



สรุปรายงานโครงการพัฒนาสุขภาพจิต  
ภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก



© ลิขสิทธิ์ของ Asia-Australia Mental Health (AAMH) 2008

หน่วยงาน AAMH เป็นหน่วยงานที่ร่วมมือกับ University of Melbourne และ St. Vincent's Health

ห้ามจัดพิมพ์หรือเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจาก AAMH

แม้ว่าข้อมูลในเอกสารนี้ผู้จัดพิมพ์ได้ตรวจทานอย่างดี แล้วแต่ไม่รับประกันความถูกต้องครบถ้วนทั้งหมด

ข้อมูลและข้อคิดเห็นในเอกสารนี้รับผิดชอบโดยผู้เรียบเรียงในแต่ละเรื่อง

ผู้อ่านควรใช้วิจารณญาณในการนำข้อมูลไปใช้ โดย AAMH จะไม่รับผิดชอบในข้อผิดพลาดจากการนำไปใช้

ภาพประกอบในหนังสือนี้ วาดโดยผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้ตระหนักถึงการทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ภาพต่าง ๆ สื่อถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชจากนานาประเทศ ผู้จัดทำขอขอบพระคุณผู้ป่วยจิตเวชทุกคนที่มีส่วนร่วมนี้ ภาพเขียนนี้ได้รับการอนุญาตจากผู้ป่วยหรือญาติ (กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต) เพื่อเป็นภาพประกอบหนังสือ ชื่อจิตรกรจะถูกระบุเฉพาะกรณีที่ได้รับการยินยอมแล้วเท่านั้น

AAMH มอบลิขสิทธิ์การแปลเป็นภาษาไทยให้กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 2	:	สิงหาคม 2552
แปลและเรียบเรียงโดย	:	นางสุชาดา สาครเสถียร แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์
จำนวน	:	88 หน้า
จำนวนที่พิมพ์	:	1,000 เล่ม
จัดพิมพ์โดย	:	กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ นนทบุรี 11000
พิมพ์ที่	:	บริษัทบียอนด์ พับลิชชิงจำกัด

หนังสือนี้ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ ถ่ายทอด ไม่ว่าจะด้วยรูปแบบหรือวิธีการใดๆ เพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า  
หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความสนใจ สามารถติดต่อขอรับการสนับสนุนเอกสารได้ที่ กรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี หรือดาวน์โหลดข้อมูลได้ที่ [www.dmh.go.th](http://www.dmh.go.th)

# สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ และคณะผู้ร่วมโครงการ	2
<b>บทที่ 1 : ภาพรวม</b>	<b>4</b>
บทนำ	4
วัตถุประสงค์และผลลัพธ์ของโครงการ	7
การพัฒนาโครงการ	8
หลักการบริการสุขภาพจิตชุมชนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก	10
<b>บทที่ 2 : รายงานสรุปงานสุขภาพจิตชุมชนและตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่น</b>	<b>25</b>
ประเทศออสเตรเลีย	27
ประเทศกัมพูชา	32
ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน	35
ประเทศฮ่องกง	40
ประเทศอินเดีย	45
ประเทศอินโดนีเซีย	49
ประเทศญี่ปุ่น	53
ประเทศเกาหลี	59
ประเทศมาเลเซีย	63
ประเทศมองโกเลีย	67
ประเทศสิงคโปร์	71
ประเทศไต้หวัน	74
ประเทศไทย	78
ประเทศเวียดนาม	82
<b>บทที่ 3 : บทสรุปและทิศทางในอนาคต</b>	<b>85</b>
บทสรุป	85
ข้อเสนอแนะสำหรับทิศทางในอนาคตของเครือข่ายการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก	87
เอกสารอ้างอิง	88

## APCMHDP SUMMARY REPORT: PROJECT MANAGEMENT AND ACKNOWLEDGEMENTS

### EDITORIAL BOARD

**Chee Ng** CHIEF EDITOR  
**H.M. Aminullah**  
**Rosemary Calder**  
**M.L.Somchai Chakrabhand**  
**Sophal Chhit**  
**Edmond Chiu**  
**Julia Fraser**  
**Margaret Goding**  
**Helen Herrman**  
**Se-fong Hung**  
**Tae-yeon Hwang**  
**Jin Liu**  
**Than Thai Phong**  
**R.N. Salhan**  
**Bruce Singh**  
**Suarn Singh**  
**Tadashi Takeshima**  
**G. Tsetsegdary**  
**Kim Eng Wong**  
**Erin Chia-Husan Wu**

### MANAGEMENT AND EDITORIAL TEAM

ASIA-AUSTRALIA MENTAL HEALTH  
**CHIEF EDITOR Chee Ng,**  
Director, Department of Psychiatry  
International Unit, St. Vincent's Mental  
Health, University of Melbourne  
and WHO Collaborating Centre in  
Mental Health  
**Julia Fraser,**  
Director, Leadership and Community  
Programs, Asialink, University of  
Melbourne  
**Margaret Goding,**  
Director of Health Service Demand and  
Mental Health, St Vincent's Mental  
Health  
**Bronwen Merner,**  
Project Officer, International Unit, St  
Vincent's Mental Health  
**Natalie Fraser,**  
Research Officer,  
St Vincent's Mental Health  
**Edmond Chiu,**  
Academic Unit for Psychiatry of Old Age,  
Department of Psychiatry, University of  
Melbourne  
**Bruce Singh,**  
Deputy Dean, Faculty of Medicine,  
Dentistry and Health Sciences,  
University of Melbourne

### ACKNOWLEDGEMENTS

Asia-Australia Mental Health would like to acknowledge the considerable assistance of the following in the delivery of the APCMHD project summary report:

#### SUPPORTING ORGANISATIONS

- **International Strategies Branch,**  
Australian Government Department  
of Health and Ageing
- **Janssen-Cilag**
- **Royal Australian and New Zealand  
College of Psychiatrists**
- **St. Vincent's Health (Melbourne)**
- **University of Melbourne**
- **World Psychiatric Association**
- **World Health Organization**

#### ADVISORS

**Xiangdong Wang,**  
Western Pacific Regional Office,  
World Health Organization  
**Shekhar Saxena,**  
Department of Mental Health  
and Substance Abuse, World Health  
Organization  
**Benedetto Saraceno,**  
Department of Mental Health and  
Substance Abuse, World Health  
Organization  
**Helen Herrman,**  
University of Melbourne, WHO  
Collaborating Centre in Mental Health  
and World Psychiatric Association

#### ARTWORK CURATORS

**Tadashi Takeshima,**  
National Centre of Neurology  
and Psychiatry, Japan  
**Eugen Koh,**  
The Cunningham Dax Collection,  
The University of Melbourne

## AUTHORS AND CONTRIBUTORS

### AUSTRALIA

EDITOR Rosemary Calder,  
First Assistant Secretary, Mental Health  
and Workforce Division, Australian  
Government Department of Health  
and Ageing  
SUB-EDITORS Nathan Smyth,  
Colleen Krestensen, Lana Racic  
CONTRIBUTORS Aaron Groves, Ruth Vine,  
David McGrath, Jake Matthews,  
Simon Wells

### CAMBODIA

EDITOR Sophal Chhit,  
Deputy Director, National Mental Health  
Program Cambodia  
SUB-EDITOR Lo Veasna Kiry  
CONTRIBUTORS Staff of the National  
Mental Health Program Cambodia

### CHINA

EDITOR Jin Liu,  
Chief of Executive Office, National  
Center for Mental Health, China–CDC  
(Peking University Institute of Mental  
Health), China  
SUB-EDITORS Hong Ma, Xin Yu,  
Mingyuan Zhang, Yanling He, Bin Xie,  
Yifeng Xu, Lianyuan Cao, Wei Hao,  
Min Li

### HONG KONG

EDITOR Se-fong Hung,  
Chief Executive, Kwai Chung Hospital,  
and President, Hong Kong College of  
Psychiatrists, Hong Kong  
SUB-EDITOR Wing-yuen Tse  
CONTRIBUTORS Chi-chiu Lee,  
Po-man Chan

### INDIA

EDITOR R.N.Salhan,  
Additional Director General of  
Health Services, Directorate General  
of Health Service, Ministry of Health  
and Family Welfare, India  
SUB-EDITORS S.K.Sinha, Jagdish Kaur

### INDONESIA

EDITOR HM Aminullah  
Director of Mental Health,  
Directorate General Medical Service,  
Ministry of Health, Indonesia  
SUB-EDITOR Eka Viora  
CONTRIBUTORS Pandu Setiawan,  
Yulizar Darwis, Albert Maramis,  
Suryo Darmono, Diding Sawaludin,  
Hervita Diatri

### JAPAN

EDITOR Tadashi Takeshima  
Director, Department of Mental  
Health Administration Studies,  
National Institute of Mental Health,  
National Centre of Neurology and  
Psychiatry, Japan  
SUB-EDITOR Yutaro Setoya

### KOREA

EDITOR Tae-Yeon Hwang  
Director, WHO Collaborating  
Centre Yongin Hospital and Head,  
Mental Health Division, Korean  
Neuropsychiatric Association  
SUB-EDITOR Dong Hyeon Kim

### MALAYSIA

EDITOR Suarn Singh a/ I Jasmit Singh  
Chief Psychiatrist, Ministry of Health,  
Malaysia  
SUB-EDITORS Ahmad Rashidi Saring,  
Cheah Yee Chuang, Chandra Mohan,  
Salina Abdul Aziz, Nor Hayati Ali,  
Ruzanna Zam Zam, Marhani Midin

### MONGOLIA

EDITOR G.Tsetsegdary  
Senior Officer, Mental Health  
Department of Ministry of Health,  
Mongolia  
SUB-EDITORS L Erdenebayar,  
S.Byambasuren, Nalin Sharma  
CONTRIBUTORS N. Altanzul, V.Bayarmaa,  
B.Ayushjav, Nai.Tuya, Lieve Strager

### SINGAPORE

EDITOR Kim Eng Wong,  
Chair, Medical Board, Institute of  
Mental Health, Singapore  
SUB-EDITORS Hong-Choon Chua,  
Derrick Heng

### TAIWAN

EDITOR Erin Chia-Husan Wu,  
Taiwanese Society of Psychiatry and  
Taipei Medical University, Taiwan  
SUB-EDITORS Ming-Jen Yang,  
Joseph Jrer-Serok Cheng,  
Chang-Jer Tsai, Steve Chih-Yuan Lin,  
Jia-Shin Chen, Keh-Ming Lin,  
Chiao-Chicy Chen

### THAILAND

EDITOR M.L.Somchai Chakrabhand,  
Director General, Department of Mental  
Health, Ministry of Public Health,  
SUB-EDITORS Phunnapa  
Kittirattanapaiboon, Suchada  
Sakornsatian, Taweasin  
Visanuyothin, Pattama Sirivech,  
Wiranpat Rattanasatien, Apisamai  
Srirangson  
CONTRIBUTORS Udom Laksanavicharn,  
Sujarit Suvanashiep, Apichai Mongkol,  
Wachira Pengjuntr, Seree Hongyok,  
Yongyud Vongpiromsam, Achara  
Fongkhum, Benjaporn Panyayong,  
Boonchai Nawamongkolwatana,  
Damrong Waealee, Duangta  
Graipaspong, Dusit Liknapichitkul,  
Kiattibhoom Vongrachit, Krissana  
Jantree, Nattakorn Jampathong,  
Oraphun Lueboonthavatchai,  
Panpimol Lotrakul, Paritat Silpakit,  
Pichet Udomratn, Pitakpol  
Boonyamalik, Prasert Palitpongpanpim,  
Somkuan Hanpatchayakul, Somrak  
Choovanichvong, Suchitra Usaha,  
Supavadee Nuanmanee, Thavatchai  
Kamoltham, Unchalee Silaket, Wasana  
Pattanakumjorn

### VIETNAM

EDITOR Than Thai Phong,  
Line Direction and Training  
Department, National Psychiatric  
Hospital No. 1, Vietnam  
SUB-EDITOR Tran Van Cuong

# บทที่ 1 : ภาพรวม

## บทนำ

จากการที่นานาชาติมีแนวทางในการปรับคุณภาพของบริการสุขภาพจิต ทำให้ระบบสาธารณสุขในหลายประเทศโดยเฉพาะประเทศแถบตะวันตกมีการปฏิรูปทั้งนโยบายและบริการด้านสุขภาพจิต ซึ่งรวมถึงการจัดบริการศูนย์สุขภาพจิตในชุมชน อันส่งผลให้เกิดการลดขนาดของโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ทั่วโลก มีการย้ายบริการจากโรงพยาบาลเป็นบริการในชุมชน มีการพัฒนาทีมบำบัดรักษาในชุมชน และเชื่อมโยงกับองค์กรในชุมชนและการให้บริการสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของสถานพยาบาลปฐมภูมิ (WHO, 2001) อย่างไรก็ตามคุณภาพของบริการและการจัดบริการสุขภาพจิตชุมชนที่เหมาะสม ยังคงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับทุกประเทศที่มีระดับสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามรูปแบบบริการชุมชนแบบครบวงจร ได้แก่ ปัญหาด้านงบประมาณ ปัญหาของการขาดบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมทางสุขภาพจิตชุมชน ปัญหาการบูรณาการงานเข้ากับสถานพยาบาลปฐมภูมิและองค์กรในชุมชน และปัญหาความร่วมมือระหว่างระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน (Saraceno et al, 2007) ระบบบริการสุขภาพจิตชุมชนสมัยใหม่นั้นต้องอาศัยบุคลากรที่มีทักษะด้านสุขภาพจิตอย่างมากเพื่อให้เกิดบริการที่เหมาะสม แต่ในภาพของความเป็นจริง การขาดแคลนจำนวนบุคลากรสุขภาพจิตทั่วโลกเป็นสิ่งขัดขวางต่อความก้าวหน้าของการปฏิรูประบบสุขภาพจิต

ในการตอบสนองต่อแนวโน้มโลกที่เปลี่ยนไป หลายประเทศในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก เริ่มมีการกำหนดนโยบายและมาตรการด้านสุขภาพจิต จากการเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลไปสู่การบริการสุขภาพจิตในชุมชน การปฏิรูปบริการเหล่านี้เป็นไปตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก- เช่น กลยุทธ์ด้านสุขภาพจิตของภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก (WHO WPRO, 2002) – ทั้งที่ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมในประเทศแถบเอเชียแปซิฟิก ยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนเป็นบริการสุขภาพจิตชุมชนเป็นรูปแบบตะวันตก ดังนั้นรัฐบาลและผู้จัดบริการสุขภาพจึงเผชิญกับความท้าทายในการพัฒนาและปรับงานบริการสุขภาพจิตชุมชนให้เหมาะสมในระดับท้องถิ่น ข้อแนะนำหรือข้อสรุปว่ารูปแบบบริการสุขภาพจิตชุมชนแบบใดแบบหนึ่ง อาจจะไม่สามารถเป็นไปได้หรือไม่เหมาะสมในความหลากหลายของเชื้อชาติและวัฒนธรรมท้องถิ่นของแต่ละประเทศในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก

เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีในภูมิภาคนี้ จึงควรมีการค้นหา พัฒนาและแลกเปลี่ยนนวัตกรรมบริการสุขภาพจิตชุมชนที่เหมาะสมทั้งวัฒนธรรมและสถานะเศรษฐกิจ การปฏิรูปบริการสุขภาพจิตชุมชนในภูมิภาคนี้กำลังอยู่ในกระแสนิยมแม้จะมีอุปสรรคบ้าง บทเรียนที่ทรงคุณค่าและแรงบันดาลใจในการพัฒนางานต่อเนื่องมาจากทั้งความสำเร็จและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิรูประบบสุขภาพจิตในภูมิภาคนี้

## 4 | บทที่ 1: ภาพรวม





ตัวแทนจากรัฐบาลและองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตในงานประชุม APCMHD, WPA International Congress, เมลเบิร์น 2550

ตัวแทนจากรัฐบาล องค์กรที่สำคัญและองค์กรหลักในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก ได้สร้างเครือข่ายช่วยเหลือกันเพื่อกระตุ้นให้มีการดำเนินการบริการสุขภาพจิตชุมชนของตน ตามกรอบนโยบายปฏิรูปบริการสุขภาพจิตชุมชน เครือข่ายนี้ได้รับการสนับสนุนจากโครงการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชนในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก (APCMHD) ซึ่งมี 14 ประเทศเข้าร่วมโครงการ โดยการเริ่มต้นจากความร่วมมือกับสำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำภาคพื้นแปซิฟิกตะวันตก (WHO WPRO) ภายใต้การนำของ Asia-Australia Mental Health (AAMH) ร่วมกับ University of Melbourne และ St. Vincent' s Health ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของศูนย์ประสานความร่วมมือขององค์การอนามัยโลกทางด้านสุขภาพจิตชุมชน (เมลเบิร์น) โดยฝ่ายสุขภาพจิตและยาเสพติดขององค์การอนามัยโลกได้ให้การสนับสนุนโครงการนี้อย่างมากเนื่องจากอยู่ในแผนปฏิบัติการระดับโลกของงานสุขภาพจิต (WHO Global Action Programme for Mental Health)

ใน 3 ปีแรก ผู้นำของเครือข่ายสุขภาพจิตในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิกได้ร่วมมือกันในการกำหนดกรอบเอกสารของโครงการ APCMHD ที่ประกอบด้วยลักษณะรูปแบบงานบริการสุขภาพจิตชุมชนที่มีอยู่ในภูมิภาคนี้ ความสำเร็จ และความท้าทาย โดยหวังว่าจะเป็นแรงบันดาลใจและเป็นแนวทางการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

รายงานสรุปเล่มนี้เป็นฉบับย่อของรายงานฉบับเต็มในโครงการ APCMHD บทที่ 1 เป็นเรื่องของภาพรวมของโครงการ วัตถุประสงค์และบริบทของการพัฒนาโครงการและหลักการของงานสุขภาพจิตชุมชนในเอเชียแปซิฟิก บทที่ 2 เป็นรายงานฉบับย่อของแต่ละประเทศที่ร่วมโครงการ รวมถึงตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนดีเด่นของแต่ละประเทศ บทที่ 3 จะเสนอสรุปและข้อเสนอแนะสำหรับทิศทางในอนาคตของเครือข่าย APCMHD



## วัตถุประสงค์และผลลัพธ์ของโครงการ

จุดมุ่งหมายของโครงการ APCMHD นี้ คือการนำเสนอตัวอย่างและกระตุ้นให้เกิดแรงบันดาลใจจากงานบริการสุขภาพจิตชุมชนดีเด่นในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ผ่านการแลกเปลี่ยนข้อมูล หลักฐานและประสบการณ์ของการดำเนินโครงการ

### วัตถุประสงค์หลักของโครงการ:

- เพื่อสร้างความเข้าใจหลักการพัฒนาการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม
- เพื่อค้นหาผลสัมฤทธิ์ในพื้นที่ และวิเคราะห์ปัญหาที่พบบ่อยเพื่อเป็นข้อมูลสู่การพัฒนานโยบายในโอกาส และการดำเนินงานบริการสุขภาพจิตในชุมชน
- เพื่อให้มีแหล่งทรัพยากรระดับภูมิภาค ที่จะกระตุ้นให้
  - เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงจากการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชนอย่างต่อเนื่องที่แตกต่างกัน
  - เกิดการส่งเสริมการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพในงานสุขภาพจิตชุมชน รวมถึงการสร้างความร่วมมือกับสถานพยาบาลปฐมภูมิ บริการแบบไม่เป็นทางการ การบำบัดรักษาแบบดั้งเดิม และบริการเกี่ยวกับยาเสพติด
- เพื่อพัฒนาเครือข่ายระดับภูมิภาคโดยตัวแทนหลักจากกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรหลักที่ทำงานสุขภาพจิตชุมชน

### ผลที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการ:

- การแลกเปลี่ยน ความเข้าใจของหลักการและองค์ประกอบหลักในการพัฒนาบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่เหมาะสมกับท้องถิ่น
- เอกสาร และการวิเคราะห์รูปแบบระดับท้องถิ่น หรือแนวทางในการให้บริการงานสุขภาพจิตชุมชนในภูมิภาคนี้
- การจัดพิมพ์เอกสารจากประสบการณ์ที่หลากหลายและข้อเรียนรู้ที่ได้รับเพื่อเป็นทรัพยากรระดับภูมิภาค
- เครือข่ายของผู้นำและองค์กรด้านสุขภาพจิตในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพอย่างเหมาะสมในชุมชน

## การพัฒนาโครงการ

โครงการ APCMHD ดำเนินการมานานกว่า 3 ปี โดยทุกประเทศที่เกี่ยวข้องกับโครงการได้แสดงถึงความกระตือรือร้น และความมุ่งมั่นที่จะร่วมมือร่วมใจและสนับสนุนให้เกิดความก้าวหน้าของโครงการในทุก ระยะ AAMH ตัวแทนองค์กรอนามัยโลก และกลุ่มเครือข่ายที่เข้าร่วมโครงการ ได้ดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง และทบทวนความก้าวหน้าของโครงการในแต่ละประเทศ คุณค่าของผู้เข้าร่วมโครงการอยู่ที่การแลกเปลี่ยน ความคิดอย่างอิสระ โดยคงไว้ของจุดมุ่งหมายร่วมกัน

## ประวัติย่อของโครงการ

**พฤศจิกายน 2548:** การประชุมหรือในการประชุม Asia Pacific Philanthropic Congress ที่จังหวัด ภูเก็ต

การประชุมครั้งนี้จัดขึ้นเพื่อสำรวจความเป็นไปได้ของโครงการ ที่ประชุมได้มีข้อตกลงถึงจุดมุ่งหมายหลักและทิศทางของโครงการ ได้มีการร่างวิธีดำเนินงาน การบริหารจัดการและแผนปฏิบัติการเพื่อความร่วมมือในโครงการ APCMHD

**พฤษภาคม 2549:** การประชุมเปิดตัวของกลุ่มที่ร่วมโครงการ ในการประชุม Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Congress ที่เมืองเพอร์ธ

ตัวแทนของประเทศที่เข้าร่วมโครงการนำเสนอความท้าทายด้านนโยบายและรูปแบบงานสุขภาพจิต ชุมชนในปัจจุบัน ผู้เข้าร่วมประชุมยังได้มีมติในเรื่องหลักการและวิธีการในการจัดทำรายงานเพื่ออธิบายรูปแบบงานสุขภาพจิตชุมชนสำหรับแต่ละประเทศ

(เอกสารการประชุมใน 41<sup>th</sup> RANZCP Congress ดูรายละเอียดได้ที่ [www.aamh.edu.au](http://www.aamh.edu.au))

**ตุลาคม 2549:** การประชุมการดำเนินงานครั้งที่ 1 ในการประชุม Pacific Rim College of Psychiatrists Meeting ที่กรุงไทเป

ในการประชุมได้มีการทบทวนขอบเขตของการเก็บข้อมูลระดับประเทศ การตั้งคณะกรรมการระดับประเทศ การทบทวนวรรณกรรม และเนื้อหาตามกรอบรายงานระดับประเทศ ได้มีการจัดทำร่างหัวข้อเพื่อช่วยให้แต่ละประเทศจัดทำเอกสารในแนวทางเดียวกันทั้งประเด็น แหล่งทรัพยากรสุขภาพจิต นโยบาย และกลยุทธ์ รูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนดีเด่น และจุดมุ่งหมายของการปฏิรูปในอนาคต

**เมษายน 2550:** การประชุมการดำเนินงานครั้งที่ 2 ในการประชุม World Psychiatric Association Regional Meeting ที่กรุงโซล

ประเทศสมาชิกที่ร่วมโครงการได้แลกเปลี่ยนข้อมูลความก้าวหน้าในการพัฒนาร่างรายงานของประเทศ มีการอภิปรายร่วมกันในเรื่องของขอบเขตของการรวบรวมและการนำเสนอข้อมูลจากประเทศที่เข้าร่วมโครงการ

## ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานโครงการ

โครงการนี้เกิดจากความร่วมมือระหว่าง AAMH, WHO WPRO, WHO Collaborating Centre in Mental Health (Melbourne), Regional WHO Collaborating ตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรสุขภาพจิตหลัก รวมทั้ง World Psychiatric Association (WPA), The Australian Government Department of Health and Angling, The Royal Australia and New Zealand College of Psychiatrists (RANZAP) และองค์กรวิชาชีพจากประเทศที่เข้าร่วมโครงการ ตัวแทนหลักขององค์การนานาชาติ เช่น World Association for Psychosocial Rehabilitation, Pacific Rim College of Psychiatrist, ASEAN, Federation of Psychiatry and Mental Health และยังมีองค์กรเอกชนนานาชาติ เช่น Basic Needs และ Chistoffel Blinden Mission

### **พฤศจิกายน 2550: การประชุมสรุปในการประชุม World Psychiatric Association International Congress ที่กรุงเมลเบิร์น**

ที่ประชุมได้สรุปและมีการนำเสนอรายงานของทุกประเทศ และมีการอภิปรายแนวทางการเรียนรู้จากการวิเคราะห์ประโยชน์และวิเคราะห์แนวทางที่แตกต่างของบริการสุขภาพจิตชุมชน มีการตกลงกันเรื่องการทำนอกระบบราชการ และกระบวนการจัดพิมพ์เอกสารสำหรับเอกสารฉบับสมบูรณ์ (การนำเสนอรายงานระดับประเทศในงานประชุม World Psychiatric Association International Congress

ดูรายละเอียดได้ที่ website: [www.aamh.edu.au](http://www.aamh.edu.au)

### **ธันวาคม 2550 – สิงหาคม 2551: รายงานฉบับสมบูรณ์**

แต่ละประเทศได้จัดทำร่างรายงานทั้งฉบับเต็มและฉบับย่อเพื่อการจัดพิมพ์ ร่างรายงานได้รับการตรวจทานและเป็นที่ยอมรับจากประเทศสมาชิก รายงานทั้งฉบับเต็มและฉบับย่อที่เสร็จสมบูรณ์จะเป็นแหล่งข้อมูลงานสุขภาพจิตชุมชนโดยชุมชนท้องถิ่นที่หลากหลาย และแนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้ในประเทศภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก

### **กันยายน 2551: การเปิดตัวเอกสารในการประชุม World Psychiatric Association Congress ที่กรุงปราก**

สรุปรายงานโครงการพัฒนางานสุขภาพจิตภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก (APCMHD) ได้รับการตีพิมพ์และเปิดตัวในระดับโลก (รายงานฉบับนี้สามารถดูรายละเอียดได้ที่ website: [www.aamh.edu.au](http://www.aamh.edu.au))

### **ขั้นตอนต่อไปของโครงการ : การเผยแพร่รายงานและการวางแผนในอนาคต**

รายงานที่ตีพิมพ์จะถูกเผยแพร่ไปยังประเทศต่างๆ ในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก ในขั้นต่อไปจะมีการวางแผนสื่อการเรียนการสอน แนวทางและคู่มือที่กล่าวถึงรูปแบบบริการสุขภาพจิตชุมชนดีเด่น นอกจากนั้นยังคาดหวังว่าแรงบันดาลใจจากโครงการ APCMHD นี้จะทำให้เกิดรูปแบบการดูแลแบบใหม่ที่ทดสอบ ดำเนินการและประเมินผลในหลากหลายประเทศ ในอีก 3 ปีข้างหน้าจะมีการทบทวน ประเมินผลและจัดทำรายงานเพื่อการวางแผนในอนาคต และพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชนในภูมิภาคนี้ต่อไป

## หลักการบริการสุขภาพจิตชุมชนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก

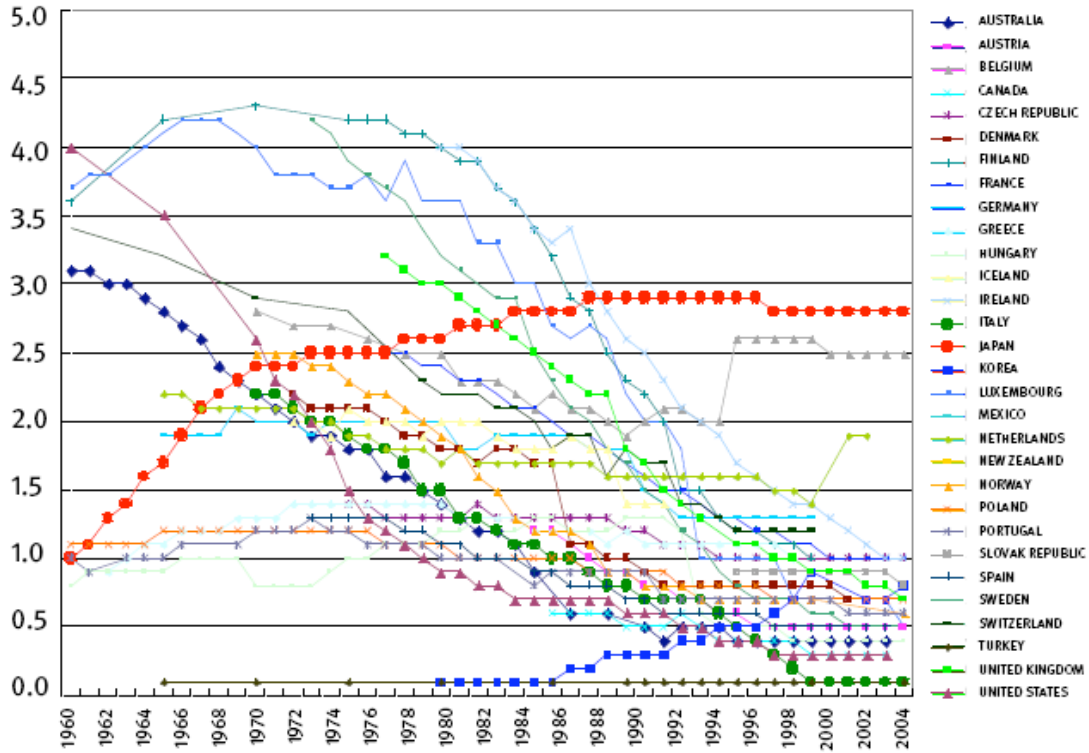
ลักษณะของภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกประกอบด้วยความหลากหลายทั้งผู้คน วัฒนธรรม เชื้อชาติ ภาษา สภาวะเศรษฐกิจสังคม ภูมิอากาศ ลักษณะภูมิศาสตร์ และระบบบริหารของรัฐบาล นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างระหว่างแต่ละประเทศในลักษณะของประชากร ผลกระทบที่มวลรวมระดับชาติ โครงสร้างทางสังคม ระบบสุขภาพ ทรัพยากรด้านการศึกษา และอัตราการจ้างงาน ในระยะเวลาที่ผ่านมาจากสภาวะเศรษฐกิจสังคมที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว จำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น ภัยพิบัติธรรมชาติที่มากขึ้น การคุกคามจากการระบาดของไวรัสและโครงสร้างของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศในภูมิภาคนี้เป็นความท้าทายที่สำคัญและเกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

### บริบทของภูมิภาคพื้นเอเชียแปซิฟิกและสุขภาพจิตชุมชน

ในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิกมีประชาชนที่เจ็บป่วยทางจิตเวชเกือบครึ่งหนึ่งของ 450 ล้านคนที่เจ็บป่วยทางจิตเวชทั่วโลก (WHO, 2008) ความเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท ความผิดปกติทางอารมณ์ การเสพติดสารเสพติด และโรคสมองเสื่อม จัดเป็นภาระโรครวมกว่าโรคมะเร็งหรือโรคหลอดเลือด (Prince et al., 2007) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2573 ความเจ็บป่วยทางจิตเวชจะเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของภาระโรคระดับโลก นอกจากนี้ความเจ็บป่วยทางจิตเวชยังเกี่ยวข้องกับความทุพพลภาพระยะยาวและลดความสามารถของร่างกายและจิตใจ สุขภาพจิตที่ไม่ดีก่อให้เกิดวงจรของความยากจน ในขณะที่ผู้ที่มีความยากลำบากในสังคมและยากจน ก็ยังมีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยทางจิตเวช และในทางกลับกัน ผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชก็มีความเสี่ยงที่จะยากจนมากขึ้น

ไม่เพียงแต่ค่าใช้จ่ายทางสังคมและเศรษฐกิจสำหรับความเจ็บป่วยทางจิตเวชจะถูกตัดทอนลง ร้อยละ 40 ของประเทศที่มีรายได้อยู่ในระดับกลางและระดับต่ำได้รับจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพจิตน้อยกว่าร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และแม้ว่าจะได้รับงบประมาณเฉพาะสำหรับงานสุขภาพจิต งบประมาณส่วนใหญ่จะทุ่มไปที่การให้บริการในสถานพยาบาลสำหรับความเจ็บป่วยจิตเวชที่รุนแรง (WHO, 2005) ทั้งทั้งภูมิภาคนี้อัตราของงบประมาณด้านสุขภาพที่ให้กับงานสุขภาพจิตต่ำกว่าประเทศทางตะวันตก และงบประมาณสุขภาพจิตส่วนใหญ่ได้รับจากรัฐบาล หรือระบบประกัน มีเพียงบางประเทศที่งบประมาณได้รับจากภาคเอกชน NGOs และองค์กรการช่วยเหลือระหว่างประเทศเพื่อทรัพยากรสุขภาพจิต

ปัญหาที่พบบ่อยในเกือบทุกประเทศคือการขาดแคลนทรัพยากรด้านสุขภาพจิต งบประมาณ บุคลากร บริการ การกระจายของยาจิตเวช และการวิจัย ประเทศส่วนใหญ่จะมีนโยบายสุขภาพจิตและแผนงาน และส่วนใหญ่มีกฎหมายสุขภาพจิต มีมาตรฐานและคุณภาพของการให้บริการทางสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างมาก ทั้งระหว่างประเทศ และภายในประเทศเอง ตราบาปจากความเจ็บป่วยทางจิตเวชและการที่ชุมชนไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต จัดเป็นสิ่งที่ขัดขวางต่อการดำเนินงานตลอดทั่วทั้งภูมิภาค



จำนวนเตียงจิตเวชต่อ 1,000 ประชากร จากฐานข้อมูลสุขภาพ OECD ที่ 2002 และ 2007

หน่วยบริการบำบัดฟื้นฟูทางจิตสังคมในชุมชนจะสามารถให้บริการผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชได้ดีกว่าและเริ่มดูแลได้ตั้งแต่ระยะแรก ช่วยพิทักษ์สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ และลดตราบาปต่อการรักษาทางจิตเวช อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 68.1 ของประเทศทั่วโลกเท่านั้นที่มีสถานบริการในชุมชนและหลายภูมิภาครวมทั้งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีจำนวนประเทศเพียงครึ่งเดียวเท่านั้นที่มีบริการดังกล่าวในชุมชน (WHO, 2005)

ในประเทศภาคพื้นเอเชีย บริการสุขภาพจิตชุมชนยังไม่มีความเท่าเทียมกัน และมักจะจำกัดอยู่ในพื้นที่ที่มีทรัพยากรมากพอในเขตเมือง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาแนวทางนวัตกรรมเพื่อเพิ่มและขยายทั้งทรัพยากร บริการ และหน่วยบริการสุขภาพจิตชุมชน (Lancet Global Mental Health Group, 2007)



แถวบนจากซ้ายไปขวา: **Kim Eng Wong**, Chair, Medical Board, Institute of Mental Health, Singapore; นายแพทย์หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย; **Ed Chiu**, Professorial Fellow, St. Vincent's Mental Health, University of Melbourne แถวล่างจากซ้ายไปขวา: **R.N. Salhan**, Additional Director General of Health Services, Directorate General of Health Service, Ministry Of Health and Welfare, India; **Jin Liu**, Chief of Executive Office, National Center for Mental Health, China-CDC (Peking University Institute of Mental Health), China; **Bruce Singh**, Chair, AAMH, Deputy Dean, Faculty of Medicine, University of Melbourne. WPA International Congress 2007, Melbourne

ในปัจจุบันได้มีหลักฐานแนวคิดใหม่ ๆ ของงานสุขภาพจิตชุมชนในภูมิภาคนี้ จากความพยายามพัฒนาบริการสุขภาพจิตชุมชนให้เหมาะสมกับท้องถิ่นตามข้อแนะนำใน World Health Report (WHO, 2001) และ WHO Policy and Service Standards (WHO, 2003) อย่างไรก็ตามเนื่องจากปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่แตกต่างในระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศในแถบเอเชียแปซิฟิก จึงไม่ได้นำเอามาตรฐานของรูปแบบงานสุขภาพจิตชุมชนของประเทศตะวันตกมาใช้โดยตรง การปรับรูปแบบบริการที่เหมาะสมตามท้องถิ่นและวัฒนธรรมจะทำให้เกิดการบริการสุขภาพจิตชุมชนที่ยั่งยืนที่สามารถผสมกลมกลืนเข้ากับชุมชนและโครงสร้างระบบสุขภาพได้

