

การดูแลสุขภาพจิต : การมีส่วนร่วมของชุมชน

MENTAL HEALTH CARE : THE PARTICIPATION OF THE COMMUNITY

อมรพร สุรการ^{1*} ณัฐภูมิ อรินทร์²
Amaraporn Surakam^{1*}, Natthawut Arin²

¹สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

¹Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing,
Srinakharinwirot University, Thailand.

²ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²Department of Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University, Thailand.

*corresponding author, E-mail: amaraorn.s@gmail.com

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาของอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ที่มีอาการผิดปกติทางจิต ทั้งนี้เกิดมาจากการระส่ำระสายของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีในปัจจุบัน มีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนลดลง เกิดปัญหาเพิ่มขึ้นทั้งเรื่อง เด็กติดเกม เด็กไทยมีเซาว์ปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ลดลง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความรุนแรง ยาเสพติด และอาชญากรรม ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจของบุคคลทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นอาการนำไปสู่ภาวะที่มีอาการผิดปกติทางจิต นโยบายจากภาครัฐได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยกำหนดวิสัยทัศน์ในการทำงานไว้ว่า “ประชาชนมีสุขภาพจิตดี สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข” มียุทธศาสตร์การทำงานเชิงรุกที่เน้นการป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพจิตเป็นสำคัญ โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต และพบว่าการศึกษาที่ชุมชนมีความเข้มแข็งช่วยส่งเสริมให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตดีขึ้น และลดปัญหาทางสุขภาพจิตลงได้

คำสำคัญ: สุขภาพจิต สุขภาพจิตชุมชน ภาคีเครือข่าย

Abstract

The current economic system, social change and modern technology result in increasing incidence of mental disorders in Thai people. They affect individuals, families and society. Lifestyle is changed. Relationships in family and community decrease. Several problems such as the computer game addiction, low intelligence quotient and emotional quotient, teenage pregnancy, violence, drugs and crime are increased. These problems make people feel stress and anxiety, which lead to the symptoms of mental disorders. Thai government recognizes the importance of mental health problems. The vision of Department of Mental Health, Ministry of Public Health is “people has good mental health and live happily together in the society”. Proactive strategy focuses on prevention, promotion

and rehabilitation of mental health. The cooperation of community networks are important in development of the mental health operation. Several researches showed that the strong community encourages mental health status improvement and reduces mental health problems.

Keywords: Mental Health, Community Mental Health, Network

บทนำ

ความสมดุลในชีวิตนั้นเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา ประกอบไปด้วย ความสามารถในการดำรงชีวิตทั้งด้านการงาน การเรียน ครอบครัว และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมที่อาศัยอยู่ ซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามช่วงวัย และเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ตามคำโบราณที่กล่าวไว้ว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” ยังคงนำมาใช้ได้อยู่เสมอ เพราะจิตใจมนุษย์เป็นเรื่องละเอียดอ่อน มีความรู้สึก ความคิด ซึ่งสามารถกำหนดให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา ดังนั้นสุขภาพจิตที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้แนวคิดของสุขภาพจิตว่าเป็น “สภาวะของบุคคลที่มีการอยู่ดีมีสุข ตระหนักถึงความสามารถของตนเอง สามารถรับมือกับความเครียดปกติของชีวิต สามารถทำงานได้มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี พร้อมทั้งสามารถนำความสามารถเหล่านั้นไปส่งเสริมหรือช่วยเหลือชุมชนของตนเองได้” [1]

การคงอยู่ของสภาวะการมีสุขภาพจิตที่ดีไม่ใช่เรื่องง่ายนัก เนื่องจากวิกฤตการณ์ต่างๆ ได้เกิดขึ้นอย่างมากมายในสังคมปัจจุบัน เช่น การเกิดภัยพิบัติจากธรรมชาติและเทคโนโลยีที่รุนแรงมากขึ้น อุบัติการณ์ของโรคใหม่ๆ ที่ทวีความรุนแรงขึ้น สภาพสังคมที่มีปัญหาตั้งแต่ระดับครอบครัวจนถึงระดับชาติภาวะเศรษฐกิจชะลอตัวแต่ค่าครองชีพกลับสูงขึ้น ความขัดแย้งและความรุนแรงที่พบเห็นได้ตามสื่อต่างๆ เหตุการณ์เหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพจิตของ

