

การสังเคราะห์ข้อมูลนโยบาย สุขภาพจิตของประชากร ชาวไทยภายใต้บริบท หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บวรศม ลีระพันธ์
ภาณุวิชญ์ แก้วทำจรชัย
วินิตรา แก้วพิลา

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการการสังเคราะห์ชุดนโยบายสุขภาพจิตของประชากรไทย
ภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(A Synthesis of Comprehensive Public Policy Packages to
Improve Population Mental Health under the Context of
Thailand's Universal Health Coverage)

รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์บวรศม ลีระพันธ์
แพทย์หญิงวินิทรา แก้วพิลา
นายแพทย์ภาณุวิชญ์ แก้วกำจรชัย

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
โครงการศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว
ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เมษายน 2567

--หน้านี้ตั้งใจเว้นว่าง—

สารบัญ

สารบัญ.....	1
สารบัญภาพ.....	4
1. ที่มาและความสำคัญ (Background and Rationale).....	7
2. ระเบียบวิธีวิจัย (Study Methods).....	11
3. ผลการศึกษา (Findings).....	13
3.1 ข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องกรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพจิตที่ใช้กำหนดขอบเขตของ การพัฒนาโยบายสาธารณะ.....	13
3.1.1 ที่มาและวิวัฒนาการของกรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพจิต.....	13
3.1.2 นัยยะสำคัญของกรอบแนวคิดต่อการพัฒนาโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจิต.....	19
3.2 ข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องแนวทางการออกแบบและพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต 21	
3.2.1 กระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต.....	22
3.2.2 กรอบแนวคิดเรื่องการออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตแบบผสมผสานขององค์การอนามัยโลก.....	23
3.2.3 แนวคิดเรื่องการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบสามมิติขององค์การอนามัยโลก.....	25
3.2.4 แนวคิดเรื่องนวัตกรรมที่สร้างความพลิกผัน (Disruptive Innovation).....	27
3.2.5 แนวทางการออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตในฐานะการพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพ.....	29
3.2.6 ตัวอย่างกระบวนการออกแบบนโยบายสุขภาพจิตในต่างประเทศ.....	30
3.3 ข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยแบบผสมผสานเรื่องสถานการณ์สุขภาพจิตในประเทศไทย.....	33
3.3.1 สถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพจิตในประเทศไทย.....	33
3.3.2 ความพยายามในการพัฒนาโยบายสุขภาพจิตของประเทศไทย.....	41
3.3.3 ข้อจำกัดของกระบวนการพัฒนาโยบายสุขภาพจิตภายใต้ระบบราชการไทย.....	47
3.4 ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยกระบวนการคิดเชิงระบบ.....	62

3.4.1 โครงสร้างของระบบการทำงานแบบแยกส่วนทำให้ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทย	62
3.4.2 จุดคานดีคานงัดในของระบบที่มีศักยภาพในการใช้ออกแบบนโยบายเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยอย่างยั่งยืน	67
4. การอภิปรายและสรุปผล (Discussions and Conclusion)	72
4.1 ข้อเสนอเชิงนโยบายภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	73
4.2 ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย	75
5. เอกสารอ้างอิง	76
6. ภาคผนวก : รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การสังเคราะห์ชุดนโยบายสุขภาพจิตของประชากรไทยภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ของห้องปฏิบัติการนโยบายสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ณ โรงแรม ดะ สุกโกศล กรุงเทพฯ ในวันที่ 11 มีนาคม 2567.....	82

--หน้านี้ตั้งใจเว้นว่าง--

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 แผนภาพเปรียบเทียบกรอบแนวคิดชีวการแพทย์ (biomedical model) และกรอบแนวคิดชีวจิตสังคม (bio-psycho-social model)	17
ภาพที่ 2 กระบวนการทำให้ผู้มีความแตกต่างกลายเป็นประเด็นทางการแพทย์ (medicalization of deviance).....	20
ภาพที่ 3 กระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต (mental health help-seeking behavior) 22	
ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการทำงานพัฒนาสุขภาพจิตในนโยบายสุขภาพใจถ้วนหน้า.....	23
ภาพที่ 5 The WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health	24
ภาพที่ 6 แนวคิดเรื่องการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบสามมิติขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization's UHC Cube).....	25
ภาพที่ 7 แนวคิดเรื่องการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบสามมิติขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization's UHC Cube).....	26
ภาพที่ 8 แนวคิดเรื่องนวัตกรรมที่สร้างความพลิกผัน (Disruptive Innovation).....	27
ภาพที่ 9 แนวคิดเรื่องนวัตกรรมที่สร้างความพลิกผัน (Disruptive Innovation) ในด้านการแพทย์และสาธารณสุข(24).....	28
ภาพที่ 10 กรอบแนวคิดเรื่องปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health: SDH) และความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity).....	29
ภาพที่ 11 อัตราการฆ่าตัวตายในประชากรไทย (รายต่อแสนประชากร) ในระหว่างปี พ.ศ.2540-2566 33	
ภาพที่ 12 อัตราผู้มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ารายช่วงอายุ (2020-2023).....	35
ภาพที่ 13 การเข้าถึงบริการสุขภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยที่พัฒนาการล่าช้า	36
ภาพที่ 14 การจัดอันดับระดับความสุขของประชาชนในประเทศไทยโดย Sustainable Development Solutions Network's World Happiness Report ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2563	37

ภาพที่ 15 การจัดอันดับระดับความสุขของประชาชนในประเทศไทยโดย Sustainable Development Solutions Network’s World Happiness Report 2023 (พ.ศ.2566)	38
ภาพที่ 16 ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตทางระบบสายด่วน (hotline) ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย	
39	
ภาพที่ 17 การประเมินสถานการณ์สุขภาพจิตของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขด้วย Happinometer ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2565	40
ภาพที่ 18 สถานการณ์กำลังคนทำงานสุขภาพจิตของประเทศไทยเทียบกับต่างประเทศ	41
ภาพที่ 19 กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อคนไทยมีสุขภาพจิตดี พ.ศ.2566	43
ภาพที่ 20 ช่องทางการสำรวจสุขภาพใจตนเองผ่าน online applications โดยกรมสุขภาพจิต	43
ภาพที่ 21 ช่อง hotline โดยกรมสุขภาพจิต และ online applications โดยสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ .	44
ภาพที่ 22 ตัวอย่างความพยายามสร้างนวัตกรรมเพื่อเพิ่มการป้องกัน การคัดกรอง และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต โดยความร่วมมือจากทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และผู้ประกอบการภาคเอกชน .	45
ภาพที่ 23 การจัดกิจกรรม “HACK ใจ” โดยสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส และภาคีเครือข่าย.....	46
ภาพที่ 24 ความเชื่อมโยงของนโยบายสุขภาพจิตกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	46
ภาพที่ 25 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิตอย่างบูรณาการตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562	47
ภาพที่ 26 แผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (causal loop diagram: CLD) แสดงโครงสร้างของระบบที่ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทยภายใต้การดำเนินนโยบายในปัจจุบัน (status quo)	
63	
ภาพที่ 27 แผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (causal loop diagram: CLD) แสดงโครงสร้างของระบบที่ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทยภายใต้การดำเนินนโยบายในปัจจุบัน (status quo)	
64	
ภาพที่ 28 แผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (causal loop diagram: CLD) แสดงโครงสร้างของระบบที่ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทยภายใต้การดำเนินนโยบายในปัจจุบัน (status quo)	
65	

ภาพที่ 29 แผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (causal loop diagram: CLD) แสดงโครงสร้างของระบบที่ทำให้
ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทยภายใต้การดำเนินนโยบายในปัจจุบัน (status quo)

66

ภาพที่ 30 แผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (causal loop diagram: CLD) แสดงกลไกการสร้างการ
เปลี่ยนแปลงของ “นโยบายการสร้างสุขภาพจิตเชิงบวก” ที่มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ
ระบบเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยอย่างยั่งยืน..... 70

1. ที่มาและความสำคัญ (Background and Rationale)

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage: UHC) มาตั้งแต่เริ่มดำเนินนโยบายดังกล่าวในปี พ.ศ.2542 มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage scheme: UCS) เพื่อคุ้มครองความเสี่ยงทางการเงินจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในกลุ่มประชากรที่ยังไม่เคยได้รับสิทธิด้านการประกันสุขภาพมาก่อน ทำให้ประชากรประมาณ 98% ซึ่งอาศัยอยู่ในประเทศไทยได้รับการคุ้มครองโดยกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ (1)(2) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะประสบความสำเร็จในภาพรวม การศึกษาวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าประชากรไทยยังมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพถึงแม้ว่าจะมีสิทธิในการได้รับการคุ้มครองเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแล้วก็ตาม ซึ่งมีสาเหตุจากข้อจำกัดของผู้รับบริการสุขภาพ โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจสถานะของประชากรหลายกลุ่ม รวมทั้งข้อจำกัดของผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น การขาดทรัพยากรที่จำเป็นในการส่งมอบบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ หรือการขาดความเชื่อมโยงกันของระบบบริการสุขภาพที่ยังแยกส่วนกันในหลากหลายหน่วยงาน(3) ทำให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพและความเป็นธรรมของภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นอกจากปัญหาด้านคุณภาพและความเป็นธรรมของการดูแลรักษาโรคทางกายภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ประเทศไทยยังมีความท้าทายในการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต เนื่องจากปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพจิตกลายเป็นภาระโรคที่สำคัญของประชากรในประเทศไทยซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มทั่วโลก ปัญหาสุขภาพจิตของประชากรไทยจึงเป็นประเด็นที่ท้าทายต่อการทำงานตามแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการพัฒนาอย่างยั่งยืน (sustainable development)(4) การศึกษาวิจัยเรื่องความชุกของความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตในประชากรทั่วโลกพบว่า ความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability; YLDs) มากถึง 37.4% และทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life-years; DALYs) มากถึง 13%(5) สอดคล้องกับแนวโน้มในประเทศไทยซึ่งพบว่าความชุกโรคของปัญหาด้านสุขภาพจิตกำลังเพิ่มมากขึ้นและกลายเป็นประเด็นปัญหาของสังคมไทยที่น่ากังวลมากขึ้น การสำรวจภาวะบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556 พบว่าประชากรไทยประมาณ 8% มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะวิตกกังวล (anxiety) และโรคที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์ (alcohol-related mental conditions)(6)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยเรื่องปัญหาสุขภาพจิตของประชากรไทยในระดับพื้นที่ เช่น การศึกษาวิจัยในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลกในปี พ.ศ.2559 พบว่ามีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเพียง 29.8% ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตโดยที่วิชาชีพด้านสุขภาพในรอบ 12 เดือนเมื่อมีความต้องการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพสัมพันธ์กับภาวะสูงอายุ

ระดับการศึกษาที่ต่ำ การไม่ได้รับการดูแลรักษาโดยระบบบริการสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และการไม่ได้รับการคุ้มครองโดยกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ(7) ทำให้พิจารณาเห็นได้ว่า การมีผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ยังจำกัดแม้ว่าประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ตาม ประเด็นปัญหาดังกล่าวอาจเกิดจากการที่ปัญหาสุขภาพจิตและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตมีปัจจัยด้านประชากรหรือผู้ป่วยเองนอกเหนือจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านระบบบริการสุขภาพ ซึ่งปัจจัยฝั่งตัวผู้ป่วยหรือปัจจัยฝั่งอุปสงค์ (demand side) ซึ่งมีความเชื่อมโยงแบบพลวัตกับปัจจัยกำหนดด้านสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงโครงสร้าง ทำให้ยากที่จะพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของประชากรไทยภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หากไม่มองเห็นภาพรวมของปรากฏการณ์

ตัวอย่างเช่น การศึกษาโดยวิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบที่ชี้ชัดว่าปัญหาสุขภาพจิต และความยากจน (poverty) พบความสัมพันธ์ที่เป็นสองทางในประเทศกลุ่มรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง (low-and middle-income country) แสดงให้เห็นว่าความยากจนเพิ่มความเสี่ยงในการมีปัญหาสุขภาพจิต และในขณะเดียวกัน การมีปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความยากจน(8) สอดคล้องกับงานวิจัยในปี 2019 ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิमानพบว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในบริบทที่มีความเหลื่อมล้ำทางรายได้สูง (high income inequality) มีภาวะซึมเศร้าเป็น 1.17 เท่าของประชากรที่อยู่ในบริบทที่มีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ต่ำ ในประเทศไทยมีผลการศึกษาที่ระบุว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เป็นความเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าประกอบไปด้วย การเป็นเพศหญิง รายได้ที่ต่ำ ระดับการศึกษาที่ต่ำ การว่างงาน และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย(9) ซึ่งทั้งหมดอาจเรียกได้ว่าการอยู่ในบริบททางสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำไม่ว่าเป็นด้านเพศสถานะ ด้านการเข้าถึงทรัพยากรล้วนมีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตได้ สอดคล้องกับกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงโครงสร้าง ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม ระบบบริการสุขภาพ และสุขภาพของประชากร

จากปรากฏการณ์ที่กล่าวไปข้างต้นอาจเรียกได้ว่าการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในบริบทสุขภาพจิตนั้นไม่มีนโยบายใดนโยบายหนึ่งที่เป็นคำตอบสำหรับทุกอย่าง แต่จำเป็นต้องมีกระบวนการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรอบด้าน ทั้งประเด็นระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม ปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงโครงสร้าง ผู้วิจัยซึ่งประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายและระบบสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านการคิดเชิงระบบ และจิตแพทย์ จึงวางแผนดำเนินโครงการวิจัยร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนวรรณกรรมทั้งในบริบทประเทศไทยและต่างประเทศ ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิในบริบทประเทศไทย รวมถึงการสนทนากลุ่มระหว่างผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาช่องว่างในการพัฒนา (gap for improvement) และนำข้อมูลที่ได้จากทุกกระบวนการมาสังเคราะห์นโยบายสาธารณะที่จะเพิ่มความครอบคลุมประสิทธิผล (effective coverage) ของประเด็นสุขภาพจิตในระบบประเทศไทย

โครงการ “การสังเคราะห์ชุดนโยบายสุขภาพจิตของประชากรไทยภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ต้องการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในประเทศไทย โดยการใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างครอบคลุมรอบด้าน (comprehensive systematic review) เพื่อประเมินสถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทย และเพื่อระบุปัญหาในการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชากรไทยซึ่งมีสุขภาพจิต โดยเฉพาะโอกาสพัฒนาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analysis) เท่าที่จำเป็นเพื่อทำการศึกษาเจาะลึกในเฉพาะบางประเด็นที่จะช่วยฉายภาพให้เห็นปัญหาในเชิงลึก โดยเฉพาะประเด็นความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชากรไทย หรือความไม่เป็นธรรมภายในกระบวนการนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยวิเคราะห์ปัญหาทั้งจากมุมมองของผู้รับบริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียของนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต การศึกษาเปรียบเทียบกับประสบการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพรวมทั้งนโยบายเพื่อการรับมือจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตในต่างประเทศ เพื่อพัฒนาเป็นชุดข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (policy recommendation packages) สำหรับลดช่องว่างระหว่างอุปทานของประชาชนซึ่งต้องการได้รับบริการสุขภาพจิตและอุปสงค์ของระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน และเพื่อลดความไม่เป็นธรรมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยหวังว่าโครงการวิจัยชิ้นนี้จะสามารถสร้างองค์ความรู้สำหรับผู้กำหนดนโยบายระดับชาติที่จะช่วยให้เกิดการออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศไทยที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมมากขึ้น และมีส่วนช่วยทำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสังคมไทยต่อไป

ดังนั้น โครงการ “การสังเคราะห์ชุดนโยบายสุขภาพจิตของประชากรไทยภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” มีวัตถุประสงค์ของการดำเนินโครงการฯ ดังต่อไปนี้

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

--หน้านี้ตั้งใจเว้นว่าง—

2. ระเบียบวิธีวิจัย (Study Methods)

ในการดำเนินโครงการ “การสังเคราะห์ชุดนโยบายสุขภาพจิตของประชากรไทยภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ผู้วิจัยวางแผนประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods research: MMR) ซึ่งประกอบไปด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การทบทวนวรรณกรรม (Literature Review):

ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนวรรณกรรมเชิงพรรณนาความ (narrative literature review) เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นและสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตอย่างรอบด้าน ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต การจัดระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต นโยบายและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต โดยการค้นหาและรวบรวมวรรณกรรมที่ปรากฏบนฐานข้อมูลระดับนานาชาติ (Medline, Scopus และ Embase) รวมถึงฐานข้อมูลงานวิจัยของประเทศไทย (TCI)

2.2 การศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-Methods Research: MMR)

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่ในประเทศไทย ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อทำการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods research: MMR) เพื่อนำเสนอเป็นกรณีศึกษาที่ช่วยอธิบายด้วยตัวอย่างในบริบทของประเทศไทยและช่วยให้เข้าใจข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data: QUAN) ที่บ่งบอกสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตของประชากรไทย สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านสุขภาพจิต และสถานการณ์คุณภาพของระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ฐานข้อมูลสุขภาพบนฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (MOPH HDC) โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

นอกจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data analysis: QUAL) เพื่อทำความเข้าใจองค์ประกอบและปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของประชากรไทยโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดและเครื่องมือของกระบวนการคิดเชิงระบบ เช่น การสังเคราะห์แผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (causal loop diagramming: CLD) โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติมจากข่าวที่เกี่ยวข้อง หรือการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยดำเนินการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การสังเคราะห์ชุดนโยบายสุขภาพจิตของประชากรไทยภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ในวันที่ 11 มีนาคม 2567 เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการของห้องปฏิบัติการนโยบาย (policy lab) เพื่อเชิญผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วนมาร่วมกันทำงานสังเคราะห์นวัตกรรมเชิง

นโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของประชากรไทยภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรมฯ ได้แก่

- 1) ผู้วิจัยนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมอย่างครอบคลุมรอบด้าน เพื่อประเมินสถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทย และเพื่อระบุปัญหาในการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชากรไทยซึ่งมีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะโอกาสพัฒนาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพ
- 2) ผู้วิจัยนำเสนอกระบวนการคิดเชิงระบบที่ใช้เป็นเครื่องมือในการทำงานการสังเคราะห์ชุดนโยบายสุขภาพจิตของประชากรไทยภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 3) ผู้วิจัยนำเสนอข้อค้นพบเบื้องต้นแก่ผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประยุกต์ใช้กระบวนการคิดเชิงระบบ เพื่อร่วมกันวิพากษ์และพัฒนาต่อยอดแนวทางการนำข้อค้นพบเบื้องต้นไปสังเคราะห์เป็นชุดนโยบายสุขภาพจิตของประชากรไทยภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การสังเคราะห์ชุดนโยบายสุขภาพจิตของประชากรไทยภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ในวันที่ 11 มีนาคม 2567 มีผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ดังนี้ (รายชื่อของผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมดแสดงไว้ในภาคผนวก)

- 1) ผู้กำหนดนโยบายสาธารณะ ระดับประเทศและระดับพื้นที่ (เช่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฯลฯ) รวม 4-5 ท่าน
- 2) วิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต ทั้งภาครัฐและเอกชน (เช่น จิตแพทย์, นักจิตวิทยา, นักสังคมสงเคราะห์, สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย, สมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, อาจารย์คณะจิตวิทยาและคณะแพทยศาสตร์, ผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางโทรเวช) รวม 10-15 ท่าน
- 3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพจิต ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม และสื่อมวลชน (เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สภาเด็กและเยาวชน, ธนาคารจิตอาสา, และองค์กรกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย ฯลฯ) รวม 4-5 ท่าน
- 4) นักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสาธารณะ นโยบายสุขภาพและระบบสุขภาพ (เช่น สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต, สถาบันเพื่อการยุติธรรมแห่งประเทศไทย, ฯลฯ) รวม 4-5 ท่าน

3. ผลการศึกษา (Findings)

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเชิงพรรณนาความ (narrative literature review) และทบทวนข้อมูลจากฐานข้อมูลทฤษฎีภูมิในประเทศไทย เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ผลการศึกษาวิจัยที่บ่งชี้แนวโน้มของสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทย ระบุโอกาสในการพัฒนาสุขภาพจิตของประชากรไทยภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยโดยศึกษาเปรียบเทียบกับแนวทางการพัฒนาสุขภาพจิตจากบทเรียนของนานาชาติ และประยุกต์ใช้กระบวนการคิดเชิงระบบเพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาสังเคราะห์เป็นชุดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอย่างครอบคลุมรอบด้านเพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนา “สุขภาพจิตถ้วนหน้า” ในบริบทประเทศไทย

3.1 ข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องกรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพจิตที่ใช้กำหนดขอบเขตของการพัฒนาโยบายสาธารณะ

3.1.1 ที่มาและวิวัฒนาการของกรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพจิต

ความเข้าใจเรื่องที่มาและวิวัฒนาการของกรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพจิตน่าจะมีส่วนทำให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการนโยบายสาธารณะของประเทศไทยเข้าใจที่มาและความซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลงไปของแนวคิดและแนวทางปฏิบัติเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชในปัจจุบัน และช่วยสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งมากขึ้นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบนโยบายด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยในอนาคต ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง(10,11) และพบว่าที่มาและวิวัฒนาการของกรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพจิต รวมทั้งวิธีคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยสุขภาพจิตและวิชาจิตเวชศาสตร์มีพลวัตการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องทั้งในโลกตะวันตกและในบริบทประเทศไทยตั้งแต่จากอดีตมาถึงปัจจุบัน ได้แก่

- *กรอบแนวคิดในยุคก่อนวิทยาศาสตร์ (the pre-scientific era)*

ในยุคก่อนจิตเวชศาสตร์ คือช่วงเวลาก่อนที่จะมีการก่อตั้งวิชาจิตเวชศาสตร์ ในยุคนี้การอธิบายปัญหาทางจิตเวชศาสตร์ยังคงอยู่ในรูปแบบที่ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ แนวคิดเรื่อง “ความเป็นปกติ” (concept of normality) ได้รับความอิทธิพลอย่างมากจากมาตรฐานทางศีลธรรมและสังคมกระแสหลัก ในยุคนั้น พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนจากมาตรฐานศีลธรรมที่ยอมรับกัน หรือพฤติกรรมที่ไม่เข้ากับคนหมู่มาก (conformity to social norm) และมีความเชื่อว่าสาเหตุ (etiology) ของพฤติกรรมผิดปกติเป็นสัญญาณของการถูกรบกวนจากวิญญาณ ภูตผีปีศาจ หรือพลังที่มองไม่เห็น (supernatural forces) ส่งผลให้บุคคลที่แสดงอาการที่เราปัจจุบันเข้าใจว่าเป็นอาการของโรคจิตเวช อาจถูกตัดสินอย่างรุนแรงตามมาตรฐานทางจริยธรรมของยุคนั้น อาการจิตเวชจึงยังไม่ถูกแยกออกจากศาสนา และมักนำไปสู่การรักษาที่มุ่งหวังจะปรับพฤติกรรมของบุคคลให้สอดคล้องกับบรรทัดฐานโดยวิธีการเช่น การขังใส่

วิญญาณหรือการบุซาเทพเจ้า ตัวอย่างเช่น ในสมัยโบราณกรีกและโรมัน มีการใช้วิธีการเจาะกะโหลก (trepanation) เพื่อปล่อยวิญญาณร้ายออกจากร่างกาย เป็นต้น

ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วยในยุคก่อนจิตเวชศาสตร์จึงมีแนวโน้มตามหลักศาสนา และการปกครองในสังคม ซึ่งมักมองว่าผู้มีปัญหาทางจิตเวชเป็นแม่มดหมอมผี ยังไม่มีการพิจารณาเรื่องจริยธรรมทางการแพทย์ ทำให้มีการกระทำต่อผู้ที่มีอาการทางจิตด้วยความรุนแรง และไม่ได้คำนึงความมีมนุษยธรรมต่อบุคคลที่มีอาการทางจิต

- *กรอบแนวคิดในยุคแรกๆของวิทยาศาสตร์การแพทย์ (the medical sciences model)*

ในยุคเริ่มต้นของจิตเวชศาสตร์ซึ่งถูกมองในเชิงวิทยาศาสตร์การแพทย์ วิชาการแพทย์เริ่มมีการศึกษาวิธีการรักษาโรคจิตเวชในรูปแบบที่เป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น โดยจุดเริ่มต้นสำคัญของจิตเวชศาสตร์สมัยใหม่ เกิดขึ้นโดยนายแพทย์โจฮัน เวเยอร์ (Johann Weyer, คศ.1515-1588) ซึ่งได้รับสมญานามว่าเป็นจิตแพทย์คนแรก จิตแพทย์ได้เขียนหนังสือซึ่งไม่สนับสนุนคำกล่าวหาแม่มดของนักบวช และแยกจิตเวชศาสตร์ออกจากศาสนาหรือลัทธิภูติผีปีศาจ ทำให้โรคจิตได้เข้าอยู่ในขอบเขตของวิชาชีพแพทย์

ต่อมาในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 17-18 มุมมองเรื่องอาการทางจิตเป็นเรื่องของสุขภาพมากขึ้น ความเชื่อเรื่องแม่มดหมอมผีเริ่มเสื่อมคลายลง การแพทย์แผนปัจจุบันและวิทยาศาสตร์พัฒนาขึ้น แม้จะยังมีแนวคิดเรื่องความเป็นปกติและความไม่ปกติจากการแปลกแยกจากคนส่วนมากในสังคม แต่เริ่มมีแนวคิดเรื่องความเป็นปกติในเชิงสุขภาพ (health) และการทำงานและหน้าที่ (functionality) ของร่างกาย และวิถีชีวิตมากกว่าจะเป็นเรื่องความดีชั่ว (morality) ทางศาสนา นอกจากนั้นเริ่มมีการบริหารจัดการโรงพยาบาลให้มีที่กักขังผู้ป่วยโรคจิต (asylums) เนื่องจากสังคมในยุคนั้นยังขาดการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิตอย่างมีมนุษยธรรม มีการกักขัง ล่ามโซ่ ผูกมัดและทุบตีผู้ป่วย และโรงพยาบาลมีอำนาจในการกักขังบุคคลได้ไม่มีกำหนดเวลา สังคมยังมองว่าผู้ป่วยโรคจิตไม่เป็นที่พึงปรารถนา น่ากลัว ต้องถูกเก็บเจ้าจำขังในที่เฉพาะ อำนาจในการจัดการกับผู้ป่วยยังขึ้นอยู่กับการยอมรับสังคม

จนกระทั่งในช่วงปลายศตวรรษที่ 18 สังคมตะวันตกเริ่มมีการตระหนักรู้และเรียกร้องจากจิตแพทย์หลายคนให้ใช้วิธีการที่เป็นมนุษยธรรมในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช โดยการปลดปล่อยผู้ป่วยจากโซ่ตรวนและเริ่มการรักษาที่เน้นการสนับสนุนทางจิตใจ มีการปรับปรุงสถานดูแลผู้ป่วยโรคจิต และริเริ่มการอาชีวบำบัด การออกกำลังบริหารร่างกาย การบันเทิง อาหารการกินที่ดี และมีสิ่งแวดล้อมที่สะดวกสบาย และเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการพูดคุยด้วยเหตุผลและการชักจูงใจ (moral treatment of insanity)

- *กรอบแนวคิดในยุคคลินิกจิตวิเคราะห์และพฤติกรรมนิยม (the psychoanalytic and behaviorism model)*

ช่วงครึ่งแรกของศตวรรษที่ 19 วิชาจิตเวชศาสตร์ได้มีการพัฒนาเป็นวิชาเฉพาะที่แยกจากวิชาอายุรศาสตร์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในแนวคิดเรื่องสาเหตุ (etiology) เริ่มมีการพิจารณาว่าสาเหตุของโรคจิตเวชเป็นปัญหาทางการแพทย์อย่างเต็มตัว และเป็นยุคที่มีการเกิดขึ้นของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ซึ่งเป็นมุมมองเรื่องสาเหตุ (etiology) ว่าอาการทางจิตเกิดจากจิตใจและจิตใจที่สำคัญ และเริ่มมีแนวคิดที่ว่าโรคจิตนั้นเกิดได้ทั้งสาเหตุจากร่างกายและจิตใจ มุมมองเรื่องสาเหตุของโรคเริ่มถูกแบ่งแยกจากอาการและสาเหตุของโรคที่หลากหลาย เช่น โรคชวาร์ปัญญาบกพร่องที่เป็นแต่กำเนิดหรือโรคสมองเสื่อม (dementia) ที่บุคคลจะเริ่มเป็นเมื่ออายุมากและมีความเสื่อมจากความชรานั้นมีความแตกต่างจากโรคจิต นอกจากนี้ยังมีการพิจารณาอาการทางจิตที่เกิดจากยาด้วย เช่น โรคจิตที่เกิดการเสพกัญชา (cannabis-induced psychosis) และโรคทางจิตใจที่มีผลต่ออาการทางร่างกาย (psychosomatic) เป็นต้น และในครึ่งหลังของศตวรรษที่ 19 ถึงต้นศตวรรษที่ 20 เริ่มมีการจำแนกโรคทางจิตเวชโดยแยกระหว่าง “โรคจิตที่มีสาเหตุทางกาย” (organic psychosis) และ “โรคจิตที่ไม่มีสาเหตุทางกาย” (functional psychosis) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของอาการแสดงทางจิตที่มีสาเหตุได้หลากหลาย

ดังนั้น ยุคนี้จึงเป็นยุคที่มีการพัฒนาการรักษาด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การรักษาอาการทางกายเพื่อให้ส่งผลรักษาอาการทางจิต เช่น การให้ยาระบาย หรือยาทำให้อาเจียน การเจาะเลือดทิ้ง การทำให้เป็นไข้มาลาเรีย การบำบัดด้วยไฟฟ้าโดยการทำให้ชัก (shock therapy) การรักษาด้วยวิธีการเชิงสร้างสรรค์ การทำอาชีวบำบัด ละครบำบัด รวมถึงการทำจิตบำบัดอย่างเป็นระบบ และเป็นยุคของจิตแพทย์ Sigmund Freud ที่ได้เริ่มต้นทฤษฎีและการทำจิตบำบัดที่เรียกว่างานจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) ที่เป็นการทำจิตบำบัดเชิงลึกอย่างเข้มข้นและให้ความสำคัญกับปมในอดีตและจิตใจสำคัญของบุคคล นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่คิดต่าง ไม่เห็นด้วยกับทฤษฎีจิตวิเคราะห์และเชื่อใน พฤติกรรมนิยม (Behaviorism) ที่เน้นการสังเกตพฤติกรรมที่มองเห็นได้ชัด และมีกระบวนการเรียนรู้ได้ และให้ความสำคัญกับสิ่งเร้าจากแวดล้อมที่จะมากำหนดและเสริมแรงพฤติกรรมของบุคคล

