

การบริการสุขภาพจิตชุมชน : การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

6 มกราคม 2546

ISBN 974-296-174-3

ชื่อหนังสือ การบริการสุขภาพจิตชุมชน : การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

บรรณาธิการ

นางวัชณี	หัตถพนม	ผู้ช่วยผู้อำนวยการโชนขอนแก่น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นางสุวดี	ศรีวิเศษ	ผู้ช่วยผู้อำนวยการโชนสกลนคร โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ผู้เขียนและผู้เรียบเรียง

นางศิริวรรณ	ฤกษ์ธนะขจร	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นางกาญจน์กนก	สุรินทร์ขมภู	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นางภาวินี	สถาพรธีระ	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นางสาวประพัทธา	จันธนะสมบัติ	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นางสาวนริสา	วงศ์พนารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เจ้าของ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ISBN 974-296-174-3

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

พิมพ์ครั้งที่ 1 วันที่ 6 มกราคม 2546

จำนวน 200 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์

95 ถนนร่มเย็น อ.เมือง จ.ขอนแก่น โทร. 0-4332-1765

คำนิยม

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ได้ดำเนินงานบริการสุขภาพจิตชุมชนโดยมีการแบ่งผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชนในแต่ละจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เภสัชกร และนักอาชีวบำบัด เป็นต้น ซึ่งเรียกว่า ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด และอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของหน่วยงานที่เรียกว่า สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในแต่ละจังหวัดเป็นหัวหน้าทีม เรียกว่า ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด ได้ดำเนินงานในรูปแบบนี้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 - ปัจจุบัน ซึ่งนอกจากจะรับผิดชอบงานสุขภาพจิตในแต่ละจังหวัดแล้ว ยังรับผิดชอบผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนขณะเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน กลับมารักษาซ้ำตั้งแต่ครั้งที่ 10 ขึ้นไป มีประวัติล้ามซังขณะอยู่ในชุมชน และมีปัญหากับครอบครัวและชุมชนขณะอยู่ที่บ้าน กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชนเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว

จากผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนมาประมาณ 4 ปี ของสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด จึงได้ถ่ายทอดประสบการณ์จากการทำงานจริงในชุมชนนำมาเขียนเป็นเอกสารทางวิชาการ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานที่สนใจ นำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ความรับผิดชอบของตนเองอย่างเหมาะสม

เอกสารทางวิชาการฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 2 เล่ม คือ

เล่มที่ 1 เรื่อง การบริการสุขภาพจิตชุมชน : การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

เล่มที่ 2 เรื่อง การบริการสุขภาพจิตชุมชน : การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

เอกสารทางวิชาการทั้ง 2 เล่ม จึงเป็นการถ่ายทอดวิธีการดำเนินงานออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้ผู้อ่านได้ทราบถึงแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

กระผมขอชื่นชม ความมุ่งมั่น และความตั้งใจจริงของทีมงานที่จัดทำเอกสารนี้ ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างบุคลากรของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ได้สละเวลาอันมีค่าถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในชุมชนต่อไป



(นพ.ทวี ตั้งเสรี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

6 มกราคม 2546

คำนำ

หนังสือการบริการสุขภาพจิตชุมชน : การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ด้านส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งประกอบด้วย

- บทที่ 1 บทนำ
- บทที่ 2 แนวคิดของการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน
- บทที่ 3 บทบาท หน้าที่ของทีมสุขภาพจิต
- บทที่ 4 การดำเนินงานสุขภาพจิตในกลุ่มต่างๆ
- บทที่ 5 ตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิต ซึ่งเป็นตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน
ในปีงบประมาณ 2542-2545 เฉพาะของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โดยนำเสนอเพียงบางส่วนเท่านั้น

คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณผู้จุดประกายให้เห็นแนวคิดและนโยบายในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ทำให้เกิดการรวบรวมผลการปฏิบัติงานเป็นรูปเล่มฉบับนี้

- 1. นพ.อภิชัย มงคล รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
- 2. นพ.ทวี ตั้งเสรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ขอขอบพระคุณ องค์กรแพทย์ กลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ และกลุ่มงานจิตวิทยา ที่สนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนด้วยดีตลอดมา และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลในการจัดทำหนังสือฉบับนี้ ในบทที่ 3 บทบาท หน้าที่ของทีมสุขภาพจิต คือ พญ.กนกวรรณ! กิตติวัฒนากุล คุณธนิต โคตมะ คุณกานดา ผาวงศ์ คุณกมลลักษณ์ กำจาย ซึ่งเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้ จะสามารถเอื้อประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง ในการที่จะสามารถนำเอาสาระที่มีอยู่ในหนังสือเล่มนี้ไปใช้ประโยชน์ไม่ว่าจะโดยการใช้เป็นเอกสารอ้างอิง หรือใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนต่อไป

วัชนี หัตถพนม และคณะ

6 มกราคม 2546

สารบัญ

	หน้า
คำนิยม	ก
คำนำ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญภาพ	จ
ประวัติผู้เขียนและผู้เรียบเรียง	ฉ
ประวัติบรรณาธิการ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 แนวคิดของการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน	8
ความหมายของสุขภาพจิต	9
การส่งเสริมสุขภาพจิต	10
การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	13
ขอบเขตของงานสุขภาพจิต	19
สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน	21
เครื่องชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน	31
หน้าที่ของเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน	31
กรอบแนวคิดในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน	34
บทที่ 3 บทบาท หน้าที่ของทีมสุขภาพจิต	36
บทบาท หน้าที่ของจิตแพทย์กับงานสุขภาพจิตชุมชน	36
บทบาท หน้าที่ของพยาบาลกับงานสุขภาพจิตชุมชน	38
บทบาท หน้าที่ของงานจิตวิทยาคลินิก	41
บทบาท หน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์	43
บทบาท หน้าที่ของนักอาชีวบำบัด นักกิจกรรมบำบัด	44

บทที่ 4	การดำเนินงานสุขภาพจิตในกลุ่มต่างๆ	47
	สุขภาพจิตเด็ก	51
	สุขภาพจิตวัยรุ่น	63
	สุขภาพจิตวัยผู้ใหญ่	82
	สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	87
	สุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ	91
บทที่ 5	ตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน	97
	บรรณานุกรม	122

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 แสดงลำดับขั้นของกิจกรรมการป้องกัน 3 ระดับที่ต้องปฏิบัติ	18
2 ขอบเขตของงานสุขภาพจิต	20
3 กระบวนการหลักของ ศสช. แบบย่อ (Conceptual Framework)	25
4 แนวคิดการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพจิตในศูนย์สุขภาพชุมชน	28
5 กรอบแนวคิด (Conceptual Framework) ในการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน	34
6 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ประสบภัยพิบัติ	93
7 การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	94
8 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กด้อยโอกาส	94
9 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ	95
10 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักกีฬา	96

ประวัติผู้เขียนและผู้เรียบเรียง

1. นางศิริวรรณ ฤกษ์นະขจร

- 1.1 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7
- 1.2 ประวัติการศึกษา - พ.ศ. 2530 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
- พ.ศ. 2534 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชจาก
โรงพยาบาลศรีธัญญา
- 1.3 ประวัติการทำงาน พ.ศ. 2530 - ปัจจุบัน การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวดตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่น
- พ.ศ. 2542-ปัจจุบัน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- 1.4 สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โทร. 0-4322-7422 ต่อ 3000

2. นางกาญจน์กนก สุรินทร์ขมภู

- 2.1 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6
- 2.2 ประวัติการศึกษา - พ.ศ. 2536 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
- พ.ศ. 2540 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
จากโรงพยาบาลศรีธัญญา
- 2.3 ประวัติการทำงาน - พ.ศ. 2536 - ปัจจุบัน การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่น
- พ.ศ. 2542 - ปัจจุบัน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- 2.4 สถานที่ติดต่อ - โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โทร. 0-4322-7422 ต่อ 2610, 2611

3. นางภาวิณี สถาพรธีระ

- 3.1 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6
- 3.2 ประวัติการศึกษา - พ.ศ. 2536 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
- พ.ศ. 2542 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
จากโรงพยาบาลศรีธัญญา
- 3.3 ประวัติการทำงาน - พ.ศ. 2536 - ปัจจุบัน การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่น
- พ.ศ. 2542 - ปัจจุบัน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- 2.4 สถานที่ติดต่อ - โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โทร. 0-4322-7422 ต่อ 3204

4. นางสาวประพัตรา จันธนะสมบัติ

- 4.1 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5
- 4.2 ประวัติการศึกษา - พ.ศ. 2536 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
- พ.ศ. 2540 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จาก
โรงพยาบาลศรีธัญญา
- 4.3 ประวัติการทำงาน - พ.ศ. 2536 - ปัจจุบัน การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่น
- พ.ศ. 2542 - ปัจจุบัน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- 4.4 สถานที่ติดต่อ - โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โทร. 0-4322-7422 ต่อ 2613

5. นางสาวนริสา วงศ์พนารักษ์

- 5.1 ตำแหน่ง อาจารย์ระดับ 6
- 5.2 ประวัติการศึกษา - พ.ศ. 2536 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ศิริราช) มหาวิทยาลัยมหิดล
- พ.ศ. 2539 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการให้การปรึกษา)
มหาวิทยาลัยรามคำแหง

- พ.ศ. 2542 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพัฒนา)
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

5.3 ประวัติการทำงาน

- พ.ศ. 2530 พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 3 - 4 การพยาบาลอายุรศาสตร์
และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
- พ.ศ. 2539 นักวิชาการสุศึกษา ระดับ 4 - 5 ประจำโรงพยาบาล
ศูนย์ขอนแก่น
- พ.ศ. 2542 อาจารย์ระดับ 6 กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชนและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

5.4 สถานที่ติดต่อ

- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม 44150 โทร. 0-4375-4357
- E-mail narisa.w@msu.ac.th

ประวัติบรรณาธิการ

1. นางวัชนี หัตถพนม

- 1.1 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7
- 1.2 ประวัติการศึกษา - พ.ศ. 2526 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เกียรตินิยม) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
- พ.ศ. 2532 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยา
- 1.3 ประวัติการทำงาน - พ.ศ. 2518 - 2530 พยาบาลวิชาชีพตึกชงโค (ตึกแรกรับและเร่งรัด บำบัดชาย) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- พ.ศ. 2530 - 2538 หัวหน้าตึกชงโค โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- พ.ศ. 2538 - 2541 ผู้นิเทศงาน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น
- พ.ศ. 2542 - ปัจจุบัน ผู้ช่วยผู้อำนวยการโซนจังหวัด (รับผิดชอบงาน สุขภาพจิต และจิตเวชชุมชนจังหวัดขอนแก่น) โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น
- 1.4 สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โทร. 0-4322-7422
- ต่อ 2304, 0-1975-9207

2. นางสาวดี ศรีวิเศษ

- 2.1 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7
- 2.2 ประวัติการศึกษา - พ.ศ. 2522 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี
- พ.ศ. 2529 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยา
- 2.3 ประวัติการทำงาน - พ.ศ. 2522 - 2531 พยาบาลวิชาชีพตึกแรกรับ (ชงโค) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

- พ.ศ. 2532 - 2534 หัวหน้างานการพยาบาลจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- พ.ศ. 2535 - 2540 หัวหน้าตึกผู้ป่วยเรื้อรังบำบัด (อังสนา) และ
ตึกแรกรับ (ชงโค) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- พ.ศ. 2540 - 2542 ผู้นิเทศงานการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่น
- พ.ศ. 2543 - ปัจจุบัน ผู้ช่วยผู้อำนวยการโซนจังหวัด (รับผิดชอบงาน
สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนจังหวัดสกลนคร) โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น

2.4 สถานที่ติดต่อ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โทร. 0-4322-7422

ต่อ 2304, 0-1769-2543

บทที่ 1

บทนำ

ในหลายปีที่ผ่านมาได้มีการเคลื่อนไหวทางสังคมและความเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ประกอบกับกระแสการเปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบันที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มีผลกระทบต่อกันและกันอย่างมาก โดยเฉพาะหลังจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ปี พ.ศ. 2540 ส่งผลกระทบถึงมนุษย์ที่อยู่ในสังคมทั้งในด้านจิตใจ อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ตลอดจนการดำเนินชีวิต ทำให้บุคคลในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงจะต้องมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และหากไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่มากระทบต่อตนเองได้ ก็ย่อมเกิดปัญหาหลายประการซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเอง รวมทั้งแผ่กว้างไปถึงบุคคลอื่น ชุมชนและสังคมอีกด้วย และเมื่อบุคคลขาดความสามารถในการจัดการปัญหา และขาดการดูแลตนเองแล้ว ในที่สุดเราก็อาจสูญเสีย “คน” อันเป็นทรัพยากรที่มีค่าของชาติ