โครงการ APCMHD ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อค้นหารูปแบบและแนวทางบริการสุขภาพจิตชุมชนในภูมิภาคนี้ แม้ว่ารูปแบบบริการสุขภาพจิตชุมชนจะแตกต่างกันหลากหลายในแต่ละประเทศ ข้อสรุปจากประสบการณ์ดังกล่าวต่างเป็นประโยชน์ การแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติในระดับภูมิภาคและแนวทางแก้ไขสิ่งท้าทายจะช่วยสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชนที่เหมาะสมในอนาคต

## หลักสากลสำหรับบริการสุขภาพจิตชุมชน

ถึงแม้ว่าจะมีรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชนที่หลากหลายในประเทศแถบเอเชียแปซิฟิก แต่หลักสากลสำหรับบริการชุมชนนั้นสามารถนำแนวปฏิบัตินานาชาติมาใช้ได้ (WHO, 2003) หลักการต่อไปนี้ได้นำมาเป็นตัวอย่างของรูปแบบบริการในพื้นที่หรือเป็นแนวทางการดำเนินงานบริการสุขภาพจิตชุมชนในภูมิภาคนี้ โดยไม่จัดทำซ้ำมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติที่มีอยู่ (เช่น ข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก) แต่จะแสดงเพียงส่วนประกอบสำคัญที่เหมาะสมในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพจิตชุมชนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกนี้

### 1: การเข้าถึงบริการ (Accessibility)

บริการสุขภาพจิตในชุมชน จะทำให้ผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการได้โดยง่ายและยังคงความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน ลดค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่เกิดจากเดินทางไกลเพื่อเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการรวมทั้งผู้ที่อยู่นอกตัวเมืองหรือชนบทห่างไกล ไม่จำกัดเฉพาะผู้ที่อยู่ในเขตเมืองเท่านั้น บริการในชุมชนจะสามารถติดตามบริการอย่างต่อเนื่องและแก้ปัญหาทางจิตใจสังคมโดยใช้โครงสร้างสนับสนุนในชุมชน

### 2: ความเท่าเทียมกัน (Equity)

แม้ว่าความผิดปกติทางจิตจะพบในทุกชนชั้นวรรณะ แต่ผู้ยากจนมักจะได้รับผลกระทบมากกว่า การให้บริการสุขภาพจิตจะต้องขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคลมากกว่าฐานะทางเศรษฐกิจและจะต้องมั่นใจว่าผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชที่มีความต้องการรับบริการ ส่วนใหญ่จะต้องได้รับการ การลงทุนจัดบริการบำบัดรักษาอย่างเท่าเทียมกันทุกคนนี้ จะช่วยลดความทุพพลภาพในระยะยาวและลดภาระเศรษฐกิจสุขภาพสำหรับชุมชนโดยรวม

### 3: การปกป้องสิทธิผู้ป่วย (Protection of Human Rights)

การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตชุมชนที่เหมาะสมและปลอดภัยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชทุกคนเหมือนกับที่ผู้เจ็บป่วยทางกายควรได้รับการดูแลทางการแพทย์ การเคารพความเป็นตัวตนของผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชทำได้โดยการให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตและการดำรงชีวิตของตน การจัดการบำบัดรักษาควรลดการจำกัดบริเวณหรือควบคุมให้เหลือน้อยที่สุดนั้นไม่เพียงเป็นไปตามหลักการรักษาแต่จะช่วยเพิ่มศักยภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลสุขภาพ

### 4: ความครอบคลุม (Comprehensiveness)

เนื่องจากความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนมีความซับซ้อนและแตกต่าง ดังนั้นการจัดการบริการสุขภาพจิตจะต้องหลากหลายเพื่อตอบสนองตามความต้องการได้ การจัดการบริการที่หลากหลายครอบคลุมจะเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละระยะตลอดช่วงของการรักษา ไม่จำกัดเฉพาะบริการฉุกเฉินหรือบริการเรื้อรังเท่านั้น บริการสามารถจัดตั้งทั้งระบบบริการต่างชนิดกันหรือสถานที่เดียวให้บริการได้หลากหลาย ความเหมาะสมมากน้อยของบริการแต่ละอย่างขึ้นกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมของชุมชน ลักษณะของโรค และรูปแบบบริการสุขภาพที่มีอยู่และงบประมาณ

## 5: ความร่วมมือและการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Coordination and continuity of care)

การดูแลอย่างต่อเนื่องและความร่วมมือกันในการดูแลเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของบริการสุขภาพจิต ผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างรุนแรงมักจะประสบกับปัญหาการเข้าถึงบริการทั้งทางสังคม จิตใจและทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย การร่วมมือกันในการดูแลจะช่วยเชื่อมโยงบริการทางจิตสังคมทั้งหลายรวมทั้งด้านสังคม สวัสดิการ บ้านพักอาศัย การจ้างงาน การฝึกอาชีพและบริการอื่นๆ การให้บริการสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จะต้องอาศัยความร่วมมืออย่างมากในเชิงระบบ

## 6: ประสิทธิภาพ (Effectiveness)

การรักษาโรคทางจิตเวชในปัจจุบันมีหลักฐานแสดงถึงประสิทธิผลอย่างชัดเจน เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และโรคพิษสุราเรื้อรัง การบริการสุขภาพจิตชุมชนที่นำเอาหลักการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลมาใช้จะเพิ่มทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้เจ็บป่วยทางจิตเวช ข้อมูลความคุ้มค่าในการรักษาโดยการศึกษาประเมินผลและวิจัยอย่างต่อเนื่องจะนำไปสู่การวางนโยบายที่ทันต่อเหตุการณ์

## 7: การบูรณาการบริการปฐมภูมิผ่านการดูแลร่วมกัน(Integration into primary care through shared care)

เนื่องจากในหลายประเทศยังคงขาดแคลนทรัพยากรและผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต ดังนั้นการบูรณาการบริการสุขภาพจิตกับบริการปฐมภูมิจะเป็นกลยุทธ์ที่เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ แต่การให้บริการนั้นจะประสบความสำเร็จได้จะต้องมีการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพในบริการปฐมภูมิให้สามารถค้นหาและรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้รวมทั้งการสนับสนุนเป็นที่ปรึกษาทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง ความเชื่อมโยงระหว่างบริการจิตเวชเฉพาะทางกับบริการปฐมภูมินั้นเป็นเรื่องสำคัญ บริการสุขภาพจิตชุมชนโดยสถานพยาบาลปฐมภูมิจะไม่ยั่งยืน หากขาดการฝึกอบรม การนิเทศ และการสนับสนุนบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิโดยบุคลากรสุขภาพจิต นอกจากนี้ระบบการส่งต่อบริการอย่างเหมาะสมระหว่างผู้เชี่ยวชาญสุขภาพจิตและบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ จะต้องเชื่อมโยงระหว่างบริการอย่างราบรื่นและส่งเสริมให้เกิดบริการอย่างต่อเนื่อง



ซ้าย: **Tae-Yeon Hwang**, Director, WHO Collaborating Centre Yongin Hospital Seoul Korea and Mental Health Division, Korean Neuropsychiatric Association และ **Dr Kojima**, President, Japan, Japan. ขวา: **Julia Fraser**, Co-Director, AAMH, **Wang Xiangdong**, Mental Health Advisor, WPRO WHO และ **Shekhar Saxena**, Coordinator, Mental Health: Evidence and Research, WHO Geneva ในงานประชุม WPA International Congress 2007, Melbourne.





ซ้าย: Wang Xiangdong, Mental Health Advisor, WPRO WHO และ Helen Herrman, University of Melbourne, WHO Collaborating Centre in Mental Health, and World Psychiatric Association. ขวา: Chee Ng และ ศาสตราจารย์นายแพทย์พีเชษฐ อุดมรัตน์ ประธานสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ในงานประชุม WPA International Congress 2007, Melbourne.

### 8: การบูรณาการเข้าสู่ระบบสาธารณสุขทั่วไป (Integration into General Health System)

การบูรณาการบริการสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบสาธารณสุขและโปรแกรมสวัสดิการ จะเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่มีประโยชน์ในการเอาชนะอุปสรรคปัญหาทรัพยากรและสามารถให้บริการสุขภาพจิตอย่างไร้รอยต่อเชื่อมต่อนโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรเฉพาะทางสุขภาพจิตในการจัดการผู้ป่วยจิตเวช (ทั้งที่มีเฉพาะปัญหาจิตเวชหรือที่มีโรคร่วมทางกาย) หากเป็นไปได้ผู้ป่วยควรได้รับการส่งต่อบริการไปยังสถานพยาบาลปฐมภูมิที่สามารถให้บริการด้านสุขภาพจิตในชุมชนได้ด้วยการทำงานร่วมกันกับบุคลากรเฉพาะทางสุขภาพจิต

### 9: การวางแผนลดบริการโรงพยาบาลจิตเวช (Planned Process of De-Institutionalisation)

การปฏิรูปการเปลี่ยนแปลงจากบริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลไปสู่บริการสุขภาพจิตในชุมชนควรดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทีละขั้นตอน ทีละระยะ การลดบริการโรงพยาบาลจิตเวชจะสำเร็จได้ ภายหลังจากจัดตั้งบริการสุขภาพจิตในชุมชนก่อน ขบวนการเตรียมการเป็นสิ่งจำเป็นในทุกระดับตั้งแต่ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และชุมชน มีผู้ป่วยเพียงจำนวนน้อยที่ยังคงต้องการบริการระยะยาว ซึ่งอาจจัดบริการไว้ในหน่วยพยาบาลเล็กๆ ในชุมชนหรือในโรงพยาบาล

### 10: การเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย (Multi-Sectoral Linkage)

การใช้เครือข่ายบริการและทรัพยากรในชุมชนที่มีอยู่ โดยเฉพาะองค์กรนอกระบบของรัฐ ซึ่งเป็นกลวิธีหลักในการที่จะทำให้ผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลคงอยู่ในชุมชนได้ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและสร้างโครงสร้างสนับสนุนในชุมชน ควรนำผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมงาน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนชุมชน กลุ่มญาติและผู้ดูแล บริการที่พักอาศัย และบริการสวัสดิการสังคม เป็นต้น

## หลักสำคัญในการสร้างบริการสุขภาพจิตในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก

ตลอดทั้งภูมิภาคมีความต้องการจะสร้างและขยายรูปแบบบริการสุขภาพจิตชุมชนที่คุ้มค่า นอกจากแนวทางที่นำมาจากหลักการนานาชาติแล้ว ประสบการณ์ในพื้นที่ได้ดึงบางประเด็นมาใช้และเน้นความสำคัญ โดยปรับให้เหมาะกับสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพจิตในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก หลักสำคัญที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ได้กลั่นกรองมาจากตัวอย่างที่โดดเด่นในระดับภูมิภาคซึ่งสามารถอ่านรายละเอียดได้จากรายงานฉบับเต็ม หลักการบางอย่างเป็นไปตามหลักการสากลที่กล่าวมาแล้ว

### 1: การเห็นการดูแลในชุมชนในระบบของโรงพยาบาล

แนวคิดของงานสุขภาพจิตชุมชนแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรมและพื้นที่ การดูแลในชุมชนสามารถพัฒนาได้ในระบบของโรงพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพจิต หลายโรงพยาบาลมีการส่งทีมสุขภาพจิตเข้าไปในชุมชน เพื่อให้บริการสุขภาพจิตเฉพาะทางในชุมชน และฝึกอบรมบุคลากรปฐมภูมิและองค์การชุมชน ในขณะที่เตียงสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินยังคงมีอยู่ บริการสุขภาพจิตชุมชนจะพยายามกระตุ้นให้จำหน่ายแต่เนิ่นๆ และให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างเหมาะสมนอกโรงพยาบาล และป้องกันการกลับไปป่วยซ้ำหรือกลับรับการรักษซ้ำ ในโรงพยาบาลบริการสุขภาพจิตชุมชนจะต้องมีความร่วมมือบริการอย่างสมดุล ตั้งแต่จากโรงพยาบาลจิตเวช ไปสู่โรงพยาบาลทั่วไปและบริการปฐมภูมิ

#### *Home-Care Services (HCS), Hospital Bahagia Ulu Kinta, Perak, Malaysia*

โรงพยาบาล Bahagia Ulu Kinta เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ที่ได้พัฒนาบริการการดูแลที่บ้านเพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นรายบุคคลในชุมชน โดยโรงพยาบาลจะเป็น “ศูนย์กลาง (hub)” ในการบริหารจัดการและจัดสรรทรัพยากรให้แก่ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนซึ่งเป็น “สาขาย่อย (spokes)” ทรัพยากรในโรงพยาบาลจะค่อย ๆ ถูกนำออกไปสู่บริการในชุมชน ทำให้อัตราการป่วยซ้ำและการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงจากร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 0.5

#### *Kyonggi Provincial Mental Health Program, Korea*

ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน 14 ศูนย์ได้จัดตั้งในปี 2541 ทั่วจังหวัด Kyonggi คู่ขนานไปกับระบบโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้บริการที่จำเป็น เช่น บริการโรงพยาบาลกลางวัน บริการดูแลผู้ป่วยรายกรณี การช่วยเหลือครอบครัว การให้ความรู้ชุมชน และการเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน ผลความสำเร็จในการดำเนินงาน รัฐบาลได้นำรูปแบบของจังหวัด Kyonggi เป็นจุดเริ่มต้นในโปรแกรมสุขภาพจิตระดับชาติในปี 2542

### 2: การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างเท่าเทียม

การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตขั้นพื้นฐานนั้นส่วนใหญ่หมายถึง การที่บุคลากรสุขภาพผ่านการฝึกอบรม การได้รับยาพื้นฐาน และการช่วยเหลือครอบครัว เพื่อสนับสนุนการบริการสุขภาพจิตขั้นพื้นฐานจำเป็นต้องมีการเข้าถึงบริการเฉพาะทาง รวมถึงการดูแลภาวะฉุกเฉิน และโปรแกรมการฟื้นฟูและฝึกอาชีพ การเข้าถึงบริการอาจมีข้อจำกัดเนื่องจากหลายเหตุผล เช่น อุปสรรคด้านภูมิศาสตร์ การขาดแคลนบุคลากรที่ผ่านการ

อบรมและขาดแคลนยา ตราบาปจากสังคม การขาดงบประมาณสนับสนุน และผู้ป่วยไม่สามารถเรียกร้องสิทธิให้ตนเอง การเปลี่ยนผ่านบริการจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชนได้มีผลทำให้เกิดนวัตกรรมที่จะช่วยปิดช่องว่างนี้

#### **National Mental Health Service Model Reform Program (686 Program), China**

ศูนย์ระดับชาติสำหรับสุขภาพจิตชุมชน ใช้งบประมาณเริ่มต้น 6.86 ล้านหยวน ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตชุมชนเพิ่มขึ้น โดยพัฒนาพื้นที่ทดลองสาธิต 60 แห่งใน 30 จังหวัด ได้มีการจัดบริการทางการแพทย์และยาฟรีแก่ผู้ป่วยที่ด้อยโอกาส แต่ละศูนย์ครอบคลุมประชากรประมาณ 400,000 คน ซึ่งครอบคลุมประชากรได้ทั้งหมด 42.9 ล้านคน หลังการจัดการอบรมมากกว่า 600 ครั้ง ให้แก่จิตแพทย์ แพทย์ในชุมชน บุคลากรสุขภาพ ตำรวจ เจ้าหน้าที่ชุมชน และครอบครัวผู้ป่วย จำนวนมากกว่า 50,000 คน การดำเนินการครั้งนี้เป็นการปฏิรูปงานสุขภาพจิตที่ยิ่งใหญ่มากที่สุดเท่าที่เคยมีมา

#### **Community Mental Health Nursing (CMHN), Indonesia**

โครงการนี้ได้ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในชุมชนและในเขตชนบทเพิ่มขึ้น โดยการส่งหน่วยบริการเคลื่อนที่โดยพยาบาล บุคลากรสุขภาพชุมชน และแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านสุขภาพจิต บริการนี้ใช้สถานที่ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข และให้บริการตั้งแต่การให้ความรู้ การช่วยเหลือ และการบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ครอบครัวและชุมชน จากการศึกษาผ่านโครงการนี้ทำให้ชุมชนสามารถให้การสนับสนุนบริการสุขภาพจิตชุมชนและฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ

### **3 : การสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านจากบริการในโรงพยาบาลสู่ชุมชน**

ขบวนการเปลี่ยนผ่านบริการจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชนนั้น ประสบความยุ่งยากมากในผู้ป่วยทางจิตที่เรื้อรังและมีอาการรุนแรงที่อยู่ในโรงพยาบาลมาเป็นเวลานาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการขาดแคลนทรัพยากร ทั้งจากความทุพพลภาพของผู้ป่วยเอง หรือจากการอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินไป อย่างไรก็ตาม สิ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าก็คือ คุณค่าของศักดิ์ศรี ประสิทธิภาพของตนเอง จุดแข็งของบุคคล และคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยที่ต้องออกจากโรงพยาบาลไม่เพียงแต่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางจิตเวชอย่างเข้มข้น แต่ยังต้องการการสนับสนุนตามความเป็นจริง เช่น บ้านที่อยู่อาศัย การฝึกอาชีพและการฝึกทักษะชีวิต เพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี

#### **The Flight from The Nest Group: Sudachi-Kai, Japan**

Sudachi-Kai เป็นองค์กรทางสวัสดิการสังคมที่มีบทบาทโดดเด่นทั้งบุคลากรสุขภาพจิตและส่งเสริมการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล เน้นการฝึกอาชีพและสนับสนุนที่พักอาศัยเพื่อให้แน่ใจว่าจะสามารถจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลได้ โปรแกรมนี้ดำเนินการโดยองค์กรเอกชนในญี่ปุ่น ทำให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยมากกว่า 126 คน

#### **Extended-care Patients Intensive Treatment, Early Diversion and Rehabilitation Stepping Stone (EXITERS), Hong Kong**

โครงการ EXITERS ให้การสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านบริการผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน โดยระบบ 3 ระยะ ประกอบด้วยการค้นหาทรัพยากรที่ตรงกับความต้องการ การสนับสนุนชุมชนเชิงรุก และมีรูปแบบการติดตามผลโดยใช้ทีมสหวิชาชีพ นอกจากนี้ยังจัดให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นและการจัดการรายกรณี (case management) เพื่อพัฒนาทักษะด้านอาชีพและสังคม

### **GER Project, Mongolia**

โปรแกรมนี้ได้รับการอุปถัมภ์จาก WHO และ SOROS Foundation โปรแกรมนี้ใช้บ้านและเต็นท์แบบดั้งเดิมที่มีรูปทรงกลมและเคลือบที่ไต้ เรียกว่า “gers” เพื่อให้ความรู้และฝึกอบรมเกี่ยวกับการดำรงชีวิต และทักษะทางสังคมแก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน โปรแกรมนี้ยังให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจิต การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือครอบครัวและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราการป่วยซ้ำลดลงร้อยละ 95 จากผู้เข้าร่วมโครงการ 500 คน

#### **4: บทบาทของผู้ใช้บริการและผู้ดูแล**

การเสริมศักยภาพของผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วย) และผู้ดูแลเป็นประเด็นสำคัญในการวางแผนและพัฒนาบริการสุขภาพจิตชุมชน หลายโครงการได้เน้นให้ผู้ป่วยมีความเป็นตัวของตัวเอง การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตัวเองนั้นไม่เพียงแต่จะเป็นไปตามสิทธิที่ควรจะได้รับ แต่ยังทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและอาจจะส่งผลต่อสุขภาพที่ดีขึ้น สิ่งนี้ไม่ใช่จำกัดเฉพาะในผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชแต่ยังใช้ได้กับความเจ็บป่วยอื่นๆ ด้วย บทบาทของผู้ป่วยในฐานะที่เป็นผู้ใช้บริการจะมีพลังมากเมื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต โดยผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเรียกร้องสิทธิของตน บทบาทของผู้ใช้บริการนี้สามารถขยายไปมากกว่าบริการสุขภาพจิตโดยสามารถนำไปใช้ส่งเสริมบทบาทของผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชในชุมชนได้

### **The House of Bethel, Japan**

House of Bethel เป็นบริการหลากหลายที่จัดตั้งขึ้นโดยกลุ่มผู้ใช้บริการ ในลักษณะกลุ่มช่วยเหลือกันเองและองค์กรเอกชน โครงการนี้เน้นการประชุมและการศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการ ในระหว่างทกปัญหาที่เกิดขึ้นจะมีการใช้เทคนิคการแก้ไขปัญหา บันทึกความก้าวหน้าเพื่อใช้เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการอื่นในอนาคต

#### **5: เครือข่ายและพันธมิตรในชุมชน**

การรวมกลุ่มกันของเครือข่ายและพันธมิตรในชุมชนจะทำให้มีทรัพยากรสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชในชุมชนมากขึ้น หน้าที่ในชุมชนได้แก่ องค์กรชุมชน NGOs และอาสาสมัคร องค์กรเหล่านี้จะนำประสบการณ์ที่มีคุณค่าและทรัพยากรมารวม ซึ่งทำให้การพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยและชุมชนท้องถิ่น นอกจากนี้ยังเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาความเชื่อมโยงของชุมชนกับองค์กรท้องถิ่น และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

### **New Mental Health Care Model, Cambodia**

วิธีการใหม่นี้เน้นความสำคัญของการเรียกร้องสิทธิของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเพิ่มความเข้มแข็งให้เครือข่ายชุมชน และเน้นบทบาทของครอบครัว NGOs และองค์กรชุมชนในบริการสุขภาพจิต โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับทุกระดับของการฝึกอบรมให้บุคลากรสุขภาพมีความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

### **Community-based Mental Health (CSSKTT) Project, Vietnam**

การจัดตั้งการบูรณาการเครือข่ายสุขภาพจิตโดยระหว่างจังหวัดเป็นจุดเริ่มต้นให้เกิดพัฒนาการของบริการสุขภาพจิตในชุมชน งานลำดับแรกคือการเพิ่มความตระหนักรู้ของสาธารณชนเกี่ยวกับโรคจิตเวช การค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรก และการเข้าถึงบริการบำบัดรักษา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่ด้อยโอกาสและผู้ที่อยู่ห่างไกล โครงการในชุมชนนี้ได้รับการสนับสนุนจาก จังหวัด อำเภอกันทรวิชัยและหมู่บ้าน

### **6: การบูรณาการเข้ากับบริการและทรัพยากรสาธารณสุขที่มีอยู่**

บริการสุขภาพจิตชุมชนควรบูรณาการเข้ากับบริการปฐมภูมิและบริการในระบบสาธารณสุข เพื่อให้แน่ใจว่าได้บริการที่เชื่อมโยงกันและประสิทธิผลคุ้มค่า การบูรณาการงานจะทำให้เพิ่มการดูแลอย่างเป็นองค์รวมในผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชทั้งที่มีปัญหาทางการแพทย์และปัญหาทางจิตสังคม ในหลายประเทศที่ทรัพยากรขาดแคลน ควรจะมีการเพิ่มจำนวนทรัพยากรให้พอเพียง และปรับให้เหมาะสมกับสังคมเศรษฐกิจเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพจิตชุมชนที่เหมาะสม การบูรณาการอาจจะมีผลได้โดยการให้บุคลากรสุขภาพจิตเข้าไปปฏิบัติงานในสถานพยาบาลปฐมภูมิ หรือการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลปฐมภูมิและผู้ปฏิบัติงานในชุมชนให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพจิต

### **District Mental Health Programme (DMHP) Model, India**

การสร้างรูปแบบ Bellary โดยโครงการ DMHP นี้ได้ทำให้เกิดความยั่งยืนและการกระจายบริการสุขภาพจิตสู่ระดับล่าง โดยการบูรณาการงานบริการสุขภาพจิตเข้าไปในระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ของชุมชน และมีช่วยให้ค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรก ให้การรักษา และลดตราบาปที่มีต่อโรคจิต

### **Taipei City Psychiatric Center (TCPC), Taiwan**

องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบนี้ คือการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับสถานบริการสาธารณสุข และกระตุ้นให้มีการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงที่ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลไทเป โดยบุคลากรสาธารณสุขจากสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ 12 แห่ง พยาบาลสาธารณสุขมีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมิน วางแผน ดำเนินงาน และประเมินผลของการบริการจิตเวชในชุมชน

### **7: การสร้างความตระหนักแก่ชุมชนและการส่งเสริมสุขภาพจิต**

ขบวนการเปลี่ยนผ่านศูนย์กลางของการบริการจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชนสามารถดำเนินการไปพร้อมกับการลดตราบาปและการส่งเสริมสุขภาพจิต การที่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตปรากฏอยู่ในชุมชนเป็นการเพิ่มความตระหนักรู้ของชุมชนเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างไรก็ตามตราบาปยังคงมีปรากฏอยู่ในหลายๆ ชุมชน และเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการเข้าถึงบริการ การส่งเสริมสุขภาพจิตอาจจะเป็นเชิงบวกและเชิงรุกเพื่อสร้างการยอมรับต่อบริการสุขภาพจิต และยกระดับทั้งการตระหนักรู้ของชุมชนและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวช

#### **District Mental Health Program (DMPH), India**

โครงการนี้ใช้เทคนิคหลากหลายในการเพิ่มความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิต ทั้งการจัดแคมเปญสุขภาพจิต การผลิตแจกจ่ายหนังสือคู่มือแก่สตรีเยาวยาวชน องค์การอาสาสมัคร ครู และข้าราชการ มีการคัดเลือกภาพยนตร์เกี่ยวกับสุขภาพจิต และการสร้างภาพยนตร์สั้น เพื่อสร้างความตระหนักถึงสุขภาพจิตในวงกว้าง

#### **Community Based Mental Health Program (CMHP), Thailand**

การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของงานสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทย โดยผ่านระบบบริการสาธารณสุข มีศูนย์สุขภาพจิตเป็นผู้ประสานงานในกิจกรรมด้านการส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในแต่ละจังหวัด โปรแกรมนี้ทำให้ชุมชนที่เพิ่มความตระหนักรู้ โดยการนำเอาผู้นำชุมชนและคนในชุมชนมามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตให้ประชากรในชุมชนของตน

#### **Mental Health Promotion Project, Mongolia**

วัตถุประสงค์หลักของโปรแกรมนี้คือการสร้างสิ่งแวดล้อมของการส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านการบูรณาการกลยุทธ์การสร้าง ความตระหนักด้านสุขภาพจิตให้ประชาชน การใช้กลยุทธ์มีเป้าประสงค์เพื่อยกระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อเพิ่มพูนความรู้และเปลี่ยนทัศนคติของผู้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับงานสุขภาพจิตและสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆ ในการสร้างความตระหนักด้านสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาความเจ็บป่วยทางจิต

### **8: การช่วยเหลือในภาวะวิกฤต**

องค์ประกอบสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนคือการให้บริการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตอย่างเพียงพอและทันต่อเหตุการณ์เพื่อตอบสนองต่อประชาชนที่ประสบกับสภาวะโรคจิตเฉียบพลัน หรือภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช การบริการในภาวะวิกฤตนี้ควรเป็นส่วนหนึ่งในโครงสร้างงานสุขภาพจิตชุมชนที่จะสามารถให้บริการดูแลอย่างต่อเนื่องและลดการเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช การช่วยเหลือดูแลตั้งแต่ระยะแรกในช่วงเฉียบพลันนี้จะช่วยลดความจำเป็นในการรักษาในโรงพยาบาล และป้องกันการเจ็บป่วยเรื้อรัง

#### **Seoul Metropolitan Mental Health Centre (SMMHC), Korea**

ศูนย์สุขภาพจิตกลาง (SMMHC) นี้ให้บริการอย่างครบวงจรแก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชทางจิตในบริเวณเขตเมือง โดยส่งทีมผู้เชี่ยวชาญ 4 ทีมเข้าไปทำงานร่วมกับศูนย์สุขภาพจิต ให้การช่วยเหลือภาวะวิกฤต ให้บริการดูแลแก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชที่ไร้ที่อยู่อาศัย และให้การส่งเสริมสุขภาพจิต การจัดการในภาวะวิกฤตได้มีการเชื่อมโยงกับองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย และสร้างเครือข่ายที่ปลอดภัยในชุมชน

#### **Crisis Mental Health Intervention (CMHI), Thailand**

โปรแกรมนี้ได้พัฒนาอย่างรวดเร็วเพื่อตอบสนองต่อภัยพิบัติสึนามิในปี 2547 โดยการใช้รูปแบบของการดูแลในชุมชนที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายชุมชนและองค์กรอื่นๆ ในการให้บริการดูแลอยู่ใน 3 ระยะแก่กลุ่มผู้ประสบภัยที่หลายคนต้องย้ายที่อยู่ โดยการใช้ทีมสุขภาพจิตเคลื่อนที่และการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน เช่น ครูและพระภิกษุสงฆ์ ในการเข้าช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมและทันทั่วทั้ง

## 9: การช่วยเหลือดูแลตั้งแต่ระยะแรก

การป้องกันโรคมะเร็งให้เร็วหรือเกิดความพิการจากผลของโรคทางจิตเวชได้มีการแสดงให้เห็นว่ามีทางเป็นไปได้โดยการช่วยเหลือดูแลตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งจะสามารถส่งผลต่อการเพิ่มผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพจิต รวมถึงการลดจำนวนผู้ที่กลับไปป่วยซ้ำ มีโรคแทรกซ้อนในระยะยาว และความต้องการที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล การช่วยเหลือดูแลระยะแรกเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ที่ยังอายุน้อย การแยกตัวจากสังคมและการออกจากโรงเรียนมักเกิดขึ้นในระยะต้นๆ ของการเจ็บป่วยและสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

### *Early Psychosis Intervention programme (EPIP), Singapore*

โครงการนี้มีจุดมุ่งหมายในการเพิ่มการค้นหาค้นหาปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรกๆ รวมถึงโรคจิต ผ่านการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในโรงเรียน โปรแกรมนี้ส่งเสริมการค้นหาค้นหาในระยะแรกผ่านการฝึกอบรมแพทย์ทั่วไปในการคัดกรองและจัดการอย่างต่อเนื่องกับผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชที่มีอายุน้อย

### *Early Assessment Service for Young People (EASY), Hong Kong*

โครงการนี้เป็นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรก โดยเพิ่มความตระหนักผ่านการรณรงค์ให้ข้อมูลอย่างเข้มข้น ส่งเสริมการค้นหาค้นหาตั้งแต่ระยะแรกโดยมีระบบการส่งต่อที่ชัดเจนและการดูแลอย่างเต็มที่ด้วยยาและการช่วยเหลือด้านจิตใจ โดยใช้วิธีการจัดการรายกรณี (case management)

## 10: การใช้วิธีการ “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง”

### 10.1 บริการที่ยืดหยุ่นและไวต่อความต้องการของแต่ละบุคคล

ความต้องการของผู้ป่วยเป็นเรื่องสลับซับซ้อน แตกต่างกันในแต่ละบุคคล แต่ละกลุ่ม และแต่ละช่วงเวลา การให้บริการสุขภาพจิตจึงควรยืดหยุ่นและครบวงจรทั้งบริการผู้ป่วยใน การส่งทีมออกไปให้บริการเคลื่อนที่ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชทั้งระยะเฉียบพลันหรือระยะยาว การบูรณาการรูปแบบบริการที่หลากหลายจำเป็นต้องแน่ใจว่าจะมีการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการจากผู้ป่วยในไปยังชุมชนและที่บ้านตามความต้องการ เพื่อให้การจัดบริการตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล การจัดการบริการจำเป็นต้องคำนึงถึงความไวต่อวัฒนธรรมและการหายทุกเลาของโรค

### *Prevention and Recovery Care Services (PARC), Australia*

PARC เป็นบริการที่รัฐวิคตอเรีย โดยจัดบริการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกในช่วงของการกลับป่วยซ้ำและหลังภาวะเฉียบพลัน ให้การส่งเสริมการดูแลอย่างครบวงจร การบริหารจัดการด้วยตนเอง การป้องกันการกลับป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการเหล่านี้จะมีองค์ประกอบทั้งทางคลินิกและการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดช่องว่างความแตกต่างของบริการผู้ป่วยในและบริการในชุมชนผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชและองค์กรสนับสนุน บริการนี้ลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลลงโดยให้ความช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน (step up) และช่วยในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น (step down)

## 10.2 วิธีการใช้บุคลากรแบบสหวิชาชีพ

วิธีการโดยใช้ทีมบุคลากรสำหรับสหวิชาชีพ ซึ่งมีทั้งแพทย์ และบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต ร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มคุณภาพบริการและสามารถบูรณาการการดูแลเข้าไปในชุมชนได้ วิธีการของการใช้ทีมบุคลากรสามารถทำให้เกิดวิธีการการดูแลอย่างครบวงจร จากการที่บุคคลเหล่านี้ได้รับการอบรมและมีประสบการณ์มากมายของบุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้อง วิธีการสหวิชาชีพนี้ยังส่งเสริมให้เกิดการร่วมกัน โดยสมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการวางแผนการให้บริการอย่างครบวงจร โปรแกรมการดูแลในชุมชนอาจจะทำงานอย่างใกล้ชิดกับผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลปฐมภูมิ NGOs และทรัพยากรในชุมชน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพจิตที่ดี

### *Community Psycho-geriatric Programme (CPGP), Singapore*

CPGP เป็นบริการคลินิกที่บ้าน โดยใช้ทีมสหวิชาชีพเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและค้นหาความเจ็บป่วยตั้งแต่ระยะแรก โครงการนี้จะเน้นการสร้างเครือข่ายในชุมชนโดยการทำงานอย่างเข้มแข็งของ NGOs และองค์กรในชุมชน โครงการจะจัดฝึกอบรมและสนับสนุนองค์กรเหล่านี้ในพื้นที่ เช่น การคัดกรองและการวินิจฉัยโรคจิตเวชเบื้องต้น และการจัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตในชุมชน

## 10.3 การจัดการรายกรณี (case management)

เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยแต่ละรายสามารถเข้าถึงบริการที่ต้องการหรือในเวลา que ผู้ป่วยต้องการได้ จึงจำเป็นที่จะต้องจัดหาบุคลากรสุขภาพจิตที่มีทักษะการจัดการและประสานงาน บริการที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางก็คือการจัดการรายกรณี ซึ่งรวมถึงการประเมิน การวางแผน การดำเนินงาน ความร่วมมือและการติดตามกำกับ การจัดการรายกรณีนี้ในทางปฏิบัติจะแตกต่างกันตามบริบททางวัฒนธรรม ทรัพยากร และความพร้อมของบริการที่มีอยู่ อย่างไรก็ตาม หลักการบางอย่างยังคงสามารถใช้ได้ทั่วไป เช่น การวางแผนรายบุคคล

### *National Mental Health Service Model Reform program or '686 Program'*

ความสำคัญลำดับแรกของโครงการนี้ คือ การสร้างศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานโดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตแบบครบวงจรโดยบุคลากรสุขภาพจิตที่มีทักษะและเพิ่มศักยภาพการดูแลในชุมชนและการจัดการรายกรณี มีการฝึกอบรมอย่างครบวงจรสำหรับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่มีทักษะหลากหลายทั่วทั้งประเทศจีน โดยจัดรูปแบบการฝึกอบรมแบบไตรภาคี คือ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการในประเทศจีน ฮองกง และออสเตรเลีย มีบุคลากรสุขภาพจิตมากกว่า 500 คนได้รับการอบรมการจัดการรายกรณีขั้นพื้นฐานเพื่อให้บริการสุขภาพจิตใน 60 แห่ง และยังมีกรฝึกทักษะเพื่อให้สามารถนำไปฝึกอบรมผู้อื่นในชุมชนของตนเองได้



## หลักการกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพจิต

จากประสบการณ์ปฏิรูประบบบริการสุขภาพจิตในภูมิภาค และการเรียนรู้ผ่านความร่วมมือและแลกเปลี่ยนระหว่างประเทศตลอดระยะเวลาการดำเนินงานโครงการ Asia- Australia Mental Health และพันธมิตรจากหลายประเทศในภาคพื้นเอเชียนี้ทำให้ได้องค์ประกอบสำคัญหลายประการที่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างสร้างสรรค์ในระบบสุขภาพจิต (Ng, 2007)

### 1: สร้างความเข้าใจปัจจัยท้องถิ่นและปัจจัยเชิงระบบ

ก่อนที่จะพัฒนากลยุทธ์หรือวางแผนการปฏิรูป จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจระบบสุขภาพจิตภายในขอบข่ายของบริบททางการเมืองและเศรษฐกิจสังคมของประเทศและภูมิภาคนั้น ๆ ปัจจัยท้องถิ่นในแง่ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ความเหมาะสมด้านวัฒนธรรม และงบประมาณหรือทรัพยากรที่มีอยู่ จะเป็นตัวบ่งชี้ว่าแผนปฏิรูปบริการสุขภาพจิตนั้นจะเป็นจริงและ/หรือเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

