



ปรึกษาหัวใจกับใครก็เหมือนกัน?

แนวทางกำกับมาตรฐาน
นักจิตวิทยาการปรึกษา/จิตบำบัดอย่างสมดุล

สรัช สีนรุประมา

Highlights

- นักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตบำบัดจำเป็นต้องได้รับการกำกับดูแลมากขึ้น แต่งานดูแลจิตใจมีความละเอียดอ่อนและหลากหลาย ยากที่จะขีดเส้นมาตรฐานได้อย่างชัดเจน เพราะการดูแลจิตใจไม่เหมือนกับการรักษาทางการแพทย์
- ทั่วโลกมีวิธีกำกับดูแลแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบทวิชาชีพในแต่ละที่ หลักการคือการสร้างสมดุลระหว่างการควบคุมคุณภาพและความยืดหยุ่นของการให้บริการ
- ไทยควรใช้แนวทางให้รัฐและสมาคมวิชาชีพร่วมกันกำกับดูแล เช่น ออกกฎหมายให้อำนาจสมาคมสามารถสั่งห้ามผู้ละเมิดจรรยาบรรณประกอบอาชีพเป็นรายบุคคล (negative licensing) เพื่อเพิ่มการคุ้มครองประชาชนให้ทั่วถึงมากขึ้น

ฉบับที่ 56
ตุลาคม 2024



ที่มา: Freepik

ในวันที่จิตใจแย่ บางครั้งเราเพียงแคต้องการใครสักคนช่วยรับฟังเรื่องราวขมขื่นของเราโดยไม่ตัดสินกัน ทว่าไม่ใช่ทุกคนที่โชคดีมีคนคนนั้นอยู่ข้างๆ ด้วยเหตุนี้ นักดูแลจิตใจจึงกลายเป็นอาชีพที่เป็นที่ต้องการในสังคม และเนื่องจากปัญหาหัวใจเป็นเรื่องละเอียดอ่อน วิธีเยียวยาจิตใจจึงมีความหลากหลายเพื่อรองรับความซับซ้อนของมนุษย์ตามไปด้วย

ทว่าในปัจจุบัน ไทยยังไม่มีกฎหมายใดๆ ที่รับรองสถานะของนักจิตวิทยาการปรึกษา และนักจิตบำบัดสาขาต่างๆ เลย ส่วนการกำกับมาตรฐานก็มีความแตกต่างกันไปในแต่ละสมาคมวิชาชีพ ท่ามกลางวิกฤตสุขภาพใจที่ย่ำแย่อยู่แล้ว คนไทยจึงไม่อาจมั่นใจได้เลยว่า คนที่เรากำลังจะฝากฝังจิตใจในห้วงเปราะบางไว้ด้วยนั้น เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถดีเพียงพอหรือไม่ และยิ่งไป

กว่านั้น เขาจะฉวยโอกาสทำร้ายจิตใจเราซ้ำสองอีกไหม

เมื่อสังคมเริ่มยอมรับการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตใจจากมืออาชีพกันอย่างแพร่หลาย การอดอ้างตัวเป็นนักบำบัดและการลวงละเมิดผู้รับบริการจึงเริ่มกลายเป็นปัญหาใหม่ที่นำมาสู่ข้อเรียกร้องให้มีการกำกับดูแลวิชาชีพเหล่านี้มากขึ้น แต่การสร้างมาตรฐานให้กับงานดูแลจิตใจอาจไม่ง่ายดายเหมือนวิชาชีพทางการแพทย์

ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กละครอบครัว (คิด for คิดส์) โดยความร่วมมือระหว่าง สสส. และ 101 PUB ชวนสำรวจแนวคิดในการกำกับดูแลอาชีพนักดูแลจิตใจทั่วโลก ทำความเข้าใจข้อจำกัดและข้อควรระวังของมาตรการแต่ละแบบ เพื่อออกแบบนโยบายกำกับดูแลที่เหมาะสมกับประเทศไทยต่อไป



‘การดูแลจิตใจ’ ไม่เท่ากับ ‘การรักษาโรค’

แนวคิดสากลของการดูแลสุขภาพใจในปัจจุบันขยายขอบเขตจากการรักษาโรคในทางการแพทย์ไปสู่การเยียวยาอย่างเป็นองค์รวมทั้งในเชิงชีว-จิต-สังคม (bio-psycho-social) ทว่าผู้ให้การรักษาและบำบัดบนฐานจิตวิทยาในประเทศไทยยังคงไม่ได้รับการยอมรับมากเท่ากับอาชีพบนฐานชีววิทยา

จิตแพทย์และนักจิตวิทยาคลินิก ถูกกำกับดูแลโดยรัฐ ภายใต้ พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ โดยจิตวิทยาคลินิกได้รับการบรรจุเข้ามาในปี 1999¹ บุคลากรทางการแพทย์ที่ถูกกำกับภายใต้กฎหมายนี้จะต้องผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติว่าจบการศึกษาจากสถาบันที่ได้รับการรับรอง มีชั่วโมงการฝึกงานไม่ต่ำกว่าที่กำหนด และผ่านการทดสอบความรู้ซึ่งมีการจัดสอบขึ้นทุกปี



ที่มา: Freepik

ขณะที่นักจิตวิทยาสาขาอื่นๆ เช่น จิตวิทยาการศึกษา จิตวิทยาชุมชน จิตวิทยาการศึกษา รวมถึงนักจิตบำบัดสาขาต่างๆ เช่น นักศิลปะบำบัด นักดนตรีบำบัด ไม่จัดว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์และไม่จำเป็นต้องทำงานในโรงพยาบาล แต่ก็ป็นงานที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องอาศัยการเยียวยาเชิงจิตใจร่วมด้วย รวมถึงดูแลจิตใจของผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็น ‘โรค’ ซึ่งกรมสุขภาพจิตประเมินว่าคนไทยที่มีปัญหาสุขภาพจิตอาจมีมากถึง 10 ล้านคน แต่เข้าถึงบริการได้เพียง 3 ล้านคน²