ส่วนพัฒนาการของแนวคิดเรื่องจริยธรรมการแพทย์นั้น แม้จะมีการตระหนักรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบมีมนุษยธรรม (moral therapy) มากขึ้นแล้ว แต่ในช่วงที่มีจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากก็ทำให้สถานพยาบาลต้องปรับจากการดูแลรักษาแบบมีมนุษยธรรมเป็นการดูแลแบบคุมขัง (custodial care) และเน้นการสร้างและส่งผู้ป่วยไปดูแลที่โรงพยาบาลจิตเวชเพิ่มขึ้น (institutionalization) สะท้อนให้เห็นถึงการต่อสู้อย่างมีพลวัตต่อเนื่องของกรอบแนวคิดที่แตกต่างที่จะนำไปสู่การดูแลรักษาผู้ป่วย

- *กรอบแนวคิดแบบจิตเวชศาสตร์ชีวภาพ (the biomedical model/biological psychiatry)*

กรอบแนวคิดจิตเวชศาสตร์ซึ่งการแพทย์ได้ถูกพัฒนาให้มีความเจริญก้าวหน้าอย่างก้าวกระโดด จากองค์ความรู้ด้านการวิจัยและจิตเภสัชบำบัด (psychopharmacotherapy) ได้มีการพัฒนาแนวคิดเรื่อง สาเหตุของโรคทางจิตเวชว่าเกิดจากสารเคมีในสมองที่ผิดปกติไป แม้ความเชื่อทางสาเหตุดังกล่าวยังไม่ได้รับการพิสูจน์ แต่เกิดการพัฒนายาที่รักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เรื้อรังได้ผลดี ทำให้ลดเวลาการป่วยของผู้ป่วยโรคจิตในโรงพยาบาลได้อย่างมาก ในยุคนี้ให้ความสำคัญกับการทำศาสตร์ที่จับต้องได้ ยากนี้ ให้มีความชัดเจนและมีมาตรฐานน่าเชื่อถือ จึงได้มีการจัดทำคู่มือวินิจฉัยและสถิติของโรคทางจิตใจ ฉบับที่ 3 (The 3rd edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM-III)(12) ให้เป็นมาตรฐาน โดยมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญที่ต่างกับสองฉบับก่อนหน้าที่มีรากฐานมาจากงานจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ เปลี่ยนมาเป็นการวางเค้าโครงและจำแนกโรคด้วยการเน้นที่อาการ (symptom-based approach) ไม่เน้นที่สาเหตุ เพราะทำให้มีการพิจารณาแบบภววิสัย (objectivity) และมีความน่าเชื่อถือ (reliability) ที่ดีกว่า รวมถึงเริ่มมีแนวคิดสนับสนุนให้เรื่องการเมืองเน้นการค้นหา สาเหตุของโรคจิตเวชเพื่อที่จะลดทอนการสร้างตราบาป (stigmatization) เนื่องจากสาเหตุของโรคจิตเวช ที่เกี่ยวข้องกัปัจจัยส่วนบุคคลหรือครอบครัว สามารถทำให้เกิดการตีตราได้

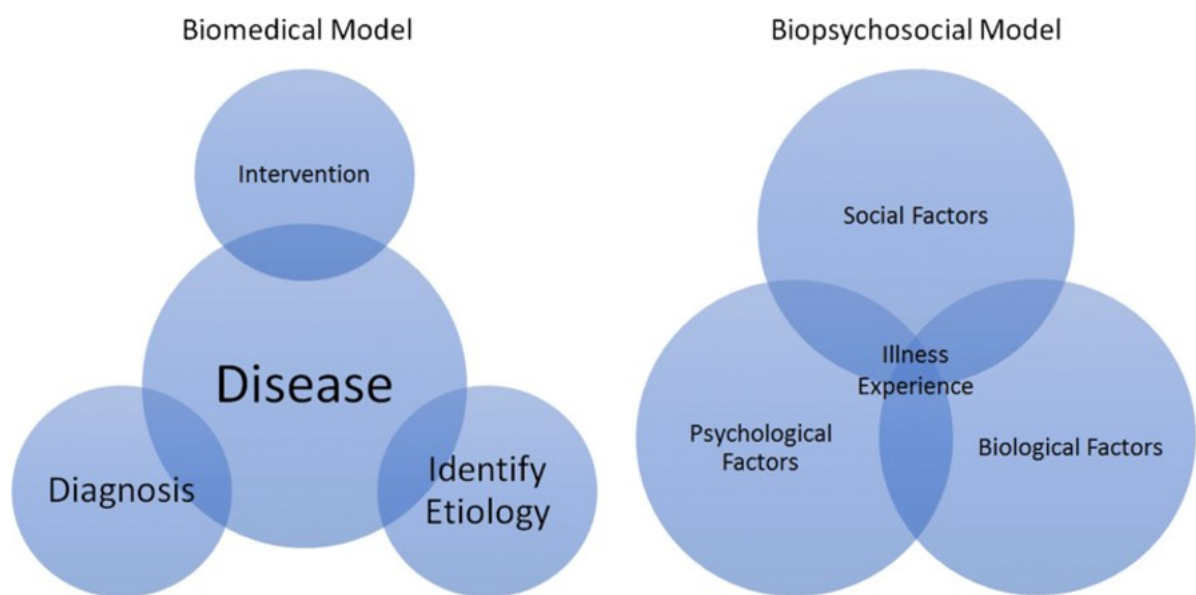
การเปลี่ยนแปลงด้านแนวคิดนี้ส่งผลให้ทั้งผู้ให้บริการสุขภาพจิตและผู้รับบริการสุขภาพจิต รวมถึงสังคมโดยรวมมักพิจารณาความผิดปกติทางจิตกลายเป็นโรคทางสมอง เช่น พิจารณาโรคจิตเวช เป็นโรคที่เกิดจากความไม่สมดุลของสารเคมีซึ่งควรได้รับการแก้ไขด้วยยาเฉพาะโรคและเน้นการรักษา ทางเภสัชวิทยาตามการกำหนดเป้าหมายความผิดปกติทางชีวภาพที่สันนิษฐานไว้ การพิจารณาปัญหา สุขภาพจิตโดยมุ่งเน้นทางชีวภาพการแพทย์เป็นกรอบแนวคิดหลักที่ชี้นำระบบการดูแลสุขภาพของ การแพทย์แผนปัจจุบันมายาวนาน ซึ่งอาจทำให้เกิดการใช้ยาจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และอาจมีการ ทำให้เป็นประเด็นทางการแพทย์ (medicalization) มากเกินไป จนอาจทำให้ละเลยกระบวนการป้องกัน ส่งเสริม การดูแลรักษา เยียวยาฟื้นฟู ในแบบที่เป็นองค์รวม และมีส่วนทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตใน ระดับประชากรยังไม่ดีนัก

- *กรอบแนวคิดแบบชีวจิตสังคม (the bio-psycho-social model: BPS model)*

นายแพทย์จอร์จ แอล. เอนเจล (George L. Engel) นำเสนอกรอบแนวคิดแบบชีวจิตสังคม ในปี ค.ศ. 1977 เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการอธิบายสาเหตุความผิดปกติทาง จิตเวช(13) ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมากรอบแนวคิดนี้ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วโลกและถูกนำมาใช้ เป็นหลักในเวชปฏิบัติด้านจิตเวชศาสตร์(14) เพราะสามารถอธิบายถึงการปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของสาม มิติหลัก ได้แก่ ชีวภาพ จิตวิทยา และสังคม ในการพัฒนาความผิดปกติทางจิตเวชอย่างเป็นระบบ สามารถอธิบายได้ว่าบุคคลไม่ได้ป่วยในฐานะอวัยวะแยกเดี่ยว แต่เป็นในองค์รวม (whole) แนวทางนี้จึง เป็นมุมมองการรักษาโรคทางจิตเวชแบบองค์รวม (holistic approach) นำเสียงทางอารมณ์ของบุคคล บุคลิกภาพของบุคคล สิ่งแวดล้อมรอบตัว และปัจจัยทางสังคมอื่น ๆ ล้วนมีอิทธิพลต่อการแสดงอาการ ป่วย กรอบแนวคิดนี้ได้รับการยอมรับและนำไปสร้างเป็นแนวทางเวชปฏิบัติทางจิตเวชศาสตร์ที่เป็นองค์

รวมและมีความเห็นอกเห็นใจต่อเพื่อนมนุษย์ และเป็นทางเลือกที่น่าสนใจที่ถูกเลือกใช้แทนแนวทางชีวิตการแพทย์

การพิจารณาปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของปัจจัยเหล่านั้นในการทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตและความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช รวมทั้งมีการพิจารณาระบบการส่งมอบบริการดูแลสุขภาพจิต (mental health delivery systems) ร่วมด้วย ดังนั้น จึงมีความแตกต่างระหว่างการใช้กรอบแนวคิดชีวิตการแพทย์และกรอบแนวคิดชีวิตจิตสังคมในการทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิต ดังแสดงในภาพที่ 1



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

ในยุคที่มีการให้ความสำคัญกับการดูแลแบบองค์รวมนี้ จึงเริ่มมีการพูดถึงแนวคิดเรื่องสุขภาพจิตและสุขภาวะที่ดีมากขึ้น องค์การอนามัยโลก (2004) ได้ให้นิยามสุขภาพจิตว่าเป็น “สภาวะของความ เป็นอยู่ที่ดีซึ่งบุคคลสามารถเข้าถึงศักยภาพของตนเอง สามารถปรับตัวกับความเครียดที่พบเจอในชีวิตประจำวันได้ และสามารถที่จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถมีส่วนร่วมสนับสนุนในชุมชนของตนได้” (Mental health is a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community)(16) จากนิยามดังกล่าวจะเห็นได้ว่าสุขภาพจิตเกิดขึ้นอยู่ในปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลท่ามกลางสิ่งแวดล้อม ชุมชนและสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ ดังนั้น กระบวนการพัฒนาสุขภาพจิตจึงควรให้ความสำคัญ กับการทำงานของบุคคลและการมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคลในสังคมด้วย

อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อวิพากษ์วิจารณ์ว่ากรอบแนวคิดชีวิตจิตสังคมซึ่งมีการประยุกต์ใช้ในทางทฤษฎีและการศึกษาจิตเวชศาสตร์อย่างกว้างขวาง แต่ "ในทางปฏิบัติ" ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตมักจะมีแนวทางการทำงานของตนเองที่มักไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดชีวิตจิตสังคม ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตแต่ละคนสามารถเน้นการทำงานกับปัจจัยทางชีววิทยา จิตวิทยา หรือสังคม ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของบุคคล ตามแต่สนใจหรือตามแต่ทรัพยากรในการทำงานที่มีอยู่จะเอื้ออำนวย เช่น จิตแพทย์ไม่มีเวลาในการทำงานด้านจิตวิทยาหรือด้านสังคม ทำให้ต้องมุ่งเน้นแต่การจัดการปัจจัยด้านชีวภาพ จำกัดการรักษาของแพทย์อยู่ที่การใช้ยาเท่านั้น และส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานกลุ่มอื่นทำงานด้านจิตวิทยาหรือสังคมต่อไป ส่งผลทำให้ในการทำงานจริงทั้ง 3 องค์ประกอบของสุขภาพจิตถูกพิจารณาแบบแยกส่วนไม่เชื่อมโยงกัน

- *กรอบแนวคิดอำนาจภัยคุกคามและความหมาย (Power-Threat-Meaning Framework: PTMF)*

ในปี ค.ศ.2013 (พ.ศ. 2556) แผนกจิตวิทยาคลินิกของสมาคมจิตวิทยาอังกฤษได้นำเสนอกรอบแนวคิดอำนาจภัยคุกคามและความหมาย (Power Threat Meaning Framework: PTMF)(17) ซึ่งเป็นแนวคิดที่พลิกมุมมองเรื่องสาเหตุ (etiology) จากแนวคิดก่อนหน้านี้ที่ค่อนข้างเน้นสาเหตุและการแก้ไขไปในระดับบุคคล มาเป็นการให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม และการกดขี่เชิงโครงสร้างด้วย โดยกรอบแนวคิด PTMF มองว่าสาเหตุของปัญหาและสุขภาพจิตนั้นไม่ได้เกิดจากความผิดปกติทางชีวภาพเท่านั้น แต่เกิดจากการถูกคุกคามหรือสูญเสีย "อำนาจ" (power) ภายในตนเองในมิติต่างๆ เช่น ทางชีวภาพ ทางความสัมพันธ์ ทางเศรษฐกิจ หรือทางความคิดความเชื่อหรืออุดมการณ์ และมองว่าอาการทางจิตนั้นเป็นกลไกการตอบสนองของบุคคลต่อภัยคุกคามทางอำนาจต่างๆ ผ่านการให้ความหมายของบุคคลที่ได้รับมาค่านิยม วัฒนธรรม ความเชื่อและวาทกรรมในสังคม

การทำงานตามกรอบแนวคิดอำนาจภัยคุกคามและความหมายนั้นเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการสุขภาพ ลดการตีตราที่มาจากชุดภาษาที่ใช้ในการวินิจฉัยและระบบที่ทำให้เป็นการแพทย์เกินไป (medicalization) สนับสนุนและเอื้อให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ใช้บริการสุขภาพจิตในการพัฒนาแนวทางแบบหลายปัจจัยและบริบท ซึ่งรวมถึงปัจจัยทางสังคม จิตวิทยา และชีวภาพด้วย การวิเคราะห์สาเหตุของความเจ็บป่วยของสุขภาพจิตด้วยกรอบแนวคิดอำนาจภัยคุกคามและความหมายจึงมีองค์ประกอบด้วย 4 ประการเกี่ยวข้องกัน ได้แก่

- 1) การดำเนินไปของอำนาจ (power) ซึ่งอาจเป็นอำนาจทางชีวภาพ อำนาจผ่านการบีบบังคับ อำนาจทางกฎหมาย เศรษฐกิจ วัฒนธรรม อุดมการณ์ อำนาจทางสังคมและวัฒนธรรม และอำนาจผ่านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
- 2) ภัยคุกคาม (threat) ที่เกิดจากการดำเนินการเชิงลบของอำนาจในด้านต่างๆ ที่เกิดต่อบุคคล กลุ่ม และชุมชน และทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ

- 3) บทบาทสำคัญของความหมาย (meaning) ที่ถูกทำให้เกิดมาจากวาทกรรมทางสังคม และวัฒนธรรม รวมถึงขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลที่จะให้ความหมาย และพัฒนาการตอบสนอง ต่อประสบการณ์และการแสดงออกของอำนาจและภัยคุกคามนั้น
- 4) การตอบสนองต่อภัยคุกคาม (threat response) ที่เกิดมาจากการเรียนรู้ จากบุคคล ครอบครัว กลุ่มหรือชุมชน เพื่อให้แน่ใจว่าจะเกิดการอยู่รอด (survive) ทางอารมณ์ ร่างกาย ความสัมพันธ์ และทางสังคม

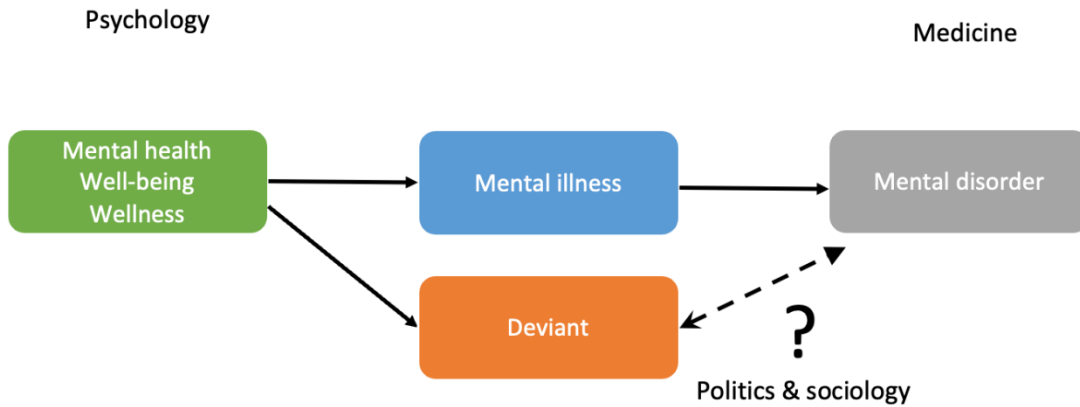
3.1.2 นัยยะสำคัญของกรอบแนวคิดต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจิต

จากที่มาและวิวัฒนาการของกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพจิตดังที่กล่าวไปนั้น จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตมีขอบเขตที่ขอบด้านหนึ่งคือ “ความเป็นโรค ความเจ็บป่วย ความไม่ปกติ” ไล่ไป ยัง “ความไม่เป็นโรค ความไม่เจ็บป่วย ความเป็นปกติ” และไปถึงขอบอีกด้านหนึ่งคือ การที่ไม่เพียง ปลอดภัยเท่านั้น แต่ยังหมายถึง “การมีสุขภาพจิตที่ดี” (positive mental health) และ “สุขภาวะที่ดี” (well-being) มีภูมิคุ้มกันต่อความเจ็บป่วย และมีการฟื้นคืนกลับมาสู่สุขภาวะที่ดีจากการเจ็บป่วย ความ ทำหายและความยากลำบากที่เกิดขึ้นในชีวิต (resilience) โดยเส้นแบ่งระหว่างแต่ละสภาวะนั้นอาจไม่ ชัดเจน มีการทับซ้อน และแตกต่างกันไปโดยขึ้นกับมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละบุคคล รวมถึงยังม การเปลี่ยนแปลงไปในภาพใหญ่ตามบริบทของยุคสมัยและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย

วิวัฒนาการของระบบสุขภาพที่มีการดูแลสุขภาพจิต ได้ถูกเริ่มต้นในยุคแรกๆ ด้วยความเป็นโรค และความผิดปกติ โรคจิตเวช (psychiatric disorders) และค่อย ๆ มีวิวัฒนาการต่อมาโดยมีการพูดถึง สุขภาพจิต (mental health) และ สุขภาวะทางจิต (Mental health and well-being) ของคนในสังคม การ แบ่งแยก จัดหมวดหมู่ หรือวินิจฉัยปัญหาและสภาวะทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในแต่ละยุค แต่ละช่วงเวลา นั้น มีพลวัตและมีความแตกต่างกันไป โดยมีหัวใจสำคัญที่ถูกกำหนดโดยแนวคิดหลักในเรื่องความ เป็นปกติ (concept of normality) สาเหตุของโรค (etiology) รวมไปถึงแนวคิดจริยธรรมการแพทย์ (medical ethics) และลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่นระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล หรือผู้ป่วยกับ สังคม ปัจจัยเหล่านี้จะนำไปสู่นิยามของความเจ็บป่วย การวินิจฉัยแยกโรค การดูแลรักษา การส่งเสริม ป้องกัน การฟื้นฟู จริยธรรมทางการแพทย์ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยรวมถึงมาตรฐาน วิชาชีพ และค่อยต่อยอดไปยังมุมมองต่อตัวชีวิตเชิงระบบ และนโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้นต่อไป

การเลือกประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดหรือกระบวนทัศน์นี้เพื่อวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตทั้ง ในระดับบุคคลและระดับสังคมน่าจะสร้างความแตกต่างอย่างมากต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะและ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในการพัฒนาสุขภาพจิตและระบบบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช เพราะ การใช้เพียงมุมมองทางชีวการแพทย์ โดยขาดมุมมองเรื่องจิตวิทยา และเรื่องอำนาจในสังคมและ วัฒนธรรม อาจทำให้แพทย์หรือจิตแพทย์ตัดสินกลุ่มคนที่มีปัญหาและปรับตัวกับการถูกคุกคามทาง อำนาจด้านต่างๆในชีวิตว่าเป็นโรค ผลักผู้ป่วยจิตเวชไปที่ชายขอบของสังคมเพื่อวินิจฉัยและรักษาโดย การใช้ยา โดยละเอียดหรือไม่มุ่งเน้นประเด็นทางสังคมที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตนั้น กลายเป็น

กระบวนการทำให้ผู้มีความแตกต่างกลายเป็นประเด็นทางการแพทย์ (medicalization of deviance) ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2: กระบวนการทำให้ผู้มีความแตกต่างกลายเป็นประเด็นทางการแพทย์ (medicalization of deviance) (ที่มา: ผู้วิจัย)

นอกจากปัจจัยทางการแพทย์และจิตวิทยาแล้ว ปัจจัยทางสังคมและการเมืองสามารถบุคคลสูญเสียอำนาจในตนเอง ทำให้เกิดความแปลกแยก และนำไปสู่การถูกนิยามว่าเป็นผู้มีความผิดปกติ (deviant) และป่วย (mental disorder) เช่น กรณีที่คู่มือวินิจฉัยทางจิตเวช เคยกำหนดว่าบุคคลที่นิยมมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (homosexual orientation) เป็นความผิดปกติทางจิต นำไปสู่การรักษาที่ส่งผลข้างเคียงมากมาย ในทางกลับกัน ปัญหาทางการแพทย์ที่ไม่ได้รับการดูแลรักษา อาจทำให้เกิดกระบวนการทางสังคมที่ทำให้บุคคลบางกลุ่มถูกทำให้แปลกแยกหรือกลายเป็นคนที่แปลกแยก (deviants) จนนำไปสู่ผลกระทบอันตรายได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นออทิสติกที่มีปัญหาการสื่อสารและทักษะสังคม หรือในบางกรณีถูกตีตราว่าเป็นอาชญากร (criminalization) เช่น ผู้ที่ใช้สารเสพติด เป็นต้น

กรอบแนวคิดอำนาจภัยคุกคามและความหมาย (PTMF) ชี้ให้เห็นศักยภาพที่จะมีการทำงานด้านสุขภาพจิตที่ไปไกลเกินกว่าการทำงานบนสมมติฐานทางการแพทย์เท่านั้น(17) โดยกรอบแนวคิดอำนาจภัยคุกคามและความหมาย ให้มุมมองว่าผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้เสียไม่สามารถทำความเข้าใจ “บุคคล” ที่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยแยกออกจากความสัมพันธ์ ชุมชน และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลได้ เนื่องจากความหมายในชีวิตของแต่ละบุคคลจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีองค์ประกอบทางสังคม วัฒนธรรม และชีววิทยามารวมกันเท่านั้น ทำให้การจัดการกับปัจจัยทางชีวภาพของบุคคลไม่สามารถแยกออกจากสภาพแวดล้อมทางสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้(17)

เนื่องจากการวิเคราะห์สาเหตุของความเจ็บป่วยของสุขภาพจิตด้วยกรอบแนวคิดอำนาจภัยคุกคามและความหมายอาจจะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้เสียเปลี่ยนแปลงจากการมองว่าสาเหตุ

ของปัญหาสุขภาพจิตเกิดจาก “บุคคล” ที่มีความเปราะบางและมีปัญหาซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ส่วนบุคคล เช่น การได้รับยา หรือการทำจิตบำบัดส่วนบุคคล กลายเป็นการมองสาเหตุที่เป็นประเด็นทางจิตวิทยาสังคม และสิ่งแวดล้อม มองถึงประเด็นทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่ออำนาจด้านต่างๆในการใช้ชีวิต และมองว่าอาการ (symptoms) ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นเพียงการปรับตัวตอบสนองต่อภัยคุกคามทางอำนาจในด้านต่าง ๆ

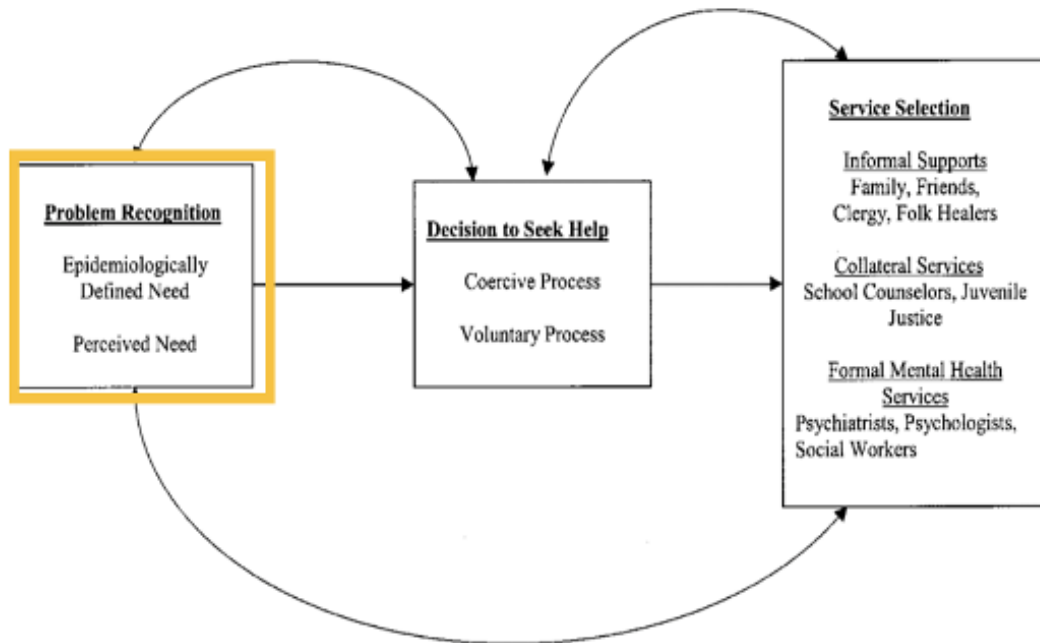
จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องที่มาและวิวัฒนาการของกรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพจิตนั้นจะเห็นได้ว่าการต่อสู้กันอำนาจกันระหว่างแนวคิดกระแสหลักและกระแสทางเลือกอย่างเป็นพลวัตอยู่เสมอ และการเปลี่ยนผ่านที่ผ่านมานั้นก็ยิ่งขึ้นกับการตระหนักรู้ของแต่ละกลุ่มที่มีประสบการณ์แตกต่างกัน ไม่ได้เปลี่ยนผ่านทั้งหมดและยังคงมีแรงต้านในการเปลี่ยนผ่าน (resistant to change) อยู่เสมอ ดังนั้น การเลือกกรอบแนวคิดหรือกระบวนทัศน์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และแก้ปัญหาสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคลและระดับสังคมน่าจะสร้างความแตกต่างอย่างมากต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะและการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในการพัฒนาสุขภาพจิตและระบบบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช ในด้านหนึ่งควรมีนโยบายสาธารณะที่มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและสภาพชีวิตที่ดีของทุกกลุ่มประชากร และเมื่อมีบางกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิต (mental illness) ซึ่งนำไปสู่การวินิจฉัยความผิดปกติและโรคจิตเวช (mental disorders) การใช้มุมมองมุมมองเรื่องอำนาจในสังคมและวัฒนธรรม อาจช่วยให้แพทย์หรือจิตแพทย์ไม่ตัดสินกลุ่มคนที่มีปัญหาและปรับตัวกับการถูกคุกคามทางอำนาจด้านต่าง ๆ ในชีวิต ไม่ผลักผู้ป่วยจิตเวชไปที่ชายขอบของสังคมเพื่อวินิจฉัยและรักษาโดยใช้ยาเท่านั้น แต่มีการทำงานที่มุ่งเน้นประเด็นทางสังคมที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตนั้นร่วมด้วย

3.2 ข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องแนวทางการออกแบบและพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต

นอกจากการขยายขอบเขตในการทำงานเชิงนโยบายให้ครอบคลุมกรอบแนวคิดเรื่องการพัฒนาสุขภาพจิตของประชาชน (mental health) โดยไม่จำกัดอยู่เพียงการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวชเท่านั้น (mental disorders, mental illnesses) ผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีการพัฒนาการออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับกระบวนการทำความเข้าใจสาเหตุของความเจ็บป่วยของสุขภาพจิตดังกล่าวด้วย ตัวอย่างกรอบแนวคิดที่ช่วยทำความเข้าใจแนวทางการพัฒนาการออกแบบระบบบริการสุขภาพจิต ได้แก่ แนวคิดเรื่องกระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต แนวคิดการจัดบริการสุขภาพจิตแบบผสมผสานขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization's Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health) หรือแนวคิดเรื่องการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบสามมิติ (The UHC Cube)

3.2.1 กระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต

เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตความแตกต่างจากปัญหาสุขภาพทางกายโดยทั่วไป ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพทางกายมักจะรับรู้ปัญหาสุขภาพทางกายด้วยตนเอง ทำให้เริ่มมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ (health care seeking behavior) ได้ด้วยตนเอง แตกต่างจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งมักจะยังไม่มี “การรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง” (problem recognition) ทำให้มักมีข้อจำกัดในการเริ่มพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดเรื่องความรู้ความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยทำให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมีปัญหาด้านพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพในบริบทสังคมไทย รวมถึงความเข้าใจที่จำกัดในกระบวนการนโยบายสาธารณะของประเทศไทย ทั้งความเข้าใจที่ยังจำกัดอยู่ในด้านนิยาม ไปจนถึงข้อจำกัดในการระบุปัญหาด้านสุขภาพจิตของประชาชนที่อาจจะนำไปสู่การแสวงหาและเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ซึ่งจะส่งผลต่อผลลัพธ์ต่อสุขภาพต่อไป



ภาพที่ 3: กระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต (mental health help-seeking behavior) (ที่มา: Cauce AM, Domenech-Rodríguez M, Paradise M, Cochran BN, Shea JM, Srebnik D, et al. 2002)(18)

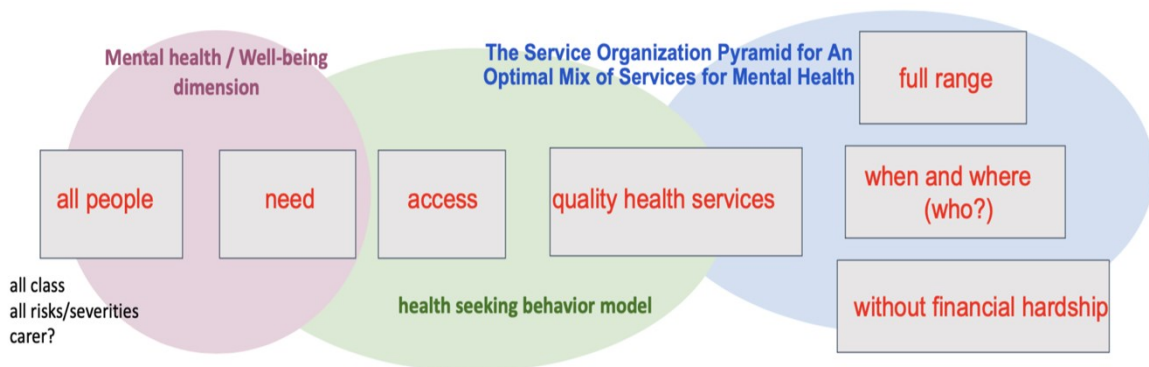
ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการทำงานด้านสุขภาพจิตในกระบวนการนโยบายสาธารณะ ผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้เสียอาจเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจแนวคิดเรื่อง “กระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต” (mental health help-seeking behavior) ดังแสดงในภาพที่ 3 ทั้งการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน การแสวงหาความช่วยเหลือ และการเลือกใช้บริการสุขภาพจิต

