



คุณภาพจิตชุมชน

รายงานระดับประเทศ พ.ศ. 2551



กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง

สุขภาพจิตชุมชน : รายงานระดับประเทศ พ.ศ. 2551

หัวหน้าบรรณาธิการ

นายแพทย์หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์

คณะบรรณาธิการ

แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์

นางสุชาดา สาครเสถียร

นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน

แพทย์หญิงปัทมา ศิริเวช

แพทย์หญิงวิไลณภัทร รัตนเสถียร

แพทย์หญิงอภิสมัย ศรีรังสรรค์

พิมพ์ครั้งที่ 2

สิงหาคม 2552

จำนวนพิมพ์

จำนวน 1,500 เล่ม

จัดพิมพ์โดย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ นนทบุรี 11000

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ ถ้ายทอด ไม่ว่าจะด้วยรูปแบบหรือวิธีการใด ๆ เพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความสนใจ สามารถติดต่อขอรับการสนับสนุนเอกสารได้ที่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี หรือดาวน์โหลดข้อมูลได้ที่ www.dmh.go.th

กรมสุขภาพจิตขอขอบคุณทุกท่านที่ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำรายงานฉบับนี้

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์อุดม	ลักษณะวิจารณ์
นายแพทย์สุจิต	สุวรรณชีพ
นายแพทย์อภิชัย	มงคล
นายแพทย์วัชร	เพ็งจันทร์
นายแพทย์เสรี	หงษ์หยก
นายแพทย์ยงยุทธ	วงศ์ภิรมณ์ศานต์

ที่ปรึกษาต่างประเทศ

Associate Professor Chee Ng

ผู้ให้การสนับสนุน

Asia Pacific Community Development Project

WHO Collaborating Center in Research and Training in Mental Health (Melbourne)

Asia-Australia Mental Health

หัวหน้ากรรมการ

นายแพทย์หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์

คณะกรรมการ

แพทย์หญิงพันธุ์นภา	กิตติรัตน์ไพบูลย์
นางสุชาดา	สาครเสถียร
นายแพทย์ทวีศิลป์	วิษณุโยธิน
แพทย์หญิงปัทมา	ศิริเวช
แพทย์หญิงวิไลณภัทร	รัตนเสถียร
แพทย์หญิงอภิสมัย	ศรีรังสรรค์

คณะทำงานสุขภาพจิตชุมชน

นายแพทย์เกียรติภูมิ	วงศ์รจิต	ศาสตราจารย์นายแพทย์พิเชษฐ	อุดมรัตน์
นายแพทย์บุญชัย	นวมงคลวัฒนา	นายแพทย์สุวัฒน์	มหัตนรินทร์กุล
แพทย์หญิงพรรณพิมล	หล่อตระกูล	นายแพทย์สมควร	หาญพัฒน์ชัยกุล
นายแพทย์ดุสิต	ดิชณะพิชิตกุล	แพทย์หญิงดวงตา	ไกรภัสพงษ์
นายแพทย์ประเสริฐ	ผลิตผลการพิมพ์	แพทย์หญิงวาสนา	พัฒนกำจร
นายแพทย์ปริทรรศ	ศิลป์กิจ	แพทย์หญิงสมลักษณ์	ชูวานิชวงศ์
แพทย์หญิงเบญจพร	ปัญญาาง	นายแพทย์พิทักษ์พล	บุญมาลิก
นายแพทย์ธวัชชัย	กมลธรรม	นายแพทย์ดำรง	แวอารี
แพทย์หญิงอัจฉรา	ฟองคำ	นายแพทย์ณัฐกร	จำปาทอง
นางกฤษณา	จันทร์	นางสุภาวดี	นวลมณี
ดร. อรพรรณ	ลือบุญธวัชชัย	นางอัญชลี	ศิลาเกษ
คุณสุจิตรา	อุตสาหะ		

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	1
คณะบรรณาธิการ	3
สารบัญ	5
คำย่อและนิยามศัพท์	7
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	9
กรณีตัวอย่าง : งานวิกฤตสุขภาพจิตหลังภัยพิบัติสึนามิ	12
บทที่ 1 : ข้อมูลพื้นฐานและระบบสุขภาพจิตของไทย	13
บริบททางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม	
นโยบายสุขภาพจิต	
งบประมาณสุขภาพจิต	
ทรัพยากรและบริการสุขภาพจิต	
กำลังคนและระบบการฝึกอบรมด้านสุขภาพจิต	
ระบบประกันคุณภาพ	
บทบาทของโรงพยาบาลคลินิกรอกอก	
บทที่ 2 : ยุทธศาสตร์และหลักกรงานสุขภาพจิตของไทย	19
ยุทธศาสตร์และหลักกร	
กรพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชน	
กรรอกขอกและกรบริการสุขภาพจิตชุมชน	
กรบริการสุขภาพจิตตามข้อแนะนำขององค์กรรอกนอมัยโลก	
บทที่ 3 : กรณียตัวอย่างงานสุขภาพจิตชุมชนของประเทศ	27
กรดูแลผู้ป่วยจิตเวชยุงยากซ้บซ้อในชุมชน	
สุขภาพจิตโรงเรียน	
กรรอกกรสุขภาพใจภาคประชาชน	
กรงานวิกฤตสุขภาพจิตหลังภัยพิบัติสึนามิ	
บทที่ 4 : กรรอกขอกงานสุขภาพจิตชุมชน	45
บทที่ 5 : บทสรุป	49
เอกสารอ้างอิง	53

คำย่อและนิยามศัพท์

คำย่อ

CMH	สุขภาพจิตชุมชน	PCU	หน่วยบริการปฐมภูมิ
DMH	กรมสุขภาพจิต	PHC	บริการสาธารณสุขปฐมภูมิ
GP	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	PMC	บริการการแพทย์ปฐมภูมิ
HA	การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	PTSD	Posttraumatic stress disorder
HPH	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	SMC	บริการการแพทย์ทุติยภูมิ
MCC	ศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต	TMC	บริการการแพทย์ตติยภูมิ
MHC	ศูนย์สุขภาพจิต	WHO	องค์การอนามัยโลก
MoPH	กระทรวงสาธารณสุข	US	ประเทศสหรัฐอเมริกา
MOU	บันทึกความเข้าใจ	VHV	อาสาสมัครสาธารณสุข

นิยามศัพท์

บริการสุขภาพจิต : บริการสุขภาพจิตประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช

ศูนย์สุขภาพจิต : “ศูนย์สุขภาพจิต” จัดตั้งขึ้นในปี 2540 โดยกรมสุขภาพจิต ตามเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อประสานงาน ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม) : บุคคลที่ตั้งใจและมีความพร้อมในการทำงานอาสาสมัครที่ได้รับเลือกและรับรองจากประชาชนในชุมชน และได้ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข

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 :

- เสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพจิต เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และให้โอกาสผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต
- เสริมพลังศักยภาพโดยการบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบสาธารณสุขตลอดจนเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายสุขภาพจิต
- ศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิต เสริมสร้างสมรรถนะให้แก่บุคลากรด้านสุขภาพจิตและ
- พัฒนาคุณภาพมาตรฐานและความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านบริการจิตเวช

พระราชบัญญัติสุขภาพจิตเริ่มมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551

กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบงบประมาณด้านสาธารณสุขประมาณร้อยละ 3.8 ของงบประมาณทั้งหมด ระบบประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรร้อยละ 96.0 โดยที่ร้อยละ 74.3 อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพจิตด้วย

บริการสุขภาพจิตในประเทศไทยเริ่มต้นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2432 นับตั้งแต่มีการเปิดดำเนินการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชแห่งแรกของประเทศ 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

บริการสุขภาพจิตพื้นฐาน (primary mental health care) ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคลากรหลักในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมสุขภาพจิต สถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุข (PCU) จัดตั้งในระดับตำบล มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นรวมทั้งบริการคัดกรองด้านสุขภาพจิตและติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลชุมชนให้บริการในระดับอำเภอ และโรงพยาบาลทั่วไปให้บริการในระดับจังหวัดทั้งบริการผู้ป่วยนอกในปัญหาจิตเวชที่พบบ่อย การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตลอดจนผู้ป่วยเรื้อรังและการดูแลสุขภาพจิตในผู้เจ็บป่วยโรคทางกาย ส่วนการดูแลเฉพาะทางในกรณียุ่งยาก ซับซ้อนนั้นให้บริการโดยโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือสถาบันต่างๆ มีจำนวนเตียงจิตเวชรวมทั้งหมด 8,700 เตียง (13.8 เตียงต่อ 100,000 ประชากร) โดยร้อยละ 9 เป็นจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

บริการสุขภาพจิตในประเทศไทย มีการดำเนินงานครอบคลุมไม่เพียงแต่บำบัดรักษาและฟื้นฟูเท่านั้นแต่รวมถึงงานด้านส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต หลักการของงานสุขภาพจิตชุมชนคือการให้บริการแก่ชุมชน ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน นอกจากนี้งานสุขภาพจิตชุมชนยังได้ขยายเครือข่ายออกไปนอกกระบวนสาธารณสุข ได้แก่ โรงเรียน วัดและองค์กรบริหารท้องถิ่น เพื่อให้ชุมชนเองมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพจิตชุมชน เป้าหมายของงานสุขภาพจิตชุมชนไม่เพียงแต่ให้บริการดูแลอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยจิตเวชเท่านั้น ยังได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่ชุมชนเดิมของตนได้อีกด้วย ด้วยเหตุนี้ความร่วมมือกับองค์กรบริหารท้องถิ่นจึงเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตชุมชน

การดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนจะต้องมีการพัฒนาเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากประเทศไทยมีจิตแพทย์เพียง 0.7 ต่อแสนประชากรเท่านั้น จึงจำเป็นต้องเสริมสร้างขีดความสามารถให้แก่บุคลากรและเครือข่ายสาธารณสุขในชุมชน โดยโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตเขตในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ สนับสนุนให้เครือข่ายสุขภาพสามารถบูรณาการงานสุขภาพจิตสู่ระบบบริการสาธารณสุข มีการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อเสริมสร้างศักยภาพเพื่อให้เกิดบริการสุขภาพจิตชุมชนที่มีคุณภาพและยั่งยืน

งานสุขภาพจิตชุมชนได้ขยายครอบคลุมตามกลุ่มประชาชนทุกช่วงวัย รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยจิตเวชซับซ้อน งานส่งเสริมสุขภาพจิตโรงเรียน งานสุขภาพใจภาคประชาชนรวมทั้งงานสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต เช่น กรณีภัยพิบัติสึนามิ เป็นต้น

เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรสุขภาพจิตเฉพาะทางและงบประมาณ กรมสุขภาพจิตจึงเน้นการเสริมสร้างขีดความสามารถของทรัพยากรบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการผลิตพยาบาลจิตเวชให้ทำงานในระดับโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนั้นภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพนั้น งบประมาณในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและงานสุขภาพจิตได้รับการจัดสรรไปให้หน่วยบริการสุขภาพในท้องถิ่นเป็นผู้จัดบริการ

การพัฒนาบริการสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทยในระยะต่อไปนั้น ควรมุ่งเน้นในเรื่องต่อไปนี้ :

- (1) พัฒนาสัดส่วนบริการสุขภาพจิตให้เหมาะสมกับระบบบริการสาธารณสุขและความต้องการของประชาชน โดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการสุขภาพจิตในชุมชนที่ยังจำกัดในประเทศ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล บริการบ้านกึ่งวิถี การบริการเยี่ยมบ้าน และ การให้บริการฉุกเฉินในชุมชน
- (2) เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในท้องถิ่น ถึงแม้ว่าโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขสนับสนุนการบูรณาการบริการสุขภาพจิต แต่ความครอบคลุมและประสิทธิภาพยังคงค่อนข้างจำกัด
- (3) การดำเนินการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพจิตในทุกระดับของบริการ เพื่อให้แน่ใจว่าบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพสามารถเข้าถึงได้จากสถานพยาบาลใกล้บ้าน
- (4) การจัดหาจิตเวชที่พอเพียงในสถานพยาบาลท้องถิ่นอย่างน้อยที่สุดควรจะจัดหาได้ที่โรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจำนวนมาก หากไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลให้อาการป่วยกำเริบได้ ควรมีการพัฒนาระบบบริการที่ตรวจสอบความต่อเนื่องของการดูแลรักษาโดยความร่วมมือของสถานพยาบาลท้องถิ่นตลอดจนชุมชนอย่างจริงจัง
- (5) เครือข่ายในชุมชนนอกจากระบบสาธารณสุขควรได้รับการสนับสนุนให้สนใจงานสุขภาพจิตมากขึ้น ลดอคติและการแบ่งแยกกีดกันผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว
- (6) บริการสุขภาพจิตชุมชนควรร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นเพื่อให้เกิดบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่ยั่งยืนและตอบสนองความต้องการของชุมชน