สาเหตุหนึ่งที่อาชีพกลุ่มหลังไม่ถูกกำกับดูแลเป็นเพราะการดูแลจิตใจหรือการให้การปรึกษา (counseling) ไม่ได้มีความเป็นวิชาชีพในตัวของมันเอง แต่เป็นวิธีปฏิบัติซึ่งใครก็สามารถทำได้ ไม่ว่าจะเป็นจิตแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกฝนมาบนฐานทางวิทยาศาสตร์อย่างนักจิตวิทยาการศึกษา (counseling psychologist) ไปจนถึงผู้ที่ให้การปรึกษานานาจิตตวิทยา เช่น พระหรือหมอดู

ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือทางจิตใจต่างมีทางเลือกที่จะแสวงหาวิธีที่ตนเองรู้สึกสบายใจ เป้าหมายของนโยบายสุขภาพใจจึงไม่ใช่การทำให้คนไทย 10 ล้านคนเป็น ‘ผู้ป่วยจิตเวช’ ในระบบสาธารณสุข แต่ควรทำให้ระบบดูแลจิตใจรองรับความต้องการที่หลากหลาย และยังรับประกันคุณภาพการบริการและสวัสดิภาพทางจิตใจของประชาชนไปพร้อมๆ กัน





สมาคมวิชาชีพกำกับดูแลตัวเองอาจไม่เพียงพอ

ที่ผ่านมานักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตบำบัดต่างๆ รวมตัวกันเป็นสมาคมวิชาชีพทำหน้าที่กำกับดูแลคนในสมาคมกันเอง ซึ่งอาจทำงานได้ดีในระยะแรก แต่เมื่อมีความต้องการมากขึ้น มีการผลิตบุคลากรออกมาเพิ่มขึ้นก็อาจมีปัญหากำหนดดูแลได้อย่างไม่ทั่วถึง และในขณะเดียวกันก็เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของบริการภาครัฐได้ยาก

เมื่อความต้องการดูแลจิตใจเพิ่มสูง ปัญหาที่ตามมาคือการเกิดขึ้นของนักบำบัดมือสมัครเล่น

(paraprofessional) ที่เรียกตัวเองว่าเป็น 'นักจิตวิทยาการปรึกษา' หรือ 'นักบำบัด' โดยผ่านการอบรมแค่เพียงระยะสั้น หรืออาจไม่เคยผ่านการฝึกฝนเลย เมื่อไม่มีการกำกับดูแลอย่างเป็นทางการ ผู้รับบริการจึงตัดสินใจได้ยากว่าควรเลือกรับบริการจากใคร

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นต่อมาคือเรื่องการลงทุนละเมิดจิตใจ โดยทั่วไป ผู้รับบริการมักมีสภาวะทางจิตใจที่เปราะบางอยู่ก่อนแล้ว การฉวยโอกาส

ลักษณะนี้ทั้งบ่งการชีวิตหรือโน้มน้าวจิตใจไปในทางที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการนับเป็นการละเมิดจริยธรรมอย่างร้ายแรง ทว่าหากผู้รับบริการถูกล่วงละเมิดโดยผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกสมาคมก็จะไม่สามารถเอาผิดกับผู้ให้การปรึกษาได้เลย หากไม่ใช้กรณีที่ขัดต่อกฎหมายอย่างชัดเจน พื้นที่สีเทาของการให้บริการดูแลจิตใจนี้นำมาสู่ข้อเรียกร้องให้มีการผลักดันกฎหมายให้รัฐเข้ามากำกับดูแลมากยิ่งขึ้น³

ที่ผ่านมามีความพยายามที่จะทำให้อาชีพดูแลจิตใจมีมาตรฐานมากขึ้น แต่ยังคงขึ้นอยู่กับศักยภาพของแต่ละสมาคม เช่น สมาคมจิตวิทยาการปรึกษาไทยใช้เวลาหลายปีในการผลักดันมาตรฐานวิชาชีพ และเพิ่งจัดทำจรรยาบรรณวิชาชีพนักจิตวิทยาการปรึกษา (Counseling Psychologist Professional Ethics) ออกมาในเดือนมิถุนายน 2024⁴ สมาชิกที่ผ่านการอบรมจะได้รับใบรับรองคุณสมบัติซึ่งมีอายุ 2 ปี เพื่อใช้แสดงให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในการเลือกใช้บริการมากขึ้น โดยหวังว่าจะเป็นจุดเริ่มต้นในการผลักดันมาตรฐานวิชาชีพให้เป็นที่ยอมรับจากภาครัฐมากขึ้นต่อไป

ในปัจจุบัน นักจิตวิทยาที่มีความเชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ ที่นอกเหนือไปจากจิตวิทยาคลินิกยังไม่มีตำแหน่งที่เป็นทางการในระบบของรัฐ มักได้รับเข้าทำงานโดยจ้างเหมาบริการแบบชั่วคราวขาดโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ รวมถึงยังต้องรับเงินเดือนวุฒิปริญญาตรีแม้จะจบการศึกษาระดับที่สูงกว่า⁵



ประกาศรับสมัครงานจ้างเหมาบริการตำแหน่งนักจิตวิทยาการปรึกษา



วิธีกำกับดูแลขึ้นอยู่กับบริบท พัฒนาการของวิชาชีพ

แนวโน้มที่ผู้คนมีปัญหาสุขภาพใจมากขึ้น ต้องการรับการปรึกษาและจิตบำบัดเพิ่มขึ้น ตามมาด้วยปัญหาการอดอ้างชื่อและการล่วงละเมิดผู้รับบริการ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วโลก แต่การจัดการปัญหากลั้มไม่ใช่เรื่องที่สามารถแก้ได้ด้วยวิธีเดียวกัน