ประเทศไทยเป็นส่วนหนึ่งของประชาคมโลก ย่อมได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางสังคม ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก การหาแนวทางร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนระบบบริการทางสุขภาพให้มีความเหมาะสมในสังคมไทยจึงมีความจำเป็นและมีประโยชน์ (ทัศนา บุญทอง, 2543)

เมื่อกล่าวถึง “สุขภาพ” เรามักกล่าวรวมถึงทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตด้วย สุขภาพจึงหมายถึงสุขภาพที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ โดยเกิดจากระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ ซึ่งถ้าจะกล่าวถึงสุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิต ก็หมายถึงจิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบดีที่มีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาพที่สมบูรณ์ไม่ได้ (ประเวศ วะสี, 2543) และสถานการณ์แห่งการเปลี่ยนแปลงนี้เอง ที่กระทบกับสมดุลของสุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิต ทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจ เพราะต้องปรับตัวอย่างมาก จนเป็นเหตุให้สถานะทางสุขภาพและลักษณะโรคในสังคมเปลี่ยนไป ประชาชนจึงเกิดปัญหาความเครียดและสุขภาพจิตมากขึ้น

เรามักพบว่า จำนวนผู้มารับบริการทางจิตเวชและมีปัญหาสุขภาพจิต จากข้อมูลของหน่วยงานสุขภาพจิต สังเกตกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและจากโรงพยาบาลทั่วไปมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มจะมากขึ้นเรื่อยๆ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541; กรมสุขภาพจิต, 2542) และการพยาบาลจิตเวชก็มีบทบาทและความสำคัญในการให้บริการพยาบาลทั้งในสถานบริการพยาบาลและในชุมชนอีกด้วย พยาบาลจิตเวชหรือผู้ที่ต้องดูแลด้านจิตใจของประชาชน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเรียนรู้ และประยุกต์แนวคิดเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการตอบสนองความต้องการการบริการพยาบาลในสังคมปัจจุบัน ซึ่งกำลังมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ

ในประเทศไทยนั้นระบบสุขภาพไทยเป็นระบบตั้งรับไม่ใช่ระบบรุก (ประเวศ วะสี, 2543) คือรอให้เป็นโรคก่อนแล้วค่อยมารักษา กัน เช่น เป็นโรคเครียด โรคจิต ฯลฯ จำนวนคนไข้แน่นโรงพยาบาลต้องรอตรวจรอเตียง สูญเสียเวลา เงินทอง และสุดท้ายอาจเสียชีวิต ทั้งๆ ที่การส่งเสริมให้สุขภาพจิตดีและการป้องกันโรคประหยัคกว่ากันมาก จากตัวเลขของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2533 พบว่า ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ คิดเป็น 6% และจะเพิ่มเป็น 8.1% ในปี พ.ศ. 2543 (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541) ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูงมากและจะกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศโดยรวมในอนาคต ดังนั้น การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อสร้างสุขภาพจิตดีจึงต้องปรับทิศทางจากการตั้งรับมาเป็นระบบสุขภาพเชิงรุก โดยการส่งเสริมให้คนไทยทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพและมีทักษะในการสร้างสุขภาพจิต เช่น การสร้างความผ่อนคลายเพื่อป้องกันความเครียด การออกกำลังกาย การฝึกสติบำบัด การฝึกหายใจ การสร้างทักษะการคิดเชิงบวก การสร้างทักษะชีวิตเพื่อการอยู่ร่วมกันด้วยสันติ สามารถเผชิญสถานการณ์ทางลบที่มากดดันได้ เป็นต้น ฉะนั้นระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพ ซึ่งเป็นการสร้างเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ถ้าหากทำได้ประชาชนจะเจ็บป่วยน้อยลง และสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นได้ ลดค่าใช้จ่าย ไม่เสียเวลา เสียใจ และเสียชีวิต ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเป็น “หัวใจ” สำคัญของงานสุขภาพจิต (อัมพร โอตระกูล, 2538)

ในช่วงชีวิตของคนเรา อาจเกิดสุขภาพจิตเสียหรือเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ เช่น เมื่อใดที่เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่เป็นสุข และได้พยายามปรับตัว หาสาเหตุแล้วแก้ไขจนเหตุที่ทำให้ไม่เป็นสุขหมดไป ความไม่สบายใจก็บรรเทาลง สภาพแห่งความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น เรียกว่า “สุขภาพจิตเสีย” แต่หากเกิดขึ้นบ่อยๆ แล้วไม่สามารถขจัดให้ความไม่สบายใจนั้นหมดไปได้ หรือหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ไม่พบ จากระดับความรุนแรงแค่ปัญหา “สุขภาพจิตเสีย” ก็อาจเป็นระดับที่รุนแรงมากขึ้น นั่นคือ การแสดงสัญญาณบอกให้รู้ว่ากำลังเกิดความเจ็บป่วยทางจิต

ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง บุคคลที่ไม่มีความสุข ขาดความสามารถในการจัดการกับความเครียด จนอาจเป็นผลทำให้เกิดความแปรปรวนทั้ง ความรู้สึก อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ปัญหาสุขภาพจิตพบได้เสมอในชีวิตประจำวัน คนที่มีสุขภาพจิตดีก็สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง หากการปรับตัวของคนไม่สมดุล จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเมื่อเกิดปัญหานี้แล้วไม่ได้รับการแก้ไขหรือไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและทันท่วงที ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจทำให้วิถีชีวิต บทบาท หน้าที่ในสังคม ฐานะเศรษฐกิจเสื่อมถอยลง ในที่สุดก็จะมีสุขภาพจิตไม่ดีมากขึ้น จนกระทั่งถึงขั้นป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2542)

ในปัจจุบัน ปฏิเสธไม่ได้เลยว่า การเปลี่ยนแปลงของสังคม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และอีกหลายๆ ด้านที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ล้วนแต่มีผลต่อมนุษย์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ มากมาย ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในปัจจุบัน ได้แก่ ความเครียด ภาวะการปรับตัวผิดปกติ บุคลิกภาพ

ผิดปกติ โรคประสาท โรคจิต โรคทางกายที่มีผลมาจากจิตใจ และปัญหาสุขภาพจิตในช่วงวัยต่างๆ ปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้ยังเป็นปัญหาสุขภาพจิตชุมชนที่ต้องดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น โดยการสร้างแนวคิดร่วมกัน และหันมาให้ความสำคัญในการพัฒนาความเข้มแข็งและความต่อเนื่องในการจัดการปัญหาอย่างจริงจัง ทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องต่างมีเป้าหมายเดียวกันในการส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพจิตของคนในชุมชน ตลอดจนการดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดีในชุมชน

วิวัฒนาการของงานสุขภาพจิตชุมชน

งานสุขภาพจิตของไทยได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลานานซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการปรับปรุงและพัฒนาให้สอดคล้องกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการ อยู่เสมอ อาจจะแบ่งตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงได้เป็น 7 ยุค คือ (กรมสุขภาพจิต, 2544)

1. ยุคดั้งเดิม (2432-2467)

รัชกาลที่ 5 ได้มีการนำระบบบริการบำบัดรักษาแบบตะวันตกมาใช้ในประเทศ มีการจัดตั้งโรงพยาบาลจิตเวช แห่งแรกในปี 2432 ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกของโรงพยาบาล จะเป็นเช่นเดียวกับต่างประเทศ คือ อยู่ในรูปของการปกครองมากกว่าการรักษาพยาบาล คือ ผู้ป่วยจะถูกควบคุมกักขัง และบางครั้งถูกทารุณ ผู้ป่วยจึงยังคงมีอาการอยู่ และนับวันจะรุนแรงขึ้น

ใน ปี พ.ศ. 2448 มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในทุกด้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในลักษณะการพยาบาลไม่ใช่กักขัง และเป็น Moral treatment

2. ยุคโรงพยาบาลจิตเวชแผนใหม่ (2468 - 2484)

หลวงวิเชียร แพทยาคม เป็นแพทย์ไทยคนแรกที่ได้ไปศึกษาวิชาโรคจิตจากสหรัฐ ได้นำความรู้ความเชี่ยวชาญที่ได้รับมาพัฒนาในด้านวิชาการ และพัฒนาบุคลากร อันเป็นรากฐานสำคัญของการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในยุคต่อมา

ส่วนการบำบัดรักษาในช่วงนี้ยังคงใช้ยาตำราหลวง เนื่องจากไม่มียารักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะ และมีการสร้างโรงพยาบาลจิตเวชตามภาคต่างๆ

3. ยุคของงานสุขภาพจิต (2485 - 2503)

ถึงแม้จะมีบริการบำบัดรักษาอย่างกว้างขวาง โรงพยาบาลจิตเวชก็ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีจำนวนมากขึ้นได้ นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว จึงได้มีความคิดริเริ่มที่จะดำเนินงานด้านส่งเสริม ป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต ของประชาชน เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยจิตเวช ประกอบกับในปี พ.ศ. 2494 องค์การอนามัยโลก ได้ส่งผู้เชี่ยวชาญ มาสำรวจสภาวะสุขภาพจิตในประเทศไทย และได้เสนอรายงานต่อรัฐบาลให้จัดตั้งบริการ เน้นแนวปัญหาจิตใจเด็กและเยาวชนขึ้น เป็นศูนย์กลางของงานการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต มี

การเปิดบริการคลินิกสุขภาพจิต และจัดตั้งศูนย์สุขภาพจิตเพื่อเป็นสำนักงานกลาง สำหรับการรักษาในช่วงนี้ ได้มีการนำเทคนิคการรักษาใหม่ๆ จากตะวันตกเข้ามา ดำเนินการโดยทีมงานสุขภาพจิตซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์

ปลายยุคนี้ มีการก่อตั้งสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ดำเนินการด้านวิชาการและเผยแพร่ความรู้ สุขภาพจิตแก่ประชาชน

4. ยุคแรกเริ่มงานสุขภาพจิตชุมชน (2504 - 2514)

เป็นช่วงที่รัฐบาลเริ่มกำหนดให้มีการดำเนินการตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2504 - 2509) งานสุขภาพจิต ปรากฏในรูปของ “โครงการโรงพยาบาลโรคจิต” มีการจัดหน่วยจิตเวชเคลื่อนที่ออกบริการประชาชนในเขตจังหวัดภาคใต้ มีการริเริ่มบริการใหม่ๆ

ต่อมาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2510 - 2514) งานสุขภาพจิตปรากฏในรูปของโครงการปรับปรุงโรงพยาบาลโรคจิตและโรคทางประสาท และโครงการจัดตั้งแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป มีการเปิดศูนย์วิจัยประสาทเชิงใหม่

ต่อมาในปีพ.ศ. 2514 ได้มีการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพจิตชุมชนชนานาเพื่อให้บริการสุขภาพจิตเข้าถึงระดับชุมชน และเปิดศูนย์สุขภาพจิตเคลื่อนที่ให้บริการด้านบริหาร และวิชาการในการออกหน่วยจิตเวชเคลื่อนที่ตามภาคต่างๆ จนถึงปี 2526 ได้ยุติการดำเนินงานในรูปแบบนี้

5. ยุคของการผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบบริการสาธารณสุข (2515 - 2524)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 งานสุขภาพจิตปรากฏอยู่ในด้านนโยบาย การพัฒนาสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับงานด้านจิตเวช และสุขภาพจิตชุมชน โครงการที่สำคัญ คือ โครงการพัฒนาสุขภาพจิตชุมชน มีจุดมุ่งหมายที่จะปรับปรุงบริการสุขภาพจิตชุมชนให้มีคุณภาพและครอบคลุมประชากร โดยอาศัยหน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชน และฝ่ายจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป ช่วยคัดกรองผู้ป่วยหรือส่งต่อไปยังศูนย์สุขภาพจิตชุมชน และโรงพยาบาลจิตเวช จนการให้บริการครบวงจรตามลำดับ แต่มีข้อขัดข้องในด้านการบริหารจัดการทำให้โครงการนี้ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) มุ่งเน้นที่การผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขทั่วไป กล่าวคือ เป็นการจัดระบบให้ประชาชนสามารถรับบริการสุขภาพจิตจากสถานบริการในท้องถิ่นตนเอง เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปโดยไม่ต้องไปขอรับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชซึ่งมีจำนวนจำกัด ส่วนหน่วยงานทางด้านสุขภาพจิตจะทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนทางวิชาการ การจัดบริการเช่นนี้ทำให้ประชาชนได้รับบริการสะดวกขึ้น และระบบบริการสาธารณสุขซึ่งเคยจัดบริการแต่เพียงสุขภาพกายเริ่มตระหนักในการให้บริการสุขภาพที่ต้องรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

6. ยุคของการสาธารณสุขมูลฐาน (พ.ศ.2525 - 2534)