คนในสังคม ซึ่งในทางกลับกัน ถ้าสังคมมีบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น ก็จะก่อให้เกิดความไม่มั่นคงและขาดความสงบสุขในสังคมนั้นๆ ด้วยเช่นเดียวกัน

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต

จากการรายงานปัญหาทางสุขภาพจิตของประชาชน พบว่า ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยทางจิตเพิ่มมากขึ้น โดยแต่ละปี พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาไม่น้อยกว่า 1.4 ล้านราย โรคจิตยังคงเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด รองลงมา คือ โรควิตกกังวล ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ โรคซึมเศร้า และติดสารเสพติด นอกจากนี้ ยังพบว่า มีผู้มาขอรับบริการในคลินิกคลายเครียดของหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตมากขึ้นทุกปี โดยปีงบประมาณ 2555-2556 มีจำนวนผู้มาขอรับบริการมากกว่าปี 2554 กว่า 3 เท่าตัว (ปี 2554 จำนวน 11,391 ราย ปี 2555 จำนวน 39,591 ราย และปี 2556 จำนวน 39,841 ราย ตามลำดับ (ผู้จัดการออนไลน์ วันพฤหัสบดีที่ 31 กรกฎาคม 2557) [2] อัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายภาพรวมทั้งประเทศ พบว่า คนไทยอายุ 15-59 ปี ทั้งประเทศมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทุกระดับความรุนแรง ร้อยละ 7.3 มีจำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จติดอันดับ 16 ของโลก [3]

ปัญหาสุขภาพจิตในวัยเด็กที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ความสำคัญในปัจจุบัน คือ ปัญหาเรื่องสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ พบว่าสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยจากการสำรวจ

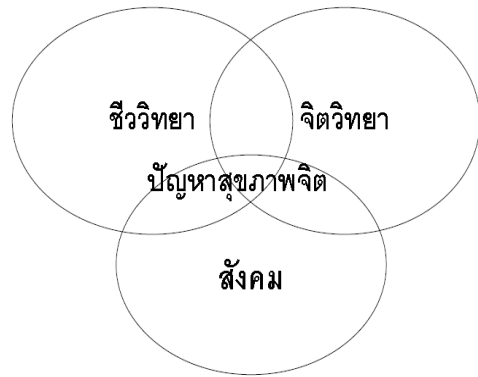
ของกรมสุขภาพจิตในปี 2554 พบว่าเด็กนักเรียนไทยทั่วประเทศมีคะแนนสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยเท่ากับ 98.59 ซึ่งถือเป็นค่าระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากลในยุคปัจจุบัน (IQ=100) ขณะที่ระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทยวัย 3-5 ปี ที่สำรวจเมื่อ ปี 2545 พบว่า มีเกณฑ์ปกติ 139-202 คะแนน และลดลงเป็น 125-198 คะแนน ในปี 2550 ด้านที่ลดลง คือ ด้านการปรับตัวต่อปัญหาและความเครียดหรือวัน ส่วนเด็กวัย 6-11 ปี มีเกณฑ์ปกติ 148-225 คะแนน จากการสำรวจเมื่อปี 2545 และลดลงเป็น 129-218 คะแนน ในปี 2550 [4] จากหน้าหนังสือพิมพ์หลายฉบับในปี 2556 ที่รายงานถึงการตั้งครกในวัยรุ่นไทยที่ติดอันดับสองของโลก รองจากประเทศในทวีปแอฟริกา และเป็นอันดับหนึ่งของเอเชีย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระบุว่า จำนวนการคลอดบุตรในหญิงไทยอายุ 10-19 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการจดทะเบียนเกิดของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบว่า อัตราการจดทะเบียนเกิดในผู้หญิงอายุ 15-17 ปี และ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2553 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 35 เป็น 38 และ 50 เป็น 52 รายต่อพันประชากรในวัยเดียวกัน ตามลำดับ [5] จากสถิติการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาล พบว่าตั้งแต่ปี 2550-2556 มีเด็กและสตรีถูกกระทำ ความรุนแรงและเข้ารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวน 117,506 ราย เฉลี่ยปีละ 23,501 รายหรือก่อเหตุทุก 20 วินาที [6] และจากผลการวิจัยเรื่องแนวโน้มความสุขมวลรวม (GDH) ของคนไทย ประจำเดือนมกราคม 2553 พบว่าค่าความสุขลดต่ำลงจาก 7.26 เป็น 6.52 โดยมีดัชนีชี้วัดความสุขในสถานการณ์

