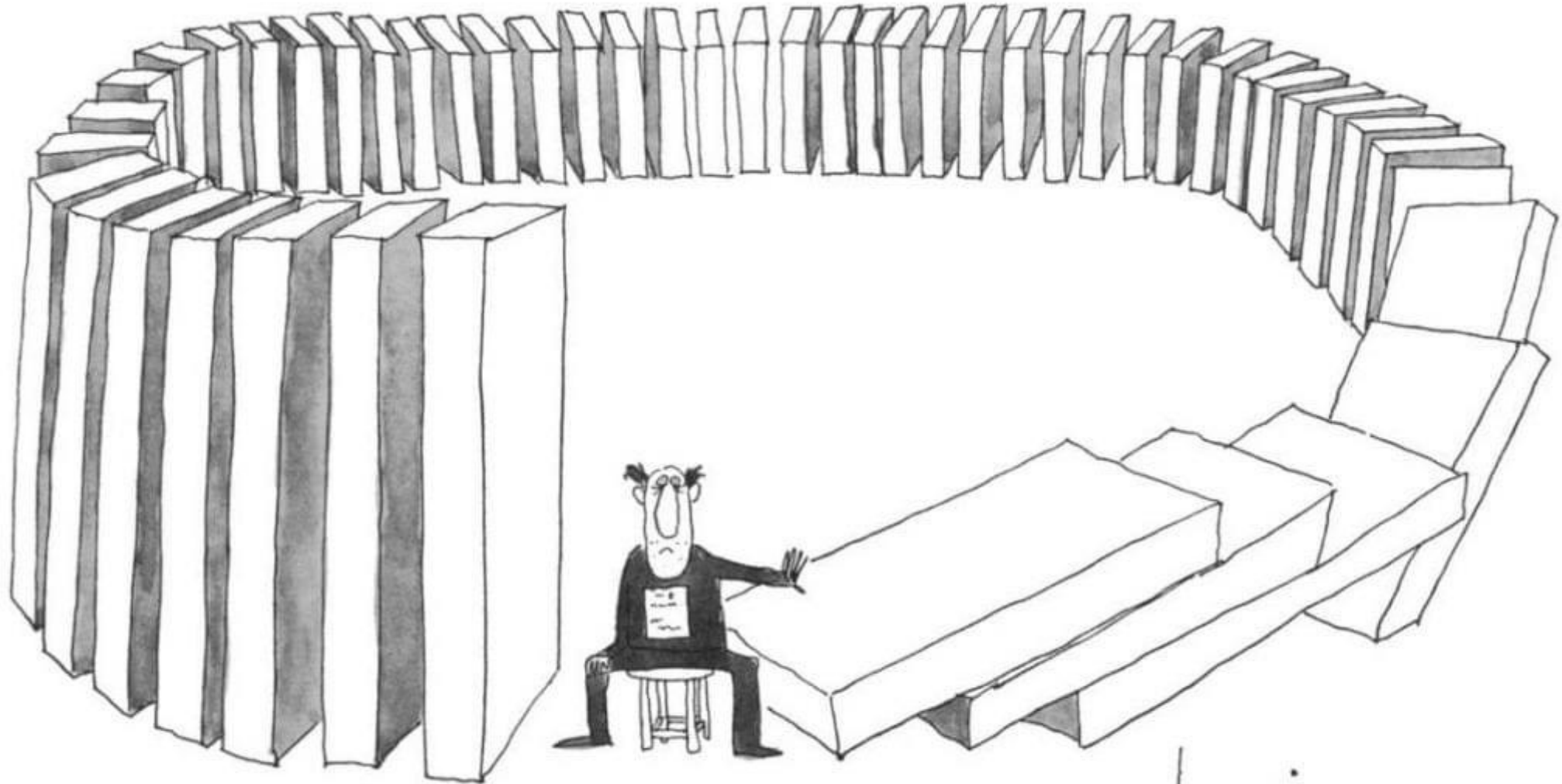
**“Can’t See the Forest For the Trees!”
เห็นต้นไม้แต่มองไม่เห็นป่า!**



Pix source:
[https://travel.mthai.com/
world-travel/182478.html](https://travel.mthai.com/world-travel/182478.html)

Delay & The Domino Effect!

คิดถึงผลข้างเคียงในระยะยาวของการแก้ไขปัญหา



Kevin

High-Leverage Points within the Systems

การค้นหาคานดีดคานจัดของระบบ

THE ICEBERG MODEL OF COMPLEX PROBLEM SOLVING

Use this tool to help you think more systemically!



EVENTS
What is happening?

สิ่งที่มองเห็น

PATTERNS OF BEHAVIOR
What trends are there over time?

SYSTEMS STRUCTURE
How are the parts related?
What influences the patterns?

MENTAL MODELS
What values, assumptions, + beliefs shape the system?

สิ่งที่มักมองไม่เห็น
**คานดีดคานจัด
ของระบบ**

Increasing Leverage

ปฏิกิริยาตอบโต้
(To React)

เหตุการณ์/ปรากฏการณ์

**พฤติกรรมที่สังเกตได้/วัดได้*

คาดการณ์
(To Predict)

แบบแผนพฤติกรรม

**พฤติกรรมในช่วงเวลา (BOT)*

ออกแบบระบบ
(To Design)

โครงสร้างของระบบ

**วงจรรसाเหตุ (CLD)*

เปลี่ยนพลิกโฉม
(To Transform)

รูปแบบความคิด

**ค่านิยม, ความเชื่อ/เข้าใจ*



Problems & pattern
“นกขมิ้นในเหมืองถ่านหิน”

| ปัญหาสุขภาพจิตและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าความสำเร็จที่ตามมาด้วยความท้าทาย

- ปี 2542 ไทยริเริ่มดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC)
- ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme: UCS) เสริมจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสังคม ทำให้ประชากร 98% ได้รับการคุ้มครองด้านการเงินจากการรักษายาบาล
- ยังคงมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการคุณภาพสูง เช่น ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจฐานะและทรัพยากรในระบบภาครัฐ

หลักประกัน “สุขภาพจิตถ้วนหน้า”

- บริการสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC)
- ยังคงมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ ภายใต้ทั้ง 3 ระบบสวัสดิการ

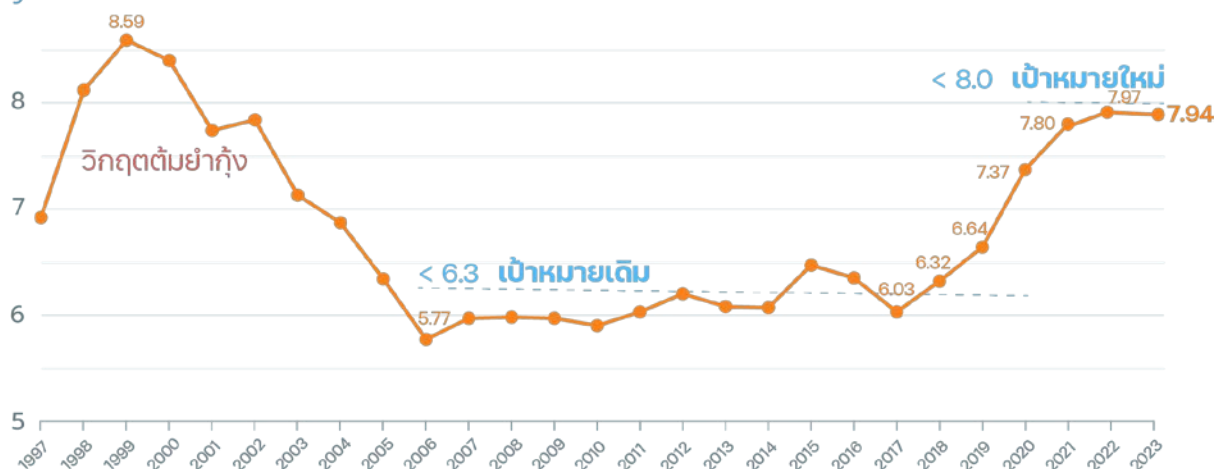
สถานการณ์สุขภาพจิตในประชากรไทย

ขนาดของปัญหาเพิ่มขึ้น แม้มีความพยายามแก้ปัญหามากมาย

อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุดในรอบ 22 ปี

รายต่อแสนประชากร

9 ค่าเฉลี่ยโลก



วัยรุ่น 15-19 ปีพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด
116.8 คนต่อแสนประชากร

สัดส่วนผู้มีความเสี่ยงซึมเศร้าในระบบ Mental Health Check-In (%)

80%

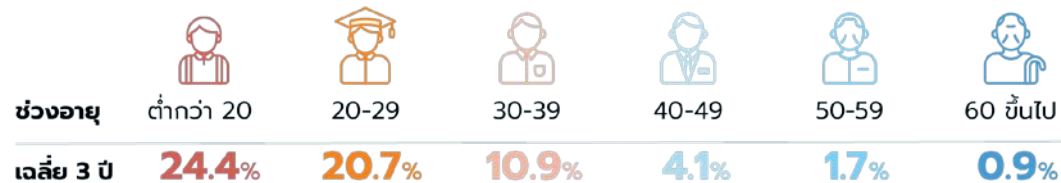
60%

40%

20%

0%

2021 2022 2023 2024



สถานการณ์ของบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย



จำนวนผู้ต้องการ
รับบริการจิตเวชเพิ่มขึ้น
ปัญหารุนแรงมากขึ้น

- ผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน **+9.4%**
- ผู้ป่วยนอกต่อปี **+9.8%**
- ผู้ป่วยนอกใหม่ (ปี 65-66) **+20%**
- อัตราการครองเตียง **+11.3%**
- จำนวนวันนอนเฉลี่ย **23 -> 18 วัน**