กรณีตัวอย่าง : งานวิกฤตสุขภาพจิตหลังภัยพิบัติสึนามิ

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

วัตถุประสงค์: เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติสึนามิ

ยุทธศาสตร์: จัดตั้งระบบบริการสุขภาพจิตโดยร่วมมือกับหน่วยงานอื่นและเครือข่ายในชุมชน

ช่วงเวลาของปฏิบัติการช่วยเหลือ

ระยะฉุกเฉินและวิกฤต

วัตถุประสงค์ ให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้รอดชีวิตลดการบาดเจ็บระดับบุคคลภายใน 72 ชั่วโมง ทีมสุขภาพจิตได้เคลื่อนที่ได้ออกไปทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อประเมินสถานการณ์ รวบรวมข้อมูล และให้การปฐมพยาบาลทางจิตใจ คัดแยกและให้บริการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตได้จัดตั้งศูนย์ให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจผู้ประสบภัยสึนามิ ทั้งศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าในพื้นที่ทางใต้ ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และศูนย์ส่วนกลาง โดยจัดให้มีการประชุมทางไกลระหว่างสองศูนย์ทุกวันเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายและเชิงวิชาการ รายงานข้อมูลจะได้รับการเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์

ระยะหลังภัยพิบัติ (สองสัปดาห์ ถึงสามเดือนหลังภัยพิบัติ)

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมิน ค้นหา คัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและให้การช่วยเหลือเร่งด่วน การให้บริการจะเป็นบริการเชิงรุกลงในพื้นที่ มุ่งเน้นค้นหา “กลุ่มเสี่ยง” ผู้ที่มีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวช โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งศูนย์อำนวยการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพผู้ประสบภัยสึนามิ ณ โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงาเพื่อบูรณาการกิจกรรมด้านสุขภาพในพื้นที่ ทั้งประสานงานบริการช่วยเหลือ จัดทำข้อมูลสุขภาพ เฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพกายและใจ ตลอดจนระบุงการเอกลักษณ์บุคคลของศพ และการติดตามประเมินผล

ระยะฟื้นฟู (สามเดือนหลังภัยพิบัติ)

วัตถุประสงค์ เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ประสบภัย กรมสุขภาพจิตได้จัดตั้ง “ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต” ที่อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงาซึ่งเป็นจังหวัดที่มีผลกระทบมากที่สุดเพื่อทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ ที่ดำเนินงานฟื้นฟูด้านจิตใจ

ข้อมูลพื้นฐานและระบบสุขภาพจิตของไทย

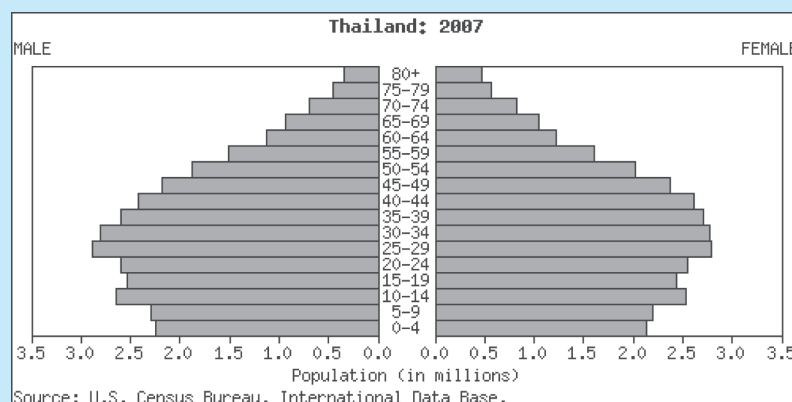
1.1 บริบททางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม

ประเทศไทยตั้งอยู่ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีพื้นที่ 514,000 ตารางกิโลเมตร มีกรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวง (ภาพที่ 1.1) ปกครองโดยระบอบประชาธิปไตยมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นพระประมุข

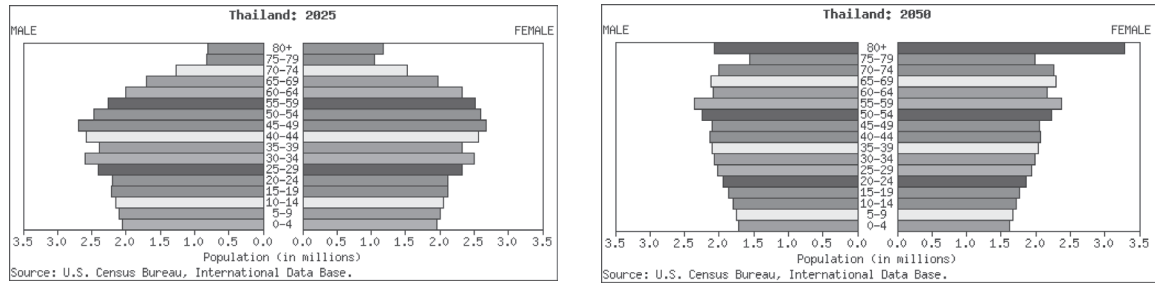


ภาพที่ 1.1 : แผนที่ประเทศไทย

ประเทศไทยมีประชากร 62.8 ล้านคน ใน พ.ศ.2550 เกือบทั้งหมดมีสัญชาติไทย (ร้อยละ 98.1) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.5) อัตราการเพิ่มประชากรร้อยละ 0.3 ต่อปี อัตราการรู้หนังสือของวัยผู้ใหญ่เท่ากับร้อยละ 94.9 ในชายและร้อยละ 90.5 ในหญิง มีระบบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี (มัธยมต้น) อายุขัยเฉลี่ยของผู้ชาย 68 ปีและผู้หญิง 75 ปี

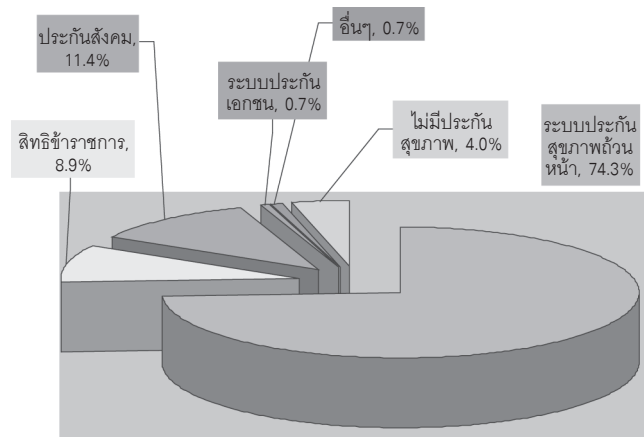


ภาพที่ 1.2 : พีรามิดอายุ พ.ศ.2550



ภาพที่ 1.3 : พยากรณ์ปิรามิดอายุของประเทศไทยปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) และ พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050)

ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำ (low-middle income country) ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม แนวโน้มประชากรในเขตเมืองกำลังเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 31.6 ของประชากรทั้งหมด รายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากร 2,990 เหรียญสหรัฐ (พ.ศ. 2549) งบประมาณสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 6.1 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (พ.ศ. 2548) รายจ่ายสุขภาพเฉลี่ยต่อหัวประชากรคิดเป็น 260 เหรียญสหรัฐ ระบบประกันสุขภาพครอบคลุมร้อยละ 96.0 ของประชากรไทย ในจำนวนนี้ร้อยละ 74.3 อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ภาพที่ 1.4 : ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย (2006)

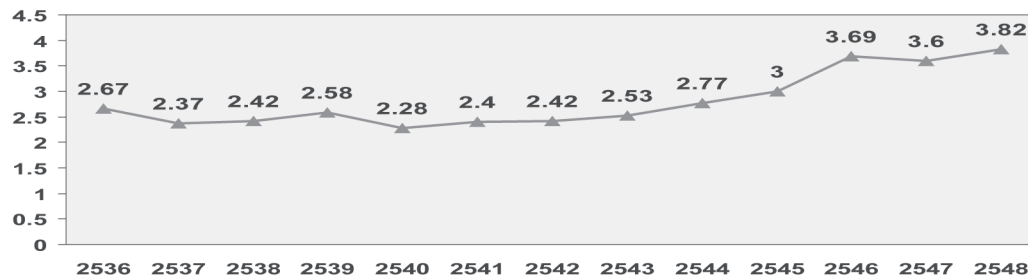
ตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย (2547) ด้วย DALYs (Disability Adjusted Life Years) พบว่า HIV/AIDS เป็นสาเหตุของความสูญเสียสูงสุด ปัญหาการดื่มสุร่าเป็นสาเหตุของความสูญเสียลำดับที่สาม ในเพศชายและโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุความสูญเสียลำดับที่สี่ในเพศหญิง อัตราการฆ่าตัวตาย 5.7 ต่อแสนประชากร อัตราการเข้ารับบริการคลินิกสุขภาพจิต 42.4 ต่อพันประชากรและอัตราการรับบริการผู้ป่วยในเป็น 227.2 ต่อพันประชากรในปี พ.ศ. 2549

1.2 นโยบายสุขภาพจิต

นโยบายสุขภาพจิตเริ่มชัดเจนขึ้นหลังมีการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข โดยยกระดับกองสุขภาพจิตขึ้นเป็น “กรมสุขภาพจิต” ในปี พ.ศ. 2538 นโยบายสุขภาพจิตมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและให้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ โดยบูรณาการเข้ากับระบบบริการสาธารณสุข มียุทธศาสตร์มุ่งเน้น 1) การพัฒนาวิชาการและเทคโนโลยีด้วยการศึกษาวิจัยและการจัดการความรู้ 2) การเผยแพร่ถ่ายทอดและเสริมสร้างสมรรถนะให้บริการสุขภาพจิตบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขตลอดจนเครือข่ายสุขภาพจิต 3) พัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพจิตให้บุคลากรสุขภาพ และ 4) ปฏิรูประบบบริหารจัดการองค์กร แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตได้มีการปรับปรุงล่าสุดในปี พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติสุขภาพจิตได้ประกาศใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551

1.3 งบประมาณสุขภาพจิต

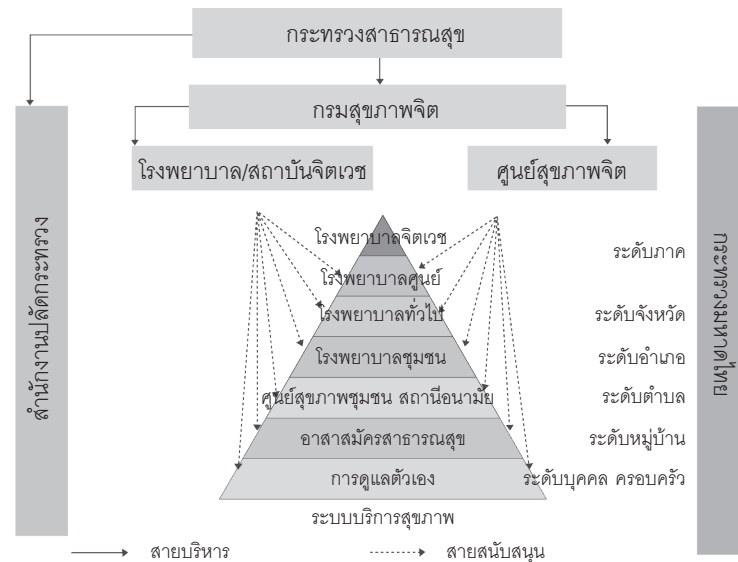
งบประมาณสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 3.8 ของงบประมาณสาธารณสุขทั้งหมด (ภาพที่ 1.5) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพจิตทุกระดับในระบบ ส่งผลซึ่งรวมทั้งยาจิตเวชที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน



ภาพที่ 1.5 : ร้อยละของงบประมาณกรมสุขภาพจิตจากงบประมาณทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข (2546-2548)

1.4 ทรัพยากรและบริการสุขภาพจิต

บริการสุขภาพจิตในประเทศไทยได้บูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขตามโครงสร้างการบริหารองค์กรตั้งแต่ระดับหมู่บ้านขึ้นไปจนถึงระดับเขต (ภาพที่ 1.6) โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกำลังสำคัญด้านสุขภาพจิตในชุมชน



ภาพที่ 1.6 : ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย

กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิตระดับประเทศ โดยการให้การสนับสนุนทางวิชาการและเทคโนโลยีให้หน่วยบริการสุขภาพในระบบสาธารณสุขเพื่อการบูรณาการงานบริการสุขภาพจิตเข้าสู่บริการสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการจิตเวชเฉพาะทางในโรงพยาบาลหรือสถาบันจิตเวชศาสตร์ งานบริการสุขภาพจิตนั้นไม่เพียงครอบคลุมบริการบำบัดรักษาฟื้นฟูเท่านั้นยังรวมถึงการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอีกด้วย