เพื่อให้การออกแบบนโยบายสาธารณะเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตของประชากรไทย มีความครอบคลุม ประเด็นของการพัฒนาสุขภาพจิตที่ครบถ้วนตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ ได้แก่

- ตอบสนองความต้องการพัฒนาสุขภาพจิตของประชาชนในทุกมิติ (dimensions of mental health and well-being)
- ครอบคลุมกระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต (mental health help-seeking behavior)
- ออกแบบระบบส่งมอบบริการสุขภาพจิตให้แก่ประชาชนภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (design of service delivery organization for mental health under Thailand's Universal Health Coverage)

ดังนั้น เราจะเห็นได้ว่าการออกแบบและดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมประเด็นของการพัฒนาสุขภาพจิตที่ครบถ้วนตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ จึงมีข้อพิจารณาที่สำคัญ 3 ประการ ดังแสดงในภาพที่ 4 ได้แก่

- 1) ใคร/หน่วยงานใดควรมีส่วนรับผิดชอบเป็นผู้ออกแบบนโยบายดังกล่าว
- 2) ใคร/หน่วยงานใดควรมีส่วนเป็นผู้ดำเนินการนโยบายดังกล่าว
- 3) ใคร/หน่วยงานใดควรมีส่วนรับผิดชอบเป็นผู้อำกับติดตามผลนโยบายดังกล่าว

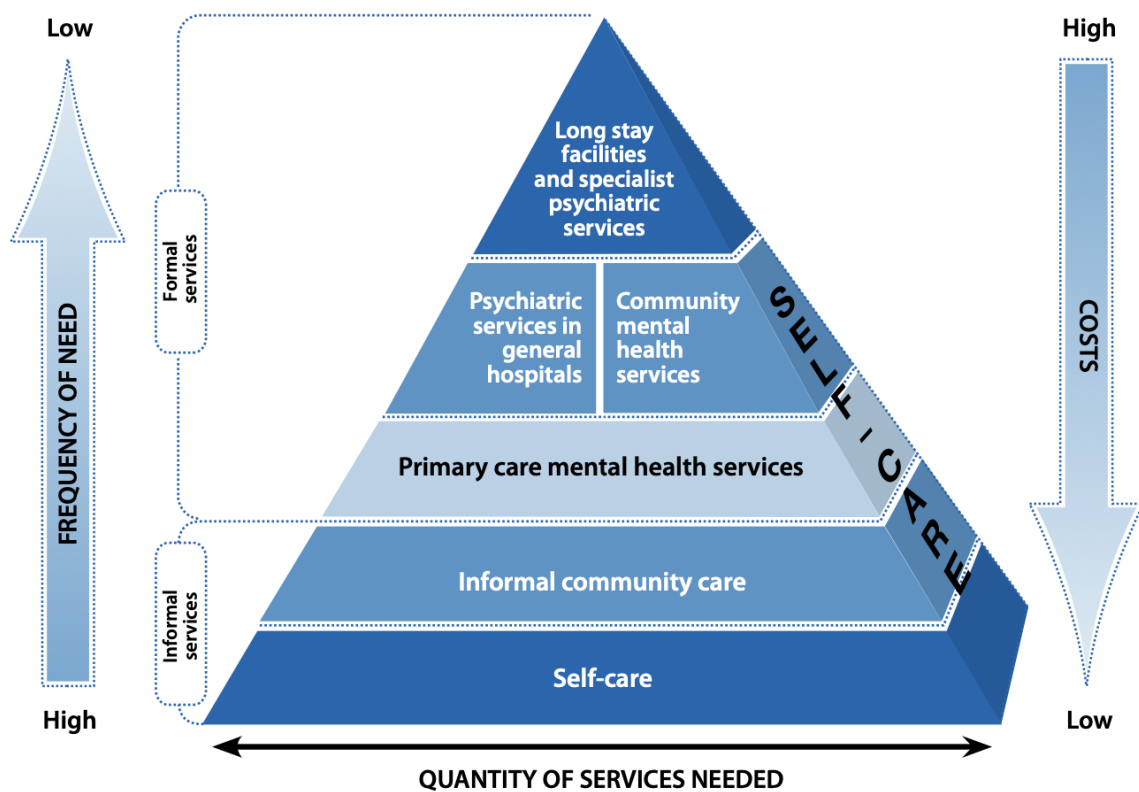


ภาพที่ 4: กรอบแนวคิดในการทำงานพัฒนาสุขภาพจิตในนโยบายสุขภาพใจถ้วนหน้า (ที่มา: ผู้วิจัย)

3.2.2 กรอบแนวคิดเรื่องการออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตแบบผสมผสานของ องค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลกเสนอแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพแบบปิรามิตเพื่อการผสมผสาน บริการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับให้บริการกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิต(19) โดยมีความครอบคลุม

การจัดบริการสุขภาพจิตเป็นลำดับขั้น ครอบคลุมการดูแลรักษาในชุมชนแบบไม่เป็นทางการรวมถึงการดูแลตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนทำหน้าที่เป็นรากฐานของการจัดบริการสุขภาพ ส่วนระบบบริการสุขภาพแบบทางการเริ่มต้นที่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเชื่อมโยงการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้ากับสถานพยาบาลทั่วไป และเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลที่ดูแลรักษากลุ่มประชากรที่แคบลงเฉพาะด้านของบริการด้านสุขภาพจิต เช่น การดูแลผู้ป่วยนอก และยังเน้นย้ำถึงความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยในเฉพาะทางและการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในแบบระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง กรอบแนวคิดนี้ส่งเสริมแนวทางที่สมดุลในการดูแลสุขภาพจิต ทำให้มั่นใจว่าบุคคลจะได้รับการดูแลที่เหมาะสมในระดับต่างๆ ตามความต้องการของแต่ละบุคคล ขณะเดียวกันก็เน้นความสำคัญของบริการระดับปฐมภูมิและระดับชุมชนด้วย ดังแสดงในภาพที่ 5

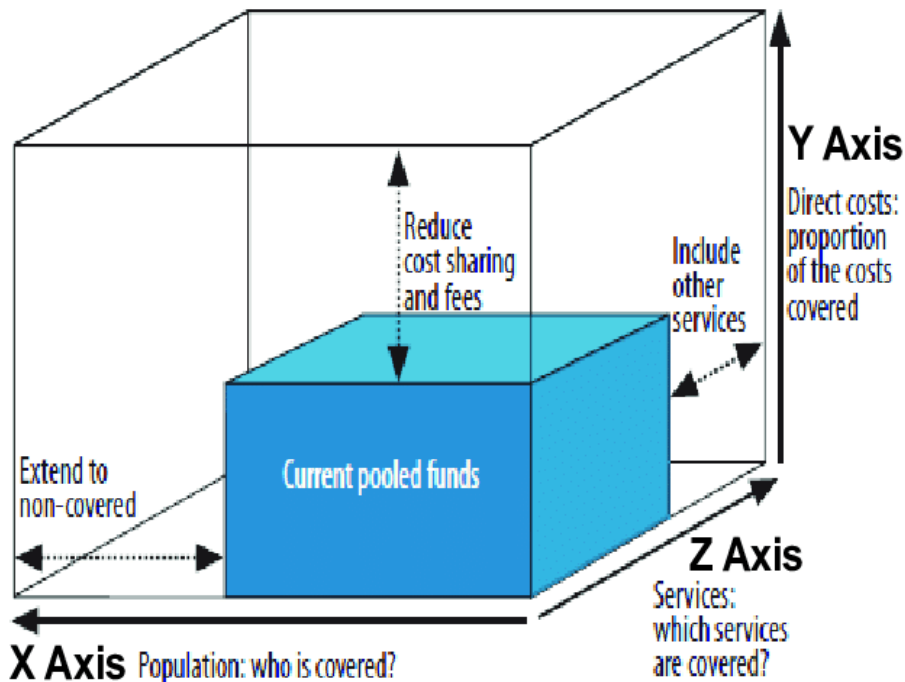


ภาพที่ 5: The WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health (ที่มา: WHO, 2009)(19)

ดังนั้น การออกแบบของการจัดบริการสุขภาพจิตแบบผสมผสานขององค์การอนามัยโลก จำเป็นต้องมีการออกแบบโครงสร้างและการบริการที่เชื่อมโยงบูรณาการกันในแต่ละระดับ ควรคำนึงถึงผู้มีส่วนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะมาวิเคราะห์ปัญหาและสังเคราะห์นโยบายและแนวทางจัดการร่วมกัน หลีกเลี่ยงการทำงานแบบแยกส่วน มาร่วมกันใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด

3.2.3 แนวคิดเรื่องการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบสามมิติขององค์การอนามัยโลก

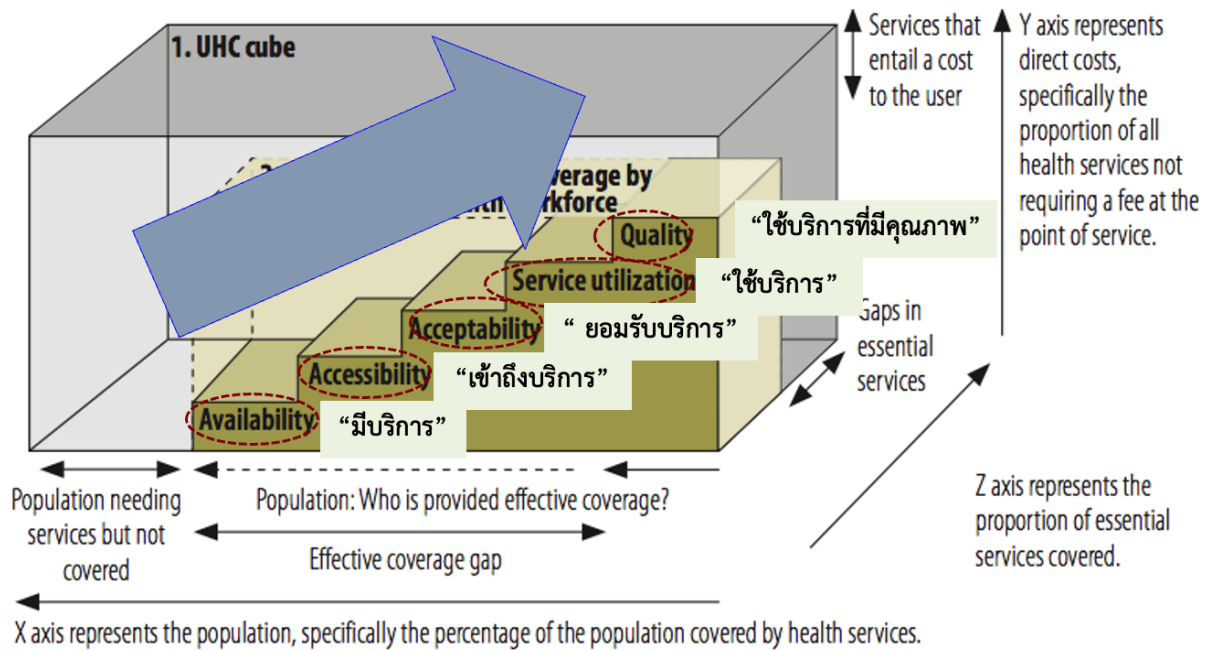
องค์การอนามัยโลกเสนอแนะว่าการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรพิจารณาอย่างน้อยสามมิติที่เกี่ยวข้องกัน ได้แก่ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (population) การจัดบริการสุขภาพ (services) และความคุ้มครองด้านการเงิน (financial protection) ดังแสดงในภาพที่ 6



ภาพที่ 6: แนวคิดเรื่องการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบสามมิติขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization’s UHC Cube) (ที่มา: Tangcharoensathien et al. 2017(20))

การพัฒนาคุณภาพและความเป็นธรรมของการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย จึงจำเป็นต้องพัฒนานโยบายสาธารณะที่ครอบคลุมทั้งสามมิติดังกล่าว โดยเฉพาะการพิจารณาประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความจำเพาะต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนและเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ หรือกลุ่มประชากรที่สังคมไทยอาจจะไม่พิจารณาว่ามีปัญหาสุขภาพจิต (เช่น กลุ่มที่เป็นโรคที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์ เป็นต้น) ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายจำเป็นต้องพิจารณาไม่เพียงประชากรที่ถูกครอบคลุมด้วยการประกันสุขภาพตามกฎหมายเท่านั้น แต่อาจจำเป็นต้องคำนึงถึงประชากรที่มีอุปสงค์ของการบริการด้านสุขภาพจิตอย่างแท้จริง (the demand side of mental health services) โดยพิจารณาความครอบคลุมทั้งสามมิติอย่างสอดคล้องกันไปพร้อมกัน เช่น พิจารณากลุ่มประชากรที่รับทราบการมีบริการสุขภาพจิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย (availability) กลุ่มประชากรที่เข้าถึงบริการโดยไม่มีอุปสรรคด้านการเงิน (accessibility) กลุ่มประชากรที่ยอมรับบริการ (acceptability) กลุ่มประชากรที่ใช้บริการ (services utilization) และกลุ่มประชากรที่ได้รับบริการที่มีคุณภาพ (quality) ดังแสดงในภาพที่ 7

การพิจารณาลำดับชั้นของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุมด้วยบริการสุขภาพตามลำดับนี้ช่วยให้เห็นถึงสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง “ความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ” (effective coverage)(21) ตามเป้าหมายข้อที่ 3 ของการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goal 3)(22)

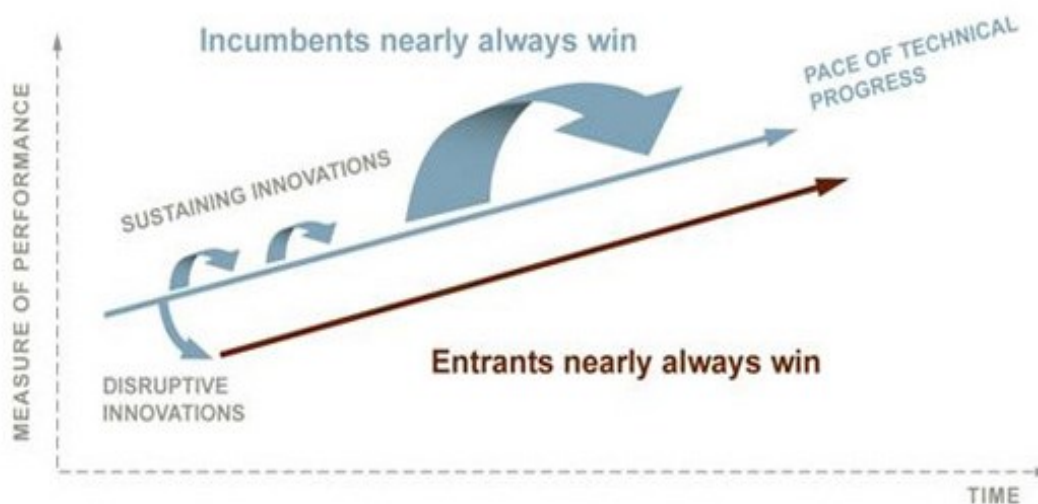


ภาพที่ 7: แนวคิดเรื่องการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบสามมิติขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization’s UHC Cube) (ที่มา: ดัดแปลงจาก Campbell et al. 2013(23))

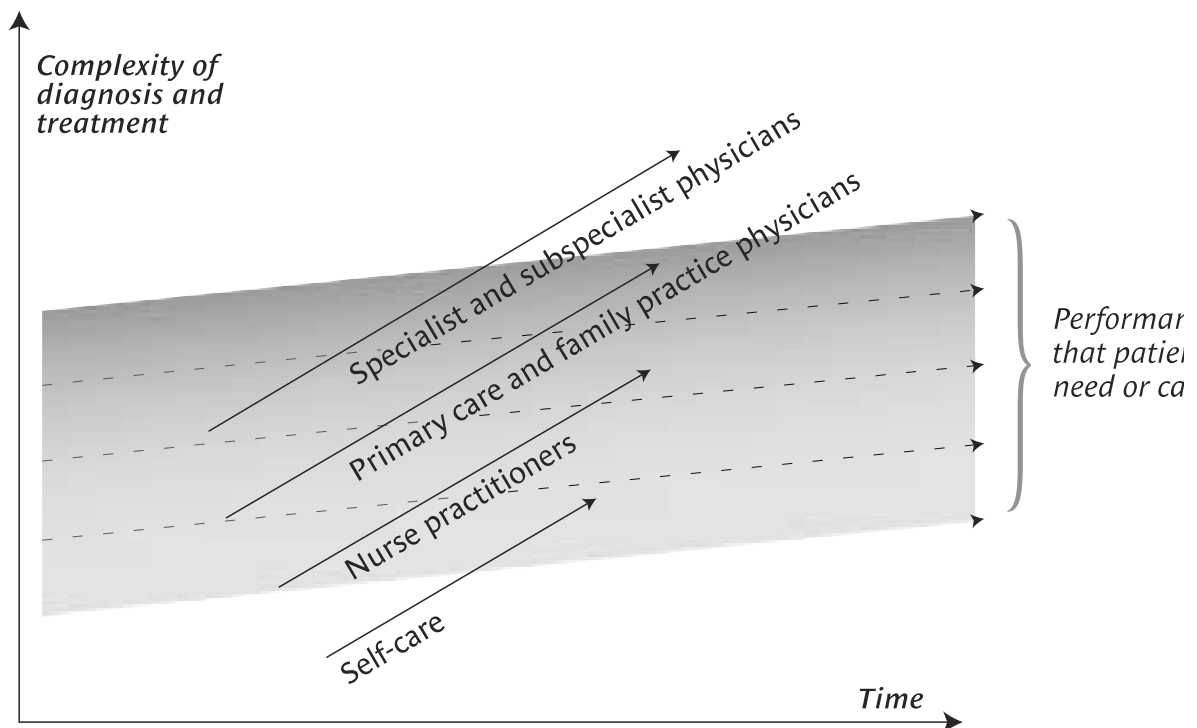
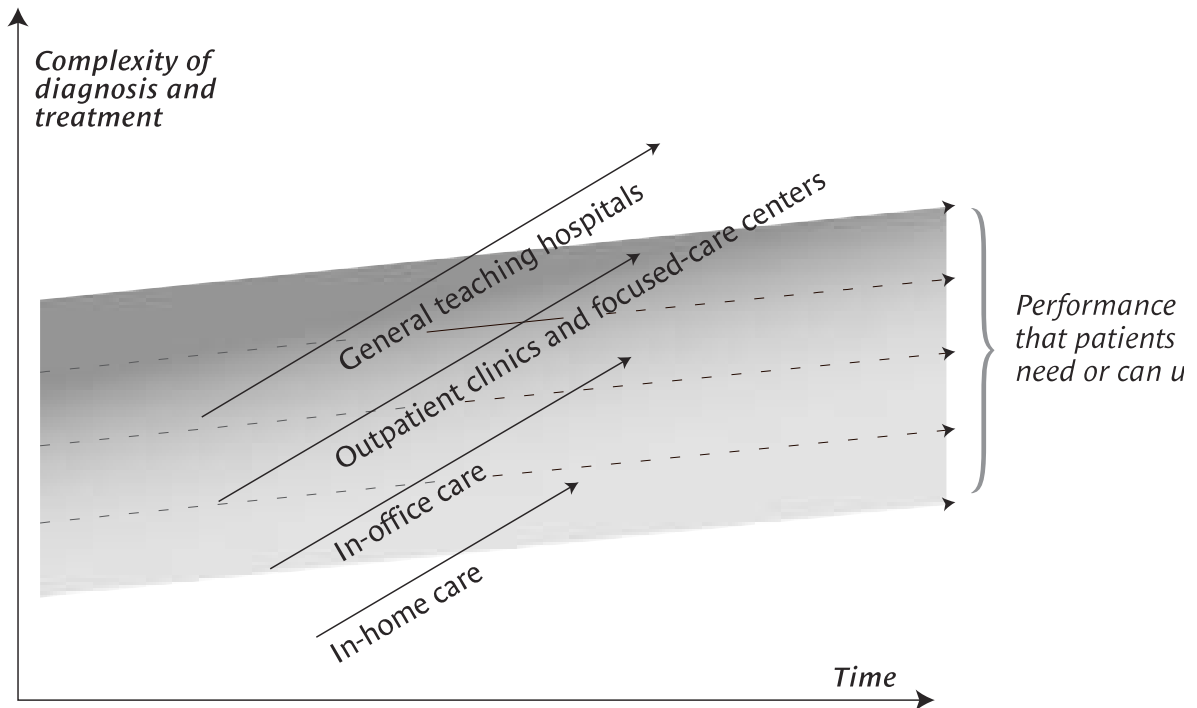
3.2.4 แนวคิดเรื่องนวัตกรรมที่สร้างความพลิกผัน (Disruptive Innovation)

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีข้อจำกัดอยู่ในปัจจุบันอาจจะได้รับประโยชน์จากการพิจารณาการพัฒนานโยบายสาธารณะจากมุมมองของการพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยี ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายอาจส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในบริบทของสังคมไทย โดยไม่พิจารณาเพียงแค่รูปแบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันเท่านั้น

ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพและผู้บริหารหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพอาจพิจารณาออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตโดยอาศัยการพัฒนานวัตกรรมหรือการใช้เทคโนโลยีที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เช่น การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (information technologies) หรือการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน (home-based care) ซึ่งรูปแบบที่มีอยู่ปัจจุบันใช้อาจจะยังมีความสามารถต่ำกว่าระดับที่ผู้ป่วยสามารถใช้ถึงหรือใช้งานได้ดี แต่ด้วยความเร็วของการพัฒนานวัตกรรมอาจทำให้พัฒนาต่อยอดเป็น “นวัตกรรมที่สร้างความพลิกผัน” (disruptive innovation) ซึ่งอาจจะสามารถเข้ามาแทนที่รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีอยู่ในปัจจุบันได้ ดังตัวอย่างแนวโน้มของนวัตกรรมที่สร้างความพลิกผันในด้านการแพทย์และสาธารณสุขดังแสดงในภาพที่ 8 และภาพที่ 9



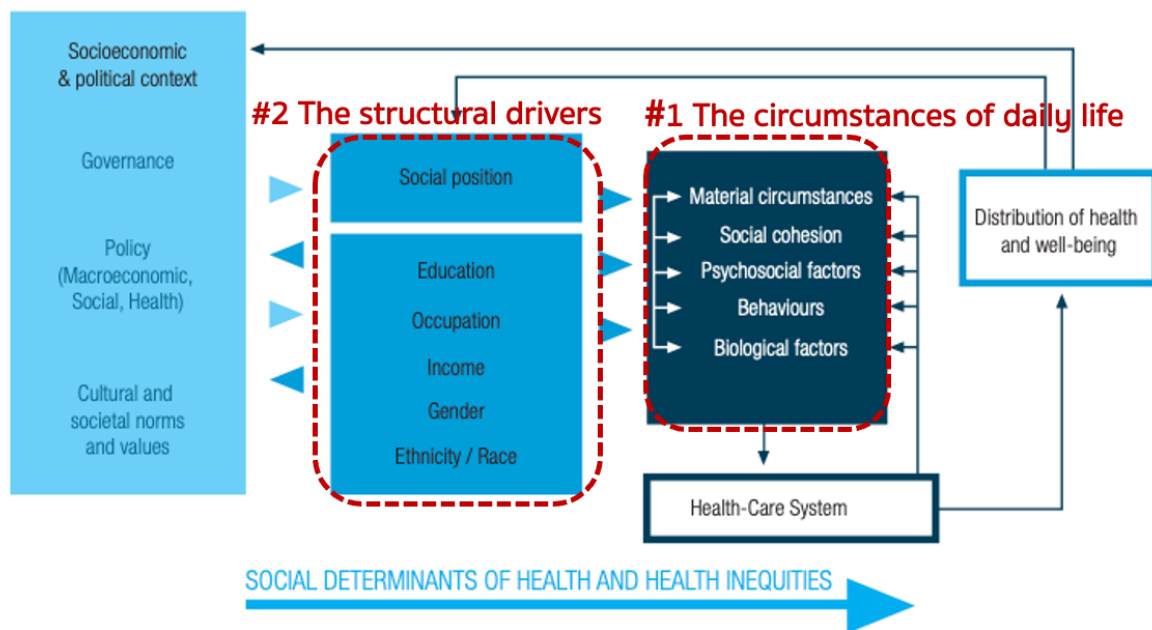
ภาพที่ 8: แนวคิดเรื่องนวัตกรรมที่สร้างความพลิกผัน (Disruptive Innovation) (ที่มา: Hwang J, Christensen, 2008)(24)



ภาพที่ ๑: แนวคิดเรื่องนวัตกรรมที่สร้างความพลิกผัน (Disruptive Innovation) ในด้านการแพทย์และสาธารณสุข(24) (ที่มา: Christensen, Bohmer & Kenagy, 2000)(25)

3.2.5 แนวทางการออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตในฐานะการพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

การเพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยส่วนหนึ่งอาจเกิดจากเป็นปัจจัยด้านอุปสงค์ของระบบบริการสุขภาพ เช่น มีการเพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพจิตซึ่งมีความเชื่อมโยงอันเป็นพลวัตกับปัจจัยกำหนดด้านสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH) ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้นไปในบางกลุ่มประชากร หรือทำให้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ค่อนข้างจำกัดแบบผิดสัดส่วนในบางกลุ่มประชากร เนื่องจากปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพอาจเชื่อมโยงอยู่กับปัญหาเชิงโครงสร้างของสังคมไทย จึงเป็นความท้าทายอย่างมากสำหรับผู้กำหนดนโยบายสุขภาพที่จะแก้ปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้ได้หากไม่มองเห็นภาพรวมของปรากฏการณ์ ตัวอย่างเช่น การศึกษาโดยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ชี้ชัดว่าปัญหาสุขภาพจิตและความยากจน (poverty) มีความสัมพันธ์ที่เป็นสองทางในประเทศกลุ่มรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ดังนั้น ความยากจนเพิ่มความเสี่ยงในการมีปัญหาสุขภาพจิต และในขณะเดียวกันการมีปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความยากจนด้วยเช่นกัน(8) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในประเทศไทยซึ่งพบว่าผลการศึกษาที่ระบุว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เป็นความเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าประกอบไปด้วย การเป็นเพศหญิง รายได้ที่ต่ำ ระดับการศึกษาที่ต่ำ การว่างงาน และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย(26)



ภาพที่ 10: กรอบแนวคิดเรื่องปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health: SDH) และความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity) (ที่มา: ดัดแปลงจาก The Commission on Social Determinants of Health, 2008)(27)

ดังนั้น การออกแบบนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย จึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงการทำหน้าที่ของระบบบริการสุขภาพจิตในการจัดการปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพและการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพร่วมด้วย เพราะการที่ประชากรส่วนหนึ่งอยู่ในบริบททางสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงทรัพยากรด้านต่าง ๆ อาจมีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตได้ ความเข้าใจดังกล่าวจึงสอดคล้องกับกรอบแนวคิดเรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity) ของ The Commission on Social Determinants of Health ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการจัดบริการสุขภาพเท่านั้น แต่ครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นความเจริญด้านวัตถุ (material circumstances) หรือความเป็นอันหนึ่งอันเดียวในสังคม (social cohesion) ไปจนถึงปัจจัยเชิงโครงสร้างในบริบทของสังคมไทยสังคมไทย เช่น สถานะทางสังคม การศึกษา อาชีพ รายได้ เพศสภาพ เชื้อชาติ เป็นต้น ดังแสดงในภาพที่ 10

3.2.6 ตัวอย่างกระบวนการออกแบบนโยบายสุขภาพจิตในต่างประเทศ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสุขภาพจิตในต่างประเทศ โดยพิจารณาโยบายสุขภาพจิตในประเทศที่มีการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตในระดับชาติและมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับนโยบายในระดับชาติดังกล่าวที่สามารถใช้สังเคราะห์เป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตในประเทศไทยต่อไป ได้แก่ นโยบายสุขภาพจิตของประเทศออสเตรเลีย นโยบายสุขภาพจิตของประเทศแคนาดา นโยบายสุขภาพจิตของประเทศสหราชอาณาจักร มีรายละเอียดดังนี้

- **นโยบายสุขภาพจิตประเทศออสเตรเลีย**

การพัฒนานโยบายสุขภาพจิตประเทศออสเตรเลีย ใช้กระบวนการออกแบบพัฒนานโยบายตามแนวทางมานุษยวิทยา (anthropology) โดยมีวิสัยทัศน์ของผู้กำหนดนโยบายที่ถูกขับเคลื่อนมาจากประสบการณ์ชีวิต (lived experiences) และความต้องการของผู้ที่เผชิญปัญหาสุขภาพจิตโดยตรง (28) โดยมีการจัดการประชุมเมือง (town hall meeting) และจัดกระบวนการกลุ่มในชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ ในปี ค.ศ. 2019-2022 เพื่อพบปะและเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยตรง โดยเน้นการเก็บข้อมูลในประเด็นดังนี้

- มุมมองเรื่องสุขภาพจิต
- การแสวงหาความช่วยเหลือ (Help seeking) และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การเดินทาง ราคา อำนาจตัดสินใจ การต้อนรับ และความปลอดภัย
- การเข้าใจในความแตกต่างของวัฒนธรรม (Cultural Sensitivity & Awareness)

กระบวนการออกแบบพัฒนานโยบายสุขภาพจิตโดยใช้แนวทางมานุษยวิทยาดังกล่าว ทำให้ประเทศออสเตรเลียกำหนดวิสัยทัศน์ของนโยบายสุขภาพจิตในระดับประเทศในปี ค.ศ. 2030 โดยใช้มุมมองของผู้ใช้บริการด้านสุขภาพจิต ดังนี้