การเข้าถึงบริการสุขภาพ
ในการดูแลเด็กปฐมวัย
ที่พัฒนาการล่าช้ายังเป็นปัญหา

สัดส่วนเด็กปฐมวัยที่
พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น
จนมีพัฒนาการสมวัย

42.7%

สัดส่วนเด็กปฐมวัย
มีพัฒนาการสมวัย

70.5%

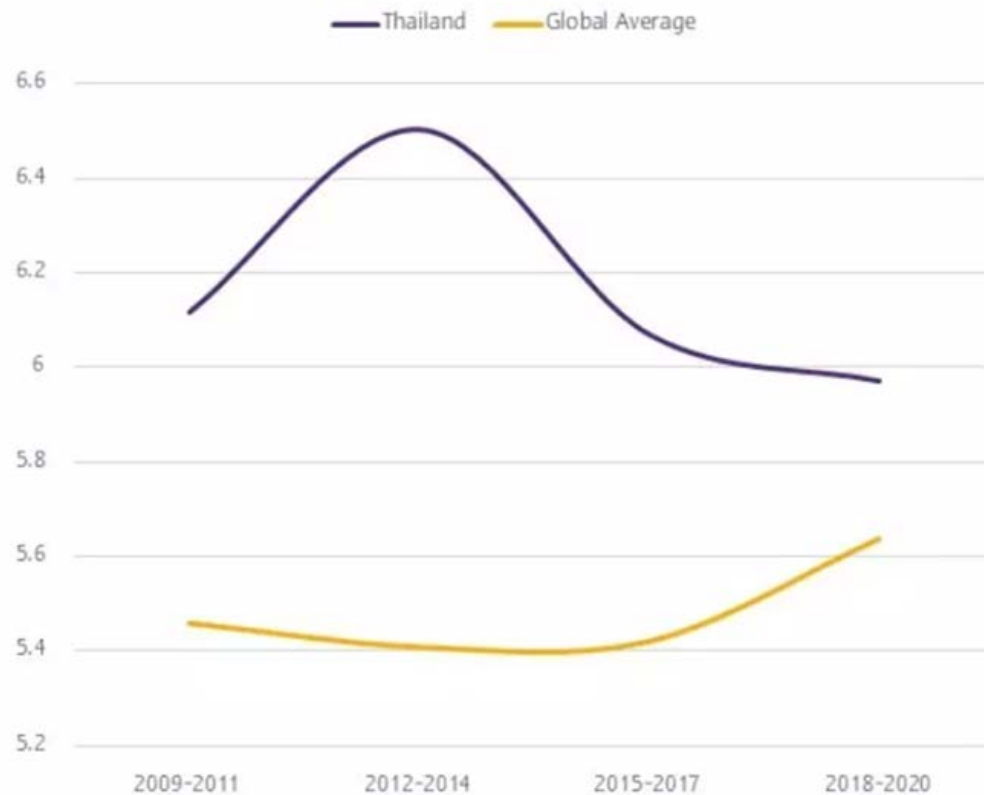


ความสุขประเทศไทยใน World Happiness Index

ตัวชี้วัดความสุขของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง

คะแนนความสุขของคนไทยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยโลก (ค่าเฉลี่ย 3 ปี)

หน่วย : คะแนน (0=มีความสุขน้อยที่สุด, 10=มีความสุขมากที่สุด)



World Happiness Report 2023



อันดับที่ 60
จาก 137 ประเทศ

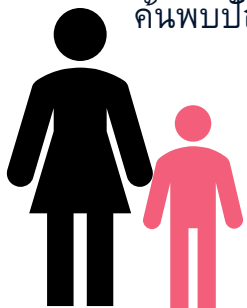
การจัดอันดับระดับความสุขของประชาชนในประเทศไทยโดย
Sustainable Development Solutions Network's
World Happiness Report ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2563

(ที่มา : SCB Economic Intelligence Center)

กรณีศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิต ของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและการเรียนรู้

ปัญหาการเรียนรู้ และพฤติกรรม

- ปัญหาผลลัพธ์การเรียน
- ข้อจำกัดในการสังเกตและค้นพบปัญหา



การเข้ารับ บริการสุขภาพ

แพทย์ทั่วไป จิตแพทย์เด็ก

- ตรวจประเมิน
- รักษาอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาเรื้อรัง หรือรุนแรงขึ้น

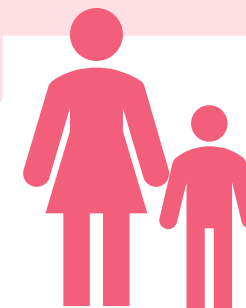


- มีปัญหาการเรียน
- ไม่เห็นคุณค่าตนเอง
- มีพฤติกรรมเสี่ยง

ปัญหาใหม่ ผู้ป่วยคนที่สอง



- ผู้ดูแลเหนื่อยล้า ซึมเศร้า หมดไฟ
- ส่งผลต่อการดูแลทั้งครอบครัว



ปัจจัยที่ทำให้ปัญหาคงอยู่



สภาพแวดล้อม
การทำงานของผู้ดูแล



มีภาระอื่นๆ
ในครอบครัว



ปัญหาการเงิน



ขาดการสนับสนุน
จากครอบครัว

ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาเพิ่ม



ปัญหาความสัมพันธ์
เช่น หย่าร้าง



ปัญหาสุขภาพ
ของผู้ดูแล



ปัญหาทางเศรษฐกิจ
เช่น ตกงาน

กรณีศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิต จากปัญหายาเสพติด

ปัญหาการเรียนรู้ และพฤติกรรม

- ปัญหาผลลัพธ์การเรียนรู้
- ข้อจำกัดในการสังเกตและค้นพบปัญหา

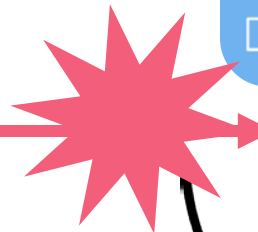


ปัญหา พฤติกรรมเสี่ยง

- พฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว
- ติดพนัน ลักขโมย
- ท้องในวัยเรียน



อาการจิตเภท และติดสารเสพติด



กระทำผิดซ้ำ



เข้ารับ
การบำบัดรักษา

กลับสู่
ชุมชน

ถูกคุมขัง



ปัจจัยเสี่ยง



ปัจจัยทางพันธุกรรม
เซาว์ปัญญา
และพัฒนาการ



ปัจจัยเสี่ยงทางจิตใจ
ครอบครัวและสังคม
เช่น ความรุนแรง



- โอกาสไม่ยอมรับจากชุมชน
- ขาดโอกาส



สรุปแนวโน้มของสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในไทย “นกขมิ้นในเหมืองถ่านหิน”

- ขนาดและความรุนแรงของปัญหาเพิ่มขึ้น
- ยังมีปัญหาการเข้าถึงการรักษาและบริการ
- ยังมีข้อจำกัดสิทธิตามหลักประกันสุขภาพและความครอบคลุมสิทธิรักษาบริการ
- บุคลากรด้านจิตเวชมีภาระงานเพิ่มขึ้น ขาดกำลังคนและมีปัญหาการกระจายตัวของบุคลากร
- ขาดกระบวนการพัฒนาวิชาชีพบุคลากรสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะ นักจิตวิทยา นักสังคมเคราะห์ ฯลฯ
- **รากเหง้าของปัญหาสุขภาพจิตจากปัญหาทางสังคม**
เช่นการใช้โซเชียลมีเดีย ความรุนแรง ยาเสพติด ซึ่งสามารถเรียกรวมกันว่า
“ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ” (social determinant of health) และ
“ปัจจัยการค้ากำหนดสุขภาพ” (commercial determinants of health)





Systems Structure
“ทะเลกัดจนไม่เต็ม”

ข้อค้นพบจากการวิจัย

1. ข้อจำกัดของระบบราชการไทย

- นโยบายเน้นการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดขาดรายละเอียดของแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจนสำหรับนำไปปฏิบัติจริง
- การพัฒนานโยบายแบบรวมศูนย์ขาดการมีส่วนร่วมและอาจไม่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่
- ตัวชี้วัดที่ไม่สะท้อนสถานการณ์ปัญหา และประสิทธิผลของนโยบายสุขภาพจิต

