



## บทความพิเศษวิชาการ บูรณาการสุขภาพจิต : ทิศทางใหม่ ในงานสุขภาพ

บัณฑิต ศรีไพศาล, พ.บ.\*

### บทคัดย่อ

ปัจจุบันวิธีการมองปัญหาสุขภาพเปลี่ยนไป เนื่องด้วยการเกิดวิธีการวัดภาระโรคใหม่ด้วยหน่วย DALY (Disability Adjusted Life Year) ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตได้รับการให้ความสำคัญมากขึ้น พร้อมกันนี้ ในปี ค.ศ. 2001 องค์การอนามัยโลกได้เสนอวิธีดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตใหม่ ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดวิธีการทางสาธารณสุขศาสตร์ (Public Health Approach) ซึ่งเป็นแนวทางที่เน้นการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตระดับชาติ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษารวบรวมกรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพจิตทั้งแนวคิดตะวันตกและตะวันออก ทำการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคามของการดำเนินงานสุขภาพจิตในประเทศไทย และทำการสังเคราะห์และเสนอแนวคิดบูรณาการสุขภาพจิต และ ยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพจิต 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1)ยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพจิตบนฐานวิชาการสาธารณสุขศาสตร์ 2)ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพจิตที่ดีของประชาชน และ 3)ยุทธศาสตร์การสร้างกลไกการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตระดับชาติที่ยั่งยืน พร้อมกันนี้ได้เสนอกรอบประเด็นการวิจัยเพื่อสนับสนุนยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพจิตของประเทศไทยอีกด้วย

**คำสำคัญ :** บูรณาการสุขภาพจิต งานสุขภาพจิต

\* สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต



## Integrated Mental Health: New Direction in Health Work

*Bundit Sornpaisarn, M.D.\**

### Abstract

Health priorities have been changed in last decade because of a new method of disease burden study, which is the methodology of DALY (Disability Adjusted Life Year), so that mental health problems are becoming more importance. In the World Health Report 2001, World Health Organization proposed the world new strategies based on public health approach to cope with mental health problems. The researcher reviewed related literatures regarding conceptual frameworks of both western and eastern thinking schools. SWOT analysis on mental health work in Thailand was done also. The integrated mental health concept was proposed and three strategies for the national mental health agenda were recommended. The first strategy recommended was a mental health service promotion strategy, based on public health approach. The second was a good mental health lifestyle promotion strategy. And the third was building a sustainable mechanism to continue drive of the national mental health work. And also this paper suggested three major research agendas to support all strategies recommended.

**Key words :** integrated mental health, mental health work

\* Bureau of Mental Health Development, Department of Mental Health

## บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตได้รับความสำคัญอย่างมากในระดับโลก<sup>1</sup>และเริ่มมากขึ้นในประเทศไทย<sup>2</sup> เมื่อวิธมองปัญหาสุขภาพเปลี่ยนไปจากการให้ความสำคัญกับโรคที่ทำให้เกิดการตายมาก ไปสู่การให้ความสำคัญกับโรคที่ทำให้เกิดการตายก่อนวัยอันควรหรือทำให้เกิดความพิการเรื้อรังยาวนานซึ่งเป็นการสร้างภาระโรคมากตามหน่วยวัดภาระโรคใหม่ ที่เรียกว่า DALY (Disability Adjusted Life Year) ซึ่งคำนวณขนาดของภาระโรค (Burden of Disease) จาก จำนวนปีที่สูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร บวกกับจำนวนปีที่สูญเสียจากความพิการที่เกิดจากโรคนั้นๆ เมื่อวิธมองปัญหาเปลี่ยนไป วิธคิดแก้ปัญหาที่ต้องเปลี่ยนแปลงด้วยองค์การอนามัยโลก ได้รายงานประจำปี ค.ศ. 2001 ว่าด้วยเรื่อง Mental Health: New Understanding, New Hope<sup>3</sup> ย้ำว่าปัญหาสุขภาพจิตก่อให้เกิดภาระโรคที่สูงมาก และได้เสนอแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาใหม่โดยระบุว่า เป็นแนวคิดบนฐานวิชาการสาธารณสุขศาสตร์ (Public Health Approach)

จึงเกิดเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่า วิธคิดแก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับสากลเป็นอย่างไร และวิธคิดแก้ปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทยในอดีตและปัจจุบันเป็นอย่างไร และควรจะเป็นอย่างไรในอนาคต บทความที่พิมพ์วิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารอบแนวคิดเรื่องสุขภาพจิตทั้งแนวคิดตะวันตกและตะวันออก อีกทั้งทำการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภัยคุกคามของการดำเนินงานสุขภาพจิตในประเทศไทย เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตของประเทศไทย และข้อเสนอกรอบประเด็นการวิจัยเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตของประเทศไทย

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเอกสาร ทั้งงานวิจัย บทความ หนังสือ และรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตของประเทศไทยย้อนหลังเท่าที่มีใน

ประเทศไทย และของต่างประเทศย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2535-2545) ที่มีการศึกษาตามวัตถุประสงค์ได้ประเด็นสำคัญ ดังนี้

## ผล

จากการศึกษารอบแนวคิดเรื่องสุขภาพจิต ทั้งแนวคิดตะวันตกและตะวันออก และการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภัยคุกคามของการดำเนินงานสุขภาพจิตในประเทศไทย สามารถสังเคราะห์ประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ได้ดังนี้

1. การจัด “การบริการสุขภาพจิต” ให้เกิดประสิทธิผล ต้องมีขอบเขตกว้างขวางกว่า “การบริการรักษาจิตเวช”

วิวัฒนาการของงานสุขภาพจิตก้าวตามหลังวิวัฒนาการของงานสาธารณสุข ในสมัยโบราณการเจ็บป่วยทางสุขภาพถูกดูแลกันเองโดยชาวบ้านตามความรู้ที่มียังไม่มีการตั้งขึ้นเป็นวิชาชีพแพทย์ ต่อมาในราว ค.ศ. 500 เกิดการตั้งขึ้นเป็นศาสตร์และวิชาชีพแพทย์ มีผู้รู้ มีการรักษา เน้นที่การรักษาการเจ็บป่วย และต่อมาเน้นการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งถือเป็นจุดกำเนิดของศาสตร์ด้านการสาธารณสุข ในราวปี ค.ศ. 1300<sup>3</sup> จิตเวชศาสตร์เป็นสาขาหนึ่งของการแพทย์ มีวิวัฒนาการตามหลังวิวัฒนาการของการแพทย์เช่นเดียวกัน คือ เริ่มต้นจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตถูกล่ามโซ่ กักขัง ให้ข้าวให้น้ำ ถูกดูแลตามยถากรรม ต่อมาก็ได้มีวิชาการแพทย์สาขาจิตเวชศาสตร์ (Psychiatry) เกิดขึ้นในราว ค.ศ. 1800 มีการตั้งขึ้นเป็นวิชาชีพ มีผู้รู้ มีการรักษาเน้นการรักษาการเจ็บป่วยทางจิต และในที่สุดก็หันมาเน้นการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยเช่นเดียวกับการแพทย์สาขาหลัก โดยการประยุกต์วิชาการสาธารณสุขเข้ากับงานจิตเวช เป็นงานสุขภาพจิต (Mental Health)<sup>4</sup> ซึ่งเริ่มต้นในราว ค.ศ. 1950 ส่งผลใหญ่ให้เกิดการเปลี่ยนวิธการมองสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตแบบแยกส่วน จากการมองว่ามีสาเหตุจากทางกายคือสมองเพียง