### 2: ความเชื่อและทัศนคติที่มีอิทธิพลต่อทุกระดับของระบบสุขภาพจิต

การเปลี่ยนแปลงยากที่จะเกิดขึ้นในระดับใดระดับหนึ่ง หากระดับอื่นๆ ของระบบสุขภาพจิตไม่เปลี่ยนแปลงไปด้วย จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องมีการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ จัดลำดับความสำคัญ และจัดการในแต่ละส่วนและแต่ละระดับของระบบบริการสุขภาพจิต การให้ผู้นำกำหนดนโยบายข้าราชการ และผู้บริหารมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงก็สำคัญเช่นกัน ไม่ว่าจะจุดเน้นนั้นจะสร้างความเปลี่ยนแปลงจากระดับบนลงล่าง หรือจากระดับล่างสู่บน

### 3: การสร้างความเต็มใจในการที่จะทำงานร่วมกันแบบเพื่อนแท้ระหว่างภาคส่วน

การปฏิรูปสุขภาพจิตที่ยั่งยืนจำเป็นต้องมีสัมพันธภาพกับพันธมิตรอย่างเข้มแข็ง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคนในขบวนการปฏิรูป ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตที่เชี่ยวชาญ นักวิชาการและผู้ฝึกอบรม ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ ผู้ร่วมงานในชุมชน เครือข่ายระหว่างภาคส่วนและผู้มีอำนาจทางด้านสาธารณสุข จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาวิธีการร่วมกัน แต่ละภาคส่วนจำเป็นต้องตระหนักถึงวิธีที่จะทำให้งานในปัจจุบันมีประสิทธิภาพมากขึ้น อะไรเป็นข้อจำกัดของระบบ อะไรเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ อะไรต้องการสิ่งเพิ่มเติม และใครเป็นคนที่เหมาะสมในการริเริ่มและทำให้การเปลี่ยนแปลงนี้ยั่งยืน

### 4: จัดทำกลยุทธ์และรูปแบบสำหรับการเปลี่ยนแปลงระดับท้องถิ่น

เนื่องจากระบบสุขภาพและสังคมที่หลากหลาย แต่ละประเทศจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพจิตชุมชนที่เหมาะสมตามความต้องการของประชาชนของตน หลักการบริการสุขภาพจิตชุมชนนั้นจะต้องปรับให้เหมาะกับบริบทของแต่ละประเทศ ยิ่งไปกว่านั้นรูปแบบที่ปรับใช้ในท้องถิ่นควรจะแสดงให้เห็นเป้าหมายที่สัมฤทธิ์ผลที่ชัดเจนอย่างเหมาะสมกับขบวนการและสถานะของท้องถิ่น โครงการนำร่องรูปแบบบริการหรือโปรแกรมสุขภาพจิตชุมชนอาจเป็นเพียงขั้นตอนแรกในการแสดงให้เห็นคุณค่าของการเปลี่ยนแปลงระบบที่กว้างขวางขึ้น

## 5: การกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสม

การกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จของบริการใหม่ ๆ และจะต้องมีการวางแผนที่ดีร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง การมีวัตถุประสงค์ การวางแผนงาน กำหนดทรัพยากรและการดำเนินงานของโครงการจะต้องชัดเจน และเหมาะกับบริบทของท้องถิ่นและมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานหลัก โครงการจะมีความยั่งยืนได้ต้องมีการสนับสนุนจากภาครัฐ ผู้กำหนดนโยบายสาธารณสุขและผู้บริหารในระดับท้องถิ่น

## 6: การใช้วิธีการที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม

การใช้รูปแบบที่ไวต่อวัฒนธรรมเป็นพื้นฐานสำหรับความร่วมมือจากทุกองค์กรภายในประเทศหรือในภูมิภาค ทรัพยากรที่ใช้ในการฝึกอบรม สื่อหรือตำราอ้างอิงซึ่งนำมาจากหน่วยงานนานาชาติ เช่น จาก WHO และ WPA จำเป็นต้องมีการปรับใช้ตามสภาพและประสบการณ์ท้องถิ่น โปรแกรมฝึกอบรมและโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือจะต้องมีการออกแบบโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม เพื่อให้เป็นประโยชน์อย่างมากทั้งต่อประชากรที่รับบริการในเขตเมือง นอกเมือง หรือชนบท

## 7: การสร้างความยืดหยุ่นสำหรับจุดเริ่มต้นและเวลาเริ่มต้นต่าง ๆ กัน

ในขบวนการปฏิรูปการพัฒนาบริการสุขภาพจิตชุมชนจะต้องพัฒนาทั้งทางการแพทย์ การพยาบาล ชุมชน ผู้บริหาร และผู้กำหนดนโยบาย สื่อที่ใช้ไม่ควรจะมีเฉพาะหลักการทั่วไปแต่ต้องปรับให้สามารถใช้ได้เฉพาะในแต่ละระยะของการปฏิรูป ดังนั้น ในแต่ละประเทศจะมีจุดตั้งต้นที่เหมาะสมแตกต่างกันตามระยะของการปฏิรูปและการพัฒนา การจัดการด้านการพัฒนาศักยภาพเป็นตัวสำคัญที่จะต้องจัดให้เหมาะกับระยะของการพัฒนาระบบสุขภาพจิตชุมชนในแต่ละประเทศ

## 8: เพิ่มพูนทักษะของการจัดการและการบริหาร

ทักษะการจัดการ การบริหารและการเป็นผู้นำที่เหมาะสมจะช่วยให้มีการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพจิตอย่างเต็มที่ การดำเนินโครงการเหมาะสมกับเวลา การประเมินและการแปลผลไปปรับปรุงต่อ และบุคลากรได้รับการกระตุ้นและกำลังใจในการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ กลยุทธ์ที่เป็นประโยชน์ คือการฝึกทักษะด้านการจัดการให้ผู้นำท้องถิ่น เพื่อให้เขาสามารถมองภาพของการปฏิรูปและดำเนินโครงการในระดับท้องถิ่นได้

## 9: การสร้างความเข้มแข็งให้ระบบ

กลยุทธ์การปฏิรูปเพื่อให้ปฏิบัติได้ที่เป็นหัวใจสำคัญ คือการสร้าง ความเข้มแข็งและความสำเร็จของระบบบริการที่มีอยู่แล้วในแต่ละประเทศ ขั้นตอนของการพัฒนาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติสามารถกำหนดและทำงานพร้อมกันได้โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ โดยการเรียนรู้ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและมีการขยายนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ได้ผลดี การส่งเสริมผลสำเร็จอย่างกว้างขวางจะทำให้เกิดความมั่นใจต่อบุคลากรและกระตุ้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทำการปฏิรูปอย่างกว้างขวางขึ้น

## บทที่ 2 : รายงานสรุปงานสุขภาพจิตชุมชน และตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่น

ในบทนี้จะเป็นรายงานสรุปงานสุขภาพจิตชุมชนจากประเทศที่เข้าร่วมโครงการ 14 ประเทศตามลำดับตัวอักษรภาษาอังกฤษ แต่ละรายงานจะแสดงภาพรวมของทิศทางบริการสุขภาพจิตในปัจจุบันและตัวอย่างโครงการที่ริเริ่มดำเนินการ

รายงานของแต่ละประเทศจะแสดงภาพรวมของการให้บริการสุขภาพจิต รูปแบบและสัดส่วนของการให้บริการในแต่ละชนิด และการปรับใช้รูปแบบของนานาชาติเข้ากับรูปแบบท้องถิ่น นอกจากนี้รายงานยังแสดงถึงนโยบายที่เกี่ยวข้อง โครงสร้างงบประมาณ สถานบริการและบริการที่มี กำลังบุคลากรเฉพาะทาง การฝึกอบรมและการทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายอื่นทั้งแบบไม่เป็นทางการ และหน่วยงาน NGOs และยังมีกรณีศึกษาในโอกาสในการสร้างบริการที่มีอยู่และการปรับปรุงระบบบริการในชุมชนในแต่ละประเทศ

ตัวอย่างของรูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่นมีอยู่มากมายตลอดทั้งภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ตัวอย่างการดำเนินงานจะเสนอรูปแบบของงานสุขภาพจิตชุมชนที่มีการปรับใช้ เน้นความสำเร็จและช่องว่างในการพัฒนา และกลยุทธ์บางอย่างที่ใช้ในการเอาชนะสิ่งที่ท้าทาย ตัวอย่างของรูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่นจากแต่ละประเทศจะถูกคัดเลือกมาเพียง 1 ตัวอย่างในรายงานสรุป การคัดเลือกเน้นจากความเป็นตัวแทนของความหลากหลายที่พบทั่วเอเชียแปซิฟิกมากกว่าเป็นรูปแบบที่ดีที่สุดในประเทศนั้น ๆ ตัวอย่างของรูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่นอีกหลายตัวอย่างที่มีคุณภาพเท่าเทียมกันแต่ไม่อยู่ในรายงานสรุปฉบับนี้ จะสามารถอ่านในรายงานฉบับเต็มของโครงการ APCMHD

รายงานฉบับเต็มของโครงการนี้ซึ่งประกอบด้วย รายงานฉบับสมบูรณ์ของงานสุขภาพจิตชุมชนจากแต่ละประเทศจะได้รับการตีพิมพ์แยกต่างหาก รายงานฉบับเต็มจะรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตชุมชนจากแต่ละประเทศ เช่น ระบบสุขภาพจิต หลักการและกลยุทธ์การดำเนินงานสุขภาพจิต ตัวอย่างรูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่นหลายตัวอย่าง การเพิ่มศักยภาพของการดูแลในชุมชน และเป้าหมายในอนาคต

รายงานฉบับเต็มสามารถดูรายละเอียดได้ที่ [website: www.aamh.edu.au](http://www.aamh.edu.au)



**Bruce Doyle (Australia), *Number 68*, 1992, Acrylic on Masonite, 90 X 120 Cm**

ได้รับการสนับสนุนโดยมูลนิธิมูลค่าจาก Cunningham Dax Collection.

Bruce Doyle เป็นจิตรกรที่ไม่ค่อยเป็นที่รู้จักในช่วงที่มีชีวิตอยู่ เขามีงานแสดงหลายครั้ง แต่เลือกที่จะไม่เปิดเผยว่าตนป่วยเป็นโรคจิตเภท เนื่องจากเกรงผลกระทบจากตราประทับว่าเจ็บป่วยทางจิต

## ประเทศออสเตรเลีย

รัฐบาลกลางได้ให้ความสำคัญของงานสุขภาพจิต โดยการทำงานร่วมกับรัฐและเขตปกครองตนเอง ในการบูรณาการบริการสุขภาพระดับชาติ การพัฒนาอย่างเปิดเผย ประเมินผลโปร่งใสและเชื่อถือในบริการสุขภาพจิตที่มีอยู่ และทำให้มั่นใจว่าบริการสุขภาพจิตได้ถูกบูรณาการเข้ากับบริการปฐมภูมิและบริการเฉพาะทางได้เป็นอย่างดี

### บทบาทของรัฐบาล งบประมาณและนโยบาย

ประเทศออสเตรเลียเป็นประเทศใหญ่ลำดับหกของโลก (พื้นที่ประมาณ 7.7 ล้านตารางกิโลเมตร) แต่มีประชากรเพียงกว่า 20 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2546 โรคจิตเวชเป็นหนึ่งในสิบอันดับแรกของภาวะโรคในออสเตรเลียคิดเป็นร้อยละ 13 ของภาวะโรคทั้งหมด ความรับผิดชอบด้านบริการสุขภาพเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลาง และรัฐบาลของรัฐและเขตปกครองตนเอง

รัฐบาลกลางเป็นผู้รับผิดชอบในการส่งบริการผ่านภาคเอกชน โดยเฉพาะภาคบริการปฐมภูมิโดยแพทย์ทั่วไปหรือบุคลากรเฉพาะทาง และภาค NGOs สุขภาพจิต รัฐบาลยังคงควบคุมกำกับโปรแกรมที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพโดยตรงแต่จำเป็นในผู้เจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น ช่วยเหลือด้านรายได้ ความพิการ การจ้างงาน และการหาที่อยู่อาศัย

รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองตนเองมีหน้าที่รับผิดชอบเบื้องต้นในการให้บริการสุขภาพจิตในระบบสาธารณสุข โรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนรวมถึงที่พักอาศัย ทีมช่วยเหลือที่บ้าน บ้านกึ่งวิถีฟื้นฟูสมรรถภาพ โปรแกรมสนับสนุนการ การดูแลระยะสุดท้ายและการช่วยเหลือกันเอง ภาคเอกชนจะให้บริการในสัดส่วนที่สำคัญตั้งแต่บริการปฐมภูมิ บริการเฉพาะทาง และบริการสุขภาพอื่น ๆ ผ่านทางบุคลากรสหวิชาชีพ

### งบประมาณ

ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านบริการสุขภาพจิตในปี 2547-2548 ประมาณ 3.9 พันล้านเหรียญออสเตรเลีย เทียบได้ร้อยละ 7.3 ของงบประมาณด้านสาธารณสุข โดยค่าใช้จ่ายยาจิตเวชเป็นเงินร้อยละ 17 ของงบประมาณสุขภาพจิตทั้งหมด

รัฐบาลของรัฐต่าง ๆ จะรับผิดชอบโดยตรงประมาณมากกว่าร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายสาธารณสุขทั้งหมด และสนับสนุนงบประมาณให้รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองตนเอง (331 ล้านเหรียญออสเตรเลีย ในช่วง 2546-2551) ผ่านข้อตกลง Australian Health Care Agreements (AHCAs)

ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านบริการสุขภาพจิตโดยตรงได้เพิ่มขึ้นในระหว่าง 12 ปีที่ผ่านมาจากปี พ.ศ. 2537- 2548 กว่าร้อยละ 90 นอกจากนี้ประมาณการว่าค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่สนับสนุนบริการสาธารณสุขเป็น 3 เท่าของโปรแกรมที่ลงในบริการสุขภาพจิตชุมชนเฉพาะ ซึ่งเท่ากับ 4.3 พันล้านเหรียญออสเตรเลียในปี 2548

## การพัฒนาของงานสุขภาพจิต

การปฏิรูปรูปงานบริการสุขภาพจิตทั่วทั้งประเทศออสเตรเลียเกิดขึ้นตั้งแต่มีการก่อตั้งนโยบายสุขภาพจิตระดับชาติและกลยุทธ์ด้านสุขภาพจิตในต้นทศวรรษที่ 2533 ก่อนปี 2535 งานสุขภาพจิตในประเทศออสเตรเลียอยู่ในความรับผิดชอบของรัฐและเขตปกครองตนเอง แต่ละรัฐและเขตปกครองตนเองจะรับผิดชอบพัฒนาแผนบริการของตนเอง และรัฐบาลกลางจะสนับสนุนภาคเอกชนต่าง ๆ ผ่านระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงนั้นจะเริ่มเห็นแนวโน้มการลดจำนวนเตียงในโรงพยาบาลจิตเวชลงพร้อมไปกับการพัฒนาส่วนการบริการสุขภาพจิตชุมชนขึ้น ขบวนการที่เป็นที่รู้จักกันว่า “deinstitutionalisation” แต่เนื่องจากขาดการประสานความร่วมมืออย่างมากทำให้ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและไร้ที่พิทักษ์

ในช่วงทศวรรษ 2533 จากการที่ทั้งประเทศเห็นความสำคัญของงานสุขภาพจิต และเป็นที่ยอมรับว่างานสุขภาพจิตจำเป็นต้องมีการปฏิรูป ดังนั้นเพื่อตอบสนองความท้าทายดังกล่าว เดือนเมษายน 2535 รัฐมนตรีสาธารณสุขของประเทศออสเตรเลียได้ลงนามในการพัฒนากลยุทธ์ระดับชาติด้านสุขภาพจิตเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิรูปรูปงานสุขภาพจิตในระหว่างปี 2535 - 2541

กลยุทธ์ได้กำหนดกรอบของการปฏิรูประดับชาติ เน้นที่การเปลี่ยนผ่านจากระบบบริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลไปยังความต้องการของผู้ใช้บริการโดยเน้นการให้ความช่วยเหลือแต่ละบุคคลในชุมชนของตนเอง ในกลยุทธ์ประกอบด้วยแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพจิตการ 5 ปี ; 2536-2541, 2541- 2546, 2546 - 2551)

คำประกาศเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบของงานสุขภาพจิต สะท้อนให้เห็นความมุ่งมั่นที่จะให้การดำรงชีวิตของประชาชนชาวออสเตรเลียมีความมั่นคงและมีความสง่างามด้วยความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ที่พิทักษ์และการศึกษา และมีสิทธิเท่าเทียมกันในการเป็นพลเมือง กฎหมายและงานอุตสาหกรรมอื่น ๆ จุดมุ่งหมายเพื่อปกป้องผู้ที่ได้รับทุกข์ทรมานจากปัญหาสุขภาพจิต จากการที่ถูกปฏิบัติอย่างผิดๆ และละเลย รัฐบาลกลางได้ให้สัญญาต่อผู้รับบริการและผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ของงานสุขภาพจิต รัฐบาลให้งบประมาณสนับสนุนเครือข่ายผู้รับบริการสุขภาพจิตของออสเตรเลีย และสภาสุขภาพจิตแห่งประเทศออสเตรเลีย เพื่อพัฒนานโยบายและกิจกรรม องค์กรเหล่านี้มีวัตถุประสงค์ที่จะสร้างศักยภาพและเพิ่มความเข้มแข็งแก่ผู้รับบริการสุขภาพจิตและผู้ดูแลที่อยู่ในองค์กรในการออกแบบบริการและนโยบายด้านสุขภาพจิตด้วยตนเอง

## รูปแบบการดูแลในชุมชน

**รัฐบาลกลาง:** การเข้าถึงจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และแพทย์เวชปฏิบัติผ่านสิทธิประโยชน์ Medicare การเริ่มต้นให้สามารถเข้าถึงบริการเพื่อการวินิจฉัยความเจ็บป่วยทางจิตเวชไปจนถึงบริการสุขภาพจิต เป็นการส่งเสริมให้ทำงานแบบสหวิชาชีพ (จิตแพทย์ นักจิตวิทยา แพทย์เวชปฏิบัติ นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด) เพื่อการดูแลรักษา ทั้งระยะสั้นถึงระยะกลางผ่านระบบสิทธิประโยชน์ Medicare ซึ่งเป็นระบบดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมของออสเตรเลีย ที่ให้บริการแก่ประชาชนชาวออสเตรเลียอย่างี่ประชาชนสามารถจ่ายได้ เข้าถึงบริการได้และมีคุณภาพสูง

**รัฐวิคตอเรีย : Prevention and Recovery Care services (PARC)** รัฐวิคตอเรียมีระบบของงานสุขภาพจิตตามพื้นที่ ซึ่งให้บริการแบบบูรณาการทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล และหน่วยบริการบำบัดฟื้นฟูผู้พิการทางจิตและช่วยเหลือโดยองค์กรเอกชน ทั้งสองภาคส่วนได้ร่วมมือกันในบริการ PARC โดยจัดให้มีเตียงสำหรับผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน 10 เตียงในบ้านพักฟื้นฟูในชุมชน ส่วนการจัดโปรแกรมการป้องกัน 'Prevention' เป็นการช่วยเหลือดูแลตั้งแต่ระยะแรกเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ โดยจุดมุ่งหมายเพื่อลดการกลับรักษาซ้ำการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนการดูแล 'Recovery' เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความเป็นอยู่ที่ดีให้มากที่สุดผ่านการช่วยเหลือหลังหายจากระยะเฉียบพลัน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง ป้องกันการกลับป่วยซ้ำและฟื้นฟูสมรรถภาพ

**รัฐควีนส์แลนด์: Mental Health Intervention Project (MHIP)** เป็นโครงการร่วมของ 3 องค์กรระหว่าง สาธารณสุข ตำรวจ และบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะวิกฤตสุขภาพจิตให้ปลอดภัย โครงการนี้เกิดขึ้นหลังจากมีการเสียชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชจากในช่วงปฏิบัติการของตำรวจ ในปี 2548 จึงได้มีการจัดโปรแกรมทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาโครงสร้างภายใน การบริหารจัดการและฐานความรู้ของทั้ง 3 องค์กร เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

## บทสรุป

รัฐบาลกลางได้ให้ความสำคัญต่องานสุขภาพจิต โดยการทำงานร่วมกันกับรัฐบาลของรัฐและเขตปกครองต่างๆ ในการที่จะใช้วิธีบูรณาการในระดับชาติเพื่อจัดบริการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่เปิดเผย ประเมินผลโปร่งใสและเชื่อถือได้ และทำให้บริการสุขภาพจิตแบบบูรณาการเข้ากับงานบริการปฐมภูมิและบริการเฉพาะทาง รัฐบาลกลางตระหนักถึงความจำเป็นในการป้องกันและทำให้เกิดการเจ็บป่วยโรคจิตเวชซ้ำลง ให้การดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ต้นและให้มั่นใจว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อเนื่อง

---

### ตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่น

#### **Housing and Accommodation Support Initiative (HASI), New South Wales (NSW)**

โครงการนี้จัดตั้งเมื่อปี 2546 โดยมีวัตถุประสงค์หลักดังนี้

- ให้สามารถอยู่อาศัยที่บ้านอย่างถาวรขึ้น
- ลดความต้องการบริการแบบผู้ป่วยใน
- ลดการร้องขอความช่วยเหลือบริการฉุกเฉินทางโทรศัพท์
- สนับสนุนการอยู่อาศัยพึ่งพาตนเอง การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน การช่วยเหลือและจัดการรายกรณี
- ปรับปรุงคุณภาพชีวิตผ่านทางสังคม อาชีพ การศึกษา การพัฒนาทักษะชีวิตและสัมพันธภาพในครอบครัว

## โครงการที่มีพันธมิตร 3 ทาง เป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง

- องค์กรอิสระเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตที่ได้รับบสนับสนุนจาก NSW Health ให้การช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพ
- หน่วยบริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตของท้องถิ่น (เป็นส่วนหนึ่งของ Area Health Service) ให้บริการทางคลินิกและฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ที่พักอาศัยในชุมชนและสาธารณะ ได้รับบสนับสนุนจาก NSW Housing ให้บริการบ้านพักระยะยาวที่มั่นคงและสามารถจ่ายได้ และการบริหารจัดการทรัพย์สิน

### ความปรารถนาของโครงการนี้ คือ

- ประสานความร่วมมือในการดูแล
- เพิ่มการทำงานร่วมกันระหว่างบริการสุขภาพจิตเฉพาะทาง แพทย์เวชปฏิบัติ และองค์กรอิสระ
- ให้บริการที่พักอาศัยที่มั่นคง
- กระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ครอบครัว และผู้ดูแล

เป้าหมายของโครงการนี้เพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลด้วยการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับสูงสุดให้การช่วยเหลือ 8 ชั่วโมงต่อวัน 7 วันต่อสัปดาห์ จนถึงระดับต่ำสุดเพียง 5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

### ทางเลือกของที่พักอาศัย

- ที่พักสำหรับอยู่คนเดียว
- สถานที่พักที่มีหนึ่งหรือสองห้องนอน
- แนวทางของ "Salt and pepper" โดยโครงการมีที่พักอาศัยกระจายอยู่ทั่วทั้งชุมชน
- กลุ่มที่พักอาศัยขนาดเล็ก (ไม่เกิน 4 แห่งในพื้นที่เดียวกัน) เพื่อให้ง่ายต่อการเข้ารับบริการทางคลินิก เช่น มีหลายหลังบนถนนไม่กี่สาย แต่จะไม่สนับสนุนการสร้างแบบ asylum ในชุมชนหรือรวมอยู่ในที่เดียว

### การดำเนินงานร่วมกับบริการสุขภาพจิตในท้องถิ่น โครงการฯให้การสนับสนุนงานบริการ ดังนี้

- ให้บริการแบบครบวงจร โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประเมินจุดเด่นและวางแผนการรักษา ให้การช่วยเหลือดูแล โดยมีเป้าหมายให้เกิดการดูแลตนเอง และสร้างศักยภาพทุกระดับทั้งการศึกษา การจ้างงานและการพักผ่อน
- ตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักการที่ว่าผู้รับบริการมีอำนาจดูแลลง ผ่านการกระตุ้นความหวังกำลังใจ สนับสนุนให้ผู้รับบริการเข้มแข็ง และสนับสนุนการตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง
- ยืนยันกลยุทธ์ของการให้การช่วยเหลือดูแล ไซกัลโกของเครือข่ายบริการในชุมชนและทรัพยากร เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการใช้ชีวิตร่วมอยู่ในชุมชน

### หลักเกณฑ์คุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับโครงการ

- อายุตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไป จนถึงอายุที่ไม่สามารถพัฒนาได้ เพื่อจำกัดการเข้าร่วมโปรแกรม
- ได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพจิตว่าป่วยด้วยโรคจิตเวช หรือมีความบกพร่องในความสามารถเนื่องจากปัญหาทางจิตใจ
- มีคุณสมบัติที่จะอยู่อาศัยในที่สาธารณะ

30 | บทที่ 2: รายงานสรุปงานสุขภาพจิตชุมชนและตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่น



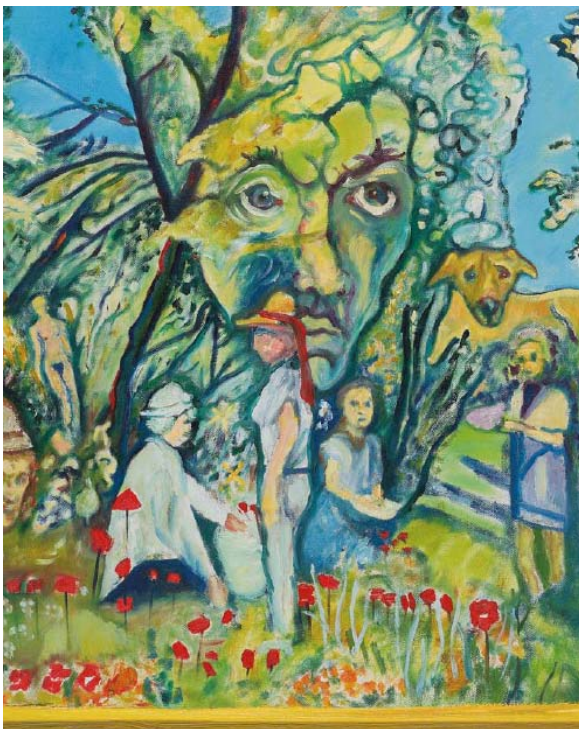
- มีระดับความพิการทางจิตสูงและระดับของการปฏิบัติหน้าที่ต่ำ
- ได้ประโยชน์จากการช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย และ
- ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมกับโปรแกรมนี้

### ผลสัมฤทธิ์ และ ผลลัพธ์

ศูนย์วิจัยนโยบายทางสังคม มหาวิทยาลัยนิวเซาท์เวลส์ ได้ประเมินผล 2 ปี ในระยะแรกของการดำเนินการโครงการ (มีบริการระดับสูง 100 แห่ง) รายงานการวิจัยได้ตีพิมพ์แล้ว สามารถดูรายละเอียดได้ที่ [www.health.nsw.gov.au/pubs/2007/hais\\_evaluation](http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2007/hais_evaluation) ผลการวิจัยพบว่า

- โครงการนี้ให้บริการที่พักอาศัยที่มั่นคงและสามารถจ่ายได้ โดยร้อยละ 85 ของผู้เข้าร่วมโครงการยังคงอยู่ในบ้านที่จัดให้
- ร้อยละ 94 ของประชากรที่ร่วมโครงการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันอย่างมากเมื่อสิ้นสุดการประเมินผล
- ร้อยละ 73 ของผู้เข้าร่วมโครงการ มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมในชุมชน
- ร้อยละ 43 ของผู้เข้าร่วมโครงการทำงานและ/หรือกำลังศึกษาเล่าเรียน เมื่อสิ้นการประเมินผล
- อัตราการรักษาในโรงพยาบาลและระยะเวลาในโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 84 ของผู้เข้าร่วมโครงการ
- เวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลและในแผนกฉุกเฉินลดลงร้อยละ 81

จากปี 2551 โครงการได้เพิ่มจำนวนของที่พักอาศัยขึ้นมากกว่า 1,000 แห่ง ทั่วทั้งรัฐนิวเซาท์เวลส์



**Graeme Doyle (Australia),**

ไม่มีชื่อภาพ, 1990,

Oil on Masonite,

50.5 X 40.5 CM

ได้รับการสนับสนุนโดยไม่คิดมูลค่าจาก Cunningham Dax Collection

Graeme Doyle ยอมรับอย่างเปิดเผยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท เขาเชื่อว่ารูปภาพของเขาจะช่วยให้คนอื่นเข้าใจ ประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิตโดยไม่หวาดกลัว จิตรกรต้องการสื่อว่าผู้เจ็บป่วยทางจิตยังคงมีความคิดสร้างสรรค์ได้

## ประเทศกัมพูชา

โปรแกรมสุขภาพจิตระดับชาติ มีเป้าประสงค์จะปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้เจ็บป่วยทางจิตเวช โดย การให้ความรู้และการส่งเสริมบริการสุขภาพจิต และบริการสำหรับผู้ติดสารเสพติด โดยเน้นความเท่าเทียม คุณภาพและประสิทธิภาพ

ประเทศกัมพูชามีตั้งอยู่ในคาบสมุทรมอินโดจีน ประเทศตกอยู่ในความรุนแรงและสงครามกลางเมืองมา นานสิบ ๆ ปี มีพื้นที่ 181,035 ตารางกิโลเมตร ประชากร 13.1 ล้านคนโดยร้อยละ 90 เป็นชาวเขมรแท้ ประชากรส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท มีเพียงร้อยละ 15 เท่านั้นที่อาศัยอยู่ในเมือง ประชากรส่วนใหญ่อายุน้อย โดยมีเด็กอายุระหว่าง 0-14 ปีสูงถึงร้อยละ 39 ของประชากรทั้งหมด ค่าเฉลี่ยของอายุขัย 60 ปีในผู้ชาย และ 65 ปีในผู้หญิง ประชากรที่อ่านออกเขียนได้มีร้อยละ 74 และพบได้น้อยกว่าในพื้นที่ชนบทซึ่งพบเพียงร้อยละ 72

ประเทศกัมพูชาเป็นประเทศที่กำลังพัฒนาและมีรายได้ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาค และทั่วโลก ในปัจจุบันค่าใช้จ่ายสุขภาพของรัฐบาลต่อคนต่อปีเท่ากับ 2.96 เหรียญสหรัฐ และค่าใช้จ่ายสุขภาพ แต่ละครัวเรือนเป็น 24 เหรียญสหรัฐ (Ministry of Health NHSP 2008- 2015, 2008) งบประมาณด้าน สุขภาพจิตส่วนใหญ่ได้รับจากองค์กรต่างชาติ ได้แก่ องค์กรการอนามัยโลกและประเทศนอร์เวย์ รวมทั้งองค์กรที่ ดำเนินโครงการอิสระ ในประเทศกัมพูชามีโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งแต่ยังไม่มีข้อมูลเป็นทางการว่ามีบริการ ทางสุขภาพจิตที่แห่ง

ความไม่สงบในอดีตของกัมพูชาไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บและล้มตายเท่านั้น แต่ยังทำลาย ทรัพยากรสุขภาพจิตที่มีมาแต่ก่อนและยับยั้งการพัฒนาระบบสุขภาพจิต เป็นที่น่าสังเกตว่า ในระยะที่นายพล พอลพตปกครองประเทศระหว่างปี 2518 – 2522 ได้เกิดการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์จำนวนมาก และทำให้โครงสร้าง ภายในของกัมพูชาเสื่อมลงโดยสิ้นเชิง แพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมก่อนปี 2518 ประมาณ 1,000 คน เหลือรอด ชีวิตเพียง 50 คน ในจำนวนนี้ไม่มีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเลย และโรงพยาบาลจิตเวชแห่งเดียวของประเทศ ก็ถูกทำลายในช่วงนั้นเช่นกัน (NHSP 2003-2007, 2008) จนกระทั่งมีการประกาศสนธิสัญญาสงบศึกที่กรุง ปารีสในปี 2534 แต่ผลจากสงครามกลางเมืองยังคงเป็นบาดแผลและเกิดการย้ายถิ่นฐานของชาวกัมพูชา

ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา กัมพูชาได้จัดลำดับความสำคัญของงานสุขภาพจิตไว้ในลำดับต้นๆ เพื่อการพัฒนา และสร้างระบบบริการสุขภาพจิตใหม่ขึ้น กระทรวงสาธารณสุขของกัมพูชา ได้ประสานงานกับสถาบันและองค์กร นานาชาติ เช่น University of Oslo, Norwegian Committee for Mental Health (NORCOMH), Norwegian Ministry of Foreign Affairs, International Organization for Migration, องค์กรการอนามัยโลก, Harvard Trauma Program in Cambodia (HTPC), Association of Medical Doctor in Asia (AMDA), Transcultural Psychosocial Organization (IPER/TPO), Louvain Development (LD, Belgium), Social Services of Cambodia (SSC), Caritas International and Supporters for Mental Health (SUMH) เพื่อพัฒนาระบบ บริการสุขภาพจิต บริการแรกได้เริ่มให้บริการแก่ประชาชนชาวกัมพูชาในปี 2537 (MHCR, 2004)

การขาดแคลนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต เนื่องจากความไม่สงบในอดีตของกัมพูชา ทำให้บริการสุขภาพจิตส่วนใหญ่บริการโดยแพทย์ทั่วไปซึ่งสามารถให้การดูแลขั้นพื้นฐานเท่านั้น ผู้เจ็บป่วยทางจิตในชุมชนมักจะไปหาหมอพื้นบ้าน บุคคลเหล่านี้ไม่ได้มีความรู้หรือได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตและบางครั้งก็อาจเกิดอันตรายได้ องค์การอิสระได้พยายามเชื่อมโยงระหว่างบริการปฐมภูมิกับหมอพื้นบ้าน แต่ยังไม่พบกลไกที่มีประสิทธิภาพหรือยั่งยืน มีเพียงบางองค์กรอิสระที่มีทรัพยากรด้านสุขภาพจิตของตนเอง แต่มักจะยังขาดการประสานงานที่ดีกับองค์กรในชุมชนที่มักจะเน้นไปที่การพัฒนาสังคมหรือสิทธิมนุษยชน การขาดความร่วมมือทั้งภายในและระหว่างองค์กรทำให้ระบบการช่วยเหลือดูแลแยกเป็นส่วนๆ และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติผิดหลักวิธี (Minutes of International Workshop, 2004) การพัฒนาบริการสุขภาพจิตชุมชนยังมีข้อจำกัดจากการขาดงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ

เพื่อแก้ปัญหาเหล่านี้ รัฐบาลกัมพูชาโดยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแผนกลยุทธ์และนโยบายด้านสุขภาพจิต มีเป้าประสงค์เพื่อยกระดับสุขภาพจิตและความอยู่ดีมีสุขของประชาชนกัมพูชาผ่านการให้ความรู้ ให้ข้อมูลข่าวสาร การค้นหาและให้การบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรก นโยบายนี้ได้รวมเอาบริการสำหรับผู้ติดสารเสพติดด้วย และจะช่วยให้แน่ใจว่าประชาชนกัมพูชาทุกคนที่มีความต้องการด้านสุขภาพจิตจะได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี สิทธิและวัฒนธรรมโดยการมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคน โปรแกรมสุขภาพจิตระดับชาติ มีเป้าประสงค์จะปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้เจ็บป่วยทางจิตเวช โดยการให้ความรู้และการส่งเสริมบริการสุขภาพจิต และบริการสำหรับผู้ติดสารเสพติด โดยเน้นความเท่าเทียมคุณภาพและประสิทธิภาพ

ชุดรูปแบบบริการดูแลสุขภาพจิตเป็นการบูรณาการในแนวคิดกับบริการทั้งในระบบสาธารณสุขทั่วไปและศูนย์สาธารณสุขในชุมชน ชุดกิจกรรม (Complementary Package Activities; CPA) ได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้บริการสุขภาพจิตเฉพาะทางที่แตกต่างและเพิ่มเติมจากการดูแลสุขภาพสาธารณสุขทั่วไป ชุดกิจกรรมประกอบด้วย การจัดการปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน บริการติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนฝึกอบรมและนิเทศงานสุขภาพจิตแก่ระบบสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีชุดกิจกรรมขั้นต่ำ (Minimum Package of Activities; MPA) เพื่อใช้ในศูนย์สาธารณสุขชุมชนโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้บริการดูแลสุขภาพจิตที่มีคุณภาพแบบบูรณาการที่มีประสิทธิภาพและประชาชนสามารถจ่ายได้ ชุดกิจกรรมขั้นต่ำนี้กระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อให้ใกล้ชิดกับประชากรที่ได้รับบริการ ชุดกิจกรรมขั้นต่ำยังมีวัตถุประสงค์ที่จะเอาชนะอุปสรรคทางด้านงบประมาณ ภูมิศาสตร์ และวัฒนธรรมที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของกัมพูชา (Guideline of CPA and MPA)