2. ประเด็นที่ยังขาดหาย

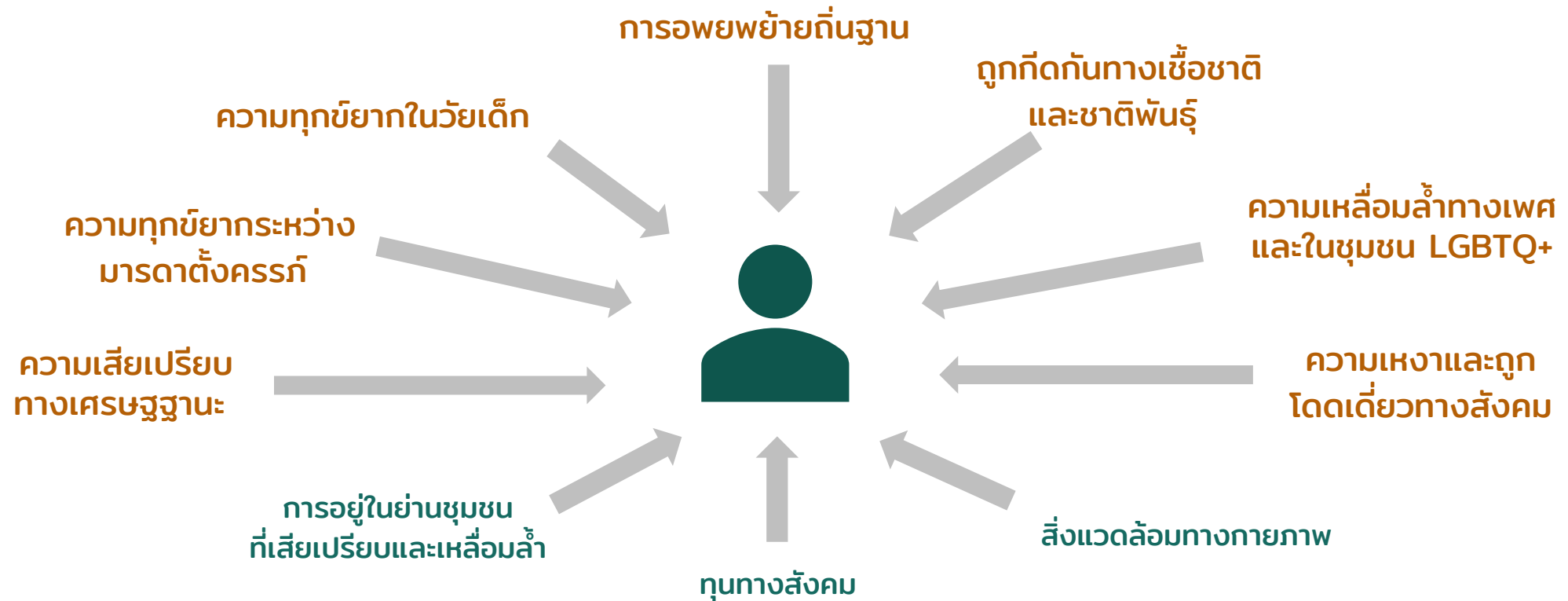
- ระบบบริการสุขภาพจิตภาครัฐเสี่ยงล่มสลายเพราะภาระงานเกินขีดความสามารถ
- การสร้างการทำงานของ 'ผู้สังการักษาทางสังคม' ให้เป็นการทำงานของมืออาชีพ
- การทำงานอย่างใกล้ชิดร่วมกับระบบการศึกษา ระบบยุติธรรม ระบบเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม รวมถึงต้องการความรับผิดชอบของชุมชนและครอบครัว

3. การทำงานแบบแยกส่วน

- นโยบายและผู้มีส่วนได้เสียของนโยบายบริการสุขภาพจิตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (effective coverage of mental health services) ไม่มีความเชื่อมโยงกับกระบวนการพัฒนาสุขภาพจิตของประชากร (mental health development)

โครงสร้างที่ทำให้ปัญหาคงอยู่: **ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพจิต**

**ปัจจัยทางสังคมเป็นตัวกำหนดสุขภาพจิตที่สำคัญ
เป็นทั้งสาเหตุให้เกิดและเป็นทั้งอุปสรรคการเข้าถึงบริการและการฟื้นคืนสุขภาพจิต**



โครงสร้างที่ทำให้ปัญหาคงอยู่: **การบริการสุขภาพจิต**

จิตแพทย์และนักจิตวิทยา เน้นการรักษาแบบชีวการแพทย์ และขาดสมรรถนะในการช่วยแก้ปัญหาเกี่ยวข้องกับด้านสังคม



ปัญหาของจิตแพทย์ นักจิตวิทยา คือเราเน้นการเรียนมาแบบ *academic and hospital based* เน้นการให้ยา ทำจิตบำบัด ทำแบบทดสอบ ให้คำปรึกษา แต่ไม่ได้ลงไปถึงการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมหรือแก้ปัญหารอบด้านที่รุมเร้าคนไข้อยู่ด้วย แม้แต่ถ้าได้ลงมาดูและเห็นปัญหา ผมก็เชื่อว่ก็จะจนแต้มทำอะไรไม่ได้...

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน

อยากให้เพิ่ม *implementation science* เช่น เพิ่มเรื่อง *community, healthcare system* งานด้านการส่งเสริมป้องกัน ที่ต้องทำงานกับเครือข่ายอื่น ๆ เช่น โรงเรียน เด็กเปราะบาง บ้านพักเด็ก NGO อยากให้มีความรู้และทักษะในการทำงานแบบ ลงระบบจริง ๆ เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างยั่งยืนในกรม

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากกรมสุขภาพจิต

โครงสร้างที่ทำให้ปัญหาคงอยู่: **การบริหารนโยบายสุขภาพจิต**

วิสัยทัศน์ (Vision)

คนทุกช่วงวัยมีปัญหา อารมณ์ดี มีความสุข
และอยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า



3) เป้าหมาย (Goals)

เป้าหมาย (Goals)	ค่าเป้าหมายระยะที่ 2
1. เด็กมีความฉลาดทางสติปัญญา (IQ)	ไม่ต่ำกว่า 103
2. เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 85
3. ครอบครัวมีความเข้มแข็งและความอบอุ่น	ร้อยละ 87
4. ประเทศไทยมีคะแนนความสุข (World Happiness Index)	ไม่ต่ำกว่า 0.2
5. คนไทยมีสุขภาพจิตดี	ร้อยละ 90
6. อัตราการฆ่าตัวตายลดลง	ไม่ต่ำกว่า 0.5 ต่อแสนประชากร
7. จังหวัดมีการบูรณาการงานสุขภาพจิตตามมาตรฐานแล้ว ประชาชนมีสุขภาพจิตดีและมีความสุข	ร้อยละ 55

- พบความเชื่อมโยงเป้าประสงค์มาสู่ตัวชี้วัดภาพรวม แต่ยังคงแผนงานที่ตอบสนองความสำเร็จของวิสัยทัศน์
- ตัวชี้วัดส่งผลกระทบต่อความสำเร็จน้อย
- ตัวชี้วัดที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมองว่าสำคัญ ไม่มีอยู่ในตัวชี้วัดของกระทรวง เช่น
 - ✗ สถานการณ์เชิงบวก ที่ประชาชนมีความรู้ ดูแลตนเองได้
 - ✗ ท้องถิ่นและครอบครัวที่สามารถดูแลผู้ใช้บริการ
 - ✗ สภาพแวดล้อมที่เป็นสาเหตุปัญหาของเด็กในพื้นที่

โครงสร้างที่ทำให้ปัญหาคงอยู่: **การบริหารนโยบายสุขภาพจิต**

ส่วนกลางให้ความสำคัญ
แต่ข้อมูลตัวชี้วัดทำให้ส่วนงานต้อง 'เล่นเกมกับระบบ'



ข้อมูลตัวชี้วัด

- ขาดความถูกต้อง (validity)
- ขาดความน่าเชื่อถือ (reliability)
- มีอคติที่มาจากเลือกตัวอย่าง (selection bias)



การขาดความเชื่อมต่อ
ระหว่างการดูแลรักษาผู้ป่วย
สุขภาพจิตและการเตรียม
สิ่งแวดล้อมในการใช้ชีวิตและ
การทำงานในสังคม



ระบบบริการสุขภาพจิตภาครัฐ
เสี่ยงล่มสลายเพราะภาระงาน
เกินขีดความสามารถ

โครงสร้างที่ทำให้ปัญหาคงอยู่: **การออกแบบนโยบายสุขภาพจิต**

สัญญาณความไม่สอดคล้องของทิศทางการกำหนด นโยบายสุขภาพจิตจากภาคส่วนต่างๆ

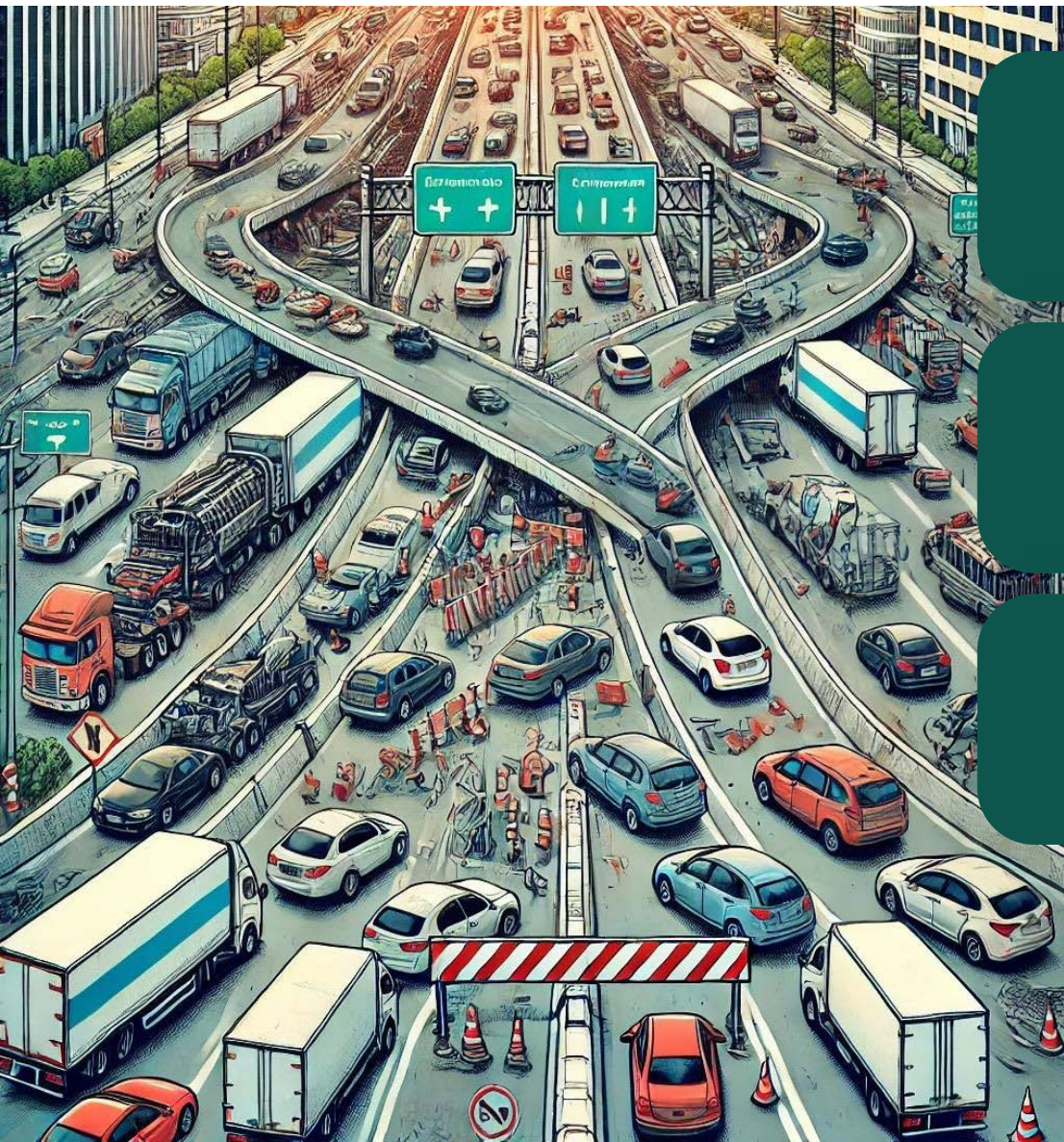
มิติด้านเศรษฐกิจ การคอร์รัปชัน เสรีภาพใน
การใช้ชีวิต ฯลฯ อยู่นอกเหนืออำนาจของ
การดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ไม่เหมาะ
นำมาเป็นตัวชี้วัดในแผนพัฒนาสุขภาพจิต