การเมืองภายในประเทศลดจาก 5.58 เหลือ 4.06 ความเป็นธรรมในสังคมลดจาก 7.07 เหลือ 5.19 บรรยากาศความสัมพันธ์ของคนในชุมชนลดจาก 7.58 เหลือ 6.6 ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวลดจาก 8.96 เหลือ 8.01 สุขภาพใจของประชาชนลดจาก 7.96 เหลือ 7.58 ซึ่งให้เห็นว่าระดับความสุขมวลรวมของคนไทยทั้งประเทศมีแนวโน้มลดลง (จากกรอบทิศทาง การพัฒนางานสุขภาพจิต และแผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 - 2559:14) [7]

ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิต

ผลกระทบต่อสุขภาพจิตเกิดจากปัจจัยหลายด้าน องค์การอนามัยโลกได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีผลกระทบและทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม [8] จากปัจจัยทางชีววิทยา ซึ่งเกิดขึ้นภายในของบุคคล เป็นผลมาจากสภาวะของร่างกายที่มีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องของระบบสารเคมีในสมอง สารสื่อประสาท พันธุกรรม ฮอร์โมน และการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น โรคฮอร์โมนธัยรอยด์ต่ำ (Hypothyroid) อาจส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้า การใช้ยาเสพติดส่งผลต่อสารเคมีในสมองทำให้เกิดโรคจิตเฉียบพลัน (Acute Psychosis) มีพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive) หรือโรคทางพันธุกรรม อาจส่งผลให้เด็กที่เกิดมาที่มีความผิดปกติ เช่น โรคดาวน์ซินโดรม (Down's Syndrome) เป็นต้น ทางด้านปัจจัยทางสังคม ที่รวมถึงเรื่องของการเมือง ระบบเศรษฐกิจที่มีการแข่งขันสูง การว่างงาน มีรายงานจากศูนย์วิจัยกสิกรไทย เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2557 คาดว่าอัตราการว่างงานในปี 2557 มีโอกาสขยับขึ้นมาที่ร้อยละ 0.8 จากร้อยละ 0.7 ในปี 2556 โดยจำนวนผู้ว่างงานอาจเพิ่มขึ้นมามีค่าเฉลี่ยประมาณ 3.20 แสนคนต่อเดือน จากระดับ 2.82 แสน

คนในปี 2556 โดยหากสะท้อนถึงภาวะการว่างงานแฝงที่น่าจะมีความรุนแรงมากขึ้น) ศูนย์วิจัยกสิกรไทย ประเมินว่า สภาวะเศรษฐกิจที่น่าจะขยายตัวในอัตราที่ชะลอลงมาที่ร้อยละ 1.8 ในปีนี้ [9] นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น การพัฒนาทางด้านเทคโนโลยี สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ทำให้มีผลต่อจิตใจของบุคคล ในปัจจุบันปัญหาทางจิตที่เกิดจากปัจจัยทางด้านสังคมพบได้มากจากปัญหาต่างๆ ทำให้สังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กันน้อยลง พ่อแม่ต้องทำงานอย่างหนักเพื่อตอบสนองกับปัจจัยในการดำรงชีพให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ มีการใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสารมากขึ้น ส่งผลให้เด็กขาดการดูแลเอาใจใส่ ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ เช่น เด็กติดเกม การเข้ายาเสพติด และปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง เป็นต้น **ปัจจัยทางจิตใจ** พัฒนาการทางด้านพฤติกรรมบุคลิกภาพ และจิตใจเป็นเรื่องที่สั่งสมมาตั้งแต่วัยเด็ก เป็นผลมาจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่หรือผู้ดูแลอื่นๆ จะส่งผลให้มีพัฒนาการที่สมวัย มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความสามารถทนต่อปัญหา และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร จากการวิจัยของวาริรัตน์ ถาน้อย และคณะ [10] ช่วยสนับสนุนแนวคิดของปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางจิตใจที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต โดยทำการศึกษากับกลุ่มนักศึกษาพยาบาล โดยพบว่าเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และความเครียด มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น โดยส่งผ่านตัวแปรความตึงเครียดทางอารมณ์ และเข้มแข็งในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านจากเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบในการช่วยลดการเกิดความตึงเครียดทางอารมณ์อันจะส่งผลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลอย่างมีนัยสำคัญ ($\chi^2 = 209.551, df = 200, p = 0.307, GFI = 0.977, AGFI = 0.960, RMSEA = 0.008$)