เพื่อให้เป็นไปตามแนวทางของแผนบริการสุขภาพที่ครอบคลุม ชุดบริการสุขภาพจิตจะประสานความร่วมมือทั้งจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ส่วนกลางของระบบจะช่วยพัฒนานโยบาย กฎหมาย และแผนกลยุทธ์ รวมไปถึงการจัดสรรทรัพยากร การควบคุมกำกับ การประเมิน การวิจัย ระบบข้อมูลข่าวสารและการฝึกอบรม ส่วนกลางยังจะช่วยประสานความร่วมมือกันจากหลายภาคส่วนและประสานความช่วยเหลือจากภายนอก นอกจากหน้าที่ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ระบบสาธารณสุขจะต้องทำงานในระดับจังหวัดเพื่อดำเนินการตามนโยบายสาธารณสุขและเชื่อมโยงสนับสนุนการพัฒนาแผนผู้ป่วยนอก (Guidelines of HCP, 1997)

บุคลากรทางด้านสุขภาพจิตของกัมพูชา ในขณะนี้ไม่มีจิตแพทย์ แพทย์ที่มีพื้นฐานการดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้น พยาบาลจิตเวช พยาบาลสุขภาพจิตพื้นฐาน นักจิตวิทยาและนักวิชาการสงเคราะห์ ส่วนใหญ่จะทำงานในองค์กรอิสระและยังไม่มีระบบสาธารณสุขของรัฐ การฝึกอบรมสุขภาพจิตได้ถูกบูรณาการเข้ากับหลักสูตรแพทย์ทั่วไปโดยนักศึกษาแพทย์จะได้รับการฝึกอบรมทั้งสิ้น 120 ชั่วโมงและนักศึกษาพยาบาล 99 ชั่วโมง การศึกษาหลังปริญญาตั้งแต่ 3 เดือนในหลักสูตรการดูแลสุขภาพจิตพื้นฐานสำหรับพยาบาลและแพทย์ ถึง 18 เดือนสำหรับพยาบาลจิตเวช และ 3 ปี สำหรับแพทย์ประจำบ้านจิตเวช (MHT Curriculum, 2004)

### ตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่น

#### *A New Model for Mental Health in Cambodia (NSPMH)*

เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณ การให้บริการสุขภาพจิตในกัมพูชาก่อนหน้านี้เน้นไปที่การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ รูปแบบใหม่ของการดูแลสุขภาพจิต มุ่งไปที่การขยายบริการที่บูรณาการเข้ากับบริการในชุมชน โดยการใช้หลักการดังนี้

- **แนวทางบูรณาการเข้ากับระบบบริการ** - ทั้งศูนย์สาธารณสุขชุมชนและระบบอื่นๆ เช่น การศึกษา บริการสังคม
- **การเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง** - ความเท่าเทียม ประชาชนสามารถจ่ายได้ และบริการที่มีคุณภาพที่สามารถเข้าถึงได้ เหมาะสมกับวัฒนธรรม และตามองค์ประกอบของวัฒนธรรม
- **ปกป้องสิทธิโดยการรักษาความลับ** - ทำให้มั่นใจได้ว่าข้อมูลทุกอย่างของบุคคล รวมทั้งประวัติส่วนตัวจะถูกเก็บเป็นความลับโดยบุคลากรสุขภาพจิต
- **การยินยอมรับการรักษา** - รวมถึงสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา
- **การประกันคุณภาพ** - ประเด็นสุขภาพจิตทั้งการวินิจฉัยโรค หรือทางเลือกในการรักษาจะต้องได้รับการประเมินให้เป็นไปตามหลักการและมาตรฐานระดับชาติ
- **การดูแลในชุมชน** - เน้นการให้การดูแลในสิ่งแวดล้อมที่ควบคุมน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และจะใช้สิ่งแวดล้อมที่ควบคุมเฉพาะที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือสาธารณสุข และเฉพาะสถานการณ์เท่านั้น
- **ประสิทธิภาพและความน่าเชื่อถือ** - การกระจายและการใช้ทรัพยากรจะถูกตรวจสอบอย่างโปร่งใสตามข้อตกลงในหลักการ

รูปแบบใหม่ของการดูแลสุขภาพจิต จะเน้นความสำคัญของการเป็นผู้ที่เข้มแข็งที่จะช่วยให้การเรียกร้องสิทธิของผู้ป่วยและการสนับสนุนมีประสิทธิภาพ ผล รูปแบบนี้เน้นความสำคัญของการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับทุกระดับของการอบรม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและทักษะพื้นฐานสำหรับแพทย์ทั่วไป เพื่อสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายในชุมชน รูปแบบนี้มุ่งไปที่การกระตุ้นบทบาทของครอบครัว องค์กรอิสระ และองค์กรในชุมชนในการให้บริการสุขภาพจิต นอกเหนือจากนั้น รูปแบบยังมีวัตถุประสงค์ในการให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่าง บริการสุขภาพจิตกับทรัพยากรท้องถิ่น เช่น บริการปฐมภูมิ และหมอพื้นบ้านเพื่อป้องกันมิให้การดูแลแยกเป็นส่วนๆ เป็นที่คาดการณ์ได้ว่ามาตรการเหล่านี้ จะส่งผลให้ตราบาปและการเลือกปฏิบัติลดลงในทั้งผู้บริการและผู้ให้บริการ

## ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

ในสาธารณรัฐประชาชนจีน บริการสุขภาพจิตปฐมภูมิหรือบริการสุขภาพจิตชุมชนยังไม่พัฒนาดีนัก การพัฒนาบริการสุขภาพจิตในชุมชนจึงดำเนินการโดยโรงพยาบาลจิตเวชภายใต้การสนับสนุนของโรงพยาบาลทั่วไปและศูนย์ควบคุมโรค (CDC) โปรแกรมระดับชาติที่ผลักดันมาจากส่วนกลางจะเป็นวิธีที่รวดเร็วในการดำเนินงานรูปแบบบริการใหม่ทั่วทั้งประเทศ ที่กว้างขวางและมีลักษณะหลากหลาย

### ข้อมูลทั่วไปของประเทศและระบบสุขภาพจิต

สาธารณรัฐประชาชนจีนมีพื้นที่ประมาณ 9,597,000 ตารางกิโลเมตร มีประชากรทั้งหมด 1,295.33 ร้อยล้านคน (รวมฮ่องกง มาเก๊า และไต้หวัน) ซึ่งเท่ากับร้อยละ 21.5 ของประชากรโลก ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในภาคแรงงานโดยร้อยละ 70.15 ของประชากรอยู่ในช่วงวัย 15 – 64 ปี ประมาณร้อยละ 36.06 ของประชากรอาศัยอยู่ในเขตเมือง ขนาดครัวเรือนประมาณ 3.65 คนในครอบครัวชนบท และ 3.1 คนในครอบครัวเขตเมือง มีชนเผ่าต่างๆ อยู่ถึง 56 ชนเผ่าโดยชนชาวฮั่นเป็นชนกลุ่มใหญ่มีประมาณร้อยละ 91.6% ของประชากรทั้งหมด ภาษาราชการคือภาษาจีนแมนดาริน

หลังจากมีการปฏิรูปเศรษฐกิจใน 30 ปีที่ผ่านมา ประเทศจีนได้เปลี่ยนจากระบบเศรษฐกิจแบบวางแผน (planned economy) เป็นเศรษฐกิจแบบตลาด (market economy) ธนาคารโลกได้กำหนดให้จีนเป็นประเทศรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำ (lower middle income country) ในปี 2549 รายได้ประชาชาติต่อประชากร 2,039 เหรียญสหรัฐจัดเป็นอันดับที่ 69 ของโลก จีนมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมาก ในระยะ 5 ปีนี้อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจอยู่ที่ประมาณร้อยละ 10 ต่อปี อย่างไรก็ตาม การเติบโตด้านการเงินยังกระจายไม่เท่าเทียมกัน ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงโดยเศรษฐกิจไปสู่ภาคอุตสาหกรรม ทำให้มีการย้ายถิ่นฐานจากชนบทเข้าสู่เมือง ส่งผลให้ขาดความยืดหยุ่นในสังคม

การประชุมติดตามในเขตปักกิ่ง โดย MOH และ WHO สิงหาคม 2007



บทที่ 2: รายงานสรุปงานสุขภาพจิตชุมชนและตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่น | 35



Zhanghong (China)  
b. 1969  
No title  
hand-knitted beads

จำนวนของผู้ที่มีปัญหาโรคจิตที่เห็นได้ชัดเจนเป็นตัวบ่งชี้ถึงความต้องการที่กดดันให้เกิดการปรับปรุงบริการสุขภาพจิต เช่น มีการคาดประมาณว่า ประชากร 66 ล้านคนได้รับทุกข์ทรมานจากโรคจิต โดยมีจำนวน 0.3 ล้าน รายที่ป่วยเป็นรายใหม่ต่อปี ในจำนวนนี้ร้อยละ 50 - 70 ไม่ได้รับการบำบัดรักษา (ที่มา : National Institute of Mental Health Peking University)

ในเดือนเมษายน 2545 รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ความมั่นคงและกิจการพลเรือนและสหพันธ์ผู้พิการของประเทศจีนได้ร่วมกันลงนามในแผนสุขภาพจิตฉบับแรก (2545 – 2553) ในเดือนกันยายน 2547 ทั้งหกกระทรวงและสหพันธ์ผู้พิการแห่งประเทศจีน ได้ตกลงร่วมกันในข้อเสนอที่จะทำให้การดำเนินงานสุขภาพจิตให้เข้มข้นขึ้น และต่อมาได้เปลี่ยนเป็นชื่อ General Office of the State Council ข้อเสนอที่นับได้ว่าเป็นนโยบายทางสุขภาพจิตของประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

รูปแบบของงบประมาณงานสุขภาพจิตนั้นซับซ้อนมาก โดยงบประมาณบริการผู้ป่วยในมาจาก 3 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกิจการพลเรือน และกระทรวงความมั่นคงแห่งชาติ ในขณะที่บริการด้านอื่นๆ อยู่ภายใต้กระทรวงอื่น งบประมาณด้านสุขภาพจิตมีน้อยกว่าร้อยละ 5 ของงบประมาณสาธารณสุข ในปี 2547 มีโรงพยาบาลจิตเวช 565 แห่ง มีแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป 494 แห่ง มีศูนย์สุขภาพจิต 57 แห่ง และคลินิกสุขภาพจิต 19 แห่ง

ระบบสาธารณสุขชุมชนถูกทำลายโดยระบบเศรษฐกิจแบบการตลาด เนื่องจากขาดระบบการควบคุมการส่งต่อและการให้บริการอย่างเป็นระบบ และความกดดันจากการทำผลกำไร ดังนั้นบริการสุขภาพจิตส่วนใหญ่อยู่เฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางโดยตรง

บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพจิตในจีนส่วนใหญ่เป็นจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช ในปี 2547 ประเทศจีนมีจำนวนจิตแพทย์ 16,103 คน และพยาบาลจิตเวช 24,793 คน แต่ศักยภาพของบุคลากรเหล่านี้ยังคงจำกัด ในปัจจุบันประเทศจีนมีระบบการฝึกอบรมเฉพาะทางและการพัฒนาวิชาการต่อเนื่อง (CME) จิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชที่มีใบประกอบโรคศิลปะ จะได้รับการรับรองโดยกระทรวงสาธารณสุข ผู้ให้คำปรึกษาด้านจิตใจ จะได้รับการรับรองจากกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และนักจิตบำบัดได้รับการรับรองจากกระทรวง

บุคลากรและกระทรวงสาธารณสุข เมื่อไม่กี่ปีมานี้ National Center for Mental Health - CDC ได้เปิดการอบรมระดับชาติถึงมาตรฐานการวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรค bipolar สำหรับจิตแพทย์ในโรงพยาบาลจิตเวชท้องถิ่นและ อบรมการค้นหาและการรักษาโรคซึมเศร้าเบื้องต้นสำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ให้บริการพักอาศัย (nursing home) หรือการรักษาระยะยาวในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากค่าใช้จ่ายบริการต่ำกว่าโรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่

## หลักการและกลยุทธ์ของประเทศด้านสุขภาพจิต

หลักการของการให้บริการสุขภาพจิตของประเทศไทย คือ “รัฐบาลเป็นผู้นำ ประชาชนมีส่วนร่วม เน้นการป้องกัน การรักษาหลากหลาย เน้นจัดการเฉพาะ ครอบคลุมครบถ้วน และบริหารจัดการตามกฎหมาย” เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนบริการที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก บริการเฉพาะทางยังคงมีบทบาทสำคัญมากในประเทศไทย ในขณะที่บริการสุขภาพจิตโดยสถานพยาบาลปฐมภูมิ บริการสุขภาพจิตชุมชนและบริการจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปยังคงค่อนข้างจำกัด แต่บริการระยะยาวยังสามารถจัดหาที่พักอาศัยและยาที่ราคาถูกลงสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในราคาที่ค่อนข้างต่ำ

ตามหลักการจัดบริการขององค์การอนามัยโลก ได้เกิดโปรแกรมระดับชาติเพื่อปฏิรูปร่างงานสุขภาพจิตเรียกว่า “โปรแกรม 686” ที่มีการติดตามดูแลที่บ้านผู้ป่วย บางรายรับยาได้ที่บ้านหรือคลินิกใกล้บ้าน บริการจะเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและครอบคลุม สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยจะได้รับความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตและฝึกทักษะที่ใช้ในชีวิตประจำวัน แผนกรักษาแบบปิด (locked wards) ได้เปลี่ยนเป็นแบบเปิด (open wards)

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโปรแกรมนี้อาจจัดตั้งเหมือนกันในแต่ละพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลือกรูปแบบที่หลากหลายได้ เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร ดังนั้นบริการเฉพาะตามความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากพิการทางร่างกาย พิการทางสติปัญญา ปัญญาอ่อน บุคคลไร้ที่พึ่ง หรือผู้ต้องขังยังจำกัด ข้อจำกัดของโปรแกรมการปฏิรูปร่างงานสุขภาพจิต คือ มีความต้องการมากและมีผู้ที่ต้องการบริการจำนวนมากในขณะที่งบประมาณมีจำกัด เครื่องมือบริการจึงยังไม่พัฒนาเต็มที่และระบบก็ยังไม่สมบูรณ์ บุคลากรสุขภาพจิตได้รับค่าตอบแทนต่ำกว่างานที่ทำ และขาดการสนับสนุนทรัพยากรทำให้จำกัดความสามารถในการให้บริการ

การปฏิรูปบริการควรจะมีการดำเนินการและสนับสนุนร่วมกันจากหลายหน่วยงานและองค์กรในประเทศ การดูแลในชุมชนควรจะมีพื้นฐานของกาให้บริการสุขภาพจิต โดยจัดบริการให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรและควรจะสามารถเข้าถึงบริการได้โดยง่าย ต่อเนื่อง ไม่ขาดช่วง และครอบคลุม และตอบสนองต่อกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลาย บริการสุขภาพจิตชุมชนควรจะรวมถึงการให้ความรู้ การป้องกัน การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป้าหมายสุดท้ายของบริการคือการทำผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิมและป้องกันมิให้เสื่อมสภาพลง

ประเทศที่กำลังพัฒนาควรเรียนรู้จากรูปแบบบริการสุขภาพจิตจากประเทศที่พัฒนาแล้ว และปรับใช้เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศตนในขณะนั้น



การประชุมประจำปีโครงการ 686 เดือนพฤศจิกายน 2006

## ตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่น

### *The 686 Project*

หลังจากโรคไข้หวัดนกระบาด รัฐบาลจีนได้ปรับปรุงระบบสาธารณสุข ในปี 2547 ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ (CDC) และมหาวิทยาลัยปักกิ่ง ได้เยี่ยมชมบริการสุขภาพจิตชุมชนในเมืองเมลเบิร์น และตัดสินใจใช้รูปแบบของรัฐวิเทศวิธีเป็นต้นแบบ ในเดือนกันยายน 2547 หลังจากพิจารณาข้อเสนอแนะกว่า 50 โครงการ โปรแกรมการปฏิรูปบริการสุขภาพจิตเป็นเพียงโปรแกรมเดียวที่บรรจุอยู่ในโปรแกรมสาธารณสุขระดับชาติ

ในเดือนธันวาคม 2547 โปรแกรมปฏิรูปบริการสุขภาพจิตได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงการคลัง ภายใต้ชื่อว่า “โครงการ 686” เนื่องจากได้รับงบประมาณทั้งสิ้น 6.86 ล้านหยวน ศูนย์สุขภาพจิตแห่งชาติและศูนย์ควบคุมโรคติดต่อเป็นผู้รับผิดชอบโดยจัดตั้งคณะทำงานระดับชาติ 1 ชุด และกลุ่มที่ปรึกษาต่างชาติ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากมหาวิทยาลัยเมลเบิร์น

ในปี 2548 ได้มีโครงการสาธิตขึ้นใน 30 จังหวัดทั่วประเทศ โดยทุกจังหวัดจะมีหนึ่งศูนย์ในเขตเมือง และอีกหนึ่งศูนย์ในเขตชนบท ครอบคลุมประชากร 43 ล้านคน มีการฝึกอบรม 602 ครั้ง มีผู้เข้ารับการอบรมจำนวนเกือบ 30,000 คน ทั้งจิตแพทย์ แพทย์ในชุมชน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน บุคลากรฝ่ายความมั่นคง และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย มีการจัดทำฐานข้อมูลของผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์

ในปี 2549 โปรแกรมได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็น 10 ล้านหยวนเพื่อปรับระบบติดตามและการจัดการผู้ป่วยโรคจิต และจัดตั้งทีมบำบัดรักษาและป้องกันอย่างครบวงจรระดับท้องถิ่นในพื้นที่สาธิต มีการฝึกอบรมกว่าร้อยละ 15 ของจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชจากหน่วยงานมากกว่า 12,000 แห่ง มีการรับพยาบาลจากโรงพยาบาลจิตเวช แผนกจิตเวช ศูนย์สาธารณสุขตำบลหรือชุมชน และจากคณะกรรมการตำบลหรือหมู่บ้าน

จนถึงเดือนธันวาคม 2549 มีผู้ป่วยมาลงทะเบียนมากถึง 65,000 คน ในจำนวนนี้ประมาณ 22,000 คนเป็นผู้ป่วยที่มีแนวโน้มพฤติกรรมรุนแรงและต้องการการติดตามสม่ำเสมอ ผู้ป่วยกว่า 9,000 คนที่มีแนวโน้ม



พฤติกรรมรุนแรงได้รับยาฟรี และผู้ป่วยมากกว่า 2,600 คนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้รับการจัดการภาวะวิกฤต โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และมีผู้ป่วยมากกว่า 1,000 คน ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ในผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม พบว่าระดับของการก่อความรุนแรงลดลง

ในปี 2550 งบประมาณได้เพิ่มขึ้นอีก 15 ล้านหยวน สำหรับการให้บริการอย่างต่อเนื่องในโครงการ สาธิต 60 แห่ง มหาวิทยาลัยเมลเบิร์นและ Chinese University of Hong Kong ได้ร่วมกันจัดอบรมการจัดการ รายกรณี (case management) ให้แก่ศูนย์สาธิต ในปี 2551 ได้งบประมาณ 27.35 ล้านหยวนทำให้มีผู้ป่วยที่ รับยาและบริการในโรงพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และมีการจัดตั้งศูนย์สาธิตขึ้นใหม่ในจังหวัดซินเจียง

คาดการณ์ว่า พื้นที่ศูนย์สาธิตจะเพิ่มขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปจนทั่วประเทศ ทิศทางในอนาคต อาจจะมีหน่วยปฏิรูปสุขภาพจิตระดับชาติที่มีบทบาทในการบริหารจัดการ และให้แต่ละจังหวัดศึกษาจากพื้นที่สาธิต ของตนเอง ซึ่งจะทำให้ลดภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการขยายโปรแกรม บุคลากรของรัฐจะต้องได้รับการกระตุ้นให้จัดหาทรัพยากรในท้องถิ่นเพื่อร่วมรับผิดชอบทำงานสุขภาพจิตและปรับรูปแบบตามบริบทของ ท้องถิ่น เมื่อโปรแกรมได้รับการพัฒนา มีบุคลากรผ่านการฝึกอบรม และมีการบริหารจัดการโครงการ จะเป็นสิ่ง ทำหาย และผู้เชี่ยวชาญระดับท้องถิ่นอาจช่วยในการนี้เทศงานและควบคุมกำกับ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ แบบฟอร์มมาตรฐานสำหรับการประเมินผล ทุกจังหวัดจะใช้แบบฟอร์มเพื่อรายงานความก้าวหน้าของโปรแกรม

จากผลของการดำเนินโครงการนี้ ทำให้บุคลากรท้องถิ่นให้ความสนใจในปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น และ ในปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชจะพิจารณาเรื่องการบูรณาการการป้องกันและการบำบัดรักษาอย่างครบวงจร มีการจัดตั้งเครือข่ายในชุมชน ภายใต้การนำของโรงพยาบาลจิตเวช และได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล ทั่วไปและศูนย์การควบคุมโรคติดต่อ นอกเหนือจากนั้น โปรแกรมนี้ยังให้ประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ใน สถานะทางด้านเศรษฐกิจสังคมในระดับต่ำ และทำให้สังคมเกิดความสงบสุข



**Prof. Yu Xin** จากสถาบันสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยปักกิ่ง ต้อนรับ **Ms. Therese Rein** ภรรยา นายกรัฐมนตรีออสเตรเลีย เยี่ยมชม โครงการ 686 วันพุธที่ 9 เมษายน 2551 การ ตรวจเยี่ยมครั้งนี้จัดโดย AusAID Australia's overseas aid programme. AusAID ประกาศให้ การสนับสนุนโครงการ 686 ถ่ายภาพโดย: Cai Linna, AusAID

## ประเทศฮ่องกง

ประชากรที่เจ็บป่วยทางจิตเวชสามารถรับบริการได้ที่บริการปฐมภูมิ และหากจำเป็นจะได้รับการส่งต่อไปยังคลินิกเฉพาะทาง ผ่านเครือข่ายคลินิกผู้ป่วยนอก 74 แห่งและกลุ่มโรงพยาบาล 7 กลุ่ม ในทั้ง 7 กลุ่มนี้ มีการจัดบริการผู้ป่วยใน บริการฉุกเฉินเคลื่อนที่ และบริการจิตเวชชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ประเทศฮ่องกงเป็นเขตปกครองพิเศษของประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งมีพื้นที่ประมาณ 1,104 ตารางกิโลเมตร และมีประชากรประมาณ 7.23 ล้านคน สัดส่วนของงบประมาณสาธารณสุขประมาณร้อยละ 5.5 ของรายได้ประชาชาติ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประมาณร้อยละ 14.5 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด นโยบายการดูแลสุขภาพกำหนดเงื่อนไขว่า “ไม่มีประชากรคนใดถูกปฏิเสธในการเข้ารับบริการสุขภาพ” นั้นหมายถึงบริการสุขภาพเป็นบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายสำหรับทุกคนทั้งภาคเอกชนและภาครัฐ”

รัฐบาลใช้เงินประมาณ 3 พันล้านเหรียญฮ่องกง (ร้อยละ 0.24 ของ GDP) สำหรับการดูแลสุขภาพจิตในแต่ละปี โดยการจัดสรรให้กับองค์กรบริหารโรงพยาบาลและองค์กรอิสระ (NGOs) อีก 11 แห่ง เพื่อจัดให้การบำบัดรักษาทางการแพทย์ สนับสนุนที่พักอาศัย และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ในขณะที่ระบบประกันสุขภาพเป็นไปตามความสมัครใจ และการประกันสุขภาพส่วนใหญ่จะไม่ครอบคลุมสุขภาพจิต รัฐบาลกำลังเร่งที่จะสำรวจหารูปแบบของการประกันสุขภาพอย่างครอบคลุม

บริการสุขภาพส่วนใหญ่ เป็นบริการของรัฐ โดยผ่านองค์กรบริหารโรงพยาบาล (Hospital Authority) ซึ่งเป็นองค์กรที่ตั้งตามกฎหมายในปี 2544 เพื่อบริหารโรงพยาบาลและสถาบันภาครัฐในฮ่องกง ประชากรที่เจ็บป่วยทางจิตเวชสามารถรับบริการได้ที่บริการปฐมภูมิ และหากจำเป็นจะได้รับการส่งต่อไปยังคลินิกเฉพาะทาง ผ่านเครือข่ายคลินิกผู้ป่วยนอก 74 แห่งและกลุ่มโรงพยาบาล 7 กลุ่ม ในทั้ง 7 กลุ่มนี้ มีการจัดบริการผู้ป่วยใน บริการฉุกเฉินเคลื่อนที่ และบริการจิตเวชชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลในปี 2550 มีแพทย์ในฮ่องกงจำนวน 256 คน (ในจำนวนนี้เป็นจิตแพทย์ 115 คนที่เหลือเป็นแพทย์ฝึกหัดและแพทย์ปฏิบัติการ) มีพยาบาล 2,000 คน และบุคลากรทางการแพทย์อื่น 300 คน (รวมถึงนักสังคมสงเคราะห์, นักกิจกรรมบำบัด, และนักจิตวิทยาคลินิก) ที่ทำงานในโรงพยาบาลจิตเวชภายใต้องค์กรบริหารโรงพยาบาล และมีโรงพยาบาลจิตเวชเอกชน 50 แห่งที่ให้บริการโดยเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สามารถจ่ายเงินได้ บริการเอกชนอื่นๆ เช่น แพทย์เวชปฏิบัติที่ผ่านการอบรมให้สามารถรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่รุนแรงผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก แม้ว่าจำนวนนักจิตวิทยา ผู้ให้คำปรึกษา นักบำบัด และนักสะกดจิตในภาคเอกชนจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่เป็นทางการ

ฮ่องกงสนับสนุนข้อเสนอแนะสัดส่วนบริการสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก และทิศทางของรัฐบาลคือสร้างความเข้มแข็งทั้งการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนและบริการสุขภาพจิตในบริการปฐมภูมิ ดังนั้นในแผนกลยุทธ์จึงได้วางแผนลดขนาดโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ 2 โรงพยาบาล โครงการนี้เสร็จสิ้นลงเมื่อปี 2549 ในปัจจุบันฮ่องกงมีจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยจิตเวช 4,600 เตียง (6.4 ต่อประชากร 10,000 คน) ในทั้งโรงพยาบาล



**Chong (Hong Kong), B. 1958, ไม่มีชื่อภาพ, 145 X 190 Mm, Acrylic.**

จิตรกรวาดภาพแบบไม่มีทิศทางชัดเจน อย่างไรก็ตามภาพนี้

สามารถสะท้อนโลกของการวาดภาพภายในของจิตรกรและมีพื้นที่ว่างไม่จำกัดให้ผู้ดูจินตนาการ

จิตเวชขนาดใหญ่ และในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไป เป้าหมายปัจจุบันคือลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลในผู้ป่วยเฉียบพลัน การเพิ่มบุคลากรในทีมจิตเวชชุมชนเพื่อให้สามารถให้บริการแบบเข้มข้นแก่ผู้ป่วยหลังจำหน่าย และเพื่อให้บริการการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเร่งด่วนในภาวะวิกฤต การที่มีทางเลือกรูปแบบการบำบัดรักษาในชุมชนที่หลากหลาย จะสามารถทำให้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้เพิ่มขึ้น

จุดประสงค์ที่สำคัญอีกข้อหนึ่งสำหรับระบบสุขภาพจิตในฮ่องกง คือการกำหนดนโยบายสุขภาพจิตระยะยาวและสอดคล้องกัน โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการประสานความร่วมมือจากทุกองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้ ฮ่องกงจำเป็นต้องวางแผนกำลังคนที่ต้องการในอนาคต เมื่อเร็วๆ นี้ The Food and Health Bureau of The Hong Kong SAR Government ได้ตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษาประเด็นนี้ นอกเหนือจากนั้น รูปแบบงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิจะต้องมีการปรับปรุงเพื่อให้เกิดความสมดุลของการจัดลำดับความสำคัญที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง รวมถึง ประเด็นการจ่ายค่ารักษา หรือการจ่ายค่ารักษาร่วม (co-payment) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความมกพร่องน้อยกว่า (เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล)

นอกจากนั้น องค์กรบริหารโรงพยาบาลได้มีความพยายามที่จะรับเอาวิธีการจากข้อเสนอแนะของชุมชนในต่างประเทศด้านการจัดรูปแบบองค์กรและการจัดบริการสุขภาพจิต เนื่องจากระบบการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมที่มุ่งเน้นไปที่การดูแลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ จึงทำให้บทบาทของผู้ให้บริการปฐมภูมิสำหรับงานสุขภาพจิตไม่เข้มแข็งพอ การประสานความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดและอย่างดีระหว่างบุคลากรสุขภาพจิตขององค์กรบริหารโรงพยาบาล และองค์กรอิสระจะต้องสร้างอย่างเข้มแข็ง เพื่อหลีกเลี่ยงการจัดบริการที่ทับซ้อนกัน และควรมีการรณรงค์สาธารณะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ความรู้ประชาชนและลดตราบาปของการเจ็บป่วยทางจิตเวช การเพิ่มความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและผู้รับบริการในขั้นตอนบริการเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ในส่วนของการทบทวนบริการสุขภาพจิตในฮ่องกง องค์กรบริหารโรงพยาบาลได้ส่งผู้แทนไปประเทศออสเตรเลียในปี 2550 เพื่อศึกษารูปแบบของรัฐวิคตอเรีย และต่อมาได้มีที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิตจากวิคตอเรียเดินทางมาฮ่องกง เพื่อประเมินบริการสุขภาพและให้ข้อเสนอแนะสำหรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

ฮ่องกงจะต้องจัดการกับความสมดุลที่เหมาะสม ระหว่างบริการในโรงพยาบาลกับบริการในชุมชน ประสบการณ์ระดับท้องถิ่นได้แสดงให้เห็นว่าด้วยทรัพยากรที่จำกัดในเมืองที่มีประชากรหนาแน่นมาก รูปแบบผลของการดูแลในชุมชน ควรจะได้รับการพัฒนาไปพร้อมกับการมีเตียงสำหรับแผนกผู้ป่วยในที่เหมาะสมในสถานบริการที่มีเป้าประสงค์เฉพาะเจาะจง ในขณะที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลโดยการเครพศักดิ์ศรี และมีพื้นที่อย่างเพียงพอ อัตราส่วนของเตียง 6:10,000 ประชากรน่าจะพอเพียง ซึ่งอัตราส่วนนี้สูงกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วบางประเทศที่มีบริการสนับสนุนในชุมชนอย่างเพียงพอ และควรมีโปรแกรมสำหรับการช่วยเหลือดูแลตั้งแต่ระยะแรกเพื่อการค้นหาและดูแลระยะแรกสำหรับโรคซึมเศร้าและโรคจิต โปรแกรมนี้ยังใช้สำหรับการจำหน่ายผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานแล้วกลับไปรับบริการในชุมชน แม้ว่าการใช้งบประมาณในภาพรวมจะเป็นไปอย่างคุ้มค่า รูปแบบผลมยังคงต้องการงบประมาณส่วนใหญ่จากรัฐบาล และยังคงต้องมีการยืนยันในนโยบายเช่นเดียวกับการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้การดำเนินงานรูปแบบการดูแลในชุมชนดีขึ้น

---

#### ตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่น

#### *Extended-Care Patients Intensive Treatment, Early Diversion and Rehabilitation Stepping Stone (EXITERS) Project*

ถึงแม้ว่ามีความก้าวหน้าของยารักษาและบริการจิตเวชชุมชน แต่ก็ยังคงมีผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากที่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นเวลานาน จากการสำรวจเมื่อมิถุนายน 2543 โดยองค์กรบริหารโรงพยาบาล ถึงระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 1,138 คน (ร้อยละ 23.1) มีระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยมากกว่า 4 ปี EXITERS เป็นโครงการนำร่องที่เริ่มดำเนินการในปี 2543 ใน 3 ระยะ เพื่อจะนำผู้ป่วยในที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานกลับสู่ชุมชน มีการจัดทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาล 7 คน นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ 2 คน และนักกิจกรรมบำบัด 1 คน และมีผู้ช่วยเหลืออีก 12 คน ประจำอยู่ทุกโรงพยาบาล เพื่อดำเนินการตามความต้องการที่สลับซับซ้อนของผู้ป่วย

ในระยะที่ 1 มีการใช้เตียงที่ว่างๆ ในโรงพยาบาลจิตเวช 3 แห่งในฮ่องกงเพื่อปรับเปลี่ยนไปเป็น group home โดยการจัดบรรยากาศสิ่งแวดล้อมคล้ายที่บ้านเพื่อให้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น ในระยะที่ 2 ได้นำเอาผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลเกิน 6 เดือนขึ้นไปมาเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีผู้จัดการรายกรณี ผู้ป่วยเหล่านี้ยังไม่สามารถไปอยู่ที่บ้านกึ่งวิถี (half way house) หรือ มีประวัติการเข้ารับบริการเข้า/ออกจาก บ้านกึ่งวิถีบ่อยครั้ง โครงการนี้ไม่รับผู้ป่วยติดสารเสพติด และผู้ป่วยปัญญาอ่อนระดับปานกลางและรุนแรง และผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาทักษะด้านอาชีพและสังคม และสำรวจทางเลือกต่างๆ ในชุมชน เพื่อลดช่องว่างบริการที่พักอาศัย ในระยะที่ 3 จัดให้มีการสนับสนุนในชุมชน และการติดตามผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีเครื่องมือสำหรับประเมินอาการ ประเมินความต้องการ ความสามารถและคุณภาพชีวิต ทุก 3 เดือน เพื่อประเมินผลลัพธ์



**Kin (Hong Kong), B. 1961,  
Sichuan Earthquake. The Dead And  
Injured Are Miserably Heavy.**

145 X 190 Mm, Sign Pen.  
ภาพวาดนี้แสดงถึงการคร่ำครวญจากการถูกทำลายเนื่องจากแผ่นดินไหวใน Sichuan ประเทศจีน ภัยพิบัติไม่เพียงแต่จะทำลายหัวใจของผู้คนแต่ยังทำลายธรรมชาติทั้งหมด ต้นไม้โค่นล้ม หิน ดิน โคลนถล่มมาบนถนน ทำให้ทีมกู้ภัยทำงานลำบากปีกของผีเสื้อถูกทำลาย พระอาทิตย์หดไปอยู่ที่ขอบของภาพ พระจันทร์มืดสลัวและบิดเบี้ยว บ้านแตกหัก สะทอนถึงหายนะจากภัยพิบัติ ผู้คนในภาพ สะทอนถึงเหยื่อ ผู้เสียชีวิตกว่า 60,000 คน เด็กหลายคนต้องกำพร้า โรงเรียนหลายแห่งพังหายไป นักเรียนหลายคนถูกฝังในเศษหิน เศษปูน การตายและบาดเจ็บเสียหายหนัก คาดคะเนไม่ได้ น้ำตายังคงหลั่งด้วยความทุกข์ทรมาน อักษร F สีเหลืองในภาพแสดงถึง Flooding, Fire and Future ลักษณะภาพที่กระจัดกระจายแสดงถึงหมู่บ้านที่แตกสลายด้วยน้ำมือของธรรมชาติ



Ching Wai (Hong Kong)

B. 1972

**Breakthrough The Darkness,  
Head Into The Sunlight**

145 X 190 Mm

Sign Pen

ออกมาจากความมืดสู่ถนนที่สว่าง ชีวิตมีทั้งทุกข์และสนุกสนาน ทั้ง  
เศร้าและสุข การกำหนดขึ้นอยู่กับจิตใจของเรา ความทุกข์เป็นสิ่งที่  
หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่หากคุณมีความเข้มแข็งที่จะตระหนักว่าปัญหาคือ  
อะไร คุณก็จะสามารถทนและเปลี่ยนจากลบให้เป็นบวกได้ เมื่อชีวิต  
ตกต่ำจนเคล้าน้ำตา ไม่นานก็จะมีความหวานเกิดขึ้น หลังจากผ่าน  
พ้นความยากลำบาก คุณจะเห็นแสงสว่าง.....ชีวิตจะสดใสขึ้น ชีวิต  
เป็นพรที่ได้รับไม่ว่าจะทุกข์ใจหรือสุขใจ !