ก. ส. อ. น. จ. - อ. น. อ. อ. อ. น. อ. อ. ส. ส. อ. อ. อ. น. อ. อ.

“ระบบสุขภาพทางจิต” ครอบคลุมตั้งแต่การพัฒนา
ทักษะสุขภาพจิตส่วนบุคคล พฤติกรรม วิถีชีวิต
การเฝ้าระวังรักษา รวมถึงปัจจัยสังคมและเศรษฐกิจ
กำหนดสุขภาพจิต ซึ่งมีลักษณะเป็นเชิงรุก กระจาย
ทั่วถึง ไม่ตีตรา สอดคล้อง กับวิถีชีวิต วัฒนธรรม
บริบทชุมชนพื้นที่

ร. อ. ส. อ. อ. อ. น. อ. อ. อ. อ. อ. ส. ส. อ. อ. อ. น. อ. อ. 2566

สรุปโครงสร้างที่ทำให้ปัญหาคงอยู่: **การคิดแยกส่วน**



**Service
delivery**

**Health
workforce**

**Health
Information**

**Health
Financing**

**Medical Products
& technologies**

**Leadership
& Governance**

**Social and Commercial
Determinants of Health**

A man in a suit and a woman in a dress stand in a room with four large windows. Each window shows a different scene: a bright sunny day with clouds and a lake, a lush green landscape with a tree, a sunset over the ocean with a butterfly, and a dark stormy sea with rain and lightning. The text 'Mental models' and 'สองคนยลตามช่อง' is overlaid on the image.

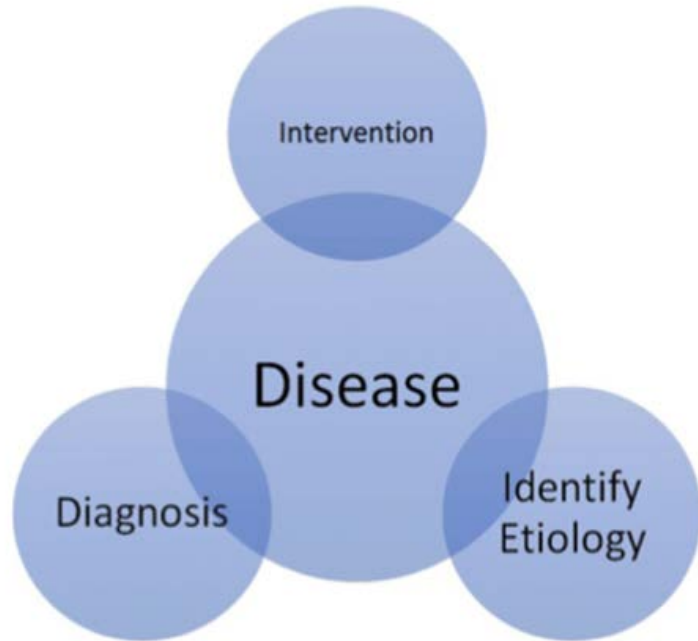
Mental models
"สองคนยลตามช่อง"

#1 กรอบแนวคิดกระบวนการทัศนต่อสุขภาพจิต:

'Medicalization'

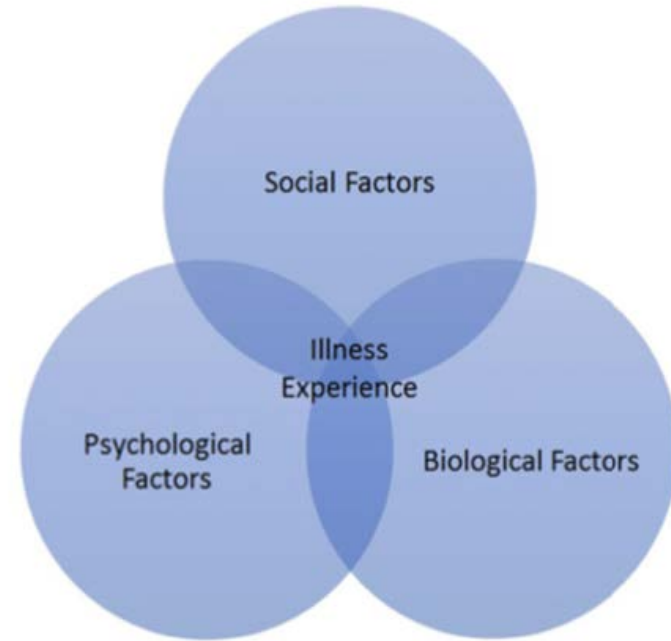
แนวคิดชีวการแพทย์

Biomedical Model



แนวคิดชีวจิตสังคม

Biopsychosocial Model



ภาพที่ 1 แผนภาพเปรียบเทียบกรอบแนวคิดชีวการแพทย์ (biomedical model) และกรอบแนวคิดชีวจิตสังคม (bio-psycho-social model) (ที่มา: Leeper,2019)(15)

การเดินทางของสุขภาพจิต:

จากความผิดปกติสู่ความเป็นอยู่ที่ดี



โรคจิตเวช

รุนแรง

Severe mental disorder

Impaired functioning

ไม่มีความเจ็บป่วย
ปกติ

Lack of mental disorder

Normal functioning

สุขภาพจิต
ความเป็นอยู่ที่ดี

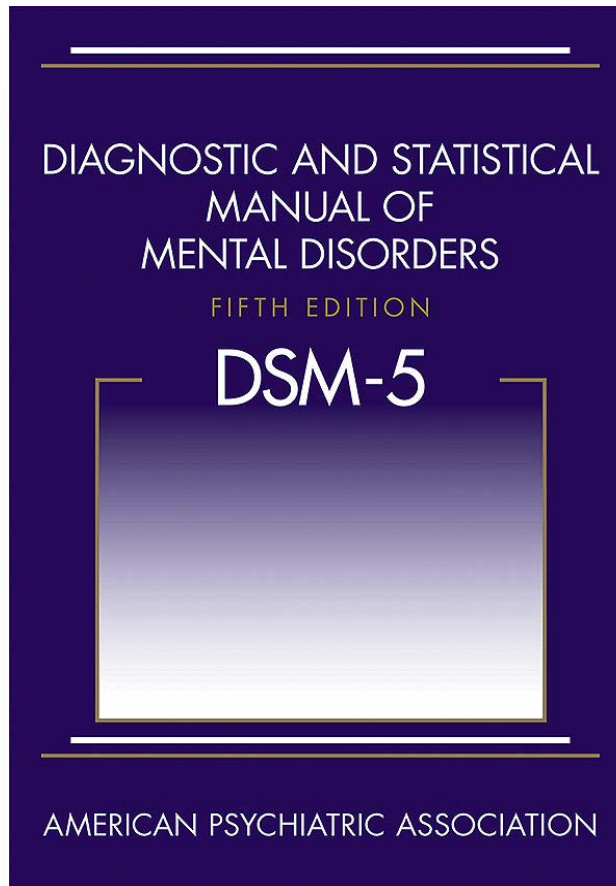
Mental health

Wellbeing

กรอบแนวคิดแนวคิดชีวจิตสังคมกำหนดกระบวนการที่ศรัณย์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช:

ระบบการวินิจฉัยจำแนกโรคตามกลุ่มอาการ ไม่ใช่สาเหตุ (Etiology)

สาเหตุของโรคทางจิตเวช
“MULTIFACTORIAL”
“หลายอย่าง”



โรคทางจิตเวชจึงเป็น
“Disorders”
แทนที่จะเป็น “Disease”

#2 กรอบแนวคิด อำนาจ ภัยคุกคามและการให้ความหมาย (Power-Threat-Meaning Framework):