กรมสุขภาพจิตมีโรงพยาบาลจิตเวชและสถาบันจิตเวชศาสตร์ทั้งสิ้น 17 แห่ง กระจายอยู่ทุกภาคทั่วประเทศ ให้บริการจิตเวชทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน ตลอดจนฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง รวมเป็นจำนวนเตียงทั้งสิ้น 8,700 เตียงเทียบได้เป็น 13.8 เตียงต่อแสนประชากร โดยร้อยละ 9 เป็นเตียงสำหรับจิตเวชเด็กและวัยรุ่น มีโรงพยาบาลและสถาบันจิตเวชที่ให้บริการเฉพาะเด็กและวัยรุ่น 4 แห่ง มีสถาบันที่มีความเชี่ยวชาญด้านนิติจิตเวช 1 แห่ง นอกจากนี้ได้มีการจัดตั้งศูนย์วิกฤตสุขภาพจิตขึ้นเพื่อให้การสนับสนุนและแนะนำแก่ผู้ที่ทำหน้าที่จัดการสถานการณ์ในภาวะวิกฤต ศูนย์นี้กระจายอยู่ครอบคลุมทุกเขตและโรงพยาบาลทั่วไป

1.5 กำลังคนและระบบการฝึกอบรมด้านสุขภาพจิต

1.5.1 จิตแพทย์และแพทย์ทั่วไป

- ก. มีจำนวนจิตแพทย์ต่อประชากรเพียง 0.7 ต่อแสนประชากร แต่กว่าครึ่งหนึ่งปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร และส่วนใหญ่อยู่ตามหัวเมืองใหญ่ จิตแพทย์จะต้องเป็นแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมอีก 3 ปีและผ่านการสอบที่จัดโดยราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
- ข. สำหรับจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นนั้นต้องฝึกอบรม 4 ปี และต้องผ่านการสอบเช่นเดียวกัน
- ค. แพทย์วุฒิบัตรเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ป้องกันสาขาสุขภาพจิตชุมชน เป็นแพทย์อาวุโสที่มีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพชุมชนมาอย่างน้อย 5 ปี ได้รับการฝึกอบรมระยะสั้นตามที่หลักสูตรกำหนดและผ่านการสอบเพื่อรับอนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญบทบาทหน้าที่สำคัญคือการทำงานด้านส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตในชุมชน
- ง. แพทย์เวชปฏิบัติ (GP) ใช้เวลาศึกษาในโรงเรียนแพทย์ 6 ปีรวมกับการเป็นแพทย์ฝึกหัดอีก 1 ปี ซึ่งมีการบรรจุวิชาจิตเวชศาสตร์ในหลักสูตร

ตารางที่ 1.1 : กำลังคนด้านสุขภาพจิต (2548)

บุคลากร	จำนวน	ความหนาแน่น (ต่อแสนประชากร)
จิตแพทย์	445	0.7
พยาบาลจิตเวช	1,868	3.0
นักจิตวิทยา	230	0.4
นักสังคมสงเคราะห์	214	0.3
นักอาชีวบำบัด	56	0.09

1.5.2 พยาบาลจิตเวช

จำนวนพยาบาลจิตเวชมี 3.0 ต่อแสนประชากร ถือเป็นบุคลากรที่มีอัตรากำลังมากที่สุด พยาบาลจิตเวชจะผ่านหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลปริญญาโทการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (2 ปี) หรือผ่านหลักสูตรประกาศนียบัตรด้านการพยาบาลสุขภาพจิต หรือการพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น (อย่างน้อย 4 เดือน)

1.5.3 นักจิตวิทยา

จำนวนนักจิตวิทยาคลินิกมี 0.4 ต่อแสนประชากร จบคุณวุฒิปริญญาตรีจิตวิทยาคลินิก แต่ต้องได้รับการรับรองและขึ้นทะเบียนจึงจะสามารถประกอบวิชาชีพทางคลินิกได้

1.5.4 นักสังคมสงเคราะห์

จำนวนนักสังคมสงเคราะห์มี 0.3 ต่อแสนประชากร จบคุณวุฒิปริญญาตรีสังคมสงเคราะห์ นอกจากนี้ปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์แล้ว ก็ยังทำเรื่องการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพอีกด้วย

1.5.5 นักอาชีวบำบัด

ทั้งประเทศมีนักอาชีวบำบัดเพียง 56 คน จบคุณวุฒิปริญญาตรีหลักสูตร 4 ปีและได้รับการรับรองพร้อมทั้งขึ้นทะเบียนวิชาชีพ นักอาชีวบำบัดทำหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในผู้ป่วยอาการเพิงทุเลาและเรื้อรัง

1.6 ระบบประกันคุณภาพ (Accreditation System)

ทุกโรงพยาบาลต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานการคุณภาพและพัฒนาและรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation; HA) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Hospital; HPH) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยงานสุขภาพจิตและจิตเวชก็เป็นหนึ่งในข้อกำหนดการพัฒนาคุณภาพและส่งเสริมสุขภาพใน HA และ HPH

1.7 บทบาทของโรงพยาบาลเอกชน

บริการสุขภาพจิตเกือบทั้งหมดนั้นให้บริการโดยกระทรวงสาธารณสุข มีโรงพยาบาลจิตเวชเอกชนเพียงแห่งเดียวเท่านั้นที่เริ่มเปิดให้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ส่วนโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกบางแห่งมีจิตแพทย์ทำงานนอกเวลาหรือประจำเต็มเวลา

ยุทธศาสตร์และหลักการทำงานสุขภาพจิตของไทย

2.1 ยุทธศาสตร์และหลักการ

กรมสุขภาพจิตในฐานะหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบนโยบายและแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตของประเทศ มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพจิตที่ดีของคนไทย แผนยุทธศาสตร์ (ปี พ.ศ.2550 - 2554) ของกรมสุขภาพจิตกำหนดไว้ดังนี้

- ยุทธศาสตร์ที่ 1** เสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพจิต เข้าถึงบริการสุขภาพจิตและให้โอกาสผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต
- ยุทธศาสตร์ที่ 2** ส่งเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขในการดำเนินงานสุขภาพจิต
- ยุทธศาสตร์ที่ 3** พัฒนาความเชี่ยวชาญสู่การเป็นศูนย์กลางทางวิชาการด้านสุขภาพจิต
- ยุทธศาสตร์ที่ 4** พัฒนาคุณภาพมาตรฐานและความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านบริการสุขภาพจิต
- ยุทธศาสตร์ที่ 5** พัฒนาความสามารถในการเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารองค์กรและสมรรถนะบุคลากร

2.2 การพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชน

งานบริการสุขภาพจิตของไทยมีประวัติศาสตร์อันยาวนานกว่าหนึ่งศตวรรษ นับตั้งแต่มีการเริ่มเปิดโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชแห่งแรกของประเทศในปี พ.ศ.2432 หลังจากนั้นได้ขยายโรงพยาบาลจิตเวชตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ รวมทั้งสิ้นจนถึงปัจจุบัน 17 โรงพยาบาล/สถาบัน โดยมีโรงพยาบาลและสถาบันจิตเวชที่ให้บริการเฉพาะเด็กและวัยรุ่น 4 แห่ง และมีสถาบันที่มีความเชี่ยวชาญด้านนิติจิตเวช 1 แห่ง (ภาพ 2.1)



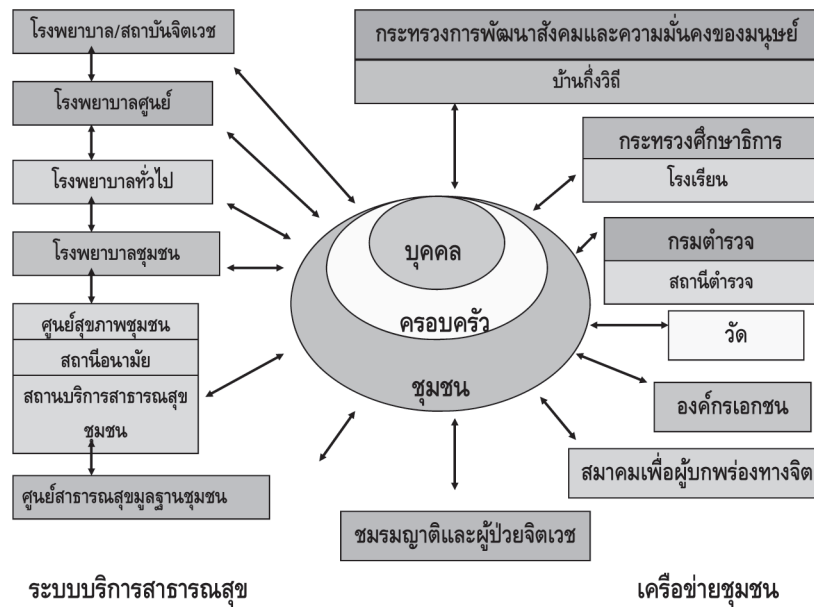
ภาพที่ 2.1 : โรงพยาบาล/สถาบันจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตเขต

การดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทย เริ่มต้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2507 โดยได้มีการจัดตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกไปให้บริการสุขภาพจิตในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล แต่สามารถครอบคลุมพื้นที่ได้จำกัดเนื่องจากขาดแคลนทรัพยากร ในปี พ.ศ. 2519 ได้มีโครงการสำรวจความต้องการบริการสุขภาพพร้อมกับองค์การอนามัยโลก ซึ่งให้เห็นถึงความต้องการบริการสุขภาพจิตในชุมชน จึงได้มีการขยายบริการสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลจิตเวชไปสู่ระบบบริการสาธารณสุข ภายใต้นโยบาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543” ขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2521 ประเทศไทยได้เพิ่มงาน “สุขภาพจิต” เข้าเป็นส่วนหนึ่งของ “งานสาธารณสุขมูลฐาน” ทำให้เกิดการขับเคลื่อนครั้งสำคัญให้งานสุขภาพจิตไปสู่ระดับชุมชน

การขับเคลื่อนครั้งสำคัญอีกครั้ง เมื่อมีการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขโดยยกระดับกองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ขึ้นเป็น “สถาบันสุขภาพจิต” และ “กรมสุขภาพจิต” ในปี พ.ศ. 2538 เพื่อให้เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตระดับชาติ มีสำนักพัฒนาสุขภาพจิตมีหน้าที่พัฒนาจัดการ และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สำนักสุขภาพจิตสังคม มีหน้าที่รับผิดชอบการส่งเสริมสุขภาพจิตและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในสังคม โรงพยาบาลจิตเวช และสถาบันจิตเวชศาสตร์ให้บริการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและสนับสนุนบริการสุขภาพจิตในชุมชน ในปี พ.ศ. 2540 ได้มีการจัดตั้ง “ศูนย์สุขภาพจิต” ขึ้นให้สอดคล้องกับเขตตรวจราชการสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมงานเครือข่ายสุขภาพจิตในพื้นที่ (ภาพที่ 2.1)

2.3 เครือข่ายและบริการสุขภาพจิตชุมชน

งานสุขภาพจิตชุมชนมีการบูรณาการงานและกำกับติดตามอยู่ในระบบงานสาธารณสุข และขยายงานลงสู่ชุมชนผ่านเครือข่ายหลากหลาย (ภาพที่ 2.2) การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหานั้นดำเนินการผ่านทางโรงเรียน วัดและองค์กรท้องถิ่นต่างๆ เป้าหมายของบริการสุขภาพจิตชุมชนนั้นนอกจากการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องแล้วยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ มีการจัดตั้งชมรมญาติและผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันและเป็นตัวแทนในการเรียกร้องสิทธิให้ผู้ป่วย ให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาและจัดหาแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมด้วยตัวเอง ความร่วมมือของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตชุมชน



แผนภูมิ 2.2 : ระบบเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน

2.4 บริการสุขภาพจิตตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก

ระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศไทยนั้นได้ดำเนินการสอดคล้องกับแนวทางที่องค์การอนามัยโลกเสนอแนะดังต่อไปนี้ :

1. หลักการ การให้บริการ และโอกาสพัฒนาของงานสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทย ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 : หลักการ การบริการ และโอกาสพัฒนาของงานสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทย

หลักการ	บริการสุขภาพจิตในประเทศไทย	โอกาสพัฒนา
การเข้าถึงบริการ	บริการสุขภาพจิตของไทยได้บูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขซึ่งกระจายอยู่ทั่วทั้งประเทศครอบคลุมตั้งแต่ระดับชุมชนขึ้นไปจนถึงระดับเขต มีการกำหนดพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน	สถานพยาบาลในระบบบริการสาธารณสุขและศักยภาพของบุคลากรในงานสุขภาพจิตยังมีข้อจำกัดและมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่หลากหลายไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
ความครบถ้วน	มีรูปแบบบริการสุขภาพจิตที่หลากหลาย ทั้งผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก จิตเวชเด็ก และวัยรุ่น จิตเวชผู้สูงอายุ นิติจิตเวช คลินิกเฉพาะโรค เช่น คลินิกโรคซึมเศร้า การส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต	การบริการสุขภาพจิตที่ครบถ้วนนั้นส่วนใหญ่มีเฉพาะในระดับภาค บริการเฉพาะบางอย่าง เช่น การบำบัดจิตใจเชิงลึกยังมีอยู่อย่างจำกัด