ในระยะสามปีแรก มีผู้ป่วยจำนวน 387 คน ที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ผู้ป่วยที่  
จำหน่ายถูกส่งไปตามที่ต่างๆ ไม่ว่าจะกลับไปอยู่กับบ้านด้วยตัวเอง อยู่กับญาติ อยู่ในบ้านพักเอกชน อยู่บ้านที่รัฐ  
จัดใหม่ หรือสถานบริการเอกชน จากการวิเคราะห์ผู้ป่วย 190 คนแรกที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาแล้ว 1  
ปี แสดงให้เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมากในผู้ป่วยทั้งด้านอาการทางจิต ปัญหาพฤติกรรม ระดับ  
ความสามารถและคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ตั้งแต่จำหน่าย  
ส่วนมากยังคงไม่มีอาชีพและยังต้องรับเบี้ยเลี้ยงจากสวัสดิการสังคม

โครงการนี้ ได้กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการซ้ำซ้อนที่ต้องการทรัพยากรที่เหมาะสมในชุมชน การ  
จากการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีทำให้ผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชนได้ ที่พักของ EXITERS ตั้งอยู่ใกล้กับ  
โรงพยาบาล และจัดบรรยากาศสิ่งแวดล้อมแบบบ้านพักอาศัย ทำให้ผู้ป่วยที่ยังมีความทุพพลภาพปรับตัวอย่าง  
ช้าๆ ในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน และด้วยทรัพยากรที่พอเพียงแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องที่อยู่อย่าง  
มากสามารถกลับไปอยู่ที่ชุมชนได้ หากไม่คิดถึงเรื่องความพิการที่มีอยู่แล้ว การจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก  
โรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วยชีวิตนอกโรงพยาบาลจิตเวช

## ประเทศอินเดีย

งานสุขภาพจิตในอินเดียได้เริ่มมีการดำเนินการจริงจังในปี 2545 หลังจากมีการวางกรอบนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติใหม่ นโยบายนี้มุ่งเน้นไปที่โปรแกรมสุขภาพจิตระดับอำเภอ (District Mental Health Program; DMH) โดยใช้เครือข่ายของการกระจายอำนาจบริการสุขภาพจิต เพื่อให้บริการโรคจิตเวชที่พบบ่อย โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ประจำอยู่ นโยบายยังมุ่งเน้นไปที่การยกระดับโครงสร้างภายในของงานสุขภาพจิต สถาบันสุขภาพจิต และหน่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไป และเน้นการสร้างบุคลากรที่มีทักษะทางด้านสุขภาพจิตจำนวนมากด้วย

อินเดียเป็นประเทศที่มีอารยธรรมเก่าแก่ประเทศหนึ่งในโลกซึ่งมีหลายเผ่าพันธุ์และมากไปด้วยมรดกทางวัฒนธรรม อินเดียมีความแตกต่างกันมากทางสังคม เช่น รายได้ และการศึกษา พื้นที่กว้างใหญ่ในอินเดียรวมเอาสภาวะอากาศและภูมิประเทศทุกอย่างที่มีในโลก อินเดียมีพื้นที่ทั้งหมด 3,287,263 ตารางกิโลเมตร เป็นพื้นที่ร้อยละ 2.4 ของพื้นที่โลก และมีประชากรจำนวนมากกว่าร้อยละ 17.5 ของประชากรโลก อินเดียเป็นสหภาพที่ประกอบด้วย 29 รัฐ และ 6 เขตปกครอง อายุขัยประชากรชาย 63.9 ปี และประชากรหญิง 66.9 ปี ความชุกของโรคทางจิตเวชในประชากรอยู่ระหว่างร้อยละ 6 -7 ซึ่งนับเป็นว่าจำนวนสูง

ก่อนปี 2503 บริการสุขภาพจิตส่วนใหญ่บริการโดยโรงพยาบาลจิตเวช การมีจิตเวชในประเทศทำให้มีการจัดตั้งแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปหลายแห่งตั้งแต่ศตวรรษที่ 60 ในศตวรรษที่ 70 จึงเริ่มมีบริการสุขภาพจิตชุมชนขนาดเล็กรวมไปกับบริการปฐมภูมิผ่านการอบรมระยะสั้นให้กับบุคลากรสุขภาพ

โปรแกรมสุขภาพจิตระดับชาติ (National Mental Health Program; NMHP) เริ่มดำเนินการในปี 2525 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีบริการสุขภาพจิตขั้นต่ำและประชาชนเข้าถึงบริการได้ทุกคนในอนาคตอันใกล้ โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยง และสนับสนุนให้มีความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตในบริการสุขภาพทั่วไปและในการพัฒนาสังคม NMHP ยังมีวัตถุประสงค์จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาบริการสุขภาพจิต และกระตุ้นให้เกิดการช่วยเหลือกันในชุมชน มีการพัฒนารูปแบบบริการดูแลสุขภาพจิตชุมชนในระดับอำเภอ และทดลองในอำเภอ Bellary ของ Karnataka ในกลางศตวรรษที่ 80 โครงการทดลองแสดงให้เห็นว่าบริการสุขภาพจิตสามารถให้บริการได้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิโดยการจัดหาจำนวนหนึ่งและให้การอบรมระยะสั้นแก่แพทย์เวชปฏิบัติและบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ ในปี 2530 มีการออกกฎหมายสุขภาพจิตใหม่ ซึ่งดำเนินการภายใต้การควบคุมกำกับของ Central Mental Health Authority และ State Mental Health Authorities สิทธิประโยชน์จากความพิการในผู้ป่วยจิตเวชอยู่ภายใต้ 'Persons with Disability Act' (1995)

บริการสุขภาพจิตระดับชุมชนแบบครบวงจรของโปรแกรมสุขภาพจิตระดับอำเภอได้ใช้รูปแบบของ "Bellary Model" และเริ่มดำเนินการภายใต้โปรแกรมสุขภาพจิตระดับชาติในปี 2549 ในแผน 5 ปี 2540- 2545 โปรแกรมสุขภาพจิตระดับอำเภอมีการขยายไปถึง 27 อำเภอ ใน 22 รัฐและเขตปกครอง

จากการรวมแนวทางสุขภาพจิตครบวงจรเข้าในนโยบายสาธารณสุขระดับชาติ และการประเมินเชิงลึกจนถึงแผนชาติฉบับที่ 9 โปรแกรมสุขภาพจิตระดับชาติได้มีการปรับแผนกลยุทธ์ในปี 2546 เพื่อดำเนินการใน

แผนระดับชาติฉบับที่ 10 ซึ่งมีระยะเวลา 5 ปี (2545 – 2550) การปรับกลยุทธ์นี้เป็นการจัดรูปแบบการริเริ่มของงานสาธารณสุขในการดำเนินงานสุขภาพจิต วัตถุประสงค์ของแผนนี้ คือ การให้มีสัดส่วนบริการที่สมดุลของเครือข่ายบริการที่ใกล้ชิดกัน โดยการจัดงบประมาณสนับสนุนปรับโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐให้ทันสมัยขึ้นยกระดับที่รับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปและในโรงเรียนแพทย์ โปรแกรมสุขภาพจิตระดับระดับอำเภอได้ดำเนินการใน 100 อำเภอทั่วประเทศโดยมุ่งเน้นกลยุทธ์ทาง IEC การฝึกอบรมและการวิจัย

จากข้อเสนอแนะของที่ปรึกษาระดับชาติและการทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมาหลายปีพบว่า โปรแกรมนี้ประสบปัญหาจากการขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะด้านสุขภาพจิตและอุปสรรคในการบริหารจัดการ ปัญหาได้ยกขึ้นมาในแผนฉบับที่ 11 นอกจากนั้นยังเพิ่มการป้องกันการฆ่าตัวตาย การจัดการความเครียดในที่ทำงาน สุขภาพจิตวัยรุ่นและบริการให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาเข้าไปในแผนด้วย แผนนี้ยังรวมถึงการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งขององค์กรชุมชนและแพทย์เอกชนที่ให้บริการและดำเนินการตามโปรแกรมสุขภาพจิตระดับอำเภอ ยิ่งกว่านั้น กลยุทธ์ด้านการประชาสัมพันธ์สำหรับสร้างความตระหนักและการลดตราบาปได้ถูกนำเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของแผนด้วย มีการจัดตั้งระบบการประสานงานและความคืบหน้าทั้งจากส่วนกลาง ระดับรัฐและระดับอำเภอ เพื่อกระตุ้นการดำเนินงานโปรแกรมสุขภาพจิตระดับอำเภอ วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดการขยายงานจนครอบคลุมทุกอำเภอภายในปี 2555 งบประมาณในแผน 11 เพิ่มขึ้น 5 เท่าของแผน 10

ในอินเดียปัจจุบันยังมีปัญหาของการขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะด้านสุขภาพจิต จิตเวชเป็นวิชาหนึ่งที่สอนในหลักสูตร MBBS ในวิทยาลัยแพทย์ 271 แห่ง และแพทย์สภาของอินเดียได้เปิดหลักสูตรแพทย์เฉพาะทาง 3 ปี MD/DNB-จิตเวช และ 2 ปี DPM และมีหลักสูตรปริญญาโท 2 ปีและปริญญาเอก 3 ปีในสถาบันจิตเวชสำหรับนักจิตวิทยาคลินิกและนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชควบคุมโดยสถาบันฟื้นฟูสมรรถภาพและหลักสูตรพยาบาลจิตเวชปริญญาโท 2 ปี และประกาศนียบัตรทางการพยาบาลจิตเวช 1 ปีควบคุมโดยสภาการพยาบาล

องค์กรอิสระ (NGOs) ได้ดำเนินงานสุขภาพจิตในบางส่วนของประเทศ ครอบคลุมของผู้ป่วยจิตเวชเริ่มรวมตัวกันจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันเอง นอกจากนี้ยังมีบริการสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลเอกชนและจิตแพทย์

วัตถุประสงค์ระยะยาวของการดูแลในชุมชนคือ การลดการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพจิต โดยการเพิ่มสถานที่ฝึกอบรมในหลายๆ แขนง โครงสร้างของชนบทควรได้รับการปรับปรุงเพื่อจูงใจบุคลากรสุขภาพจิตและช่วยลดความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายกำลังบุคลากรระหว่างเขตเมืองกับชนบท กลยุทธ์การประชาสัมพันธ์จะสามารถเพิ่มความตระหนักและลดตราบาปได้ นอกจากนี้บริการระยะยาว สถานที่พักอาศัย โรงงานในอารักขาบ้านกึ่งวิถี โปรแกรมโรงพยาบาลกลางวันและบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนควรมีการจัดตั้งขึ้นโดยบูรณาการเข้ากับโปรแกรมสุขภาพจิตระดับอำเภอเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพจิตครบวงจร

อินเดียได้พยายามจัดบริการสุขภาพจิตให้ครอบคลุมประชากรและส่งเสริมให้มีความเป็นอยู่ที่ดีผ่านความพยายามที่จริงจังและมุ่งมั่นร่วมกับการคิดเชิงวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ ในระดับสากลแล้วอินเดียมั่นใจว่ารูปแบบงานสุขภาพจิตชุมชนและประสบการณ์น่าจะเป็นประโยชน์สำหรับประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด ในการร่วมมือระดับนานาชาติ อินเดียยินดีให้การสนับสนุนแก่ประเทศต่างๆ และเป็นเจ้าภาพร่วมมือในการพัฒนางานที่สำคัญนี้





ป้ายงาน Awareness & Diagnostic Camp จัดโดยโปรแกรมสุขภาพจิตระดับอำเภอใน Delhi

### ตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่น

#### **The District Mental Health Program**

โปรแกรมสุขภาพจิตระดับอำเภอเริ่มเปิดโครงการในปี 2539 ภายใต้โปรแกรมสุขภาพจิตระดับชาติ  
วัตถุประสงค์

- เพื่อให้บริการสุขภาพจิตขั้นพื้นฐานที่ยั่งยืนแก่ชุมชน และบูรณาเข้ากับบริการสาธารณสุขอื่นๆ
- การค้นหาและรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในชุมชน
- เพื่อหลีกเลี่ยงมิให้ผู้ป่วยและญาติ ต้องเดินทางไกลเพื่อไปโรงพยาบาล หรือสถานบริการที่อยู่ในเมือง
- เพื่อลดแรงกดดันที่มีต่อโรงพยาบาลจิตเวช
- เพื่อลดตราบาปของการเจ็บป่วยทางจิต โดยการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และการให้ความรู้แก่สาธารณะ
- เพื่อให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ แก่ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับมาอยู่ในชุมชน

#### โครงการโดยย่อ

โปรแกรมสุขภาพจิตระดับอำเภอดำเนินการโดยทีมบุคลากรสุขภาพจิตเป็นหลัก ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช พยาบาลจิตเวช พยาบาลผู้ช่วย และนายทะเบียน พื้นที่บริการอยู่ในอำเภอและบริเวณที่อยู่ใกล้เคียง

## องค์ประกอบของโปรแกรม

- บริการสุขภาพจิตชุมชน ประกอบด้วยแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงบริการนอกสถานที่ที่สถานบริการปฐมภูมิตามวันเวลาที่กำหนด เพื่อให้บริการติดตามดูแลผู้ป่วย จำยาจิตเวช บันทึกข้อมูลและการส่งต่อไปยังบริการที่เหมาะสมตามความต้องการ
- ฝึกอบรมบริการสุขภาพจิตแก่แพทย์ทั่วไป บุคลากรสุขภาพ และผู้ปฏิบัติงานอื่น ๆ
- บริการให้ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร และการให้ความรู้
- ให้การสนับสนุนด้านวิชาการและบริหารจัดการจากสถาบันจิตเวช โรงเรียนแพทย์ในระดับอำเภอ

รัฐบาลได้ควบคุมกำกับโปรแกรมโดยผ่านสถาบันย่อย และรัฐบาลกลางกำกับติดตามโปรแกรมนี้นี้ผ่านที่ปรึกษาจากองค์กรอนามัยโลกในกระทรวงสาธารณสุข

บริการสุขภาพจิตขั้นพื้นฐานได้จัดในระบบสาธารณสุขทั่วไปโดยกลุ่มเครือข่ายของบุคลากรที่ผ่านการอบรม รูปแบบโปรแกรมสุขภาพจิตระดับอำเภอได้แสดงให้เห็นว่า การให้บริการสุขภาพจิตพื้นฐานสามารถทำได้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยการฝึกอบรมแพทย์เวชปฏิบัติ การนิเทศงานและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของโปรแกรมสุขภาพจิตหรือจิตแพทย์จะช่วยเสริมสร้างให้ระบบบริการสาธารณสุขสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพจิตของประชาชนได้ จากการทบทวนและการรับคำปรึกษา ได้ช่วยชี้ให้เห็นอุปสรรคการดำเนินงานของโปรแกรมสุขภาพจิตระดับอำเภอ และมีความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ซึ่งได้ปรับเปลี่ยนแผนในโปรแกรมสุขภาพจิตระดับอำเภอในแผน 11

ในแผน 11 ทีมของโปรแกรมสุขภาพจิตระดับอำเภอได้จ้างแพทย์ที่ผ่านการอบรมหากไม่มีจิตแพทย์ บุคลากรอื่นๆ ในทีม ได้แก่ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล หรือผู้ช่วยงานสำนักงาน ที่ได้รับการฝึกอบรมทักษะแบบสั้นโดยหลักสูตรกลาง

บริการการส่งเสริมสุขภาพจิตจะเป็นบริการใหม่ที่ต้องเพิ่มขึ้นตามความต้องการของชุมชน และบริการนี้จะได้รับความร่วมมือจากองค์กรที่เชื่อถือได้ และแพทย์เอกชนที่ร่วมดำเนินงานในโครงการ จากปัญหาขาดแคลนจิตแพทย์ แพทย์ทั่วไปจะได้รับการฝึกเป็นแพทย์เฉพาะทางจิตเวช โดยเป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรจิตเวช 1 ปี เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพจิตที่ผ่านการอบรม และยังคงมีการยกระดับสถานบริการจิตเวชของมหาวิทยาลัยแพทย์และโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลจิตเวชที่ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์จะมุ่งเน้นทางการให้ข้อมูลข่าวสารและให้ความรู้และการสื่อสาร จำเป็นต้องดำเนินการเพื่อเพิ่มความตระหนักของปัญหาสุขภาพจิต และลดตราบาป

## ประเทศอินโดนีเซีย

ประเทศอินโดนีเซียมุ่งเน้นการเพิ่มพูนศักยภาพแก่บุคลากรสุขภาพเพื่อให้บริการสุขภาพจิตได้ จึงได้มีโปรแกรมการฝึกอบรมการรักษาทางจิตเวชสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติในสถานพยาบาลปฐมภูมิ และมีบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิจำนวนหนึ่งได้เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา มีบุคลากรผ่านการอบรมทั้งสิ้น 500 คน โดยเฉพาะที่อาแจห์ สุราเวสีตอนใต้ และสุมาตราตะวันตก

อินโดนีเซียเป็นประเทศที่มีหมู่เกาะจำนวนมากในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมีจำนวนประชากรเป็นลำดับที่ 4 ของโลก (222,611 ล้านคน) ร้อยละ 60 ของประชากรอยู่ในชนบท ผลสำรวจเมื่อมีนาคม 2549 พบว่ามีประชากร 3,905 ล้านคน (ร้อยละ 17.75 ของประชากรทั้งหมด) มีชีวิตอยู่ต่ำกว่าระดับความยากจน งานสุขภาพจิตของประเทศถูกจัดให้เป็นลำดับท้ายๆ ของโปรแกรมพัฒนาประเทศ ทั้งนี้เนื่องจากการขาดประสิทธิภาพของกฎหมายและนโยบายสุขภาพจิต โครงสร้างภายในที่ไม่ดี และขาดทรัพยากรทั้งด้านงบประมาณและบุคลากร งานสุขภาพจิตได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อยกว่าร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสาธารณสุข ซึ่งร้อยละ 97 จะจัดสรรไปที่โรงพยาบาลจิตเวชและมีงบประมาณจำกัดมากสำหรับงานสุขภาพจิตชุมชน นอกจากนี้ยังมีข้อมูลจำกัดด้านระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชซึ่งมีการสำรวจครั้งสุดท้ายเมื่อปี 2538

จำนวนเตียงจิตเวชทั้งหมดในอินโดนีเซียยังไม่เพียงพอกับความต้องการของประชากร ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชจำนวนมากอาศัยอยู่ในชุมชนโดยไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม การพัฒนาของระบบบริการปฐมภูมิก็ยังไม่ดีนักและไม่สามารถสนับสนุนการบูรณาการงานสุขภาพจิตในบริการปฐมภูมิได้ หมอพื้นบ้านและพยาบาลจากโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐจะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนบ้างเป็นครั้งคราว トラบาปยังคงมีอยู่ในชุมชนอย่างมาก เนื่องจากปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น ศาสนา และที่เลวร้ายไปกว่านั้นคือประชาชนไม่มีความเข้าใจ และไม่มีบริการบูรณาการการดูแลสุขภาพในชุมชนกับหน่วยงานอื่นๆ โดยเฉพาะในชนบทหรือในท้องที่ห่างไกล การขาดแคลนบุคลากรอย่างหนักในบุคลากรสุขภาพจิตทุกกลุ่ม ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน พยาบาลสุขภาพจิต แพทย์เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต นักจิตวิทยาคลินิกและจิตแพทย์

ในสมัยก่อนชาวอินโดนีเซียที่เจ็บป่วยทางจิตจะถูกนำออกจากชุมชนไปอยู่ในสถาบันหรือโรงพยาบาลจิตเวชทำให้เกิดตราบาปต่อผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทางเลือกน้อยมากและมีกัประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการและรับบริการต่อเนื่อง ในอินโดนีเซียสุขภาพจิตชุมชนหมายถึงบริการสุขภาพจิตสำหรับประชาชนในชุมชนด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น บริการสุขภาพจิตชุมชนเริ่มขึ้นครั้งแรกในปี 2519 – 2530 เมื่อจิตแพทย์จากโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐออกไปให้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการปฐมภูมิและในโรงพยาบาลทั่วไป อย่างไรก็ตามรูปแบบนี้ยังจำกัดเนื่องจากไม่สามารถออกไปบริการได้มากนัก ในปี 2530 - 2543 ได้มีการเพิ่มศักยภาพให้แพทย์เวชปฏิบัติและพยาบาลในสถานพยาบาลปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชนสามารถคัดกรองและรักษาผู้ป่วยจิตเวช เช่น โรคจิต โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล แต่ก็พบอุปสรรค เช่น การผลิตเปลี่ยนหมุนเวียนของแพทย์ที่ผ่านการอบรมแล้วเพื่อไปศึกษาต่อเฉพาะทาง และจากความต้องการบริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิอย่างมากทำให้ผลลัพธ์ออกมาไม่ประสบผลสำเร็จ เช่น การขาดแคลนยาจิตเวช การ

ขาดการนิเทศจากหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอและการทำงานสุขภาพจิตไม่ได้รับความสนใจ ในปี 2543 มีการดำเนินงานตามนโยบายกระจายอำนาจบริการสุขภาพ โดยโรงพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ภายใต้บังคับการ บริหารของรัฐส่วนท้องถิ่น ในขณะที่หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอและจังหวัด ไม่ได้สนใจบริการ สุขภาพจิต ดังนั้นจึงมิได้จัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดบริการสุขภาพจิตในสถานบริการปฐมภูมิ

ในปี 2547 หลังจากภัยพิบัติสึนามิในอินโดนีเซียได้มีการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่าง มาก จากเหตุการณ์นี้ทำให้องค์กรอิสระ (NGOs) จากนานาชาติหลั่งไหลเข้ามาให้ความช่วยเหลืองบประมาณ จำนวนมากเพื่อปรับปรุงบริการด้านสุขภาพจิต ถือเป็นจุดเปลี่ยนของบริการสุขภาพจิตในชุมชนของอินโดนีเซีย โดยการสนับสนุนจากองค์กรนานาชาติ เช่น WHO, ADB, IOM, CBM ที่มุ่งเน้นเฉพาะการจัดบริการในชุมชน โดยเฉพาะในจังหวัดอาเยห์ งานดูแลสุขภาพจิตชุมชนของอินโดนีเซีย ภายใต้ความร่วมมือของ NGOs ได้ ดำเนินงานบริการสุขภาพจิตทั้งการเรียกร้องสิทธิ การส่งเสริมป้องกัน การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะบริเวณที่ได้รับผลกระทบ เช่น กรุงจาการ์ตา อาเยห์ ยอร์กการ์ตา สุมาตราตะวันตก และ Bengkulu หลังจากนั้นอินโดนีเซียได้มีโปรแกรมสุขภาพจิตสำหรับผู้พลัดภัย ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจาก ภัยพิบัติ ผู้สูงอายุและเด็ก และยังมีบริการสำหรับผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ต้องขัง และคนทำงาน

ประเทศอินโดนีเซียมุ่งเน้นการเพิ่มพูนศักยภาพแก่บุคลากรสุขภาพเพื่อให้บริการสุขภาพจิตได้ จึงได้มี โปรแกรมการฝึกอบรมการรักษาทางจิตเวชสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติในสถานพยาบาลปฐมภูมิ และมีบุคลากร สุขภาพปฐมภูมิจำนวนหนึ่งได้เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา มี บุคลากรผ่านการอบรมทั้งสิ้น 500 คน โดยเฉพาะที่อาเยห์ สุราเวสีตอนใต้ และสุมาตราตะวันตก และเพื่อให้ได้ มาตรฐานในการจัดบริการและรักษาจิตเวช กระทรวงสาธารณสุขได้ให้การสนับสนุนระบบบูรณาการบริการ สุขภาพเพื่อให้ครอบคลุมความต้องการทางด้านสังคมจิตใจที่หลากหลายของผู้ป่วยจิตเวช ทิศทางนโยบายที่ เฉพาะเจาะจงนี้รวมถึงการเพิ่มจำนวนบุคลากรสุขภาพจิตเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั่วประเทศ โดยเฉพาะในชนบทและท้องถิ่นที่ห่างไกล และให้การสนับสนุนทั้งองค์กรอิสระและภาคเอกชนในการจัดบริการที่ มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

จากข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก การจัดบริการสุขภาพจิตในอินโดนีเซียมีองค์ประกอบดังนี้

- การดูแลตนเองและครอบครัว โดยการเพิ่มพูนทักษะให้ผู้รับบริการผ่านการส่งเสริมสุขภาพจิต การ อบรมรณรงค์ให้ความรู้ เช่น การพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับวัยรุ่น และทักษะของพ่อแม่เพื่อช่วยป้องกันลูกหลาน จากสารเสพติด
- การบริการปฐมภูมิที่ระดับตำบลโดยบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่สามารถให้บริการประเมินและรักษาปัญหาสุขภาพจิตพื้นฐาน มาตรการป้องกันและการ ส่งเสริมสุขภาพจิต

- ทีมสุขภาพจิตชุมชนประกอบด้วยบุคลากรสหวิชาชีพที่ออกไปให้บริการในชุมชนและที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ แต่ในอำเภอส่วนใหญ่ยังไม่มีทีมสหวิชาชีพนี้ และยังต้องการการสนับสนุนวิชาการและงบประมาณจากภายนอกเพื่อพัฒนาทีมเพิ่มขึ้น
- การบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิให้บริการโดยโรงพยาบาลอำเภอที่มีอยู่ 976 แห่งในปี 2548 บริการเหล่านี้ได้แก่ บริการผู้ป่วยนอก การดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤต คลินิกให้คำปรึกษา และการรักษาผู้ป่วยจิตเวช
- การบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลจิตเวชและบริการเฉพาะทาง) ให้บริการโดยโรงพยาบาลจิตเวช 51 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีบริการเฉพาะทางจิตเวช 27 แห่งรวมถึงโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีการบริการเฉพาะทางจิตเวชบริการเฉพาะทางกายและบริการสาธารณสุข โดยให้บริการสุขภาพจิตครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพในภาวะวิกฤต ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะติดตาม ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

#### ตัวอย่างของการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนดีเด่น

##### *Community Mental Health Nursing in Aceh, Indonesia, Following the Tsunami and Earthquake*

แผ่นดินไหวและคลื่นยักษ์สึนามิที่เกิดขึ้นที่ Nanggroe, Aceh, Darusalam และ Nias ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างมากต่อชุมชนในอินโดนีเซีย ประกอบกับบริการสุขภาพจิตชุมชนที่มีอยู่เดิมขาดประสิทธิภาพและไม่พอเพียง ก่อนหน้าปี 2547 เมืองอาเซห์ที่โดนคลื่นสึนามิหนักที่สุดนั้นมีโรงพยาบาลจิตเวชเพียงแห่งเดียวสำหรับประชากร 4,200,000 คน หากจะดำเนินการตามแนวปฏิบัติและข้อเสนอแนะจากองค์การอนามัยโลกแล้ว เป็นเรื่องสำคัญที่จะใช้โอกาสนี้ในการดึงงบประมาณสนับสนุนจากนอกประเทศเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการขึ้นเป็นครั้งแรก สามเดือนหลังจากสึนามิ ได้มีการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลสุขภาพจิตชุมชนขึ้น (community mental health nurse; CMHN) ที่ Puskesmas (ศูนย์สาธารณสุขชุมชน) เพื่อให้สามารถบริการสุขภาพจิต โดยโครงสร้างหลักสูตรแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ หลักสูตรพื้นฐาน (BC-CMHN) หลักสูตรชั้นกลาง (IC-CMHN) และหลักสูตรชั้นสูง (AC-CMHN) โปรแกรมนี้ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรนานาชาติ HSP USAID, WHO และ ADB-ETESP

##### การฝึกอบรมการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน (CMHN) ประกอบด้วย 3 ระยะ

- ระดับพื้นฐาน: เน้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว
- ระดับกลาง: การจัดการกับปัญหาทางจิตสังคม การฝึกอบรมผู้นำชุมชนเพื่อจัดตั้งกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพจิต สร้างความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตโดยผ่านโปรแกรม *Desa Siaga Sehat Jiwa* (การแจ้งเตือนด้านสุขภาพจิตของหมู่บ้าน) ปัจจุบันพยาบาลสุขภาพจิตชุมชนได้ค้นหาผู้มีปัญหาจิตเวชรุนแรงได้จำนวน 8,016 ราย และสร้างความตระหนักได้ 343 หมู่บ้าน
- ระดับสูง: การเป็นผู้นำ การเรียกร้องสิทธิ การวิจัย การส่งเสริมสุขภาพจิต และการจัดการรายกรณี

## ความสำเร็จของโปรแกรมฝึกอบรมพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน

- เพิ่มบุคลากรในการให้บริการสุขภาพจิตชุมชน
- ปรับปรุงบริการสุขภาพชุมชนให้ดีขึ้น
  - ◆ ผู้ป่วยจำนวนมากได้รับการรักษาและช่วยเหลือเป็นครั้งแรก
  - ◆ ครอบครัวมีโอกาสปรึกษาปัญหาที่ต้องจัดการกับสมาชิกในครอบครัว และรับการช่วยเหลือ
  - ◆ เพิ่มพูนการตระหนักรู้ของชุมชน
  - ◆ เพิ่มศักยภาพของสมาชิกในชุมชนในการดูแลผู้และส่งต่อผู้ป่วย
  - ◆ เพิ่มความร่วมมือระหว่างชุมชนกับพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน
  - ◆ เสริมสร้างแรงจูงใจและความพึงพอใจของพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน
  - ◆ จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาสม่ำเสมอและได้รับการนิเทศเพิ่มขึ้นอย่างมากในบางพื้นที่
  - ◆ ป้องกันการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้านของพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน
- ปรับปรุงทรัพยากรผ่านการประสานความร่วมมือกับองค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ
  - ◆ NGOs ได้จัดหารถจักรยานยนต์ให้พยาบาลสุขภาพจิตชุมชนเพื่อให้การเข้าถึงผู้ป่วยในชนบทห่างไกล
  - ◆ USAID ให้งบประมาณอบรมสุขภาพจิตชุมชนทั้งในระดับกลางและระดับสูงในบางอำเภอ
  - ◆ USAID ให้งบประมาณอบรมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระยะเฉียบพลันสำหรับหออผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลอำเภอ

## ความท้าทายจากการดำเนินงาน

- ระบบการส่งต่อยังมีข้อจำกัดอย่างมากทั้งบริการสุขภาพที่มีอยู่และและบริการทุติยภูมิที่ยังไม่ดี
- ปัญหาการเข้าถึงบริการที่หน่วยบริการสาธารณสุขเนื่องจากสภาพภูมิประเทศและการเดินทาง
- รายการยามีจำกัด
- ระบบการลงบันทึก การรายงาน การควบคุมกำกับและการประเมินยังไม่เพียงพอในบางอำเภอ
- การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพจิตยังไม่เพียงพอเนื่องจากไม่ได้เป็นโปรแกรมที่สั่งให้ดำเนินการ
- ในบางพื้นที่การส่งเวชภัณฑ์ยังไม่สม่ำเสมอเนื่องจากระบบขนส่งที่ไม่ดีพอ

## แนวทางในอนาคต

- จัดตั้งเครือข่ายบริการร่วมกับ NGOs ในท้องถิ่น
- ดึงองค์กรศาสนาและผู้นำสตรีเข้ามามีส่วนร่วม
- ยืนยันการเรียกร้องสิทธิเพื่อให้มั่นใจว่าในอนาคตจะได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่องานสุขภาพจิตชุมชน
- ให้มีการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชนเป็นโปรแกรมภาคบังคับในบริการปฐมภูมิ

## ประเทศญี่ปุ่น

รัฐบาลญี่ปุ่นได้มีการกำหนดข้อกำหนด กฎหมาย นโยบาย ด้านงานสุขภาพจิตได้ถูกเร่งบังคับใช้เมื่อไม่นานมานี้ เริ่มตั้งแต่ปี 2545 โดยกระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการสังคม ในชื่อ “ทิศทางนโยบายสุขภาพจิตและสวัสดิการสังคม” นโยบายนี้มีพื้นฐานสำคัญ คือ การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาในโรงพยาบาล ไปสู่การดูแลสุขภาพในชุมชนและสวัสดิการสังคม

ญี่ปุ่นเป็นหมู่เกาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออก มีประชากร 127.7 ล้านคนและมีพื้นที่ 377,915 ตารางกิโลเมตร เป็นประเทศหนึ่งในโลกที่มีจำนวนเตียงจิตเวชต่อจำนวนประชากรสูงมากและระบบบริการสุขภาพจิตเน้นการรักษาแบบผู้ป่วย ในปี 2547 ญี่ปุ่นมีโรงพยาบาลที่มีแผนกจิตเวช 1,671 แห่ง และมีจำนวนเตียงจิตเวช 354,923 เตียง คิดเป็นอัตราส่วนจำนวนเตียง 2.8 เตียงต่อ 1,000 ประชากร ในจำนวนนี้เป็นโรงพยาบาลเอกชน 1,379 แห่ง (ร้อยละ 83) และโรงพยาบาลจิตเวช 1,086 แห่ง จำนวนโรงพยาบาลสูงขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวช แม้ว่าบริการสุขภาพจิตชุมชนจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ยังไม่พอเพียง โดยเฉพาะในด้านการจัดที่พักอาศัย การฟื้นฟูอาชีพ และการออกหน่วยบริการ

รัฐบาลญี่ปุ่นได้มีการกำหนดข้อกำหนด กฎหมาย นโยบาย ด้านงานสุขภาพจิตได้ถูกเร่งบังคับใช้เมื่อไม่นานมานี้ เริ่มตั้งแต่ปี 2545 โดยกระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการสังคม (Ministry of Health Labor and Welfare (MHLW) ในชื่อ “ทิศทางนโยบายสุขภาพจิตและสวัสดิการสังคม” นโยบายนี้มีพื้นฐานสำคัญ คือ การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาในโรงพยาบาล ไปสู่การดูแลสุขภาพในชุมชนและสวัสดิการสังคม

ด้านนอกของ Sudachi Group Home





Y. A. (Japan), B. 1969, ไม่มีชื่อภาพ, Oil on Masonite, 45 X 38 Cm.

จิตรกรเรียนรู้การวาดภาพจากจิตรกรอีกท่านหนึ่งระหว่างการทำกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในศูนย์สาธารณสุขชุมชน เขาไม่ค่อยชอบออกนอกบ้านจึงวาดภาพผู้คนและภูมิทัศน์ผ่านหน้าต่าง



ในเดือนธันวาคม 2545 ได้จัดตั้งสำนักงานใหญ่องานสุขภาพจิตและสวัสดิการสังคม ภายใต้การนำของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานใหญ่ได้ยื่นนโยบายสุขภาพจิตในปี 2547 เรียกว่า “วิสัยทัศน์การปฏิรูปสำหรับบริการสุขภาพจิตและสวัสดิการสังคม หรือ Reform Vision” เป้าหมายในภาพรวมของนโยบายนี้คือให้ตระหนักถึงการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลในชุมชน

### วิสัยทัศน์การปฏิรูปได้วางหลักการไว้ 3 หลักการ คือ

- การให้ความรู้แก่สาธารณะเพื่อให้เกิดความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวช
- การปฏิรูประบบบริการสุขภาพจิต โดยการเพิ่มความชำนาญเฉพาะทางของแผนกจิตเวชและส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด
- สร้างความเข้มแข็งระบบสนับสนุนในชุมชนเพื่อให้บริการภาคในชุมชนเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของ *วิสัยทัศน์การปฏิรูป* ดังกล่าว ได้มีการกำหนดเป้าหมาย 10 ปีในการให้ความรู้สาธารณะและปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพจิต และเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย *วิสัยทัศน์การปฏิรูป* ได้มีเป้าประสงค์ในการลดจำนวนเตียงลง 70,000 เตียงภายใน 10 ปี ข้างหน้า ในปี 2548 ได้มีการประกาศ “กฎหมายการช่วยเหลือบุคคลพิการ” ซึ่งมีองค์ประกอบหลักข้างต้น และมี 5 วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้พิการ 3 ประเภท (ทางกาย ทางจิตและทางสติปัญญา) ให้ได้รับบริการประเภทเดียวกัน
- เพื่อเน้นบริการที่เอาผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
- เพื่อเพิ่มการสนับสนุนด้านการจ้างงาน
- เพื่อทำให้ขบวนการสิทธิประโยชน์ชัดเจนขึ้น
- เพื่อให้มีแหล่งงบประมาณสนับสนุนที่มั่นคง

ตัวอย่างการปฏิรูป ก็คือ การปรับปรุงกฎหมายสุขภาพจิตและสวัสดิการสังคม ปรับปรุงกฎหมายการส่งเสริมการจ้างงานคนพิการ และการปรับอัตราค่ารักษาพยาบาลระดับชาติในงานบริการในชุมชน ขบวนการปฏิรูปนี้ได้ส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่องานสุขภาพจิตชุมชน อย่างไรก็ตาม ผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลและชุมชนจำนวนมากยังต้องเผชิญกับปัญหาของการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ แม้ว่าจะมีการต่อต้านกฎหมายใหม่ และคาดเดาเกิดปัญหามากขึ้นระหว่างดำเนินการ แต่การปฏิรูปก็จะเป็นขั้นตอนสำคัญเพื่อก้าวไปสู่ระบบงานสุขภาพจิตชุมชน

ตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่นในญี่ปุ่น 4 เรื่องที่คัดเลือกมาจากจุดเด่นที่แตกต่างกัน คือ บริการที่ใช้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง; การปฏิบัติงานที่ริเริ่มโดยโรงพยาบาล; การปฏิบัติงานที่ริเริ่มโดยสวัสดิการสังคม; การปฏิบัติงานที่ร่วมมือกันระหว่างบริการสุขภาพและบริการสวัสดิการสังคม ยังมีโครงการอื่นที่น่าสนใจอีกมาก แต่จากการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นจากกระทรวง ฯ แล้ว จึงตัดสินใจเลือกเพียงหนึ่งโครงการจากแต่ละกลุ่ม ได้แก่ บริการที่ใช้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่ House of Bethel; การพัฒนาบริการในชุมชนโดย Sawa Hospital; โปรแกรมการส่งเสริมการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลโดย Social Welfare Cooperation Sudach – kai และระบบเครือข่ายบริการชุมชนครบวงจรที่ Obihiro – Tokachi

ตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่น 4 ตัวอย่างนี้ให้บทเรียนที่มีคุณค่ามาก ปัจจุบันเป็นที่เข้าใจแล้วว่า สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่อาการรุนแรงในชุมชนได้จริงและควรตระหนักความเข้มแข็งของผู้รับบริการ นอกเหนือจากนั้น ต้องให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่ายในชุมชนและความจำเป็นในการสนับสนุนที่พิกอาศัยตลอด 24 ชั่วโมง และการสนับสนุนการฝึกอาชีพ แนวทางในการขยายศักยภาพของงานสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่

- ช่วยเหลือผู้รับบริการให้จัดตั้งบริการที่คำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
- พัฒนาศูนย์บริการในชุมชนที่หลากหลาย โดยเฉพาะการสนับสนุนที่พิกอาศัย การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ และบริการหน่วยเคลื่อนที่
- การจัดบริการดูแลที่มีคุณภาพดี และจัดตั้งเครือข่ายที่ใกล้ชิดในชุมชน
- มีการปรับปรุงคุณภาพ เช่น การฝึกอบรมบุคลากร ผู้รับบริการ ผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง และการตรวจประเมินผล

จากบทเรียนเหล่านี้ ญี่ปุ่นได้ตั้งวัตถุประสงค์ที่จะลดจำนวนเตียงลง 70,000 เตียง อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะทำจนสำเร็จ จำนวนเตียงในญี่ปุ่นก็ยังคงจะอยู่ที่ 280,000 เตียงหรือ 2.2 ต่อ 1,000 ประชากร ซึ่งมากกว่าประเทศอื่นๆ ถึงสองเท่า จึงควรมีการทบทวนว่าสถานการณ์นี้เป็นความสมดุลที่ถูกต้องสำหรับประเทศหรือยังต้องทบทวนเพิ่มเติม การปฏิรูประบบบริการก็ไม่อาจทำได้ในขั้นตอนเดียวแต่จะต้องเป็นขบวนการที่ต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ระบบที่ดียิ่งขึ้น บทเรียนที่ได้รับจากผลการปฏิบัติงานในพื้นที่ของญี่ปุ่น และจากประเทศอื่นๆ ก็เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะทำให้การปฏิรูปยังคงมีอย่างต่อเนื่องต่อไป

#### ตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนดีเด่น

##### MITAKA, TOKYO - SUDACHI-KAI

โปรแกรมได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนดีเด่น เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่จัดบริการโดย NGOs ในเขตชุมชนเมือง อย่างไรก็ตามโปรแกรมอื่นๆ ก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน

Sudachi-kai (ภาษาญี่ปุ่น หมายถึง การบินออกจากกรัง) เป็นองค์กรสวัสดิการสังคม ตั้งอยู่ที่เขต Mitaka ของกรุงโตเกียว มีบทบาทในการส่งเสริมการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลระยะยาวจำนวนมากกว่า 130 รายได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บริการที่พิกอาศัยและฝึกอาชีพขององค์กรนี้ตั้งอยู่ในเมือง Mitaka (ประชากร 178,000 คน และพื้นที่ 16.5 ตารางกิโลเมตร) และที่เมือง Chofu (ประชากร 21,600 คน พื้นที่ 21.5 ตารางกิโลเมตร) ทั้งสองเมืองตั้งอยู่ใจกลางกรุงโตเกียว

องค์กร Sudachi-kai เริ่มก่อตั้งในปี 2545 เมื่อตราบาปต่อผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงมากจนทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าบ้าน โดย group home หลังแรกเริ่มจากความร่วมมือกันระหว่างเจ้าของบ้าน บุคลากรโรงพยาบาลและญาติ ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากสามารถออกจากโรงพยาบาลจิตเวชไปอยู่ที่ group home หรือห้องเช่าใกล้เคียงได้ นอกจากนี้ยังมีการเปิดโรงงานในอารักขา (shelter workshop) เพื่อกิจกรรมฝึกอาชีพในช่วงกลางวัน โดยแนวความคิดพื้นฐานของ Sudachi-kai คือ เป็นสถานที่สำหรับผู้ป่วยให้อาศัย ทำงาน และรับการช่วยเหลือจากเพื่อนและบุคลากร จนปัจจุบัน มีบริการบ้านพิกอาศัย 8 แห่ง (สำหรับ 61 คน) สถานฝึกอาชีพ 3 แห่ง (สำหรับ 90 คน) และมีบุคลากรทำงานเต็มเวลา 20 คน และไม่เต็มเวลา 20 คน



T. N. (Japan)

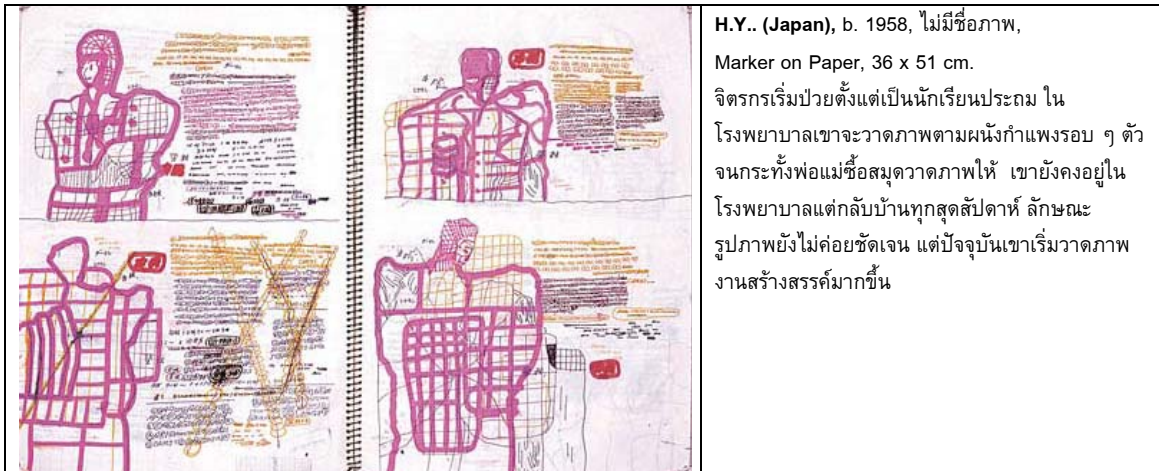
B. 1953

ไม่มีชื่อภาพ

Gouache on Paper

110 x 60 cm

จิตรกรเริ่มวาดรูปขณะอยู่  
โรงพยาบาล ในสภาพวาดขึ้น  
แรก ๆ มักเป็นภาพ abstract  
แต่หลังจากเชี่ยวชาญมากขึ้น  
เขาเริ่มวาดในรูปแบบที่  
หลากหลาย หลังจำหน่ายออก  
จากโรงพยาบาล เขายังคงวาด  
ภาพอยู่แต่มีเวลาน้อยลง



H.Y.. (Japan), b. 1958, ไม่มีชื่อภาพ,

Marker on Paper, 36 x 51 cm.

จิตรกรเริ่มป่วยตั้งแต่เป็นนักเรียนประถม ในโรงพยาบาลเขาจะวาดภาพตามผนังกำแพงรอบ ๆ ตัว จนกระทั่งพ่อแม่ซื้อสมุดวาดภาพให้ เขายังคงอยู่ในโรงพยาบาลแต่กลับบ้านทุกสุดสัปดาห์ ลักษณะรูปภาพยังไม่ค่อยชัดเจน แต่ปัจจุบันเขาเริ่มวาดภาพงานสร้างสรรค์มากขึ้น

จากประสบการณ์ Sudachi-kai ได้จัดทำแนวทางรูปแบบการจำหน่ายจากโรงพยาบาลดังนี้

- เริ่มต้นจากบุคลากรและกลุ่มเพื่อน (เคยเป็นผู้ป่วยในมาก่อน) จาก Sudachi-kai ได้เข้าไปพบผู้ป่วยในโรงพยาบาล กลุ่มเพื่อนนี้จะเล่าเรื่องประสบการณ์การใช้ชีวิตนอกโรงพยาบาลซึ่งจะเป็นข้อมูลชักจูงผู้ป่วยในได้อย่างมากและจูงใจให้อยากออกจากโรงพยาบาล
- ต่อมาคือให้คำปรึกษากับผู้สนใจสมัครและครอบครัว และวางแผนการให้การช่วยเหลือร่วมกัน
- เมื่อผู้สมัครสนใจแล้วจะมีการฝึกเตรียมพร้อมก่อนจำหน่าย และเริ่มให้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกอาชีพในช่วงกลางวัน
- หลังจากนั้น Sudachi-kai จะช่วยผู้สมัครหาที่พัก ซึ่งอาจจะเป็น group home หรือห้องเช่า และเริ่มฝึกให้นอนค้างคืนในที่พักระยะสั้น
- เตรียมการจำหน่าย เช่น ให้ผู้ป่วยดูแลการรับประทานยาด้วยตนเอง การจัดการกับเรื่องการเงิน เป็นต้น
- หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บุคลากร (มีพร้อม 24 ชั่วโมง) และกลุ่มเพื่อนจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้

ข้อมูลผู้ป่วย 126 คนที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยการช่วยเหลือของ Sudachi-kai มีดังนี้: ระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาล 11.5 ปี และนานที่สุด 42.2 ปี; อายุของผู้ป่วยที่เริ่มเข้าโครงการ คือ 50-59 ปี 59 คน (ร้อยละ 46) 40-49 ปี มี 39 คน (ร้อยละ 31) และ 60-69 ปี 17 คน (ร้อยละ 13) ในจำนวนนี้ร้อยละ 65 เป็นผู้ป่วยชาย และส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท (ร้อยละ 88) จาก 126 คนได้รับการจำหน่ายไปอยู่ group home 61 คน (ร้อยละ 48) ไปอยู่ห้องเช่าที่ Sudachi-kai เข้าให้ 48 คน (ร้อยละ 38) ห้องพักส่วนตัว 10 คน (ร้อยละ 8) และ ไปอยู่ในสถานที่พักอาศัยอื่นๆ 7 คน (ร้อยละ 6) หลังจำหน่ายแล้ว 85 คน (ร้อยละ 68) ยังใช้บริการของ Sudachi-kai 12 คน (ร้อยละ 13) หยุดรับบริการเนื่องจากย้ายไปใช้บริการที่พักรอื่น 10 คน (ร้อยละ 8) กลับไปนอนโรงพยาบาลซ้ำ 11 คน (ร้อยละ 9) เสียชีวิตและ 3 คน (ร้อยละ 2) งดรับบริการ กิจกรรมของ Sudachi-kai ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยในจำนวนมากสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและสามารถอยู่ในชุมชนได้ หากมีการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง และมีสถานที่พักอาศัยที่พร้อมตลอด 24 ชั่วโมง

58 | บทที่ 2: รายงานสรุปงานสุขภาพจิตชุมชนและตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่น

## ประเทศเกาหลี

กฎหมายสุขภาพจิตในเกาหลีได้เริ่มใช้ในปี 2548 โดยกำหนดให้บริการสุขภาพจิต รวมถึงบริการผู้ป่วยใน สถานพยาบาลจิตเวช (Mental asylum) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการที่อยู่อาศัยระยะยาว และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ซึ่งรวมถึง ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมสำหรับผู้ช่วยเหลือตัวเองได้ และ group home ในชุมชน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้ทำให้เกิดจุดเริ่มต้นในการพัฒนาแนวคิดใหม่ๆ ของงานสุขภาพจิตชุมชนในเกาหลี

การพัฒนาบริการสุขภาพจิตชุมชนในเกาหลี มีพื้นฐานมาจากรูปแบบของการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน คือระหว่าง ศูนย์บริการสาธารณสุขและมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลจิตเวช เนื่องจากบุคลากรสุขภาพจิตในศูนย์บริการสาธารณสุขมีจำนวนน้อยมาก ดังนั้นในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลจิตเวช ได้ทำการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพจิตเพื่อสนับสนุนศูนย์บริการสาธารณสุข กลยุทธ์การประสานความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน โดยใช้งบประมาณจากภาครัฐ และทรัพยากรผู้เชี่ยวชาญและโปรแกรมสุขภาพจิตชุมชนจากภาคเอกชน

ตั้งแต่ปี 2548 ได้มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพจิตชุมชน 151 แห่ง ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ 170 แห่ง และสถานที่พักอาศัยระยะยาว 56 แห่ง ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนจัดบริการให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การจัดการรายกรณี สุขภาพจิตศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต บริการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตโดยเอกชนหรือ NGOs งบประมาณบริการในชุมชนมีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีการวางแผนให้เพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่า ในทศวรรษต่อไป โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ หมายถึงงานในโรงงานในอาร์กซ์ การช่วยเหลือการจ้างงาน จะเพิ่มขึ้น ด้วยการสนับสนุนจาก Korea Employment Promotion Agency for the Disabled

รัฐบาลเกาหลี ได้ให้การสนับสนุนหลายโปรแกรมฝึกอบรมสำหรับบุคลากรสุขภาพจิต หลักการดำเนินการโปรแกรมฝึกอบรมในปี 2548 ทำให้จำนวนของบุคลากรสุขภาพจิตที่ทำงานในสถานบริการสุขภาพจิตชุมชนมีจำนวนมากขึ้น ในปี 2549 มีจิตแพทย์ 2,089 คน พยาบาลจิตเวช 1,782 คน นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช 778 คน และนักจิตวิทยาคลินิก 295 คนที่ทำงานด้านสุขภาพจิต บุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมนี้เป็นกำลังสำคัญในการขยายบริการงานสุขภาพชุมชน ปัญหาทางสังคมที่รุนแรงในเกาหลี คือ ปัญหาโรคจิตเวชที่เกิดจากสุราและการฆ่าตัวตาย ซึ่งได้มีการพยายามส่งเสริมการช่วยเหลือดูแลและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่รวดเร็วในสังคมเกาหลี แม้ว่าเกาหลีจะมีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตมากเพียงพอ แต่มีบริการสุขภาพจิตน้อยมากที่บูรณาการเข้ากับระบบบริการปฐมภูมิ ส่งผลให้เกิดตราบาปต่อผู้ป่วยจิตเวช

ในปี 2549 เกาหลีมีโรงพยาบาลจิตเวชและคลินิกจิตเวชทั้งหมด 1,432 แห่ง ในจำนวนนี้โรงพยาบาลจิตเวช 86 แห่งมีจำนวนเตียง 31,689 เตียง และอีก 1,038 เตียงอยู่ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยตติยภูมิ ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปทุติยภูมิและคลินิกจิตเวชเอกชนมีจำนวนเตียง 32,071 เตียง แม้ว่าบริการสุขภาพจิตชุมชนในเกาหลีจะเพิ่มมากขึ้น แต่การลดขนาดโรงพยาบาลอย่างจริงจังยังไม่ปรากฏให้เห็น ภายใต้อาณัติปัจจุบัน โรงพยาบาลจิตเวชเอกชนและ สถานพยาบาลจิตเวช (asylum) ไม่ค่อยจำหน่ายผู้ป่วยสู่บริการสุขภาพจิตชุมชน



การส่งเสริมกิจกรรม SMMHC ภายใต้สัญลักษณ์ “Bluetouch” ในปี 2007

หรือลดระยะเวลาในโรงพยาบาล หรือสมัครใจจะลดจำนวนเตียงของตนลง ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐบาลจะต้องประกาศเจตนารมณ์ที่จะสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตชุมชนโดยเสนอแผนระยะยาวเพื่อ deinstitutionalization ในปี 2550 รัฐบาลได้เสนอแผนสุขภาพจิต 10 ปี โดยมีวัตถุประสงค์เพิ่มจำนวนและเพิ่มคุณภาพของศูนย์บริการสุขภาพจิตในชุมชน ลดตราบาปต่อผู้ป่วยโรคจิต และอัตราการฆ่าตัวตาย ควบคุมการเพิ่มจำนวนเตียงจิตเวช และกระตุ้นนโยบาย deinstitutionalization

ในด้านข้อจำกัดของการปฏิรูปรูปแบบสุขภาพจิต เกาหลียังไม่มียุทธศาสตร์สุขภาพจิตภาครัฐในทุกพื้นที่ และระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่โรงพยาบาลจิตเวชนานมาก แม้ว่าจะมีบุคลากรสุขภาพจิตพอเพียง แต่บุคลากรระดับปฐมภูมิยังได้รับความรู้ด้านสุขภาพจิตน้อยมาก ทำให้ระบบบริการสุขภาพจิตแยกจากระบบสุขภาพทั่วไป การแยกบริการกันมานานทำให้เกิดตราบาปต่อผู้ป่วยจิตเวช และกลุ่มญาติและผู้ป่วยยังไม่มีมารวมตัวกันอย่างเป็นระบบ ถึงแม้ว่าระบบงานสุขภาพจิตจะยังไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ แต่เกาหลีก็มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตอย่างรวดเร็วในทุกรัฐบาล เกาหลียังได้ลงทุนในระบบสุขภาพจิตของรัฐในชุมชนมากกว่าในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามขณะนี้ระบบบริการสุขภาพจิตชุมชนยังคงขาดแคลนอยู่ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับระบบและบริการจากโรงพยาบาลจิตเวช

ก้าวต่อไปของการพัฒนาระบบสุขภาพจิตในเกาหลีก็คือสร้างความเข้มแข็งและเพิ่มบริการสุขภาพจิตของรัฐในชุมชน รวมถึงระบบการควบคุมกำกับในทุกพื้นที่และทุกจังหวัด การเชื่อมโยงกับระบบบริการปฐมภูมิ ระบบการศึกษา และระบบยุติธรรมควรจะได้รับการสนับสนุนผ่านการการฝึกอบรมและให้ข้อมูลด้านสุขภาพจิต ความพยายามเหล่านี้จะส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบสุขภาพจิตระดับประเทศ และคาดหวังว่าจะช่วยลด ภาระต่อผู้ป่วยจิตเวชลง ในการปรับโครงสร้างของระบบสุขภาพจิตภายใต้ความจำกัดของทรัพยากร รัฐบาล เกาหลีควรจะพัฒนาและสร้างระบบควบคุมกำกับและระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ และควรมี โปรแกรมการวิจัยระยะยาว เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของบริการสุขภาพจิตชุมชนของประเทศ ด้วยแนวทางนี้ เกาหลีจะสามารถกำหนดและเพิ่มบริการที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยโรคจิต

การพัฒนาของงานสุขภาพจิตที่รวดเร็วในเกาหลี สามารถเป็นไปได้ด้วยจากความใส่ใจของจิตแพทย์ รุ่นหนุ่มสาว และบุคลากรสุขภาพจิตจากภาคเอกชนภายใต้การสนับสนุนจากนโยบายสุขภาพจิตของรัฐบาล ในอนาคตความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนจะรวมไปถึงผู้รับบริการ ครอบครัว และ NGOs ในการพัฒนา บริการสุขภาพจิตในประเทศเกาหลี

---

### **ตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนดีเด่น**

#### ***Soul Metropolitan Mental Health Centre from Gangnam Community Mental Health Centre***

ศูนย์สุขภาพจิตแห่งแรกจัดตั้งในบริเวณทางใต้ของกรุงโซลในปี 2538 ด้วยความร่วมมือระหว่างกรมอนามัยกรุงโซล และโรงพยาบาลจิตเวชโซลโดยโรงพยาบาลจิตเวช Yougin รัฐบาลของเกาหลีได้จัดสรรงบประมาณจัดตั้งศูนย์สุขภาพจิตชุมชน Gaugnam โดยโรงพยาบาลจิตเวช Yougin สนับสนุนบุคลากรสุขภาพจิต ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์สุขภาพจิตตั้งอยู่ในบริเวณที่รัฐบาลได้สร้างที่พักอาศัยให้กับประชากรที่ฐานะยากจนเช่าอยู่ ปัญหาสุขภาพจิตของประชากรแถบนี้สูงมากเมื่อเทียบกับเขตอื่น ๆ ของเมือง ศูนย์ได้ทำการประเมินความต้องการสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและครอบครัว และเริ่มบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม และโปรแกรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดสุราที่ถูกแยกออกจากชุมชน

ในปี 2541 กรุงโซลได้เพิ่มงบประมาณจัดตั้งศูนย์สุขภาพจิตชุมชนแห่งอื่น ๆ โดยมี 7 ศูนย์ในแต่ละเขต ที่ให้บริการสุขภาพจิตแบบกึ่งชุมชนเมืองตั้งอยู่ในศูนย์บริการสาธารณสุข ให้บริการสุขภาพจิตปฐมภูมิ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไปและค่อย ๆ เพิ่มบริการสำหรับเด็ก วัยรุ่น และผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนเหล่านี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและกรุงโซล บริหารจัดการเป็นเอกเทศในแต่ละท้องถิ่นของตนเอง หลังจากนั้นจึงได้พัฒนาระบบที่จะประสานความร่วมมือและบูรณาการการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพจิตชุมชนเหล่านี้ คณะกรรมการวางแผนงานสุขภาพจิตและข้าราชการของรัฐบาลได้ร่วมกันอภิปรายถึงระบบสุขภาพจิตในเขตเมืองเพื่อจะขยายบริการนี้ไปยังพื้นที่อื่น ๆ ของเมือง กรุงโซลได้มอบให้ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน Gangnam พัฒนาระบบการรวบรวมและบริหารจัดการข้อมูลและประเมินผลผ่านระบบสารสนเทศสุขภาพจิต (Mental Health Information System ;MHIS) เพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ของการดำเนินงานสุขภาพจิตแยกจากบริการสุขภาพของชุมชน



การประชุมของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพจิตชุมชนกรุงโซล

จากความต้องการศูนย์สุขภาพจิตในเขตเมืองที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีการสนับสนุนและประสานความร่วมมือในทุกศูนย์สุขภาพจิต และพัฒนาโปรแกรมและนโยบายใหม่ด้านสุขภาพจิต กรุงโซลจึงได้จัดตั้ง Soul Metropolitan Mental Health Centre (SMMHC) ที่ใจกลางเมืองในปี 2547 บุคลากรจากศูนย์สุขภาพจิตชุมชน Gangnam ได้ย้ายไปให้บริการที่ศูนย์นี้

ในปี 2547 มีการจัดตั้งโครงการสุขภาพจิตของโซล 2563 (Soul Mental Health 2020 Project) เพื่อให้กรุงโซลสามารถพัฒนาบริการสุขภาพจิตตามความต้องการในอนาคต จุดมุ่งหมายของโครงการนี้ ได้แก่

- วิเคราะห์สภาพปัจจุบันของบริการสุขภาพจิตในกรุงโซลและทำนายความต้องการทรัพยากรและโครงสร้างในอนาคต
- จัดตั้งศูนย์สุขภาพจิตเขตเมือง เพื่อกระตุ้นให้เกิด deinstitutionalization และระบบการจัดการในภาวะวิกฤติ
- จัดตั้งองค์กรเพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายและงานวิจัย

รูปแบบของการจัดตั้ง SMMHC ได้ปรับมาจากรูปแบบของศูนย์สุขภาพจิต St. Vincent ในเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย ผ่านข้อตกลงดำเนินงานร่วมกันระหว่างเกาหลีและกรุงเมลเบิร์น ศูนย์นี้มีบุคลากร 4 ทีม ได้แก่ ทีมประเมินชุมชนและการเชื่อมโยงระบบ (Community Assessment and Linkage System; CALS) ทีมภาวะวิกฤติ (Crisis Intervention Team; CIT) ทีมส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental Health Promotion Team; MHPT) และทีมเคลื่อนที่สำหรับบุคคลไร้ที่พึ่ง (Homeless Mobile Team; HM)



## ประเทศมาเลเซีย

วิสัยทัศน์ของบริการสุขภาพจิตมาเลเซีย คือ การทำให้สังคมมีสุขภาพจิตที่ดีและมีความสุข โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสังคมจิตใจ จัดบริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับผู้พิการเรื้อรังเพื่อทำให้เกิดศักยภาพสูงสุดและได้รับการคุ้มครองจากครอบครัว ชุมชนและประเทศ

การพัฒนานโยบายสุขภาพจิตระดับชาติ (2543) และกรอบการดำเนินงานสุขภาพจิตระดับชาติ (2544) เพื่อเตรียมพร้อมออกกฎหมายบริการสุขภาพจิตได้ทำให้งานสุขภาพจิตเข้มแข็งขึ้น งบประมาณสุขภาพจิตของประเทศส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล โดยได้รับชิงงบประมาณด้านสุขภาพร้อยละ 5 ของรายได้ประเทศชาติ และร้อยละ 3 ของงบประมาณสำหรับงานสุขภาพจิต ระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ไม่ได้ครอบคลุมการรักษาจิตเวช

รัฐบาลได้จัดบริการจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช 4 แห่ง และโรงพยาบาลรัฐอีก 26 แห่ง โดยมีเตียง 5,428 เตียงในกระทรวงสาธารณสุข อีก 4,460 เตียง (ร้อยละ 85.5) ในโรงพยาบาลจิตเวช และ 748 เตียง (ร้อยละ 14.5) ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอีก 3 แห่งที่สามารถให้บริการระยะเฉียบพลัน 130 เตียง บริการจิตเวชครอบคลุมถึงการดูแลระยะเฉียบพลัน การติดตาม และการดูแลระยะยาว และรวมถึงบริการผู้ป่วยนอก บริการในชุมชน และบริการเยี่ยมบ้าน บริการเหล่านี้เข้มแข็งมากขึ้นในช่วงทศวรรษ 1990 และในปัจจุบันบริการนี้มีอยู่ในเกือบทุกโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ประจำ

กระทรวงสาธารณสุขกำลังจัดระบบการบูรณาการบริการจิตเวชเข้ากับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปและบริการปฐมภูมิ ในปี 2548 คลินิกสาธารณสุขทั้งหมด 763 แห่ง (ร้อยละ 88.9) ได้จัดบริการสุขภาพจิตในชุมชน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต การติดตามผู้ป่วยที่อาการคงที่ และติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษา นอกเหนือจากนั้น คลินิก 25 แห่งยังจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง องค์กร NGOs ได้จัดบริการที่พักอาศัย บริการโรงพยาบาลกลางวัน บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในชุมชน บริการเหล่านี้ได้จัดรวมไปกับการส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในแผนกจิตเวชและในสถานบริการปฐมภูมิ

ในเดือนเมษายน 2550 มาเลเซียมีจิตแพทย์ 176 คน คิดเป็นอัตราส่วน 0.68 ต่อแสนประชากร ในจำนวนเป็นจิตแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข 87 คน กระทรวงกลาโหม 2 คนมหาวิทยาลัย 54 คนและอีก 35 คนทำงานเอกชน โดยร้อยละ 25 เป็นจิตแพทย์เฉพาะทางด้านเด็ก นิตจิตเวช ชุมชน การปรึกษาข้ามแผนกจิตประสาทวิทยา จิตเวชผู้สูงอายุ ระบาดวิทยาทางคลินิก และสารเสพติด มีโปรแกรมอบรมจิตเวชที่ได้รับการรับรองมาตรฐานในประเทศทั้งการฝึกอบรมจิตแพทย์ อบรมเฉพาะทาง และการฝึกอบรมพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพอื่นๆ

กฎหมายปัจจุบัน ยังคงมีข้อจำกัดการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนในการจัดบริการรักษาผู้ป่วยในจิตแพทย์เอกชนให้บริการผู้ป่วยนอก หรือให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน



การให้ความรู้สุขภาพจิตชุมชน

กลยุทธ์ของมาเลเซียคือการสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิที่มีในปัจจุบัน พัฒนาทีมชุมชนที่โรงพยาบาลจากบริการจิตเวชของทุกโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์อยู่ และสร้างความเชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชและบริการปฐมภูมิ ในเวลาเดียวกันระบบทั้งสองระบบจำเป็นต้องทำงานร่วมกับชุมชน และองค์กรหรือแผนกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การประสานความร่วมมือของระบบบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ในระบบนี้ทั้งบริการปฐมภูมิและหน่วยจิตเวช มีบทบาทสำคัญและเกี่ยวพันกันละกัน ผู้เจ็บป่วยจิตเวชครอบครัวและชุมชนเป็นหุ้นส่วนเท่าเทียมกันในการวางแผนบริการสุขภาพจิตและที่สำคัญ คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลากหลายควรจะมีการสื่อสารและประสานงานซึ่งกันและกัน กลยุทธ์เหล่านี้ได้ถูกดำเนินการดังต่อไปนี้

- บริการเคลื่อนที่จากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลสั้นลงและจำหน่ายจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น การดูแลในภาวะวิกฤต การดูแลครอบครัวและการค้นหาผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อกับโรงพยาบาล ได้มีการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ โดยมีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและประสานกับบริการอื่นๆ ตามความต้องการของผู้ป่วย
- มีการจัดงบประมาณเพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการในชุมชน และทำให้โปรแกรมเกิดความยั่งยืน
- การฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการจิตเวชชุมชน ทั้งจากโรงพยาบาลและสถานพยาบาลปฐมภูมิ ทักษะและความรู้ของบุคลากรที่ให้บริการจิตเวชชุมชนควรทันสมัยและอบรมอย่างสม่ำเสมอ
- มีการจัดบริการสุขภาพจิตในสถานบริการปฐมภูมิ หรือคลินิกสุขภาพ เพื่อติดตามผู้ป่วยที่อาการคงที่ที่สถานบริการใกล้บ้าน การควบคุมกำกับติดตามและค้นหาผู้ที่ขาดการติดต่อจนแน่ใจว่าผู้ป่วยจะร่วมมือในการติดตามและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ศูนย์การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมตั้งอยู่ในคลินิกสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยคงที่และมีศักยภาพเพิ่มขึ้น โดยการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครบวงจรใกล้บ้านผู้ป่วยและติดตามความต้องการของผู้ป่วย
- รูปแบบปัจจุบันที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการอยู่จะได้รับการประเมินเพื่อยืนยันคุณภาพของบริการและประเมินประสิทธิผลคุ้มค่าระยะยาว รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนมีหลากหลายและต่างมีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องค้นหารูปแบบที่ตายตัวและเข้ากับบริบทของสังคมวัฒนธรรม

- การตัดสินใจรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล จะอยู่บนพื้นฐานของการประเมินอย่างครอบคลุมและจัดทำแผนการดูแลที่ควรพิจารณาทางเลือกของการบำบัดรักษาที่หลากหลายรวมทั้งการรักษาในชุมชน
- การรับรักษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน จะต้องแสดงให้เห็นว่าเป็นทางเลือกการรักษาที่เหมาะสม
- โรงพยาบาลจิตเวช 4 แห่งจะต้องค่อยๆ ลดขนาดลงควบคู่ไปกับการพัฒนาบริการในชุมชน กลยุทธ์ที่ควรนำมาใช้
  - ◆ การจัดหาบริการที่พักอาศัยทางเลือกให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยในโรงพยาบาล จากโรงพยาบาลจิตเวช 4 แห่งมีผู้ป่วยในประมาณ 2,000 คนที่สามารถจะอาศัยที่พักในชุมชนมากกว่าจะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลมาเป็นเวลานานเหล่านี้สามารถจัดประเภทตามระดับความต้องการได้ เช่น ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือน้อย ผู้ที่ต้องอยู่สถานบริการที่ให้การดูแลเต็มรูปแบบ และ group home
  - ◆ ลดการส่งต่อจากหน่วยจิตเวชและแผนกจิตเวช โดยมีการจัดตั้งหน่วยบริการระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลชุมชน (10 – 20 เตียง) เพื่อให้บริการครบวงจร มีทั้งเตียงผู้ป่วยเฉียบพลัน บริการผู้ป่วยนอก โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการหน่วยเคลื่อนที่ การมีแผนกจิตเวชขนาดเล็กในโรงพยาบาลและใช้เป็นฐานในการประสานบริการจิตเวชในชุมชนด้านการส่งต่อหรือรับนอนในโรงพยาบาล จะช่วยป้องกันและสามารถให้บริหารจิตเวชใกล้บ้าน ที่สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น และค่อยๆ ลดตราบาปที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช
  - ◆ ในอนาคตโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศจะสามารถให้บริการ “นิติจิตเวช” และดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงและผู้ป่วยโรคร่วม หากไม่สามารถให้การบำบัดรักษาในชุมชนได้
- การเพิ่มการจัดสรรงบประมาณมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อขยายทางจิตเวชตัวใหม่ ที่ปลอดภัยมากขึ้น และผู้ป่วยทนต่อฤทธิ์ยาได้มากขึ้น
- บริการจิตเวชชุมชนต้องการการมีส่วนร่วมในงานวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริเวณที่มีการให้บริการ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบบริการที่หลากหลายในมาเลเซีย

#### ตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนดีเด่น

##### *Hospital-Based Community Psychiatric Services in a Psychiatric Institute:*

##### *Hospital Bahagia Ulu Kinta, Perak*

โรงพยาบาล Bahagia Ulu Kinta (HBUK) ได้แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่สามารถปรับบริการของตนเองประสานเข้ากับบริการหน่วยเคลื่อนที่ในชุมชนแบบครบวงจรให้บริการแก่ประชากรจำนวนมากได้ ในช่วงทศวรรษ 1970 หน่วยจิตเวชชุมชน (Community Psychiatric Unit; CPU) ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการตามที่พักอาศัย คลินิกจิตเวชช่วงเย็นดำเนินการโดยบุคลากรของโรงพยาบาลหลังเลิกงานที่สถานที่สาธารณะ เช่น โบสถ์ ศาลาในชุมชน หรือวัด คลินิกจิตเวชอื่น ๆ ตั้งห่างออกไปจากโรงพยาบาล 30 กิโลเมตร เปิดบริการในเวลาทำงานเพื่อให้บริการติดตามกลับบ้านผู้ป่วย ในปี 2540 ได้มีการติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่อาการคงที่ดำเนินการโดยศูนย์บริการปฐมภูมิในรัฐเปรัก มีบริการประเมินและทบทวนอาการผู้ป่วย ให้ยารักษา การให้ความรู้และการช่วยเหลือ และการค้นหาผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยยังคงร่วมมือกินยาตามแพทย์สั่ง

## บริการดูแลที่บ้าน

ในเดือนมีนาคม 2544 HBUK ได้เริ่มเปิดบริการดูแลที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการต่อเนื่องและครบวงจรที่บ้าน จัดเตรียมให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล วัตถุประสงค์เฉพาะ ได้แก่

- จัดบริการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยจิตเวช
- ให้สมาชิกครอบครัวช่วยจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพิ่มทักษะด้านการสื่อสารและการแก้ปัญหา
- ลดอัตราการกลับป่วยซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำให้น้อยลงกว่าร้อยละ 30
- ส่งเสริมการกินยาต่อเนื่องและการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเองด้วยอัตราความร่วมมือมากกว่าร้อยละ 60
- ให้การช่วยเหลือการจ้างงาน (หางาน, เลื่องาน, และสอนงาน) อย่างน้อยร้อยละ 10 ของผู้ป่วย

บริการดูแลที่บ้านของ HBUK ได้จัดบริการตามเขตพื้นที่ตามภูมิภาคอย่างชัดเจน ให้บริการแก่ประชากรประมาณ 800,000 คน ในอำเภอ Kinta โดยแบ่งเป็น 7 เขต แต่ละเขตจะมีจิตแพทย์เป็นหัวหน้าทีมทำงานร่วมกับแพทย์ทั่วไป 2 – 4 คน ผู้ช่วยแพทย์เต็มเวลา 2 คน พยาบาลเต็มเวลา 2 คน และผู้ช่วยเต็มเวลาอีก 2 คน มีพยาบาลนิเทศ 2 คนเพื่อนิเทศพยาบาล ทีมเยี่ยมบ้านนี้ปฏิบัติงานตามเวลาปกติ และภาระการทำงานคิดเป็นอัตราส่วนพยาบาลหนึ่งคนกับผู้ป่วย 15 – 20 คน

บริการดูแลที่บ้านของ HBUK มี 5 องค์ประกอบ: 1) การดูแลที่บ้านในผู้ป่วยเฉียบพลัน (Acute home care) 2) โปรแกรมการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Early discharge program; EDP) 3) การรักษาเชิงรุกในชุมชน (Assertive community treatment; ACT) 4) โปรแกรมช่วยเหลือครอบครัว (Family intervention program; FIP) และ 5) บริการติดตามในรายที่คงที่แต่มีความต้องการสนับสนุน