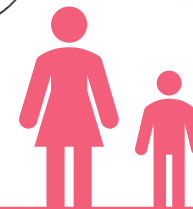
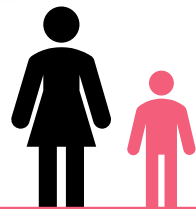
สาเหตุของความเจ็บป่วย เกิดจากการสูญเสียอำนาจในด้านต่างๆ ซึ่งกระทบการใช้ชีวิต

อำนาจเชิงกฎหมาย กฏระเบียบ
(Legal & regulation power)

อำนาจโดยกำลัง
(Coercive power)

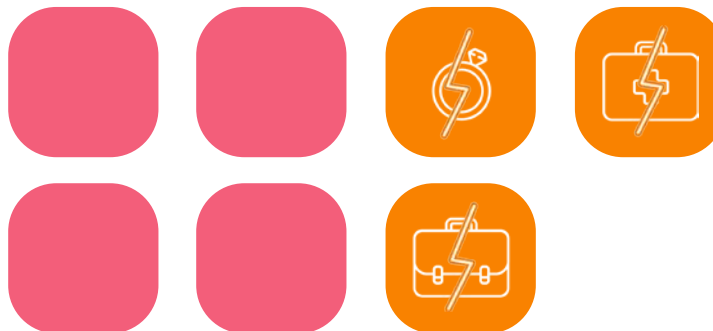
อำนาจเชิงความสัมพันธ์
(Interpersonal power)

อำนาจเชิงชีวภาพ
(Biological power)



อำนาจเชิงสังคมและวัฒนธรรม
(Social & cultural power)

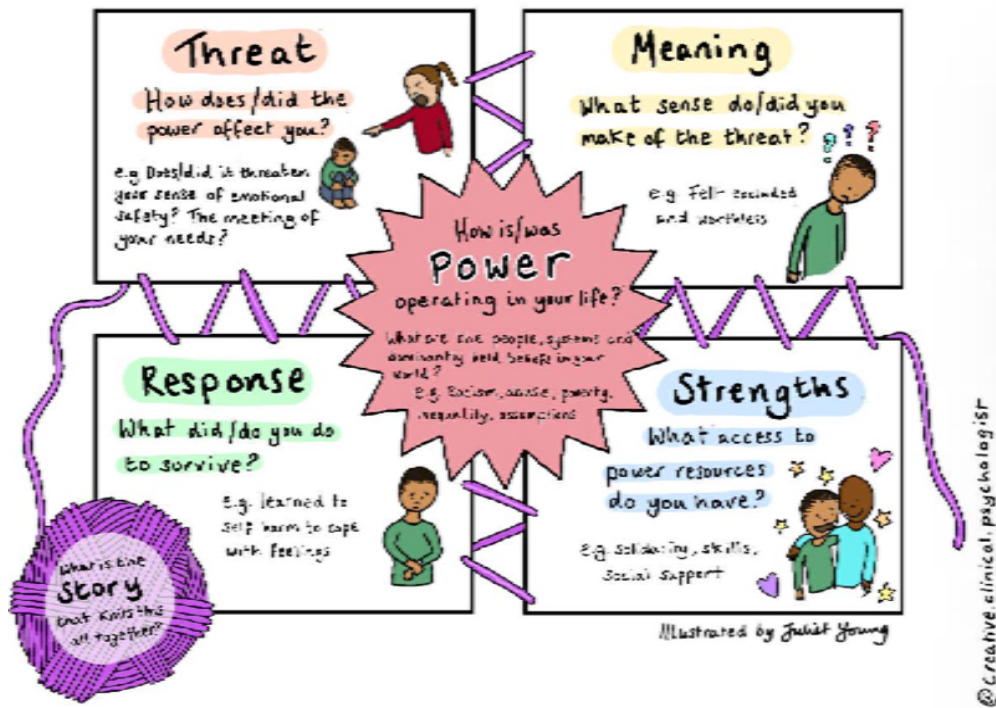
อำนาจเชิงเศรษฐกิจหรือวัตถุ
(Economic & material power)



อำนาจเชิงความคิดและอุดมการณ์
(ideological power)

กรอบแนวคิด อำนาจ ภัยคุกคามและการให้ความหมาย (Power -Threat-Meaning Framework):

มีการปรับมุมมองต่อการเจ็บป่วยในด้านบวก และเสริมพลังอำนาจให้คุณ



Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society.

ผู้ป่วย (Patient)

ผู้รอด (surviving)

ความผิดปกติ มีตำหนิ (Disorders/Disability)

การเสียพลังอำนาจ (shift of power)

อาการป่วย ผิดปกติ (Symptoms)

การตอบสนองเมื่อถูกคุกคาม (Response to threat)

ผู้อื่นให้ความหมาย

ตัวเองเลือกให้ความหมาย

มีปัญหา ก้าวแท้ แปลกแยก

เห็นศักยภาพและทรัพยากร ในตนเองและรอบข้าง

การสั่งการรักษาทงสังคม

Social Prescribing

NHS

England

Menu

[Home](#) > [Personalised care](#) > [Social prescribing](#)

Social prescribing

What is social prescribing?

Social prescribing is a key component of [Universal Personalised Care](#). It is an approach that connects people to activities, groups, and services in their community to meet the practical, social and emotional needs that affect their health and wellbeing.

In social prescribing, local agencies such as local charities, social care and health services refer people to a [social prescribing link worker](#). Social prescribing link workers give people time, focusing on 'what matters to me?' to coproduce a simple [personalised care and support plan](#), and support people to take control of their health and wellbeing.

Social prescribing link workers also support existing community groups to be accessible and sustainable, and help people to start new groups, working collaboratively with all local partners.



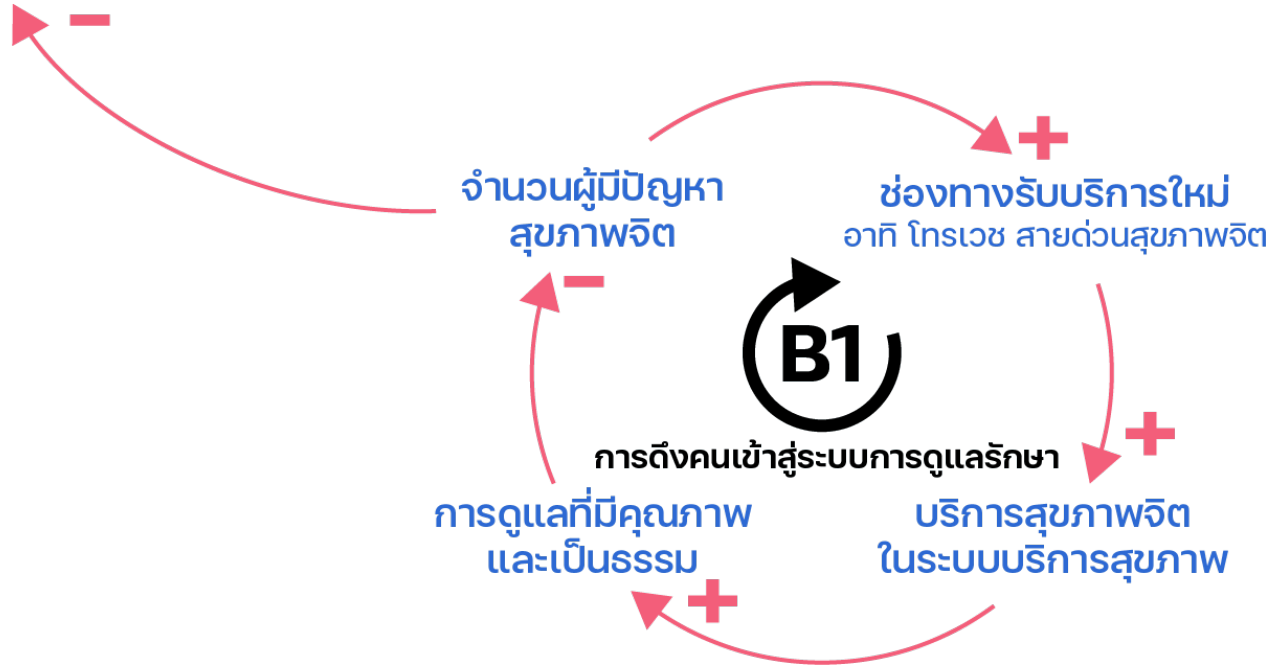
Pix source:
www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/

Systems thinking

“คิดครบ คิดลึก คิดยาว”

การระบุจุดคานดีดคานจัดของระบบสุขภาพจิต ด้วยแผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (Causal Loop Diagramming: CLD)