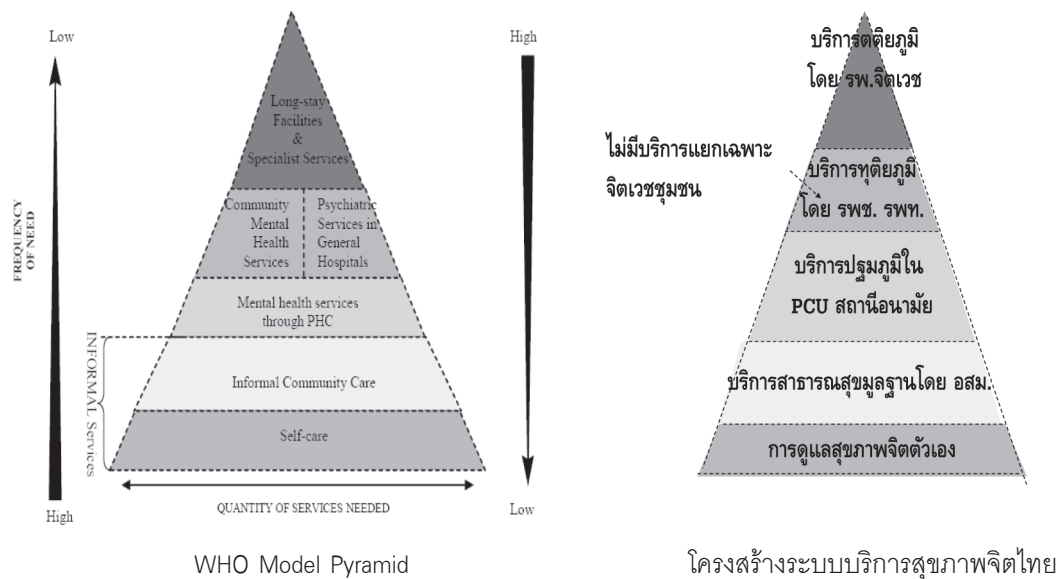
ตารางที่ 2.1 : หลักการ การบริการ และโอกาสพัฒนาของงานสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทย (ต่อ)

หลักการ	บริการสุขภาพจิตในประเทศไทย	โอกาสพัฒนา
การประสานงาน และความต้องการของบริการ	ด้วยโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขโดยกระทรวงสาธารณสุขนั้น โรงพยาบาลจิตเวชสามารถประสานงาน ให้การสนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแล ต่อเนื่อง ในกรณีผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อน อาจต้องให้การช่วยเหลือด้วยการจัดการรายกรณี	ยาจิตเวชยังมีใช้อย่างจำกัดในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน บุคลากรสาธารณสุขทั่วไปยังมีความรู้และประสบการณ์ในการให้บริการจิตเวชจำกัด และมักมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวช
ประสิทธิผล	การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตในแต่ละระดับนั้นอยู่ในระหว่างดำเนินการ มีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช	ที่ผ่านมาผู้ป่วยมักมีความเชื่อมั่นในบริการจากสถานพยาบาลเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลจิตเวช ที่ให้การประเมิณและรักษาที่ครอบคลุม จึงมักจะข้ามบริการสุขภาพใกล้บ้านไป
ความเสมอภาค	บริการสุขภาพจิตมีครอบคลุมตั้งแต่ระดับภาคลงไป และมียาจิตเวชอย่างน้อยในระดับอำเภอ การกำกับติดตามงานสุขภาพจิตชุมชนโดยตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุข	บริการจิตเวชยังคงได้รับความสนใจจากหน่วยบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ค่อนข้างน้อย แม้ในโรงพยาบาลจิตเวชต่างจังหวัดเองก็ยังมีจิตแพทย์ไม่เพียงพอ
การเคารพสิทธิมนุษยชน	ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้ทราบสิทธิของตนเอง มีการออกกฎหมายสุขภาพจิต มีกลุ่มผู้ป่วยและญาติที่กำลังดำเนินการเพื่อสิทธิผู้ป่วย	ตราบาปและการรังเกียจเดียดฉันท์ต่อผู้ป่วยจิตเวชยังคงมีอยู่ในประชาชนทั่วไป รวมไปถึงบุคลากรสาธารณสุขเองด้วย

2. องค์ประกอบของบริการสุขภาพจิตที่ได้บูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ (ภาพที่ 2.3)

2.1 การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว : เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในชุมชนที่อาศัยอยู่

2.2 บริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Service Level -PHC) : ดำเนินการโดยประชาชนเอง หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน โดยมี อสม.1 คนต่อชุมชนประมาณ 8-15 หลังคาเรือน จากข้อมูลปี 2550 มี อสม. ปฏิบัติงานจำนวน 831,774 คน ทำงานอยู่ใน 69,331 ชุมชน ครอบคลุมเกือบร้อยละ 90 ของประเทศ ให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน ตัวอย่างเช่น ให้สุขภาพจิตศึกษา คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคจิต ออทิสติก โรคซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ให้การช่วยเหลือระดับครอบครัวด้านจิตใจ สนับสนุนให้มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจิต



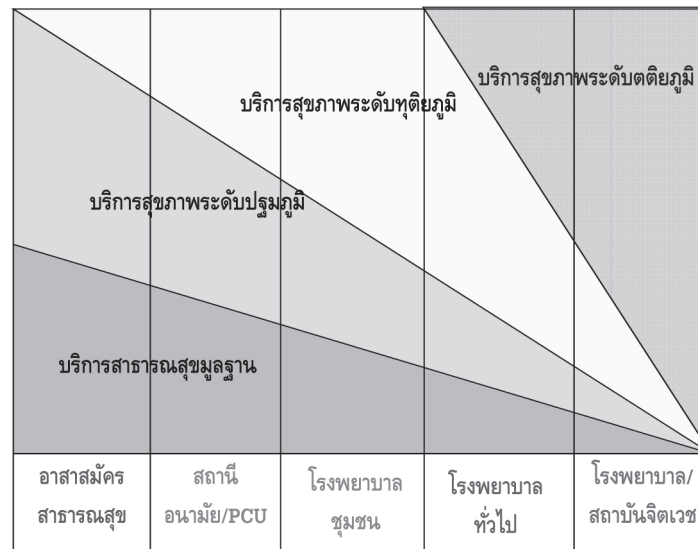
ภาพที่ 2.3 สัดส่วนของบริการสุขภาพจิต

2.3 บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Medical Care Level- PMC) : เป็นบริการรักษาพยาบาลระดับแรกที่ทำให้บริการโดยบุคลากรสาธารณสุข (ระดับตำบล) เช่น พนักงานอนามัย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข หรือมีแพทย์เวชปฏิบัติออกตรวจรักษาเป็นระยะ มีสถานอนามัย 9,762 แห่งและหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) 5,946 แห่งครอบคลุมพื้นที่ระดับตำบลร้อยละ 100 บริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิได้แก่ การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การให้การปรึกษา การผสมผสาน การดูแลสุขภาพจิตในงานอื่น เช่น การฝากครรภ์และคลินิกเด็กดี/พัฒนาการเด็ก การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหรือการเยี่ยมบ้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพจิต

2.4 บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary Medical Care Level-SMC) : ดำเนินการโดยโรงพยาบาลชุมชนซึ่งครอบคลุมร้อยละ 91.7 ของจำนวนอำเภอ และร้อยละ 100 ของจำนวนจังหวัดในประเทศ เป็นหน่วยบริการที่ให้การรักษาผู้ป่วยนอก วินิจฉัยและรักษาโรคจิตเวชที่พบบ่อย ติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจในภาวะวิกฤต ให้การรักษาแนะนำและช่วยเหลือหน่วยบริการสาธารณสุขมูลฐานและหน่วยบริการปฐมภูมิ ตลอดจนผสมผสานงานสุขภาพจิตกับงานเวชปฏิบัติทั่วไป

2.5 บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary Medical Care Level-TMC) : ให้บริการเฉพาะทางโดยผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ คณะแพทย์ศาสตร์ของมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาล/สถาบันจิตเวช โดยมีจิตแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพให้บริการจิตเวชครบวงจร ตั้งแต่การตรวจประเมิน วินิจฉัยและบำบัดรักษาฟื้นฟู ตลอดจนการส่งเสริมสนับสนุนเครือข่ายสาธารณสุขให้สามารถจัดบริการสุขภาพจิตชุมชนและพัฒนาศักยภาพบุคลากร

บริการสุขภาพจิตในแต่ละระดับนั้น ไม่เพียงแต่ให้บริการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต (ภาพที่ 2.4) การบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการนั้นกำหนดโดยระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเฉพาะผู้ป่วยที่ผ่านระบบส่งต่อบริการ



ภาพที่ 2.4 : บริการสุขภาพจิตชุมชนแบบบูรณาการ

หากเปรียบเทียบปริมาณสัดส่วนของบริการสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลกแล้ว ประเทศไทยไม่ได้มีบริการสุขภาพจิตชุมชนแยกต่างหาก ส่วนบริการแบบไม่เป็นทางการ (Informal community care) นั้นมีบ้าง เช่น หมอพื้นบ้าน พระ ส่วนบริการชุมชนอย่างเป็นทางการโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เช่น บ้านกึ่งวิถี สามารถรองรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังไว้ที่เพิ่งแต่มีจำนวนจำกัด การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในโรงพยาบาลจิตเวชนั้น ได้มีนโยบายลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล (deinstitutionalization) ดำเนินการมานานกว่า 10 ปีแล้ว โดยเน้นการพัฒนาบริการสุขภาพจิตในชุมชนในระบบบริการสาธารณสุขมากกว่าที่จะลดขนาดของโรงพยาบาลจิตเวชเพียงอย่างเดียว

กรณีตัวอย่างงานสุขภาพจิตชุมชนของประเทศ

กรณีตัวอย่างงานสุขภาพจิตชุมชนได้แก่ :

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน
2. โครงการสุขภาพจิตโรงเรียน
3. โครงการสุขภาพใจภาคประชาชน
4. งานวิกฤตสุขภาพจิตหลังภัยพิบัติสึนามิ

3.1 กรณีตัวอย่าง : การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน

แม้ว่าโรคจิตเวชส่วนใหญ่รักษาได้ แต่กรณีที่ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาซับซ้อน เช่น มีอาการเรื้อรัง กำเริบบ่อย มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หรือไม่สามารถทำงานเลี้ยงชีพได้ ครอบครัวและผู้ดูแลมักต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วยเครียดและมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วย เป็นเหตุให้ชุมชนและครอบครัวปฏิเสธผู้ป่วย การส่งจ่ายยาเพื่อการรักษาผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวนั้นอาจไม่เพียงพอ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัว และชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกลับไปอาศัยร่วมอยู่กับชุมชนและมีคุณภาพชีวิตตามอัตภาพ

ลักษณะสำคัญ

กิจกรรมนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือของเครือข่ายชุมชนทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ยุ่งยากซับซ้อนให้สามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอาศัยร่วมกับชุมชน

กลวิธีดำเนินการ : การดำเนินงานอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายชุมชนประกอบด้วย ทีมสุขภาพจิต (จากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป) และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ (เจ้าหน้าที่อนามัย/อสม.) องค์กรบริหารท้องถิ่น ชุมชนและครอบครัว สนับสนุนโดยทีมสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลจิตเวช

กระบวนการ :

1. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล

ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยนั้น จะมีการประเมินอาการหลงเหลือของผู้ป่วย สมรรถภาพทางจิตสังคมและการงานอาชีพ สํารวจแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีอยู่ ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวโดยให้ความรู้ความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาผ่านสุขภาพจิตศึกษา ให้คำปรึกษาเพื่อเรียนรู้ความเจ็บป่วยของตน เรียนรู้วิธีรับมือกับปัญหาและการดูแลตนเอง



ภาพที่ 3-1.1 การเตรียมครอบครัวและชุมชน

2. การประสานความร่วมมือกับเครือข่ายชุมชน

ทีมสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลจิตเวชร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วยในชุมชนและประเมินความสามารถของครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย



ภาพที่ 3-1.2 การประชุมกรณีศึกษาผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายชุมชน

3. การเตรียมครอบครัวและชุมชน

- สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและชุมชน
- ประเมินทัศนคติ ความเข้าใจและความคาดหวังของครอบครัวและชุมชนต่อตัวผู้ป่วย การเจ็บป่วยและการรักษา
- ปรับเปลี่ยนทัศนคติโดยการทำความเข้าใจ ให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการป่วยและการดูแลรักษา
- สนับสนุนครอบครัวให้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและกระตุ้นชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
- ประเมินความพร้อมของครอบครัวและชุมชนในการยอมรับการดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งกำหนดกรอบเวลาในการดำเนินการที่เหมาะสม