ในปี ค.ศ. 2030 “เมื่อฉันเริ่มรู้สึกว่ามีสัญญาณปัญหาสุขภาพจิตหรือคิดทำร้ายตัวเอง ฉันรู้ว่าสามารถไปขอความช่วยเหลือได้ที่ไหน ฉันรู้ว่าจะได้รับบริการปฏิบัติอย่างเคารพและประสบการณ์ของฉันจะถูกให้ความสำคัญ เพราะฉันอาศัยอยู่ในชุมชนที่ให้คุณค่ากับสุขภาพจิตและความอยู่ดีมีสุขของคนในสังคม มีหน่วยงานมากมายที่ทำงานร่วมกันในชุมชนของฉัน รวมถึงโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐ เพื่อให้บริการและทางเลือกการรักษาและการสนับสนุนที่หลากหลาย ฉันรู้ว่าผมสามารถเข้าถึงบริการที่ต้องการได้อย่างรวดเร็ว ฉันและครอบครัวจะได้มีส่วนร่วมในการเลือกและมีส่วนร่วมในการรักษาและบริการ ไม่ว่าฉันและครอบครัวจะมีความจำเป็นด้านไหน หลายหน่วยงานสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างไร้รอยต่อเพื่อสนับสนุนพวกเรา ไม่มีความเสี่ยงที่เราจะถูกทอดทิ้งในระบบ ในขณะที่ฉันกำลังฟื้นฟูตัวเอง ฉันจะได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้ฉันสามารถกลับมามีส่วนร่วมและก้าวไปข้างหน้าในชีวิตด้วยความมั่นใจ”(29)

- นโยบายสุขภาพจิตประเทศแคนาดา

การพัฒนาสุขภาพจิตประเทศแคนาดามุ่งเน้นการพัฒนาและออกแบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อเด็กและเยาวชน (integrated youth services) แบบที่เดียวจบครบวงจร (one-stop-shop) โดย Canadian integrated youth service จัดบริการสุขภาพบริการสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อเด็กและเยาวชนที่ครอบคลุมการบริการด้านสุขภาพจิตโดยเน้นเน้นการเข้าใจในความแตกต่างของวัฒนธรรม และเน้นการเข้าถึงแบบไม่มีข้อจำกัด (barrier free)(30)

แนวคิดดังกล่าวสะท้อนอยู่ในการสื่อสารสาธารณะของผู้กำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศแคนาดา เช่น “เราได้ตั้งใจอย่างมากที่จะทำให้แน่ใจว่าทุกสิ่งที่เราทำนั้น เราทำร่วมกับคนรุ่นใหม่ของเรา ไม่ใช่แค่ทำเพื่อพวกเขาเท่านั้น” “เราออกแบบศูนย์ของเราโดยคำนึงถึงเยาวชนเพื่อเยาวชน เมื่อคุณเกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น เมื่อเยาวชนมีส่วนร่วมและมีส่วนร่วมในการออกแบบศูนย์ คุณจะมีความเป็นมิตรอบอุ่น และปลอดภัยยิ่งขึ้นสำหรับคนหนุ่มสาว เราตั้งใจจริงๆ ที่จะทำให้แน่ใจว่าทุกสิ่งที่เราทำร่วมกับคนรุ่นใหม่ ไม่ใช่แค่เพื่อพวกเขาเท่านั้น” “เพียงเพราะคุณยังเด็กไม่ได้หมายความว่าไม่มีเสียง”และ“พวกเขาแค่รู้สึกเหมือนเป็นพันธมิตรกัน ไม่ใช่แค่ได้รับเชิญเฉพาะกิจเพื่อให้ข้อมูลเชิงลึก พวกเขาบูรณาการในทุกสิ่งที่เราทำในแบบที่เราคิดเกี่ยวกับวิธีการให้บริการ”

จากแนวคิดในการออกแบบนโยบายดังกล่าว ทำให้การออกแบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อเด็กและเยาวชนของ Canadian integrated youth service รวมบริการด้านสุขภาพจิต ได้แก่

- บริการสุขภาพจิต การให้คำปรึกษา

- บริการสนับสนุนเด็กและครอบครัว
 - บริการเกี่ยวกับการเสพติด
 - บริการสุขภาพปฐมภูมิ และสุขภาพทางเพศ
 - การจ้างงาน การศึกษาและฝึกอบรม
 - บริการทางสังคม เช่น ที่อยู่อาศัย
 - พัฒนาทักษะชีวิต และการฟื้นฟู เช่น ศิลปะวัฒนธรรม
- นโยบายสุขภาพจิตประเทศสหราชอาณาจักร

ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพจิตในประเทศสหราชอาณาจักรพัฒนาต่อยอดการจัดบริการสุขภาพจิตในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) โดยมุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วยแต่ละคน (“Make personalized care business as usual”) โดยออกแบบให้นักวิชาชีพในระบบสุขภาพทำหน้าที่ “สั่งการรักษาทางสังคม” หรือ “สั่งยาทางสังคม” (social prescribing)(31) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดอำนาจภัยคุกคามและความหมาย (Power Threat Meaning Framework: PTMF)

การพัฒนากรอบแนวคิดอำนาจภัยคุกคามและความหมาย เป็นการพัฒนารอบแนวคิดในการวินิจฉัยกลุ่มอาการ ความเจ็บป่วยและโรคทางจิตเวช ที่ต่างไปจากเดิมที่เป็นแนวคิดหลักที่ยังคงมีการจำแนกโรคตามกลุ่มอาการ แต่ไม่ได้จำแนกตามสาเหตุ (etiology) กรอบแนวคิดอำนาจภัยคุกคามและการให้ความหมาย (มองว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยเกิดจากการสูญเสียอำนาจในด้านต่าง ๆ ซึ่งกระทบการใช้ชีวิต การปรับกรอบการวินิจฉัยนี้เป็นการปรับมุมมองต่อการเจ็บป่วยในด้านบวก และเสริมพลังอำนาจให้บุคคล (empowerment) ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศสหราชอาณาจักรจึงออกแบบนโยบายให้ระบบบริการสุขภาพจิตมี “ผู้สั่งการรักษาทางสังคม” หรือ “ผู้สั่งยาทางสังคม” (social prescribing link workers) ในทีมดูแลรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิตภายในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ เป็นการออกแบบนโยบายที่ให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้มแข็งและการตอบสนองความต้องการรายบุคคล (individual strengths and needs)

ผู้สั่งการรักษาทางสังคมทำหน้าที่ทางเลือกและการควบคุม (choice and control) ในการใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วยสุขภาพจิต และช่วยพิจารณาว่าอะไรคือสิ่งสำคัญในการพัฒนาสุขภาพจิตของแต่ละบุคคล (what matters) ดังนั้น ผู้สั่งการรักษาทางสังคมภายในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติจึงมีความรับผิดชอบงานและกิจกรรมการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพที่กว้างขวาง ได้แก่

- ประสานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย
- ให้การสนับสนุนรายบุคคล โดยให้ความสำคัญกับการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น ปัญหาหนี้สิน ปัญหาที่อยู่อาศัย ฯลฯ ผ่านการทำงานเชื่อมโยงกับชุมชน

- สนับสนุนเครือข่ายในชุมชน หรือองค์กร เพื่อรับดูแลผู้ป่วย
- ทำงานกับภาคส่วนอื่นนอกกระบวนการบริการสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน
- เก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต

3.3 ข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยแบบผสมผสานเรื่องสถานการณ์สุขภาพจิตในประเทศไทย

3.3.1 สถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพจิตในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดโรคทางจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเพิ่มขึ้นของความรุนแรงและความซับซ้อนที่ทำลายขีดความสามารถของระบบสุขภาพในรูปแบบดั้งเดิม โดยปัญหาสุขภาพจิตที่ พบมากในประเทศไทย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ภาวะจิตเวชจากการติดแอลกอฮอล์และสารเสพติด โรควิตติ สมานิสัน และอัตราการฆ่าตัวตายที่นำวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีมีอัตราความเสี่ยงต่อภาวะเครียดสูง(32)



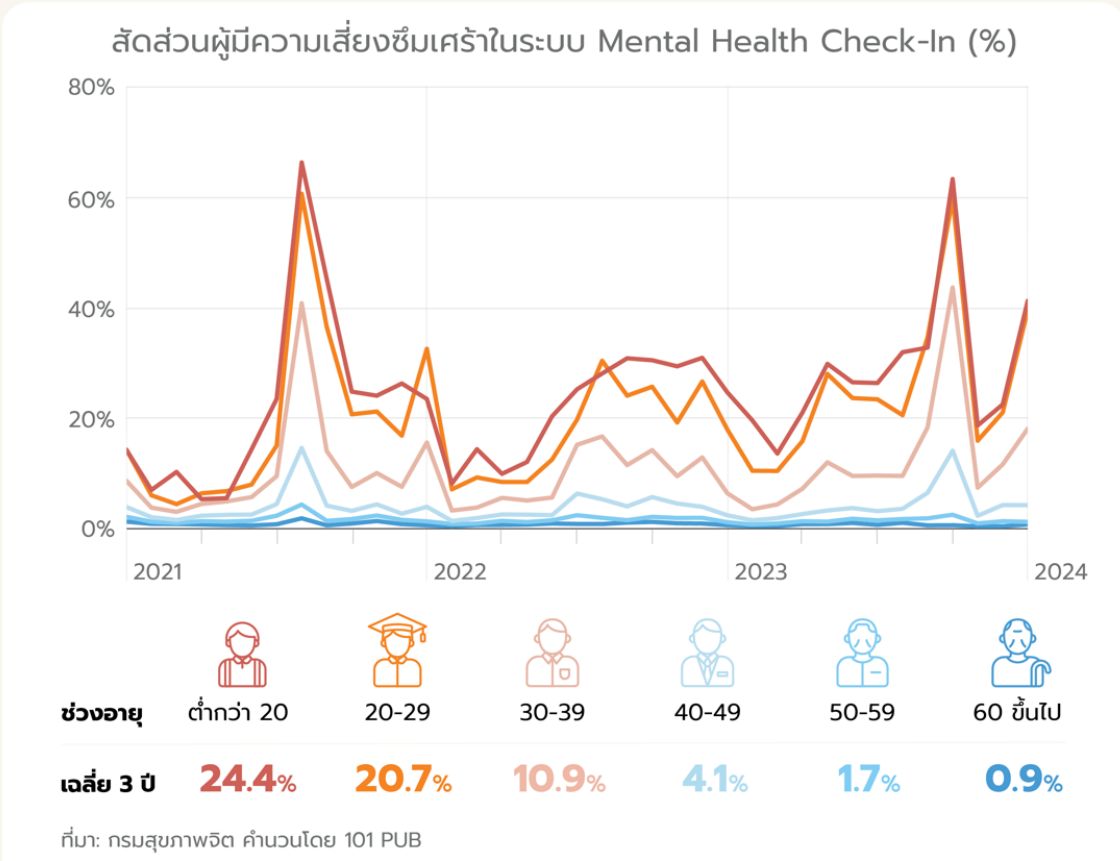
ภาพที่ 11: อัตราการฆ่าตัวตายในประชากรไทย (รายต่อแสนประชากร) ในระหว่างปี พ.ศ.2540-2566 (ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และ <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-6>)

ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยยังคงเป็นปัญหาใหญ่และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยหนึ่งในตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุขคือ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีการเพิ่มขึ้นจาก 6.11 ในปี 2560 เป็น 7.97 และ 7.94 ต่อประชากรแสนคนในปี 2565 และ 2566 ตามลำดับ ซึ่งเกินกว่าเป้าหมายของกรมสุขภาพจิตที่ตั้งไว้ที่ 6.3 ในปี 2560 จนถึงปี 2563 แต่ได้มีการปรับเกณฑ์เป้าหมายเป็นไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคนในปี 2564 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน(33) ทำให้ค่าดังกล่าวยังถือว่าอยู่ในเป้าหมายของกรมสุขภาพจิต แม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายดังกล่าวนับเป็นอัตราที่สูงที่สุดในรอบ 22 ปี นับตั้งแต่ช่วงวิกฤตเศรษฐกิจต้มยำกุ้ง อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการเพิ่มขึ้นนี้เริ่มต้นก่อนการแพร่ระบาดของโควิด-19 และยังไม่มีความชัดเจนของการปรับตัวดีขึ้นแม้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดจะคลี่คลายลงโดยมีวัยรุ่น 15-19 ปี พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด เป็นอัตรา 116.8 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด เป็นอัตรา 10.4 ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ 11

อัตราความเสี่ยงซึมเศร้าในบุคลากรสุขภาพจิตเองที่มีสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วง กรมสุขภาพจิตมีการประเมินในระบบ “Mental Health Check In(34)” ภาพรวมตัวเลขอัตราผู้ที่มีความเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้า หดใจ และเสี่ยงฆ่าตัวตายค่อนข้างคงที่ แต่ข้อมูลอาจมีข้อสงสัยในความถูกต้องจากอคติที่มาจากการเลือกตัวอย่าง (selective bias) เนื่องจากพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่เข้ามาใช้บริการ เป็นกลุ่มที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และกลุ่มวัยนี้มีอัตราเสี่ยงต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ มาก โดยเสี่ยงซึมเศร้าอยู่ที่ราว 1-2% เท่านั้น จึงอาจทำให้ตัวเลขในภาพรวมค่อนข้างต่ำ ในขณะที่วัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้นมีความเสี่ยงซึมเศร้าสูงกว่ามาก ดังภาพที่ 12 ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตออนไลน์ของกรมสุขภาพจิตชี้ให้เห็นว่าสุขภาพจิตคนไทยดีขึ้นเป็นระยะเวลาสั้น ๆ ในช่วงต้นปี 2566 ก่อนจะไต่ระดับกลับขึ้นมาในช่วงครึ่งปีหลัง ช่วงเดือนพ.ค. – พ.ย. 2566 กลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี เสี่ยงซึมเศร้าสูงถึง 34.1% กลับขึ้นไปอยู่ในระดับเดียวกับช่วงโรคระบาด นอกจากนี้จะเห็นว่ามียอดอัตราพุ่งสูงขึ้นในช่วงที่สังคมตระหนักถึงปัญหา เช่นในเดือนต.ค. ที่มีวันสุขภาพจิตโลก ซึ่งมีผู้เข้ามาทำแบบประเมินจำนวนมาก ดังนั้นข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตออนไลน์ของกรมสุขภาพจิตอาจจะไม่ได้สะท้อนและเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดอย่างถูกต้อง เนื่องมาจากอคติจากการเลือก (selective bias) และอาจยังมีคนที่ตกหล่นไปจากการสำรวจนี้จำนวนมาก นอกจากนี้ สถานการณ์ความเสี่ยงเรื่องภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนวัยเรียนที่สูงขึ้นแล้ว ยังคงมียอดอัตราร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 70.5 และยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยที่พัฒนาการล่าช้าทำให้การดูแลเด็กปฐมวัยด้านการพัฒนาสติปัญญาและการพัฒนาสุขภาพจิตแม้จะบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่ก็ยังทำได้เพียงร้อยละ 42.7 ดังแสดงในภาพที่ 13

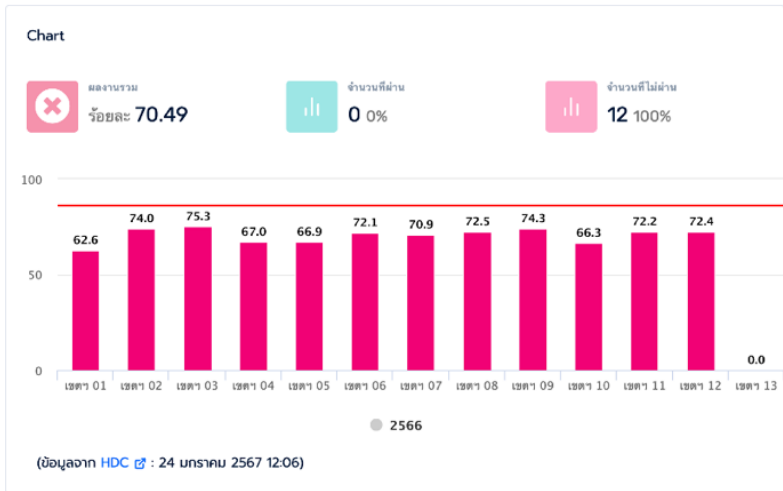
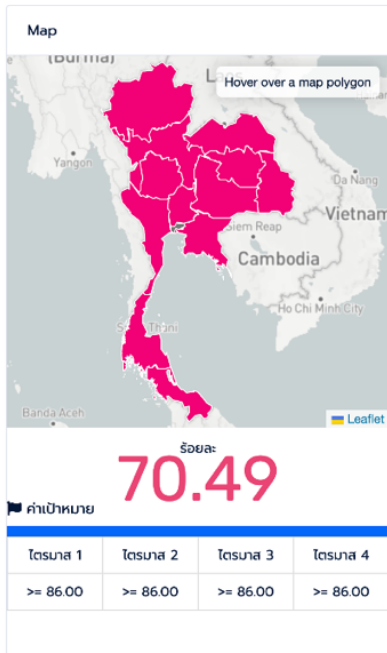
เสี่ยงซึมเศร้า ยิ่งกว่าช่วงโควิด-19

เด็กและวัยรุ่น เสี่ยงซึมเศร้ามากกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 2 เท่า



ภาพที่ 12: อัตราผู้มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ารายช่วงอายุ (2020-2023) (ที่มา: กรมสุขภาพจิต คำนวณโดย 101Pub)

ตัวชี้วัดที่ 002: ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย



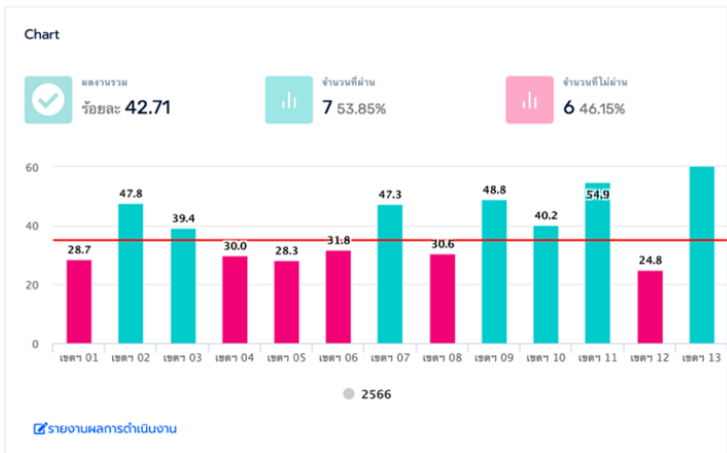
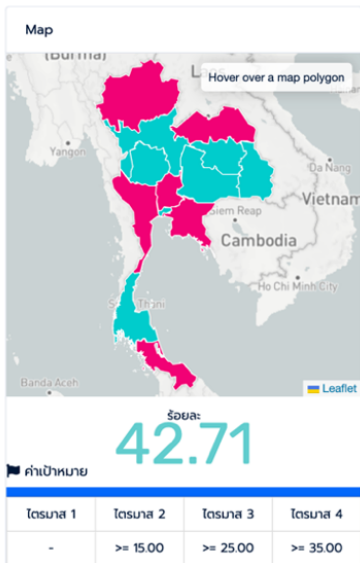
View/Download monthly report.

10 มกราคม 2566 View Download

ระบบจะตัดข้อมูลทุกวันที่ 10 ของเดือนโดยอัตโนมัติ

ตัวชี้วัดที่ 003: เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 ตัวชี้วัด Proxy : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย

รายงานผลการดำเนินงาน

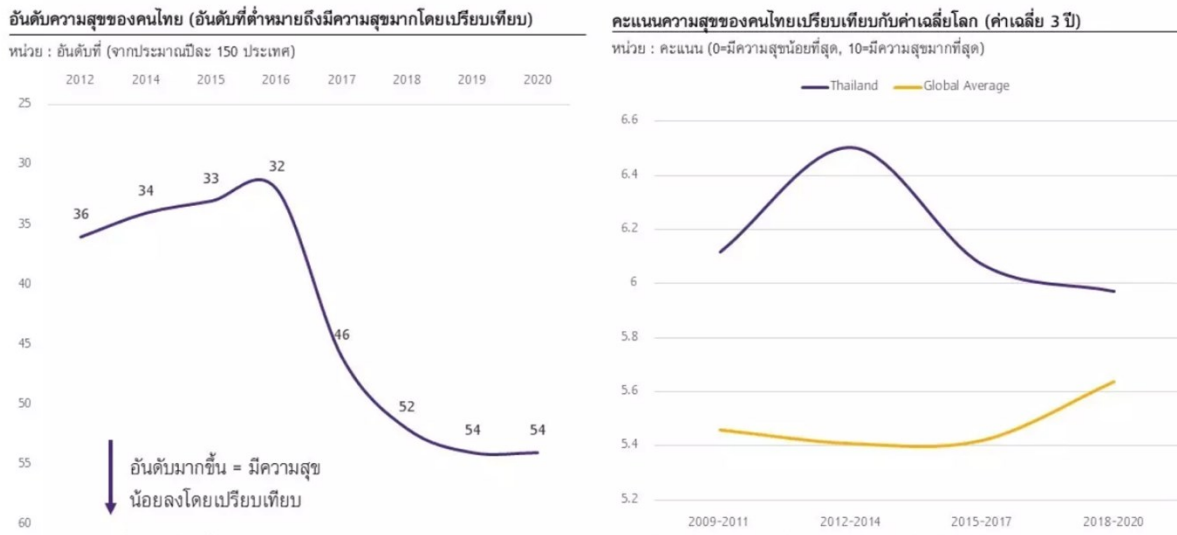


View/Download monthly report.

10 มกราคม 2566 View Download

ภาพที่ 13: การเข้าถึงบริการสุขภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยที่พัฒนาการล่าช้า (ที่มา: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index2> กระทรวงสาธารณสุข)

สำหรับตัวชี้วัดในเรื่องสุขภาพจิตและสภาวะที่ดีจากการจัดอันดับระดับความสุขของประชาชนในประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับนานาชาติโดย Sustainable Development Solutions Network's World Happiness Report(35) พบว่า ความสุขของคนไทยมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยความสุขของโลกระหว่างปี พ.ศ. 2559-2563 ดังแสดงในภาพที่ 13 และในปีพ.ศ.2566 ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับระดับความสุขของประชาชนโดย Sustainable Development Solutions Network's World Happiness Report เป็นอันดับที่ 60 ของโลก(35) ดังแสดงในภาพที่ 14



ภาพที่ 14: การจัดอันดับระดับความสุขของประชาชนในประเทศไทยโดย Sustainable Development Solutions Network's World Happiness Report ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2563 (ที่มา : SCB Economic Intelligence Center(36))

World Happiness Report 2023

Figure 2.1 Ranking of Happiness based on a three-year-average 2020-2022



ภาพที่ 15: การจัดอันดับระดับความสุขของประชาชนในประเทศไทยโดย Sustainable Development Solutions Network’s World Happiness Report 2023 (พ.ศ.2566)

(ที่มา : <https://worldhappiness.report/ed/2023/world-happiness-trust-and-social-connections-in-times-of-crisis/#ranking-of-happiness-2020-2022>)

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยยังคงมีปัญหาจากจำนวนผู้ต้องการรับบริการจิตเวชเพิ่มมากขึ้น ความรุนแรงของปัญหามีมากขึ้น ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขยังชี้ให้เห็นว่า ในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 จำนวนผู้ต้องการรับบริการจิตเวชเพิ่มมากขึ้น และความรุนแรงของปัญหาหนักมากขึ้น โดยพิจารณาจากข้อมูลการใช้บริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขดังนี้ 1) ผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวันเพิ่มขึ้น 9.4 % , 2) ผู้ป่วยนอกต่อปี เพิ่มขึ้น 9.8 % , 3) ผู้ป่วยนอกใหม่ (ระหว่างปี 65-66) เพิ่มขึ้น 20% , 4) อัตราการครองเตียง เพิ่มขึ้น 11.3% และ 5) จำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยลง จาก 23 วัน เป็น 18 วัน(37)

แม้ว่าภาครัฐจะมีความพยายามในการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมสุขภาพจิต โดยเฉพาะการพัฒนานวัตกรรมระบบบริการสุขภาพจิตเชื่อมโยงดิจิทัลสุขภาพเข้าสู่หน่วยบริการในหลักประกันสุขภาพ แต่ประชาชนไทยจำนวนมากยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และระบบบริการสุขภาพจิตที่มีอยู่ยังไม่สามารถจัดระดับความเร่งด่วนของกลุ่มเป้าหมายได้ เช่น บริการ hotline สามารถให้บริการได้ 20% ของประชาชนที่โทรเข้ามาใช้บริการ และในระยะเวลาที่ผ่านมาไม่สามารถให้บริการหลัง 23.00 น. ได้แม้ว่าเวลาหลัง 23.00น. จะเป็นช่วงเวลาที่มีการทำร้ายตัวเองของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดก็ตาม ดังแสดงในภาพที่ 18

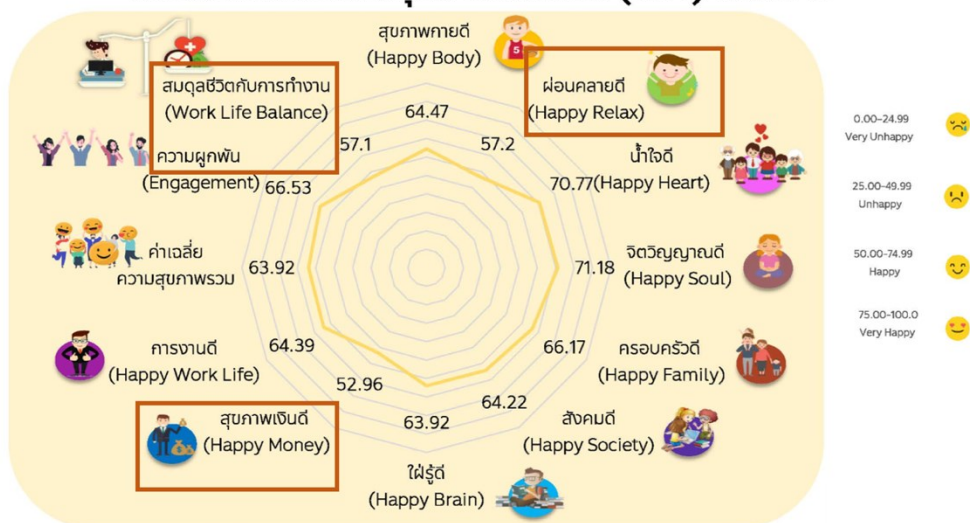


ภาพที่ 16: ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตทางระบบสายด่วน (hotline) ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย(ที่มา: www.thaidmh-elibrary.org/album/6144/ทีมปฏิบัติการพิเศษป้องกันการฆ่าตัวตาย-hope-task-force- กระทรวงสาธารณสุข)

แม้กระทั่งบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขเองที่แม้การประเมินสุขภาพจิตของตนเองด้วยการรายงานความสุขด้วยตัววัด “Happinometer” จะผ่านเกณฑ์ตั้งไว้ แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดกลับพบว่า

การรายงานสมดุลชีวิตกับการทำงาน การผ่อนคลาย และสุขภาพการเงิน ของบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์เพียงแบบคาบเส้น ดังแสดงในภาพที่ 17 สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจ Mental Health Atlas ของ WHO(38) พบว่าอัตราส่วนกำลังคนทำงานสุขภาพจิตของประเทศไทยยังขาดแคลนในภาพรวม เมื่อเทียบกับเพื่อนบ้านใกล้เคียงแล้ว ดังแสดงในภาพที่ 18 ซึ่งจะเห็นว่าประเทศไทยมีบุคลากรที่เป็นนักสังคมสงเคราะห์จำนวนน้อยมาก ข้อมูลอาจสะท้อนให้เห็นการขาดการเชื่อมต่อที่สำคัญระหว่างการบริการสุขภาพจิตและการดูแลสุขภาพที่ดีของประชาชน

ผลการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) และผลการประเมินสภาวะองค์การ (HPI) ครั้งที่ 3



ที่มา: ข้อมูลจากระบบการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) และการประเมินสภาวะองค์การ (HPI) จากเว็บไซต์ Happy MOPH ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565

ภาพที่ 17: การประเมินสถานการณ์สุขภาพจิตของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขด้วย Happinometer ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2565 (ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

MENTAL HEALTH ATLAS 2020

Member State Profile

Mental health Workforce	No. per 100,000 population					
	UK	Singapore	Thailand	Malaysia	Vietnam	Philippines
Psychiatrists	13.76	4.27	0.94	1.21	0.99	0.22
Mental health nurses	55.62	21.86	5.54	2.88	2.89	0.78
Psychologists	19.77	-	0.61	0.56	0.11	0.08
Social workers	4.75	-	0.19	1.08	0.04	0.48
Other specialized Mental health workers	107.24	-	0.59	0.13	0.14	0.13
Total Mental health professionals	201.14	26.14	7.87	5.86	4.16	1.68
Child psychiatrists	10.31	-	1.11	0.10	-	0.06
Total Mental health Workers in child mental health services	10.31	-	3.66	0.10	-	0.82

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

ภาพที่ 18: สถานการณ์กำลังคนทำงานสุขภาพจิตของประเทศไทยเทียบกับต่างประเทศ (ที่มา: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>)

3.3.2 ความพยายามในการพัฒนาโยบายสุขภาพจิตของประเทศไทย

ตั้งแต่เดือนธันวาคม ปี 2559 คณะอนุกรรมการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ และคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติดำเนินการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based policy) เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ 20 ปี ได้แก่ “แผนพัฒนาสุขภาพจิต ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561– 2580)” (39) ซึ่งเป็นหนึ่งในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต (Mental Health in Thailand 4.0) ภายใต้นโยบายสาธารณสุขไทย 4.0 เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านความมั่นคง ที่ขับเคลื่อนด้วยการสร้างการมีส่วนร่วม (“Inclusive Growth Engine”) เพื่อให้หลุดพ้นจากกับดักความเหลื่อมล้ำในสังคมอย่างเป็นระบบ โดยออกแบบให้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงาน ผู้มีส่วนได้เสีย และผู้รับบริการกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานใน/นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดให้มีการดำเนินงาน 4 ยุทธศาสตร์อย่างประสานสอดคล้องกัน ได้แก่

- 1) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต
- 2) ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช
- 3) ยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการทางกฎหมาย สังคมและสวัสดิการ
- 4) ยุทธศาสตร์พัฒนาวิชาการและกลไกการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

นโยบายภาครัฐในระยะปัจจุบัน (พ.ศ.2566-2567) มีการยกระดับและการให้ความสำคัญกับนโยบายสุขภาพจิตอย่างเข้มข้น เห็นได้จากความพยายามของหน่วยงานภาครัฐ เช่น กระทรวง

สาธารณสุข (สธ.) ในการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมสุขภาพจิตอย่างก้าวกระโดด ตัวอย่างการพัฒนา นวัตกรรมระบบบริการสุขภาพจิตเชื่อมโยงดิจิทัลสุขภาพเข้าสู่หน่วยบริการในหลักประกันสุขภาพ ได้แก่

- นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2567 ดำเนินการผ่านกรมสุขภาพจิต ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุมทุกมิติ โดยมุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพจิตและการเข้าถึงบริการจิตเวชอย่างเท่าเทียม และลดช่องว่างด้านบริการสาธารณสุข และมีกิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อคนไทยมีสุขภาพจิตดี
- การพัฒนานโยบายสุขภาพจิตและปัญหายาเสพติด กำหนดให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีแผนกจิตเวช มีหอผู้ป่วยจิตเวชที่พร้อมให้บริการ มีศูนย์ “มินิรัฐยา ราชย์” ในทุกจังหวัด(40) เพื่อให้บริการปรึกษาจิตแพทย์และนักจิตวิทยาผ่านทางระบบโทร เวช (telemedicine)
- นโยบาย “Mental Health Anywhere เพื่อนแท้มีทุกที่” เพื่อให้ประชาชนคนไทยสามารถ เข้าถึงการบริการด้านสุขภาพจิตได้ทุกที่ทุกเวลาอย่างสะดวก โดยกรมสุขภาพจิตเพิ่มช่อง ทางการสำรวจสุขภาพใจตนเองผ่าน online applications เช่น DMIND Application ทาง ไลน์หมอมพร้อม และคิวอาร์โค้ด Mental Health Check In (MHCI)(34) เพื่อให้ประชาชน รู้เท่าทันสัญญาณความเสี่ยงภาวะสุขภาพจิตได้ พร้อมคำแนะนำการสื่อสารและการบริการ ปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ตลอด 24 ชั่วโมง ดังแสดงในภาพที่ 19 และภาพที่ 20



ภาพที่ 19: กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อคนไทยมีสุขภาพจิตดี พ.ศ.2566

(ที่มา: www.hfocus.org)

ภาพที่ 20: ช่องทางการสำรวจสุขภาพใจตนเองผ่าน online applications โดยกรมสุขภาพจิต



ลงทะเบียนเพื่อเข้ารับการรักษาและรับยา สำหรับคนไข้โรคทั่วไป (42กลุ่มโรค ตามที่สปสช.กำหนด) โดยแอปฯ MorDee ร่วมกับ สปสช.