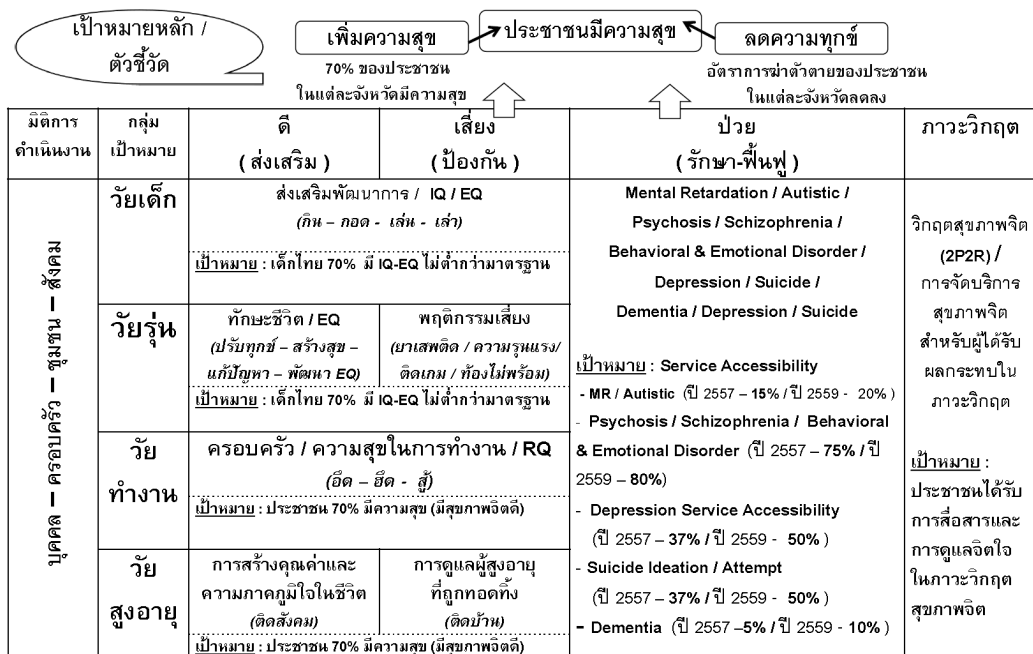
ภาพที่ 1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีววิทยา จิตวิทยาและปัจจัยทางสังคมที่มีต่อพัฒนาการของปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ที่มา: WHO. 2001: 4

นอกจากนี้ยังมียูรา จรรยาธิษั, อุมารัตน์ ภัทรวาณิชย์ และมาลี สันภูวรรณ [11] ได้กล่าวถึงแนวคิดของวงแหวนสุขภาพของ Byrne ในปี 1998 เป็นแนวคิดหนึ่งที่เชื่อมโยงสุขภาพของบุคคลกับปัจจัยระดับต่างๆ ซึ่งสามารถนำมาอธิบายในเชิงสุขภาพจิตได้เช่นเดียวกัน โดยอธิบายถึงวงแหวนที่ประกอบด้วย วงแหวน 3 ชั้นระดับชั้นในสุดของวงแหวน คือ **ปัจจัยระดับบุคคล** เป็นส่วนของปัจเจกบุคคลเกี่ยวกับเชื้อชาติพันธุกรรมเพศและอายุซึ่งเป็นลักษณะทางชีววิทยาเฉพาะตัวรวมไปถึงพฤติกรรมและความเชื่อส่วนบุคคล วงแหวนชั้นที่ 2 เป็น**ความสัมพันธ์ในระดับชุมชน**หรือพื้นที่อยู่อาศัยที่ล้อมรอบตัวบุคคลและส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคล และวงแหวนชั้นนอกสุด เป็น**ความสัมพันธ์เกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมในระดับมหภาค** เช่น กลไกทางการเมืองที่ส่งผลต่อนโยบายทางสังคมและเศรษฐกิจ หรือนโยบายสาธารณะต่างๆ ที่มีอิทธิพลคุกคามสุขภาพส่วนบุคคล ตลอดจนเงื่อนไขทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งในเชิงลบและเชิงบวก