งานดูแลจิตใจทั่วโลกมีบริบทพัฒนาการของวิชาชีพที่แตกต่างหลากหลายอย่างมาก เช่น ในภาคพื้นทวีปยุโรปมองว่าการให้การปรึกษา (counseling) ที่เข้มข้นขึ้นจะพัฒนาเป็นการทำจิตบำบัด (psychotherapy) ในที่สุด ขณะที่ฝั่งอังกฤษและอเมริกามองว่าสองเรื่องนี้แยกออกจากกัน

การแยกแยะจิตวิทยาการปรึกษา (counselling psychology) ออกจากวิธีบำบัดอื่นๆ จึงไม่ได้เป็นลักษณะสากลที่เป็นแบบเดียวกันทั้งโลก ในหลายประเทศ คำเรียกต่างๆ ข้างต้นนี้สามารถใช้แทนกันได้ในความหมายใกล้เคียงกัน⁶ ขึ้นอยู่กับว่าวิชาชีพใดสามารถรวมกลุ่มกันอย่างเข้มแข็งและได้รับการยอมรับจากรัฐและคนในสังคมมาก่อน⁷ องค์ประกอบเหล่านี้ส่งผลต่อแนววิธีในการกำกับดูแลซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละประเทศ ซึ่งต่างจากบุคลากรการแพทย์ที่มักมีรูปแบบการกำกับที่คล้ายๆ กันทั่วไป

เราอาจแบ่งระดับความเข้มข้นของการกำกับดูแลนักให้การศึกษาและนักจิตบำบัดได้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับของการลงทะเบียน (registration) ซึ่งเป็นเพียงแค่การยอมรับการเข้าสังกัดภายใต้องค์กรกำกับดูแล ระดับการออกใบรับรอง (certification) ซึ่งเป็นการยืนยันว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และระดับที่เข้มข้นที่สุดคือการออกใบอนุญาต (licensure) ทดสอบความรู้ความชำนาญ โดยหากสอบไม่ผ่านก็จะต้องสามารถประกอบวิชาชีพนั้นๆ ได้ หรือทำได้อย่างจำกัดภายใต้การควบคุมของผู้ที่มีใบอนุญาต

ระดับการกำกับที่เข้มข้นขึ้น หมายถึงต้นทุนในการจัดการทดสอบคุณสมบัติที่สูงขึ้นตามไปด้วย เช่น ต้องมีทรัพยากรบุคคล เงินทุนในการจัดสอบ รวมถึงต้องมีอำนาจตามกฎหมายในการให้คุณ

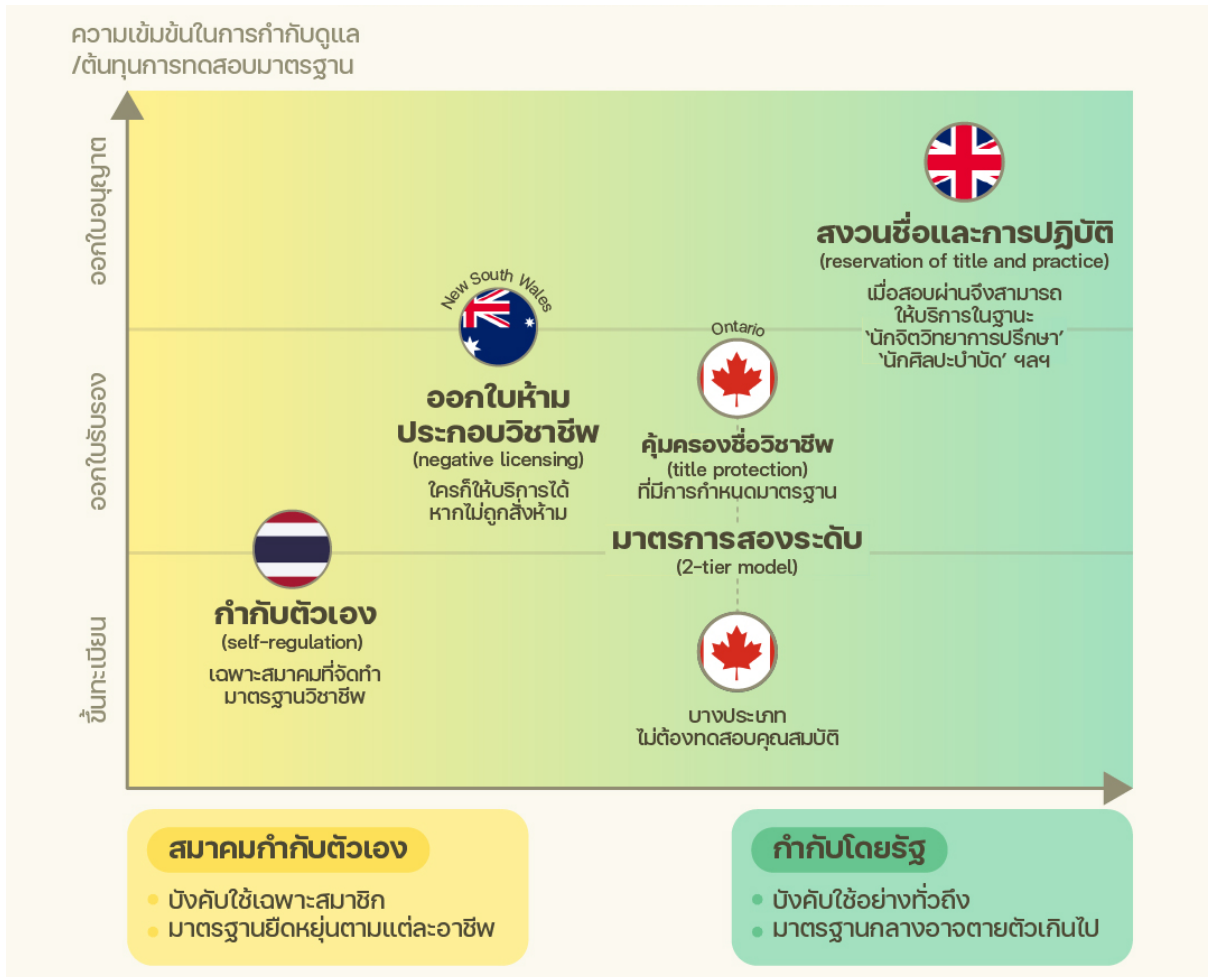
ให้โทษแก่ผู้อยู่ใต้สังกัด ดังนั้นวิชาชีพที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ ยังมีผู้ประกอบการวิชาชีพจำนวนไม่มาก ก็ย่อมทำได้ในระดับต้น จากนั้นค่อยๆ ไต่ระดับขึ้นไปเมื่อวิชาชีพได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายมากขึ้นในสังคม