กรอกฟอร์มเพื่อลงทะเบียน press Enter ↵

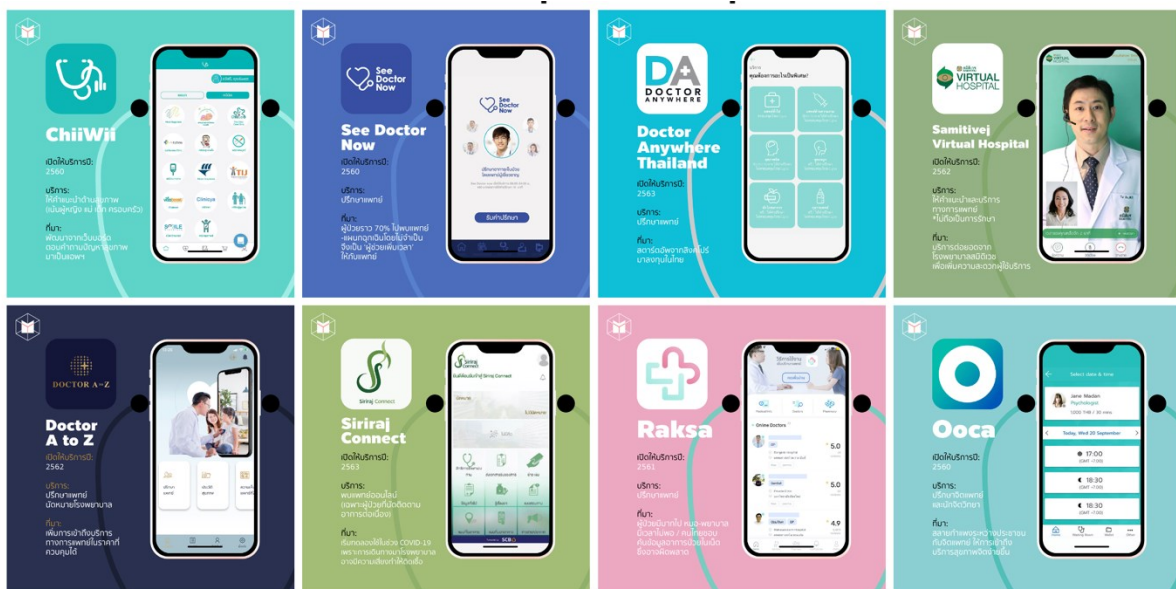
'สายด่วนสุขภาพจิต 1323' ได้เข้ามาเป็นอีกหนึ่งหน่วยร่วมบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) แล้ว ทำให้สามารถเบิกค่าบริการได้ หลังจากที่สายด่วน 1323 ได้ให้บริการประชาชนสิทธิบัตรทอง (จะต้องมีการขอลงทะเบียนผ่านเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก)



ภาพที่ 21: ช่อง hotline โดยกรมสุขภาพจิต และ online applications โดยสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ(ที่มา: สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ)

นอกจากการดำเนินการโดยภาครัฐแล้ว ยังมีความพยายามสร้างนวัตกรรมเพื่อเพิ่มการป้องกัน การคัดกรอง และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ผ่านการร่วมมือจากทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และผู้ประกอบการภาคเอกชน ดังตัวอย่างที่แสดงในภาพที่ 14 รวมทั้งมีการขยายบริการสุขภาพจิตใน ระดับชุมชน (peer or community support) เช่น สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (องค์การมหาชน) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) โดยความร่วมมือกับสถาบันโรตัทศน์ไทย พีบีเอสและภาคีเครือข่าย จัดกิจกรรม “HACK ใจ – เพราะสุขภาพใจเป็นเรื่องของทุกคน” ในลักษณะ “แฮกกาธอน” (hackathon) ด้านสุขภาพจิตครั้งแรกในประเทศไทย(41) เพื่อระดมสมองหน่วยงานทั้ง ภาครัฐและภาคเอกชน ในการสร้างนวัตกรรมเป็นทางเลือกใหม่ในการเสริมสุขภาพะทางใจ เน้นเข้าถึง ระบบส่งเสริม ป้องกัน ก่อผลป่วย อย่างเท่าเทียม เพื่อสร้างเป็นพื้นที่สำหรับแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และ ทักษะของแต่ละองค์กร เพื่อนำไปปรับใช้ให้เกิดผลลัพธ์ด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิต ดังแสดงใน ภาพที่ 23

กระบวนการออกแบบนโยบายสุขภาพจิตของประเทศไทยในปัจจุบันมีการมุ่งเน้นความเชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ชาติ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมากขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 24 นอกจากนี้ นโยบายสุขภาพจิตในประเทศไทยมีวิวัฒนาการเพิ่มการดูแลรักษาอย่างบูรณาการเป็นองค์ รวมมากขึ้น โดยเฉพาะการออกพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่ได้รับการแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562(42) ซึ่งช่วยสร้างกลไกคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย คุ้มครองสังคมและบุคลากรด้านสุขภาพ ดัง แสดงในภาพที่ 25



ภาพที่ 22: ตัวอย่างความพยายามสร้างนวัตกรรมเพื่อเพิ่มการป้องกัน การคัดกรอง และเพิ่มช่อง ทางการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต โดยความร่วมมือจากทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และ ผู้ประกอบการภาคเอกชน (ที่มา <https://thematter.co>)



ปิดฉาก 'HACK ใจ' ค้นพบ 8 นวัตกรรม ดูแล ปกป้อง 'สุขภาพจิต' คนไทย

2 มีนาคม 2024

PUBLIC HEALTH POLICY WATCH



ภาพที่ 23: การจัดกิจกรรม “HACK ใจ” โดยสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ สถาบันโรตส์นีย์ไทยพีบีเอส และภาคีเครือข่าย (ที่มา: <https://theactive.net>)

1 ความเชื่อมโยงในการดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ และแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต



แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570)

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580)

แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมสุขภาพจิต

นโยบายพัฒนางานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ

ภาพที่ 24: ความเชื่อมโยงของนโยบายสุขภาพจิตกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สาระสำคัญ

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ประกาศใช้เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกาศใช้เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2562 มีผลบังคับใช้วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ได้กำหนดมาตรการเกี่ยวกับคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันเพื่อควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงอย่างปลอดภัย โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมทุกภาคส่วน

ทำไมเราต้องมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ

- คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษา ตามมาตรฐานทางการแพทย์
- คุ้มครองสังคม ไม่ให้โรคจิตเวชภัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยทางจิต
- คุ้มครองบุคลากรด้านสุขภาพ ให้ปลอดภัยกับตนเองและคนรอบข้าง
- มีแนวปฏิบัติไปในทางเดียวกัน

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มุ่งเน้นให้ประชาชน และบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ได้รับการคุ้มครองสิทธิ และเข้าถึงกระบวนการดูแล 5 มิติสุขภาพ

ประเด็นสำคัญในพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ

หมวด 1 คุ้มครองการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช

หมวด 2 สิทธิผู้ป่วย

หมวด 3 การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต

หมวด 4 การยุติธรรม

หมวด 5 พนักงานเจ้าหน้าที่

หมวด 6 บทกำหนดโทษ

หมวด 1 คุ้มครองการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช มาตรา 5 – มาตรา 11

ส่วนที่ 1 คุ้มครองการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช

- เสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ เกี่ยวกับ การสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกับในสังคม ตลอดจนรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาเห็นชอบและมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ
- ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต
- กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การให้บริการและการอยู่ร่วมกับในสังคม
- ตรวจสอบและติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพจิต
- กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการขอแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 2 คุ้มครองการสถานบำบัดรักษา มาตรา 12 – มาตรา 14

ให้หน่วยงานบำบัดรักษาแห่งรัฐคณะกรรมการสุขภาพจิต องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การมหาชน หน่วยงาน

กรรมการ: 1. จิตแพทย์ 2. ประธานกรรมการ 3. แพทย์ 4. พยาบาล 5. นักกฎหมาย 6. นักจิตวิทยา หรือบัณฑิตสหสาขาวิชา หรือจิตเวชระเทศ หรือจิตเวชระเทศ

อำนาจหน้าที่: 1. ควบคุมดูแล 2. คุ้มครองสิทธิ 3. คุ้มครองสุขภาพจิต 4. คุ้มครองสุขภาพจิต 5. คุ้มครองสุขภาพจิต 6. คุ้มครองสุขภาพจิต

หมวด 2 สิทธิผู้ป่วย

สิทธิผู้ป่วย

- ได้รับการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (มาตรา 15 (1))
- ได้รับการคุ้มครองในการปกป้องข้อมูลให้เป็นความลับ (มาตรา 15 (2))
- ได้รับการคุ้มครองจากการรังแก (มาตรา 15 (3))
- ได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพ ประกันสังคมและระบบอื่น ๆ อย่างเสมอภาค (มาตรา 15 (4))

ทำไมไม่ให้เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย ในบางกรณีที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย

1. ในกรณีที่ต้องแจ้งอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น
2. เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน
3. มีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย

ภาพที่ 25: แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิตอย่างบูรณาการตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

3.3.3 ข้อจำกัดของกระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตภายใต้ระบบราชการไทย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า กระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตภายใต้ระบบราชการไทยยังคงมีข้อจำกัดอยู่มาก ตั้งแต่การกำหนดตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดในปัจจุบันที่อาจจะยังไม่ตอบโจทย์ปัญหาและสถานการณ์สุขภาพจิตและยังไม่สะท้อนถึงความสำเร็จของนโยบาย และในบางกรณียังคงมีตัวชี้วัดที่ไม่สะท้อนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทย และยังมีตัวชี้วัดการดำเนินงานตามนโยบายสุขภาพจิตบางตัวที่ไม่สะท้อนประสิทธิภาพของนโยบายสุขภาพจิตของประเทศไทย ไปจนถึงการพัฒนาแบบรวมศูนย์ซึ่งประชาชนไม่มีส่วนร่วมและไม่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่

- **ตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดในปัจจุบัน ไม่ตอบโจทย์ปัญหาและสถานการณ์สุขภาพจิต และยังไม่สะท้อนถึงความสำเร็จของนโยบาย**

ตัวชี้วัดความสำเร็จของนโยบายสุขภาพจิตที่ถูกกำหนดไว้ในปัจจุบัน อาจยังไม่ตอบโจทย์ปัญหาและสถานการณ์สุขภาพจิตของประเทศไทยมากนัก และอาจจะยังไม่สามารถสะท้อนถึงความสำเร็จของนโยบายจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า กระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตภายใต้ระบบราชการไทยยังคงมีข้อจำกัดจำนวนมาก ตั้งแต่ตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดในปัจจุบันไม่ตอบโจทย์ปัญหาและสถานการณ์สุขภาพจิต และยังไม่สะท้อนถึง

ความสำเร็จของนโยบายการพัฒนานโยบายแบบรวมศูนย์ซึ่งประชาชนไม่มีส่วนร่วมและไม่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่ตัวชี้วัดที่ไม่สะท้อนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทย

“เรามองเชิงพลวัต เราจะรู้ว่าบางครั้งมันก็เกิดสถานการณ์ที่เป็นเชิงบวกเกิดขึ้น แล้วสถานการณ์เชิงบวกเป็นสิ่งที่เกิดในประเทศพัฒนาทั้งหลายจำเป็นต้องมีกระบวนการเหล่านี้ เพื่อให้คนในประเทศมีความรู้ ดูแลตัวเองได้ มีความเข้มแข็ง เติบโตขึ้นเรื่อย ๆ ทำยสุดจำนวนมากจะพึ่งพาตัวเองได้สูงกว่าจำนวนน้อยที่ต้องพึ่งพาระบบของการบริการรัฐ ๆ ซึ่งตรงนี้เป็นข้อเท็จจริง สาธารณสุขเขตที่ทำหน้าที่เชื่อมต่อตัวระบบบริการกับชุมชน คำทำเป็น direct sale ไปช่วยทำให้เกิดการรีนไหล สามารถใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่ได้ระยะยาว อาจจะต้องมามองควบคู่กันไปด้วยหรือเปล่า?”

~จิตแพทย์สังกัดหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง

“ตัวเองมองว่าตัวชี้วัดหนึ่งคือ พื้นที่หรือครอบครัวที่สามารถดูแลผู้ใช้บริการ การวัดหน่วยการทำงานสุขภาพจิตมันกว้าง มีทั้งคนป่วย ไม่ป่วย มี interventions หลากอย่าง ในส่วนคนที่เข้าสู่ระบบการรักษา นักสังคมสงเคราะห์ จะรับแจ้งเหตุ มีกรณีให้ช่วยเหลือ จะมีการช่วย เช่น รับยา ส่วนใหญ่เป็นยากจนชั้นยากจน ต้องดูแลผู้สูงอายุ การกินยาบางที่ยาก กินบ่อย กินเยอะ ต้องวาดรูปยาให้ดู บอกพระอาทิตย์พระจันทร์ หรือคนที่จะกลับบ้าน มีปัญหา ไม่มีค่าส่งไปกลับ คนที่บ้านไม่รับ คนในหมู่บ้านไม่ให้กลับ จะมีสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ก่อนส่งผู้ใช้บริการกลับบ้าน คิดว่าผม มี นโยบายกว้าง เอนโยบายกว้าง มาคุยกับนักวิชาชีพ ส่งงานคุยกัน ยังมองว่าทีมสหวิชาชีพ ยังเป็นกลไกสำคัญ อยากเห็นการออกแบบระบบที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ คำตอบอยู่ที่หมู่บ้าน”

~นักสังคมสงเคราะห์สังกัดหน่วยงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ส่วนภูมิภาค

“ที่เจอในทุกวันนี้คือเคสผู้ป่วยยาเสพติดที่อาละวาด ในความคิดเห็นส่วนตัวมองว่าเราทำอย่างไรที่จะประสานส่งต่อ วิธีการที่จะเข้าไป approach กับเคสเพื่อให้บำบัดเจ็บล้มตายกันน้อยที่สุด หรือหลังจากที่ส่งไปแล้วเค้ากลับเข้าสู่สังคม ตำรวจต้องดูแลอะไรต่อมัย มีอะไรบ้างเราทำประวัติ เผื่อระวัง เราจะต้องประสานกับใคร เพราะหน่วยงานทั้งหลายเราไปติดตามทั้งหมดไม่ได้ มันเคยมีบางจังหวัดออกนโยบาย 1 ตำรวจ ต่อ 1 คนบ้า ต้องไปป้อนยาคนบ้าเรามองว่าอันนั้นมันเกินไปหรือป่าว เลยมองว่าถ้ามันมีส่วนเกี่ยวข้องกับในส่วนของตำรวจที่ปฏิบัติเองต้องทำด้วยมันมีอะไรที่มันเป็นตัวบรรทัดฐานหรือแนวทางที่สามารถเดินต่อไปได้ เพราะตำรวจก็คือส่วนหนึ่งของชุมชน และหน้าที่หลักคือการดูแลความสงบและเรียบร้อย

พอมมีปัญหาที่เกิดขึ้นเราช่วยอะไรได้บ้าง การที่เราจะเข้าไปช่วยต้องมีเครื่องมืออะไรให้เราได้บ้าง”

~พนักงานสอบสวน กองบังคับการตำรวจนครบาล 8 สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

- นโยบายเน้นเพียงการกำหนดตัวชี้วัดแต่ยังขาดรายละเอียดของแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจนซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถนำไปปฏิบัติได้

แม้จะมีความสอดคล้องในการออกแบบเป้าประสงค์ของนโยบายระดับต่าง ๆ ลงมาสู่การสร้างตัวชี้วัดต่าง ๆ เพื่อติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ตามนโยบาย แต่จากการทบทวนเอกสารเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกลับพบว่า การออกแบบหลายแผนงานและโครงการอาจไม่สอดคล้องกับกลไกการสร้างการเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองต่อวิสัยทัศน์มากนัก

ข้อมูลจากเอกสารโครงการประเมินแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 แสดงผลการศึกษาของโครงการประเมินแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2561-2565) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า “พบความเชื่อมโยงสนับสนุนกันในระดับ เป้าประสงค์ มาสู่ตัวชี้วัดภาพรวมแผนจนถึงวิสัยทัศน์ แต่เนื้อหาภายในและสัดส่วนของความรับผิดชอบของ หน่วยงานตามแผนยังไม่สมดุล มีตัวชี้วัดเป้าประสงค์บางส่วนที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของวิสัยทัศน์น้อย ขณะที่ โครงการที่มุ่งเป้าต่อความสำเร็จของตัวชี้วัดโดยตรงยังมีน้อย เมื่อเทียบกับโครงการที่เน้น กระบวนการพัฒนาเชิงระบบ” และ “จากการวิเคราะห์โดยตั้งจุดสังเกตจากตัวชี้วัดเป้าประสงค์ของแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติเป็นตัวหลัก พบว่ามีหลายตัวชี้วัดที่ไม่ได้นำไปสู่ค่าเป้าหมายภาพรวมของแผนโดยตรง(42)”

- การพัฒนานโยบายแบบรวมศูนย์ซึ่งประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียไม่มีส่วนร่วมและไม่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่

ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนปัญหาจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตยังพบว่า มีข้อวิพากษ์วิจารณ์ถึงระบบราชการในกระทรวงสาธารณสุขว่ายังทำงานแบบ “ควบคุม กำกับ” (command and control) แต่ยังคงขาดการกระจายอำนาจเพื่อสร้างระบบการจัดการที่ตอบสนองความต้องการพื้นที่ และระบบราชการส่วนกลางมุ่งเน้นการติดตามข้อมูลตัวชี้วัด ทำให้ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้อง “เล่นเกมกับระบบ” (gaming the systems) เพื่อสร้างตัวชี้วัดให้ผ่านเกณฑ์โดยที่อาจจะไม่ได้ส่งผลลัพธ์ต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของประชาชนโดยตรง หรือปรับเป้าหมายให้ลดลง หรือปรับวิธีคำนวณหรือตีความเป้าหมาย และตัวชี้วัด นอกจากนี้ แนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตใจสังคมไทยที่มากขึ้นและหนักขึ้น ทำให้เกิดข้อวิพากษ์วิจารณ์ว่าวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการทำงานพัฒนาสุขภาพจิตของประชาชน เช่น จิตแพทย์ เน้นเพียงแค่การรักษาแบบชีวการแพทย์ และยังคงขาดสมรรถนะในการช่วยแก้ปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสังคม ข้อมูลเชิงคุณภาพของผู้ใช้บัณฑิตแพทย์สะท้อนปัญหาว่า จิตแพทย์ที่จบการฝึกอบรม

เฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์แล้วยังคงขาดความรู้และทักษะด้าน “implementation science” คือมีความรู้และทักษะด้านจิตเวชศาสตร์แต่อาจจะยังขาดความรู้และทักษะในการนำหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ไปสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง นอกจากนี้ ผู้ใช้บัณฑิตแพทย์คาดหวังให้จิตแพทย์สามารถทำงานด้านสุขภาพจิตทั่วไปได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ซึ่งแตกต่างเฉพาะทางมากขึ้น

นอกจากขนาดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และปัญหาการเข้าถึงการรักษาและบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยแล้ว ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตยังพบว่า ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันยังคงมีปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช ทั้งจากสถานพยาบาลขนาดเล็กไปสถานพยาบาลขนาดใหญ่ และการส่งตัวกลับจากสถานพยาบาลขนาดใหญ่ไปสถานพยาบาลขนาดเล็กเพื่อดูแลรักษาระยะยาวในชุมชน ทำให้การรักษาและการฟื้นฟูสภาพมีข้อจำกัด นอกจากนี้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพภาครัฐที่แตกต่างกันยังครอบคลุมสิทธิรักษาบริการสุขภาพจิตไม่เท่าเทียมกัน มีปัญหาด้านภาระงานบุคลากร ปัญหาขาดกำลังคน และปัญหาการกระจายตัวของบุคลากรสุขภาพจิต รวมทั้งขาดการพัฒนาทางวิชาชีพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เช่น นักจิตวิทยา สังคมเคราะห์ ฯลฯ นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตส่วนใหญ่ยังตระหนักว่า ยังปัญหาทางสังคม ความรุนแรง ยาเสพติด เป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinant of health) ที่ทำให้ขนาดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น รวมทั้งการใช้โซเชียลมีเดียเป็นปัจจัยการกำหนดสุขภาพ (commercial determinants of health) ที่อาจทำให้ขนาดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น แต่ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตส่วนใหญ่ยังไม่มีกระบวนการจัดการกับปัจจัยที่กำหนดสุขภาพจิตดังกล่าวของประชาชนมากนัก

“ระบบระบบสาธารณสุข ก็ยังเป็นระบบเจ้าขุนมูลนาย ควบคุม กำกับกันมายาวนาน กรม กอง ทำงานประสาน แต่ในนาม ขาดแนวคิดหรือการกระทำที่นำไปสู่การ กระจายอำนาจ อย่างแท้จริง รพ.จังหวัดจึงทำตาม เฉพาะที่นายสั่ง ยังคิดออกแบบระบบการทำงานที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของพื้นที่ อย่างแท้จริงไม่ได้ ขณะเดียวกัน ระบบ สปสช. ก็ทำดี ทีเหลว มีแต่เงินแต่ไม่มีแขนขา พัฒนางานได้บางส่วน เท่าที่อำนาจเงินจะทำได้ และใครเข้าใกล้ก็จะเข้าถึง ทำตามความคิดของคนกลุ่มหนึ่งเท่านั้น ความที่ส่วนกลางคิด ส่วนปลายเป็นคนทำงาน และส่วนกลางสนใจแต่ข้อมูลสุดท้าย ดังนั้น เจ้าหน้าที่จึงต้องทำทุก วิถีทางเพื่อว่าจะได้ตัวเลขตัวหนึ่งขึ้นมา โรงพยาบาล ต่าง ๆ จึงมีได้เน้นการวิเคราะห์ ข้อมูลของตนเองอย่าง แท้จริงเพื่อนำไปพัฒนางาน”

~ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

“คำพูดที่ว่าเด็กคือ อนาคตของชาติ หรืออีกนัย หนึ่งเท่ากับ เด็กคือ อนาคตของจังหวัด ถ้าจะตั้งคำถาม กับ สสจ. หรือ ผอ.รพ. ว่าจังหวัดของท่านมีประชากร เด็กเท่าไร มีปัญหาอะไรที่เร่งด่วน ปัญหาอะไรที่เรื้อรัง แก้ไขไม่ได้ ปัญหาอะไรที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ปัญหา

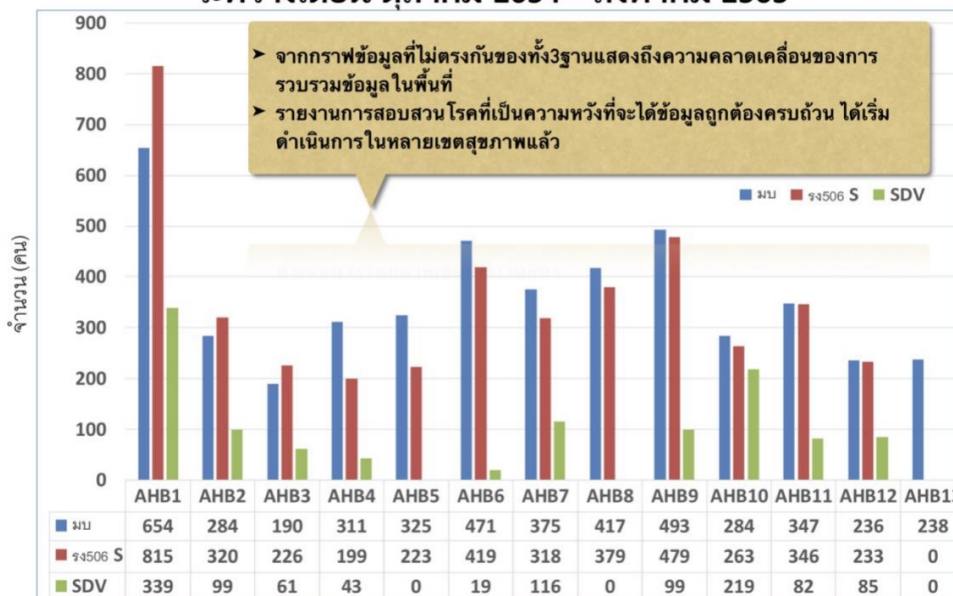
อะไรที่นำทางให้เด็กเสียหายไม่ได้รับการพัฒนาที่เหมาะสม เชื่อไหมคะว่าจะไม่ได้รับคำตอบ นั่นเป็น เพราะว่ามันไม่ใช่ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข”

~ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- ตัวชี้วัดที่ไม่สะท้อนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิตในประเทศไทยพบว่า การเข้าถึงข้อมูลยังมีความยากลำบากในเรื่องของการเข้าถึงได้ยาก ความเป็นปัจจุบันของข้อมูล ความน่าเชื่อถือให้การนำไปอ้างอิง และ ลักษณะของข้อมูลที่จะถูกนำไปใช้ยังมีข้อจำกัด ข้อมูลที่ใช้ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพจิตในประเทศไทยขาดความถูกต้องง (validity) และขาดความน่าเชื่อถือ (reliability) ดังตัวอย่างที่ได้อภิปรายไปแล้วข้างต้นเรื่องอัตราความเสี่ยงซึมเศร้าที่มีการประเมินในระบบ “Mental Health Check In” นั้น ข้อมูลอาจมีข้อสงสัยในความถูกต้องจากอคติที่มาจากเลือกตัวอย่าง (selective bias) เนื่องจากพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่เข้ามาใช้บริการ เป็นกลุ่มที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และกลุ่มวัยนี้มีอัตราเสี่ยงต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ มาก โดยเสี่ยงซึมเศร้าอยู่ที่ราว 1-2% เท่านั้น จึงอาจทำให้ตัวเลขในภาพรวมค่อนข้างต่ำ ในขณะที่วัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้นมีความเสี่ยงซึมเศร้าสูงกว่ามาก

กราฟ เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ระหว่าง 3 ฐานข้อมูล ระหว่างเดือน ตุลาคม 2654 – สิงหาคม 2565



ที่มา : โบรมันต์กร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข , รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ และ รายงานการสอบสวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ (SVD)

ภาพที่ 13: รายงานปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย ปี พ.ศ. 2565 โดยศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

นอกจากนี้ผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้เสียอาจประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพจิตในประเทศไทยในหลายมิติได้อย่างยากลำบาก เนื่องจากแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิตอาจมีความคลาดเคลื่อนและอาจแสดงแนวโน้มของปัญหาต่ำกว่าความเป็นจริง ตัวอย่างแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่อาจมีความคลาดเคลื่อนและอาจแสดงแนวโน้มของปัญหาต่ำกว่าความเป็นจริง เช่น รายงานปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย ปี พ.ศ. 2565 โดยศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งให้เห็นว่าข้อมูลจากใบมรณบัตรของกระทรวงมหาดไทยมีแนวโน้มต่ำกว่าความเป็นจริงจากหลายสาเหตุ เมื่อเปรียบเทียบกับการรวบรวมข้อมูลผ่านรายงาน รง.506s ของกระทรวงสาธารณสุข (33) รวมทั้งเขตสุขภาพ 13 (กทม.) ยังไม่มีการรายงาน รง.506s ดังแสดงในภาพที่ 13

- *ตัวชี้วัดที่ไม่สะท้อนประสิทธิผลของนโยบายสุขภาพจิตของประเทศไทย*

การกำหนดตัวชี้วัด อาจไม่เชื่อมโยงกับกระบวนการให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์ และใหญ่เกินกว่าขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบของหน่วยงาน ตัวอย่างเช่น ข้อมูลเชิงคุณภาพจากโครงการประเมินแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ระยะที่1 (พ.ศ.2561-2565) พบว่าผู้บริหารหน่วยงานด้านสุขภาพจิตในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขบางท่านมีมุมมองว่าการประยุกต์ใช้ World Happiness Index (WHI) ในการติดตามสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยยังไม่เหมาะสม เพราะผลลัพธ์ในหลายด้านที่ประกอบเป็นตัวชี้วัดย่อยของ World Happiness Index อยู่นอกเหนือกระบวนการทำงานที่กรมสุขภาพจิตดูแลอยู่(43) ดังนั้น ผู้บริหารบางท่านจึงมีการเสนอให้ทบวง ตัวชี้วัดและยุทธศาสตร์ให้อยู่ในขอบเขตของผลลัพธ์ในการดำเนินโครงการที่อยู่ในการดูแลของกรมสุขภาพจิตเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม มุมมองของผู้บริหารหน่วยงานด้านสุขภาพจิตที่มีต่อนโยบายสุขภาพจิตและความต้องการให้การกำหนดยุทธศาสตร์การทำงานอยู่ในขอบเขตของผลลัพธ์ในการดำเนินโครงการที่อยู่ในการดูแลของกรมสุขภาพจิตเท่านั้น แม้ว่าจะสอดคล้องกับวิธีการทำงานของระบบราชการที่มีความรับผิดชอบของการดำเนินงานตามนโยบายในหน่วยงานระดับกรม แต่อาจไม่สอดคล้องกับการขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาวะทางจิตที่เชื่อมโยงกับทุกภาคส่วน เช่น การพัฒนาระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง (mental well-being system for non-violent Thai society) ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 16 พ.ศ. 2566 ภายใต้ประเด็นหลัก “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย” ดังนั้น ประเทศไทยยังคงมีความท้าทายในการกำหนดวาระเชิงนโยบายและขอบเขตของการดำเนินนโยบายสุขภาพจิตในระดับชาติ