นโยบายทางด้านสุขภาพจิต

จากกรอบทิศทาง การพัฒนา งานสุขภาพจิต และแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559: 20) [7] ได้กำหนดวิสัยทัศน์ การพัฒนา งานสุขภาพจิตไว้ว่า “ประชาชน มีสุขภาพจิตดีสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข” จากวิสัยทัศน์ดังกล่าวนำไปสู่แผน การปฏิบัติงานที่มุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู โดยแบ่งกลุ่มคนออกเป็น ตามช่วงวัย ได้แก่ วัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ และในแต่ละช่วงวัยก็แบ่งกลุ่มคน ออกเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มคนปกติ และกลุ่มคนที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต เพื่อให้ได้รับส่งเสริม ป้องกัน ดูแลได้ถูกต้อง ในแต่ละกลุ่มคน โดยมีตัวชี้วัดระดับวิสัยทัศน์ คือ 1) ประชาชนที่มีสุขภาพจิตดี ร้อยละ 70 2) เด็กไทยมีความฉลาดทางสติปัญญา และอารมณ์ ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 70 และ 3) อัตรา

การฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.5 ต่อประชากร แสนคน โดยมีกระบวนการทำงานจำแนกตาม กลุ่มวัย ในวัยเด็กเน้นการส่งเสริมพัฒนาการ ทางด้านสติปัญญาและอารมณ์ (IQ/EQ) ดูแลเด็กที่ป่วยจากกลุ่มอาการทางจิต เช่น ภาวะปัญญาอ่อน เด็กที่มีปัญหาทางการเรียน เด็กออทิสติก เป็นต้น ในวัยรุ่น เน้นการส่งเสริม ทักษะชีวิต พัฒนาการทางด้านอารมณ์ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาและลดพฤติกรรมเสี่ยง จากปัญหา ยาเสพติด การติดเกม ความรุนแรง และปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในวัยผู้ใหญ่ เน้นที่การส่งเสริมให้เกิดความสุขในครอบครัว และการทำงาน มีความอดทนและมีความยืดหยุ่นตัว (Resilience) ในกลุ่มที่ป่วยทางจิตให้การรักษา และฟื้นฟู และป้องกันการฆ่าตัวตาย ในวัยผู้สูงอายุ เน้นการส่งเสริมเรื่องการสร้างคุณค่าและความภาค ภูมิใจในชีวิต พร้อมทั้งป้องกันและดูแลผู้สูงอายุ ที่ถูกทอดทิ้ง



ภาพที่ 2 กลไกการขับเคลื่อนทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิต
ที่มา: www.mhc11.dmh.go.th

นอกจากนี้การจะไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้นั้น ต้องอาศัยปัจจัยทางด้านบุคลากรซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานหลัก แต่จากสถิติจำนวนบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตเมื่อในปี 2551 พบว่าอัตราจิตแพทย์ 0.86 ต่อประชากรแสนคน (เกณฑ์องค์การอนามัยโลก 4.15) พยาบาลจิตเวช 3.74 ต่อประชากรแสนคน (เกณฑ์องค์การอนามัยโลก 12.97) นักจิตวิทยาคลินิก 0.45 ต่อประชากรแสนคน นักสังคมสงเคราะห์ 0.66 ต่อประชากรแสนคน และนักกิจกรรมบำบัด 0.14 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนั้นแล้วบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลาง ทำให้ไม่ครอบคลุมในการบริการสุขภาพจิตต่อประชาชน (กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559: 14) [7] เมื่อพิจารณาจากเกณฑ์องค์การอนามัยโลกแล้ว จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีความขาดแคลนบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตอยู่มาก แต่ในนโยบายฉบับนี้ยังไม่เห็นถึงการพัฒนายัตรากำลังคนอย่างเป็นรูปธรรม การอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนงานสุขภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการบันทึกความร่วมมือกับหลายฝ่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และกลุ่มประชาชน เช่น กระทรวงยุติธรรม สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงศึกษาธิการ องค์กรยูนิเซฟประจำประเทศไทย กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน องค์กรทางศาสนา ชมรมต่างๆ และกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดกลไกรองรับการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิต

ปัญหาสุขภาพจิตก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนและสังคมนั้นๆ การเข้ารับรักษาดูแลจำเป็น

จะต้องใช้บุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะทาง ซึ่งในปัจจุบันยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการอย่างทั่วถึง ฉะนั้นการทำงานเชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดปัญหา และการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดีจึงน่าจะเป็นหนทางที่ก่อให้เกิดความมั่นคงและสงบสุขในสังคม แนวทางการดำเนินงานที่จะตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมมากขึ้นกว่าการรอตั้งรับในโรงพยาบาล นั้นหมายถึงการรอให้เกิดโรคแล้วจึงรักษา การดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนจึงเกิดขึ้น **สุขภาพจิตชุมชน** หมายถึง กลยุทธ์ของการพัฒนาชุมชนที่จะผลักดันให้เกิดสุขภาพจิตที่ดีของสมาชิกในชุมชน โดยผ่านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการผิดปกติทางจิต มีการบริการสุขภาพจิตที่สามารถเข้าถึงได้ มีคุณภาพ ได้รับการยอมรับ และให้การดูแลสุขภาพจิตในชุมชนสำหรับคนที่มีความผิดปกติทางจิตสังคม โดยทำให้บุคคลเหล่านั้นสามารถอยู่ร่วมกันกับคนในสังคมได้ งานสุขภาพจิตชุมชนจะดูแลและดำเนินการด้วยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน ครอบครัวและชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของบุคคล ป้องกันการเกิดความผิดปกติที่เกิดจากปัญหาทางด้านจิตสังคม มีการวินิจฉัยเบื้องต้นของอาการผิดปกติทางจิต และให้บุคคลที่ป่วยเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม พร้อมทั้งช่วยส่งเสริมให้สังคมและสิ่งแวดล้อมในการดำรงชีวิตมีความปลอดภัย 2) เพื่อลดอุบัติการณ์ของความผิดปกติทางจิตและทางระบบประสาท 3) ส่งเสริมให้คนที่มีความผิดปกติทางจิตสังคมดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ และอำนวยความสะดวกให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนและเน้นบทบาทของการมีสุขภาพจิตที่ดี [12]

เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของงานสุขภาพจิตชุมชน นโยบายสุขภาพจิตแห่งชาติจึงมีแนวทางในการดำเนินงานสุขภาพจิต โดยยึดหลักของการป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟู แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

Primary Prevention คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคจิต ซึ่งได้แก่การส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มคนปกติ เช่น การให้ความรู้ในชุมชน ในโรงเรียน การเผยแพร่ข่าวสารต่างๆ เป็นต้น

Secondary Prevention คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคซึมเศร้า หรือลดภาวะการเกิดโรคทางจิต ได้แก่ การตรวจคัดกรองอาการทางจิต การวินิจฉัย และการบำบัดทางจิต การให้คำปรึกษาครอบครัว ปัญหาทางด้านจิตใจ

Tertiary Prevention คือ การทำให้บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตฟื้นกลับคืนสู่สภาวะปกติสามารถอยู่ในชุมชนได้ มีการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำอีก

ตามแนวทางดำเนินงานดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของภาคีเครือข่ายในการร่วมกันดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตมีหน้าที่รับผิดชอบหลักและประสานความร่วมมือจากหน่วยงานของรัฐในชุมชน หน่วยงานเอกชน องค์กรส่วนท้องถิ่น และกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ความเข้มแข็งของชุมชนนับเป็นต้นทุนที่สำคัญในแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น การพัฒนาให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต้องเกิดจากความร่วมมือของคนในชุมชน การเรียนรู้ร่วมกัน ความสามารถในการจัดการชุมชน

องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ล้วนเป็นองค์กรในชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการระดมทุนทางสังคม อันได้แก่ ทุนด้านบุคคล ประกอบด้วย แกนนำสำคัญในชุมชน กลุ่มทางสังคม แกนนำจากหน่วยงานในพื้นที่ ทุนด้านสถาบัน ประกอบด้วย สถาบันครอบครัว การศึกษา การเมือง ทุนทางด้านทุนทางปัญญา และวัฒนธรรม ประกอบด้วย วัฒนธรรมพื้นบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่น [13] ตัวอย่างของความเข้มแข็งของชุมชนที่เกิดจากการทำงานเชิงรุกของอบต. และ อปท. ที่ทำให้เกิดความร่วมมือกันของชุมชนต่อการดำเนินงานทางด้านสุขภาพจิต จากงานวิจัยของศิริขวัญ