ผู้ที่ทำหน้าที่กำกับดูแลในทั้ง 3 ระดับ ข้างต้นอาจเป็นสมาคมวิชาชีพ (self-regulation) หรือรัฐ (statutory regulation) ก็ได้ แบบแรกถูกเรียกว่าเป็นการกำกับดูแลกันเองเพราะสมาคมย่อมมีอำนาจกำกับดูแลเฉพาะกับคนในสังกัดตนเองเท่านั้น ขณะที่นักบำบัดทุกคนในประเทศหนึ่งย่อมอยู่ภายใต้กฎหมายของรัฐ นอกจากนี้ทั้งสมาคมและรัฐอาจร่วมกันกำกับดูแล (co-regulation) โดยแบ่งงานกันทำตามความเหมาะสม

แม้การกำกับแบบดูแลกันเองจะครอบคลุมน้อยกว่า แต่ก็มีผลความยืดหยุ่นของมาตรฐานวิชาชีพมาก ขณะที่การกำกับโดยรัฐมักเข้มงวดตายตัว ซึ่งอาจจะเหมาะกับนักจิตวิทยาบางประเภท อาทิ นักประสาทจิตวิทยา (Neuropsychologist) ที่ทำงานบนฐานการแพทย์มากกว่า แม้จะเป็นอาชีพที่เริ่มรวมตัวกันในประเทศไทยได้เพียงราว 2 ปี แต่สามารถเดินหน้าสร้างมาตรฐานได้อย่างรวดเร็ว โดยได้รับการสนับสนุนจากกรมการแพทย์ในการจัดทำหลักสูตรและคาดว่าจะไปถึงขั้นออกใบประกาศนียบัตรได้ภายในปี 2025⁸

ที่มา: Freepik





ที่มา

World Bank (2023) และ สพฐ. (ม.ป.ป.อ) คำนวณโดย คิด for คิดส์



วิธีกำกับดูแลทั่วโลก มีจุดแข็ง-จุดอ่อนแตกต่างกัน

การเพิ่มความเข้มงวดและครอบคลุมในการกำกับดูแลสามารถทำได้หลายรูปแบบ บนพื้นฐานของแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น โดยอาจผสมผสานการกำกับในหลายระดับ และออกแบบ

วิธีทำงานร่วมกันระหว่างสมาคมวิชาชีพกับรัฐให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละประเทศ ซึ่งจะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบเพื่อสร้างสมดุลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

รัฐนิวเซาท์เวลส์ของออสเตรเลียเลือกใช้วิธีให้อำนาจสั่งห้ามประกอบวิชาชีพ (negative licensing) แก่คณะกรรมการวิชาชีพ ให้สามารถมีการพิจารณาห้ามบุคคลที่ละเมิดจรรยาบรรณวิชาชีพอย่างร้ายแรงเป็นรายบุคคลไป นักจิตบำบัดทั่วไปจึงสามารถเลือกวิธีดูแลจิตใจและให้บริการได้โดยเสรี トラบใดที่ไม่ทำอันตรายต่อสังคมจนถูกสั่งห้าม วิธีการนี้ช่วยเพิ่มการคุ้มครองแก่สาธารณะโดยใช้ต้นทุนที่ไม่สูงมาก แต่ก็อาจสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนได้ไม่มากนัก

การคุ้มครองชื่อวิชาชีพ (title protection) เป็นวิธีการกำกับดูแลที่ทั่วถึงมากขึ้น โดยรัฐออกกฎหมายรับรองให้สมาคมวิชาชีพกำหนดคุณสมบัติ ให้ผู้ที่ผ่านเกณฑ์เท่านั้นจึงจะเรียกตัวเองว่าเป็น ‘นักจิตวิทยาการปรึกษา’ ‘นักศิลปะบำบัด’ ฯลฯ วิธีการนี้จะช่วยเพิ่มความมั่นใจแก่สาธารณะได้มากขึ้น ผู้รับบริการสามารถตรวจสอบว่าผู้ที่ตนจะเลือกใช้บริการมีใบรับรองและลงทะเบียนกับภาครัฐอย่างถูกต้องหรือไม่ ข้อจำกัดของวิธีการนี้คือวิชาชีพที่จะเข้าข่ายได้รับการคุ้มครอง จะต้องมียุติธรรมและรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งมีความท้าทายสำคัญของงานดูแลจิตใจที่มีความหลากหลายสูง

แนวร่วมวิชาชีพสุขภาพจิต (The Coalition of Mental Health Professionals) รัฐออนแทรีโอของแคนาดา เสนอให้ใช้รูปแบบที่เรียกว่ามาตรการสองระดับ (2-tier model) คือใช้การออกใบรับรองกับวิชาชีพที่มีความพร้อมในการจัดทำมาตรฐาน และมีความชำนาญเฉพาะด้าน เช่น นักจิตวิทยาคลินิก นักบำบัดคู่สมรสและครอบครัว (Marriage and Family Therapist) ขณะที่นักจิตบำบัดในระดับเริ่มต้นจะได้รับการคุ้มครองในชื่อ ‘นักบำบัดโดยให้การศึกษา’ (Counselling Therapist) ซึ่งกำหนด