4. จัดประชุมกรณีศึกษาร่วมกับเครือข่ายชุมชน

ก่อนส่งผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน มีการจัดประชุมกรณีศึกษาร่วมกับเครือข่ายชุมชนเพื่อร่วมกันหาหรือปัญหา วางแผนการช่วยเหลือ การติดตามดูแลและความต่อเนื่อง ตลอดจนการเฝ้าระวังการกลับป่วยซ้ำ

5. การติดตามและนิเทศเครือข่ายในการดูแลต่อเนื่อง

กำหนดแผนการติดตามและนิเทศอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้แน่ใจว่ามีการดูแลและช่วยเพื่อจัดการปัญหาอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์

สำหรับผู้ป่วย

1. ร่วมมือในการรับประทานยาสม่ำเสมอขึ้น
2. ผลการรักษาดีขึ้น สมรรถภาพทางสังคมและอาชีพการงานดีขึ้น ลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. ตระหนักถึงความรับผิดชอบในการดูแลตนเองและได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น

สำหรับครอบครัวและชุมชน

1. ลดปฏิกิริยาเชิงลบทางอารมณ์ของครอบครัวและชุมชนลง ส่งผลให้ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดีขึ้น
2. ทัศนคติต่อครอบครัวลดลง

3. ครอบครัวและชุมชนยอมรับผู้ป่วยและร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน
4. ครอบครัวและชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตที่ถูกต้องและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย

สำหรับทีมบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่ถูกต้อง ปรับเปลี่ยนทัศนคติและมีทักษะที่ดีขึ้นสามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม
2. มีความมั่นใจในการดูแลแก้ปัญหาของผู้ป่วยโดยการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลจิตเวช
3. มีความพร้อมด้านยาจิตเวชที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

สำหรับทีมสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลจิตเวช

1. ลดภาระการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล
2. เรียนรู้ในการทำงานร่วมกับครอบครัว ชุมชนและทีมบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ และเป็นการเสริมสร้างขีดความสามารถในการจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. กลยุทธ์ของทีมสุขภาพจิตในโรงพยาบาลจิตเวชในการสนับสนุนงานสุขภาพจิตชุมชนในพื้นที่นอกโรงพยาบาล
2. โครงสร้างพื้นฐานด้านบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ ที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบชัดเจนในสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับและเน้นการบริการแบบบูรณาการ
3. จากการกระจายอำนาจของระบบบริหารราชการของรัฐบาล ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทรับผิดชอบประชากรของตนเองมากขึ้นซึ่งรวมถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของตน
4. มีการเผยแพร่ ถ่ายทอด ความรู้สุขภาพจิต การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ และการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับโดยกรมสุขภาพจิต พัฒนาศักยภาพทั้งทีมสุขภาพจิตในโรงพยาบาลจิตเวช บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัว
5. ความตระหนักในปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และให้ความสำคัญในการดำเนินงาน

อุปสรรคหรือโอกาสพัฒนา

1. หน่วยบริการสาธารณสุขมีภาระล้นมือ และยังมีจำนวนบุคลากรที่จำกัด
2. ทักษะคติเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวชและขาดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิต
3. ตราบาปและการรังเกียจเดียดฉันท์ต่อผู้ป่วยจิตเวช
4. การปล่อยให้ผู้ป่วยจิตเวชรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นเวลานาน โดยไม่รีบแก้ไขปัญหาผู้ป่วยในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยถูกปฏิเสธจากครอบครัวและชุมชน
5. เครือข่ายชุมชนให้ความสนใจในงานสุขภาพจิตน้อย

ยุทธศาสตร์ในการเติมเต็มโอกาสพัฒนา

1. เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน นำโดยทีมสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยที่จะสามารถกลับไปสู่ชุมชนได้มากขึ้น
2. ให้การรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีและมีสมรรถภาพที่ดี สามารถทำงานดูแลช่วยเหลือตัวเองได้
3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบการเจ็บป่วยของตนเองและพัฒนาทักษะในการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง
4. การมีทีมสุขภาพจิตที่พร้อมให้การช่วยเหลือสนับสนุนเครือข่ายและร่วมแก้ไขปัญหา
5. เน้นการสร้างขีดความสามารถในด้านสุขภาพจิตให้แก่บุคลากรสาธารณสุข

บทเรียนรู้

1. ผู้ป่วยจิตเวชควรมีสถานีได้รับบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพและสามารถเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน
2. ครอบครัวและชุมชนควรรับผิดชอบต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน
3. บริการสุขภาพจิตควรเข้าถึงได้เมื่อมีความต้องการ
4. ความร่วมมือของเครือข่ายชุมชนสามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งให้งานสุขภาพจิตชุมชน
5. ประสบการณ์เรียนรู้จากการทำงานร่วมกันในรูปแบบของเครือข่ายสามารถเป็นประโยชน์ในการดำเนินกิจกรรมอื่นได้

3.2 กรณีตัวอย่าง : โครงการสุขภาพจิตโรงเรียน

นโยบายด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นของกรมสุขภาพจิต คือการส่งเสริมสุขภาพจิต ให้เด็กมีพัฒนาการด้านจิตใจและสังคมที่ดี ตลอดระยะเวลาของการศึกษาภาคบังคับ 9 ปีนั้นเด็กและวัยรุ่นเกือบทั้งหมดอยู่ในระบบการศึกษา ดังนั้นการดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นจึงดำเนินการผ่านความร่วมมือระหว่างระบบสาธารณสุขและระบบการศึกษา จึงเป็นที่มาของงานสุขภาพจิตโรงเรียน

ลักษณะสำคัญ

งานสุขภาพจิตโรงเรียนนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือระหว่างระบบสาธารณสุขและระบบการศึกษา เป็นการให้บริการสุขภาพจิตในโรงเรียน รวมไปถึงการพัฒนากระบวนการสุขภาพจิตในโรงเรียน โดยสร้างเครือข่ายครูและบุคลากรงานสุขภาพจิตเข้าสู่หลักสูตรในระบบการศึกษ่อีกด้วย

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบดูแลสุขภาพจิตสำหรับเด็กและวัยรุ่นผ่านทางระบบการศึกษา

กลวิธีดำเนินการ : มีแผนดำเนินการ 3 ระยะได้แก่

- ระยะที่ 1 :** จัดให้มีบริการสุขภาพจิตในโรงเรียน
- ระยะที่ 2 :** ส่งเสริมให้ครูมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตในโรงเรียน
- ระยะที่ 3 :** บุคลากรงานสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบการศึกษา



ภาพที่ 3-2.1 โปรแกรมสุขภาพจิตในระบบโรงเรียน

กระบวนการ

ระยะที่ 1 : จัดให้มีบริการสุขภาพจิตในโรงเรียนโดยทีมสุขภาพจิตเคลื่อนที่ เพื่อให้การตรวจค้นหาปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยและให้การดูแลช่วยเหลือที่โรงเรียน อย่างไรก็ตามบริการดังกล่าวยังจำกัดอยู่เฉพาะบางโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการนำร่องเท่านั้นเนื่องจากมีบุคลากรไม่เพียงพอ

ระยะที่ 2 : เสริมสร้างขีดความสามารถให้แก่ครูโดย :

1. พัฒนาคู่มือและฝึกอบรมการให้การปรึกษาและแนะแนวเบื้องต้นให้แก่ครู
2. พัฒนาคู่มือการดูแลสุขภาพจิตสำหรับครูโรงเรียนประถมและมัธยมซึ่งรวมถึงหลักสูตรการสอนทักษะชีวิต และพัฒนาศักยภาพครูให้สามารถให้คำแนะนำปรึกษา
3. พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่นักเรียนทุกคน กำหนดให้มีการพัฒนาระบบการดูแลนักเรียนเป็นรายบุคคล การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง แนวทางการวางแผนดูแลเด็กในระบบโรงเรียน การแก้ไขเบื้องต้นด้วยการให้การปรึกษาแก่นักเรียนโดยการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชน ตลอดจนมีการจัดให้มีระบบการส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตเพื่อเข้าสู่ระบบของสาธารณสุขต่อไป
4. พัฒนาเครือข่ายครูเพื่อความยั่งยืนของงานสุขภาพจิตโรงเรียน รวมทั้งขยายเครือข่ายสู่ผู้ปกครองและชุมชน

ระยะที่ 3 : เน้นการทำงานเชิงระบบเพื่อให้เด็กและวัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี โดยการมีส่วนร่วมทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ดำเนินการในลักษณะบูรณาการทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต และสามารถรวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรในระบบการศึกษาและกิจกรรมนักเรียน

ผลลัพธ์

จากความร่วมมือกันระหว่างกรมสุขภาพจิตและกระทรวงศึกษาธิการ งานสุขภาพจิตโรงเรียนเกิดผลลัพธ์ดังนี้ :

1. กระทรวงศึกษาธิการได้บรรจุระบบดูแลสุขภาพจิตเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการประเมินมาตรฐานของโรงเรียน ทุกโรงเรียนต้องมีระบบดูแลนักเรียน ที่ประกอบด้วย การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การวางแผนช่วยเหลือรายบุคคล และระบบส่งต่อไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพจิต

2. พัฒนาความรู้ของครูรวมทั้งบูรณาการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตเข้าในหลักสูตรและกิจกรรมของนักเรียน ตลอดจนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพจิต
3. เกิดเครือข่ายครูสุขภาพจิตโรงเรียนที่ดำเนินการโดยครูที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงเรียนกับโรงเรียนอื่น ๆ
4. มีการดำเนินงานโครงการ “พัฒนาเชาวน์ปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ (IQ/EQ)” ในโรงเรียนประถมศึกษา
5. มีการบูรณาการการสอนเพศศึกษาและทักษะชีวิตเข้าในหลักสูตรชั้นมัธยมศึกษา
6. โครงการระดับชาติ “To be number one” ซึ่งมีเป้าหมายในการส่งเสริมให้เยาวชนมีความสุขและภาคภูมิใจในตนเองโดยมี “Friend’s corner” เป็นสถานที่ที่วัยรุ่นได้พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้ช่วยเหลือสนับสนุน ได้รับคำปรึกษา ตลอดจนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยบุคลากร หรือวัยรุ่นได้รับการฝึกอบรม



ภาพที่ 3-2.2 ‘To be number one’ and ‘Friend’s corner’ project

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. เป็นนโยบายที่ได้รับการสนับสนุนทั้งจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ
2. ผู้บริหารโรงเรียนมีความตระหนักถึงงานสุขภาพจิตโรงเรียนและการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงเรียน
3. การจัดตั้งเครือข่ายครูสุขภาพจิตโรงเรียนซึ่งทำให้สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของความสำเร็จที่เป็นเลิศตลอดจนนวัตกรรมที่ใช้ในระบบโรงเรียน
4. การสนับสนุนอย่างแข็งขันจากทีมสุขภาพจิตทั้งการถ่ายทอดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพจิตนักเรียน การนิเทศติดตาม ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการรับส่งต่อกรณีเฉพาะราย

อุปสรรคหรือโอกาสพัฒนา

1. เนื่องจากระบบโรงเรียนอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านการปฏิรูประบบการศึกษาซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อต่อเนื่องของงานสุขภาพจิตโรงเรียน
2. แม้ว่าจะระดับนโยบายจะให้การสนับสนุนงานสุขภาพจิตโรงเรียน แต่การดำเนินงานขึ้นอยู่กับ การให้ความสำคัญของระดับปฏิบัติการ ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละโรงเรียน
3. การสับเปลี่ยนหมุนเวียนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงเรียนโดยเฉพาะผู้บริหาร หรือครูผู้รับผิดชอบงาน
4. ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้การขยายงานสุขภาพจิตโรงเรียนให้ครอบคลุม ทั่วประเทศนั้น จำกัดเฉพาะในโรงเรียนของรัฐเท่านั้น

ยุทธศาสตร์ในการเติมเต็มโอกาสพัฒนา

1. ควรจัดให้มีการประสานความร่วมมือและช่วยเหลือโดยตรงในพื้นที่ในระดับอำเภอหรือ จังหวัดระหว่างศูนย์สุขภาพจิตกับโรงเรียน
2. เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายครูโดยขยายงานสุขภาพจิตโรงเรียนเข้าสู่ระบบ การศึกษา
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนในงานสุขภาพจิตโรงเรียน