บริการดูแลที่บ้านของ HBUK ประสบความสำเร็จในการลดอัตราการกลับป่วยซ้ำ และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายหลัง 6 เดือนหลังจำหน่าย ประมาณร้อยละ 25 ก่อนการดำเนินงานและ ร้อยละ 0.56 ในปี 2548 และร้อยละ 0.5 ในปี 2549 ในรูปแบบบริการที่มีแผนลดขนาดโรงพยาบาล กลยุทธ์มีดังนี้: ลดการรับนอนโรงพยาบาลโดยจัดตั้งหน่วยบริการระยะเฉียบพลันขนาดเล็กร่วมกับการดูแลที่บ้าน (เช่น ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีจิตแพทย์; พัฒนาที่พักอาศัยทางเลือกที่เหมาะสมตามระดับการดูแล; สนับสนุนการศึกษาและการจ้างงาน; สร้างความเข้มแข็งของการประสานความร่วมมือกันระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง (เช่น สวัสดิการสังคม, ศึกษานิเทศและแรงงาน) ผู้ดูแล และ NGOs



การสร้างความตระหนักและการช่วยเหลือผู้ดูแล

## ประเทศมองโกเลีย

กฎหมายสุขภาพจิตของมองโกเลียได้เริ่มใช้ในปี 2545 เน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต บริการสุขภาพจิต ชุมชน การเข้าถึงบริการ สิทธิของผู้ป่วยจิตเวชและผู้แทนทางกฎหมาย การบังคับรักษาในโรงพยาบาล การให้ความช่วยเหลือด้านความมั่นคงและสวัสดิการสังคมแก่ผู้ป่วยทางจิต และประสานความร่วมมือระหว่างองค์กร (Mongolian Government, 2003)

ในปี 2545 ได้มีการจัดทำโปรแกรมสุขภาพจิตระดับชาติ ซึ่งดำเนินการระหว่างปี 2545 – 2550 มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพจิตตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความชุกของโรคจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรม และค้นหาความต้องการของผู้ที่อยู่กับความเจ็บป่วยทางจิตเวช องค์กรประกอบตามนโยบายและแผนประกอบด้วย: การพัฒนาบริการสุขภาพจิตชุมชน; การพัฒนางานสุขภาพจิตให้เป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพปฐมภูมิ; ทรัพยากรบุคคล; การเรียกร้องสิทธิและการส่งเสริม; การปกป้องสิทธิของผู้ป่วย; งบประมาณ; การปรับปรุงคุณภาพ และระบบควบคุมกำกับติดตาม

จากการพัฒนาบริการสุขภาพจิตชุมชน มีผลงานหลายอย่างที่ประสบความสำเร็จ เช่น การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพจิต และงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม การลดผู้ป่วยในโรงพยาบาล (deinstitutionalization) ได้ดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไปและยังไม่สมบูรณ์ อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการสุขภาพจิตปฐมภูมิและจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการสุขภาพจิตมีจำนวนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ยังไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ นอกจากนี้โปรแกรมสุขภาพจิตโรงเรียนได้รับการพัฒนาและจากสถานะเศรษฐกิจปัจจุบัน เกือบหนึ่งและองค์กรที่มีลูกจ้างมากกว่า 50 คนจะมีการดำเนินงานสุขภาพจิตตามกรอบสุขภาพจิตของรัฐบาล

อย่างไรก็ตาม อัตราการฆ่าตัวตายยังคงเพิ่มขึ้นและมีความชุกสูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ (17.6 ต่อ 100,000 คน) และจำนวนของผู้ป่วยจิตเวชและระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ยยังคงเพิ่มขึ้นเช่นกัน

ในปัจจุบันมองโกเลียใช้งบประมาณร้อยละ 2 ของงบประมาณสุขภาพในงานสุขภาพจิตซึ่งงบส่วนใหญ่ มุ่งเน้นไปที่โรงพยาบาลจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 64% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจิตทั้งหมด ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงทุกคนและผู้ป่วยไม่รุนแรงบางคนมีสิทธิได้รับยาจิตเวชที่จำเป็น อย่างไรก็ตามในบางจังหวัด การจัดหาจิตเวชที่จำเป็นยังจำกัด เมื่อแพทย์สั่งยาจิตเวชให้แก่ผู้ป่วยโรคจิต เกษชกรจะลดราคาให้ร้อยละ 10 ของราคาขายปลีก แต่ผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่คลินิกเอกชนจะต้องจ่ายเต็มราคา

ร้อยละ 86 ของหน่วยจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปจะมียาจิตเวชในแต่ละกลุ่มอย่างน้อยหนึ่งชนิด (ยาต้านโรคจิต, ยาด้านซึมเศร้า, ยาควบคุมอารมณ์แปรปรวน, ยาลดความวิตกกังวล และยารักษาโรคลมชัก) พยาบาลในสถานพยาบาลปฐมภูมิไม่สามารถสั่งยาได้ แพทย์เวชปฏิบัติปฐมภูมิสามารถสั่งยาได้ภายใต้เงื่อนไข เช่น ไม่เกิน 10 วัน ศูนย์บริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำบางแห่ง (ร้อยละ 1-20) ที่มียาจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งชนิดในแต่ละกลุ่มอยู่ในคลินิกหรือร้านขายยาใกล้เคียง

ระบบสุขภาพจิตในมองโกเลีย ยังคงเป็นบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลจิตเวชรักษาผู้ป่วย 17.7 คนต่อแสนประชากรและมีอัตราการครองเตียงมากกว่าร้อยละ 80 เตียงจิตเวชส่วนใหญ่จะอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวช ที่เหลือเป็นเตียงผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในเมืองใหญ่ๆ จะมีความหนาแน่นของเตียงจิตเวชมากถึง 1.6 เท่าของทั้งประเทศ ทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในชนบท ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการเนื่องจากภาษา เชื้อชาติ ศาสนาในชนกลุ่มน้อย เช่น Kazak, Buriad, Tsaatan หรือ Durvud ยังเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณา อย่างไรก็ตามความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับกลุ่มอื่นๆ อีกมากในประเทศมองโกเลีย (WHO, 2006)

ปัจจุบันมีบริการผู้ป่วยนอก 35 แห่ง โรงพยาบาลกลางวัน 7 แห่ง และมีที่พักอาศัยเป็นเตียงประมาณ 12 แห่งที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพและที่พักรักษา และมีจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 60 เตียง การบริการสุขภาพจิตในมองโกเลียมี 3 ระดับคือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพจิตยังไม่เท่ากันทั่วทั้งประเทศ ส่วนใหญ่จะเอื้อต่อผู้ที่อยู่ในเมือง Ulaanbaatar หรือใกล้เคียง

บุคลากรสุขภาพจิตมีเพียง 17 ต่อแสนประชากร โดยจิตแพทย์ นักจิตวิทยาและนักกิจกรรมบำบัดยังมีน้อยมากและยังไม่มีนักสังคมสงเคราะห์เลย การกระจายของทรัพยากรบุคลากรยังไม่ได้สัดส่วน โดยบุคลากรสุขภาพจิตส่วนใหญ่ทำงานในเมืองใหญ่หรือใกล้เคียง การศึกษาหลังปริญญา ได้แก่ การอบรมแพทย์ประจำบ้าน (1 – 2 ปี) หลักสูตรปริญญาโท (2 ปี) หลักสูตรเพิ่มพูนทักษะ (2 – 3 เดือน) ปริญญาเอก (3 ปี) และปริญญาวิทยาศาสตรจารย์แพทย์ – Dr.Sc.Med. การอบรมด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ในช่วงห้าปีที่ผ่านมาประมาณร้อยละ 67 ของบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิผ่านการอบรมบริการสุขภาพจิตปฐมภูมิ และยังมีโปรแกรมอบรมสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติในการรักษาโรคจิตเวชและการสั่งยาจิตเวช

มองโกเลียมีสมาคมของผู้รับบริการ 2 สมาคม กลุ่ม “AA (Alcoholic Anonymous) และสมาคมต่อต้านสุราและสารเสพติดแต่ยังไม่มีสมาคมครอบครัวผู้ป่วย นอกเหนือจากการสนับสนุนด้านกฎหมายและงบประมาณแล้ว ยังมีการประสานความร่วมมือกันอย่างเป็นทางการระหว่างหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต งานบริการปฐมภูมิ/บริการสุขภาพชุมชน โรคเอดส์ สุขภาพเด็กและวัยรุ่น ผู้ติดสารเสพติด การปกป้องเด็ก การศึกษา การจ้างงาน การจัดที่พักอาศัย สวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุ และ อาชีวศึกษา

ในระบบงานสุขภาพจิตของประเทศมองโกเลีย มีความจำเป็นต้องพัฒนาบริการสุขภาพจิตชุมชน และตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่น ตัวอย่างที่น่าเสนอได้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจิตเวชสามารถฟื้นตัวได้ในชุมชน การกลับป่วยซ้ำลดลง บุคคลสามารถป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเวชและสามารถเสริมความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้ และสื่อสามารถช่วยส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรู้และทักษะทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังตระหนักว่า บริการสุขภาพจิตไม่ควรจะทำงานโดยลำพังในการพัฒนาบริการในชุมชน แต่ควรนำผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน NGOs และองค์กรจากต่างประเทศมาร่วมมือกันเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพจิตให้ประสบผลสำเร็จ



ตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนดีเด่น

**Ger Project**

ศูนย์บริการกลางวันในชุมชนของโมกาลีเยโดยใช้เต็นท์และบ้านทรงกลมเคลื่อนย้ายได้ที่เรียกว่า “gers” ได้เริ่มต้นในปี 2543 ในศูนย์บริการสาธารณสุขอำเภอ 2 แห่งและศูนย์บริการสาธารณสุขระดับภาค 4 แห่ง โครงการนี้มีบุคลากรสุขภาพ (พยาบาลและนักกิจกรรมบำบัด) และจิตแพทย์ 1 คน ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก และ SOROS Foundation จุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังได้รับโอกาสในการเพิ่มทักษะด้านสังคมและการดำรงชีวิตผ่านกิจกรรมที่มุ่งเน้นงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ เช่น ทักษะชีวิต การดูแลตนเอง การประกอบอาหาร และใช้เวลาว่าง (หัตถกรรม ปลูกผัก หรือฝึกอาชีพอื่นๆ)

**วิธีการของ Ger Project**

โปรแกรมกลางวันของ ger ตั้งอยู่ในชุมชนโดยเฉพาะบริเวณที่ใกล้กับตำบลที่ผู้คนอาศัยใน gers มีผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วมโครงการ 15 – 20 คนต่อเดือน มีบุคลากรประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล และนักกิจกรรมบำบัดที่ได้รับเงินเดือนจากรัฐบาล กิจกรรมจะมีตั้งแต่ 9.00 น. ถึง 15.00 น. ทุกวัน

**ขั้นตอนการส่งต่อ**

จิตแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก หรือแพทย์เวชปฏิบัติสามารถส่งผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการได้ด้วยการยินยอมจากผู้ป่วย



ขั้นตอนการส่งต่อของ Ger Project ในมองโกเลีย

## กิจกรรม

ในวันแรกของโครงการ *ger* จิตแพทย์ พยาบาลและนักกิจกรรมบำบัดจะประเมินทักษะชีวิต การดูแลตนเอง และทักษะทางสังคมของผู้ป่วยเพื่อกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น นักกิจกรรมบำบัดและพยาบาลที่ผ่านการอบรมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตสังคม 1 – 3 เดือน เป็นผู้รับผิดชอบในการสอนและควบคุมกำกับการออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ทักษะชีวิต การดูแลตนเอง และทักษะการประกอบอาชีพ เช่น (หัตถกรรม การปลูกผัก กิจกรรมฝึกอาชีพอื่น ๆ งานไม้ งานเย็บปักถักร้อย)

โครงการ *ger* ยังมีบริการให้ความรู้ ให้การศึกษา การรักษาจิตเวชต่อเนื่องและการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โปรแกรมการให้ความรู้จะให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช ทักษะการจัดการกับปัญหาและการจัดการกับความเครียด โครงการ *ger* ไม่เพียงแต่จะให้บริการทางการแพทย์ แต่ยังคงครอบคลุมถึงบริการจ้างงาน สวัสดิการสังคม และบริการด้านการเดินทาง

## ผลลัพธ์

มีผู้ป่วยโครงการนี้ทั้งสิ้น 500 คน และอัตราการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชลดลงร้อยละ 95 จากปี 2545 ถึงปี 2550

## ความสำเร็จและอุปสรรค

บทเรียนหลักที่ได้รับจากโปรแกรมฟื้นฟูจิตสังคมนี้ คือ อัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชลดลงเมื่อได้รับการบริการในชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้สามารถได้รับการช่วยเหลือจากชุมชนผ่านการประสานงานและความร่วมมือกันระหว่างองค์กรต่าง ๆ โครงการนี้จำเป็นต้องเพิ่มการมีส่วนร่วมจากครอบครัว ผู้รับบริการ และ NGOs ในโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในชุมชน งบประมาณของรัฐควรจัดสรรให้โครงการ *ger*

## บทเรียนรู้

โครงการ *ger* ประสบผลสำเร็จในการจัดบริการทางจิตสังคมใกล้บ้านผู้ป่วยในระดับอำเภอ สิ่งที่ได้เปรียบสำคัญก็คือ มีต้นทุนต่ำ สามารถเคลื่อนย้ายได้ และลดตราบาปที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชและการแบ่งแยกกีดกันผู้ป่วยจิตเวชผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว แต่การเรียกร้องสิทธิในระดับรัฐบาลเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้โครงการนี้ยั่งยืน



## ประเทศสิงคโปร์

ระบบบริการสุขภาพจิตของสิงคโปร์เริ่มต้นเมื่อมีการตั้งโรงพยาบาลจิตเวชในปี 2471 เพื่อเป็นสถานพยาบาลจิตเวช (mental asylum) ที่เมื่อรับไว้ในโรงพยาบาลแล้วคาดว่าจะต้องอยู่รักษาโดยไม่มีกำหนด จนกว่าผู้ป่วยจะทุเลาดีพอและยังไม่มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในช่วงสองหรือสามทศวรรษที่ผ่านมา รูปแบบบริการได้เปลี่ยนไปให้บริการชุมชนมากขึ้น โดยการจัดตั้งโรงพยาบาลกลางวัน และโปรแกรมพยาบาลจิตเวชในชุมชน การเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้นจากทศวรรษที่ 19 เป็นต้นมาหลังจากโรงพยาบาลได้ย้ายไปอยู่ที่ตั้งใหม่ทันสมัย และพัฒนาโปรแกรมใหม่ขึ้น

โรงพยาบาลได้เปลี่ยนชื่อเป็นสถาบันสุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวชหลังจากย้ายสถานที่ตั้งในปี 2536 โดยเน้นการฝึกอบรม การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตและการวิจัย การขยายบริการสุขภาพจิตได้เริ่มขึ้นในสองสามทศวรรษที่ผ่านมา ด้วยการเปิดแผนกเวชกรรมจิตวิทยาในโรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง ทำให้บริการสุขภาพจิต เป็นบริการทางเลือกหนึ่งและสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้นเมื่ออยู่ใกล้ชุมชน

นโยบายสุขภาพจิตเริ่มได้รับความสนใจในปี 2548 ซึ่งถือเป็นระยะเวลาสำคัญในสิงคโปร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ส่งเสริมสุขภาพจิตและหากเป็นไปได้เพื่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวช และ 2) ลดผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเวช หลังจากนั้นได้จัดทำแผนงานสุขภาพจิตระดับชาติปี 2550 – 2554 โดยเน้นที่การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต การบูรณาการงานสุขภาพจิต การพัฒนาบุคลากรสุขภาพจิตและการพัฒนางานวิจัยสุขภาพจิต

ในแผนงานดังกล่าวได้มีการกำหนดงบประมาณสนับสนุน โดยมีตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานกำกับอยู่ทุกโปรแกรม การสนับสนุนจากรัฐบาลในการพัฒนาบริการสุขภาพจิตทำให้เกิดแรงบันดาลใจและลดข้อจำกัด การบริการสุขภาพจิตในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งภายใต้องค์ประกอบของการบูรณาการงานสุขภาพจิต

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จำนวนผู้ป่วยในที่เข้ารับบริการในสถาบันสุขภาพจิตได้ลดลงอย่างช้าๆ ด้วยมาตรการเชิงรุกในการจำหน่ายผู้ป่วยระยะยาวให้อยู่ในชุมชนหากเป็นไปได้ ในทำนองเดียวกัน ผู้ป่วยใหม่ก็จะได้รับการรักษาอย่างจริงจังและให้การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดการเกิดผู้ป่วยระยะยาวรายใหม่ลง การเน้นบริการสุขภาพจิตชุมชนเป็นทิศทางที่มีเหตุผลสำหรับโรงพยาบาลจิตเวชว่าไม่ควรและไม่สามารเพิ่มขนาดของโรงพยาบาลอีกต่อไป การจัดที่พักออาศัยควรให้ผู้ป่วยสามารถดำรงและประกอบอาชีพอยู่ในชุมชนได้ตราบเท่าที่ผู้ป่วยยังคงสามารถทำได้ ผู้ป่วยเกือบทุกคนชอบที่จะมีชีวิตอิสระในชุมชน ด้วยเหตุผลนี้ บุคลากรสุขภาพจิตควรจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้เพื่อให้ทำได้ตามเป้าหมายหากปลอดภัยและเหมาะสม

แต่ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสิงคโปร์ที่มีทัศนคติทางวัฒนธรรมต่อผู้ป่วยจิตเวช และความคาดหวังของสังคมในการจัดบริการของรัฐที่อาจต่างจากสังคมวัฒนธรรมอื่น การเปลี่ยนแปลงแนวคิดและวัฒนธรรมจำเป็นต้องใช้เวลา จะต้องใช้ความอดทนในการให้สาธารณะได้รับความรู้และฝึกอบรม บริการสนับสนุนในชุมชนจะต้องค่อยๆ ขยาย แลเพิ่มบริการที่พักออาศัยในชุมชนให้มากขึ้น

ในระหว่างนั้น สิงคโปร์ได้สามารถดำเนินการไปถึงรูปแบบบริการจิตเวชอย่างสมดุลกัน ในขณะที่ยังคงมีโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ ที่บริการผู้ป่วยประมาณ 1,600 คน ต่อวัน และรับผิดชอบบริการผู้ป่วยนอกในชุมชน 33,000 คน ในภาพรวมสถาบันสุขภาพจิตรับผิดชอบบริการการดูแลสุขภาพจิตภาครัฐเกือบร้อยละ และที่เหลืออีกร้อยละ 20 เป็นบริการจากแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป

แผนงานสุขภาพจิตระดับชาติ จะช่วยเร่งการพัฒนาโปรแกรมในชุมชน โดยการจัดทีมสุขภาพจิตชุมชน สำหรับผู้ป่วยทุกวัย ในกลุ่มเด็กวัยรุ่น ทีมสหวิชาชีพสุขภาพจิตจะทำงานอย่างใกล้ชิดกับครูที่ปรึกษาในโรงเรียน เพื่อค้นหาและจัดการปัญหาในโรงเรียนตั้งแต่ระยะแรก ในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นที่เริ่มป่วยโรคจิตจะมีโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือโรคจิตระยะแรก (Early Psychosis Intervention Program; EPIP) ได้ฝึกบุคลากรส่วนหน้าของโรงเรียน องค์กรทางสังคม และแพทย์เวชปฏิบัติในการค้นหา/ตรวจพบโรคจิตในระยะแรกและส่งต่อผู้ป่วยไปยังEPIP เพื่อให้การรักษาตั้งแต่แรก สำหรับผู้ใหญ่ที่มีอาการโรคจิตรุนแรง เช่น โรคจิตเภท ทีมสหวิชาชีพสุขภาพจิตชุมชนจะเข้าไปช่วยเหลือในชุมชนโดยการจัดการรายกรณี เยี่ยมบ้าน ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมและจัดการกับปัญหาที่บ้านของผู้ป่วย สำหรับผู้สูงอายุที่มีจิตเวชผู้สูงอายุชุมชนที่ทำงานกับองค์กรสังคม และแพทย์เวชปฏิบัติจะตรวจประเมินและช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคจิตเวชทั้งที่บ้านหรือคลินิกในชุมชน ในผู้ติดสารเสพติด มีโปรแกรมการจัดการผู้ติดสารเสพติดในชุมชน (Community Addiction Management Program; CAMP) ที่ดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ

สมัยก่อนจิตแพทย์สิงคโปร์จะไม่มีการทำงานร่วมกันกับแพทย์เวชปฏิบัติ แต่ในปัจจุบันสถานการณ์เริ่มเปลี่ยนไปเป็นการเน้น “สิทธิในการรับบริการ” โดยแพทย์เวชปฏิบัติที่ได้รับการอบรมให้ตรวจและรักษาโรคทางจิตเวชได้ตั้งแต่ระยะแรก และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ในระยะยาว แพทย์เวชปฏิบัติที่สนใจจะได้รับการฝึกอบรมในโปรแกรมเฉพาะและจะมีหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชกรรมจิตเวชสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติ

แผนงานสุขภาพจิตระดับชาติช่วยให้โปรแกรมชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงและเข้มแข็งของบริการสุขภาพจิตภาครัฐที่จำเป็น ในขณะที่โรงพยาบาลจิตเวชของรัฐสามารถเพิ่มบทบาทของสถาบันตติยภูมิในการรักษาผู้ป่วยที่ติดต่อการรักษา ฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพจิตและดำเนินงานวิจัยที่สำคัญ และจากการที่สหวิชาชีพในปัจจุบันร่วมกันลดผู้ป่วยที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลระยะยาวรายใหม่ จึงคาดว่าจำนวนผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลระยะยาวในอนาคตจะไม่เพิ่มขึ้น

โปรแกรมสุขภาพจิตชุมชนที่เข้มแข็งต้องการบุคลากรวิชาชีพสุขภาพจิตที่มากพอที่มีความมุ่งมั่นและให้บริการได้ แผนงานสุขภาพจิตแห่งชาติได้เน้นชัดเจนถึงการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพจิตของประเทศและมีมาตรการเพื่อแก้ไขสถานการณ์นี้ ปัจจุบันสิงคโปร์มีอัตราส่วนจิตแพทย์ 2.5 ต่อแสนประชากรและยังจะต้องมีจำนวนจิตแพทย์เพิ่มขึ้นอีกเท่าตัว (จาก 100 คนในปัจจุบัน) ภายใน 10 ปีข้างหน้า

ในขณะที่สิงคโปร์ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงของประเทศต่าง ๆ ในโลกที่มีการลดขนาดเตียงในโรงพยาบาลจิตเวชลงอย่างรวดเร็วและยังคงเรียนรู้จากประเทศต่าง ๆ อยู่เรื่อยมา จึงจำเป็นต้องพัฒนาเรื่องนี้ด้วยตัวเอง โดยคำนึงถึงความต้องการของตนเองและความแตกต่างภายใน

---

## ตัวอย่างของการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนดีเด่น

### Early Psychosis Intervention Programme (EPIP)

ในปี 2544 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณพิเศษ 5 ปี ให้สถาบันสุขภาพจิตของสิงคโปร์ เพื่อดำเนินการโครงการ EPIP โดยโปรแกรมนี้จะให้บริการช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มแรกในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นหรือ นักเรียนมัธยมที่เริ่มมีปัญหาจิตเวชในชุมชน โครงการนี้ให้บริการ 3 กิจกรรมหลัก: 1) ให้บริการทางคลินิกในผู้ที่เริ่มป่วยโรคจิต 2) ฝึกอบรมบุคลากรส่วนหน้าของโรงเรียนและองค์กรสังคม เพื่อให้สามารถค้นหาผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีปัญหาสุขภาพจิต และ 3) ฝึกอบรมแพทย์เวชปฏิบัติ เพื่อดำเนินการคัดกรองเบื้องต้นและให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อาการสงบแล้วแต่ยังมีปัญหาสุขภาพจิต

บุคลากรส่วนหน้าจะได้รับการอบรมเพื่อค้นหาและส่งต่อผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่สงสัยว่าจะมีปัญหาสุขภาพจิตไปยังแพทย์เวชปฏิบัติ รวมไปถึงผู้ให้คำปรึกษาจากสถาบันการศึกษาต่างๆ เจ้าหน้าที่จากกรมตำรวจ และกระทรวงกลาโหม ผู้ให้คำปรึกษาจากศูนย์บริการครอบครัว สมาพันธ์ชุมชนและองค์กรอื่นๆ ในระดับรากหญ้า การฝึกอบรมประกอบด้วยโรคทางจิตเวชที่สำคัญ (โรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรคเครียดวิตกกังวล และโรคจิต) และมีหลักสูตรทบทวนความรู้สำหรับบุคลากรใหม่ การมีจัดประชุมร่วมระหว่างองค์กรที่มีการส่งต่อบริการกันเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าที่ผ่านมา แพทย์เวชปฏิบัติในสถานพยาบาลปฐมภูมิจะไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคจิตเวช โครงการ EPIP นี้จัดการให้แพทย์เวชปฏิบัติมีส่วนร่วม โดยการฝึกอบรมการวินิจฉัยโรคจิตและส่งต่อไปยัง EPIP ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติทางจิตเวชอื่นๆ ก็จะสามารถรักษาได้โดยแพทย์เวชปฏิบัติเช่นกันหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลของรัฐ นอกจากนี้จะได้รับการฝึกอบรมเพื่อการจัดการกับผู้ป่วยที่มีอาการสงบหลังผ่าน EPIP เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาระบบสนับสนุนทางโทรศัพท์ หรือจดหมาย อิเล็กทรอนิกส์สำหรับเครือข่าย EPIP ในชุมชน

โปรแกรมนี้ทำให้ผู้ที่เริ่มป่วยโรคจิตได้รับการรักษาในชุมชน รวมทั้งการจัดการรายกรณีเพื่อให้เกิดการติดตามที่เหมาะสม ร่วมมือในการรักษาและลดจำนวนผู้ที่ถูกละเลย จากการค้นหาและช่วยเหลือผู้ที่เริ่มป่วยโรคจิต ทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้นและลดระยะเวลาที่ป่วยแต่ไม่ได้รับการรักษา การจัดการรายกรณีทำให้มีการบูรณาการการดูแลรายบุคคลในผู้เริ่มป่วยโรคจิตครั้งแรกและให้การดูแลต่อเนื่องในแต่ละระยะของโรค การรักษาอยู่บนหลักฐานวิชาการของทีมสหวิชาชีพ มุ่งเน้นการส่งเสริมให้หายและสามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้

โปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมในชุมชนที่ประสบความสำเร็จได้รับการยกย่องในระดับนานาชาติโดย องค์การอนามัยโลกและได้รับรางวัลการวิจัยในการส่งเสริมสุขภาพจากประเทศคูเวตในปี 2549 โปรแกรมนี้ได้แสดงให้เห็นว่าการลดลงของผู้ป่วยที่ถูกละเลยอย่างชัดเจนและผู้ป่วยมีสมรรถภาพและมีการจ้างงานมากขึ้น จากความสำเร็จนี้ทำให้โปรแกรมได้ดำเนินงานต่ออีก 5 ปี เพื่อขยายทั่วประเทศ ทำให้เห็นทิศทางของบริการสุขภาพจิตในสิงคโปร์ด้านการฝึกอบรม การจัดการรายกรณี และมีแพทย์เวชปฏิบัติในโปรแกรมนี้

ความท้าทายของโปรแกรม ได้แก่ การชักชวนผู้ให้บริการในชุมชนอื่นๆ เช่น ผู้ใช้เวทมนต์ หมอผี ฯลฯ ที่มักพบผู้ป่วยเป็นคนแรกมีส่วนร่วมในโปรแกรม และให้เจ้าของผู้ประกอบการ/สถาบันการศึกษายอมรับผู้ผ่านการรักษาหรือกำลังรักษาโรคจิตเวช

## ประเทศไต้หวัน

เครือข่ายงานสุขภาพจิตที่มีอยู่ได้ขยายออกเพื่อสนองความต้องการด้านสุขภาพจิตชุมชนที่หลากหลาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสังคมที่รวดเร็ว เช่น โปรแกรมร่วมดูแลสำหรับโรคจิตเวชที่พบบ่อย การช่วยเหลือดูแลเด็กตั้งแต่ระยะแรก การป้องกันการติดสารเสพติด การป้องกันการฆ่าตัวตายและการดูแลสุขภาพจิตหลังภัยพิบัติ การดูแลสุขภาพจิตในชุมชนเข้าร่วมกับขบวนการกระจายทรัพยากรต่าง ๆ และสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนเพื่อพัฒนาโปรแกรมต่าง ๆ

ไต้หวันมีพื้นที่ทั้งหมดเกือบ 36,000 ตารางกิโลเมตร ลักษณะเป็นเกาะที่มีรูปร่างยาวและแคบ ห่างจากสาธารณรัฐประชาชนจีน 200 กิโลเมตร มีประชากร 22.7 ล้านคน ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวฮั่น อย่างไรก็ตาม ไต้หวันก็ยังมีคนหลายเชื้อชาติ รวมถึงชนเผ่าพื้นเมืองซึ่งมีถึงร้อยละ 2 ของประชากร

ระบบสุขภาพจิตของไต้หวันมีการพัฒนาที่ไม่ดีนักจนกระทั่งปลายทศวรรษ 2513 ที่มีการสำรวจบริการสุขภาพจิตครั้งแรก โดย Dr. Eng-Kung Yeh และสำรวจเสร็จในปี 2523 ผลพบว่ามีอาการขาดแคลนสถานบริการเตียงจิตเวช 4 เตียงต่อแสนประชากร) และขาดแคลนบุคลากรเชี่ยวชาญ (จิตแพทย์ 0.1 คนต่อแสนประชากร) ในช่วงเดียวกัน โครงการสำรวจจะบาดิทยาจิตเวชของไต้หวันพบว่าความชุกของโรคจิตเวชต่าง ๆ สูงมากในประชากรทั่วไป จากผลการวิจัยนี้กรมสาธารณสุขของไต้หวันจึงได้จัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการ 15 ปี ในการจัดตั้งเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตเพื่อให้บริการและกระจายบริการที่พอเพียงทั่วประเทศ (1986-2000)

ในระยะเริ่มต้นของโครงการ ไต้หวันได้แบ่งพื้นที่ออกเป็น 7 พื้นที่ตามลักษณะภูมิประเทศและการปกครอง ในทุกพื้นที่ได้จัดตั้งศูนย์การรักษารักษาขึ้น เพื่อให้มีการพัฒนาและขยายบริการไปสู่ชุมชน รวมทั้งการฝึกอบรมระหว่างประจำการแก่บุคลากรสาธารณสุข สถานบริการสุขภาพจิตได้จัดตั้งตามข้อกำหนดในโครงการ สถานบริการเหล่านี้ ประกอบด้วยบริการสุขภาพจิตชุมชนซึ่งส่วนใหญ่ตั้งตามประสบการณ์ของ Dr. Yeh ในศูนย์จิตเวชเมืองไทเป (Taipei City Psychiatric Center; TCPC) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลของโรงพยาบาลแบบครบวงจร ในขณะที่เดียวกันบุคลากรสาธารณสุขของรัฐได้ถูกกระจายออกไปในชุมชนเพื่อลดการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพจิตชุมชน ข้อเสนอของ Dr. Yeh ประสบผลสำเร็จอย่างเห็นได้ชัด ไม่เพียงแต่ด้านการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการและบุคลากร แต่ยังมีเปลี่ยนแปลงในโรงพยาบาลจิตเวชที่ Yuli 2 แห่ง ซึ่งเดิมเป็นการกักตัวผู้ป่วยในโรงพยาบาลในชนบทปรับเปลี่ยนไปเป็นศูนย์การดูแลสุขภาพจิตอย่างครบวงจร

ในขณะที่เขียนบทความนี้ (มี.ค. 2550) ไต้หวันมีโรงพยาบาลจิตเวช 37 แห่ง มีจำนวนเตียงจิตเวช 19,127 เตียง (6,130 เตียงสำหรับผู้ป่วยเฉียบพลัน และ 13,132 เตียงสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง คิดเป็นอัตราส่วน 2.6 และ 5.5 ต่อแสนประชากร) ในจำนวนนี้ร้อยละ 55.9 เป็นโรงพยาบาลของรัฐ ศูนย์บริการแบบโรงพยาบาลกลางวันมีอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่ง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง นอกจากนี้ยังมีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ 61 แห่ง และบ้านกึ่งวิถี 81 แห่ง ดำเนินการโดยสถาบันจิตเวช หรือ NGOs ให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงในชุมชน



ตัวแทนจากไต้หวัน (Erin Chia-Husan Wu, Steve Lin และ Keh-Ming Lin) และ Chee Ng จากออสเตรเลีย ในการประชุม APCMHD ที่ WPA เมลเบิร์น, พฤศจิกายน 2007

เหตุการณ์ที่สำคัญ 2 เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการพัฒนาดังกล่าวคือการมีกฎหมายสุขภาพจิตในปี 2533 และการมีโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2538 กฎหมายสุขภาพจิตมีการปรับปรุงแก้ไขในปี 2550 ซึ่งมีผลอย่างมากต่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วยและการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรมของบุคลากรสุขภาพจิต โครงการประกันสุขภาพชดเชยค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลได้ครอบคลุมกว้างขึ้นโดยเฉพาะ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคจิตเวช รวมถึงค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตเวช ผู้ที่เป็นโรคจิตรุนแรง เช่น โรคจิตเภท และโรคผิดปกติทางอารมณ์ไม่ต้องร่วมจ่ายเงิน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลทั้งหมด

เครือข่ายงานสุขภาพจิตที่มีอยู่ได้ขยายออกเพื่อสนองความต้องการด้านสุขภาพจิตชุมชนที่หลากหลาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสังคมที่รวดเร็ว เช่น โปรแกรมร่วมดูแลสำหรับโรคจิตเวชที่พบบ่อย การช่วยเหลือดูแลเด็กตั้งแต่ระยะแรก การป้องกันการติดสารเสพติด การป้องกันการฆ่าตัวตายและการดูแลสุขภาพจิตหลังภัยพิบัติ การดูแลสุขภาพจิตในชุมชนเข้าร่วมกับขบวนการกระจายทรัพยากรต่าง ๆ และสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนเพื่อพัฒนาโปรแกรมต่างๆ

ในความเป็นจริงแล้ว บริการสุขภาพจิตชุมชนยังมีการพัฒนาไปน้อยมาก แต่ก็ยังมีโอกาสที่ดีในอนาคต ตัวอย่างเช่น มีแนวโน้มใหม่ในการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและให้ชุมชนมีส่วนร่วมที่จะกระตุ้นการพัฒนาบริการสุขภาพจิตชุมชนได้ นอกจากนั้นจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมในไต้หวัน ประเด็นสุขภาพจิตที่สามารถกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมการเมืองและสถาบันไปในคราวเดียวกันนั้น ได้รับความสนใจจากสาธารณะและมีผลต่อโปรแกรมสุขภาพจิตมากมาย สิ่งเหล่านี้สามารถเห็นได้จากประสบการณ์ของการปฏิรูปสุขภาพจิตของไต้หวันในช่วงทศวรรษ 2523

## ทิศทางในอนาคต

มีความต้องการชัดเจนและมีการริเริ่มระดับชาติที่มุ่งประเด็นปัญหาสุขภาพจิต กิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

- การศึกษาระบาดวิทยาเพื่อค้นหาความต้องการด้านสุขภาพจิตของประชาชน
- สร้างความเข้มแข็งให้พันธมิตรในชุมชน โดยการกำหนดและเจาะจงประเด็นสำคัญที่ทำให้สังคมในวงกว้างสนใจ
- จัดทำนโยบายและกลยุทธ์ด้านสุขภาพจิต
- มุ่งเน้นการป้องกันโรคจิตเวชเบื้องต้นและส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อเปลี่ยนทัศนคติด้านลบของสังคมที่ฝังรากลึกมานาน
- แสดงข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงการเปลี่ยนแปลงระบบโดยการวิจัยประเมินผล

---

## ตัวอย่างของการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนดีเด่น

### *The Taipei City Psychiatric center (TCPC)*

ศูนย์บริการจิตเวชไทเปเริ่มตั้งในปี 2512 เพื่อให้บริการจิตเวชแก่ประชากรในเมืองไทเป 2.6 ล้านคน โดย Professor E.K Yeh ซึ่งเป็นแพทย์อาวุโสคนแรกของโรงพยาบาลแห่งนี้ ได้สร้างนวัตกรรมนี้ภายใต้ชื่อ “Taipei Model” สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในช่วงทศวรรษ 2513

### บริการชุมชนที่ปรับตามลักษณะท้องถิ่นและวัฒนธรรม

องค์กรประกอบสำคัญของ “Taipei Model” คือการสร้างเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข และกระตุ้นให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขจาก 12 โรงพยาบาลอำเภอ เพื่อติดตามผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงที่จำหน่ายออกจาก TCPC ผู้ป่วยจิตเวชจะได้รับการติดตาม ประเมินและบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องตามลำดับขั้นตอนการจัดการ การส่งผู้ป่วยไปรับบริการสังคมอื่นๆ เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับข้อมูลสุขภาพและทรัพยากรที่เกี่ยวกับโรคสารเสพติด การวางแผนครอบครัว และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ จิตแพทย์จาก TCPC และจากโรงพยาบาลหลักในเมืองให้บริการนิเทศปรึกษาตามกำหนดเวลา พยาบาลสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการประเมินวางแผนดำเนินการและประเมินผลบริการจิตเวชชุมชน ซึ่งถือเป็นจุดสำเร็จสำคัญของ “Taipei Model”