เมื่อปี พ.ศ. 2521 ได้มีการประชุมนานาชาติที่สหภาพโซเวียต และมีการประกาศใช้กลวิธีการสาธารณสุขแบบใหม่ คือ การสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งกลวิธีนี้มีเป้าหมายให้ประชากรทั่วโลกมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า ภายในปี พ.ศ. 2543 และได้รวมถึงการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตไว้เป็นองค์ประกอบหนึ่งด้วย ในปี พ.ศ. 2522 จึงได้มีการนำกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานมาทดลองใช้ โดยจัดทำเป็นโครงการทดลองที่จังหวัดอุบลราชธานี และอีก 2 ปีต่อมา จึงได้จัดทำโครงการผสมผสานงานสุขภาพจิตกับงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งโครงการนี้ประสบผลสำเร็จด้วยดี และได้พัฒนารูปแบบขยายพื้นที่การดำเนินงานเป็นโครงการสุขภาพจิตชุมชนในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534)

7. ยุคของงานส่งเสริม ป้องกัน (พ.ศ. 2535 - ปัจจุบัน)

งานสุขภาพจิตปรากฏเป็น แผนงานสุขภาพจิต ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพจิตใจของประชาชนให้มีคุณภาพ และสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม สามารถพึ่งตนเองและดูแลช่วยเหลือกันในด้านสุขภาพจิต กลวิธีการดำเนินการจึงมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุก โดยการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ ในการพัฒนาคุณภาพจิตใจกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น การพัฒนาทักษะชีวิตแก่นักเรียนระดับต่างๆ ร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน และสื่อมวลชนในการเผยแพร่ความรู้สุขภาพจิตแก่ประชาชนทั้งในเขตเมืองและชนบท กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง ทั้งในเวลาปกติ และกรณีที่เกิดเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของประชาชน เพื่อให้บังเกิดผลในทางเสริมสร้างสมรรถภาพจิตใจและยกระดับคุณภาพชีวิตแก่ประชาชน

ในด้านการบริการ ได้มีการพัฒนาบริการสุขภาพจิตในระบบบริการสาธารณสุข ด้วยการสนับสนุนทางวิชาการ เช่น ปรับปรุงเนื้อหาความรู้ จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน สนับสนุนให้สถานบริการมีการค้นหาผู้ป่วย จิตเวชในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยครอบครัวและชุมชน ในส่วนของโรงพยาบาลจิตเวช ได้มีการปรับปรุงคุณภาพให้สามารถจัดบริการได้อย่างครบวงจร นอกจากนี้ยังได้สนับสนุนการพัฒนามูลฐานสาธารณสุขทั่วประเทศ เพื่อให้ความช่วยเหลือในเรื่องของการให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งเป็นปัญหาที่เริ่มทวีความรุนแรงในขณะนั้น

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ได้กำหนดเป้าหมายของงานสุขภาพจิตให้ลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิต พัฒนาคุณภาพการให้บริการ และให้ประชาชนได้พึ่งพาตนเองรวมทั้งมีส่วนร่วมในด้านสาธารณสุข ในการดำเนินงานจึงมุ่งเน้นให้ประชาชนทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และสถาบันต่างๆ ได้มีภูมิคุ้มกันต่อปัญหาสุขภาพจิตส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และวิธีการในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง ครอบครัวและชุมชน เช่น โครงการพัฒนาแกนนำครอบครัว โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ นอกจากนี้การดำเนินงานยังครอบคลุมไปถึงกลุ่มด้อยโอกาส เช่น เด็กและเยาวชน

ในสถานพินิจอีกด้วย

ในด้านวิชาการ ได้มีการนำกระบวนการวิจัยและพัฒนามาใช้ ในการจัดทำเทคโนโลยีสุขภาพจิตทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งพัฒนากลไกการดำเนินงานสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในด้านการให้บริการ ได้มีการขยายความครอบคลุมของการให้บริการ โดยการจัดตั้งสถานบริการจิตเวชเพิ่มขึ้น และส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาคุณภาพของบริการ โดยพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้ได้มาตรฐานและให้สถานบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีศักยภาพเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่สามารถให้การสนับสนุนสถานบริการสาธารณสุขได้

ต่อมาในแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) งานสุขภาพจิต

มีวัตถุประสงค์ เพื่อดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน

1. ลดอัตราป่วยทางจิตของประชาชน
2. ลดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน
3. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

มียุทธศาสตร์โดยมีการพัฒนารูปแบบและระบบการสื่อสารข้อมูลสุขภาพจิตให้แก่ประชาชนมีการพัฒนาความรู้ อีกทั้งยังเป็นศูนย์กลางองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต มีการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน โดยการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรในชุมชนให้เกิดการตื่นตัว และตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิต รู้จักแก้ไขปัญหามีส่วนร่วมในการวางแผน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม มีการส่งเสริมบทบาทของเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงานสุขภาพจิต ทำให้มีการบูรณาการงานสุขภาพจิตสู่ระบบงานต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพจิตให้มีความรู้และมีความสุขในการปฏิบัติงาน และยังคงปรับโครงสร้างองค์กรให้สอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบราชการ และพัฒนาระบบการจัดการด้านข้อมูลข่าวสารที่เอื้อประโยชน์ต่อการดำเนินการทั้งภายในและภายนอกองค์กรด้วย

โดยสรุปแล้ว การดำเนินงานสุขภาพจิตที่ผ่านมาได้มีการปรับปรุงทั้งปริมาณ และคุณภาพในด้านวิชาการ บริการ และการบริหารจัดการ มุ่งเน้นการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพโดยประสานความร่วมมือทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ หรือ พ.ร.บ. สร้างนำซ่อม เน้นให้มีการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นไปเพื่อให้เกิดสุขภาวะทั่วทั้งสังคม ลดการเจ็บป่วย การพิการ และการตายที่ไม่สมควรรวมทั้งควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ โดยมีการดำเนินการทั้งในระดับนโยบายสังคม

ชุมชนและบุคคล (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545) ซึ่งในหลายปีมานี้กรมสุขภาพจิตก็ได้เน้นงานสุขภาพจิตในด้านส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเป็นรูปธรรมมากขึ้น และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด

ดังนั้นเพื่อเป็นการสนับสนุนเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชน ให้มีความรู้ ความเข้าใจในงานด้านส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต และเป็นหน่วยงานแม่ข่ายในระดับเขต (รับผิดชอบงานสุขภาพจิตใน 5 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ สกลนคร อุดร และหนองคาย) จึงได้จัดทำเอกสารฉบับนี้ขึ้น เพื่อให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทั้งในระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล ได้มีแนวทางในการดำเนินงานสุขภาพจิตในแต่ละวัย และในกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันไป ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพจิตสำหรับผู้ปฏิบัติงานและส่งผลให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดีสืบไป

บทที่ 2

แนวคิดของการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน

เมื่อกล่าวถึงสุขภาพ (Health) คนทั่วไปมักจะคำนึงถึงสุขภาพกายเป็นส่วนใหญ่ทั้งๆ ที่ความหมายของสุขภาพจะหมายรวมถึงสุขภาพจิตร่วมด้วย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ได้ให้คำนิยามของคำว่าสุขภาพไว้ว่า หมายถึง “สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกายและจิต” และความผาสุกทางสังคม ซึ่งไม่ใช่การปราศจากโรค หรือการเจ็บป่วยเท่านั้น (WHO, 1946 cited by WHO, 1996)

สำหรับในประเทศไทย ไทยเป็นรัฐแรกที่กำหนดให้นิยามของคำว่า “สุขภาพ” ก็นับรวมถึง สุขภาวะร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ในวาระแห่งชาติสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ การกำหนดนิยามดังกล่าว นับเป็นการหาญกล้าท้าทายองค์กรทางด้านสุขภาพในระดับโลก (ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2543 อ้างใน วิพุธ พูลเจริญ, 2544) เนื่องจากการจัดทำเอกสารฉบับนี้จะเน้นเรื่องงานบริการสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพ ในที่นี้จึงขอกล่าวถึงแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพจิตตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ความหมายของสุขภาพจิต
2. การส่งเสริมสุขภาพจิต
 - 2.1 กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพจิต
 - 2.2 ลักษณะของงานส่งเสริมสุขภาพจิต
3. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
 - 3.1 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรก
 - 3.2 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่ 2
 - 3.3 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่ 3
4. ขอบเขตของงานสุขภาพจิต
5. สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
 - 5.1 หลักการของงานสุขภาพจิตชุมชน และจิตเวชชุมชน
 - 5.2 ลักษณะของงานบริการสุขภาพจิตชุมชนและจิตเวชชุมชน
 - 5.3 วิธีการให้บริการในงานสุขภาพจิตชุมชนและจิตเวชชุมชน
6. เครื่องชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน
7. หน้าที่ของเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน
8. กรอบแนวคิดในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน

1. ความหมายของสุขภาพจิต

ความหมายของคำว่า สุขภาพจิต ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมาย ดังต่อไปนี้

ฝน แสงสิงแก้ว (2532) ได้ให้นิยามสุขภาพจิตไว้ว่า คือ สภาพจิตที่เป็นสุข มีอารมณ์มั่นคง สามารถที่จะปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม

อัมพร โอตระกูล (2540) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต ไว้ว่า สุขภาพจิต คือสภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางกายและทางใจ สามารถปรับตัวหรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เข้ากับบุคคลที่อยู่ร่วมกันและกับสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย

อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีโดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

จาโฮดา (1958) ได้ให้ความหมายของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ บุคคลที่ประพฤติปฏิบัติตนตามแรงควบคุมภายในแห่งตนได้อย่างสม่ำเสมอ และค่อนข้างจะไม่มี ความขัดแย้งของบุคลิกภาพทั้งสามส่วน อันได้แก่ Id Ego และ Superego หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การมีบุคลิกภาพสามส่วน ผสมกลมกลืนกันดี แต่ไม่ได้หมายความว่า ไม่มีความขัดแย้งกับโลกภายนอกตัวเขาเลย

บาวแมน (Bowman, 1975) กล่าวว่า สุขภาพจิต คือ ความสามารถของบุคคลในการมีส่วนร่วม กับสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข สุขภาพจิตไม่เพียงแต่เป็นเรื่องของจิตใจเท่านั้นแต่ยังเป็นภาวะของบุคลิกภาพทั้งหมด ประสบการณ์ชีวิต รวมทั้งผลิตผลทางด้านพันธุกรรม ด้วยเหตุนี้สุขภาพจิตของแต่ละคนจึงมีลักษณะเฉพาะตัว ที่ทำให้คนแตกต่างกันในด้านอารมณ์ ความถนัด และวิธีการในการเผชิญปัญหาและแก้ไข แต่สิ่งที่ทุกคนมีเหมือนกัน คือ แรงผลักดัน (drives) ความต้องการ (needs) และความสนใจ (interest) สุขภาพจิตจะดีขึ้นหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความต้องการขั้นพื้นฐานที่ได้รับการตอบสนอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1976) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีพอยู่ได้ด้วยความสุขอย่างสุขสบาย รวมทั้งสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และมีได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

ทาวเซนด์ (Townsend 1996 cited by Townsend, 1999) กล่าวว่าสุขภาพจิตเป็นการประสบผลสำเร็จในการปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นภายใน ภายนอกและสิ่งแวดล้อม โดยประเมินได้จากแนวคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งเหมาะสมตามอายุ และสอดคล้องตามบรรทัดฐานของวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้นๆ

สรุปแล้ว ความหมายของสุขภาพจิต คือ ชีวิตที่มีความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจปราศจากโรคและอาการทางจิต มีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่น ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ใช้ชีวิตอยู่กับสังคมได้อย่างมีความสุข เหมาะสมตามอายุ และสอดคล้องกับบรรทัดฐานของสังคม วัฒนธรรม

2. การส่งเสริมสุขภาพจิต

สุจริต สุวรรณชีพ (2527) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นการปรับปรุงหรือยกระดับคุณภาพของจิตใจให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้อย่างมีความสุข หรือคือการทำให้อารมณ์จิตใจเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญหลีกเลี่ยงหรือจัดปัญหาที่จะมากระทบกระเทือนจิตใจนั่นเอง ซึ่งตามความจริงในทางปฏิบัติแล้ว การส่งเสริมสุขภาพจิตจะดำเนินการร่วมไปกับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และแม้กระทั่งสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่จะต้องให้บริการพร้อมกันไปในผู้รับบริการคนเดียวกัน เป็นการช่วยคนทั้งคน

อัมพร โอตระกูล (2540) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพจิตไว้ว่า คือ การนำความรู้ด้านสุขภาพจิตไปผสมผสานกับเรื่องเศรษฐกิจและการเมือง ในรูปแบบที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะเอื้อให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

ชามานสกี และเคลาเซ่น (Shamansky, Clausen, 1980) ให้ความหมายการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า คือ กิจกรรมใดๆ ที่มีวัตถุประสงค์ที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีความสุขและมีสุขภาพจิตสูงสุดตามศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีการพัฒนาบุคลิกภาพที่สนับสนุนให้ตนเองมีความสามารถลดเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและอารมณ์