ตันไพบุลย์ [14] พบว่าความรู้เรื่องสุขภาพจิตชุมชนและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความตระหนักในบทบาทการส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ร่วมกันทำนุบำรุงการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนได้ร้อยละ 60.6 สอดคล้องกับงานวิจัยของปราชญ์ บุญยะวงศ์วิโรจน์ และคณะ [15] เรื่องรูปแบบการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยนำแกนนำในหมู่บ้าน อสม. เข้าร่วมทำ focus group เพื่อกำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ความต้องการของการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน หลังจากนั้นทำการฝึกอบรมตามความต้องการของสมาชิก ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมอบรมมีส่วนช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดร้อยละ 89.1 และจากการจัดอบรมให้แก่ผู้ที่มีความเครียดจำนวน 81 คน และจากการประเมินผลหลังการอบรม 3 เดือน พบว่าระดับความเครียดของผู้ที่มีความเครียดลดลง และได้แนวทางการส่งเสริม ป้องกันปัญหา สุขภาพจิตในชุมชน และจากประสบการณ์ของผู้เขียนที่ได้ลงพื้นที่เพื่อจัดทำโครงการบริการวิชาการและส่งเสริมสุขภาพในปี 2556 ให้แก่ชุมชนวัดสว่างอารมณ์ อ. องครักษ์ จ. นครนายก ได้มีการทำงานร่วมกับชุมชนแกนนำในชุมชน และอสม. ด้วยการประชุมรับทราบปัญหาสุขภาพจิตของคนในชุมชน และดำเนินการจัดการส่งเสริมสุขภาพจิตให้แก่คนในชุมชนพบว่าดัชนีชี้วัดความสุขของประชาชนอยู่ในระดับดี และจากการที่ผู้เขียนได้มีส่วนร่วมทำงานกับโครงการตำบลสุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่าความเข้มแข็งของชุมชนส่งผลก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น จากการติดตามผลหลังจากที่ตำบลบ้านช่อง อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา มีความสำเร็จในการสร้างสุขภาวะต่างๆ ในพื้นที่ ส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชนขึ้น โดยเฉพาะผลด้านสุขภาพจิต ประชาชนมีความสุขขึ้น

ไม่มีปัญหาฆ่าตัวตายจากความเครียดติดต่อกัน 2 ปี ประชาชนในหมู่บ้านอายุยืนโดยมีผู้อยู่มากที่สุด 92 ปี และจากงานวิจัยของพรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ [16] ที่ทำการศึกษาผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: การสร้างชุมชนต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนกรณีศึกษาบ้านเขาแดง หมู่ 9 อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี พบว่าชุมชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมที่จะทำในชุมชน และได้รับการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพจิตชุมชน โดยร่วมดำเนินกิจกรรมที่บ้าน วัด และโรงเรียนพบว่า ประชาชนหมู่บ้านเขาแดง มีความเครียดลดลง และความสุขเพิ่มขึ้น และไม่พบการพยายามฆ่าตัวตาย ประชาชนร้อยละ 100 มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับดีขึ้นไป การดำเนินงานที่มีคุณภาพทำให้ได้รับรางวัลเกียรติยศในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ จะเห็นได้ว่าจากผลการดำเนินงานทางด้านสุขภาพจิตในระดับชุมชนที่เกิดจากความร่วมมือของคนในชุมชนเองนั้น ทำให้ชุมชนได้ค้นพบปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในชุมชนของตนเอง และร่วมกันสร้างแนวทางการแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางด้านสุขภาพจิตในชุมชน

ประชาชนมีความสุขมากขึ้น ลดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตลง อันได้แก่ ปัญหาความเครียด ปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