อย่างเฉียว หรือสาเหตุจากทางจิตคือปัญหาการเลี้ยงดูในวัยเด็กเพียงอย่างเดียว เป็นการบูรณาการของหลายสาเหตุจากทั้งปัจจัยทางกาย ทางจิตและทางสังคม การเปลี่ยนจตุรกรศึกษาจากการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การรักษาในชุมชน และการเปลี่ยนจากการเน้นเพียงการรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิตมาเป็นการป้องกัน ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต

การดำเนินงานสุขภาพจิตในประเทศไทยมีวิวัฒนาการตามหลังจิตเวชศาสตร์ของการแพทย์ตะวันตก<sup>6</sup> โดยเริ่มจากการรักษาในโรงพยาบาลโรคจิต เมื่อ พ.ศ. 2432<sup>6</sup> ต่อมาขยายจำนวนโรงพยาบาลจิตเวชให้ครอบคลุมทั่วประเทศแล้ววิวัฒนาการมาสู่การบริการจิตเวชในชุมชนในช่วง พ.ศ. 2520 ในโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543<sup>7</sup> และในที่สุดพัฒนาต่อมาเป็นงานบริการสุขภาพจิตเน้นวิชาการส่งเสริมป้องกัน เมื่อมีการจัดตั้งสถาบันสุขภาพจิตขึ้นในปี พ.ศ. 2535<sup>8</sup> ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2537

การดำเนินงานสุขภาพจิตบนแนวคิดสาธารณสุขศาสตร์<sup>9-13</sup> มีหลักการที่น่าสนใจหลายประการ ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกัน ประกอบด้วยกรอบแนวคิดการป้องกันตามการดำเนินโรค ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป้าหมายเพื่อการลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคในชุมชน ด้วยการระบุงroupเสี่ยงและการให้การช่วยเหลือเบื้องต้น การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป้าหมายเพื่อการลดความชุกของโรค โดยการลดระยะของการเป็นโรค ด้วยการวินิจฉัยและรักษาแต่แรกเริ่ม การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป้าหมายเพื่อการลดความรุนแรงและความพิการของโรค ด้วยการรักษาให้ได้ผลดี ด้านกรอบแนวคิดการป้องกันตามกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การป้องกันแบบทั่วไป (Universal Prevention) ดำเนินการกับทุกๆ คน การป้องกันกับกลุ่มเสี่ยงทั่วไป (Selective Prevention) ดำเนินการกับกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด

ปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มบุคคลทั่วไป เช่น หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ เป็นต้น, การป้องกันกลุ่มเสี่ยงวิกฤต (Indicated Prevention) ดำเนินการกับกลุ่มที่เผชิญกับสถานการณ์วิกฤตชัดเจน เช่น เด็กที่ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง กลุ่มที่ประสบอุทกภัยที่เริ่มมีอาการซึมเศร้า เป็นต้น การป้องกันระดับปฐมภูมินั้นเป็นการดำเนินการป้องกันกับกลุ่มเสี่ยงทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงวิกฤต ขณะที่การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ดำเนินการกับกลุ่มทั่วไป ในส่วนของโปรแกรมการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ จะมีลักษณะเป็นการให้สุขศึกษา มากกว่าการดำเนินการทางคลินิก การดำเนินการปฐมภูมิเชิงรุก (Proactive Primary Prevention) หมายถึง การดำเนินการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่มากระตุ้น ส่วนการดำเนินการปฐมภูมิเชิงรับ (Reactive Primary Prevention) หมายถึง การดำเนินการกับบุคคลให้เกิดความสามารถในการแก้ปัญหากรณีที่ไม่อาจเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และการดำเนินการป้องกันระดับมหภาค (Macro-level Strategies) หมายถึง การดำเนินการระดับสังคม ส่วนการดำเนินการป้องกันระดับจุลภาค (Micro-level Strategies) หมายถึง การดำเนินการระดับชุมชน ครอบครัวและบุคคล

แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ มีดังนี้ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์ที่มองสุขภาพแบบองค์รวม การพัฒนาให้มีสุขภาพดีโดยภาพรวม ย่อมส่งผลให้สุขภาพจิตดีด้วย กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอตตาวา 5 ประการ<sup>14</sup> ได้แก่ 1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) ปรับเปลี่ยนบทบาทระบบบริการสาธารณสุขให้เพิ่มการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จึงเป็นกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพจิตไปโดยปริยาย

ในขณะที่หลักการของการรักษาทางจิตเวชบนฐานวิชาการสาธารณสุข<sup>1</sup> มี 6 ประการ คือ 1) การ

วินิจฉัยและการดูแลรักษา 2)ความต่อเนื่องของการรักษา3)การบริการที่หลากหลาย4)การร่วมมือกับผู้ป่วยและญาติ 5)การมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น 6)การผสมผสานงานสุขภาพจิตและจิตเวชในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยส่วนประกอบของการดูแลรักษาทางจิตเวช' มี 3 ประการ ได้แก่ 1)การรักษาด้วยยา 2)จิตบำบัด และ 3)การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม จะเห็นได้ว่า มีความจำเป็นที่จะต้องขยายแนวคิดการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต จาก "การบริการรักษาจิตเวช" ไปสู่ "การบริการสุขภาพจิต" หรือ การดำเนินงานสุขภาพจิตบนแนวคิดสาธารณสุขศาสตร์ เป็นการบูรณาการขอบเขตการดำเนินงานทั้งการป้องกันและการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเข้าด้วยกัน

2. "สุขภาพจิตของประชาชน" มีขอบเขตกว้างกว่า "การบริการสุขภาพจิต"

สุขภาพจิต หรือ ความสุขของประชาชน ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงความสุขทางใจของปัจเจกบุคคล หรือ การรอรับการบริการสุขภาพจิตเท่านั้น แต่ภาพรวมเกี่ยวกับความสุขของชาวบ้าน<sup>15</sup> แบ่งออกได้เป็น 8 หมวด ดังนี้ 1)หมวดหลักประกันในชีวิต (ได้แก่ การมีบ้าน มีที่ดินทำกิน ฯลฯ) 2)หมวดร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็ง (ได้แก่ สุขภาพดี ไม่มีเรื่องกลุ้มใจ ฯลฯ) 3)หมวดครอบครัวอบอุ่น (ได้แก่ ครอบครัวอยู่พร้อมหน้าไม่ทะเลาะเบาะแว้ง ผัวเดียวเมียเดียว ฯลฯ) 4)หมวดชุมชนเข้มแข็ง (ได้แก่ ชุมชนช่วยเหลือกันและกัน ผู้นำเป็นตัวอย่างที่ดี ฯลฯ) 5)หมวดสิ่งแวดล้อมดี (ได้แก่ ดินน้ำ ป่าอุดมอากาศไม่เป็นพิษ ฯลฯ) 6)หมวดอิสรภาพ (ได้แก่ ไม่มีหนี้ ไม่ถูกรอปรังำทางความคิด ฯลฯ) 7)หมวดความภาคภูมิใจ (ได้แก่ ทำงานประสบความสำเร็จ ได้ทำตัวเป็นตัวอย่างแก่ผู้อื่น ฯลฯ) และ 8)หมวดธรรมะว่าด้วยการอยู่ร่วมกัน (ได้แก่ การทำบุญทำทาน ได้เข้าวัดฟังธรรม ฯลฯ) และ จากการศึกษาเรื่อง สุขภาพจิต ของแนวคิดตะวันออก ไม่ว่าจะเป็นอายุรเวท(ของอินเดีย)<sup>16</sup> การแพทย์แผนจีน<sup>17</sup> การแพทย์แผนไทย<sup>18</sup> สุขภาพแบบ