บทเรียนรู้

1. การประสานความร่วมมือควรมีการขยายขอบเขตโดยการบูรณาการสุขภาพกายและ สุขภาพจิต เช่น โรงเรียนสร้างสุข (Healthy school program) และการมีส่วนร่วมของหน่วย งานอื่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตโรงเรียนเชิงระบบ
2. เพื่อลดตราบาปต่อปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียน จึงควรเข้าใจว่าปัญหาดังกล่าวเป็นเพียง ประเด็นหรือปัญหาเฉพาะ ไม่ใช่การวินิจฉัยโรคจิตเวช
3. เพื่อความยั่งยืนของงานสุขภาพจิต โรงเรียนควรเป็นผู้ริเริ่มการดำเนินการโดยรับการ สนับสนุนจากทีมสุขภาพจิต แทนที่จะเป็นการปฏิบัติตามข้อกำหนดจากนโยบายให้ดำเนินการ เพื่อเป็นตามมาตรฐานเท่านั้น
4. ในระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับที่ให้การสนับสนุนและบำบัดรักษา จะต้องได้รับการ เสริมความรู้ ความสามารถด้านงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เพื่อที่จะเป็นที่ปรึกษาและ ให้การช่วยเหลือโรงเรียนในพื้นที่ได้

3.3 กรณีตัวอย่าง : โครงการสุขภาพใจภาคประชาชน

โครงการสุขภาพใจภาคประชาชนเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน สนับสนุนให้ชุมชนร่วมดำเนินงานสุขภาพจิตตามปัญหาของชุมชน โดยดึงศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้นำชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วม เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาการวางแผนหาแนวทางแก้ไข การดำเนินการและการประเมินผล โดยแต่ละชุมชนมีประสบการณ์ในการดำเนินงานที่แตกต่างกันตามสภาพปัญหาและความต้องการของท้องถิ่น ซึ่งสามารถนำมาแลกเปลี่ยนเพื่อพัฒนาเป็นแนวทางจัดทำกิจกรรมสุขภาพจิตชุมชนที่หลากหลาย

ลักษณะสำคัญ

โครงการนี้แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตของตนเองซึ่งนำโดยผู้นำท้องถิ่นหรืออาสาสมัครสาธารณสุข โดยอาศัยครอบครัว คิดเอง ทำเอง และทุนทางสังคม

วัตถุประสงค์ : เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนร่วมมือกันในการจัดกิจกรรมสุขภาพจิตที่มีประโยชน์ต่อคนในชุมชนเอง

กลวิธีดำเนินการ : สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมสุขภาพจิตที่ดำเนินงานโดยผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุข โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชนเอง



ภาพที่ 3-3.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนการค้นหาความต้องการและริเริ่มดำเนินงานของชุมชน

กระบวนการ :

1. เริ่มต้นจากกรมสุขภาพจิตสนับสนุนให้มีการพัฒนางานสุขภาพจิตโดยชุมชน
2. ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขได้รับเชิญให้เข้าร่วมดำเนินการโดยการสนับสนุนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์สุขภาพจิตเขต
3. กรมสุขภาพจิตและตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขระดับเขต ได้ร่วมลงนามข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินงานโครงการสุขภาพใจภาคประชาชน
4. กรมสุขภาพจิตและตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขได้ร่วมกันจัดทำเทคโนโลยีสุขภาพจิตที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน
5. กรมสุขภาพจิตจัดหลักสูตรฝึกอบรมให้แก่บุคลากรสุขภาพจิตเพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษา
6. จัดการอบรมความรู้และความเข้าใจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน
7. ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการประเมินปัญหา วางแผนดำเนินการ และลงมือดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตตามปัญหาในพื้นที่
8. การดำเนินงานโครงการฯ ได้รับการนิเทศ สนับสนุนและประเมินอย่างใกล้ชิดจากศูนย์สุขภาพจิตเขต
9. มีการจัดประกวดและให้รางวัลกิจกรรมโครงการสุขภาพใจภาคประชาชนจากแต่ละชุมชน เพื่อเป็นกำลังใจและกระตุ้นให้ชุมชนอื่นมีส่วนร่วมมากขึ้น
10. หลังจากที่โครงการสุขภาพใจภาคประชาชนได้เริ่มดำเนินการร่อนนำไปแล้วใน 6 จังหวัด จึงได้ขยายการดำเนินออกไปให้ครบ 76 จังหวัดทั่วประเทศ
11. ชุมชนได้บูรณาการงานสุขภาพใจภาคประชาชนเข้ากับกิจกรรมของชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
12. ทีมสุขภาพจิตคอยให้การสนับสนุนและนิเทศ รวมทั้งถ่ายทอดความรู้และทักษะต่างๆ ตามความต้องการของชุมชน



ภาพที่ 3-3.2 ตัวอย่างแผนผังความคิด (mind-map) ของชุมชน

ผลลัพธ์

1. หลังจากที่ชุมชนตระหนักถึงปัญหา งานสุขภาพจิตกลายเป็นประเด็นที่ชุมชนใส่ใจ
2. ถึงแม้ว่าโครงการจะริเริ่มโดยกรมสุขภาพจิต แต่หลังจากมีการบูรณาการเข้าไปในกิจกรรม ชุมชนและกิจกรรมสุขภาพอื่นๆ การจัดสรรงบประมาณได้รับจากองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น
3. เทคโนโลยีสำเร็จรูปด้านสุขภาพจิตชุมชน สุขภาพจิตครอบครัวสามารถเผยแพร่ต่อไปยัง ชุมชนอื่นได้
4. โครงการสามารถนำไปสู่การดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ทูตทางสังคมของพื้นที่ที่มีผลให้คนในชุมชนมีความภาคภูมิใจและผูกพันสร้างจิตสำนึก ความเป็นห่วงเป็นใยต่อชุมชนของตน
2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการตัดสินใจและการดำเนินงานนำไปสู่กิจกรรมที่ยั่งยืนและ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ
3. การนิเทศติดตามโดยศูนย์สุขภาพจิตเขตสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการ และเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ชุมชนและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
4. ประชาชนเห็นประโยชน์ที่ได้รับโดยตรงจากโครงการซึ่งนำไปสู่ความร่วมมือในการทำ กิจกรรมที่จริงจังมากขึ้นในอนาคต
5. การให้ความสำคัญของผู้นำชุมชนในการดำเนินการและจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต
6. นโยบายสนับสนุนที่จริงจังในการดำเนินงานสุขภาพใจภาคประชาชนโดยความร่วมมืออย่างเป็นทางการจากตัวแทนผู้นำชุมชน

อุปสรรคหรือโอกาสพัฒนา

1. การขาดความตระหนักในปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนทำให้งานสุขภาพใจภาคประชาชนได้ รับความสนใจน้อย
2. เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้อาสามาทำงานด้วยความสมัครใจ บางครั้งมีเวลา ทำงานจำกัด ทำให้ต้องมีภาระหนักในการดูแลสุขภาพและทำกิจกรรมอื่นของชุมชน
3. อาสาสมัครสาธารณสุขบางท่านมีความรู้ ความสามารถหรือ ประสบการณ์จำกัดในการ ดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน
4. งบประมาณจากกรมสุขภาพจิตมีจำกัด

ยุทธศาสตร์ในการเติมเต็มโอกาสพัฒนา

1. การสร้างความตระหนักของชุมชนนำไปสู่การมีส่วนร่วมจากชุมชน แล้วจึงเกิดการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมมือในการดำเนินโครงการ
2. การสนับสนุนองค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มความเข้าใจตลอดจนทักษะการจัดการในงานสุขภาพจิตชุมชนให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้สามารถให้การสนับสนุนชุมชนได้
3. ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินงานในทุกระดับ
4. การเรียกร้องให้องค์การบริหารท้องถิ่นให้ความสำคัญกับงานสุขภาพจิตชุมชนและให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อความยั่งยืนของการดำเนินกิจกรรม
5. การบูรณาการกิจกรรมสุขภาพจิตกับกิจกรรมของชุมชน ทำให้ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

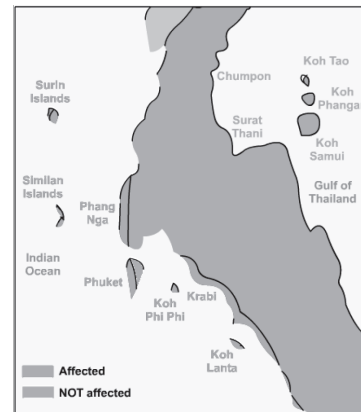
บทเรียนรู้

ความสำเร็จของการดำเนินงานสุขภาพใจภาคประชาชน ประกอบด้วย :

1. **ครอบครัว :** เนื่องจากครอบครัวเป็นแกนหลักในการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจของบุคคล ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพใจเริ่มต้นจากครอบครัวจะทำให้การดำเนินกิจกรรมสุขภาพใจครอบคลุมและเกิดประสิทธิผล
2. **คิดเอง :** กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพใจจะมีความยั่งยืนได้ ชุมชนต้องคิดเอง สำรวจสภาพปัญหา วิเคราะห์ด้วยตนเอง ค้นหาวิธีการสร้างเสริมสุขภาพใจที่เหมาะสมกับเงื่อนไข ปัญหา และความต้องการของชุมชน
3. **ทำเอง :** การทำเองหรือการดำเนินกิจกรรมชุมชนด้วยตนเอง จะทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้จากการลงมือทำ ได้บทเรียนจากประสบการณ์ตรง อันจะเป็นการสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลสุขภาพใจในชุมชน
4. **ทุนทางสังคม :** การใช้ทุนทางสังคม เช่น จารีตประเพณี ความเป็นเครือญาติ ความเหนียวแน่นของชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นฐานในการสร้างกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพใจมีความสอดคล้องกับเงื่อนไขชุมชน สามารถหลอมรวมเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนนั้น ๆ ซึ่งจะทำให้การสร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชนมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

3.4 กรณีตัวอย่าง : งานวิกฤตสุขภาพจิตหลังภัยพิบัติสึนามิ

วันที่ 26 ธันวาคม 2547 ได้เกิดแผ่นดินไหวใต้ทะเลขึ้นที่ชายฝั่งสุมาตรา คลื่นยักษ์ที่เกิดตามมาได้พัดเข้าถล่มพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคใต้ด้านตะวันตกใน 6 จังหวัดของประเทศไทย ซึ่งมีผู้เสียชีวิต 5,395 คน และสูญหายอีก 2,991 คน และบาดเจ็บทั้งสิ้น 8,457 คน ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ประสบภัยได้รับผลกระทบทางจิตใจมากบ้างน้อยบ้าง กรมสุขภาพจิตจึงได้จัดทำแผนการดูแลช่วยเหลือภาวะวิกฤตสุขภาพจิตขึ้นเพื่อให้การดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้รอดชีวิต



ภาพที่ 3-4.1 พื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากคลื่นยักษ์ในภาคใต้ของประเทศไทย

ลักษณะสำคัญ

ตัวอย่างการดำเนินการจัดการเพื่อให้บริการสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติภัยพิบัติ โดยร่วมมือกับหน่วยงานอื่นและเครือข่ายชุมชน

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติสึนามิ

กลวิธีดำเนินการ : การจัดตั้งระบบบริการสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับลำดับช่วงเวลาที่เหมาะสม โดยร่วมมือกับหน่วยงานอื่นและเครือข่ายในชุมชน

กระบวนการ :

ระยะที่ 1 : ระยะฉุกเฉินและวิกฤต (Emergency Phase) : 72 ชั่วโมง

เป้าหมายของการช่วยเหลือในระยะนี้คือ ให้การประคับประคองจิตใจและลดผลกระทบจากการบาดเจ็บระดับบุคคลภายใน 72 ชั่วโมงหลังเกิดคลื่นยักษ์ กรมสุขภาพจิตได้ส่งทีมสุขภาพจิตเคลื่อนที่เข้าไปทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อประเมินสถานการณ์ รวบรวมข้อมูล และให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ รวมทั้งการปฐมพยาบาลทางจิตใจ คัดแยกและให้การดูแลอาการเฉียบพลัน กรมสุขภาพจิตได้จัดตั้ง “ศูนย์ให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจผู้ประสบภัยสึนามิ” ขึ้นทั้งที่ศูนย์ส่วนกลางและทั้งศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าในพื้นที่ทางใต้ โดยจัดให้มีการประชุมทางไกลระหว่างสองศูนย์ทุกวัน และรายงานข้อมูลข่าวสารไปยังกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ผู้บริหารตัดสินใจเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการก่อนที่จะเผยแพร่บนเว็บไซต์ของกรมสุขภาพจิต



ภาพที่ 3-4.2 ทีมสุขภาพจิตเคลื่อนที่ในระยะฉุกเฉินและวิกฤต

ระยะที่ II : ผลกระทบหลังภัยพิบัติ (Post-Impact Phase) : 2 สัปดาห์ - 3 เดือนหลังเกิด สึนามิ

เป้าหมายของระยะนี้คือการประเมิน ค้นหา คัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและให้การช่วยเหลือเร่งด่วน การให้บริการจะเป็นบริการเชิงรุกลงในพื้นที่ มุ่งเน้นค้นหา “กลุ่มเสี่ยง” ผู้ที่มีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชสวนสราญรมย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่อยู่ใกล้ที่สุด