“...World Happiness Index เป็น ตัวชี้วัดที่ไม่เหมาะสม ... เป็น ตัวชี้วัดที่ควบคุมไม่ได้ในหลายปัจจัย ทำให้ไม่สามารถ ควบคุมสมรรถนะในการบรรลุได้ เพียงเพราะกิจกรรมภายใน ยุทธศาสตร์ฉบับนี้ เป็นตัวชี้วัดที่ไกลเกินกว่า นิยาม ของคำว่าสุขภาพจิต เนื่องจากมีเหตุผลทางด้าน เศรษฐกิจ การคอร์รัปชัน และ เสรีภาพในการใช้ชีวิต ซึ่งอยู่นอกเหนืออำนาจของการ ดำเนินงานด้านสุขภาพจิต”

~ผู้บริหารหน่วยงานด้านสุขภาพจิตในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

“การพัฒนาสุขภาพจิตเพียงอย่างเดียวจึงไม่อาจตอบตัวชี้วัดในส่วนนี้ได้ จึงไม่เหมาะแก่การนำมาเป็นตัวชี้วัดในแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ”

~ผู้บริหารหน่วยงานด้านสุขภาพจิตในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

“หากประเทศไทยมีวิสัยทัศน์ต่อการพัฒนาความสุขของประชากรในประเทศโดยใช้ตัวชี้วัด World Happiness Index นี้เป็นฐาน อาจนำไปใช้เป็นเป้าหมายสำหรับแผนพัฒนาในระดับที่สูงกว่าแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ และขับเคลื่อนความร่วมมือ ระหว่างกระทรวงต่าง ๆ ไปในทิศทางเดียวกันได้ทั้งประเทศ”

~ผู้บริหารหน่วยงานด้านสุขภาพจิตในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

“ความรุนแรงในสังคมไทยนับวันจะมีความถี่และความรุนแรงมากขึ้น ไม่ว่าจะในมิติหรือประเภทใดก็ตาม ล้วนแล้วแต่มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างซับซ้อน ในการสร้าง “สังคมไทยไร้ความรุนแรง” ที่คน สามารถมีความสุขและทำให้สังคมโดยรวมมีความยั่งยืนทางสุขภาพจิต จำเป็นต้องพัฒนา “ระบบสุขภาวะทางจิต” ที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วน และทุกระดับของสังคมอันครอบคลุมตั้งแต่การพัฒนาทักษะสุขภาพจิตส่วนบุคคล พฤติกรรม วิถีชีวิต การเยียวยารักษา ไปจนถึงการออกแบบและพัฒนานโยบายที่เป็นไปตามหลักสากล ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง และเอื้อต่อการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีสำหรับทุกคนในประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน ตาม แนวทางการสร้างเสริม ป้องกันและคัดกรอง รักษา และฟื้นฟู รวมถึงปัจจัยสังคมและเศรษฐกิจกำหนดสุขภาพจิต ซึ่งมีลักษณะเป็นเชิงรุก กระจายทั่วถึง ไม่ตีตรา เข้าถึงตามขั้นการดูแลของกลไกในระบบสุขภาวะทางจิต สอดคล้อง กับวิถีชีวิต วัฒนธรรม บริบทชุมชนพื้นที่ โดยคำนึงถึงกติกา พันธสัญญาและข้อตกลงทั้งในและระหว่างประเทศ”

~ภาคีเครือข่ายของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 16 พ.ศ. 2566

3.3.4 ประเด็นที่ขาดหายไปในระบบการพัฒนาสุขภาพจิตของประเทศไทยในปัจจุบัน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า นอกจากประเด็นเชิงนโยบายหรือโครงการต่าง ๆ ที่กำลังมีการดำเนินการอยู่ตั้งที่อภิปรายไปแล้วข้างต้น ยังคงมีบางประเด็นสำคัญที่ขาดหายไปในระบบการพัฒนาสุขภาพจิตในปัจจุบัน ได้แก่ ความตระหนักของผู้กำหนดนโยบายเรื่องระบบบริการสุขภาพจิตภาครัฐในปัจจุบันกำลังอยู่ในภาวะวิกฤตที่ระบบและมีความเสี่ยงที่จะล่มสลายเพราะมีภาระงานเกินขีดความสามารถของผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ความจำเป็นในการสร้างการทำงานของผู้นำการรักษาทงสังคมให้เป็นการทำงานของมืออาชีพ และความจำเป็นในการสร้างการทำงานพัฒนา

สุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับระบบการศึกษา ระบบยุติธรรม ระบบเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม รวมถึงต้องการความรับผิดชอบต่อชุมชนและครอบครัว

- ความเสี่ยงที่ระบบบริการสุขภาพจิตภาครัฐจะล่มสลายเพราะภาระงานเกินขีดความสามารถ

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการอภิปรายในการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ซึ่งให้เห็นว่าระบบบริการสุขภาพจิตในปัจจุบันมีความเสี่ยงจะพังทลายหรือระบบล่มสลาย (systems collapse) เพราะผู้ให้บริการสุขภาพจิตเริ่มแบกรับภาระไม่ไหว ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาที่คาบเกี่ยวกับหลายภาคส่วนต้องการการทำงานที่เชื่อมโยงประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ และต้องการการทำงานร่วมกันทั้งในและนอกกระบบสาธารณสุข ประเด็นนี้เป็นสิ่งที่รัฐรับรู้ และสังคมรับรู้ แต่ยังไม่สามารถมีวิธีการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนได้ ปัญหานี้ยังเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขของประเทศที่ถูกขยายใหญ่ขึ้นในด้านการบริการสุขภาพจิต เพราะมีสถานการณ์มีความรุนแรงขึ้นจากสภาพเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะปัญหายาเสพติดที่เป็นความทุกข์และกังวลใจอย่างมากของผู้ให้บริการ

“รพ.จิตเวช...แบ่งเป็นหน่วยเด็ก หน่วยผู้ใหญ่ ก็ support กันเอง ประเด็นเราเอาห้องแพทย์ทั่วไปมาช่วย พบว่าเค้สสะท้อนกลับมาสังคมบางทีก็ไม่เข้าใจ มันเป็นเรื่องของความรู้ เค้สจะแยกไม่ออกระหว่างโรคจิตเวชกับนิสสัยไม่ดี หรือสันดานไม่ดี แก่ด้วยยากก็ไม่ได้ จิตบำบัดก็ไม่ใช่ค่ะ แต่ปัญหานี้เป็นปัญหาวังน้ำวนถ้าจะช่วยนิดหนึ่งก็เรื่องยาเสพติดเอาออกก่อน เพราะยาเสพติด disturb ชุมชนมากเลย อย่างเช่นคนหนึ่งป่วยมา พอ admit เสร็จอะไรเสร็จ วน loop สุดท้ายบ้างจริง อันตรายฆ่าคนอื่น อยากให้มีหน่วยหนึ่ง เก็บพวกนี้ไว้ให้หายลงแดงสัก 3 เดือนอะไรก็ได้ แล้วย่อยปล่อยสู่ชุมชนก็ได้ พอลงชุมชนก็กลัวก็ดึงกลับมารพ.อีก ก็ไม่ต้องตรวจโรคอื่นเลย มีตั้ง 1000 กว่าโรค แล้วโรคทางจิตเวชไม่เหมือนผ่าตัดใส่ดิ่งเสร็จแล้วหาย แต่อันนี้เข้ามาแล้วมันจะสะสม และโรคมันเรื้อรัง และครอบครัว support ไม่ได้ด้วยก็อาการกำเริบเร็ว เราอยากได้นักสังคมประมาณมากขึ้นค่ะ แต่ไม่รู้เค้ามียกรอบราชการให้หรือป่าว หลายคนมีใจแต่ไม่มีกรอบราชการเค้สก็อยู่ไม่ได้”

~จิตแพทย์สังกัดหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขส่วนภูมิภาค

“ตัวเองแพลนว่าจะไปเป็น value investor กับต่างประเทศแล้ว ซึ่งกำลังไปได้ดี ตอนนี้งานที่กรมสุขภาพจิตที่[จังหวัด] 9 ปีแล้ว กรมมีเซตกลาง เล็ก ใหญ่ เงิน คน ของ ไม่เท่ากันแต่นโยบายเดียวกัน ตัวเราอยู่นครพนมยังต้องไปตรวจสกลนคร แล้ว สกลนคร นครพนม บึงกาฬ มีหลายอำเภอและแต่ละอำเภอไม่ได้มีจิตแพทย์หมด แล้วมักจะโตมาที่ center ของกรม ตัวเองโชคดีที่อยู่ได้เพราะตรงนั้นเครือข่ายพยาบาลนักจิตนักสังคมที่มีน้อย เค้สหนักกำลังกัน พยายามอยู่ได้ พอเคส stable หน่อยเราก็กส่งกลับได้ มันก็เลยอยู่ ๆ กันไป

ได้ จนกระทั่งวันหนึ่งมียาเสพติดขึ้นมาและยาเสพติดมันกระทบทุกหน่วยรัฐหมดเลย คิดว่า มันเป็นปัญหาหลักยุค มันเป็นปัญหาสังคม มันเป็นปัญหาภิเษมมนุษย์”

~จิตแพทย์สังกัดหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขส่วนภูมิภาค

- การสร้างการทำงานของผู้สังการักษาทางสังคมให้เป็นการทำงานของมืออาชีพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการอภิปรายในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ชี้ให้เห็นว่า การสร้างกลไกเชิงนโยบายให้เกิดออกแบบให้นักวิชาชีพในระบบสุขภาพทำหน้าที่ “ผู้สังการักษาทางสังคม” หรือ “ผู้สังยาทางสังคม” (social prescribing link workers) ตามกรอบแนวคิดอำนาจภัยคุกคามและความหมาย (Power Threat Meaning Framework: PTMF) จำเป็นต้องพัฒนาให้เป็นวิชาชีพ ไม่ใช่งานจิตอาสา เนื่องจากต้องสามารถเชื่อมโยงงานเชิงสังคมได้จริง จึงจำเป็นต้องมีการสร้างสะสมความชำนาญของตนเอง

“อันนี้อาจจะเชื่อมโยงการดูแลทางสังคมที่ทีมวิจัยพยายามจะ propose ขึ้นมา ควบคู่กับการดูแลทางสังคม ในกรณีที่เราเห็นปัญหานี้ตั้งแต่ตอนนั้นเราทำการใช้ให้มีนักสังคมสงเคราะห์ในรพ.ชุมชนครับ นักสังคมสงเคราะห์ผลิตน้อยและเป็นวิชาชีพที่หายากเลย ได้เป็นวิชาชีพอื่นแล้วมา training เรื่องงานสังคมสงเคราะห์ เช่นจบสังคมศาสตร์มา ซึ่งสามารถช่วยงานได้และลงไปดูแลได้อย่างต่อเนื่อง เดิมที่ต้องเอาทีมแพทย์ พยาบาล ลงไปช่วยงานสังคมซึ่งไม่ใช่งานที่ถนัด ช่วยแล้วประสิทธิภาพก็ไม่ดี ทำเสร็จเคสหนึ่งไม่ได้ใช้งานทักษะก็หาย แต่พอมีนักสังคมมาช่วยก็สามารถทำให้แพทย์ พยาบาลไปโฟกัสงานของตัวเอง และน้องนักสังคมทำต่อเนื่องก็สามารถสร้างเครือข่าย contract และสร้างความชำนาญของตัวเองได้”

~แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

“อย่างคนที่ช่วยเหลือทางสังคมที่เสนอโยนหินถามทางว่าควรจะมีบทบาทนี้มั๊ย บทเรียนของเราคือว่า 1. เรื่องงานกลุ่มนี้ต้องสั่งสมทักษะ งานอาสาสมัครจะไม่ค่อยมั่นคง เพราะมีการเข้าออกได้ง่าย 2. มีเข้าไปยุ่งเข้าไปดูแลต้องมี authority อำนาจระดับหนึ่ง ที่จะเข้าไปดูแลไปปรับเปลี่ยนอะไรได้ authority นั้นต้องเป็นความเกรงใจ เป็น power เป็นระดับความรู้หรือสถาบันที่รองรับเค้า เพราะฉะนั้นเป็นอาสาสมัครเลย เราพบว่ามันไม่มีความยั่งยืนและต่อยอดไปไม่ได้ ควรจะต้องจัดเค้าเข้ามาอยู่ในระบบอย่างถาวร เพื่อให้เค้ารู้ว่าเป็นภารกิจของเค้า เป็นภารกิจที่ต้องโฟกัส ก็จะตามมาด้วยกระบวนการที่ต้องสั่งสมความรู้ความสามารถสั่งสมทักษะ สั่งสมเครือข่ายที่จะเข้ามาทำงานมากขึ้น และประกอบด้วยการติดตามได้ วัดประเมินได้และพัฒนาเค้าได้ ถ้าเป็นอาสาสมัครการประเมินหรือพัฒนาทำได้ยากหน่อย มัน

เป็นเรื่องของความสมัครใจประเมินแย่มากก็ไม่ได้เกรงใจกัน ผมว่างานสุขภาพจิตน่าจะสำคัญในอนาคต วางรากฐานของคนที่ยั่งยืน ตัวอาสาสมัครอาจจะมีมาช่วยบ้างได้แต่ว่าต้องมีสัดส่วนที่เหมาะสม ไม่ได้มองเป็นตัวหลักในการทำงานครับ”

~แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข

- การสร้างการทำงานพัฒนาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับระบบการศึกษา ระบบยุติธรรม ระบบเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม รวมถึงต้องการความรับผิดชอบของชุมชนและครอบครัว

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการอภิปรายในการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ชี้ให้เห็นสิ่งที่คนทำงานสุขภาพจิตรู้ คือ ต้องมีทำงานสร้างเสริมสุขภาวะให้มากขึ้น และ สุขภาพจิตต้อง beyond ระบบสาธารณสุข ไปที่ระบบยุติธรรม ระบบการศึกษา ระบบภาครัฐและระบบอื่นๆ แต่โครงสร้างนโยบายและการปฏิบัติของภาครัฐอาจยังไม่รู้ หรือรู้แต่ยังไม่สามารถทำให้เห็นได้ โดยนักวิจัยได้สะท้อนให้เห็นว่า สิ่งที่มีนัยอยู่ในปัจจุบันคือตัวชี้วัดที่ถูกถ่ายทอดลงมาในหน่วยงานต่างๆ มักเป็นเรื่องเกี่ยวกับระบบบริการและปัญหาสุขภาพจิตเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้สิ่งที่คนทำงานยังไม่รู้ชัดร่วมกันคือ ตัวชี้วัดที่สะท้อนระบบสุขภาพจิต ควรคืออะไรบ้าง และใครเป็นผู้รับผิดชอบ รวมไปถึงการที่เส้นแบ่งระหว่างคนป่วย และคนไม่ป่วย มีความไม่ชัดเจน หลายครั้งก็ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไม่รู้และไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองว่าต้อง practice อย่างไร เช่น บทบาทของตำรวจต่อผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น ดังนั้นความสำเร็จในการดำเนินนโยบายทำงานพัฒนาสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับการพัฒนาระบบการศึกษา ระบบยุติธรรม ระบบเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม รวมถึงต้องการความรับผิดชอบต่อชุมชนและครอบครัวร่วมด้วย

“ผมคิดว่าอันนี้เป็นเรื่องที่สำคัญ หลาย ๆ เรื่องที่เราทำเป็นเชิงวิชาการ ในที่ประชุมวันนี้เราอาจจะเห็นด้วยกันดี แต่พอกลับไปอยู่ใน status เดิม environment เดิม ติดกับปัญหาเรื่องของตัวเองต้องทำตามกฎหมาย โดยอ้างตัวพรบ.ที่ถืออยู่ เมื่อกี้ review ตัวพรบ.ตั้งแต่ปี 2551 และ 2562 ผมคิดว่าถ้าประเทศไทยเป็นนิติรัฐและยังใช้กฎหมายอยู่ ผมขอเพิ่มความเห็นไปเลยนะ ผมว่าตัวพรบ.สุขภาพจิตเราก่อนข้างคิดแคบไปนิดนึง ถึงจะเพิ่มเรื่องการส่งเสริม ป้องกัน และการจัดการภาวะคุกคาม แต่เวลาเราไปเขียน เขียนว่า”บำบัดผู้มีภาวะผิดปกติ” ผมว่าอันนี้ต้องพึงระมัดระวังไว้หนึ่งจริง ๆ คนที่อาจจะยังไม่ได้ผิดปกติ แต่อาจจะเห็นเพราะสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เป็น มันอาจจะต้องมีกฎหมายที่ต้องไป protect คำด้วยหรือป่าวนะครับ ผมขอเสนอคร่าว ๆ ไว้ก่อน เพื่อมีการ share อย่างอื่นเพิ่มเติม”

~ที่ปรึกษาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“โครงการต่าง ๆ ที่เราพยายามทำส่งเสริมป้องกันมันยังไม่ยั่งยืน เราองง่าย ๆ ตอนนี้สุขภาพทางกายไปถามชาวบ้านธรรมดาทั่วไป คำมีความรู้จะต้องดูแลสุขภาพกายอย่างไร มันเป็นเรื่องที่เป็นเนื้อเดียวกับสังคมไปแล้ว ต้องออกกำลังกาย ต้องนอนให้พอ ไปถามเรื่องสุขภาพจิตสิ คุณลุง คนขับ taxi คงง การจัดการความเครียดเบื้องต้นทำอย่างไร ปรับความคิด ปรับอารมณ์ ผมคิดว่าทำอย่างไรให้ตรงนี้กลายเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หรือเราต้องเริ่มที่กระทรวงศึกษา หรือวิชาที่สอนให้เด็กประถม เด็กมัธยม สมัยผมเรียนแพทย์ไม่เลยเรียนเรื่องสุขภาพจิตมาก่อนเลยนะ แต่ตอนปี 5 ปี 6 ให้อาจารย์จิตแพทย์มาสอนก่อน เราจะต้องไปเจองานหนัก ๆ อาจารย์สอน CBT การจัดการความเครียด มันดีจริงเลยทำไมไม่สอนผมตั้งแต่ตอนม.1-ม.2 แบบนี้ผมก็เรียนรู้เรื่อง ทำไมหลักสูตรกระทรวงศึกษาไม่ทำให้ผมมีทักษะจัดการความเครียด ไม่งั้นชีวิตมัธยมผมดีกว่านี้อีก มันจะต้องเปลี่ยนไปถึงรากฐานเรื่องความเข้าใจความรู้เรื่องสุขภาพจิต”

~จิตแพทย์สังกัดหน่วยงานภาคเอกชน

“งานในระบบยุติธรรมมีความเกี่ยวข้องกัน เช่น เรื่อง drug policy เช่น ผู้เสพคือผู้ป่วย ทำให้กระทรวงยุติธรรมไปก็สรายใหญ่ได้มากขึ้น อะไรที่ต้องการใช้ expertise เช่น อาชญากรรายใหญ่ต้องเจอ expertise แต่งานไม่ได้ถูกออกแบบมาให้ครบ จึงเกิดปัญหา กระบวนการยุติธรรม ก็อาจสามารถเพิ่มปัญหาสุขภาพจิตได้ คนในระบบยุติธรรมต้องรู้จัก first aid เราขาดนักจิต นักสังคม ที่ดูแล ผู้ป่วยและ offender ที่เกี่ยวเนื่องทางคดี น่าจะต้องเชื่อม systems เข้าด้วยกัน stakeholders เห็นภาพร่วมกัน มี joint KPI”

~ข้าราชการสังกัดหน่วยงานกระทรวงยุติธรรมส่วนกลาง

“ถ้า link กับข้างนอกระบบสาธารณสุขด้วย ก็คือมันจะมี 2 มิติ 1) มิติ structure เป็นเรื่องของ economic ประเทศที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เรื่องของค่าตอบแทนวิชาชีพด้วย หรือคนในระบบที่ทำงานอยู่ เรื่องการศึกษาและการเรียนรู้ โครงสร้างของการสร้างกำลังคน ตลาดแรงงาน รวมไปถึง policy ขององค์กรด้วยเช่นกัน องค์กรหลักหมื่น หลักแสนคนอะไรแบบนี้ที่เค้ากำหนดนโยบายต่าง ๆ ข้างใน หรือสวัสดิการให้พนักงาน จะมีเคสว่าผู้ประกอบการบางท่านให้พนักงานหยุดยาจิตเวชเอง เพราะพนักงานนอนหลับในเวลางาน และ 2) มิติ cultural มีเรื่องการ manage power คนที่ถืออำนาจมากกว่าจะกล้า จะทำให้เหยื่อไม่กล้าสู้ ซึ่งถามองว่าการที่สอนหรือ educate คน เรื่อง power management มันจะทำให้ลดเรื่องฆาตกรเลือกเหยื่อไปในตัวอยู่ค่ะ parenting and preventive relationship ถ้าเราเตรียมพ่อแม่ตั้งแต่ก่อนเป็นพ่อแม่จะทำให้เด็กโตมาอย่างมีคุณภาพมากขึ้น เรื่องของการเตรียมคน growth ที่ไม่ใช่ education เช่นเรื่องของการเตรียมมีเดีย การเตรียม call believe ถ่ายทอดเชิงนิทาน หรือเรื่องเล่าเชิงวัฒนธรรม หรือเรื่องของ sub-culture เยาวชน คนในสังคมเข้าไปอยู่เอง ถ้ามัน support ทั้งหมดได้ใน 6 อย่างนี้มันช่วยให้ระบบดีขึ้นด้วย”

~นักสื่อสารและเจ้าของสื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชน

“เราพูดเรื่อง structure เยอะ แต่คนไม่เห็นว่ามันเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่เราจะต้องดูแลคนในชุมชนเดียวกัน เป็นเรื่องของ community responsibility สุขภาพจิตของทุกคนในชั้นเรียนของเรามันเป็นเรื่องของเรา ไม่ใช่ส่งไปให้คนอื่น เราต้องการ radically collaborative ตอนนี้เรายังไม่มีมือไปสู้คนข้างนอกเพราะมี epidemic of social isolation เป็นสาเหตุ และมันติดต่อกันได้ นอกจากนี้ควรส่งเสริมนโยบายที่ “proconnection” และเน้น “resilience” เพราะยังไม่มีใครเจอ stress แน่نون”

-นักวิชาการธนาคารจิตอาสา และโครงการเสริมสร้างทักษะการฟื้นคืนสำหรับบุคลากรทาง
การแพทย์

“เรื่องสุขภาพจิต ทุกคนต่างมีผลต่อกันและกัน การโพสต์เกร็ดลูกออนไลน์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของลูกบ้านอื่น...ผู้มารับบริการเป็นเด็ก เด็กรู้ตัว อยากมา แต่พ่อแม่ไม่พามา ทำให้เค้ามีปัญหาไปตอนโต แม่วัยรุ่นจะมาพบแพทย์ได้ แต่ยังมีปัญหาเรื่องการเดินทาง ค่าใช้จ่าย ฯลฯ ยังไม่เหมือน พรบ.การป้องกันตั้งครรรภ์ เราจะทำอย่างไรให้เยาวชน call for health ได้เอง นอกจากนี้ยังมีปัญหาเด็กเข้าบริการแล้วข้อมูลรั่วไหล คือมีปัญหา confidentiality มีเคสไปเทียววัดพระแก้ว สแกนแล้วมีข้อมูลจิตเวชของเขาออกมา เพราะถูกมองเป็นเรื่องความปลอดภัย เพราะหน่วยงานรัฐสามารถเข้าถึงระบบโซเชียลมีเดียเข้าถึงข้อมูลทั้งหมด”

~กุมารแพทย์สังกัดมหาวิทยาลัย

“เด็กที่คิดว่าตัวเองมีปัญหา ไม่รู้ว่าต้องไปรักษา ตอนนี้เริ่มรู้แล้ว ปัญหาคือเรื่องว่า เราจะดูแลตัวเองอย่างไร หรือจะคุยกับพ่อแม่ยังไง จะพบแพทย์ ینگไร รอคิวนาน สองถึงสามเดือน ไม่รู้ว่าทำยังไง การบูรณาการทำงานสุขภาพจิต ควรมีการสร้าง stakeholder awareness งานวิจัย สสส. ความต้องการของผู้รับบริการเป็นอย่างไร ถ้าคนที่ไม่ได้ต้องการพบจิตแพทย์ จะมีช่องทางไหน หลักสูตร การศึกษา ปูพื้นฐาน วิชาภูมิคุ้มกันทางอารมณ์ โมเดลสิทธิมนุษยชน พอเข้ากระทรวงศึกษา ใหญ่กว่าสธ.มาก ต้องรอการปฏิรูปทั้งหมด ตนเองเลยเปลี่ยนมาทำสตาร์ทอัพเอง”

~ตัวแทนสภาเด็กและเยาวชน คณะทำงานเสริมสร้างการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ในเด็กและ
เยาวชนของวุฒิสภา

“คิดว่าจุดคานงัดคานงัดของทั้งระบบคือ การ approve หรือ legalize ว่าใครคือนักจิตวิทยาประเภทไหน ที่สามารถทำงานคลินิกได้ จะลดการแอบอ้างวิชาชีพ การเพิ่มบริการสุขภาพจิตมีหลายระดับ มีคนอยากเข้ามาเยอะมาก และขาดความชัดเจน ควรยกระดับให้

นักจิตวิทยาได้รับการปกป้อง สร้างมาตรฐานวิชาชีพ ให้คนตั้งใจสอบเข้า เรียนจบและ practice มาตรฐานของคำตอบแทนบริการสุขภาพจิตมันกว้างมาก โลกตอนนี้มันชัดเจนมากกว่าเรื่องสุขภาพจิตมันใหญ่ โดเมนจะต้องเยอะ จิตแพทย์อาจจะกลายเป็นเหมือนทันตแพทย์คือแยกออกมาจากแพทย์อื่นๆ การเปิดให้เอกชนมีส่วนร่วม การเพิ่มหน่วยบริการ เอกชนจะช่วยให้เพิ่มโหมดบริการ เพิ่มการเข้าถึงได้มากขึ้น”

~ผู้ประกอบการบริการสุขภาพจิตออนไลน์

3.3.5 การทำงานแบบแยกส่วนระหว่างกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกระบวนการพัฒนาสุขภาพจิตของประชากร

ความท้าทายในการทำงานด้านสุขภาพจิตในแต่ละประเด็นที่ได้อภิปรายไปแล้วข้างต้นมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลและเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน ไม่ใช่เป็นเพียงประเด็นปัญหาความท้าทายย่อย ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกัน ข้อค้นพบจากข้อมูลเชิงคุณภาพจากการอภิปรายของผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้เสียในการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ชี้ให้เห็นว่า การแยกส่วนกันของการพัฒนาสุขภาพจิตของประชากรการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจเกิดจากลักษณะของการทำงานในลักษณะของ “ระบบราชการ” ที่มีการแยกส่วนหน่วยงานตามกระทรวง กรม กอง ซึ่งแต่ละหน่วยงานรัฐมีพันธกิจ หน้าที่ เป้าประสงค์ของการดำเนินการของตนเอง ขาดกลไกที่เอื้อให้เกิดการบูรณาการและการมองภาพรวมว่าแต่ละนโยบายและงานหรือโครงการของแต่ละฝ่ายจะเชื่อมโยงหรือส่งเสริมกันอย่างไร เช่น นโยบายและโครงการที่ไม่เชื่อมโยงกันระหว่างการจัดการบริการสุขภาพด้านการคัดกรองภาวะด้านสุขภาพจิต แยกออกจากการจัดการบริการสุขภาพจิตด้านการรักษาที่เป็นธรรมและเข้าถึงได้ และแยกออกจากการพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของประชาชน

การทำงานแบบแยกส่วนกันระหว่างแต่ละหน่วยงาน โดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐภายใต้ นโยบายสุขภาพจิตระดับชาติดังกล่าว น่าจะเกิดจาก “ฐานคิด” หรือ mental model ของผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้เสียที่มีต่อประเด็น “สุขภาพจิต” ที่ไม่ตรงกัน โดยเฉพาะความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน หรือองแนวคิดที่ไม่สอดคล้องกัน ผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้เสียบางกลุ่มมุ่งเน้นการทำงานตามแนวคิดการพัฒนาสุขภาพจิตในฐานะ “สุขภาวะ” (wellbeing) ของประชาชน ทำให้มุ่งเน้นการพัฒนา “สุขภาพจิตเชิงบวก” แต่อาจไม่สนใจทำงานแก้ไขปัญหาด้านคุณภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต หรือภาระงานล้นในระบบบริการสุขภาพจิตในปัจจุบัน ในขณะที่ผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้เสียบางกลุ่มมุ่งเน้นการทำงานกับ “ปัญหาสุขภาพจิต” (mental health problems) ทำให้มุ่งเน้นการทำงานกับ “ผู้ป่วยด้านจิตเวช” หรือ “ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต” ที่ยังคงเป็นภาระโรคที่สำคัญมากในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย แต่การทำงานดังกล่าวอาจยังเชื่อมโยงไปไม่ถึงการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางสังคมเพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนผู้มีความเสี่ยงเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือการเตรียมชุมชนและสังคมเพื่อรองรับการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตที่อยู่ในระหว่างกระบวนการดูแลรักษา หรือ

ยังคงทำงานไม่เชื่อมโยงกับกระบวนการพัฒนาสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรที่ไม่ได้เจ็บป่วยเป็นโรคจิตเวช

“มันเป็นโจทย์ที่เราเร่งมตสมัชชา ด้วยโจทย์สุขภาพจิตมันใหญ่มากครับ พอเราตั้งต้นด้วยจุดนี้ เราจะตั้งต้นที่หน่วยผู้มีปัญหา หรือความเจ็บป่วยไม่ได้เนื่องจากว่ามันเป็นแค่ part เดียว...มันกำลังพูดถึงปัญหาสุขภาพจิตกับความเจ็บป่วย การให้บริการ ซึ่งอันนี้เป็นระบบการบริการแต่เพียงแค่มิระบบซ้อนอีกเรื่อง care เรื่อง PP อะไรแบบนี้ ผมเลยคิดว่ามันสามารถทำงานเพิ่มเติมได้โดยการจิ้มกับตัวระบบอื่นให้ systems เติม s ครับ”