ให้เพียงแค่ลงทะเบียนกับรัฐโดยไม่ต้องทดสอบคุณสมบัติ วิธีการนี้ช่วยให้ผู้ที่ผ่านการฝึกฝนอย่างเข้มข้นได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการ ในขณะที่เดียวกันก็รักษาความหลากหลายและยืดหยุ่นของผู้ให้บริการแบบอื่นๆ เอาไว้ด้วย อย่างไรก็ตาม มาตรการสองระดับของแคนาดาก็ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นการสร้างความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพระหว่างคนในพื้นที่ชนบทกับเมือง เพราะนักจิตวิทยาในระดับสูงมีแนวโน้มจะถูกดึงดูดให้ไปทำงานในเมืองใหญ่มากกว่า⁹

การกำกับดูแลระดับที่เข้มงวดที่สุดคือการสงวนชื่ออาชีพและการปฏิบัติ (Reservation of title and Practice) ซึ่งอยู่ในรูปแบบของการออกใบอนุญาต (licensure) แก่ผู้ที่ผ่านการทดสอบ ดังนั้นประชาชนจึงสามารถตรวจสอบผู้ให้บริการได้ทั้งในแง่ของการลงทะเบียนกับรัฐอย่างถูกต้อง (registered) และมีความสามารถเพียงพอ (competence) ตัวอย่างของการใช้มาตรการระดับนี้คือการกำกับดูแลแพทย์

ที่มา: Freepik



การใช้มาตรการที่เข้มงวดมาพร้อมกับการกำหนดนิยามวิชาชีพที่คมชัดและตายตัวยิ่งขึ้น สหราชอาณาจักรจึงเลือกใช้วิธีแบ่งประเภทวิชาชีพ แยกย่อยลงไป โดยรวมศูนย์การกำกับและทดสอบมาตรฐานทั้งหมดภายใต้สภาวิชาชีพสุขภาพและการดูแล (Health and Care Profession Councils) HCPC เป็นผู้อำนวยการตรวจสอบคุณสมบัติ 15 สาขา สอนวิชาชีพ 45 ชื่อให้กับผู้ที่ผ่านการทดสอบ

อาทิ นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยาการศึกษา นักจิตวิทยาการศึกษา นักจิตวิทยาการกีฬา นักจิตวิทยาการบำบัด ฯลฯ โดยแต่ละสาขามีเกณฑ์การทดสอบแตกต่างกันออกไป แม้ระบบนี้จะสร้างสมดุลของการสร้างมาตรฐานกับความยืดหยุ่นได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ถูกวิจารณ์ว่าเป็นการทำให้วิชาชีพแตกเป็นเสี่ยงๆ ซึ่งเป็นการบั่นทอนความเข้มแข็งของวิชาชีพโดยรวม¹⁰



กำกับนักจิตบำบัด เรื่องยากระดับโลก

แม้การสร้างมาตรฐานให้งานดูแลจิตใจจะมีประโยชน์อย่างชัดเจน แต่ทั่วโลกกลับมีประเทศที่รัฐยื่นมือเข้าไปกำกับดูแลวิชาชีพเหล่านี้เพียง 29% และทั้งหมดเป็นชาติยุโรปที่มีบริบทพัฒนาการวิชาชีพที่ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ยังมีหลายประเทศที่ไม่มีกฎหมายกำกับนักจิตวิทยาประเภทใดๆ เลย เช่น เกาหลีใต้¹¹ เหตุผลที่ประเทศส่วนใหญ่ไม่กำกับดูแลนักให้การศึกษาและนักจิตบำบัดมีหลายประการด้วยกัน แต่ข้อที่เด่นชัดที่สุดคือไม่สามารถหาข้อสรุปได้ว่าตกลงแล้วจะกำกับดูแลใครบ้างกันแน่

สหราชอาณาจักรเคยพิจารณาที่จะขยายการกำกับดูแลที่มีอยู่ให้ครอบคลุมนักให้การศึกษา (counsellor) และนักจิตบำบัด (psychotherapist) ทั่วไป แต่เป็นอันต้องล้มเลิกไปเนื่องจากคณะทำงานไม่สามารถหาข้อสรุปได้ว่าควรหรือไม่ควร

รวมใครบ้างเข้ามาด้วย¹² คณะทำงานศึกษาความเป็นไปได้ในการกำหนดมาตรฐานข้ามรัฐของแคนาดาพบว่าอาชีพลักษณะนี้มีไม่น้อยกว่า 70 ชื่อเรียกทั่วโลก สมาคมนักให้การศึกษาและนักจิตบำบัดแคนาดาจึงตัดสินใจกำหนดขอบเขตการกำกับดูแลโดยอาศัยการนิยามขอบเขตวิธีการที่ใช้ (scope of practice) แทนที่จะเป็นชื่ออาชีพ¹³

ความหลากหลายของอาชีพให้การศึกษาและจิตบำบัดเป็นโจทย์หินของการกำกับมาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อแต่ละวิชาชีพหลงลักพื้นฐานจนได้รับการยอมรับมาเป็นเวลานาน สหภาพยุโรปมีความพยายามที่จะร่างกรอบคุณสมบัติกลาง (Common Training Frameworks) เพื่อรองรับการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนของวิชาชีพเหล่านี้มาตั้งแต่ปี 2018 แต่ยังคงไม่สามารถหาข้อสรุปซึ่งเป็นที่ยอมรับได้มาจนถึงปัจจุบัน¹⁴

ความหลากหลายในแหล่งต้นกำเนิดวิชาชีพ
ดูแลจิตใจข้างต้น เป็นภาพสะท้อนของความรู้
และความเชี่ยวชาญที่ถูกนำเข้ามายังประเทศ
ปลายทาง เป็นเหตุผลว่าทำไมนักจิตวิทยา
การปรึกษาไทยอาจยังต้องใช้เวลาอีกระยะหนึ่ง