คาร์ (Kar, 1983) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า คือ กระบวนการกระทำของบุคคลและสังคมที่ทำให้เกิดวิวัฒนาการของการอยู่ดีมีสุข (Advancement of well-being) และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพโดยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเอง สังคม และรักษาไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1986) ให้ความหมายการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถภาพในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้บรรลุซึ่งภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถป้องกันและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นสุขภาพจึงถูกมองว่าเป็นทรัพยากรสำหรับดำรงชีวิตประจำวันมิใช่เป้าหมายของการดำรงชีวิต

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมและยกระดับความเป็นปกติสุขหรือความผาสุกของชีวิต (Well-being) และศักยภาพในด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (Approach Behavior) ไม่เน้นเรื่องโรคหรือปัญหาสุขภาพ มุ่งที่จะส่งเสริมภาวะสุขภาพในทางบวกคือ มีสุขภาพที่ดีและมีชีวิตที่ปกติสุข จะแตกต่างจากการป้องกันโรค (Prevention) ซึ่งระบุไว้ว่ากิจกรรมที่มุ่งลดโอกาสและการขัดขวางหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย

ดาวน์นี แทนนาฮิล ซี และแทนนาฮิล เอ (Downie, Tannahill C. and Tannahill A., 1996) ซึ่งได้สร้างแบบแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ได้ให้แนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพว่าต้องประกอบด้วย การให้การศึกษา (Health Education) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และป้องกันสุขภาพ (Health Prevention)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพจิต (The promotion of mental health) ว่าเป็นกิจกรรมที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (Health workers) จักต้องตระหนักและให้ความสำคัญต่อการหาวิถีทางที่ทำให้ประชาชนมีชีวิตที่ผาสุก ลดความกดดัน สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมทั่วไปได้ (World Health Organization, 1997)

สรุป การส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่มีวัตถุประสงค์ที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ยกระดับคุณภาพของจิตใจหรือการทำจิตใจให้เข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา ขจัดปัญหาที่มากกระทบกระเทือนจิตใจ ช่วยให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วยการให้การศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ

2.1 กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพจิต

สุจริต สุวรรณชีพ (2527) ได้เสนอกลวิธีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตมีหลายวิธี ตั้งแต่ง่ายที่สุดถึงยากที่สุด แล้วแต่ความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งประกอบด้วยวิธีต่างๆ ดังนี้

2.1.1. การให้ความรู้

เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพจิตโดยอาจให้เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มผ่านทางสื่อมวลชน ซึ่งวิธีนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์เป็นอย่างมากถ้าให้ความรู้อย่างถูกคน ถูกเวลาและถูกวิธี สิ่งสำคัญผู้ให้ความรู้ต้องมีความกระตือรือร้น เต็มใจ สนใจผู้ฟัง เพื่อสร้างความศรัทธา ความเชื่อถือ ไว้วางใจ และความร่วมมือจากผู้ฟัง

2.1.2. การให้คำปรึกษาแนะแนวทาง

ในช่วงต่างๆ ของชีวิตย่อมมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากมาย ทำให้บุคคลเกิดความคิดสับสน วิตกกังวล ตัดสินใจไม่ได้ บางครั้งก่อให้เกิดภาวะวิกฤตต่างๆ ดังนั้นจึงควรมีผู้ช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำ เพื่อการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต

2.1.3. ช่วยแก้ปัญหาหรือลดความตึงเครียด

มีบุคคลเป็นจำนวนมากที่มีปัญหาทางจิตใจไม่รุนแรงถึงกับเป็นโรค หากได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมก็สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้ และดำรงชีวิตได้ตามปกติ

2.1.4. การส่งเสริมสุขภาพกาย

นับเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต เพราะสุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินไปควบคู่กัน ไม่สามารถแยกขาดจากกันได้ การส่งเสริมสุขภาพกาย เช่น การปรับสภาพแวดล้อมที่อาจเป็นพิษต่อร่างกายและจิตใจ จัดกิจกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการเสริมสร้างประโยชน์ให้ส่วนรวม จัดสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพกายที่ถูกต้อง การออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงซึ่งช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บได้ เป็นต้น

ผ่น แสงสิงแก้ว (2532) ได้กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยมีกลยุทธ์ ดังนี้

1. การกระจายอำนาจในพื้นที่ ให้มีการปกครองช่วยเหลือกันเอง ให้ความต้องการของพื้นที่นั้นเกิดมาจากชาวพื้นที่เอง แล้วทางการปกครองเพียงแต่ช่วยจัดให้เป็นไปตามความต้องการของประชาชนเท่านั้น
2. มุ่งส่งเสริมการเกษตรกรรมของชนบทให้ดียิ่งขึ้น ทำอุตสาหกรรมในครัวเรือนของตนเอง จะได้ไม่ว่างงานและมีสุขอยู่กับงานและรายได้ตามสมควร
3. จัดหรือสนับสนุนโรงเรียนอาชีพของชนบทให้มากขึ้นแล้วแต่พื้นที่ใดมีความต้องการอาชีพใดเป็นพิเศษ
4. การคมนาคม การชลประทาน และส่งเสริมอุปโภคและสวัสดิการเป็นของจำเป็นที่สุดที่จะให้ประชาชนมีความพอใจในพื้นที่ของตนเอง และถ้าต้องการไปติดต่อกับพื้นที่อื่น ก็จะได้สะดวกสบายใจ ทุกแห่งต้องการ “น้ำไหล ไฟสว่าง ทางดี ปรารถนียิ่ง”
5. การป้องกันอาชญากรรมเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะประเทศเรานั้นปัญหาอาชญากรรมมีมาก ซึ่งต้องการกำลังผู้พิทักษ์สันติราษฎร์
6. การศึกษาดีในพื้นที่ เช่น หน่วยงานให้การศึกษาเคลื่อนที่ ห้องสมุดเคลื่อนที่และภาพยนตร์ เป็นต้น ซึ่งประชาชนจะได้รับการศึกษาและมีความสุขจากความรู้เหล่านั้น
7. การอนามัยดี การมีโรงพยาบาลดี สถานอนามัยดีและการอนามัยเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพของประชาชนเป็นของจำเป็นคู่กัน คำขวัญขององค์การอนามัยโลกมีว่า “สุขภาพคือความมั่นคง” หรือ “อโรคยา ปรมา

ลาภา” จะใช้ได้ตลอดกาล คนที่มีโรคจะทำมาหาเลี้ยงชีพไม่ได้ เศรษฐกิจจะตกต่ำขาดรายได้ และจิตใจจะวุ่นวายขึ้นมาทันที

8. นักสังคมสงเคราะห์เคลื่อนที่ สิ่งนี้เป็นของจำเป็นสำหรับโลกปัจจุบันนี้ ผู้ที่จะติดต่อประชาชนได้ดีที่สุด และเข้าใจปัญหาจิตใจของประชาชนแล้วช่วยนำมาถกเถียงแก้ไขให้สุขภาพจิตที่ดีที่สุดน่าจะได้แก่นักสังคมสงเคราะห์

9. ส่งเสริมสวนสาธารณะ วนอุทยาน น้ำตกและที่พักผ่อนหย่อนใจให้มากที่สุด เพื่อเป็นทางระบายอารมณ์ของผู้มีทุกข์และเป็นความภาคภูมิใจของประชาชนในพื้นที่นั้นๆ

10. ศิลปกรรม วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีเดิมซึ่งปฏิบัติกันมาหลายชั่วคน เช่น พิธีทางศาสนาควรได้รับการสนับสนุนและรักษาไว้ นอกจากนั้น วัดคือศูนย์กลางของการสังคม และวัฒนธรรม ดังนั้นวัดควรได้รับการส่งเสริม บูรณะและรักษาให้คงเป็นศูนย์กลางของสังคม และวัฒนธรรมต่อไป

เหนือสิ่งใดทั้งหมด คือการปฏิบัติใดๆ ซึ่งจะให้ประชาชนรู้สึกว่ามีค่าและได้รับการยกย่องเช่น การยกย่องศิลปกรรมวัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมเดิมของเขาโดยจริงใจ เป็นต้น

จากการศึกษาวิจัยของ ทศนา บุญทอง (2544) ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต สรุปได้ดังนี้

1. เน้นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ได้กำหนดความหมายของสุขภาพในลักษณะองค์รวมว่า “เป็นภาวะแห่งความสุข ซึ่งครอบคลุมมิติกาย จิตและสังคม การมีสุขภาพดี หมายถึง การมีร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย หากป่วยก็ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร มีจิตใจที่สบาย สะอาด สงบ ไม่ทรมานทรมาน วุ่นวาย มีความเป็นอยู่ในสังคมที่ดีพอ ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิของทุกคน ทุกคนต้องถือว่า การมีสุขภาพดีเป็นเรื่องปกติที่ต้องการร่วมกันทำให้เกิดขึ้น การเจ็บป่วยเป็นเรื่องผิดปกติที่ทุกคนต้องร่วมกันป้องกัน” จากคำจำกัดความของภาวะสุขภาพแบบองค์รวมจะเกิดขึ้นเป็นรูปธรรมได้ การให้บริการต้องผสมผสานร่วมกันระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบร่วมกันระหว่างพฤติกรรมของบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่มุ่งเน้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยเป็นสำคัญ

2. จัดระบบบริการให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนรับรู้ข้อมูลข่าวสารร่วมตัดสินใจในขั้นตอนต่างๆ จะทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชน และยังเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนและชุมชน ในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งให้องค์กรชุมชนและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

3. จัดระบบบริการที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสมและคุ้มค่ากับการลงทุนคือการบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย และการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น

4. สถานบริการสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญต่อการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วยที่สำคัญ คือ สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลชุมชนซึ่งในความเป็นจริงแล้ว สถานบริการดังกล่าวขาดการสนับสนุนจากรัฐบาลอย่างเพียงพอ เช่น การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการด้านสุขภาพจิต การจัดสรรบุคลากรที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม รัฐจึงควรสนับสนุนให้สถานบริการเหล่านี้ ซึ่งเป็นสถานบริการด่านแรก มีศักยภาพและคุณภาพเพียงพอในการให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะผู้ป่วยทางจิตเวชจะใช้เวลาการบำบัดรักษานาน (Long term care) ปัจจุบันได้มีการดูแลที่อยู่ภายใต้ระบบการจัดการ (Managed care) ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เน้นเรื่องการติดต่อสื่อสาร การประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพสาขาวิชาชีพต่างๆ โดยมุ่งให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และคุ้มค่ากับการลงทุน ประชาชนเข้าถึงบริการได้ ดังนั้นทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงเปลี่ยนจากการดูแลเฉพาะทาง (Speciality care) ไปสู่การดูแลในระดับสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) และเปลี่ยนจากการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลในชุมชนมากขึ้น

5. บุคลากรที่มีบทบาทสำคัญและประชาชนต้องการให้เป็นผู้ให้บริการมากที่สุดคือพยาบาล โดยต้องการให้พยาบาลเยี่ยมบ้าน ติดตามการรักษา ให้การตรวจรักษาเบื้องต้น และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และพบว่าปัญหาสำคัญของการใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนในความเห็นของประชาชน คือ ไม่มีโอกาสซักถามปัญหา จึงเป็นการตัดโอกาสของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วย

สรุป กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพจิตจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สามารถจำแนกออกได้เป็น

1. กลุ่มเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ ประชาชนทั่วไป กลุ่มที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีข้อบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความผิดปกติทางจิต

2. วิธีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตโดยตรง ประกอบด้วยวิธีการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา ช่วยแก้ปัญหาลดความตึงเครียด การส่งเสริมสุขภาพกาย เพราะกายและจิตเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินไปควบคู่กัน

3. วิธีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตทางอ้อม แต่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชน ได้แก่ การกระจายอำนาจในพื้นที่ มุ่งส่งเสริมรายได้ให้แก่ประชาชน การศึกษาที่ดีในพื้นที่ การอนามัยดี นักสังคมสงเคราะห์เคลื่อนที่ ส่งเสริมสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ อารมณ์รักษาไว้ซึ่งขนบธรรมเนียมประเพณีเดิม เน้นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม จัดระบบบริการให้ชุมชนมีส่วนร่วม

2.2 ลักษณะของงานส่งเสริมสุขภาพจิต สามารถดำเนินงานได้หลายรูปแบบอาจจะสรุปเพื่อให้เห็นภาพการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตได้ดังนี้ (อัมพร โอตระกูล, 2538)