จำนวนประชาชนที่มี
สุขภาพจิตที่ดี



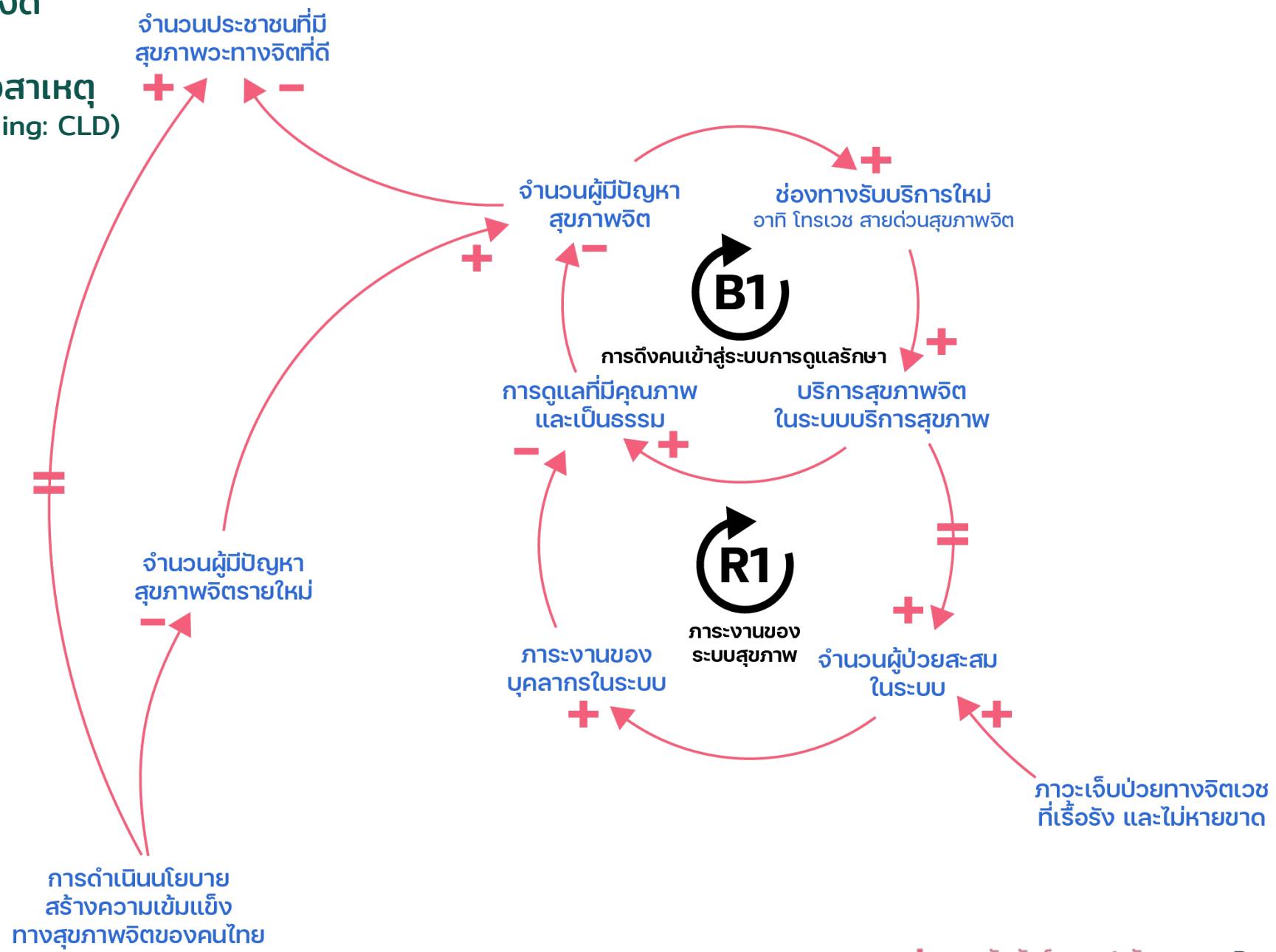
+ ความสัมพันธ์แบบแปรผันตรง

- ความสัมพันธ์แบบแปรผกผัน

R = วงจรเสริมกำลัง/วงจรอุบาทว์

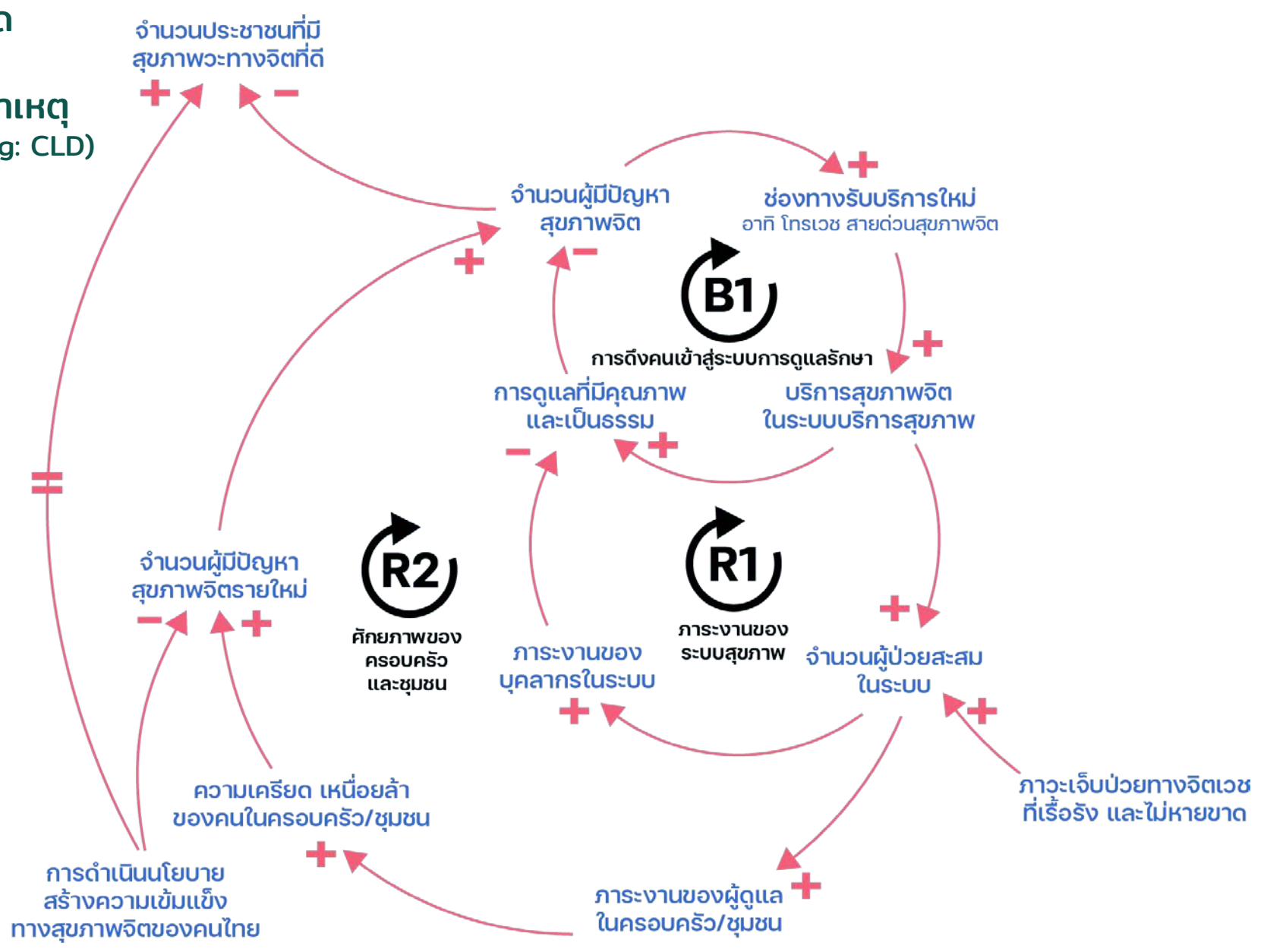
B = วงจรสร้างสมดุล

การระบุจุดคานดีคานจั่ว ของระบบสุขภาพจิต ด้วยแผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (Causal Loop Diagramming: CLD)



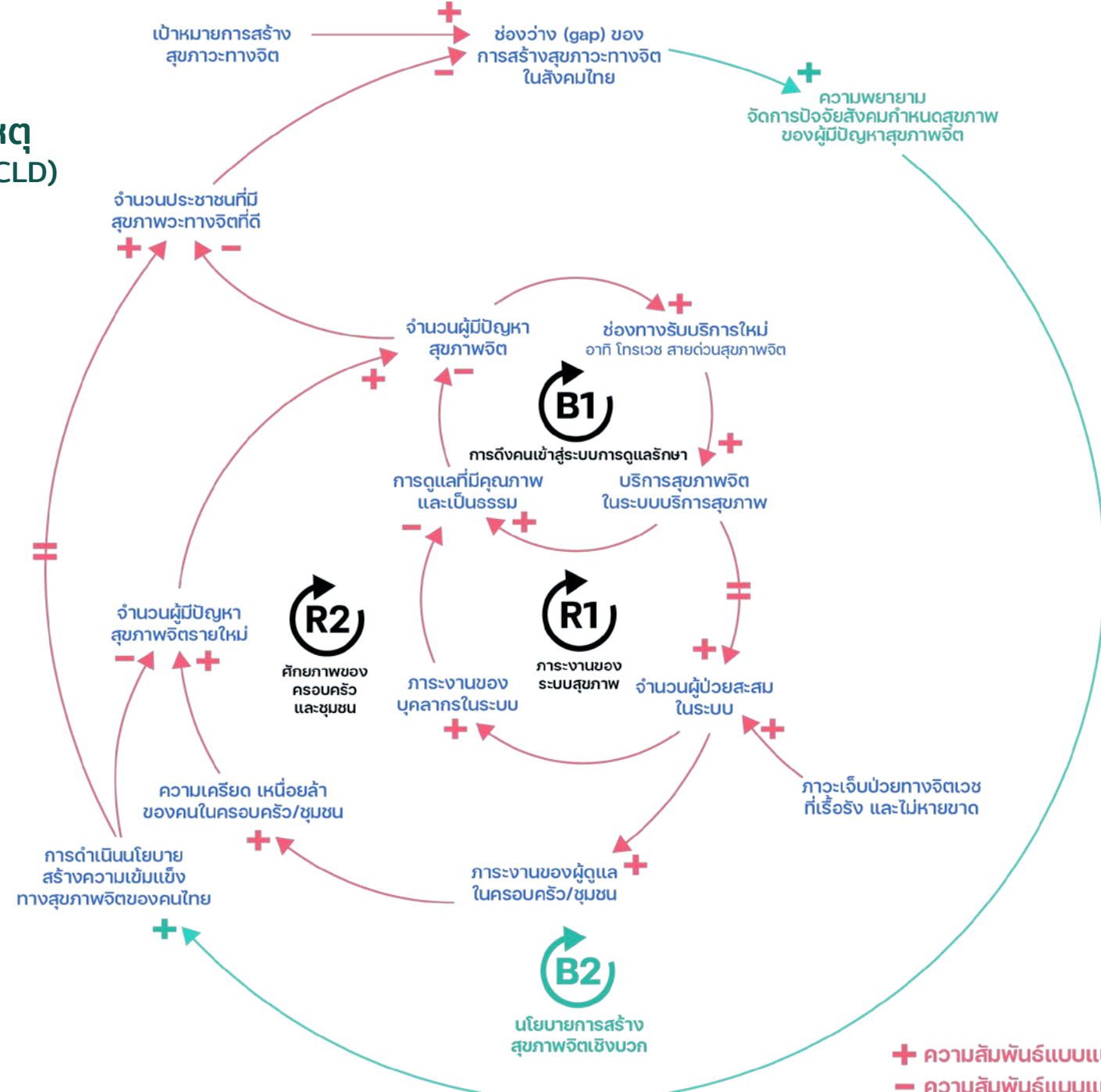
+ ความสัมพันธ์แบบแปรผันตรง R = วงจรเสริมกำลัง/วงจรอุบาทว์
 - ความสัมพันธ์แบบแปรผกผัน B = วงจรสร้างสมดุล