องค์รวม<sup>19-21</sup> และศาสนาพุทธ<sup>22-24</sup> พบว่า มีแนวคิดที่คล้ายกันในปรัชญา "องค์รวม หรือ บูรณาการ" ซึ่งหมายถึง การคิดแบบเชื่อมโยงเห็นความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ ไม่ได้คิดแบบแยกส่วนเห็นองค์ประกอบต่างๆ ไม่สัมพันธ์กัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมองเห็นการบูรณาการเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพจิตกับสุขภาพกาย และ การบูรณาการเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพะของปัจเจกบุคคลกับปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอกบุคคล ดังนั้นการดำเนินการส่งเสริมให้ประชาชนเกิดสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข จะต้องไม่จำกัดการดำเนินการเพียงแค่การบริการสุขภาพจิต หากแต่ต้องส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพจิตที่ดีของตนเองด้วย ซึ่งสามารถดำเนินการได้ตามหลักการของกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรออกดดาวา 5 ประการที่กล่าวไปแล้ว

3. การดำเนินงานสุขภาพจิตระดับชาติ ต้องดำเนินการมากกว่า การตั้งกรรมการเฉพาะกิจชั่วคราว

จากการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของการดำเนินงานสุขภาพจิตในประเทศไทยพบว่า ขาดความต่อเนื่องขององค์กรที่ดำเนินงานสุขภาพจิตระดับชาติ และขาดเงินทุนในการดำเนินงานในภาพรวม โดยสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น คือ คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ซึ่งตั้งขึ้นในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 -2529) และ เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต ถูกตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2537<sup>25</sup> ทั้งสององค์กรนี้มีบทบาทที่สำคัญในการผลักดันงานสุขภาพจิตระดับชาติ แต่ก็ได้ดำเนินการอยู่ในระยะสั้น แล้วล้มเลิกไปตามนโยบายที่เปลี่ยนไป รวมถึงการขาดเงินทุนที่เพียงพอและควมมีอิสระ จึงทำให้เข้าสู่วัฏจักรของการทำตามนโยบายระยะสั้นและการทำงานแบบแยกส่วน ไม่สามารถบูรณาการการดำเนินงานเพื่อวางรากฐานระยะยาวเข้ากับการดำเนินงานเพื่อผลระยะสั้นได้ อีกทั้งไม่สามารถบูรณาการเครือข่ายภาคีต่างๆ ที่ดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหา

สุขภาพจิตให้เกิดการเสริมพลัง (Synergy) ซึ่งกันและกันได้ ดังนั้นหากต้องการจะให้การดำเนินงานสุขภาพจิตระดับชาติเกิดเป็นผลขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จะต้องสร้างกลไกการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตระดับชาติที่ยั่งยืน

จากสาระทั้งสามประการข้างต้น การบูรณาการสุขภาพจิตในบทความพื้นฟูวิชาการฉบับนี้จึงถูกนำเสนอเพื่อเป็นแนวคิดใหม่สำหรับการดำเนินงานสุขภาพจิต โดยอาศัยอยู่บนปรัชญาของการมองเห็นความหลากหลายที่บูรณาการเชื่อมโยงเป็นองค์รวม มุ่งแก้ปัญหาแนวคิดของการดำเนินงานสุขภาพจิตในอดีตที่เกิดจากการมองแบบแยกส่วนไม่เป็นองค์รวม อันได้แก่ การมองปัญหาสุขภาพจิตแยกออกจากสุขภาพทางกาย ทางสังคม และทางปัญญา (จิตวิญญาณ), การมองการป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องของผู้ให้บริการสุขภาพจิต ไม่ใช่เรื่องของความรับผิดชอบในการดำเนินชีวิตของประชาชนเอง ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน, หรือการมองว่าการป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเป็นพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่เรื่องของเครือข่ายภาคีต่างๆ ที่ต้องเข้ามาทำงานร่วมกัน

บูรณาการสุขภาพจิตที่จะเกิดสัมฤทธิ์ผล ต้องมีความหมายครอบคลุมการบูรณาการในหลายมิติ ได้แก่

- การบูรณาการสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพทางปัญญา (จิตวิญญาณ)
- การบูรณาการการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต และการรักษาฟื้นฟูผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต
- การบูรณาการศาสตร์ตะวันตกและตะวันออก
- การบูรณาการความรู้สากลกับความรู้ที่เหมาะสมกับสังคมวัฒนธรรมไทย
- การบูรณาการการดำเนินกลยุทธ์ระดับมหภาค (สังคม) และระดับจุลภาค (บุคคล ครอบครัว

และชุมชน)

- การบูรณาการการดำเนินงานเพื่อผลระยะสั้น ควบคู่กับการสร้างฐานระยะยาว
- การบูรณาการการดำเนินงาน และการสร้างความรู้สนับสนุนการดำเนินงาน
- การบูรณาการการทำงานร่วมกันของเครือข่ายภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพจิต

การดำเนินงานสุขภาพจิตบนฐานแนวคิดบูรณาการสุขภาพจิตในลักษณะเช่นนี้ จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตระดับชาติได้ในอนาคต

### ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้การดำเนินงานสุขภาพจิตของประเทศไทยเกิดสัมฤทธิ์ผลสอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์บนฐานแนวคิดบูรณาการสุขภาพจิต ที่ได้วิเคราะห์ไว้ ผู้วิจัยได้เสนอยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพจิตที่สำคัญ 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1. ยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพจิตบนฐานวิชาการสาธารณสุขศาสตร์ มุ่งจัดบริการสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ โดยการประยุกต์ใช้วิธีการทางสาธารณสุขศาสตร์ ยุทธศาสตร์นี้ ประกอบด้วย 12 กลยุทธ์ ดังนี้ 1.1) พัฒนานโยบายสุขภาพจิต และกฎหมายสุขภาพจิต 1.2) สื่อสารสาธารณะในประเด็นที่เอื้อต่อการดำเนินงานจิตเวช 1.3) ลดขนาดของโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ 1.4) เพิ่มคุณภาพบริการ และสนับสนุนให้มีการประกันคุณภาพของงานบริการจิตเวช 1.5) ผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบสาธารณสุขทั่วไปและบริการสาธารณสุขมูลฐาน 1.6) จัดให้มียาทางจิตเวชในระบบบริการสาธารณสุขอย่างเพียงพอ 1.7) ปรับเปลี่ยนบทบาทของระบบบริการสาธารณสุข ให้หันมา มีบทบาทด้านส่งเสริมป้องกันมากขึ้น 1.8) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย 1.9) จัดให้มีบริการสุขภาพจิตใน

ชุมชน 1.10) จัดโปรแกรมป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต (Primary Prevention) ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ 1.11) ดำเนินงานร่วมกับภาคีต่างๆ 1.12) ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและศาสนา

2. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพจิตที่ดีของประชาชน มุ่งเน้นการปลดปล่อยศักยภาพที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีของประชาชน ยุทธศาสตร์นี้ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ ดังนี้ 2.1) สนับสนุนนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมสุขภาพจิต 2.2) สนับสนุนการรณรงค์เสริมสร้างค่านิยมวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพจิต 2.3) สนับสนุนกิจกรรมที่ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน 2.4) สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะทางจิตส่วนบุคคลและครอบครัว

3. ยุทธศาสตร์การสร้างกลไกการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตระดับชาติที่ยั่งยืน ซึ่งมุ่งแก้จุดอ่อน เรื่อง การขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงานสุขภาพจิต ยุทธศาสตร์นี้ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อยที่ร้อยรัดเป็นองค์รวมดังนี้ 3.1) สร้างจุดประสานหรือองค์กรประสานงานสุขภาพจิตระดับชาติ 3.2) จัดให้มีกองทุนหรือเงินทุนสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต 3.3) สร้างให้เกิดเครือข่ายสุขภาพจิต 3.4) พัฒนาองค์ความรู้และการวิจัยอย่างต่อเนื่อง 3.5) พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพจิต

การดำเนินงานที่จะเกิดผลสัมฤทธิ์สูงต้องเป็นการดำเนินงานบนฐานความรู้ ผู้วิจัยจึงเสนอกรอบประเด็นการวิจัยเพื่อสนับสนุนยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพจิต ทั้ง 3 ยุทธศาสตร์ โดยเสนอเป็นชุดประเด็นการวิจัย 3 ด้าน ดังนี้

1. การศึกษาวิจัยเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานสุขภาพจิตบนฐานวิชาการ สาธารณสุขศาสตร์ สนับสนุนยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพจิตบนฐานวิชาการ สาธารณสุขศาสตร์ โดยมีประเด็นย่อย ดังนี้ 1.1) การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดทางสุขภาพจิต ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม 1.2) การศึกษาวิจัยด้านระบาดวิทยาเพื่อให้ทราบถึง

ขนาดความชุก / อุบัติการณ์ และขนาดของผลกระทบของปัญหาสุขภาพจิต 1.3) การศึกษาวิจัยเพื่อให้ทราบถึงสาเหตุและกลไกการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชในสังคมไทย 1.4) การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตที่เหมาะสมกับคนไทย 1.5) การศึกษาวิจัยเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในกลุ่มต่างๆ ที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต หรือเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต 1.6) การศึกษาวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต 1.7) การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานสุขภาพจิต

2. การศึกษาวิจัยเพื่อให้ทราบถึงองค์ความรู้พื้นฐานเรื่องสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนไทย สนับสนุนยุทธศาสตร์ส่งเสริมการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพจิตที่ดีของประชาชน โดยมีประเด็นย่อยดังนี้ 2.1) การศึกษาวิจัยเพื่อให้ทราบถึงความเชื่อมโยงสุขภาพจิต กับ สุขภาวะ หรือ สุขภาพมิติต่างๆ 2.2) การศึกษาวิจัยเพื่อให้ทราบถึงความเชื่อมโยงความสอดคล้อง และความแตกต่าง ระหว่าง สุขภาพจิต แนวตะวันตก กับ สุขภาพจิตแนวตะวันออก 2.3) การศึกษาวิจัยเพื่อให้ทราบถึงค่านิยม และวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพจิตและการพัฒนาสุขภาพจิต 2.4) การศึกษาวิจัยเพื่อให้ทราบถึงผลกระทบด้านสุขภาพจิต จากนโยบายการพัฒนาประเทศ 2.5) การศึกษาวิจัยเพื่อให้ทราบถึงผลกระทบของวัฒนธรรมโลกต่อสุขภาพจิตและการพัฒนาสุขภาพจิตคนไทย 2.6) การศึกษาวิจัยเพื่อให้ทราบวิธีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและกลไกการเรียนรู้ของคนไทยทุกกลุ่มเป้าหมาย

3. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลการสร้างกลไกขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตระดับชาติที่ยั่งยืน สนับสนุนยุทธศาสตร์การสร้างกลไกการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตระดับชาติที่ยั่งยืน โดยมีประเด็นย่อย ดังนี้ 3.1) การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลการดำเนินงานของกลไกขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตระดับชาติที่ยั่งยืน 3.2) การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพจิต

## สรุป

งานสุขภาพจิตเป็นงานที่ต้องใช้วิสัยทัศน์ และคิดออกแบบการดำเนินงานด้วยแนวคิดใหม่เชิงบูรณาการ ที่ไม่จำกัดอยู่เพียงกรอบการรักษาเท่านั้น แต่ยังต้องครอบคลุมไปถึงงานการป้องกันบนฐานวิชาการ สาธารณสุขศาสตร์ และการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางด้วย อีกทั้งยังต้องสร้างการกลไกการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตระดับชาติที่เข้มแข็ง และต่อเนื่อง การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานสุขภาพจิตมีความสำคัญและลึกซึ้งกว้างขวาง ยังต้องการการศึกษาต่อไป ผู้วิจัยมุ่งหวังให้เกิดการสานต่อจนเกิดเป็นเครือข่ายผู้สนใจและร่วมกันทำงานด้านสุขภาพจิตต่อไป เพื่อให้คนไทยและสังคมไทยมีสุขภาพจิตที่ดีที่สุดในที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. World Health Report 2001. Mental Health: New Understand, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Bureau of Health Policy and Planning. Burden of Disease and Injuries in Thailand: Priority Setting for Policy (In Press). Bangkok Thailand : Bureau of Health Policy and Planning, Ministry of Public Health; 2002.
- Gert HB. Foundations of Public Health: History and Development. Maryland: Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health; 2000.
- Edward Shorter. A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac. John Wiley & Sons, Inc; 1997.
- กองโรงพยาบาลโรคจิต. ๘๐ ปีของจิตเวชในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กองโรงพยาบาลโรคจิต ; ๒๕๑๒.
- กิติกร มีทรัพย์. ความเป็นมาของงานสุขภาพจิตในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2529.
- กรมสุขภาพจิต. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง รูปแบบงานสุขภาพจิตในงานสาธารณสุขมูลฐาน. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2526.
- คณะกรรมการระบาคติวิทยาแห่งชาติ. รายงานการศึกษาวิจัย เรื่อง การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : คณะกรรมการระบาคติวิทยาแห่งชาติ; 2535.
- Paykel ES, Jenkins R. Prevention in Psychiatry. London: The Royal College of Psychiatrists; 1994.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries. New York: Oxford University Press; 1995.
- The Surgeon General U.S.Public Health Service. Surgeon General's Report on Mental Health. [online]. 1999. Available from // www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html [2002 Febuary14].
- Breakey WR, Editor. Integrated Mental Health Services: Modern Community Psychiatry. New York: Oxford University; 1996.
- McHugh PR, Slavney PR. The Perspectives of Psychiatry, 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1998.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. การส่งเสริมสุขภาพ : กลยุทธ์และแนวทางสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพที่ยั่งยืน. ใน: 30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. โครงการตำราสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
- อภิสิทธิ์ ชำรงวารการ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัย กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดความสุขของประชาชนชาวไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2543.
- เฉลียว ปิยะชน. आयुรเวท: ศาสตร์แห่งชีวิต, พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มติชน; 2544.
- วิฑิต วิณนาบูล และ สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, บรรณาธิการ. ทฤษฎีแพทย์จีน, พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2540.
- เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, บรรณาธิการ. ประวัติและวิวัฒนาการการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์; 2538.
- ไวล์, แอนดรู. พลังบำบัดร่างกายคุณรักษาตนเองได้ / อัสปร มีสิทธิ์ แปล: แปลจากเรื่อง Spontaneous Healing, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คลินิกสุขภาพ; 2544.
- มนตรี ภูมี. สุขภาพแบบองค์รวม : มองย้อนการแพทย์ตะวันตก. กรุงเทพฯ : ประพันธ์สาส์น; 2545.
- พริตจ็อฟ คาปร้า. The Turning Point. จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ, พิมพ์ครั้งที่ 3, แปลโดย พระประชา ปัตนินธัมโม และคณะ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง; 2539.
- ประเวศ วะสี. ความสุข: ทิศทางอนาคตไทย เพื่อความสุขถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2529.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). ความสุขที่แท้จริง. กรุงเทพฯ :ธรรมสภา; 2540.
- พุทธทาสภิกขุ. ความเจ็บไข้ มาเดือนให้ฉลาด. กรุงเทพฯ : ธรรมสภา: ไม่ปรากฏปีที่ตีพิมพ์.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. รายงานผลการสัมมนา เรื่อง การจัดตั้งองค์กรประสานเครือข่ายและการนิยามความหมาย "สุขภาพจิต". นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2537.