2.2.1. ทางการศึกษา ให้ผู้ศึกษาประชาชนให้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตในครอบครัว รับทราบหน้าที่ของพ่อแม่ และความสำคัญของสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างพ่อแม่ลูก รวมทั้งเรื่องจิตวิทยาพัฒนาการเด็ก การเลี้ยงดูอบรมเด็ก ให้ประชาชนทั่วไปรู้และเข้าใจการมีสุขภาพอนามัยที่ดี การมีสุขนิสัยและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต รู้วิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม

2.2.2. ทางด้านการบริการรักษา ควรมีหน่วยบริการสุขภาพจิตให้ทั่วถึงสำหรับชุมชน โดยเฉพาะงานสุขภาพจิตในโรงเรียน รมรณรงค์และจัดให้มีโครงการพิเศษ เพื่อให้ความช่วยเหลือบุคคลกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้มีปัญหาทางเพศ วัยรุ่น วัยสูงอายุ โรคเอดส์ การฆ่าตัวตาย เป็นต้น

2.2.3. ทางด้านการพัฒนา จัดให้มีโครงการพัฒนาต่างๆ ได้แก่ โครงการกระตุ้นเด็กปัญญาทึบหรือเด็กด้อยโอกาส โครงการอาหารกลางวันในชุมชนที่เด็กยังมีปัญหาขาดสารอาหาร โครงการพัฒนาศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่นและการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม เช่น จัดตั้งพิพิธภัณฑ์ จัดงานประเพณีท้องถิ่น โครงการพัฒนากิจกรรมสันทนาการของชุมชน เช่น จัดให้มีห้องสมุด ศูนย์กีฬา สวนสาธารณะ เป็นต้น

2.2.4. ทางด้านการวิจัย ส่งเสริมและจัดสรรให้มีการศึกษาวิจัย ค้นหาปัจจัยที่เป็นเหตุของปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวช เพื่อที่จะได้ทราบปัจจัยเสี่ยง แล้วนำไปดำเนินการป้องกันได้อย่างเหมาะสมหรือศึกษาหาปัจจัยปกป้อง เพื่อนำไปเสริมให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันดีขึ้น ไม่ได้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย

3. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ในขณะเดียวกัน เพื่อรักษาสุขภาพให้คงสภาพดีเรื่อยไป คนเราจำเป็นต้องมีความรู้ในการป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางจิต ซึ่งการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนี้ก็คือหัวใจของงานสุขภาพจิตนั่นเอง การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

3.1 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรก (Primary Prevention)

ความหมายของการป้องกันในระยะแรกก็คือการจัดโรคภัยไข้เจ็บหรือปัญหาสุขภาพไม่ให้เกิดขึ้น ซึ่งในทางหลักสาธารณสุขเราจะทราบหรือประเมินได้โดยดูจากอัตราการเกิดโรค (Incidence rate) ซึ่งจะไม่เพิ่มขึ้นจากเดิมถ้าการป้องกันระยะแรกนี้ได้ผล

ในทางสุขภาพจิต การป้องกันในระยะแรกจะเป็นเรื่องการป้องกันโรคที่เกิดกับสมอง ได้แก่ โรคติดเชื้อที่เกี่ยวกับสมอง อุบัติเหตุทางสมอง และโรคไร้เชื้อที่เกิดกับสมอง รวมทั้งการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะปัญญาอ่อน ซึ่งแต่ละช่วงอายุจะมีการป้องกันพิเศษดังนี้

3.1.1 วัยทารก การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระยะแรกก็คือการให้การดูแลสภาพของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อเซลล์สมองของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ป้องกันความพิการต่อเด็กที่จะเกิดมา เช่น ทารกน้ำหนักน้อย ทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น และป้องกันไม่ให้หญิงตั้งครรภ์กระทบกระเทือนทางจิตใจ เช่น การถูกสามีทอดทิ้งหรือสามีไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ เพราะจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเองหรือพยายามหาทางทำแท้ง เช่น กินยาขับเลือด ซึ่งถ้าการทำแท้งไม่สำเร็จก็จะมีผลต่อเด็กที่จะเกิดตามมาทำให้เกิดภาวะปัญญาอ่อนหรือเป็นโรคที่เกี่ยวกับสมอง ได้แก่ โรคลมชัก โรคออทิซึม (Autism) ได้

3.1.2 วัยเด็กเล็กและวัยเรียน การป้องกันระยะแรกคือ การให้พ่อแม่ตระหนักถึงการเลี้ยงดูเด็กให้มีความเหมาะสมตามวัย โดยให้โอกาสเด็กได้เรียนรู้ ได้ฝึกหัดระเบียบวินัย พ่อแม่ควรเข้าใจการให้อาหารเด็กที่มีคุณภาพและการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดแก่เด็ก

3.1.3 วัยรุ่น พ่อแม่ควรมีความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็ก เพื่อที่จะช่วยเหลือแนะนำแก่เด็กในการปรับตัวเกี่ยวกับเรื่องทางเพศ การคบเพื่อนต่างเพศ การวางตัวในสังคมที่จะพึ่งพาตนเองได้ การเลือกอาชีพ และแนวทางการดำเนินชีวิตในอนาคต

3.1.4 วัยผู้ใหญ่ การป้องกันระยะแรกคือการรู้จักแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำรงชีวิต ได้แก่ ปัญหาในอาชีพการงาน ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชีวิตสมรสและครอบครัว การรู้จักปรับตัวอย่างเหมาะสมเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นหรือมีเหตุการณ์รุนแรงที่ต้องเผชิญในการดำเนินงานชีวิต

3.1.5 วัยสูงอายุ การรู้จักเตรียมตัวเตรียมใจก่อนการเกษียณอายุ รู้จักดำรงชีวิตอย่างเหมาะสมกับวัยที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจนเกินไป การรู้จักระวังรักษาสุขภาพต่อสังขารที่เริ่มเสื่อมเพื่อป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคต่างๆ ที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดตีบแข็งและโรคข้อกระดูกต่างๆ เป็นต้น

3.2 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สอง (Secondary Prevention)

หมายถึงความสามารถตรวจสอบโรคได้ในระยะเริ่มแรก การวินิจฉัยโรคได้โดยไม่ล่าช้าเพื่อไม่ให้โรคหรือการเจ็บป่วยนั้นลุกลามเป็นมากจนแก้ไขรักษาได้ยาก ในทางสาธารณสุขเราสามารถทราบหรือประเมินโดยการดูอัตราความชุกของโรค (Prevalence rate) ซึ่งจะพบว่าลดลงถ้าการป้องกันระยะที่สองได้ผล โดยถือหลักการดำเนินงานที่ว่า การรักษาแต่เริ่มแรกก็คือการป้องกันที่ดี

3.2.1 วัยทารกและเด็กเล็ก การป้องกันระยะที่สองทางสุขภาพจิตก็คือความตระหนักและความเข้าใจในปัญหาทางอารมณ์และจิตใจของเด็ก เช่น อาการลงมือลงเท้า (Temper tantrum) ความกลัวไม่ยอมไปโรงเรียน (School phobia) ปัญหาการพูดในเด็ก เป็นต้น ซึ่งถ้าเราเข้าใจว่าเป็นเรื่องที่สามารถจะแก้ไขได้แล้วรีบให้ความช่วยเหลือแก้ไขก็จะป้องกันการลุกลามไม่ให้เป็นรุนแรงหรือเรื้อรังได้

3.2.2 วัยเด็กและวัยรุ่น การป้องกันคือความสามารถตรวจและให้การรักษาแต่เริ่มแรกของการเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆ ทั้งทางกายและทางจิตใจของเด็ก เช่น พ่อแม่หรือครูควรตระหนักต่อปัญหาการเรียนในเด็ก ควรสืบหาสาเหตุว่าปัญหาผลการเรียนตกต่ำมีสาเหตุมาจากอะไร อันได้แก่ ความบกพร่องทางปัญญาหรือความพิการของระบบประสาทจนทำให้เด็กเรียนไม่ได้หรือไม่ใช่ปัญหาทางร่างกายแต่เป็นเรื่องปัญหาทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดจากครอบครัวเด็กมีปัญหาจนมีผลกระทบทำให้เด็กไม่สนใจการเรียน ฯลฯ เพื่อจะได้ช่วยเหลือแก้ไขให้ถูกต้อง ปัญหาที่จะไม่ลุกลามมากขึ้นจนอาจก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ ต่อไป เช่น เด็กไม่มีจิตใจจะเรียน เมื่อเด็กไม่ยอมเรียนแต่ไม่อาจหลีกเลี่ยงก็จะใช้วิธีการพูดปิดกับพ่อแม่หรืออาจถึงขั้นหนีโรงเรียนซึ่งเมื่อถึงขั้นนั้นก็นำไปสู่ปัญหายุ่งยากเลวร้ายอื่นๆ อีก เช่น เมื่อเด็กไม่ไปโรงเรียนก็อาจเร่ร่อนไปเรื่อยๆ ถ้าไปคบเพื่อนที่ไม่ดีก็อาจจะชักจูงไปสู่การติดสิ่งเสพติดหรือไปรวมพวกกับแก๊งอันธพาลในชุมชนได้ ดังนั้นพ่อแม่หรือครูควรให้ความสนใจต่อปัญหาเล็กๆ น้อยๆ แล้วรีบช่วยเหลือแก้ไขตั้งแต่ปัญหายังไม่รุนแรง โรงเรียนควรมีบริการแนะแนว เพื่อช่วยให้ครูหรือผู้แนะแนวสามารถตรวจกรองปัญหาให้ความช่วยเหลือได้แต่แรกเริ่มโดยไม่ต้องรอจนกระทั่งเด็กมีปัญหาหนักแล้วจึงพาไปปรึกษากับจิตแพทย์

3.2.3 วัยรุ่น การป้องกันคือสามารถตรวจให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหาในการปรับตัวด้านต่างๆ เช่น ความไม่สบายใจในเรื่องทางเพศ ความซึมเศร้าในวัยรุ่น เมื่อพบเห็นปัญหาแล้วควรรีบให้การช่วยเหลือรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ไม่ควรมองข้ามหรือเพิกเฉย เช่น ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ถ้าไม่ช่วยเหลือรักษาก็อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ หรือการติดสารระเหยหรือสารเสพติดในวัยรุ่น ในระยะที่เริ่มเป็น ถ้าตรวจพบแล้วรีบรักษาแก้ไขก็จะช่วยไม่ให้เป็นมากขึ้น หรือเป็นจนเรื้อรังได้ เพราะในรายที่เป็นเรื้อรังแล้วโอกาสการรักษาให้หายขาดจะทำได้ยากขึ้น จึงควรมีบริการสำหรับวัยรุ่นเพื่อให้วัยรุ่นสามารถมีที่พึ่งได้ทันทีเมื่อต้องการ เช่น บริการแนะแนวตามโรงเรียน ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนหรือบริการด่วนทางโทรศัพท์ (Hot line)

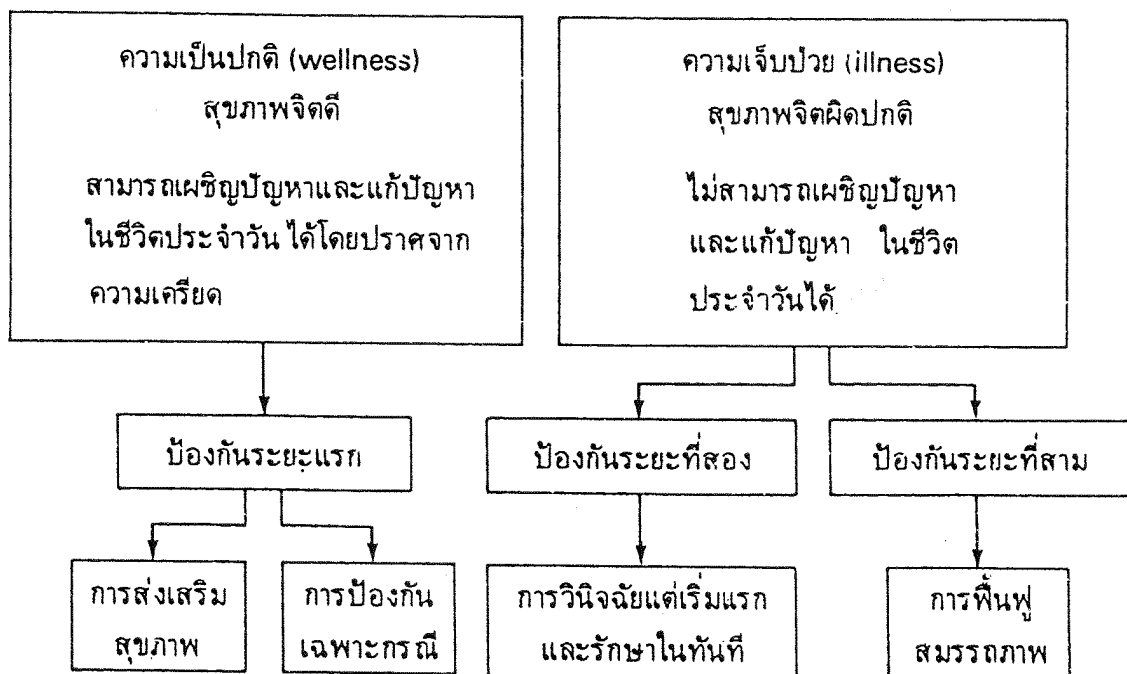
3.2.4 วัยผู้ใหญ่ การป้องกันระยะที่สองทางสุขภาพจิต คือ การให้บริการปรึกษาปัญหาต่างๆ ในการดำรงชีวิตเพื่อช่วยแก้ปัญหาภาวะวิกฤตในวัยผู้ใหญ่ เช่น ภาวะวิกฤตที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยาหรือในครอบครัว ภาวะวิกฤตที่เกิดจากปัญหาการทำงาน ภาวะวิกฤตที่เกิดจากปัญหาที่อยู่อาศัยและเศรษฐกิจ เป็นต้น