## การสร้างสัมพันธภาพกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ

จากประสบการณ์และโครงสร้างภายในเริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง TCPC ได้ขยายบริการ ดังต่อไปนี้

### 1. ระบบการร่วมดูแลผู้ป่วยซึมเศร้ากรุงเทพ

เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมในโรคจิตเวชที่พบบ่อย TCPC ได้ริเริ่มระบบการร่วมดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าภายใต้อำนาจของรัฐบาลเมืองไทเป ในปี 2546 โดยเชิญแพทย์เวชปฏิบัติซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ฝึกหัดหรือแพทย์ประจำครอบครัว เข้าร่วมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดตั้งเครือข่ายระหว่างแผนกและเครือข่ายบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ในปี 2548 โรงพยาบาลในเขตเทศบาลทุกแห่งและคลินิกสาธารณสุข 177 แห่งได้เข้าร่วมในเครือข่าย ในขณะที่ TCPC ยังคงให้การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ คณะกรรมการอำนวยการยังกระตุ้นอย่างต่อเนื่องให้มีการส่งต่อระหว่างบริการสุขภาพจิตและบริการปฐมภูมิ และเจรจาต่อรองกับการประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อศึกษาถึงการจัดค่าตอบแทนและผลลัพธ์ของโปรแกรม

### 2. บริการให้คำปรึกษาด้านจิตใจรายบุคคล

ในเดือนกรกฎาคม 2548, TCPC ได้ริเริ่ม “บริการให้คำปรึกษาด้านจิตใจรายบุคคล” ขึ้นในโรงพยาบาลอำเภอ 12 แห่ง เพื่อให้มีบริการให้คำปรึกษาด้านจิตใจ สามารถจ่ายได้และเข้าถึงบริการได้ในชุมชน

### 3. ศูนย์วิจัยและพัฒนาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

“ศูนย์วิจัยและพัฒนาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย” ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อทำงานร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ในศูนย์สงเคราะห์ระดับอำเภอเพื่อติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ได้รับการช่วยเหลือที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล

### 4. รูปแบบบริการผู้ติดสารเสพติดใน TCPC

นโยบายการลดอันตรายจากสารเสพติด (โปรแกรมเมทาโดนระยะยาว) ได้เริ่มใช้ในชุมชนตั้งแต่ ปี 2549 เมื่อมีจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้เสพยาไอซ์ที่ฉีดเข็มฉีดยาร่วมกัน)

TCPC ได้เริ่มตั้งรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในปี 2536 ซึ่งรวมถึงการถอนพิษยา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมและการติดตามให้คำปรึกษา ในเวลาเดียวกัน ระบบข้อมูลสารสนเทศก็ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อควบคุมกำกับแนวโน้มของจำนวนผู้ที่ติดสารเสพติด

## ประเทศไทย

บริการสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทยได้มีการบูรณาการสู่ระบบบริการสาธารณสุขโดยอาศัยโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการวางรากฐานสอดคล้องกับการแบ่งพื้นที่ฝ่ายปกครองตั้งแต่ระดับชุมชน หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และภูมิภาค

ประเทศไทยตั้งอยู่ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีประชากร 62.8 ล้านคน ได้รับการจัดอยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ระดับกลางค่อนข้างต่ำ (low-middle income country) ปัญหาสุขภาพตามดัชนีภาวะโรคพบปัญหาการดื่มสุรารอยู่ในลำดับสามในเพศชายและโรคซึมเศร้าอยู่ในลำดับสี่ในเพศหญิง รายงานปี พ.ศ. 2547 พบอัตราการฆ่าตัวตาย 5.7 ต่อแสนประชากร

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์และการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตของประเทศซึ่งได้รับการทบทวนครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2550 มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดีโดยมุ่งเน้น:

- การพัฒนาความรู้และเทคโนโลยีผ่านการวิจัยและจัดการความรู้
- เสริมสร้างศักยภาพโดยการบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบสาธารณสุขตลอดจนเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายสุขภาพจิต
- เสริมสร้างศักยภาพให้บุคลากรสุขภาพจิตและ
- ปฏิรูประบบการบริหารจัดการสุขภาพ

กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบงบประมาณด้านสาธารณสุขประมาณร้อยละ 3.8 ของงบประมาณทั้งหมด ระบบประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรร้อยละ 96 โดยที่ร้อยละ 74.3 อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพจิตด้วย

บริการสุขภาพจิตในประเทศไทยเริ่มต้นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2440 นับตั้งแต่มีการเริ่มเปิดดำเนินการโรงพยาบาลสมเด็จพระยาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชแห่งแรกของประเทศ ตามมาด้วยโรงพยาบาลจิตเวชตามภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2519 ได้มีโครงการสำรวจความต้องการบริการสุขภาพร่วมกับองค์การอนามัยโลก ซึ่งให้เห็นถึงความต้องการบริการสุขภาพจิตในชุมชน ดังนั้นจึงได้มีการขยายบริการสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลจิตเวชไปสู่ระบบบริการสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2521 ประเทศไทยได้เพิ่ม 'งานสุขภาพจิต' เข้าเป็นส่วนหนึ่งของ 'งานสาธารณสุขมูลฐาน' ซึ่งเป็นองค์ประกอบของนโยบาย 'สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543' ทำให้เกิดการขับเคลื่อนครั้งสำคัญให้งานสุขภาพจิตไปสู่ระดับชุมชน

บริการสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทยได้มีการบูรณาการสู่ระบบบริการสาธารณสุขโดยอาศัยโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการวางรากฐานสอดคล้องกับการแบ่งพื้นที่ฝ่ายปกครองตั้งแต่ระดับชุมชน หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และภูมิภาค

บริการสุขภาพจิตพื้นฐานดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ซึ่งเป็นบุคลากรหลักในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมสุขภาพจิต สถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุข จัดตั้งในระดับตำบล มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นรวมทั้งบริการคัดกรองสุขภาพจิต

78 | บทที่ 2: รายงานสรุปงานสุขภาพจิตชุมชนและตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่น





ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต

และติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลชุมชนให้บริการในระดับอำเภอและโรงพยาบาลทั่วไปให้บริการในระดับจังหวัดทั้งบริการผู้ป่วยนอกในปัญหาจิตเวชที่พบบ่อย การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตลอดจนผู้ป่วยเรื้อรังและการดูแลสุขภาพจิตในผู้เจ็บป่วยโรคทางกาย ส่วนการดูแลเฉพาะทางในกรณียุ่งยาก ชับซ้อนนั้นให้บริการโดยโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือสถาบันต่างๆ มีจำนวนเตียงจิตเวชรวมทั้งหมด 8,700 เตียง (13.8 เตียงต่อ 100,000 ประชากร) โดยร้อยละ 9% เป็นจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

บริการสุขภาพจิตในประเทศไทย มีการดำเนินงานครอบคลุมไม่เพียงแต่บำบัดรักษาและฟื้นฟูเท่านั้น แต่รวมถึงงานด้านส่งเสริมสุขภาพจิตป้องกันปัญหาสุขภาพจิต หลักการของงานสุขภาพจิตชุมชนคือการให้บริการแก่ชุมชน ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน นอกจากนี้งานสุขภาพจิตชุมชนยังได้ขยายเครือข่ายออกไปนอกระบบสาธารณสุข ได้แก่ โรงเรียน วัดและองค์กรบริหารท้องถิ่น เพื่อให้ชุมชนเองมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชน เป้าหมายของงานสุขภาพจิตชุมชนไม่เพียงแต่ให้บริการดูแลอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยจิตเวชเท่านั้น ยังได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่ชุมชนของตนเองได้อีกด้วย ด้วยเหตุนี้ความร่วมมือกับองค์กรบริหารท้องถิ่นจึงเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตชุมชน

การดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนจะต้องมีการพัฒนาเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากประเทศไทยมีจิตแพทย์เพียง 0.7 ต่อแสนประชากรเท่านั้น จึงจำเป็นต้องเสริมสร้างขีดความสามารถให้แก่บุคลากรและเครือข่ายสาธารณสุขในชุมชน โดยโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตเขต ในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ สนับสนุนให้เครือข่ายฯ สามารถบูรณาการสุขภาพจิตสู่ระบบบริการสาธารณสุข มีการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อเสริมสร้างศักยภาพเพื่อให้เกิดบริการสุขภาพจิตชุมชนที่มีคุณภาพและยั่งยืน

งานสุขภาพจิตชุมชนได้ขยายครอบคลุมตามกลุ่มประชาชนทุกช่วงวัย รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ชับซ้อน งานส่งเสริมสุขภาพจิตโรงเรียน งานสุขภาพใจภาคประชาชนรวมทั้งงานสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต เช่น กรณีพิบัติภัยคลื่นยักษ์ เป็นต้น

เนื่องจากข้อจำกัดในงบบุคลากรสุขภาพจิตเฉพาะทางและงบประมาณ กรมสุขภาพจิตจึงเน้นการเสริมสร้างขีดความสามารถของทรัพยากรบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการผลิตพยาบาลจิตเวชให้ทำงานในระดับโรงพยาบาลชุมชน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพนั้น งบประมาณในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและงานสุขภาพจิตได้รับการจัดสรรไปให้หน่วยบริการสุขภาพในท้องถิ่นเป็นผู้จัดบริการ

การพัฒนาบริการสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทยในระยะต่อไปนั้น ควรมุ่งเน้นในเรื่องต่อไปนี้:

- พัฒนาสัดส่วนบริการสุขภาพจิตให้เหมาะสมกับระบบบริการสาธารณสุขและความต้องการของประชาชน โดยเฉพาะการพัฒนาบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่ยังจำกัดในประเทศ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล บริการบ้านกึ่งวิถี การบริการเยี่ยมบ้าน และการให้บริการฉุกเฉินในชุมชน
- เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในท้องถิ่น ถึงแม้ว่าโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขสนับสนุนการบูรณาการบริการสุขภาพจิต แต่ความครอบคลุมและประสิทธิภาพยังถูกค่อนข้างจำกัด
- การดำเนินการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพจิตในทุกระดับของบริการก็เพื่อให้แน่ใจว่า บริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพสามารถเข้าถึงได้จากสถานบริการใกล้บ้าน
- การจัดหายาจิตเวชที่พอเพียงในสถานพยาบาลท้องถิ่นอย่างน้อยที่สุดควรจะสามารถจัดหาได้ที่โรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจำนวนมาก หากไม่ได้รับยารักษาจะส่งผลให้อาการป่วยกำเริบได้ ควรมีการพัฒนาบริการที่ตรวจสอบความต่อเนื่องของการดูแลรักษาโดยความร่วมมือของสถานพยาบาลท้องถิ่นตลอดจนชุมชนอย่างจริงจัง
- เครือข่ายในชุมชนนอกจากภาคสาธารณสุขควรได้รับการสนับสนุนให้สนใจงานสุขภาพจิตมากขึ้น ลดอคติและการแบ่งแยกกีดกันผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว
- บริการสุขภาพจิตชุมชนควรร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นเพื่อให้เกิดบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่ยั่งยืนและตอบสนองความต้องการของชุมชน

---

### ตัวอย่างของการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนดีเด่น

#### งานวิกฤติสุขภาพจิตหลังภัยพิบัติสึนามิ

วันที่ 26 ธันวาคม 2547 คลื่นยักษ์ได้ถล่มชายฝั่งทะเลภาคใต้ฝั่งตะวันตกของประเทศไทย มีผู้เสียชีวิต 5,395 คน หายสาบสูญ 2,991 คน และบาดเจ็บ 8,457 คน ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ประสบภัยได้รับผลกระทบทางจิตใจมากบ้างน้อยบ้าง กรมสุขภาพจิตจึงได้จัดทำแผนการดูแลช่วยเหลือภาวะวิกฤติสุขภาพจิตขึ้น

**วัตถุประสงค์:** เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติคลื่นยักษ์

**ยุทธศาสตร์:** จัดตั้งระบบบริการสุขภาพจิตโดยร่วมมือกับหน่วยงานอื่นและเครือข่ายในชุมชน

**ช่วงเวลาของปฏิบัติการช่วยเหลือ**

#### ระยะฉุกเฉินและวิกฤติ

วัตถุประสงค์ให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจ ทีมสุขภาพจิตได้เคลื่อนที่ได้ออกไปทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อประเมินสถานการณ์ รวบรวมข้อมูล และให้การปฐมพยาบาลทางจิตใจ คัดแยกและให้บริการ สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตได้จัดตั้ง “ศูนย์ให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจผู้ประสบภัยสึนามิ” ขึ้นและศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าในพื้นที่ทางใต้ และให้มีการประชุมทางไกลระหว่างสองศูนย์ทุกวันเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายและเชิงวิชาการ

**ระยะหลังภัยพิบัติ** (สองสัปดาห์ ถึงสามเดือนหลังภัยพิบัติ)

**วัตถุประสงค์** เพื่อประเมิน ค้นหา คัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและให้การช่วยเหลือเร่งด่วน การให้บริการหน่วยเคลื่อนที่ มุ่งเน้นค้นหา “กลุ่มเสี่ยง” ผู้ที่มีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวช โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้ง “ศูนย์อำนวยการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ” เพื่อบูรณาการกิจกรรมด้านสุขภาพในพื้นที่ ทั้งประสานงานบริการช่วยเหลือ จัดทำข้อมูลสุขภาพ เฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพกายและใจ ตลอดจนระบุงการเอกลักษณ์บุคคลของศพ และการติดตามประเมินผล

**ระยะฟื้นฟู** (สามเดือนหลังภัยพิบัติ)

**วัตถุประสงค์** เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ประสบภัย “ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต” ได้จัดตั้งขึ้นในพื้นที่ที่มีผลกระทบมากที่สุดเพื่อประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆที่ดำเนินงานฟื้นฟูด้านจิตใจ

### ผลกระทบของภัยพิบัติสึนามิ

งานวิจัยร่วมระหว่างกรมสุขภาพจิตกับศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกาได้ประเมินปัญหาสุขภาพจิตของผู้ใหญ่ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากคลื่นยักษ์พบว่า 2 เดือนหลังเกิดคลื่นยักษ์มีอัตราผู้ป่วยโรค post-traumatic stress disorder (PTSD) โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น หลังผ่านไป 9 เดือน อัตราของโรคเหล่านี้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ กรมสุขภาพจิตได้จัดทำ “แนวปฏิบัติระดับชาติเรื่องการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติ” จากประสบการณ์เรียนรู้การดำเนินงานภายหลังสึนามิ

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- การจัดลำดับขั้นของการสั่งการที่ชัดเจน
- มีระบบบริการสาธารณสุขและสุขภาพจิตพื้นฐานที่ดี มีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขทำงานในชุมชน
- ระบบรวบรวมข้อมูลข่าวสารที่ครบถ้วน
- การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอื่นๆ เช่น ครู พระ ฯลฯ

### บทเรียนที่ได้รับ

- การมีผู้มีอำนาจสั่งการเพียงคนเดียวจะช่วยลดความสับสนของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ
- ควรระบุบุคคลที่เป็นผู้นำในการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อ ป้องกันการซ้ำเติมผู้ประสบภัยด้วยการสัมภาษณ์ซ้ำๆ
- ปฏิบัติการสุขภาพจิตควรจัดให้เหมาะสมสอดคล้องกับระยะลำดับเวลาของภัยพิบัติ
- บุคลากรสาธารณสุขควรละเอียดอ่อนและเข้าใจในความเชื่อศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ประสบภัยในท้องถิ่น
- หากพบความจำเป็นเร่งด่วนทางกายภาพนอกเหนือจากทางสุขภาพจิตควรได้รับการแจ้งประสานให้หน่วยงานที่รับผิดชอบทราบทันที
- ทีมสุขภาพจิตเคลื่อนที่ควรได้รับการสับเปลี่ยนทุกสัปดาห์และไม่ควรทำงานเกินวันละ 12 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟ
- อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือประคับประคองจิตใจแก่ชุมชนได้

## ประเทศเวียดนาม

ปัจจุบันเวียดนามมีโรงพยาบาลจิตเวช 30 แห่ง โดยเปิดบริการนอกเวลา 3 แห่งดำเนินการโดยโรงพยาบาลจิตเวชแห่งชาติหมายเลข 1 (NPH<sub>1</sub>) โรงพยาบาลจิตเวชแห่งชาติหมายเลข 2(NPH<sub>2</sub>) และสถาบันสุขภาพจิต Bach Mai มีโรงพยาบาลทั่วไปที่ให้บริการจิตเวช 27 แห่ง ในจำนวนนี้ 26 โรงพยาบาลดำเนินงานป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีศูนย์จิตเวชอิสระอีก 5 แห่ง

กระทรวงแรงงาน ผู้พิการจากสงคราม และสวัสดิการสังคม ปัจจุบันมีเตียงจิตเวช 5,000 เตียง และ อีก 2,500 เตียงสำหรับผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงทั่วประเทศ (สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง) มีแพทย์ 850 คน ที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันหลายระดับตั้งแต่ ประกาศนียบัตรการวินิจฉัยสุขภาพจิต จนถึงคุณวุฒิสูงสุด และมีอัตราส่วนของแพทย์สุขภาพจิต 1 คน ต่อแสนประชากร ในจำนวนแพทย์สุขภาพจิตนี้มีแพทย์ที่จบหลังปริญญา จำนวน 169 คน และ แพทย์ 12 คนได้รับการอบรมการคัดกรองสุขภาพจิต มีหลักสูตรจิตเวช 8 หลักสูตรในมหาวิทยาลัยแพทย์ 8 แห่ง

มหาวิทยาลัยแพทย์ปัจจุบันไม่มีการฝึกอบรมระดับประกาศนียบัตรการวินิจฉัยทางสุขภาพจิตแล้ว และให้การฝึกอบรมเฉพาะแพทย์เชี่ยวชาญระดับ 1, 2 ระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า ทำให้บทบาทการฝึกอบรมแพทย์ระดับประกาศนียบัตรการวินิจฉัยทางสุขภาพจิต จึงตกอยู่ในความรับผิดชอบของ NPH1 และ NPH2 เพื่อให้ตอบสนองต่อการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพจิต

ในปี 2519 รัฐบาลเวียดนามได้ประกาศกฎ 15/CP ที่แสดงให้เห็นถึงการเริ่มต้นการบูรณาการเครือข่ายสุขภาพจิตระหว่างจังหวัดอันจะทำให้เกิดแนวทางเดียวกันในงานสุขภาพจิต ในปี 2541 นายกรัฐมนตรี Phan Van Khai ได้รับรองการลงมติในการดำเนินงานโครงการระดับชาติในชุมชน คือ โครงการการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน (Community-based Mental Health Care; CMHCP) โรงพยาบาล NPH1 เป็นแกนกลางของโครงการนี้ ในด้านการวางแผน การบริหารจัดการ และรายงานต่อกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังจัดหลักสูตรอบรม และการประชุมวิชาการประจำปีเพื่อทบทวนกิจกรรม CMHCP ที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่ง และศูนย์สุขภาพจิตอื่นๆ

เวียดนาม มีจุดมุ่งหมายในการดำเนินงานรูปแบบการบำบัดรักษาที่สามารถใช้ได้โรงพยาบาลของรัฐ ผู้ป่วยทุกรายที่ส่งตัวไปยังโรงพยาบาล จะได้รับการคัดกรองและการประเมินที่เหมาะสมก่อนรับรักษาในโรงพยาบาล ในระหว่างนอนโรงพยาบาลจะมีการประเมินเฉพาะทาง การควบคุมติดตามและให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพ ค่าใช้จ่ายในการดูแลบำบัดรักษา เช่น ค่ายา หรือค่าโรงพยาบาล ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล ก่อนจะจำหน่ายผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล และเข้าร่วมกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปดำรงชีวิตในชุมชน หลังการจำหน่าย CMHCP จะให้การรักษาด้วยยา การติดตามการรักษา การช่วยเหลือด้านอาชีพ และให้คำแนะนำปรึกษาในชุมชน



National Psychiatric Hospital No. 1

## ตัวอย่างของการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนดีเด่น

### Community-Based Mental Health Care Project (CMHCP)

#### ผลลัพธ์ของโครงการระหว่าง 2544 – 2548

(ตามข้อตกลง 190/2001/ADDTg ลงนามโดยรองนายกรัฐมนตรี Pham Gia Khiem, 3/12/2001)

ถึงแม้ในช่วงปี 2544 – 2548 โครงการนี้จะได้รับบ่งบอค่าใช้จ่ายเพียงร้อยละ 38.6 ของค่าใช้จ่ายโครงการที่เสนอไป แต่ก็ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากทุกจังหวัด โครงการ CMHCP ตั้งอยู่ในชุมชนและได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากจังหวัด อำเภอ และหมู่บ้าน ได้ให้ความสนใจอย่างมากจากครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งส่วนใหญ่มีพื้นฐานที่ขาดแคลนและไม่สามารถจ่ายค่ายาในระยะยาวได้ ดังนั้นโครงการ CMHCP มีผลลัพธ์ที่ดีในช่วงปี 2544 – 2548 ทั้งทั้งงบประมาณน้อยและดำเนินการเพียงระยะสั้นๆ

#### 1. ข้อมูลระบาดวิทยา

ผลจากการศึกษาโรคจิตเวชที่พบบ่อย 10 โรค ในปี 2544 – 2546 ได้ผลดังนี้: โรคจิตเภท ร้อยละ 0.47; โรคลมชักร้อยละ 0.33; กลุ่มอาการทางสมองภายหลังการบาดเจ็บของศีรษะร้อยละ 0.51; ปัญญาอ่อนร้อยละ 0.63; สมองเสื่อมร้อยละ 0.88; โรคซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 2.8; โรควิตกกังวลร้อยละ 2.6; พฤติกรรมเกรในวัยรุ่นร้อยละ 0.9; มีปัญหาการติ่มสุราร้อยละ 5.3; ติดโอบีออยด์ร้อยละ 0.3 และ รวมทั้งสิ้นร้อยละ 14.9

#### 2. ความก้าวหน้าและการเสื่อมถอย

ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความก้าวหน้าของโครงการ ได้แก่

- พรรคการเมือง รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข ให้การสนับสนุนงานสุขภาพจิตตั้งแต่เริ่มตั้งโครงการ
- องค์การภาครัฐอื่นๆ ให้การสนับสนุนอย่างเข้มแข็ง
- แม้ว่าบุคลากรจะมีจำนวนน้อยและศักยภาพจำกัด แต่ที่มเฉพาะกิจด้านนี้มีความกระตือรือร้น และรับผิดชอบสูงในการดำเนินโครงการ
- ถึงแม้ว่าเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตยังไม่เพียงพอ แต่ทั่วประเทศได้มีการสร้างเครือข่ายและกระจายออกไปจากส่วนกลางถึงภูมิภาคอย่างค่อยเป็นค่อยไป

## ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

- ระบบเครือข่ายสุขภาพจิตยังมีไม่เพียงพอ หลายพื้นที่ยังคงไม่ได้รับการสนับสนุนและไม่มีศูนย์การรักษาในท้องถิ่น
- การให้ความรู้และการสื่อสารสู่ประชาชนยังจำกัด โดยเฉพาะในพื้นที่ภูเขาและห่างไกล
- บุคลากรสุขภาพจิต และแพทย์เฉพาะทางยังไม่เพียงพอ
- การตระหนักรู้การเจ็บป่วยของสาธารณะยังจำกัด ทำให้เกิดการรังเกียจผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนั้นผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากในชุมชนยังคงไม่ได้รับการดูแลรักษา
- ยังไม่มีบริการเดินทางไปเพื่อการดูแล การตรวจประเมินและการติดตามผู้ป่วย

## บทสรุปทั่วไปของโครงการ

- โครงการนี้ได้สร้างแรงขับเคลื่อนในการพัฒนาเครือข่ายและบริการสำหรับสุขภาพจิตในชุมชนครอบคลุมทั่วประเทศ (64 จังหวัด)
- การจัดลำดับความสำคัญระดับต้นทำให้สาธารณะตระหนักถึงโรคทางจิตเวช การค้นหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและการเข้าถึงบริการที่ศูนย์บำบัดรักษา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดีในการที่จะผสมผสานเข้าในชุมชน โดยปราศจากการละเลยหรือถูกปฏิบัติในทางที่ผิด
- โครงการนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเวชจากพื้นที่ห่างไกลได้รับประโยชน์ ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคลมชัก โรคฮีมิตเร้า สามารถได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษา โดยครอบครัวไม่เสียค่าใช้จ่าย
- โครงการนี้ประสบผลสำเร็จ เนื่องจาก พรรคการเมือง รัฐบาล สภา และกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสนใจ และจากการที่บุคลากรสุขภาพจิตทำงานหนักและอุทิศตนอย่างจริงจัง

## เป้าหมายของโครงการระหว่างปี 2549 – 2553

ขั้นตอนต่อไปของโครงการ มีจุดมุ่งหมายในการเพิ่มคุณภาพบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต แม้ว่าจุดเน้นในช่วง 2549 – 2553 ยังคงมุ่งไปที่โรคจิตเภทแต่มีการวางแผนที่จะรวมโรคไม่ติดต่่อื่นๆ (เช่น โรคลมชัก และโรคซึมเศร้า) เข้าไปในโครงการด้วย เมื่อปลายทศวรรษที่ 20 จากข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ทำให้หลายประเทศหยุดการสร้างโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ และเพิ่มการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับโครงการ CMHCP กลยุทธ์อื่นๆ ในอนาคตของโครงการ ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตหรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์; เพิ่มการวิจัยเชิงระบบบริการสุขภาพจิตเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแล; เพิ่มการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน; การเรียกร้องสิทธิในการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิต; เพิ่มความร่วมมือกับต่างประเทศ; และจากปี 2551 จะเพิ่มบริการสุขภาพจิตสำหรับเด็กและวัยรุ่น และผู้สูงอายุ เนื่องจากในปัจจุบันมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมสุขภาพจิตและนักสังคมสงเคราะห์จำกัด จึงจำเป็นต้องสร้างกำลังบุคลากรเพิ่มเพื่อสนองความต้องการของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

## บทที่ 3: บทสรุปและทิศทางในอนาคต

### บทสรุป

โปรแกรมการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชนภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก ได้ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่น่าประทับใจของประเทศต่างๆ ทั่วภูมิภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก ถึงการมุ่งเน้นปฏิรูประบบในการบริการสุขภาพจิตชุมชนเพิ่มขึ้นมากกว่าการจัดบริการเฉพาะที่และไม่ประสานความร่วมมือ มีการจัดทำกฎหมาย นโยบายของรัฐบาลและมาตรฐานบริการเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปงานสุขภาพจิตชุมชน ทิศทางของการพัฒนาสุขภาพจิตชุมชนมุ่งไปที่การเพิ่มทรัพยากรทั้งการขยายการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพจิต (แพทย์ทั่วไป พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์) เพื่อการบริการในชุมชน รวมถึงการฝึกอบรมสุขภาพจิตพื้นฐานให้บุคลากรปฐมภูมิและผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ได้มีการเพิ่มความตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยทั่วทั้งภูมิภาคและเริ่มมีขั้นตอนการเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและผู้ดูแล นอกจากนี้ยังเน้นการสร้างความเข้มแข็งของการเชื่อมโยงระหว่างองค์กร เช่น สวัสดิการสังคม บริการที่พักอาศัย การจ้างงานและการศึกษา รายงานในภาพรวมได้แสดงถึง: ความก้าวหน้าที่มีความสำคัญในแต่ละประเทศ/ภูมิภาค; การมุ่งมั่นในผู้นำด้านสุขภาพจิตชุมชนและบุคลากรเพื่อเพิ่มบริการในชุมชน; และการมีวิสัยทัศน์ร่วมระหว่างประเทศในการปรับปรุงบริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

โครงการนี้ได้แสดงให้เห็นถึงสถานะปัจจุบันของระบบสุขภาพจิตชุมชน ในแต่ละประเทศที่เข้าร่วมโครงการ และนวัตกรรมรูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนดีเด่นสำหรับผู้มีเจ็บป่วยทางจิตเวชในภูมิภาคนี้ รายงานนี้มีเนื้อหามากมายทั้งแผนงานในอนาคตและเส้นทางเพื่อขยายศักยภาพจากปัจจุบันของแต่ละประเทศ โดยการสร้างความเข้มแข็งของรูปแบบและระบบงานสุขภาพจิตชุมชนที่มีอยู่ ความก้าวหน้าระดับท้องถิ่นได้รับการวิเคราะห์ และทำความเข้าใจมากขึ้นเพื่อแปลงให้เป็นการพัฒนาการให้บริการในอนาคตและปรับปรุงบริการในพื้นที่อื่นที่เหลือในภูมิภาคนี้ อย่างไรก็ตาม ขบวนการต่างๆ ยังเป็นเพียงจุดเริ่มต้น และยังมีความต้องการอีกมากที่จะต้องดำเนินการ มีการพิจารณาตกลงร่วมกันในภูมิภาคนี้ถึงหลักการแนวทางและองค์ประกอบที่ทำให้การดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนประสบผลสำเร็จ และอะไรเป็นความจำเป็นและสำคัญเพื่อตอบสนองต่อความท้าทายในอนาคต



Y. K. (Japan), b. 1925, *from the diary*, Ballpoint Pen and Color Pencil on Notebook, 25 x 18 cm.

เป็นรูปภาพที่วาดในสมุดบันทึก จิตรกรชอบการวาดรูปมาตั้งแต่เด็กและฝันว่าอยากเรียนแกะสลัก เขาอาศัยอยู่กับพี่สาวในชนบท เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชตั้งแต่ทศวรรษ 1970 หลังออกจากโรงพยาบาล ได้วาดรูปในสมุดบันทึก โดยมีผลงานมากกว่า 90 เล่ม ส่วนใหญ่เป็นภาพดอกไม้ ทิวทัศน์ แต่ก็ยังมีบางภาพที่ป็นระหว่างวิถีชีวิตพื้นบ้านและจินตนาการ ปัจจุบันเขาอาศัยอยู่ในสถานดูแล (nursing home) สำหรับผู้สูงอายุ และไม่ได้วาดภาพแล้ว

มีหลักฐานชัดเจนว่าปัจจุบันในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก ได้ปรับเปลี่ยนจากการดูแลในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลในชุมชน ที่มีความเป็นตัวของตัวเองอย่างมากและทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ข้อตกลงความร่วมมือของประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกคือภูมิภาคนี้มีความจำเป็นต้องสร้างความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาบริการสุขภาพจิตชุมชนที่เหมาะสมและเพียงพอ ท้ายสุดได้มีการเสนอให้มีการเรียกร้องสิทธิในการลำดับความสำคัญของงานและจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอเพื่อสร้างและขยายรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชนที่คุ้มค่าของตลอดทั้งภูมิภาค ความเข้มแข็งด้านนโยบาย ข้อตกลงของรัฐบาลและนักการเมืองที่จะยืนยันการเคลื่อนรูปแบบบริการสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและการเรียนรู้ได้รับจากประสบการณ์ท้องถิ่นที่มีอยู่และรูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนดีเด่นจะเป็นข้อมูลต่อการพัฒนา นโยบายและระบบบริการทั้งในและต่างประเทศ



## ข้อเสนอแนะสำหรับทิศทางในอนาคตของเครือข่ายการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก

จุดมุ่งหมายระยะยาวของโปรแกรมการพัฒนาสุขภาพจิตชุมชนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก คือ การสร้างศักยภาพของระบบสุขภาพจิต และการดำเนินนโยบายและบริการที่มีส่วนทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงบริการสุขภาพจิตชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก นอกจากนี้ การเรียนรู้แลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านโครงการ ผ่านระหว่างประเทศได้กระตุ้นให้ส่งเสริมการถ่ายทอดความรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของตัวอย่างรูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนดีเด่นและรูปแบบที่แตกต่างกันของการดูแลสุขภาพจิตชุมชน หากเป็นไปได้ มาตรฐานและเป้าหมายจำเป็นต้องมีการพัฒนาสำหรับแต่ละประเทศเพื่อติดตามความก้าวหน้าเป็นลำดับ ในขณะเดียวกัน ข้อมูลและผลลัพธ์จากการวิจัยในด้านผลกระทบของการดูแลในชุมชนจะเป็นข้อมูลสำคัญมากในการชี้แนะความเปลี่ยนแปลงนโยบายที่เหมาะสมและสร้างความเข้มแข็งสำหรับการปฏิรูปบริการต่อไป

เครือข่ายสำคัญในโครงการที่ช่วยให้ผู้นำด้านสุขภาพจิตและองค์กรในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิกมีบทบาทร่วมในการปฏิรูปบริการสุขภาพจิตชุมชนอย่างดี

หน้าที่ของเครือข่ายนี้ อาจรวมถึง

- 1: ส่งเสริมนวัตกรรมและนโยบาย รูปแบบและบริการสุขภาพจิตชุมชนดีเด่นที่แสดงถึงความต้องการที่หลากหลายตามวัฒนธรรมและภูมิภาคท้องถิ่นในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก
- 2: ส่งเสริมความเข้มแข็งของรัฐบาล NGOs ด้านสุขภาพจิตและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านสุขภาพจิตจากหลายภาคส่วน ให้มีศักยภาพในการปฏิรูปงานสุขภาพจิตชุมชน
- 3: ส่งเสริมงานวิจัยบริการสุขภาพจิตและประเมินผล ที่จะสามารถช่วยปรับปรุงรูปแบบบริการและการดำเนินงาน
- 4: สร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีความต่อเนื่องและประสบการณ์ปฏิบัติงานในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก เพื่อเป็นข้อมูลชี้แนะนโยบายในอนาคต และการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพจิตที่มีคุณภาพในชุมชน

ข้อเสนอแนะกิจกรรมในอนาคตของเครือข่าย จะรวมถึง

- 1: การประสานความร่วมมือแลกเปลี่ยนในการศึกษาดูงานของพื้นที่ที่มีการดีเด่นในบริการสุขภาพจิตชุมชนหรือศูนย์ความเป็นเลิศด้านวิชาการทั้งในและระหว่างประเทศในเอเชียแปซิฟิก เพื่อแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับจากพื้นที่อื่นๆ
- 2: จัดการสัมมนาหรือประชุมในภูมิภาคอย่างสม่ำเสมอสำหรับเครือข่ายผู้นำด้านสุขภาพจิตและผู้แทนขององค์กรที่เป็นแกนกลางในการพัฒนาสุขภาพจิตชุมชนในภูมิภาค
- 3: พัฒนาแนวทางของการส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน การปฏิบัติงานดีเด่นและการรักษา มาตรฐานบริการและวิธีการประเมินผล
- 4: จัดตั้งเว็บไซต์ ที่เจ้าภาพสามารถเข้าไปเพิ่มเติมฐานข้อมูลโครงการสุขภาพจิตชุมชนของตน รวมทั้งเพิ่มข้อมูลกิจกรรมที่เป็นจุดแข็งและท้าทาย ที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้ทั่วทั้งภูมิภาค

- Asia-Pacific Community Mental Health Development Project Reports (2008) [www.aamh.edu.au/special\\_projects/asia\\_pacific\\_community\\_mental\\_health\\_development\\_project](http://www.aamh.edu.au/special_projects/asia_pacific_community_mental_health_development_project)
- Lancet Global Mental Health Group (2007). 'Scale up Services for Mental Disorders: A call for action.' *The Lancet*, 9594: 1241–1252.
- Ng C. (2007). Facilitating Community Based Mental Health Reform in the Asia Pacific: Summary Report of the Meeting of the Global Forum for Community Mental Health. World Health Organization: Geneva.
- Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD Health Data 2002 and 2007. Cited in Setoya Y. (2008). Perspectives on early discharge – future direction of the mental health system reform in Japan. *Japanese Journal of Clinical Occupational Therapy*, 4: 462–466.
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips M, Rahman A. (2007). 'No Health Without Mental Health.' *The Lancet*, 370:859–877.
- Saraceno B, van Omerren M, Batniji R. et al (2007). 'Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries.' *The Lancet*, 370: 1164–1174.
- World Health Organization (2001). World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope. Geneva (url: [www.who.int/whr/2001/en](http://www.who.int/whr/2001/en))
- World Health Organization (2003). The Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental health policy, plans and programmes. Geneva (url: [www.who.int/entity/mental\\_health/resources/en/Organisation.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/resources/en/Organisation.pdf))
- World Health Organization (2005). Atlas Country Profiles on Mental Health Resources. World Health Organization: Geneva.
- World Health Organization (2008). The Bare Facts. World Health Organization: Geneva (url: [http://www.who.int./mental\\_health/en](http://www.who.int./mental_health/en))
- World Health Organization Western Pacific Regional Office (2002). Regional Strategy for Mental Health. World Health Organization: Manila.

Full references of the Summary country reports are found in the Full Country Reports.  
These are currently available on the website: [www.aamh.edu.au](http://www.aamh.edu.au)