ภาพที่ 3-4.3 บริการสุขภาพจิตเชิงรุกสำหรับกลุ่มเสี่ยงช่วงผลกระทบหลังจากเกิดพิบัติภัย

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้ง “ศูนย์อำนวยการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพผู้ประสบภัยสึนามิ” ณ โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา เพื่อบูรณาการกิจกรรมด้านสุขภาพในพื้นที่ทุกจังหวัดที่ได้รับผลกระทบ คณะกรรมการของศูนย์ฯ ประกอบด้วยรองอธิบดีของ 8 กรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความรับผิดชอบจัดทำข้อมูลสุขภาพ เฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคฟื้นฟูสุขภาพกายและใจ ตลอดจนระบุนุการเอกลักษณ์บุคคลของศพ และการติดตามประเมินผล



ภาพที่ 3-4.4 การประชุมประจำวันร่วมกับหน่วยงานส่วนหน้าเพื่อจัดทำแผนสำหรับภารกิจที่เร่งด่วน

ระยะที่ III : ระยะฟื้นฟู (Recovery Phase): 3 เดือนหลังภัยพิบัติ

เป้าหมายเพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ประสบภัย โปรแกรมฟื้นฟูจิตใจเน้นที่ :

1. **โปรแกรมการป้องกันปฐมภูมิ** เพื่อส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิตชุมชนผ่านทางรายการวิทยุ
2. **โปรแกรมการป้องกันทุติยภูมิ** ได้แก่ การค้นหาผู้ที่ได้รับผลกระทบเพื่อให้การเยียวยาตั้งแต่เนิ่นๆ และอำนวยความสะดวกในการส่งต่อในรายที่มีอาการรุนแรงและเฝ้าระวังติดตาม
3. **โปรแกรมการป้องกันตติยภูมิ** เป็นการช่วยเหลือผู้รอดชีวิตเผชิญความสูญเสียที่รุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเฉพาะ

กรมสุขภาพจิตได้จัดตั้ง “ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต” ที่อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงาซึ่งเป็นจังหวัดที่มีผลกระทบมากที่สุดเพื่อทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ ที่ดำเนินงานฟื้นฟูด้านจิตใจ ภายหลังสองปีศูนย์นี้จึงถูกปิดลงหลังจากที่เสร็จสิ้นภารกิจและเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่สามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง



ภาพที่ 3-4.5 ศูนย์เยียวยาสุขภาพจิตในระยะฟื้นฟู

ผลลัพธ์

งานวิจัยร่วมระหว่างกรมสุขภาพจิตกับศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา(CDC) ได้ประเมินปัญหาสุขภาพจิตของผู้ใหญ่ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากสึนามิ จังหวัดพังงา พบว่า 2 เดือนหลังเกิดสึนามิมีอัตราผู้ป่วยโรค post-traumatic stress disorder (PTSD) โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น หลังผ่านไป 9 เดือน อัตราของโรคเหล่านี้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ความชุกของ PTSD ในหมู่คนที่ต้องพลัดพรากจากที่อยู่อาศัยนั้น สูงกว่าผู้ที่ยังอาศัยอยู่ที่เดิมอย่างมีนัยสำคัญ แม้จะผ่านไป 9 เดือนแล้วก็ตาม

การบำบัดทางจิตใจเฉพาะ เช่น cognitive behavior therapy ได้จัดบริการอย่างสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รอดชีวิตทั้งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและ PTSD

จากประสบการณ์เหล่านี้ ได้มีการจัดทำ “แนวปฏิบัติระดับชาติ เรื่องการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต : กรณีภัยพิบัติจากธรรมชาติระดับ 4 รุนแรงสูงสุด ถึงระดับ 6 รุนแรงสูงมากที่สุด” นอกจากนี้ยังมีแนวปฏิบัติ สำหรับบุคลากรแต่ละระดับ เช่น ระดับจังหวัด ระดับหน่วยงาน ระดับเครือข่าย และคู่มือภาคสนามการปฐมพยาบาลด้านจิตใจ เพื่อเป็นความรู้ แลกเปลี่ยน และเตรียมความพร้อมต่อไป



ภาพที่ 3-4.6 การประชุมระดับโลกหลังภัยพิบัติสึนามิ

After the tsunami – Mental Health Challenge for the Community Today and Tomorrow

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. การจัดลำดับขั้นของการสั่งการที่ชัดเจนตั้งแต่ระดับการเมือง ข้าราชการ ลงไปจนถึงผู้ปฏิบัติ
2. มีระบบบริการสาธารณสุขและสุขภาพจิตพื้นฐานที่ดี สามารถยกระดับเพื่อตอบสนองความต้องการเมื่อเกิดภัยพิบัติได้อย่างรวดเร็ว
3. ระบบรวบรวมข้อมูลข่าวสารที่ครบถ้วน สามารถมาประมวลผลให้ผู้บริหารใช้เพื่อการตัดสินใจได้
4. ระบบบริการสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงทุกหมู่บ้านได้โดยทีมสุขภาพจิตเคลื่อนที่ร่วมกับเครือข่ายและ อสม.
5. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอื่น ๆ เช่น ครู พระ ฯลฯ ที่ให้การสนับสนุนทีมสุขภาพ

อุปสรรคหรือโอกาสพัฒนา

1. อคติต่อการรับบริการสุขภาพจิต
2. ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและศาสนาระหว่างผู้รอดชีวิตกับทีมสุขภาพจิตผู้ให้บริการ
3. ทั้งผู้ให้บริการและผู้ประสบภัยต่างก็ไม่เคยมีประสบการณ์กับพิบัติภัยเช่นนี้มาก่อน

ยุทธศาสตร์ในการเติมเต็มโอกาสพัฒนา

1. ควรให้การปฐมพยาบาลทางจิตใจแก่ผู้รอดชีวิตทุกรายทั้งที่มีอาการปกติดีไปจนถึงผู้ที่ปฏิกิริยาต่อการสูญเสียขั้นรุนแรง
2. ควรตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและศาสนาและให้ความเคารพสิทธิของแต่ละบุคคล
3. เตรียมความพร้อมของบุคลากรสุขภาพจิตให้เพียงพอในการปฏิบัติงานในสถานการณ์พิบัติภัย

บทเรียนรู้

บทเรียนรู้ที่ได้จากประสบการณ์การให้บริการสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตครั้งนี้ ได้แก่

1. ในกรณีเกิดภาวะวิกฤตควรมีผู้มีอำนาจสั่งการเพียงคนเดียว เพื่อความชัดเจนในการปฏิบัติ หลีกเลี่ยงความสับสนที่อาจเกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ
2. ควรระบุบุคคลที่เป็นผู้นำในการประสานงาน เพื่อให้จัดการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ที่ลงปฏิบัติงานในพื้นที่ และหลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน ป้องกันการซ้ำเติมผู้ประสบภัยด้วยการสัมภาษณ์ซ้ำๆ จากหลายหน่วยงาน
3. ปฏิบัติการสุขภาพจิตควรจัดให้เหมาะสมสอดคล้องกับระยะลำดับเวลาของภัยพิบัติ ในระยะฉุกเฉิน บุคลากรสาธารณสุขควรให้การช่วยเหลือระดับประคับประคองจิตใจและอยู่เป็นเพื่อน ยังไม่ควรทำการประเมินทางสุขภาพจิต หลังจากเกิดภัยพิบัติแล้วสองสัปดาห์จึงควรมีบริการเชิงรุกออกไปตรวจประเมินผู้ประสบภัย และในระยะฟื้นฟู ชุมชนควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนให้สร้างชุมชนที่มีสุขภาพดี
4. บุคลากรสาธารณสุขควรมีความละเอียดอ่อนและระมัดระวังต่อความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ประสบภัยในท้องถิ่น
5. หากพบความจำเป็นเร่งด่วนทางกายภาพนอกเหนือจากทางสุขภาพจิตควรได้รับการแจ้งประสานให้หน่วยงานที่รับผิดชอบทราบทันที
6. ผู้ให้บริการเองควรได้รับการประคับประคองทางจิตใจเช่นเดียวกันและทีมสุขภาพจิตเคลื่อนที่ควรได้รับการสับเปลี่ยนผู้ปฏิบัติทุกๆ สัปดาห์และไม่ควรทำงานเกินวันละ 12 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟ (burnout)
7. อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือระดับประคับประคองจิตใจแก่ชุมชนได้

การขยายงานสุขภาพจิตชุมชน

การดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนต่อเนื่อง ควรเน้นเรื่องต่อไปนี้ :

1. เสริมสร้างให้เกิดการบูรณาการงานบริการสุขภาพจิตชุมชนเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขอย่างจริงจัง
 - ก. แม้ว่าโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสาธารณสุขของประเทศจะเอื้อต่อการบูรณาการบริการสุขภาพจิต แต่การดำเนินงานและการให้ความสำคัญของงานสุขภาพจิตชุมชนยังขึ้นกับสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง ดังนั้นจึงควรสนับสนุน ส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับในพื้นที่ดำเนินการงานสุขภาพจิตชุมชนอย่างจริงจัง
 - ข. ควรมีการพัฒนาคุณภาพของบริการสุขภาพจิตทุกระดับบริการ เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนสามารถรับบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน แนวทางการพัฒนาสามารถดำเนินการตามมาตรฐานบริการสุขภาพจิตสำหรับสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับของกรมสุขภาพจิต
 - ค. ควรมีแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยการประสานงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชกับเครือข่ายชุมชนในพื้นที่ มีการพัฒนาระบบการดูแลส่งต่อเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ในพื้นที่เองควรมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบรายกรณี (case manager) เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
 - ง. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านสุขภาพจิตและจิตเวชควรสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละอำเภอควรมีพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชอย่างน้อย 1 คน รวมถึงบุคลากรอื่น ๆ เช่น แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่ควรได้รับการเพิ่มเติมความรู้ด้านสุขภาพจิต
 - จ. ยาจิตเวชที่จำเป็นควรมีให้จ่ายในระดับโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างน้อย เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรับการรักษาต่อเนื่อง ลดการกำเริบหรือกลับป่วยซ้ำของโรค
 - ฉ. เทคโนโลยีการดูแลสุขภาพจิตเฉพาะเรื่อง/โรค ควรได้รับการพัฒนาเพื่อนำไปใช้ตามความต้องการของชุมชน เช่น ปัญหาการดื่มสุรา โรคซึมเศร้าหรือการจัดการโรคจิตเภทในสถานการณ์ต่าง ๆ
 - ช. ยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพจิตควรมีการดำเนินการทั้งระบบสาธารณสุข โดยมีระบบนิเทศและติดตามในระดับกระทรวงและระดับชาติ

2. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนนอกระบบบริการสาธารณสุข
 - ก. เพื่อให้ได้ส่วนบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสม ควรเพิ่มบริการสุขภาพจิตชุมชนแบบไม่เป็นทางการ (Informal community care) ที่ยังมีจำกัดในประเทศ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล บริการบ้านกึ่งวิถี การบริการเยี่ยมบ้าน และการให้บริการฉุกเฉินในชุมชน
 - ข. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสุขภาพจิตชุมชนพร้อมทั้งการบูรณาการงานสุขภาพจิตชุมชนเข้าสู่กิจกรรมของชุมชน
 - ค. พัฒนาทุนทางสังคมเดิมและเพิ่มคุณค่าโดยงานสุขภาพจิตชุมชน
 - ง. ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้มั่นใจในผลลัพธ์และความยั่งยืนของงานสุขภาพจิตชุมชน
 - จ. สนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในงานสุขภาพจิตชุมชน
 - ฉ. ครอบครัวยุคใหม่เป็นแกนหลักในการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจของบุคคล ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพใจเริ่มต้นจากครอบครัวจะทำให้การดำเนินกิจกรรมสุขภาพใจครอบคลุมและเกิดประสิทธิผล
 - ช. กลุ่มผู้ป่วยและญาติควรร่วมมือกันเพื่อเรียกร้องสิทธิให้ผู้ป่วย สร้างความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนเพื่อให้ชุมชนร่วมรับผิดชอบและแสวงหาแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช
 - ซ. สนับสนุนทัศนคติเชิงบวกต่อการป่วยทางจิตและลดอคติและการรังเกียจผู้ป่วยโดยการรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักและความเข้าใจในประเด็นสุขภาพจิตและความเจ็บป่วยทางจิต
3. ขยายบทบาทจากงานบริการสุขภาพจิตชุมชนไปสู่การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้แก่ประชาชน
4. ขยายบริการสุขภาพจิตชุมชนไปยังกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น เด็กไร้ที่พึ่ง เด็กกำพร้า เด็กด้อยโอกาสและกลุ่มผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ สตรี ผู้อพยพ และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

ทิศทางในอนาคต

กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตระยะ 5 ปี ที่เป็นไปตามแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 ของกระทรวงสาธารณสุขที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554)