3.2.5 วัยสูงอายุ การป้องกันระยะที่สองทางสุขภาพจิตคือ การสนับสนุนในผู้สูงอายุจัดตั้งชมรม หรือมีการรวมกลุ่มกันเพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหา ซึ่งกันและกันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจโดยจัดให้มีการพบปะกันอย่างสม่ำเสมอ มีการเยี่ยมเยียนกันเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย และหากมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกินความสามารถ ให้ประสานงานส่งต่อบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เพื่อให้การช่วยเหลือบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกนอกจากนี้ในด้านการดูแลสุขภาพกายที่สำคัญ คือ การตรวจสุขภาพเป็นประจำจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้สามารถป้องกันการเจ็บป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ เพราะได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาอย่างทันท่วงที

3.3 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สาม (Tertiary Prevention)

หมายถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชหรือมีปัญาสุขภาพจิตให้หายหรือทุเลาขึ้นจนมีสมรรถภาพกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้ โดยการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถตรึงผู้ป่วยที่รักษาดีขึ้นและจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วให้คงดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ต้องกลับป่วยกำเริบมาอีกหรือกลับเป็นซ้ำอีกด้วยวิธีการเฝ้าระวังดูแลติดตามผู้ป่วยที่จำหน่ายไปแล้วเหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอ การประเมินเพื่อทราบว่าการป้องกันระยะที่สามได้ผลนั้นดูได้จากอัตราความชุกของโรคซึ่งจะลดลงหรือหมดไปจากชุมชน

กิจกรรมการป้องกัน 3 ระดับข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่องระหว่างความเป็นปกติ (Wellness) ไปสู่ความเจ็บป่วย (Illness) ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนมีกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นลำดับขั้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงลำดับขั้นของกิจกรรมการป้องกัน 3 ระดับ ที่ต้องปฏิบัติ

แหล่งที่มา : ประยุกต์แบบมาจาก Wellness-Illness Health Continuum โดย Jeanette Lancaster (1980 อ้างใน อัมพร โอตระกูล, 2540)

4. ขอบเขตของงานสุขภาพจิต

จากความหมายของสุขภาพจิต จะเห็นว่าขอบเขตงานทางด้านสุขภาพจิตนั้นกว้างขวางกว่าทางจิตเวชศาสตร์เพราะว่างานสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับคนตั้งแต่ระดับสุขภาพปกติดีไม่ป่วยเป็นอะไรเลยจนกระทั่งถึงระดับที่คนเกิดปัญหาทางจิตหรือป่วยเป็นโรคทางอารมณ์และจิตใจ ดังภาพที่ 1

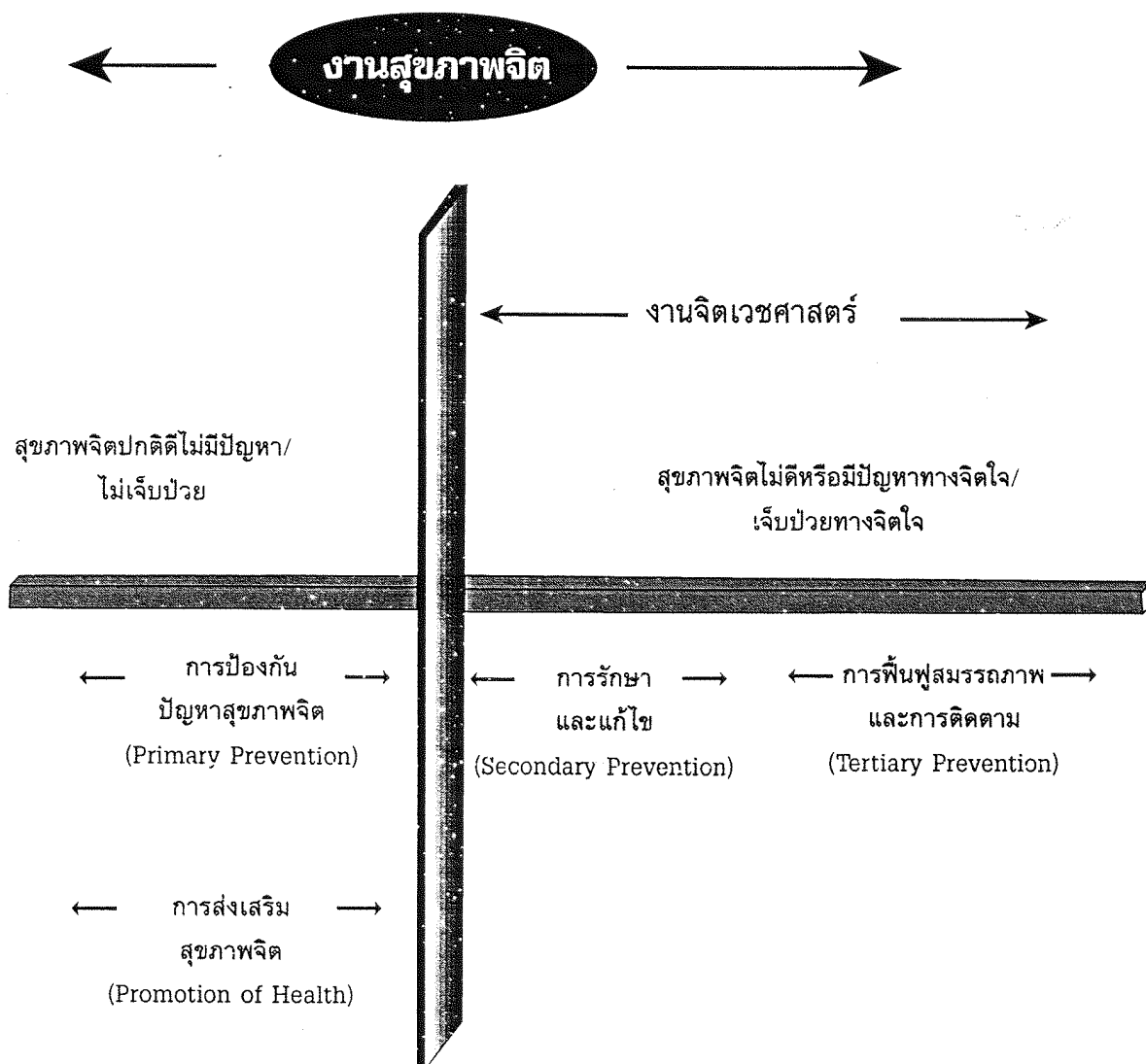
ในสภาวะที่คนเราไม่เจ็บป่วย มีสุขภาพปกติดี ไม่รู้สึกมีปัญหาทั้งทางกายและทางใจ ในช่วงนี้งานสุขภาพจิตก็ต้องทำการส่งเสริมให้บุคคลอยู่ในสภาพเช่นนั้นไปเรื่อยๆ ส่งเสริมให้มีร่างกายที่แข็งแรง มีสภาพจิตใจที่มั่นคงปรับตัวได้ดีเรื่อยไปเพื่อไม่ให้เกิดปัญหา โดยให้รู้ถึงแนวทางที่จะทำให้คนที่สุขสบายอยู่นั้นคงสภาพของตนไว้ ซึ่งได้แก่รู้จักการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ มีการออกกำลังกายเหมาะสมตามวัยอย่างสม่ำเสมอ การรู้จักพักผ่อนหย่อนใจหรือมีการสันทนาการตามสภาพของตน และการหลีกเลี่ยงพิษภัยอันตรายต่างๆ ต่อสุขภาพ สำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กก็ต้องเลี้ยงเด็กให้ถูกต้องตามจิตวิทยา พัฒนาการของเด็ก ให้ความรักและความอบอุ่นแก่เด็ก พ่อแม่ต้องรักใคร่ปรองดองกันเพื่อให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันอันจะช่วยให้ครอบครัวมีสุขภาพจิตที่ดี

สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอาจแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรกก็คือ ขจัดโรคภัยไข้เจ็บหรือปัญหาสุขภาพไม่ให้เกิดขึ้น โดยอาจให้ความรู้กับบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้เข้าใจ คัดกรองปัญหาได้ตั้งแต่ระยะแรกและช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น เพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยตามมาได้

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่ 2 เป็นการตรวจสอบโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและเริ่มทำการรักษา เพื่อไม่ให้เกิดเจ็บป่วยมากจนยากต่อการรักษาหรือกลายเป็นโรครุนแรง หรือโรคเรื้อรัง สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่ 3 จะเน้นที่ปัญหาหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จะทำการดูแลช่วยเหลือและรักษาให้หายหรือทุเลาโดยเร็วที่สุด โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคมจนกระทั่งสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้

โดยสรุปแล้ว งานสุขภาพจิตเป็นงานที่มุ่งเน้นทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพจิตปกติดีไม่มีปัญหา ไม่เจ็บป่วย และรวมทั้งกลุ่มที่สุขภาพจิตไม่ดีหรือมีปัญหาทางจิตใจ และเจ็บป่วยทางจิตใจด้วย ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 ขอบเขตของงานสุขภาพจิต



5. สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

ในช่วงต้นของ ปี ค.ศ. 1960 คำว่า ชุมชน ได้เริ่มมีขึ้นและถูกกำหนด เรียกคู่กับคำว่าสุขภาพจิต ซึ่งสุขภาพจิตชุมชนมีความหมายกว้างกว่าการรักษาในโรงพยาบาล เพราะมีบุคลากรเกี่ยวข้องหลายฝ่าย นอกเหนือจากจิตแพทย์ พยาบาล นักสาธารณสุขแล้ว ยังมีนักวิชาการด้านอื่นๆ อีก เช่น นักการเมือง นักหนังสือพิมพ์ และประชาชนที่สนใจทางสุขภาพจิตร่วมด้วย

ศาสตราจารย์นายแพทย์ ฝน แสงสิงแก้ว (2521) ได้ให้นิยามไว้ว่า สุขภาพจิตชุมชน (Community mental health) คือ แขนงหนึ่งของวิชาสุขภาพจิต ซึ่งนำเทคนิคทางสาธารณสุขไปประยุกต์ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชแก่ประชาชนในชุมชน โดยเน้นหนักงานทางด้านการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิต

วิหุร แสงสิงแก้ว (2527, อ้างในเอกอุมา วิเชียรทอง, 2544) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตชุมชนที่ดีไว้ว่า ชุมชนนั้นต้องประกอบด้วยสมาชิกที่มีสุขภาพจิตดี ตลอดจนชุมชนนั้นมีความสามารถที่จะยอมรับและแก้ไขสมาชิกจำนวนน้อยที่อาจมีสุขภาพจิตไม่ได้

จิตเวชชุมชนเป็นวิชาการแขนงหนึ่งของจิตเวชศาสตร์ว่าด้วยการนำเอาการปฏิบัติงานทางด้านการรักษา การป้องกันโรคทางด้านจิตเวชศาสตร์ และการส่งเสริมสุขภาพจิตมาผสมผสานกันนำไปเสนอให้กับชุมชน โดยเน้นการเข้าถึงชุมชน หรือการลดอุปสรรคต่างๆ ที่ทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการ หรืออาจกล่าวได้อีกอย่างหนึ่งว่าเป็นการปฏิบัติงานทางด้านจิตเวชศาสตร์ในแนวทางของวิชาสาธารณสุขศาสตร์ (กวี สุวรรณกิจ, 2536)

บริการสุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health Care) คือการป้องกันการเกิดโรคจิต ประสาท และส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน โดยมุ่งให้การช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการมากหรือเรื้อรัง โดยเน้นการช่วยเหลือภาวะตึงเครียดจากสิ่งที่อยู่รอบตัวผู้ป่วย ช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาทางอารมณ์ให้สามารถอยู่ได้ในสังคมของตน ช่วยเหลือให้สามารถใช้พลังใจและพลังสติ เพื่อต่อสู้กับปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่ให้มากที่สุด (ลัดดา แสนสีหา, 2539)