เพื่อกำหนดมาตรฐานให้เป็นที่ยอมรับจากสถาบัน
การศึกษาต่างๆ ที่มีแนวคิดและจำนวนชั่วโมง
การฝึกฝนบัณฑิตที่แตกต่างกัน¹⁵ จึงจะยกระดับ
ไปสู่การกำกับดูแลที่เข้มงวดขึ้นได้



ที่มา
Kim et al. (2022)



เหตุผลอีกด้านของผู้คัดค้านการกำกับดูแล

ความคลุมเครือของอาชีพนักบำบัด เป็นผลมาจากธรรมชาติของการดูแลจิตใจซึ่งวางอยู่บนฐานของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้รับบริการ เป็นงานที่ซ้อนทับกับความสัมพันธ์ส่วนตัว ผูกติดกับบุคคล และมีรูปแบบที่หลากหลายและแปรเปลี่ยนอยู่เสมอ ต่างไปจากการรักษาโรคในทางการแพทย์ที่วางอยู่บนฐานข้อเท็จจริงเกี่ยวกับร่างกายซึ่งสามารถบันทึกลงในแฟ้มผู้ป่วยและโอนย้ายไปที่ใดก็ได้ การกำหนดมาตรฐานผู้ที่ จะทำการรักษาจึงทำได้ง่ายกว่ากันมาก

ฐานคิดที่แตกต่างจากวิชาชีพดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ ทำให้เกิดข้อกังวลว่า การนำวิธีกำกับมาตรฐานบุคลากรทางการแพทย์มาใช้กับนักให้การรักษาและจิตบำบัด อาจส่งผลเสียมากกว่าส่งผลดี เช่น อาจบีบให้สถาบันการศึกษาต่างๆ ต้องมุ่งตอบมาตรฐานที่ตั้งขึ้น จนเป็นอุปสรรคต่อการสร้างนวัตกรรมในการบำบัดใหม่ๆ¹⁶

นักให้การรักษาและนักจิตบำบัดที่ไม่เห็นด้วยกับการกำกับโดยรัฐมองว่า “เสรีภาพในการมีความสัมพันธ์ที่ยืดหยุ่นกับผู้รับบริการ”¹⁷ เป็นกุญแจสำคัญของการเยียวยาจิตใจที่ประสบความสำเร็จ และการกำกับดูแลจากรัฐจะเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ข้อถกเถียงอีกประการหนึ่งคือ ในเมื่อผลลัพธ์ของการให้บริการเป็นสิ่งที่เกิดแก่จิตใจของผู้รับบริการ ผู้ที่จะตัดสินว่าบริการทางจิตวิทยานั้นๆ มีคุณภาพดีหรือไม่ ควรเป็นผู้รับบริการ ไม่ใช่รัฐ¹⁸



ที่มา: Freepik

ผลสัมฤทธิ์ของการดูแลจิตใจเป็นสิ่งที่วัดผลได้ยาก หรืออาจทำไม่ได้เลย คณะทำงานศึกษาการกำหนดมาตรฐานวิชาชีพในออสเตรเลียระบุในรายงานเมื่อปี 2020 ว่า “ไม่มีหลักฐานที่หนักแน่นเพียงพอจะยืนยันว่าผู้ที่ลงทะเบียนและมีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด สามารถให้บริการที่มีคุณภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์”¹⁹ ข้อนี้ไม่ได้แปลว่าการฝึกฝนทางวิชาการไม่มีความหมาย เพียงแต่ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะใช้ได้ดีในทุกกรณี และยังไม่มีเครื่องมือประเมินที่ดีพอจะใช้หากล้างข้อโต้แย้งที่ว่า นักบำบัดมือสมัครเล่นไม่ได้ด้อยประสิทธิภาพและอันตรายมากไปกว่าผู้ที่ผ่านการฝึกฝนตามเกณฑ์ซึ่งก็อาจใช้ความเชี่ยวชาญของตนมาละเมิดผู้รับบริการได้เช่นกัน²⁰