การระบุจุดคานดีดคานจัด ของระบบสุขภาพจิต ด้วยแผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (Causal Loop Diagramming: CLD)



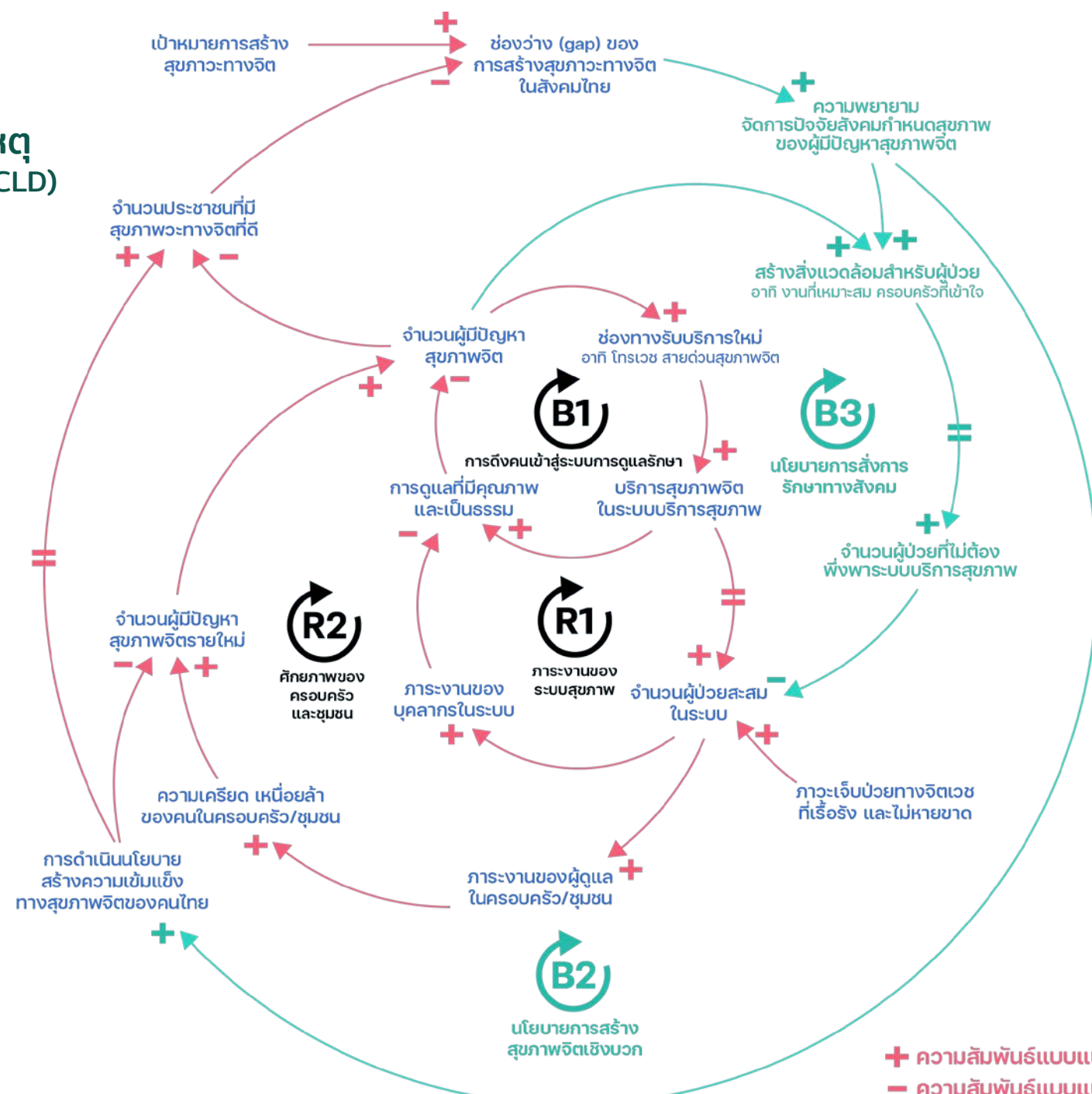
+ ความสัมพันธ์แบบแปรผันตรง R = วงจรเสริมกำลัง/วงจรอุบาทว์
 - ความสัมพันธ์แบบแปรผกผัน B = วงจรสร้างสมดุล

การระบุจุดคานดีดคานจัด ของระบบสุขภาพจิต ด้วยแผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (Causal Loop Diagramming: CLD)



+ ความสัมพันธ์แบบแปรผันตรง
- ความสัมพันธ์แบบแปรผกผัน
R = วงจรเสริมกำลัง/วงจรอุบาทว์
B = วงจรสร้างสมดุล

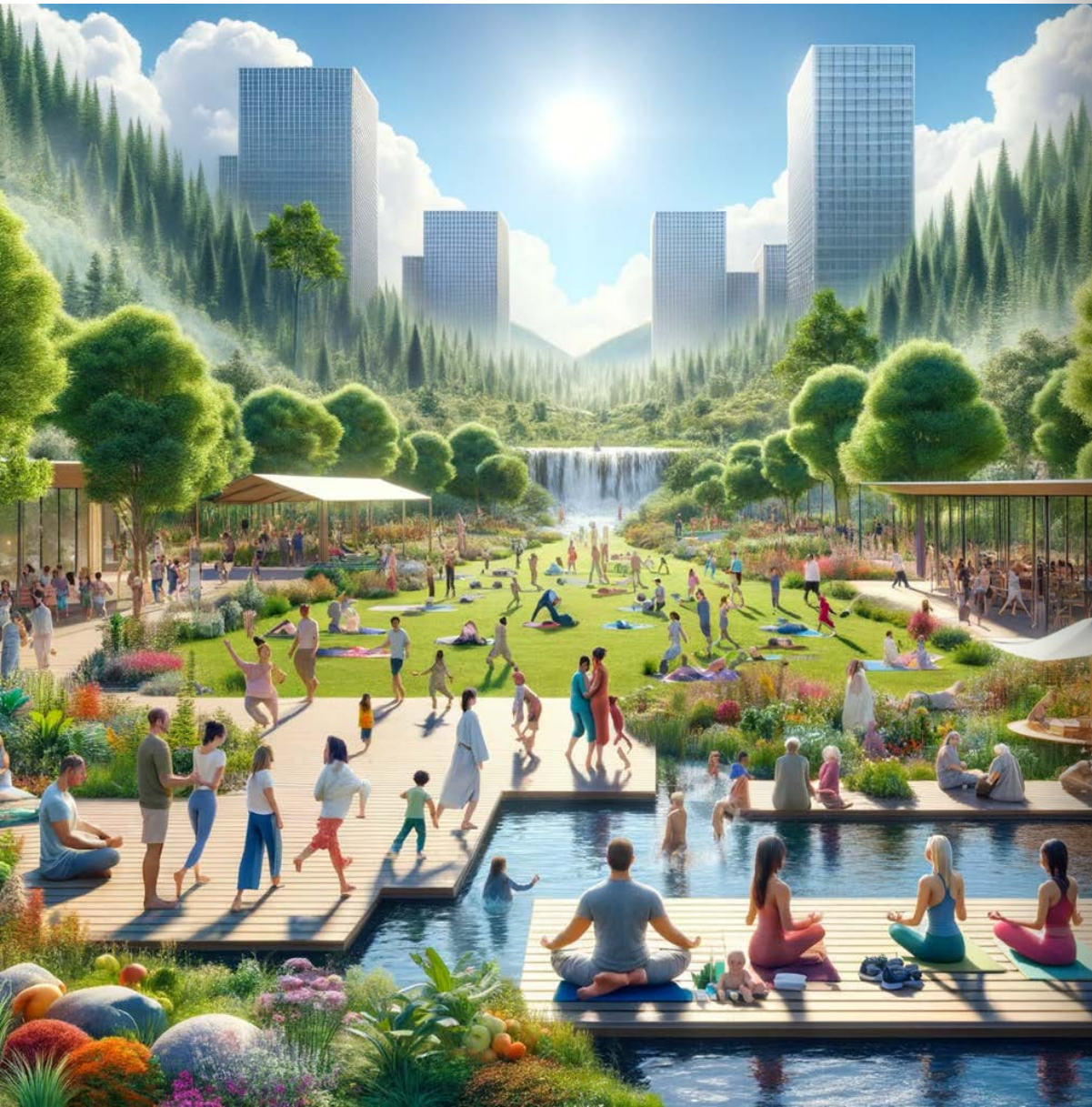
การระบุจุดคานดีดคานจัด ของระบบสุขภาพจิต ด้วยแผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (Causal Loop Diagramming: CLD)