สุขภาพจิตชุมชน เน้นถึงการดูแลบุคคล เป็นการดูแลบุคคลและสิ่งแวดล้อมของบุคคล สถานที่ให้บริการไม่ใช่โรงพยาบาล แต่เป็นบ้านหรือที่ที่ใกล้เคียงกับผู้รับบริการ กิจกรรมที่ให้บริการ จะเน้นถึงการขจัดความเครียดที่เกิดขึ้นในชุมชนนั้นๆ (Barbara, 1985 อ้างใน ลัดดา แสนสีหา, 2539)

เอกอุมา วิเชียรทอง (2544) ได้ให้นิยามสุขภาพจิตของชุมชน คือ การที่สมาชิกในชุมชนมีสุขภาพจิต สามารถปรับตัวในการอยู่ร่วมกันได้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยที่อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย และโรคทางจิตเวชได้รับการเฝ้าระวัง ดูแลและช่วยเหลือโดยสมาชิกในชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขรวมทั้งมีการแก้ปัญหาาร่วมกัน มีศักยภาพที่จะพัฒนาชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของสมาชิก มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทั้งสิ่งแวดล้อมภายในชุมชนและสังคมภายนอก

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า

สุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health) เป็นการประยุกต์นำเทคนิคทางสาธารณสุข พฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ ไปใช้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในชุมชน โดยเน้นหนักที่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของสมาชิกในชุมชน

จิตเวชชุมชน (Community Psychiatry) เป็นการนำเทคนิคทางสาธารณสุขไปประยุกต์ใช้ในการ รักษาผู้ป่วยทางจิตในชุมชน โดยเน้นหนักที่การรักษาโรค

ถึงแม้ว่าสองส่วนนี้จะทำงานไปด้วยกัน หรือเป็นส่วนหนึ่งที่ประสานงานกันและกันก็ตาม ในสภาวะ การณ์ปัจจุบัน เมื่อมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพให้ต้องคิดใหม่ และคำนึงถึงความง่ายและความคุ้มค่าใน การเสียทรัพยากรคน สิ่งของ และเสียเงินในการรักษาพยาบาล แล้วเราก็พบคำตอบว่า กลวิธีในการดูแล สุขภาพของประชาชนที่ดีที่สุดและสูญเสียทรัพยากร รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายน้อย ก็คือการป้องกันและส่งเสริม สุขภาพจิตนั่นเอง

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อคุณภาพการบริการ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนต้อง ปรับกลยุทธ์เพื่อให้สามารถเข้าถึงการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตอย่างแท้จริง อยู่ภายใต้ฐานความคิดที่ว่า ครอบครัวยุคใหม่และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ มีผลต่อบุคคลนั้นทั้งระบบ ดังนั้น สุขภาพจิตชุมชนจึงเป็นการนำองค์ความรู้ ไปประยุกต์ใช้กับประชาชนในชุมชน โดยมุ่งเน้นที่การป้องกันโรคจิตเวช หรือส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน จึงเป็นการดูแลบุคคลและสิ่งแวดล้อมของบุคคล โดยสถานที่ให้บริการไม่ใช่โรงพยาบาลแต่เป็นบ้านหรือสถานที่ ที่ใกล้เคียงสำหรับผู้รับบริการ

กฎบัตรออกดาดาว ซึ่งประกาศเมื่อปี ค.ศ. 1986 ระบุว่า “การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่ม ความสามารถในการควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพของประชาชน” (อนวัตน ศุภขุติกุล, 2541) ดังนั้นแนวโน้ม และพลังผลักดันสำคัญที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1996 - 2020 ถ้าจะกล่าวถึงในระบบสุขภาพ เราอาจกล่าวได้ว่า ทิศทางของความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลจะมุ่งไปสู่การป้องกันโรคและยึดชุมชนเป็นหลัก เน้นการดูแลตนเองของประชาชน และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ประชาชนสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการดูแลโดยชุมชน ตลอดจนการดูแลสุขภาพในระดับทุติยภูมิ ที่ต้องการความชำนาญมากขึ้น เพื่อการก้าวเข้าสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

ดังนั้น งานสุขภาพจิตชุมชนและจิตเวชชุมชน จึงมีหลักในการปฏิบัติคือ การคำนึงถึงสุขภาพของ ประชาชนส่วนรวมในชุมชน เพื่อไม่ให้เจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจและให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเข้าใจ สาเหตุของการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิต โดยศึกษาปัจจัยที่เป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรครวมทั้ง ปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนสามารถบอกปัจจัยเอื้อที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตได้ และการให้การ บริการด้านสุขภาพก็จะเน้นการป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามผลการรักษา และให้การ ส่งเสริมสุขภาพจิตรวมทั้งการบริการเชิงรุกแก่ประชาชนในชุมชนด้วย

5.1 หลักการของงานสุขภาพจิตชุมชนและจิตเวชชุมชน มีดังนี้

5.1.1 คำนึงถึงสุขภาพของประชาชนส่วนรวมในชุมชน เพื่อให้เจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ และให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

5.1.2 เข้าใจและรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยของโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต โดยการศึกษابัจจัยที่เป็นเหตุแห่งโรคหรือปัจจัยเสี่ยง และรู้ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้เกิดสุขภาพจิตที่ดีด้วย

5.1.3 ให้บริการเน้นหนักทางการป้องกันโรค รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามผลการรักษา และให้การรักษาในเชิงรุกแก่ประชาชนรวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต

5.2 ลักษณะของงานบริการสุขภาพจิตชุมชนและจิตเวชชุมชน

งานบริการทางจิตเวชชุมชนหรือสุขภาพจิตชุมชนใช้หลักการเดียวกันกับบริการทางด้านสาธารณสุข กล่าวคือ คำนึงถึงขนาดของชุมชนเป็นเกณฑ์ในการให้บริการ คือชุมชนที่มีขนาดไม่น้อยกว่า 75,000 คน และไม่มากกว่า 200,000 คน จะมีบริการหนึ่งบริการในแต่ละชุมชน ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการครอบคลุมทั่วถึงและเป็นงานที่ไม่หนักเกินไปสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

ประเภทของบริการในประเทศสหรัฐอเมริกา ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนแต่ละแห่งจะต้องมีบริการอย่างน้อย 5 ประเภท คือ

1. บริการผู้ป่วยใน
2. บริการผู้ป่วยนอก
3. บริการฉุกเฉิน
4. บริการโรงพยาบาลกลางวัน
5. การให้คำปรึกษาและการสอน

สำหรับในประเทศไทย ประเภทบริการจิตเวชชุมชนของแต่ละหน่วยงานยังมีลักษณะบริการได้ไม่ครบถ้วนดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ เพราะบริการทางการแพทย์ของไทยแบ่งลักษณะงานต่างจากประเทศสหรัฐอเมริกา โดยในประเทศไทยมีบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขตามระบบของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบ่งหน่วยงานบริการเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเฉพาะโรค สถานิออนามัย และงานสาธารณสุขมูลฐาน ส่วนในเขตเมืองและในกรุงเทพมหานครยังมีบริการทางการแพทย์ของเทศบาลและหน่วยงานของรัฐ (มหาวิทยาลัย ทหาร ตำรวจ) และเอกชนอีกต่างหาก ดังนั้นบริการจิตเวชชุมชนและสุขภาพจิตชุมชน จึงแฝงอยู่ในหน่วยงานจิตเวชของแต่ละแห่งหรือแต่ละสถาบัน แต่อย่างไรก็ดีงานบริการจิตเวชชุมชนและสุขภาพจิตชุมชนส่วนใหญ่ของประเทศจะอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกรมสุขภาพจิต ซึ่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบันประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสข) ซึ่งเป็นนโยบายที่สำคัญของรัฐที่ต้องการให้เกิดบริการปฐมภูมิ ที่เป็นรูปธรรมในลักษณะของบริการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” มากขึ้นจึงขอเสนอความหมายของบริการปฐมภูมิ ดังนี้

สมจิต หนูเจริญกุล (2544) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จัดให้กับประชาชนทุกคน ในทุกภาวะของสุขภาพ เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ตั้งแต่มีสุขภาพดีมีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย และระยะสุดท้ายของชีวิต ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค เบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง และการฟื้นฟูสภาพ มีการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่นๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน

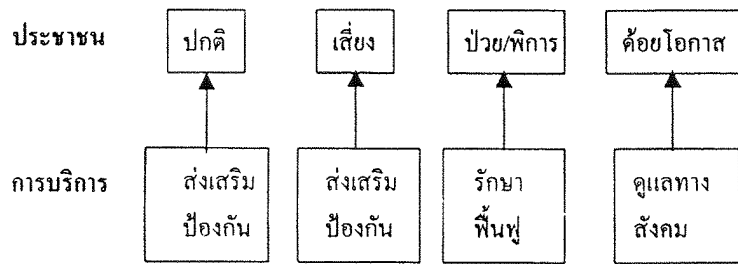
ละเอียด แจ่มจันทร์ (2545) ได้ให้ความหมายของบริการปฐมภูมิว่าเป็นบริการสุขภาพด้านแรกแก่ประชาชนระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยระบบบริการสาธารณสุขของประเทศสามารถจัดให้ได้เพื่อคงสุขภาพไว้ การพึ่งพาตนเองและการกำหนดทางเลือกของตนเองไว้ทุกช่วงของชีวิต บริการในระดับปฐมภูมิจึงเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทุกด้านที่เป็นวิธีในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน

สุพัตรา ศรีวานิชชากกร (2545) ได้ให้ความหมายของบริการปฐมภูมิ หมายถึงการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ในลักษณะที่ผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองได้ในยามที่เจ็บป่วย

Institute of Medicine (1996) ให้ความหมายว่าการให้บริการในระดับปฐมภูมิเป็นการให้บริการที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ อย่างต่อเนื่อง และประสานงานรวมทั้งมีความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการ

สรุป บริการปฐมภูมิ หมายถึง บริการสุขภาพด้านแรกแก่ประชาชนทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน เน้นการสร้างสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การคัดกรองและการดูแลรักษาขั้นต้น การดูแลประคับประคอง และการฟื้นฟูสภาพ มีการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่นๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง จนทำให้การบริการมีความต่อเนื่อง ผลผสมผสานและมีลักษณะองค์รวมทุกด้านที่เป็นปัจจัยในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพของประชาชน

ลำเรียง แหียงกะโทกและรุจิรา มังคละศิริ (2545) ได้ให้แนวคิดในการออกแบบระบบการจัดการบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit หรือ ศสข.) เพื่อเอื้อให้เกิด Good Care ซึ่งรูปแบบการจัดการ



2. การลงทะเบียน การคัดกรอง เป็นการจัดเตรียมเอกสารและข้อมูล เพื่อช่วยให้เกิดการดูแลอย่างผสมผสานเป็นองค์รวมต่อเนื่อง ตลอดจนการค้นหาความคาดหวังของผู้มารับบริการ การประเมินปัญหาด้าน Bio-Psycho-Social การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง การให้คำแนะนำเบื้องต้น

3. บริการหลัก ตรวจรักษา ส่งเสริมป้องกัน ทันตกรรม ER ชั้นสูง ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ และสิทธิประโยชน์

4. การให้คำปรึกษา

4.1 ให้ผู้รับบริการได้เปิดเผยความรู้สึก ค้นหาและเข้าใจปัญหาของตนเอง

4.2 ให้ผู้รับบริการใช้ศักยภาพของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาและปรับตัวให้เหมาะสม

4.3 การให้คำปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะตัว MATRIX PROGRAM

5. บริการก่อนกลับบ้าน

5.1 ตรวจสอบความเข้าใจในการมารับบริการและการตอบสนองต่อความคาดหวัง

5.2 จ่ายยา เก็บเงิน

5.3 นัดหมายเพื่อรับบริการต่อเนื่อง (เยี่ยมบ้าน ส่งต่อ นัดมารับบริการต่อเนื่อง)