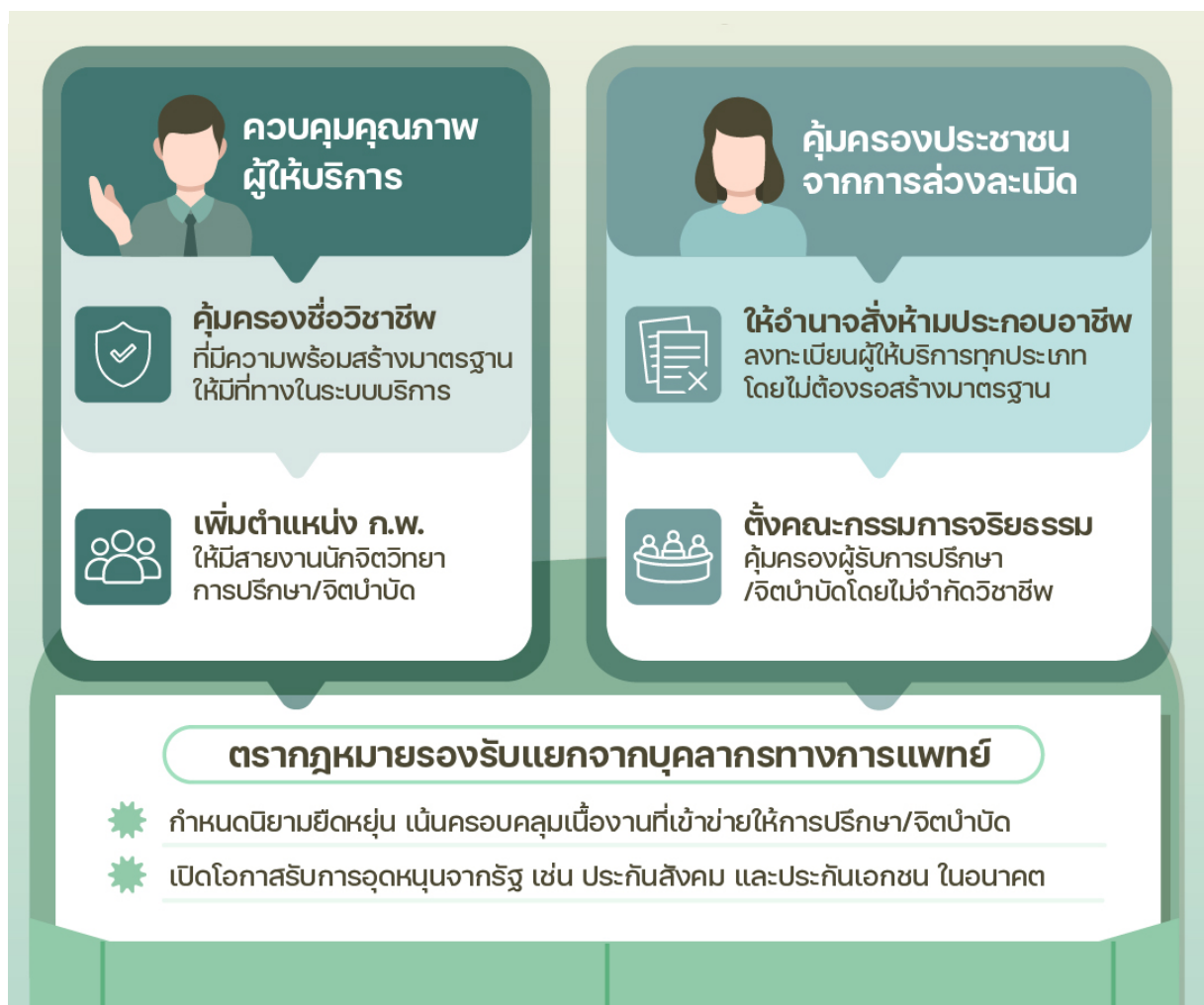


สองจุดเน้นที่ต้องทำควบคู่กัน

บทเรียนจากความพยายามกำกับดูแลในต่างประเทศ ช่วยย้ำเตือนว่าการออกแบบนโยบายกำกับมาตรฐานนักให้การศึกษาและนักจิตบำบัดจะต้องทำอย่างรัดกุม เพื่อให้การตีกรอบการให้บริการดูแลจิตใจเป็นสิ่งที่ได้คุ้มเสีย

โมเดลการกำกับดูแลที่มีความหลากหลายยังแสดงให้เห็นว่าการควบคุมคุณภาพของการบริการกับการคุ้มครองประชาชนเป็นสองจุดเน้นที่ตอบโจทย์ได้ด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน จึงอาจ

ทำไปได้พร้อมๆ กัน โดยไม่ต้องผูกโยงกันเป็นเรื่องเดียว การขอให้สมาคมวิชาชีพต่างๆ มีความพร้อมในการจัดทำมาตรฐานอย่างค่อยเป็นค่อยไปอาจช้าเกินไป ขณะที่การรวบอำนาจไว้ที่รัฐก็เสี่ยงทำให้การดูแลจิตใจเป็นการแพทย์ล้นเกิน ตัวอย่างของการแยกส่วนการกำกับดูแลสองด้านนี้พบได้ในแคนาดาซึ่งมีการแบ่งหน้าที่ในการกำกับมาตรฐานผู้ให้บริการให้เป็นของสมาคมวิชาชีพ ส่วนการกำกับจรรยาบรรณโดยภาพรวมเป็นของสถาบันกำกับดูแล (regulatory college)²¹





ที่มา: Freepik

การผลักดันกฎหมายกำกับดูแลในประเทศไทยอาจใช้ตัวอย่างของประเทศที่มีการกำกับร่วมกันระหว่างรัฐกับสมาคมวิชาชีพ (co-regulation) เป็นต้นแบบ และควรตั้งคณะกรรมการเพื่อศึกษาแนวทางกำหนดนิยามขอบเขตการกำกับให้ครอบคลุมผู้ให้บริการในบริบทสังคมไทยมากที่สุด และใช้มาตรการขั้นต่ำคือการลงทะเบียน (registration) กับทุกอาชีพที่เข้าข่าย

กฎหมายดังกล่าวควรตราขึ้นแยกต่างหากจากการกำกับดูแลบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้มีความยืดหยุ่นสอดคล้องกับธรรมชาติของงานดูแลจิตใจ โดยใช้มาตรการคุ้มครองชื่อวิชาชีพ (title protection) สำหรับวิชาชีพที่มีความพร้อมในการจัดทำมาตรฐาน พร้อมกับแก้ไขเพิ่มเติมมาตรฐานกำหนดตำแหน่งของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ให้รองรับสายงานของนักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตบำบัด

เพื่อสร้างที่ทางให้เติบโตในระบบบริการภาครัฐได้อย่างทัดเทียมนักจิตวิทยาคลินิก ช่วยเพิ่มการเข้าถึงการเยียวยาจิตใจที่เป็นองค์รวมแก่ประชาชน นอกจากนี้ การรับรองสถานะของนักดูแลจิตใจจะยังเปิดโอกาสให้บริการเหล่านี้สามารถเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์บัตรทอง กองทุนประกันสังคม รวมถึงประกันเอกชนได้ในอนาคต

สำหรับวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งเข้าข่ายผู้ให้การปรึกษาและจิตบำบัด แม้จะยังไม่มีศักยภาพในการจัดทำมาตรฐานวิชาชีพ ก็ควรเข้ามาอยู่ใต้การกำกับดูแลในระดับอ่อน โดยอาจพิจารณาใช้มาตรการให้อำนาจสั่งห้ามประกอบอาชีพ (negative licensing) แก่คณะกรรมการจริยธรรมที่สามารถพิจารณาการละเมิดจรรยาบรรณได้ทุกกรณีแม้ไม่ใช่ผู้ที่สังกัดสมาคมวิชาชีพใดหนึ่ง เพื่อเพิ่มการคุ้มครองแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง



เชิงอรรถ

1. พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2556. 2013. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 130 ตอนที่ 13 ก. หน้า 10
2. Hfocus. 2024. 'เปิดตัวเลขคนไทย 10 ล้านคน มีปัญหาสุขภาพจิต นักศึกษา "เครียด ซึมเศร้า" พยายามทำร้ายตัวเอง'. Hfocus.org. 2024. <http://www.hfocus.org/content/2024/03/30088>.
3. ประชาไท. 2024. 'ผู้รับบริการทางสุขภาพจิตร้อง กมธ.สุขภาพ หลังเกิดกรณีล่งละเมิดทางเพศผู้รับบริการ | ประชาไท Prachatai.com'. 24 ตุลาคม 2024. <https://prachatai.com/journal/2024/07/109825>.
4. สมาคมจิตวิทยาการปรึกษาแห่งประเทศไทย. 2024. 'จรรยาบรรณวิชาชีพนักจิตวิทยาการปรึกษา'. ThaiCounseling. 2024. <https://www.thaicounseling.org/thai-counseling-psychologist-professional-ethics>.
5. สรัช สินธุประมา. 2024. 'กินยาต้านเศร้า vs เข้าวัดปฏิบัติธรรม: สองทางที่เลือกไม่ค่อยได้ของคนซึมเศร้า'. 101 PUB. 2 เมษายน 2024. <https://101pub.org/antidepressant-vs-buddhist-meditation-false-dilemma/>.
6. O'Hara, Denis. 2023. 'Conceptions of Counselling and Psychotherapy: Towards Professional Self-Clarification'. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia* 11 (2). <https://doi.org/10.59158/001c.88162>.
7. Waller, Diane, and Michael Guthrie. 2013. 'The Sociology of Regulation: The Case of Psychotherapy and Counselling and the Experience of the Arts Therapies'. *British Journal of Guidance and Counselling* 41 (February). <https://doi.org/10.1080/03069885.2012.752068>.
8. สัมภาษณ์กรรมการชมรมประสาทจิตวิทยาแห่งประเทศไทย, 29 กุมภาพันธ์ 2024
9. Barker, Conor, Krista C. Ritchie, Sara King, and Veronica Hutchings. 2023. 'In Canada's Two-Tiered Mental Health System, Access to Care Is Especially Challenging in Rural Areas'. *The Conversation*. 2 April 2023. <http://theconversation.com/in-canadas-two-tiered-mental-health-system-access-to-care-is-especially-challenging-in-rural-areas-202121>.
- 10, 11, 12, 18. Kim, Hee Sun, Seowon Yoon, Gaeun Son, Euntaek Hong, Amanda Clinton, Catherine L. Grus, David Murphy, et al. 2022. 'Regulations Governing Psychologists: An International Survey'. *Professional Psychology: Research and Practice* 53 (6): 541–52. <https://doi.org/10.1037/pro0000470>.
- 13, 21. Canadian Counselling and Psychotherapy Association. n.d. 'The Profession & Regulation'. Accessed 3 October 2024. <https://www.ccpa-accp.ca/profession-and-regulation/>.

14. European Commission. n.d. 'Common Training Frameworks'. Accessed 3 October 2024. https://single-market-economy.ec.europa.eu/single-market/services/free-movement-professionals/policy-developments/common-training-frameworks_en.

15. สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต็มพันธ์ อุปนายกสมาคมจิตวิทยาการปรึกษาแห่งประเทศไทย, 15 มีนาคม 2024

16. Mowbray, Richard. 1995. *The Case Against Psychotherapy Registration. A Conservation Issue for the Human Potential Movement*. Trans Marginal Press.

17. Hall, Rachel. 2024. 'All Psychotherapists in England Must Be Regulated, Experts Say, after Abuse Claims Rise'. *The Guardian*, 19 October 2024, sec. Society. <https://www.theguardian.com/society/2024/oct/19/psychotherapists-in-england-must-be-regulated-experts-say-after-abuse-claims-rise>.

19. Productivity Commission. 2020. 'Mental Health: Productivity Commission Inquiry Report (Vol 2, No. 95)'. Commonwealth of Australia. <https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/mental-health/report>.

20. Macleod, Anna, and Bernadette Mcsherry. 2007. 'Regulating Mental Healthcare Practitioners: Towards a Standardised and Workable Framework'. *Psychiatry, Psychology and Law* 14 (1): 45–55. <https://doi.org/10.1375/pplt.14.1.45>.



ผู้วิจัยหลัก

สรัช สินธุประมา

ติดต่อ

taoverymuch@gmail.com

contact.101pub@gmail.com

นักวิจัยนโยบายสาธารณะ 101 PUB อยากทำให้
ตัวเลขเชิงนโยบายมีความหมายกับชีวิตของคุณ



101 PUB หรือ 101 Public Policy Think Tank - ศูนย์ความรู้นโยบายสาธารณะ
เพื่อการเปลี่ยนแปลง มุ่งทำงานวิจัยด้านนโยบายสาธารณะไทยในบริบทโลกใหม่
เราทำงานวิเคราะห์ ออกแบบ ขับเคลื่อน และสื่อสารนโยบายสาธารณะ บนฐาน
วิชาการ ฐานการพัฒนา และฐานประชาธิปไตย



www.101pub.org



[101PUB](https://www.facebook.com/101PUB)



[@101_PUB](https://www.instagram.com/101_PUB)



[@101_pub](https://twitter.com/101_pub)



contact.101pub@gmail.com