~นักวิชาการด้านสังคมศาสตร์สังกัดมหาวิทยาลัย

“ทำไม 2 คำมัน mismatch กันอยู่ เราทบทวนวรรณกรรมหลายชิ้น พบว่าสิ่งที่เราให้ความสำคัญคือ mental wellbeing แต่จากการทบทวนเรื่อง policy นโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ mental wellbeing มันมีประเด็นอีก เช่น แคมเปญ รณรงค์ พบว่าตัวชีวิตที่ถูกถ่ายทอดลงมาในกระทรวง ทบวง กรม ต่าง ๆ ส่วนใหญ่มันเป็นเรื่องเกี่ยวกับระบบบริการทั้งรัฐและเอกชน ตัวชีวิตต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพก็ไม่เชิง ส่วนใหญ่เป็นการบริการเกี่ยวกับสุขภาพจิต การคัดกรองได้เท่าไรใน เด็ก เยาวชน ในผู้ใหญ่คัดกรองแล้วได้รับการรักษามั้ยแล้วคุมอาการได้มั้ย สิ่งที่น่าเสนอไม่ใช่สิ่งที่ควรจะเป็นแต่เป็น as is (สิ่งที่มันเป็นอยู่) ที่เราเจอ”

~นักวิจัยนโยบายสุขภาพและระบบสุขภาพสังกัดมหาวิทยาลัย

“ฟังจาก 2 กลุ่มที่ debate ก็คือ ด้านอื่นที่เป็น wellbeing ก็สำคัญนะ แต่ว่าฝั่งที่เป็น health care ก็มีปัญหาค่ะ แล้วเราจะไม่พูดถึงหรือ ก็อยากจะทำให้มันอยู่ใน framework เดียวกัน มันอาจจะใหญ่หน่อยก็ไม่ใช่ไรเราก็ขยายไปเถอะ เราว่าเป็น mental wellbeing ค่ะ”

~ผู้ประกอบการบริการสุขภาพจิตออนไลน์

ประเด็นการแยกส่วนระหว่างการพัฒนาสุขภาพจิตของประชาชนในสังคมไทยและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดประเด็นปัญหาอื่นตามมา เช่น การแยกส่วนและการทำงานเฉพาะในภาระหน้าที่หน่วยงานตนเองทำให้เกิดประเด็นที่ยังตกหล่นในกระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตของประเทศไทย การทำงานที่อยู่เฉพาะในวงหน่วยงานด้านสุขภาพทำให้ขาดความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นในการจัดการประเด็นกระบวนการยุติธรรมและระบบเศรษฐกิจ เป็นต้น

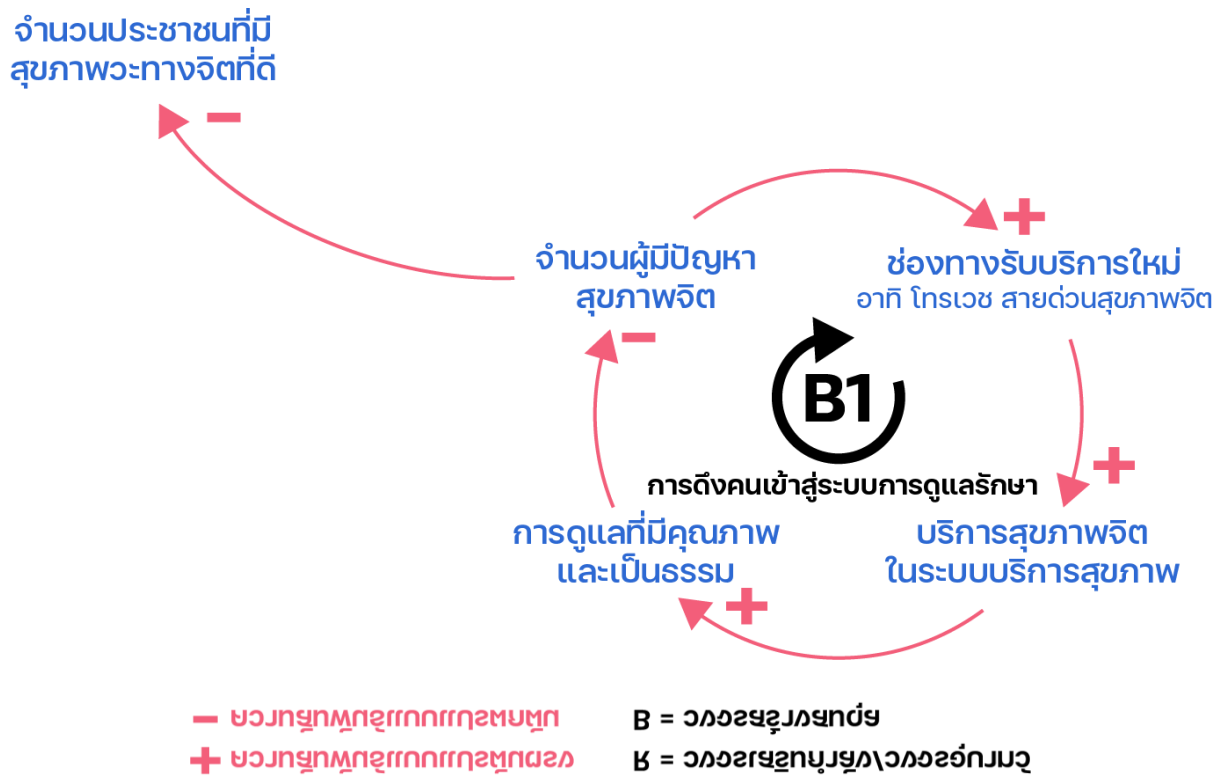
3.3 ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยกระบวนการคิดเชิงระบบ

3.4.1 โครงสร้างของระบบการทำงานแบบแยกส่วนทำให้ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทย

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้การสังเคราะห์แผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (causal loop diagramming) ซึ่งเป็นเครื่องมือการคิดเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารให้เห็นการเชื่อมโยงของประเด็นท้าทายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อชี้ว่าโครงสร้างของระบบการทำงานอะไรที่ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทย และเพื่อนำไปสู่การค้นหาคำตอบประเด็นสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่อาจยังไม่ถูกพูดถึงมากนักในบริบทสังคมไทย ได้แก่ โครงสร้างของระบบการทำงานแบบแยกส่วนทำให้ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทย และจุดคานงัดคานงัดในของระบบที่มีศักยภาพในการใช้ออกแบบนโยบายเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยอย่างยั่งยืน

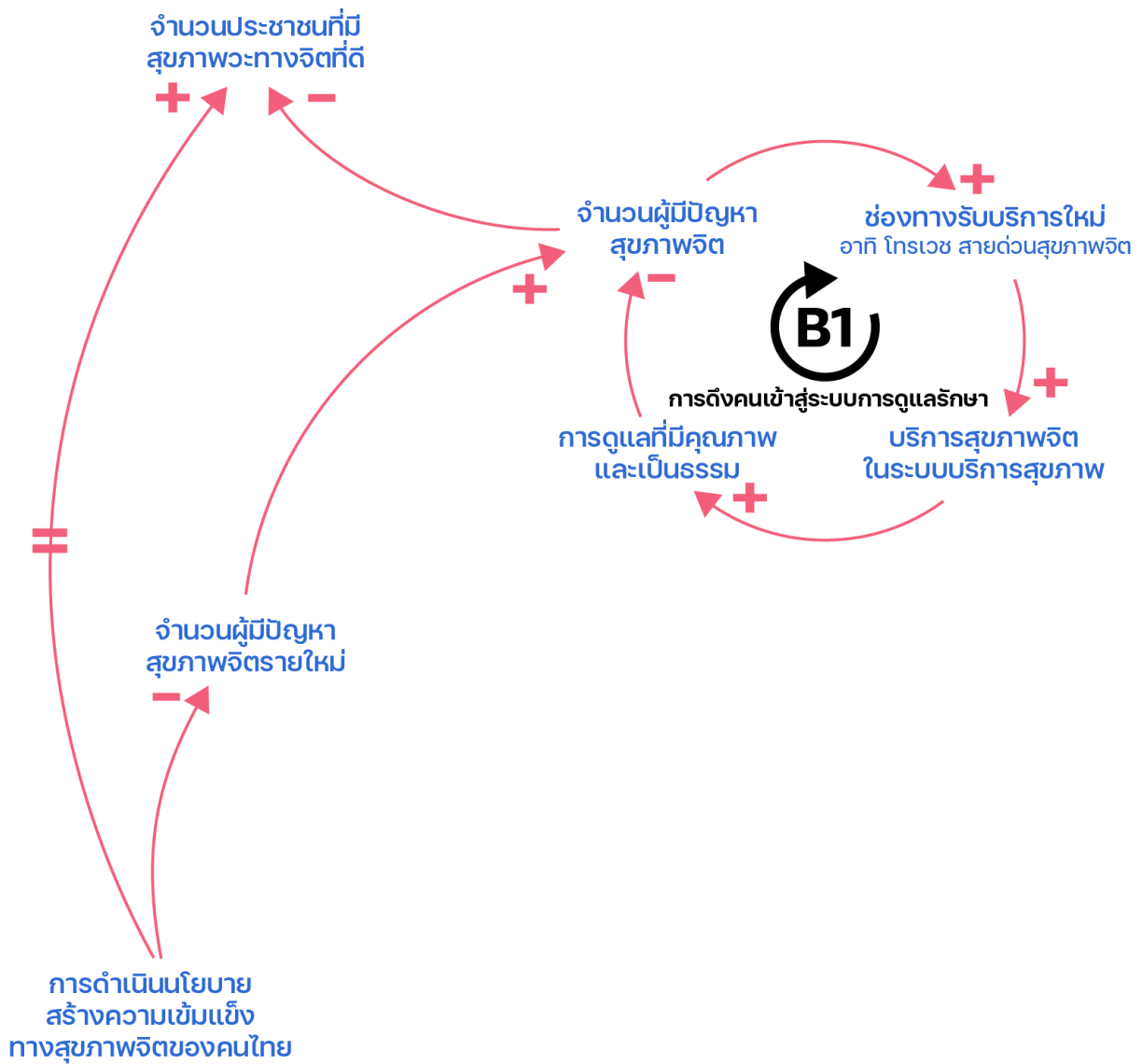
แผนภาพวงจรเชิงสาเหตุแสดงให้เห็นกระบวนการนโยบายสาธารณะที่แยกส่วนและไม่สอดคล้องกับเป้าหมายในการสร้างสุขภาวะทางจิตที่ดีของประชาชนในสังคมไทย จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าความพยายามแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การทำงานกับ “ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต” ซึ่งสะท้อนฐานคิดเรื่องสุขภาพจิตที่ยังมีความคับแคบ และเนื่องจาก “สุขภาพจิตที่ดีของประชาชนไทย” มีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกับ “จำนวนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทย” เมื่อพิจารณาจากมุมมองดังกล่าว ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายจึงมีความพยายามอย่างต่อเนื่องในการลดจำนวนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตด้วยการเพิ่มการสร้างช่องทางใหม่ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น การจัดบริการสายด่วนด้านสุขภาพจิต (hotline) หรือการจัดบริการสุขภาพจิตทางโทรเวช

(telemedicine) เพื่อนำไปสู่การเพิ่มจำนวนบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยและการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและเป็นธรรม เกิดเป็นวงจรสร้างสมดุล (balancing loop) ที่จะลดจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยและเพิ่มสุขภาวะทางจิตที่ดีของประชาชนในสังคมไทย ดังแสดงในภาพที่ 26



ภาพที่ 26: แผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (causal loop diagram: CLD) แสดงโครงสร้างของระบบที่ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทยภายใต้การดำเนินนโยบายในปัจจุบัน (status quo) (ที่มา: ผู้วิจัย)

อย่างไรก็ตาม การทำงานเชิงนโยบายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการสร้างสุขภาวะทางจิตที่ดีของประชาชนในสังคมไทย ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการลดจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยเท่านั้น ผู้กำหนดนโยบายรวมทั้งผู้มีส่วนได้เสียในสังคมไทยจึงมีความพยายามอย่างต่อเนื่องในการลดจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตด้วยการดำเนินนโยบายและโครงการเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพจิตของประชาชนโดยตรง เป็นการทำงานสร้างสุขภาพจิตเชิงบวกที่มีผลลดจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตรายใหม่ และในระยะยาวช่วยสร้างประชากรในสังคมให้มีสุขภาวะทางจิตที่ดีด้วย แต่การทำงานสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพจิตของประชาชนมักแยกส่วนหรือไม่มีความเชื่อมโยงกับนโยบายการจัดการระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการเพิ่มการสร้างช่องทางใหม่ในการเข้ารับบริการสุขภาพ ดังแสดงในภาพที่ 27

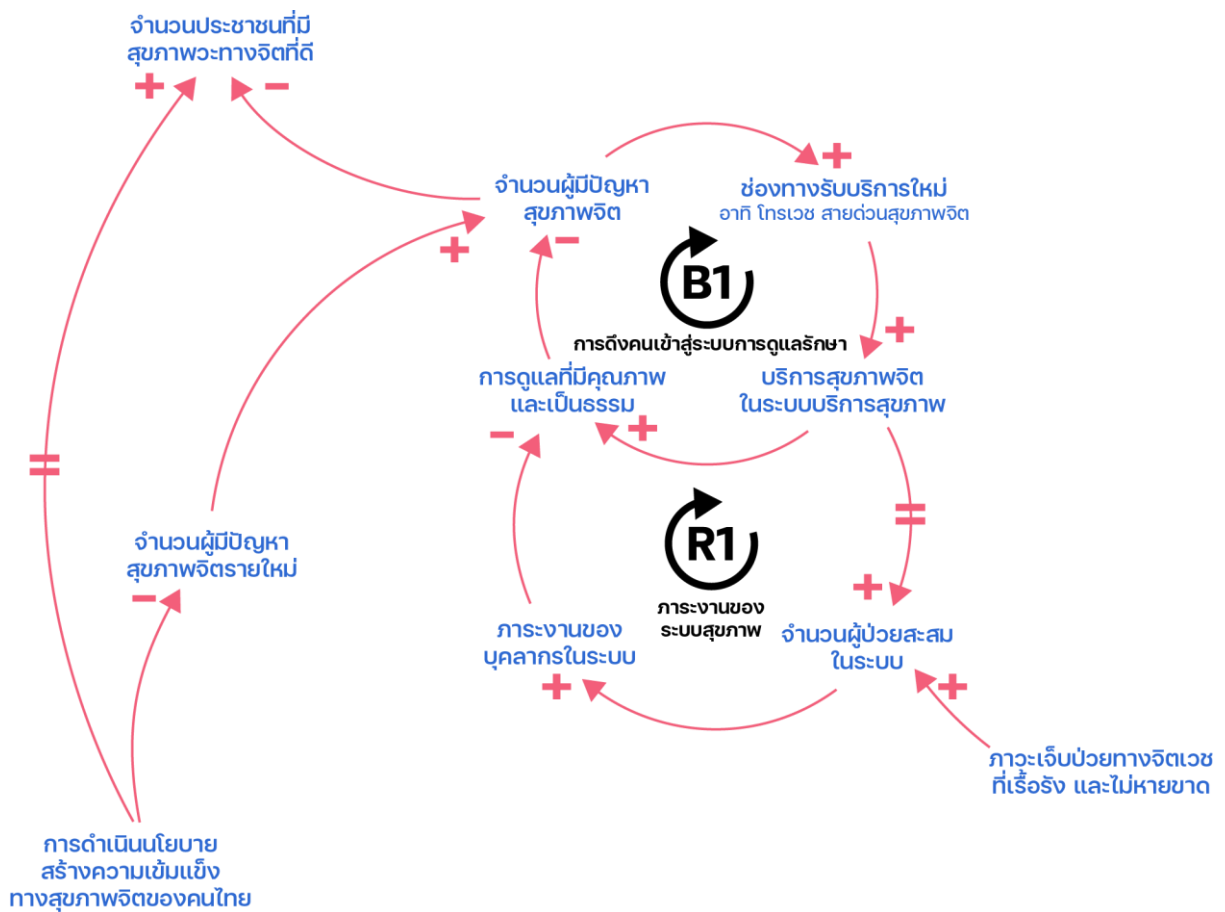


ภาพที่ 27: แผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (causal loop diagram: CLD) แสดงโครงสร้างของระบบที่ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทยภายใต้การดำเนินนโยบายในปัจจุบัน (status quo) (ที่มา: ผู้วิจัย)

อย่างไรก็ตาม นโยบายเพิ่มการสร้างช่องทางใหม่ในการเข้ารับบริการสุขภาพเพื่อลดจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตด้วย ด้วยการจัดบริการสายด่วนด้านสุขภาพจิต (hotline) หรือการจัดบริการสุขภาพจิตทางโทรเวช (telemedicine) แม้จะนำไปสู่การเพิ่มบริการสุขภาพจิตและการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและเป็นธรรม แต่จำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยยังคงเป็นปัญหาอยู่ส่วนหนึ่งสามารถอธิบายได้จากขีดความสามารถที่จำกัดของระบบบริการสุขภาพในการรองรับภาระงานทั้งหมด เนื่องจากการเพิ่มการสร้างช่องทางใหม่ในการเข้ารับบริการสุขภาพเป็นการเพิ่มอุปสงค์ของระบบบริการสุขภาพจิต หากยังไม่มีนโยบายด้านอุปทาน เช่น การเพิ่มจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพจิตให้

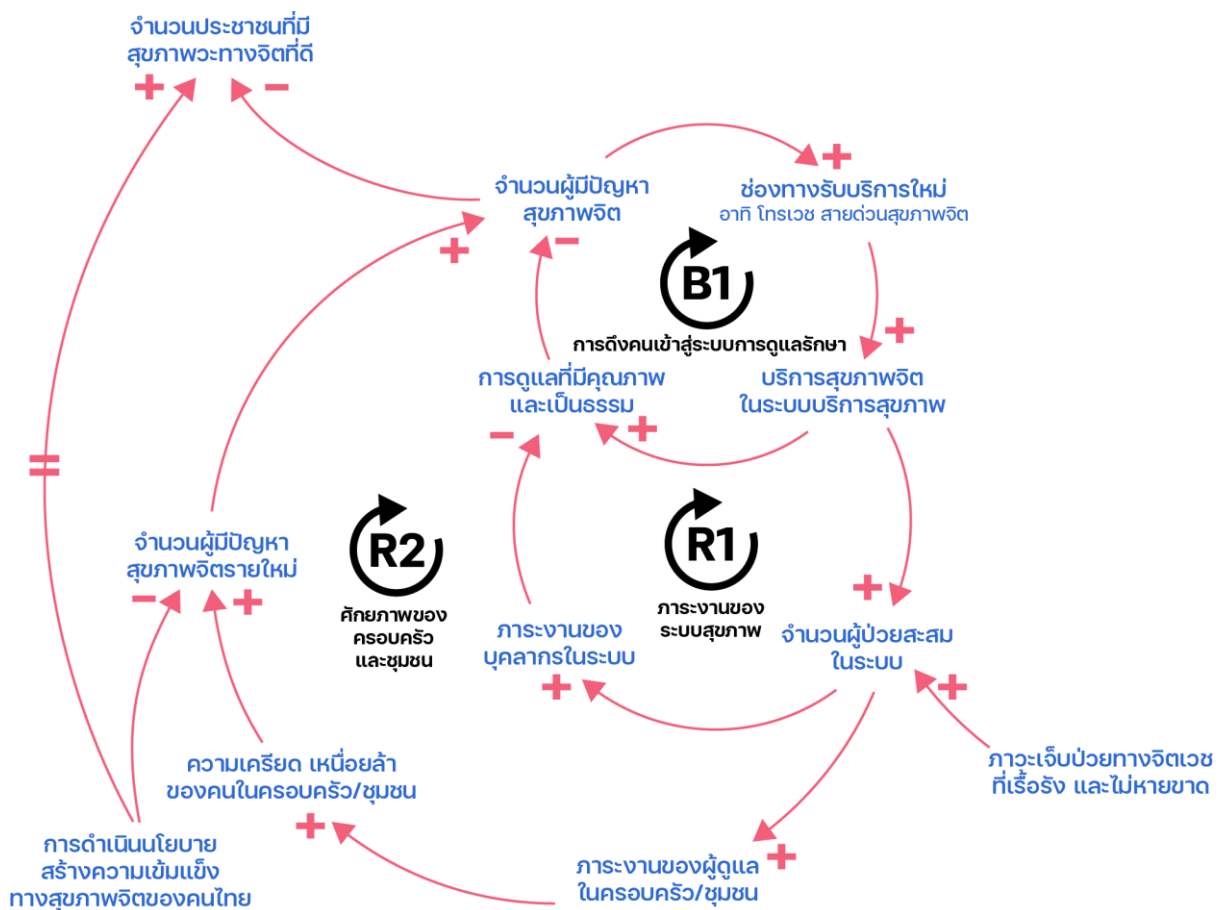
เพียงพอเท่ากับอุปสงค์ในระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น จะทำให้มีแนวโน้มทำให้เกิดภาระงานที่มากขึ้นจนอาจเกินขีดความสามารถ (overcapacity) ของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพจิต

นอกจากนั้น เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื้อรังที่มักรักษาไม่หายขาด ทำให้การเพิ่มการสร้างช่องทางใหม่ในการเข้ารับบริการสุขภาพเร่งให้เกิดการสะสมของจำนวนผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพจิต ซึ่งจำนวนผู้ป่วยสะสมที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้เกิดเป็นวงจรอุบาทว์ (vicious cycle) ที่เมื่อเวลาผ่านไปยิ่งส่งผลให้เกิดภาระงานที่มากเกินขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพจิตมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและเป็นธรรมมีแนวโน้มลดลง จำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และลดโอกาสการเกิดสุขภาวะทางจิตที่ดีของประชาชนในสังคมไทยซึ่งเป็นเป้าหมายของผู้กำหนดนโยบายตั้งแต่ต้น ดังแสดงในภาพที่ 28



ภาพที่ 28: แผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (causal loop diagram: CLD) แสดงโครงสร้างของระบบที่ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทยภายใต้การดำเนินนโยบายในปัจจุบัน (status quo) (ที่มา: ผู้วิจัย)

นอกจากภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นของบุคลากรที่มีอยู่จำกัดในระบบบริการสุขภาพจิตจะเป็นผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ (unintended adverse consequences) ของนโยบายการสร้างช่องทางใหม่ในการเข้ารับบริการสุขภาพจิตแล้ว การสร้างช่องทางใหม่ในการเข้ารับบริการสุขภาพจิตเพื่อดึงผู้ป่วยสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการที่สร้างจำนวนผู้ป่วยสะสมจากธรรมชาติของเนื้อหาสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาเรื้อรังที่มักรักษาไม่หายขาด ยังมีแนวโน้มที่จะสร้างภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วย (caregivers) ในครอบครัวและชุมชนให้เพิ่มมากขึ้นด้วย หากระบบบริการสุขภาพจิตจัดการปัญหาภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี จะมีแนวโน้มทำให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าของในครอบครัวและชุมชนให้เพิ่มมากขึ้น จนอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเองกลายเป็นผู้ป่วยสุขภาพจิตได้เองในระยะยาว เป็นผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ที่เพิ่มจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตโดยไม่ได้ตั้งใจได้ ดังแสดงในภาพที่ 29



ภาพที่ 29: แผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (causal loop diagram: CLD) แสดงโครงสร้างของระบบที่ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทยภายใต้การดำเนินนโยบายในปัจจุบัน (status quo) (ที่มา: ผู้วิจัย)

โดยสรุป การวิเคราะห์โครงสร้างของระบบการทำงานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตด้วยแผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (causal loop diagramming) ชี้ให้เห็นว่า สาเหตุเชิงโครงสร้างที่ทำให้ปัญหา

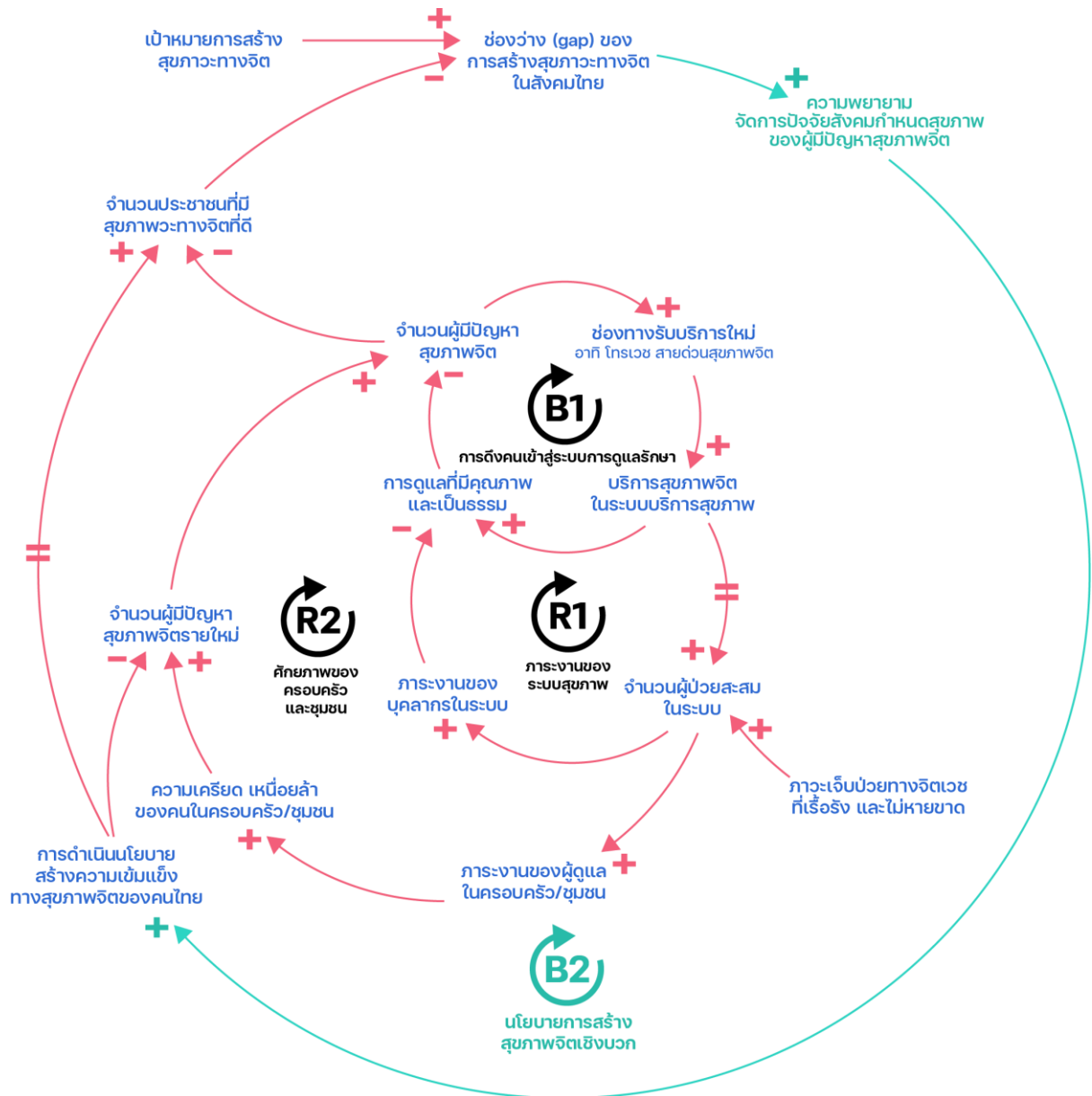
สุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากผลเสียที่ไม่คาดคิดไว้ของความพยายามแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตหรือการพัฒนาสุขภาพจิตแบบแยกส่วน โดยเฉพาะความพยายามแก้ปัญาสุขภาพจิตด้วยการทำให้เป็นเพียงปัญหาทางการแพทย์ (medicalization) โดยอาจยังไม่ได้คิดถึงประเด็นที่ครอบคลุมพอ เช่น การจัดการระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อรองรับอุปสงค์ที่เพิ่มมากขึ้นอย่างทันเวลา หรือการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่อาจมีส่วนช่วยลดจำนวนผู้ป่วยสุขภาพจิต เป็นต้น

3.4.2 จุดคานดีคานจิดในของระบบที่มีศักยภาพในการใช้ออกแบบนโยบายเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยอย่างยั่งยืน

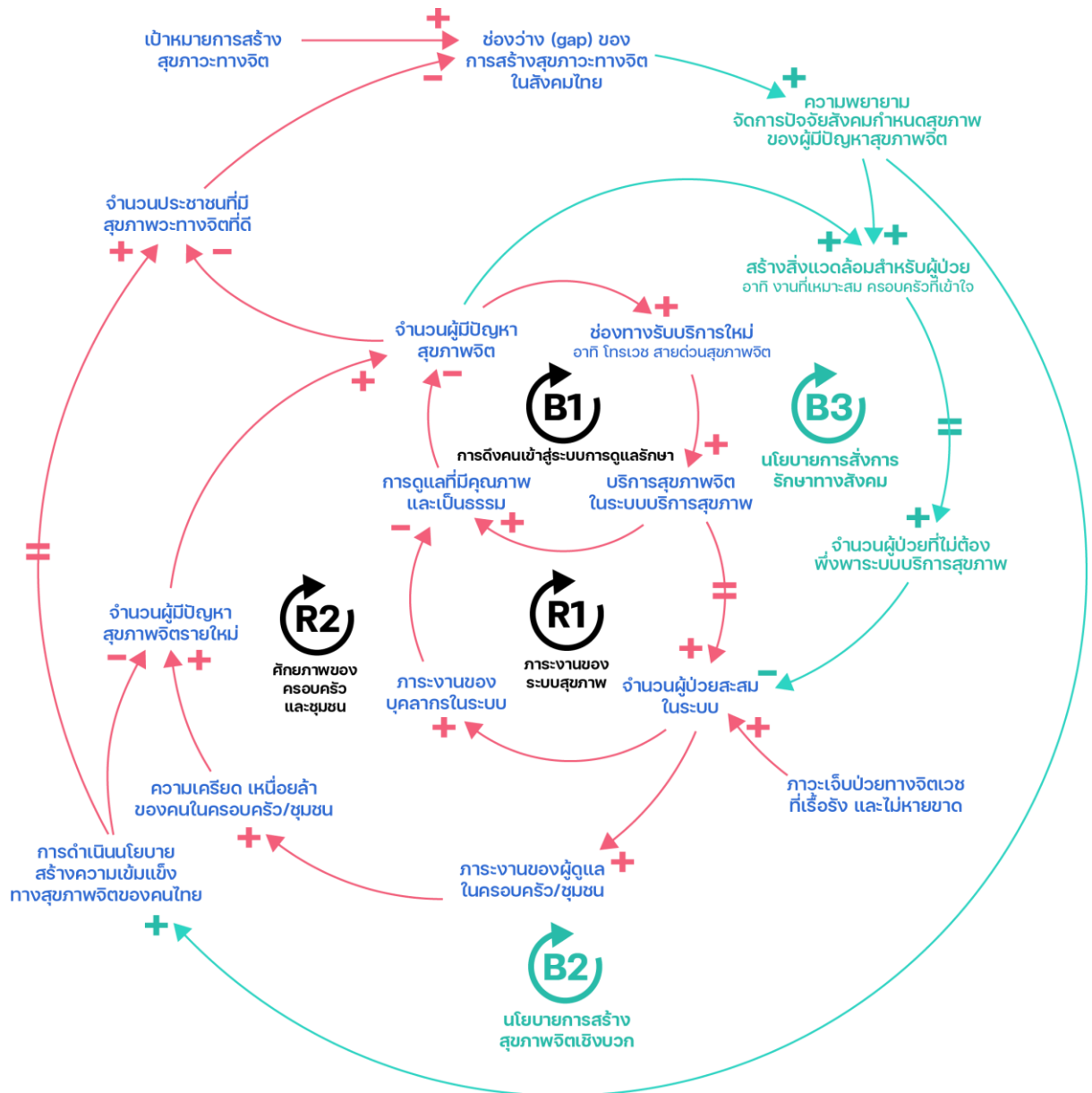
จากโครงสร้างของระบบที่ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาเรื้อรังที่รุนแรงมากขึ้นในสังคมไทยดังแสดงในแผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (causal loop diagram: CLD) ผู้วิจัยได้วิเคราะห์โครงสร้างของระบบเพื่อระบุจุดคานดีคานจิดของระบบ (high-leverage points within the systems) ที่มีโอกาสใช้ในการพัฒนาเพื่อนำสังเคราะห์เป็นชุดนโยบายทางเลือก (policy options) ที่น่าจะมีผลเหมาะสมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยอย่างยั่งยืนภายใต้กรอบนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ดังนี้