+ ความสัมพันธ์แบบแปรผันตรง
 - ความสัมพันธ์แบบแปรผกผัน
 R = วงจรเสริมกำลัง/วงจรอุบาทว์
 B = วงจรสร้างสมดุล

ข้อเสนอเชิงนโยบายสุขภาพจิตของประชากรไทย
ภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(Policy Recommendations)

Policy Option #1



การทำงานเชิงนโยบายเพื่อบรรลุเป้าหมายในการสร้างสุขภาวะทางจิตที่ดี โดยไม่จำกัดอยู่เพียงแค่การดูแลรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเท่านั้น

- ผู้กำหนดนโยบายรวมทั้งผู้มีส่วนได้เสียสามารถดำเนินนโยบายและโครงการเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพจิตของประชาชนโดยตรง มุ่งเน้นการทำงานสร้างสุขภาพจิตเชิงบวกที่มีผลลดจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตรายใหม่ ซึ่งในระยะยาวจะช่วยสร้างประชากรในสังคมให้มีสุขภาวะทางจิตที่ดีด้วย
- แต่การทำงานมักเป็นโครงการระยะสั้น ทำให้ขาดความต่อเนื่อง และมักทำโดยแยกส่วน หรือไม่เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ จึงอาจยังขาดการจัดการกับปัญหาเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสุขภาวะทางจิตที่ดีแก่คนไทยในระยะยาว

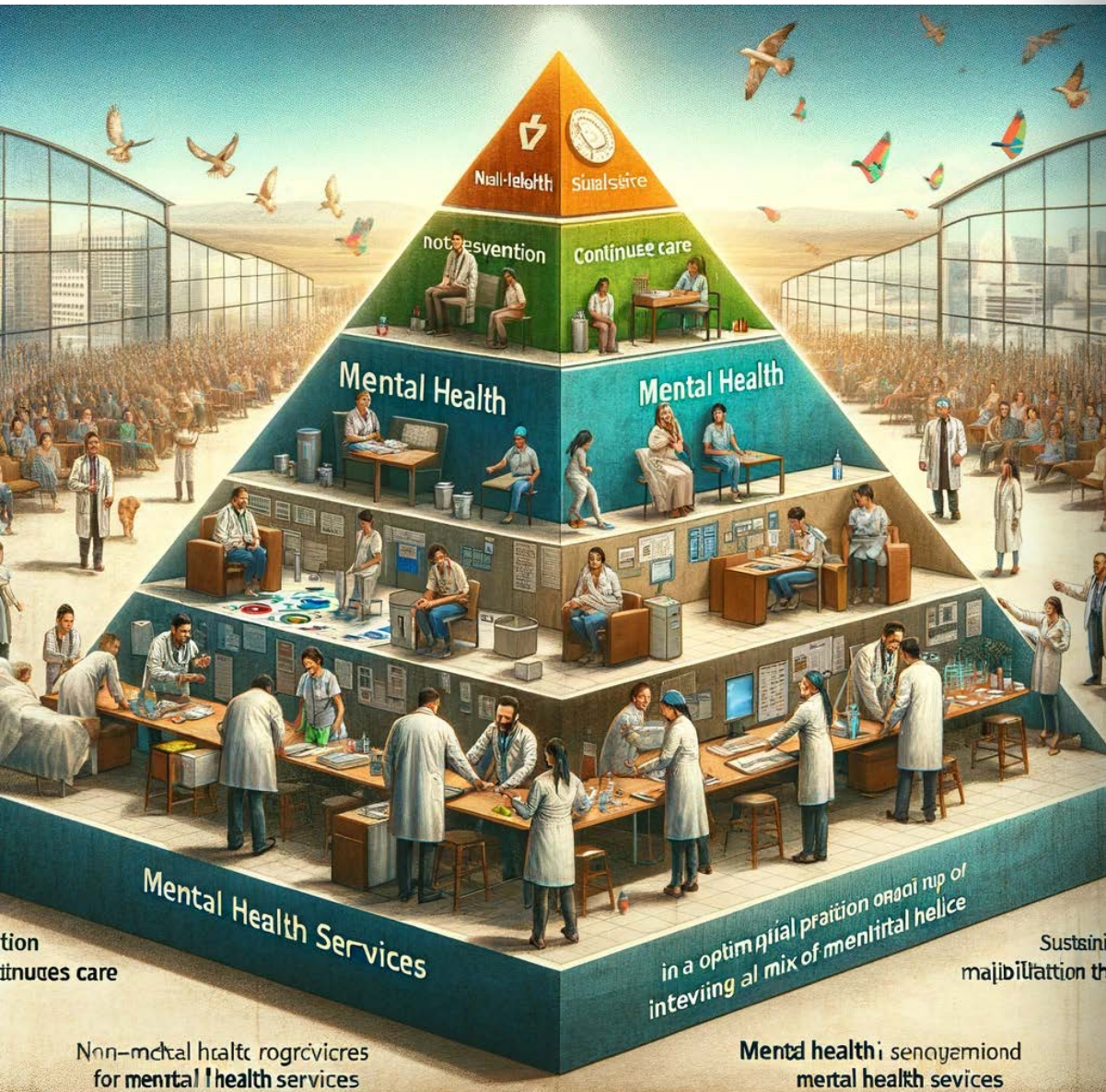
Policy Option #2



การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
เช่น การใช้โทรเวช (telemedicine)
สามารถลดปัญหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต
ที่เข้าไม่ถึงผู้ให้บริการสุขภาพได้
โดยเฉพาะในระยะสั้น

- แต่มีข้อจำกัดคือ หากบุคลากรทางการแพทย์ยังมีจำนวน
เท่าเดิม ระบบสุขภาพจะทำงานหนักขึ้น อาจทำให้เกิด
ปัญหาด้านคุณภาพและความเป็นธรรมในการดูแลรักษา
บางกลุ่มประชากรมีปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

Policy Option #3



การขยายการจัดบริการสุขภาพจิตโดยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่ทีมสุขภาพจิตเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

ตามกรอบแนวคิดเรื่องการจัดบริการสุขภาพจิตแบบผสมผสานขององค์การอนามัยโลก (WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health)

- เน้นการขยายขอบเขตของบริการสุขภาพจิตให้ครอบคลุมถึงการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคทางกาย การดูแลรักษาต่อเนื่องในระยะยาว รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ โดยกำหนดให้เป็นบทบาทสำคัญของทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care team)
- แต่อาจยังไม่ช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตของประชากรไทยเพื่อลดความต้องการบริการสุขภาพจิตภายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ในระยะยาว

Policy Option #4



การปรับรูปแบบการจัดบริการสุขภาพจิต ให้มีตำแหน่ง “social prescribing link worker”

- สร้างการเชื่อมต่อระหว่างทีมดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตกับหน่วยงานผู้ที่รับผิดชอบดูแลปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (social determinant of health) เชื่อมต่อคำวินิจฉัยและการดูแลรักษาของทีมสุขภาพจิตเพื่อส่งกลับไปที่ครอบครัว องค์กร ชุมชน หรือสังคมที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่เพื่อแก้ปัญหาที่รากฐานและยั่งยืน
- สอดคล้องกับ ‘กรอบแนวคิดอำนาจ-ภาวะคุกคาม-และการให้ความหมาย’ (Power-Threat-Meaning Framework) ที่มุ่งจัดการกับอำนาจและภาวะคุกคามในสังคมที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตด้วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการพัฒนากลไก เชื่อมต่อการทำงานที่มีความเหมาะสมกับประชากรทุกกลุ่มในสังคมไทย

Conclusions

Social prescribing
link workers

Mental health promotion
& services

Patient-centered
healthcare



Social welfare &
Infrastructure

Environmental
integration

การสังเคราะห์ชุดนโยบายสุขภาพจิตภายใต้
บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อแก้ไข
ปัญหาอย่างยั่งยืน จำต้องขยายขอบเขต
งานสุขภาพจิตให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

ผู้กำหนดนโยบายสาธารณะอาจจำเป็นต้องพิจารณาดำเนินการ
นโยบายทางเลือกที่นำเสนอทั้ง 4 ชุดร่วมกันไปพร้อมๆ กันเพื่อ
ลดข้อจำกัดของแต่ละชุดนโยบาย

- จำเป็นต้องมีกลไกเพื่อสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพจิต
ที่นอกเหนือไปจากจิตแพทย์และนักจิตวิทยา
- จำเป็นต้องมีการพัฒนากลไกเชิงนโยบายรวมทั้งกลไกด้านการ
คลังสุขภาพที่รอบด้าน เพื่อลดข้อจำกัดของการจัดการปัญหา
แบบแยกส่วนที่อาจทำให้การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพจิต
และการพัฒนาสุขภาพจิตของประชากรไทยไม่ประสบความสำเร็จ
หรือประสบความสำเร็จในระยะสั้นแต่ขาดความยั่งยืน