สรุป

การมีสุขภาพจิตที่ดีเป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ ว่าตนเองมีความสุขของชีวิตในทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม แต่จากสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ทำให้บุคคลต้องเผชิญกับความเครียดเพิ่มขึ้น อันเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต สำหรับประเทศไทยนั้นการขาดแคลนบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข และส่งเสริมให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้ความสนใจในงานทางด้านสุขภาพจิตมากขึ้น จากสถานการณ์ปัญหาปัจจุบันได้มีการกำหนดนโยบายทางสุขภาพจิตจากภาครัฐที่เน้นการร่วมมือกันของภาคีเครือข่ายต่างๆ ของชุมชนในการดำเนินงานทางด้านส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟู เป็นหลัก ทำให้เกิดความสามารถในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดูแล การช่วยเหลือเกื้อกูล และการจัดการในชุมชน อันจะส่งผลต่อสุขภาวะของประชาชน และลดปัญหาด้านสุขภาพจิตลงได้

เอกสารอ้างอิง

- [1] WHO. (2004). *Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice*. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2557, จาก www.who.int/mental_health/evidence/promoting
- [2] ปัญหาสุขภาพจิตประชาชน. (2557, สิงหาคม). *ผู้จัดการออนไลน์*. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2557, จาก <http://www.manager.co.th>
- [3] หวาน ศรีเรือนทอง; ธรณินทร์ กองสุข; วชิระ เฟิงจันทร์; พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์; เกษราภรณ์ เคนบุปผา; รุ่งมณี ยั่งยืน; สุพิศรา สุขาว; และ จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน. (2554). ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 56(4): 413-424.
- [4] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2556). *แผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค*. สืบค้นเมื่อ 31 กรกฎาคม 2557, จาก <http://www.udo.moph.go.th>

- [5] ศรีเพ็ญ ดันดีเวสส; ทรงยศ พิลาสันต์; อินทรา ยมาภัย; ยศ ตีระวัฒนานนท์; ชลัญชร โยธาสมุท; อภิญา มัดเดช; และ ณิชจรัส เอมมหัสสกุล. (2556). *สถานการณ์การตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย*. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี.
- [6] สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2556). *สถิติผู้มารับบริการศูนย์พึ่งได้*. สืบค้นเมื่อ 31 กรกฎาคม 2557, จาก <http://www.phdb.moph.go.th>
- [7] *กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิต และแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 - 2559* สืบค้นเมื่อ 31 กรกฎาคม 2557, จาก www.dmh.go.th/intranet/p2554/dmh2554.pdf
- [8] WHO. (2001). *The World Health Report 2001 : Mental Health: new understanding, new hope*. France: World Health Organization. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2557, Retrieved from <http://apps.who.int>
- [9] รายงานภาวะเศรษฐกิจไทยจากศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2557, สิงหาคม). *กรุงเทพธุรกิจออนไลน์*. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2557, จาก <http://www.bangkokbiznews.com>
- [10] วารินทร์ ถาน้อย; อทิตยา พรชัยเกตุ; โอว ยอง; และ ภาติษฐา อ่อนดี. (2555, ตุลาคม-ธันวาคม). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลวารสารสภาการพยาบาล*. 27 (ฉบับพิเศษ).
- [11] มยุรา จรรยาภิรักษ์; อุมารณ ภัทรวาณิชย์; และ มาลี สันภูวรรณ. (2556). *สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลกับความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยแรงงานในประเทศไทยวารสารประชากร*. 4(1): 27-47.
- [12] CBM. (2008). *Community Mental Health Policy*. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2557, จาก www.cbm.org
- [13] ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. (2556). *คู่มือการพัฒนาทักษะการวิจัยชุมชน*. โครงการตำบลสุขภาพะ กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.).
- [14] ศิริขวัญ ดันดีเพ็ญ. (2549). *การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จังหวัดนครปฐม*. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการแนะแนว) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- [15] ปราชญ์ บุญยวงศรีโรจน์; อภิชัย มงคล; ทวี ตั้งเสรี; วัชณี หัตถพนม; สุวดี ศรีวิเศษ; และวิภาดา คณะไชย. (2549). *รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 14 (2): 114-123.
- [16] พรฤดี นิธิรัตน์; กมลวรรณ ตาตะคุ; คะนิงนิตย์ พงษ์สิทธิถาว; และ ปิ่นนเรศ กาดอุดม. (2554). *ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: การสร้างชุมชนต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนกรณีบ้านเขาแดง หมู่ 9 อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี*. โครงการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.