- 1) “กลไกการสั่งการรักษาทงสังคม” (social prescribing link mechanisms) มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยอย่างยั่งยืนภายใต้กรอบนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย โดยสร้างความเชื่อมโยงการทำงานดูแลรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิตจำนวนมากที่สะสมอยู่ในระบบบริการสุขภาพจิตทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนในปัจจุบันกับความพยายามในการพัฒนานโยบายเพื่อจัดการลดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตในสังคมไทย ซึ่งผู้กำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยสามารถใช้เพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยสุขภาพจิตให้สามารถเข้ารับบริการจาก “ผู้สั่งการรักษาทงสังคม” (social prescribing link workers) เพื่อช่วยเตรียมสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยสุขภาพจิต เช่น ประสานงานจัดหางานที่เหมาะสม หรือเตรียมระบบการศึกษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมทั้งทำความเข้าใจกับครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยในบริบทสังคมไทย รวมทั้งสามารถใช้กรอบนโยบายการคลังสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา “ผู้สั่งการรักษาทงสังคม” ในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย และสร้างแรงจูงใจทางการเงินเพื่อให้เกิดการบูรณาการผู้สั่งการรักษาทงสังคมเข้ากับทีมผู้ให้บริการสุขภาพจิตที่มีอยู่แล้วในปัจจุบันทั้งในระบบบริการสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชน สร้างให้เกิดเป็นปัจจัยเอื้อในวงจรสร้างสมดุล (balancing loop) ที่จะช่วยเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ต้องพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพจิตอีกต่อไป และลดจำนวนผู้ป่วยสะสมในระบบบริการสุขภาพจิตในระยะยาว เป็นกลไกที่ช่วยป้องกันการเกิดวงจรอุบาทว์ของการเกิดภาระงานที่มากเกินไปในระบบบริการสุขภาพจิต และภาระงานที่เกินศักยภาพของครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย ดังแสดงในภาพที่

- 2) “กลไกการสร้างสุขภาพจิตเชิงบวก” (positive mental health development mechanisms) มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยอย่างยั่งยืน ผ่านกลไกการสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงสาเหตุ ได้แก่ การริเริ่มกระบวนการนโยบายสาธารณะจากการระบุช่องว่าง (gap) ระหว่างเป้าหมายการสร้างสุขภาพในสังคมไทยกับจำนวนประชาชนที่มีสุขภาพจิตที่ดีที่เป็นอยู่จริงในปัจจุบัน ซึ่งผู้กำหนดนโยบายสามารถใช้ช่องว่างดังกล่าวเป็นเหตุผลและความสำคัญในการลงทุนทรัพยากรเพื่อดำเนินนโยบายจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทย ทำให้แทนที่จะมีการดำเนินนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพจิตของประชาชนเพียงแค่ระยะสั้นและไม่เชื่อมโยงกัน แต่ปรับให้มีการดำเนินนโยบายหรือโครงการเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพจิตของประชาชนที่เชื่อมโยงสอดคล้องกันและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จนกว่าจะบรรลุเป้าหมายในระยะยาวในการสร้างประชากรในสังคมให้มีสุขภาพจิตที่ดี เกิดเป็นปัจจัยเอื้อจากทั้งการทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกระบวนการพัฒนาสุขภาพจิตเชิงบวกของประชากรไทยจนกลายเป็นวงจรสร้างสมดุล (balancing loop) ของการสร้างสังคมไทยให้มีสุขภาพจิตที่ดี ดังแสดงในภาพที่ 29



ภาพที่ 29: แผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (causal loop diagram: CLD) แสดงกลไกการสร้างการเปลี่ยนแปลงของ “นโยบายการสั่งการรักษาทางสังคม” ที่มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยอย่างยั่งยืน (ที่มา: ผู้วิจัย)



ภาพที่ 30: แผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ (causal loop diagram: CLD) แสดงกลไกการสร้างการเปลี่ยนแปลงของ “นโยบายการสร้างสุขภาพจิตเชิงบวก” ที่มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยอย่างยั่งยืน (ที่มา: ผู้วิจัย)

--หน้าตั้งใจเว้นว่าง--

4. การอภิปรายและสรุปผล (Discussions and Conclusion)

ข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน โดยเฉพาะการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยแบบผสมผสานโดยประยุกต์ใช้กระบวนการคิดเชิงระบบชี้ให้เห็นถึงโครงสร้างของระบบที่ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทย และแสดงให้เห็นถึงจุดคานาดีคานาไม่ดีภายในของระบบที่มีศักยภาพในนำมาใช้ออกแบบนโยบายเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยอย่างยั่งยืน

การทำงานที่แยกส่วนกันระหว่างการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพจิตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการพัฒนาสุขภาพจิตของประชากร ส่วนหนึ่งเกิดจากวิวัฒนาการของความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตในสังคมไทย ในระยะแรก สังคมไทยตั้งแต่ยุคจารีตอาจไม่ได้พิจารณาปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาด้านสุขภาพ และพิจารณากลุ่มประชากรผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นผู้มีความเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมออกจากบรรทัดฐานของสังคม ทำให้สังคมไทยในอดีตอาจพิจารณาปัญหาสุขภาพจิตเป็นประเด็นด้านอาชญากรรม (criminalization) เช่น มองผู้มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือพฤติกรรมที่แยกตัวจากสังคมเป็นอาชญากร หรือบางครั้งสังคมไทยในอดีตอาจพิจารณาปัญหาสุขภาพจิตเป็นประเด็นด้านศีลธรรม (moralization) เช่น มองคนที่เป็นโรคซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายเป็นผู้มีปัญหาด้านศีลธรรม แต่เมื่อมีความก้าวหน้าทางการแพทย์แผนตะวันตกและการบริการสุขภาพจิต (เช่น การเข้ารับการรักษาจากจิตแพทย์หรือการเข้ารับการรักษาจากนักจิตวิทยาคลินิก) เริ่มแพร่หลายมากขึ้นมากขึ้น สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนชั้นกลางที่พิจารณาประเด็นด้านสุขภาพ เช่น “ความเครียด” กลายเป็นประเด็นด้านสุขภาพที่ส่งผลเสียต่อชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว ทำให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้เสียต่อปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยเริ่มพิจารณาปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องทางการแพทย์มากขึ้น (medicalization) และมีการประยุกต์กรอบแนวคิดชีวจิตสังคม (bio-psycho-social model) ในการออกแบบบริการสุขภาพจิตมากขึ้น

อย่างไรก็ตามสังคมไทยในปัจจุบันที่พิจารณาปัญหาสุขภาพจิตเป็นประเด็นทางการแพทย์ยังคงมีความท้าทายของปัญหาสุขภาพจิตที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ เช่น ปัญหาการใช้ยาเสพติดในเด็กและเยาวชนรวมทั้งแรงงานในหลายอุตสาหกรรมของประเทศไทย หรือปัญหาผู้ป่วยสุขภาพจิตเรื้อรังจำนวนมากที่แม้อยู่ได้รับการรักษาอยู่ในระบบบริการสุขภาพแล้วแต่ยังไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตและทำงานในสังคมตามปกติได้ ผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้เสียต่อปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยจึงจำเป็นต้องเริ่มพิจารณาว่าการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตไม่ใช่เพียงการจัดการทางการแพทย์เท่านั้น และจำเป็นต้องมีการประยุกต์กรอบแนวคิดอำนาจภัยคุกคามและความหมาย (Power-Threat-Meaning Framework: PTMF) เพื่อเชื่อมโยงการป้องกันและการรักษาผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในระบบบริการสุขภาพกับการจัดการโครงสร้างทางสังคมและปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพของผู้ป่วยสุขภาพจิต

4.1 ข้อเสนอเชิงนโยบายภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากข้อค้นพบดังกล่าว ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ “ชุดข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาสุขภาพจิตของประชากรไทยอย่างยั่งยืนภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ได้แก่

- 1) นโยบายทางเลือกที่ 1: การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ การปรับเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ให้เพิ่มการจ่ายเงินชดเชยให้กับผู้ให้บริการสุขภาพจิตในรูปแบบใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงเพิ่มของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มใหม่ๆ ซึ่งแตกต่างจากการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ในอดีตซึ่งมักเน้นเพียงการพิจารณาเพิ่มชนิดยาจิตเวชที่สามารถเบิกได้ซึ่งเป็นเพียงการปรับปรุงสิทธิประโยชน์สำหรับผู้เข้าถึงบริการสุขภาพแล้วเท่านั้น ตัวอย่างเช่น การเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์และการจ่ายชดเชยการจัดบริการโทรเวช (telemedicine) สำหรับผู้มีความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อสนับสนุนทรัพยากรและสร้างแรงจูงใจให้แก่สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดูแลผู้มีความรู้ด้านสุขภาพจิตกลุ่มดังกล่าว เพิ่มช่องทางในการดูแลรักษาผู้มีความรู้ด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมมากขึ้นกว่าการพึ่งพิงการจัดบริการที่มีอยู่แล้ว เช่น การจัดบริการสายด่วนด้านสุขภาพจิต (hotline) ของกรมสุขภาพจิต นโยบายทางเลือกนี้ช่วยลดปัญหาผู้มีความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เข้าไม่ถึงผู้ให้บริการสุขภาพโดยเฉพาะในระยะสั้น แต่มีข้อจำกัดคือ หากบุคลากรทางการแพทย์ยังมีจำนวนเท่าเดิม ระบบสุขภาพจะทำงานหนักขึ้นอีกเมื่อมีผู้ป่วยสะสมมากขึ้นทั้งในระบบปกติและในระบบโทรเวช อาจทำให้เกิดปัญหาด้านคุณภาพและความเป็นธรรมในการดูแลรักษาบางกลุ่มประชากรมีปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวได้
- 2) นโยบายทางเลือกที่ 2: การขยายการจัดบริการสุขภาพจิตโดยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่ทีมสุขภาพจิตเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น สอดคล้องกับกรอบแนวคิดเรื่องการจัดบริการสุขภาพจิตแบบผสมผสานขององค์การอนามัยโลก (WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health) เน้นการขยายขอบเขตของบริการสุขภาพจิตให้ครอบคลุมถึงการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคทางกาย การดูแลรักษาต่อเนื่องในระยะยาว รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ โดยกำหนดให้เป็นบทบาทการทำงานที่สำคัญของทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care team) และสนับสนุนด้วยกลไกการคลังด้านสุขภาพ เช่น การเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์และการจ่ายชดเชยการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับผู้มีความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะผู้ป่วยสุขภาพจิตในกลุ่มโรคที่มีอาการเรื้อรังและต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในชุมชน แต่การขยายการจัดบริการสุขภาพจิตโดยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่ทีมสุขภาพจิตอาจยังไม่ช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตของประชากรไทยเพื่อลดความต้องการบริการสุขภาพจิตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ในระยะยาว

- 3) นโยบายทางเลือกที่ 3: การปรับรูปแบบการจัดบริการสุขภาพจิตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยออกแบบให้มีสมาชิกของทีมสุขภาพจิตบางส่วนได้แสดงบทบาทในการทำหน้าที่เป็น “ผู้สั่งการรักษาทงสังคม” (social prescribing link worker) และสนับสนุนด้วยกลไกการคลังด้านสุขภาพ เช่น การเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์และการจ่ายชดเชยการจัดบริการสุขภาพจิตของผู้สั่งการรักษาทงสังคม โดยเฉพาะการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยสุขภาพจิตในกลุ่มโรคที่มีอาการเรื้อรังและต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อสนับสนุนทรัพยากรและสร้างแรงจูงใจให้แก่สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มดังกล่าวพัฒนากลไกการทำงานของ “ผู้สั่งการรักษาทงสังคม” ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถทำหน้าที่สร้างการเชื่อมต่อระหว่างทีมดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตกับหน่วยงานผู้รับผิดชอบดูแลปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinant of health) ซึ่งมีศักยภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพจิตของตนเองในเชิงรุกได้อย่างยั่งยืน เชื่อมต่อคำวินิจฉัยและการดูแลรักษาของทีมสุขภาพจิตเพื่อส่งกลับไปไปที่ครอบครัว องค์กร ชุมชน หรือสังคมที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่เพื่อแก้ปัญหาที่รากฐานและยั่งยืน สอดคล้องกับกรอบแนวคิดเรื่องการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตแนวใหม่ที่เรียกว่า ‘กรอบแนวคิดอำนาจ-ภาวะคุกคาม-และการให้ความหมาย’ (Power-Threat-Meaning Framework) เพื่อจัดการกับอำนาจและภาวะคุกคามในสังคมที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตด้วย แต่ยังคงจำเป็นต้องมีการพัฒนากลไกการจัดการระบบที่จะทำให้เกิดการประสานงานเชื่อมต่อการทำงานที่มีความเหมาะสมกับประชากรทุกกลุ่มในสังคมไทย
- 4) นโยบายทางเลือกที่ 4: การทำงานเชิงนโยบายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการสร้างสุขภาวะทางจิตที่ดีของประชาชนในสังคมไทย โดยไม่จำกัดอยู่เพียงการดำเนินนโยบายดูแลรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ผู้กำหนดนโยบายรวมทั้งผู้มีส่วนได้เสียในสังคมไทยสามารถดำเนินนโยบายและโครงการเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพจิตของประชาชนโดยตรง มุ่งเน้นการทำงานสร้างสุขภาพจิตเชิงบวกที่มีผลลดจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตรายใหม่ ซึ่งในระยะยาวจะช่วยสร้างประชากรในสังคมให้มีสุขภาวะทางจิตที่ดีด้วย ผู้กำหนดนโยบายจำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายในระยะยาวในการสร้างประชากรในสังคมให้มีสุขภาวะทางจิตที่ดีเพื่อลงทุนทรัพยากรเพื่อดำเนินนโยบายจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง ปรับให้มีการดำเนินนโยบายหรือโครงการเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพจิตของประชาชนที่เชื่อมโยงสอดคล้องกัน (เช่น อาจเริ่มจากการพัฒนาการทำงานร่วมกับ “ผู้สั่งการรักษาทงสังคม” เพื่อเชื่อมต่อระหว่างทีมดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตกับหน่วยงานผู้รับผิดชอบดูแลปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพ) และดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะเกิดเป็นปัจจัยเอื้อจากทั้งการทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกระบวนการพัฒนาสุขภาพจิตเชิงบวกของประชากรไทย เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาจากการดำเนินการในลักษณะโครงการระยะสั้น ขาดความต่อเนื่องในการ

ทำงาน หรือดำเนินโครงการแบบแยกส่วนหรือไม่เชื่อมโยงกับนโยบายการจัดการระบบ บริการสุขภาพ จนทำให้ปัญหาเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพยังเป็นอุปสรรคต่อการสร้าง ประชากรในสังคมไทยให้มีสุขภาวะทางจิตในระยะยาว

4.2 ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย

การปรับแนวคิดเรื่องสุขภาพจิตจากแนวคิดชีวการแพทย์หรือกรอบแนวคิดจิตสังคมไปสู่การ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดอำนาจัยคุกคามและความหมาย อาจเป็นโอกาสที่จะทำให้ผู้กำหนดนโยบาย และผู้มีส่วนได้เสียต่อนโยบายสุขภาพจิตในสังคมไทยเริ่มค้นหากลไกเชิงนโยบายที่สามารถจัดการกับ “ลักษณะจำเพาะของปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทย” เช่น การควบคุมการแพร่ระบาดของยาเสพติดที่ เกิดจากความล้มเหลวในการบังคับใช้กฎหมายในสังคมไทย การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลที่ ได้รับการกดทับจากโครงสร้างทางสังคมไทยที่มีหลายชนชั้น ซึ่งรวมถึงความเชื่อเรื่อง “บารมี” หรือ “บุญ ทำกรรมสร้าง” ที่ไม่เอื้อให้เกิดการแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างในสังคมไทยที่เป็นตัวกระตุ้นของการเกิด ปัญหาสุขภาพจิต หรือปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากวัฒนธรรมสังคมอุปถัมภ์ที่ไม่เอื้อให้ประชาชนบางกลุ่ม มีอำนาจในการตัดสินใจดำเนินชีวิตด้วยตนเอง รวมทั้งธรรมชาติของสังคมอุปถัมภ์ที่เน้นการแก้ไขปัญหา ในสังคมของคนใกล้ชิดจนขาดการพิจารณาโครงสร้างของสังคมที่สร้างปัญหาอย่างเรื้อรัง และอาจทำให้ สังคมไทยส่วนใหญ่มองความยากลำบากในชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวของคนชั้นกลางเป็นเรื่องปกติ ธรรมดาในการใช้ชีวิตในสังคมไทยแทนที่จะเป็นประเด็นด้านสุขภาพจิต แตกต่างจากการพิจารณา ความเครียดในชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวของคนชั้นกลางในสังคมไทยที่เริ่มกลายมาเป็นประเด็น ด้านสุขภาพได้ อย่างไรก็ตาม ประเด็นลักษณะจำเพาะของปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยอยู่นอกเหนือ ขอบเขตของการศึกษาวิจัยชิ้นนี้ และจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในระยะต่อไป

โดยสรุป การสังเคราะห์ชุดนโยบายสุขภาพจิตของประชากรไทยภายใต้บริบทหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องมีการทำงานด้าน สุขภาพจิตในขอบเขตที่กว้างขวางมากขึ้น ผู้กำหนดนโยบายสาธารณะอาจจำเป็นต้องพิจารณา ดำเนินการนโยบายทางเลือกที่น่าเสนอทั้ง 4 ชุดร่วมกันไปพร้อม ๆ กันเพื่อลดข้อจำกัดของแต่ละชุด นโยบาย จำเป็นต้องมีกลไกเพื่อสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่นอกเหนือไปจากจิตแพทย์และ นักจิตวิทยา และจำเป็นต้องมีการพัฒนากลไกเชิงนโยบายรวมทั้งกลไกด้านการคลังสุขภาพของระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รอบด้าน และมีการออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับ ลักษณะจำเพาะของปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทย เพื่อลดข้อจำกัดของการจัดการปัญหาแบบแยกส่วนที่ อาจทำให้การพัฒนาบริการสุขภาพจิตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการพัฒนา สุขภาพจิตของประชากรไทยไม่ยังประสบความสำเร็จ หรืออาจประสบความสำเร็จในระยะสั้นแต่ขาด ความยั่งยืน

5. เอกสารอ้างอิง

1. WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health Commission on Social Determinants of Health [Internet]. 2008 [cited 2019 Oct 15]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69832/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf;jsessionid=4BB7451521FD18C8D3609A8E1F85D4A2?sequence=1
2. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Thailand. PLOS Med [Internet]. 2014 Sep 22;11(9):e1001726. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001726>
3. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. Lancet [Internet]. 2018;391. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30198-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30198-3)
4. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet [Internet]. 2018 Oct 27;392(10157):1553–98. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
5. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. Lancet Psychiatry [Internet]. 2016;3. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
6. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W. Thai national mental health survey: A situation of mental disorders in Thailand. J Psychiatr Assoc Thailand. 2019;64(3):271–82.
7. Peltzer K, Pengpid S. Mental health treatment gap in Phitsanulok Province, Thailand: prevalence and associations with socio-demographic, health, and health care factors. Int J Ment Heal Syst. 2016;10(1):12.
8. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. Soc Sci Med. 2010 Aug;71(3):517–28.
9. Pitanupong J, Phirom W, Kittichet R, Anantapong K. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among patients with cancer receiving radiotherapy in southern

- Thailand: a university hospital-based cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2023 Mar;22(1):25.
10. Colp, R J. History of Psychiatry. In: Sadock, BJ, Sadock. VA, Pedro R, editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Colp R Jr. Colp Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 4474–509.
 11. วีระ เขื่องศิริกุล. ประวัติจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555.
 12. Wilson M. DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. *Am J Psychiatry*. 1993 Mar;150(3):399–410.
 13. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* (80-) [Internet]. 1977 Apr 8;196(4286):129–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847460>
 14. Tripathi A, Das A, Kar SK. Biopsychosocial Model in Contemporary Psychiatry: Current Validity and Future Prospects. *Indian J Psychol Med*. 2019;41(6):582–5.
 15. Leeper H. Survivorship and Caregiver Issues in Neuro-oncology. *Curr Treat Options Oncol*. 2019 Nov 13;20.
 16. World Health Organization. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne [Internet]. Geneva; 2005. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43286/9241562943_eng.pdf?sequence=1
 17. Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P, et al. Power Threat Meaning Framework: Overview [Internet]. Leicester: British Psychological Society.; 2018. Available from: <https://explore.bps.org.uk/content/report-guideline/bpsrep.2018.inf299a>
CTLG - [] CN - []
 18. Cauce AM, Domenech-Rodríguez M, Paradise M, Cochran BN, Shea JM, Srebnik D, et al. Cultural and contextual influences in mental health help seeking: a focus on ethnic minority youth. *J Consult Clin Psychol*. 2002 Feb;70(1):44–55.
 19. WHO. Improving health systems and services for mental health: Mental health policy and service guidance package [Internet]. 2009. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44219/1/9789241598774_eng.pdf.
 20. Tangcharoensathien V, Patcharanarumol W, Panichkriangkrai W, Sommanustweechai A. Policy Choices for Progressive Realization of Universal Health Coverage; Comment on

- “Ethical Perspective: Five Unacceptable Trade-offs on the Path to Universal Health Coverage.” *Int J Heal Policy Manag* [Internet]. 2017;6(2):107–10. Available from: https://www.ijhpm.com/article_3247.html
21. Jannati A, Sadeghi V, Imani A, Saadati M. Effective coverage as a new approach to health system performance assessment: a scoping review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018;18(1):886. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3692-7>
 22. Morton S, Pencheon D, Squires N. Sustainable Development Goals (SDGs), and their implementation: A national global framework for health, development and equity needs a systems approach at every level. *Br Med Bull*. 2017 Dec;124(1):81–90.
 23. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2013 Nov 1;91(11):853–63. Available from: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/91/11/13-118729.pdf>
 24. Hwang J, Christensen CM. Disruptive Innovation In Health Care Delivery: A Framework For Business-Model Innovation. *Health Aff* [Internet]. 2008;27(5):1329–35. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/27/5/1329.abstract>
 25. Christensen CM, Bohmer RMJ, Kenag J. Will Disruptive Innovations Cure Health Care? *Harvard Business Rev*. 2000;
 26. Panyayong B, Pengpid S. Prevalence and factors associated with depressive symptoms among Thai people: Results of the National Mental Health Survey. *J Med Assoc Thai*. 2013;96(6):698–703.
 27. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf
 28. National Mental Health Commission. Connections 2019: Connecting with Communities on the Vision 2030 for Mental Health and Suicide Prevention [Internet]. Canberra; 2019. Available from: <https://www.mentalhealthcommission.gov.au/lived-experience/connecting-with-communities/connections>
 29. National Mental Health Commission. Vision 2030: Blueprint for Mental Health and Suicide Prevention [Internet]. Canberra: National Mental Health Commission; 2021.

- Available from: <https://www.mentalhealthcommission.gov.au/publications/vision-2030>
30. CANADA youth service Graham Boeckh Foundation. Integrated Youth Services [Internet]. 2023. Available from: <https://grahamboeckhfoundation.org/en/what-we-do/transform-mental-health/integrated-youth-services/>
 31. NHS England. Social prescribing. NHS England. 2023.
 32. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570). นนทบุรี;
 33. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาการฆ่าตัวตาย ปี 2565 (ปรับปรุงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2565). ขอนแก่น; 2565.
 34. Department of Mental Health. มาเช็คสุขภาพใจ ด้วย Mental Health Check-In [Internet]. Department of Mental Health, Thailand. 2023. Available from: <https://www.thaidmh-elibrary.org/album/6109/มาเช็คสุขภาพใจ-ด้วย-mental-health-check-in>
 35. Helliwell J, Layard R, Sachs JD, Neve J-E De, Aknin L, Wang S, et al. World Happiness Report 2023 (11th ed.). 2023.
 36. วิชาญ กุลาดี. คะแนนความสุขของคนไทยอยู่ในระดับที่ต่ำที่สุดในรอบ 11 ปี. Bangkok; 2021.
 37. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปี 2566. นนทบุรี; 2566.
 38. World Health Organization. Mental Health Atlas 2020 [Internet]. Geneva; 2020. 136 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
 39. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) [Internet]. นนทบุรี; 2561. Available from: <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/450%0A>
 40. อังกู ภัทรากร, ล้ำซ่า ลักษณะนิชนัชช, ภัทรินทร์ ชมภูคำ. คู่มือการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ช้ยาและสารเสพติดรูปแบบมินิรัฐญารักษ์. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2566.
 41. The Active. 8 นวัตกรรมดูแลสุขภาพจิต “HACK ใจ” ครั้งแรกในไทย. Thai PBS. 2567.
 42. กรมสุขภาพจิต. รวมกฎหมาย: พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 [Internet]. นนทบุรี; 2563. Available from: <https://necam.go.th/wp-content/uploads/2020/11/03รวมกฎหมาย-พรบ.สุขภาพจิต-พ.ศ.2551-และที่แก้ไขเพิ่มเติม-ฉบับที่-2-พ.ศ.-2562.pdf>
 43. กรมสุขภาพจิต. โครงการประเมินแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2565) และการประเมินแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561 -

2565) ของกรมสุขภาพจิต ในวาระแรก ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563 - 2565). นนทบุรี, 2565.

--หน้านี้ตั้งใจเว้นว่าง—

**6. ภาคผนวก : รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การ
สังเคราะห์ชุดนโยบายสุขภาพจิตของประชากรไทยภายใต้บริบท
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ของห้องปฏิบัติการนโยบายสุขภาพ คณะ
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ณ โรงแรม ดะ สุกุศล กรุงเทพฯ
ในวันที่ 11 มีนาคม 2567**

ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน
1) ดร.นพ.วรงค์ โชติพิทยสุนนท์	กรมสุขภาพจิต กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตด้านนวัตกรรมการบริการสุขภาพจิต
2) พญ.วิมลรัตน์ วันเพ็ญ	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
3) นพ.เลิศศักดิ์ รุ่งเหมื่อนพร	โรงพยาบาลราชบุรี
4) พญ.ปวีณา แพพานิช	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ฝ่ายพัฒนาระบบบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
5) นพ.ศิริ กิตติวัฒน์โชติ	Morning Mind Clinic
6) พญ.ชนาวดี ประชาสันต์	ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
7) นพ.สุทธา สุปัญญา	สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
8) พญ.ณิชาวรรณ จงรักษ์ชนกิจ	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
9) ผศ.พญ.จิราภรณ์ อรุณากร	เพจเลี้ยงลูกนอกบ้าน และ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
10) คุณสุภาวดี นวลมณี	สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย
11) คุณพันธุ์ทิพา สุขสิริสรณ์	เพจ BE PSY YOU (ก้าวแรกสหภาพวิชาชีพจิตวิทยา)
12) ทพญ.กัญจน์ภััสสร สุริยา แสงเพ็ชร	OOCA
13) ดร.สรยุทธ รัตนพจนารถ	ธนาคารจิตอาสา และ โครงการเสริมสร้างทักษะการฟื้นคืน (Resilience) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์
14) ผศ.ธีรพัฒน์ อังศุขवाल	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS)
15) คุณณตยา แวววีร์คุปต์	ศูนย์สื่อสารวาระทางสังคมและนโยบายสาธารณะ องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย (Thai PBS)
16) คุณโสมนัส เจือศรีกุล	สถาบันเพื่อการยุติธรรมแห่งประเทศไทย (TIJ Academy)
17) พ.ต.อ.หญิงปวีณา เอก ฉัตร	กลุ่มงานสอบสวน กองบังคับการตำรวจนครบาล 8
18) พญ.ชลทิพย์ ชีระชาติสกุล	รพ.บางตลาด จ.กาฬสินธุ์


ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน
19) นศพ.ปนรรฐพร ตั้งกาย	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
20) คุณธรรักษ์ ปัญญางาม	Insight for Impact
21) คุณปราชญา ศิริมหาอาริยะโพธิ์ญา	สภาเด็กและเยาวชน และ คณะทำงานเสริมสร้างการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ในเด็กและเยาวชน วุฒิสภา
22) คุณพิรุณพร จงไพศาล	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครนายก
23) พญ.ปานชนก ทองมโนกูร	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
24) คุณทิพฟ้าณี เชน	Thailand Policy Lab
25) ผศ.ณัฐสุดา เต็มพันธ์	คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
26) รศ.ดร.โสรัช โพธิ์แก้ว	สมาคมจิตวิทยาการปรึกษาแห่งประเทศไทย (Thai Counseling Psychology Association)
27) คุณอมรเทพ สัจจะมูนิวงศ์	แอปพลิเคชัน SATI
28) นายแพทย์จักรกริช ใจวัศริ (ผู้แทนเลขาธิการสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ





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