เป้าประสงค์หลัก : ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจในความสำคัญของสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต สามารถดูแลและจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตทั้งของตนเอง ครอบครัว และผู้อื่นในชุมชนได้ อันจะนำไปสู่การอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุขที่ยั่งยืน

ตัวชี้วัดการดำเนินการ (KPIs) ในช่วงแผนฯ 10 (พ.ศ. 2554)

1. ประชาชนไทยอย่างน้อยร้อยละ 70 มีสุขภาพจิตดี
2. ประชาชนไทยอย่างน้อยร้อยละ 70 สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม
3. อัตราการฆ่าตัวตายต่ำกว่า 6.5 ต่อแสนประชากร

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับงานสุขภาพจิตชุมชนโดยตรงมีดังต่อไปนี้ :

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : เสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพจิต เข้าถึงบริการสุขภาพจิตและให้โอกาสผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์ : ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิต และผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลสุขภาพจิต รวมทั้งได้รับการยอมรับในการดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม

ตัวชี้วัด : ในปี 2554 อย่างน้อยร้อยละ 70 ของประชาชน มีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิต

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : ส่งเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขในการดำเนินงานสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์ :

1. เครือข่ายบริการสาธารณสุขสามารถให้บริการสุขภาพจิตตามแนวมาตรฐาน
2. เครือข่ายนอกระบบบริการสาธารณสุขได้รับการพัฒนา/ประสานงานและบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับงานของตน

ตัวชี้วัด :

1. ในปี 2554 เครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีบริการสุขภาพจิตตามเกณฑ์มาตรฐานงานสุขภาพจิตและจิตเวช :
 - ก. อย่างน้อยร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
 - ข. อย่างน้อยร้อยละ 30 ของโรงพยาบาลชุมชน
 - ค. อย่างน้อยร้อยละ 10 ของ PCU และสถานีอนามัย
2. ในปี 2554 เครือข่ายนอกระบบบริการสาธารณสุขอย่างน้อยร้อยละ 30 ได้รับการพัฒนาประสานงาน บูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับงานของตน

ตัวชี้วัดด้านสุขภาพจิตส่วนหนึ่งได้ถูกรวมอยู่ในตัวชี้วัดการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนประเด็นทางยุทธศาสตร์อื่น ๆ แม้จะไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานสุขภาพจิตชุมชน แต่มีผลต่อการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชน รวมทั้งยุทธศาสตร์การจัดการความรู้และวิจัยด้านสุขภาพจิตชุมชน และการออกพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติมีเป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและแผนงานที่ชัดเจนน่าจะทำให้งานสุขภาพจิตชุมชนสามารถขยายการดำเนินการทั้งประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

งานบริการสุขภาพจิตของไทยมีประวัติศาสตร์อันยาวนานกว่าหนึ่งศตวรรษนั้น ได้พัฒนาอย่างมีทิศทางที่ชัดเจนและขยายครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุและประชากรกลุ่มเฉพาะ งานสุขภาพจิตชุมชนอยู่บนหลักการพื้นฐานที่ว่า งานสุขภาพจิตชุมชนดำเนินการโดยชุมชน ในชุมชน และสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน นอกจากนี้งานสุขภาพจิตชุมชนไม่เพียงแต่ครอบคลุมการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชเท่านั้นแต่ยังมุ่งเน้นการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอีกด้วย

ด้านการบริการ มีโรงพยาบาลจิตเวชที่ให้บริการเฉพาะทางตั้งอยู่ทุกภาค สามารถให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชโดยผู้เชี่ยวชาญ มีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง และยังทำหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในพื้นที่ที่ให้บริการโดยโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป และให้การฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังมีศูนย์สุขภาพจิตเขตอีก 15 ศูนย์ ที่ทำหน้าที่ประสานงาน ส่งเสริมและสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนให้เกิดการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าสู่ชุมชน

บริการสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทยได้มีการบูรณาการสู่ระบบบริการสาธารณสุขโดยอาศัยโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการวางรากฐานสอดคล้องกับการแบ่งพื้นที่ฝ่ายปกครองตั้งแต่ระดับชุมชน หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และภูมิภาค ในส่วนของระบบบริการสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนร่วมกันทั้งจากทีมสุขภาพจิตจากกรมสุขภาพจิต จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน บุคลากรสาธารณสุขใน PCU หรือสถานเอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน บริการสุขภาพจิตชุมชนที่ได้บูรณาการเข้าสู่ระบบดูแลสุขภาพทั่วไปในทุกมิติ ทั้งการส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟู นอกจากนี้ ชุมชนก็สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตชุมชนในชุมชนของตนเองด้วย

เนื่องจากงานสุขภาพจิตชุมชน จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันจากบุคลากรหลายภาคส่วนในลักษณะเครือข่าย การเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรจึงเป็นเรื่องสำคัญมาก เพื่อเป็นหลักประกันของประสิทธิผลและความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรสุขภาพจิตมีความสามารถในการให้บริการที่มีคุณภาพและต่อเนื่องภายใต้ความร่วมมือกับโรงพยาบาล หน่วยงานของรัฐหรือเอกชน และชุมชนท้องถิ่น

อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทสำคัญมากในงานสุขภาพจิตชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครนั้นมีครอบคลุมทุกพื้นที่ในชุมชน (หนึ่งคนต่อทุกๆ 8-15 หลังคาเรือน) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมแล้วนั้นสามารถดูแลสุขภาพจิตในชุมชนและส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจิตชุมชน

การขาดแคลนจิตแพทย์และแหล่งงบประมาณสุขภาพจิตเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนา งานสุขภาพจิตชุมชน ดังนั้นการอบรมบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิต และจิตเวชจึงเป็นขั้นตอนสำคัญ ในการสร้างทรัพยากรบุคคลในระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน) ถึงแม้ว่างบประมาณสุขภาพจิตจากกรมสุขภาพจิตได้รับจัดสรรนั้นจะค่อนข้างน้อย แต่งบประมาณ จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นสามารถสนับสนุนการให้บริการสุขภาพจิตจากสถานบริการ สาธารณสุขทุกระดับที่ได้รับการดูแลตามระบบการส่งตัว งานสุขภาพจิตชุมชนจึงเน้นทั้งการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ และการประเมินตรวจวินิจฉัยและให้การ รักษาตั้งแต่ระยะแรกในโรคจิตเวชที่พบบ่อย เพื่อลดปัญหาแทรกซ้อนในระยะยาว รวมทั้งการส่งเสริม สุขภาพจิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิต

สำหรับการดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในระบบการศึกษานั้น กรมสุขภาพจิตและกระทรวง ศึกษาธิการได้ร่วมมือกันพัฒนางานสุขภาพจิตโรงเรียนขึ้น เพื่อเสริมสร้างความสามารถให้แก่ครู ในการให้การช่วยเหลือนักเรียนและพัฒนาระบบดูแลสุขภาพจิตของนักเรียน นอกจากนี้ยังสามารถ บูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเข้าไปในหลักสูตรตามระบบการศึกษา เพื่อให้เด็กและ วัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี

ในสถานการณ์วิกฤตจากภัยพิบัติ เช่น ภัยพิบัติสึนามินั้น หน่วยงานสุขภาพจิตได้รับการ พัฒนาและร่วมทำงานกับหน่วยงานอื่นซึ่งสำคัญมากในการบริหารจัดการภาพรวมในภาวะวิกฤต การดูแลสุขภาพจิตในพื้นที่นั้น ควรจะปรับให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รอดชีวิต การเตรียม ความพร้อม และวางแผนรับมือที่ดีก่อนเกิดเหตุโดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวปฏิบัติการช่วยเหลือด้าน สุขภาพจิตในภาวะวิกฤตสำหรับบุคลากรทุกระดับ เพื่อเตรียมความพร้อม ทำให้สามารถลดผล กระทบจากภัยพิบัติต่อบุคคล ต่อครอบครัวต่อชุมชนและประเทศได้

งานสุขภาพจิตชุมชนได้มีการดำเนินการและกำกับโดยแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตระยะ 5 ปี โดยมีเป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและแผนงานที่ชัดเจน สามารถผลักดันให้เกิดการขยาย การดำเนินงานทั้งประเทศได้ นอกจากนี้ตัวชี้วัดด้านสุขภาพจิต เช่น อัตราการฆ่าตัวตายก็ยังคงบรรลุ อยู่ในตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขทำให้เกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการมากขึ้น

ระบบงานสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทยนั้น โดยรวมแล้วสอดคล้องกับระบบบริการ สุขภาพจิตที่องค์การอนามัยโลกเสนอแนะไว้แต่ได้ปรับให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพจิตชุมชนในปัจจุบันจึงควรเน้นที่ประโยชน์ต่อไปนี้ :

1. เพื่อให้ได้ส่วนบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสม ควรเพิ่มบริการสุขภาพจิตชุมชนแบบไม่เป็นทางการ (Informal community care) ที่ยังมีจำกัดในประเทศ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล บริการบ้านกึ่งวิถี การบริการเยี่ยมบ้านและการให้บริการ ชุกเฉินในชุมชน

2. แม้ว่าโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขสนับสนุนการบูรณาการบริการสุขภาพจิต แต่ความครอบคลุมและประสิทธิภาพยังถูกค่อนข้างจำกัด ดังนั้นควรเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ควรมีการติดตามตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์สุขภาพจิตอย่างจริงจัง
3. ควรมีการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพจิตในทุกระดับของบริการก็เพื่อให้แน่ใจว่า บริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพสามารถเข้าถึงได้จากสถานบริการใกล้บ้าน
4. โรงพยาบาล/สถาบันจิตเวชมีภาระงานสูงจากการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช สาเหตุสำคัญมาจากการขาดยาจิตเวชในสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต้องอาศัยความร่วมมือส่งต่อการรักษาระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชและสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและสามารถส่งจ่ายยาจิตเวชที่จำเป็นได้อย่างน้อยที่ระดับโรงพยาบาลชุมชน
5. เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายชุมชนนอกระบบสาธารณสุขให้ร่วมทำงานสุขภาพจิตชุมชน และลดอคติและการรังเกียจต่อผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

ในระยะยาวนั้นสุขภาพจิตชุมชนควรดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งสามารถให้การสนับสนุนบริการสุขภาพจิตชุมชนที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน เพื่อให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในชุมชน

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2550). *แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)*. นนทบุรี : กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติปี 2546. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12, 177-88.
- วชิระ เพ็งจันทร์ และเบญจพร ปัญญาข. (บรรณาธิการ) (2549.) *แนวปฏิบัติระดับชาติ เรื่องการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต : กรณีภัยพิบัติจากธรรมชาติระดับ 4 รุนแรงสูงสุด ถึงระดับ 6 รุนแรงสูงมากที่สุด*. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมควร หาญพัฒนชัยกูร, วิภากร สร้อยสุวรรณ, อุไรวรรณ ยิ้มละม้าย, อลิสา อุดมวีระเกษ และ กัญชวลี ศิริวิสูตร.(บรรณาธิการ) (2547) *โครงการสุขภาพใจภาคประชาชน*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมชาย จักรพันธ์ (บรรณาธิการ) *สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2547-2548*. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ) (2548) *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ) (2550) *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2548-2550*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- Boonyawongvirot, P. (Ed.) (2003). *Mental Health in Thailand 2002-2003*. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health.
- Chakrabhand, S., Panyayong, B., Sirivech, P. (2006). Mental health and psychosocial support after the tsunami in Thailand. *International Review of Psychiatry*, 18(6), 593-597.
- Griensven, FV., et al. (2006). Mental Health Problems Among Adults in Tsunami-Affected Areas in Southern Thailand. *JAMA*, 296 (5), 537-548.
- International data base, US Census Bureau Population. (2007). *Pyramid Summary for Thailand*. Washington, DC: U.S. Census Bureau, Population Division. Available from: URL: <http://www.census.gov/cgi-bin/ipc/idbpyps.pl?cty=TH &out=s&ymin=250&submit=Submit+Query>. (last accessed 11/02/2008)
- Panyayong, B. & Pengjuntr, W. (2006). Mental health and psychosocial aspects of disaster preparedness in Thailand. *International Review of Psychiatry*, 18(6), 607-614.
- World Bank. (2007). World Development Indicators2006. Washington, DC: World Bank
- World Health Organization (2001). *World Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope*. Geneva. World Health Organization.

- World Health Organization (2003). *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2005). *Mental Health and Psychosocial Relief Efforts after the Tsunami in South-East Asia*. World Health Organization, Regional office for South-East Asia
- World Health Organization (2005). *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2006). *World Health Report 2006*. Working together for health. Geneva. World Health Organization.
- World Health Organization (2007). *WHO-AIMS report on mental health system in Thailand*. Nonthaburi: WHO Country office of Thailand.