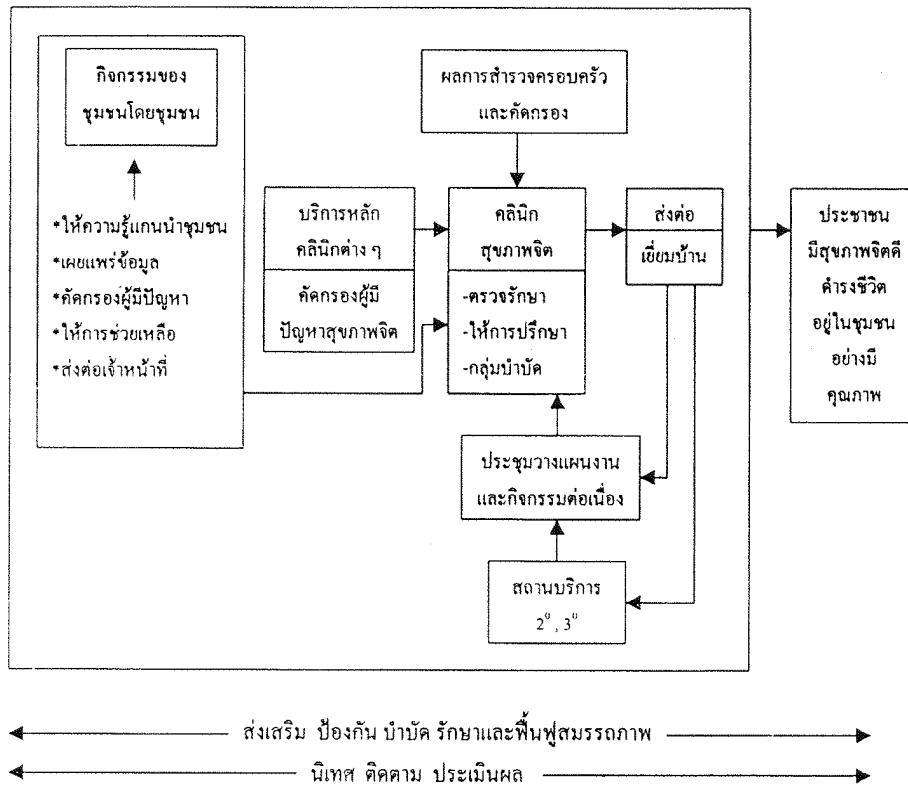
6. การส่งต่อ การเยี่ยมบ้าน

การส่งต่อ	การเยี่ยมบ้าน
- ประสานงานเครือข่าย - มีจุดเชื่อมต่อชัดเจน - มีระบบส่งต่อและตอบกลับ - ถ้าผู้ป่วย Admit ต้องไปเยี่ยมที่ รพ. - ถ้าผู้ป่วยไม่ไปตามการส่งต่อ ต้องไปเยี่ยมที่บ้านเพื่อหาสาเหตุ	- เพื่อรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการและครอบครัว - เพื่อค้นหาศักยภาพของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม นำมาเสริมสร้าง Self Care - เพื่อให้บริการต่อเนื่องโดยติดตามเยี่ยมบ้าน • กรณีที่ผู้ป่วยมารับบริการที่ ศสช. และมีปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง • กรณีที่ผู้ป่วยกลับมาจาก รพ. และมีปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง • กรณีที่ผู้ป่วยขาดนัด • กรณีที่ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลต่อเนื่อง • กรณีอื่นๆ

7. ประชุมวางแผนและกิจกรรมต่อเนื่อง
8. กิจกรรมชุมชน
 - 8.1 การค้นหาศักยภาพ สภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน เพื่อนำมาเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) และแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน
 - 8.2 กิจกรรมบริการชุมชน ได้แก่ การคัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยง/การสอบสวนโรค/การป้องกันควบคุมโรค/การสุขภาพ/การรณรงค์ต่างๆ
 - 8.3 การแสวงหาการมีส่วนร่วมจากชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. กสค. อสร. อสว. ประชาคมสร้างเสริมสุขภาพ
 - 8.4 สนับสนุนบทบาทของชุมชนในการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมประเมินผล ร่วมเรียนรู้
 - 8.5 จัดกระบวนการประชาคม เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ประชาชน
9. การบริหาร
 - 9.1 คน เงิน สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร
 - 9.2 แผนงาน ควบคุมกำกับ ประเมินผล
 - 9.3 การนำองค์กร การจัดองค์กร การสร้างทีมงาน การมอบหมายงาน
10. การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล
 - 10.1 Internal/External Surveyor
 - 10.2 เน้นความเป็นกัลยาณมิตร
 - 10.3 เน้นระบบงานในกระบวนการหลักของ PCU ขั้นตอน 1 - 8
11. กิจกรรมของชุมชนโดยชุมชน
 - 11.1 เป็นกิจกรรมของชุมชนที่สำรวจในครอบครัว (จปฐ.) 32 ตัวชี้วัด ข้อมูลชุมชน 13 ตัวชี้วัด รวมเป็น สถด. ย. 45 ตัวชี้วัด
 - 11.2 ชุมชนจะรู้ปัญหาด้วยตนเอง และวางแผนแก้ไขด้วยชุมชนเอง
 - 11.3 บุคลากรใน ศสข. จะไปร่วม Empowerment ชุมชนให้เข้มแข็งมากที่สุด
 - 11.4 กิจกรรมอื่นๆ ที่ชุมชนดำเนินการเอง และบุคลากรเข้าไปส่งเสริมสนับสนุน

จากแนวคิดที่ได้ในกระบวนการหลักของ ศสข. แบบย่อ (Conceptual Framework) ผู้เขียนได้บูรณาการแนวคิดการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพจิตในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยกระบวนการหลักของ ศสข. เดิมที่มีอยู่และโดยปกติก็เป็นงานประจำของกระบวนการหลักอยู่แล้ว แต่การจัดกรอบแนวคิดครั้งนี้ เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจน เป็นรูปธรรมของการดำเนินงานสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น ดังภาพที่ 4

ภาพที่ 4 แนวคิดการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพจิตในศูนย์สุขภาพชุมชน



จากภาพที่ 4 มีแนวคิดในการดำเนินงานว่า

1. ในกลุ่มประชาชนทั่วไป หรือกลุ่มเสี่ยง จะให้ความรู้แก่แกนนำชุมชนในการนำความรู้ที่ได้ไปเผยแพร่แก่คนในหมู่บ้านและคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นหากเกินขีดความสามารถก็ให้ส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน ศสข. กิจกรรมข้อนี้ เป็นกิจกรรมของชุมชนโดยชุมชนคิดรูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตของตนเอง และมีเครือข่ายการช่วยเหลือดูแลคนในชุมชน

2. ในด้านบริการหลักของ ศสข. ซึ่งเป็นบริการตรวจรักษาในคลินิกต่างๆ ที่จัดขึ้นใน ศสข. เช่น คลินิกเบาหวาน โรคทั่วไป หรือโรคเรื้อรัง หากพบว่า มีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย ให้คัดกรองและนัดหมายมารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิต

3. บริการคลินิกสุขภาพจิต อาจจัดบริการขึ้น เดือนละ 1-2 ครั้ง ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนผู้รับบริการว่ามีปริมาณมากน้อยเพียงใด โดยในคลินิกนี้มีบริการตรวจรักษา รวมทั้งให้บริการยาเดิม แก่ผู้ที่รักษาโรคจิตเวชอย่างต่อเนื่องอยู่เดิม ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยโรคจิตที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นส่งต่อมารับบริการยาที่ ศสข. ไกลบ้าน นอกจากนี้ยังมีบริการให้การปรึกษา กลุ่มบำบัด หรือบริการคัดกรองประเมินภาวะสุขภาพจิตโดยใช้แบบคัดกรองและแบบประเมินทางสุขภาพจิตต่างๆ ในกรณีมีปัญหาซับซ้อน จะส่งต่อไปรับบริการในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิตามความเหมาะสม หรือบางรายต้องเยี่ยมบ้านเพื่อให้การช่วยเหลือ บำบัดรักษาโดยดึงศักยภาพของคนในครอบครัว และชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

4. ในกรณีที่ส่งต่อโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะ Refer และส่งต่อแผนการรักษามาให้ ศสข. เพื่อให้การรักษาที่ต่อเนื่อง

5. มีการประชุมวางแผนการเยี่ยมบ้าน ตลอดจนการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ศสข. ในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในการรักษา

6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน ศสข. นำผลการสำรวจครอบครัว และการคัดกรองที่ได้มาวิเคราะห์และส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาเข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพจิต

กรอบแนวคิด ในการดำเนินงานทั้งหมดนี้ ก็เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดี ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชบ่อยๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควร ซึ่งการจะบรรลุผลการดำเนินงานที่วางไว้หรือไม่ ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

5.3 วิธีการให้บริการในงานสุขภาพจิตชุมชนและจิตเวชชุมชน

จากความหมายของบริการสุขภาพจิตชุมชน จิตเวชชุมชน และลักษณะของงานบริการดังกล่าวไปแล้วข้างต้น เพื่อให้เป็นวิธีการให้บริการในงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนที่เด่นชัดมากขึ้น โดยให้ทุกองค์กรมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ เอกชน ผู้นำชุมชนและประชาชนจึงได้สรุปวิธีการให้บริการ โดยหลักการต้องประกอบด้วย

1. การรักษาหรือให้คำปรึกษางานในด้านนี้ของจิตเวชชุมชนจะมุ่งเน้นบริการรักษาสำหรับครอบครัวและชุมชน ซึ่งหมายความว่าเมื่อมีผู้ป่วยรายหนึ่งรายใดมารักษา ผู้ให้บริการไม่เพียงแต่จะรักษาดูแลเฉพาะตัวผู้ป่วยคนเดียวเท่านั้น แต่จะให้ความอนุเคราะห์ดูแลครอบครัวและผู้ใกล้ชิดของผู้นั้นด้วยว่ามีผลกระทบทางสุขภาพจิตเพียงไร ตลอดจนดูแลผลกระทบที่มีต่อชุมชนอีกด้วย

2. งานการป้องกัน ซึ่งแยกการป้องกันออกเป็น 3 ระดับ คือ

2.1 การป้องกันระยะแรก คืองานที่มุ่งลดอัตราเกิดปัญหาสุขภาพจิต หรือการเจ็บป่วยทางจิตเวชโดยมุ่งเน้นในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจเป็นอันดับแรก

2.2 การป้องกันระยะที่สอง คืองานที่มุ่งลดความชุกของโรคทางจิตเวชหรือการเจ็บป่วยทางจิตใจโดยการค้นหาผู้ป่วยให้เร็วที่สุดและดำเนินการบำบัดรักษาเพื่อไม่ให้อาการป่วยกลายเป็นโรคเรื้อรังหรือรุนแรง

2.3 การป้องกันระยะที่สาม คืองานลดความชุกของโรคของจิตเวชโดยการป้องกันไม่ให้ผู้ที่รักษาทุเลาแล้วกลับเป็นใหม่ซ้ำอีกด้วย การให้การฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตามผลการรักษา

3. งานบริการสุขภาพจิตในงานสาธารณสุขมูลฐาน

องค์การอนามัยโลกเห็นว่าสุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐาน จึงได้วางหลักการสำหรับงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนดังนี้

3.1 พยายามป้องกันบุคคลที่อาจจะมีอันตรายทางสุขภาพจิต (Population at risk in mental illness) ซึ่งจัดเป็นกลุ่มคนอันดับแรกที่จะได้รับความช่วยเหลือ โดยทำการบรรเทาปัญหาสังคมให้บุคคลกลุ่มนี้ หรือให้การช่วยเหลือในส่วนที่คิดว่าจะทำให้บุคคลเหล่านี้หลีกเลี่ยงจากปัญหาสุขภาพจิตโดยอาศัยความรู้ที่ได้มาจากการศึกษาวิจัย

3.2 ผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้าไปในการพัฒนาสาธารณสุขและการพัฒนาด้านอื่นๆ ควบคู่กันไป

3.3 มีการประเมินสถานการณ์สุขภาพจิตโดยยึดหลักว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องเดียวกันกับปัญหาทางจิตเวช

3.4 บุคคลที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตหรือจิตเวชชุมชนไม่จำเป็นต้องเป็นจิตแพทย์เท่านั้น การทำงานด้านนี้ต้องอาศัยบุคลากรหลายประเภทร่วมมือกันทำ และทำกันเป็นทีมร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ นอกจากนี้ จะต้องให้ทีมงานสุขภาพจิตหรือจิตเวชชุมชนในระดับต่างๆ เข้าถึงหมู่บ้าน และเข้าร่วมมือกับประชาชน ซึ่งในการดำเนินงานในประเทศไทย คือ การทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อ.ส.ม.)

กิจกรรมของงานสุขภาพจิตในงานสาธารณสุขมูลฐานประกอบด้วย

3.4.1 งานสุขศึกษา เป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนเน้นในระดับอำเภอ ลงไปถึงระดับตำบลและหมู่บ้าน

3.4.2 งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัยและสถานผดุงครรภ์ทำการรักษาโรคจิต โรคประสาท ในรายที่ได้รับการวินิจฉัย จากจิตแพทย์ชัดเจนแล้วได้ตามความเหมาะสม และมียาทางจิตเวชเพียงพอกับความจำเป็น ซึ่งหมายถึงในรายที่ คนไข้ไปขอรับยาต่อในชุมชน และมีระบบการนำส่งผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อที่มีประสิทธิภาพด้วย

3.4.3 งานควบคุมโรคประจำถิ่นให้ความร่วมมือและสนับสนุนในการค้นหาผู้ป่วยในชุมชน เฝ้าระวังสุขภาพจิตของกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตใจ โรคทางจิตเวชที่บุคลากรสาธารณสุขต้องสามารถตรวจค้นหาในชุมชน และรายงานการเฝ้าระวังโรคได้มีอยู่ 5 ชนิด คือ โรคจิต โรคประสาท ลมชัก ภาวะปัญญาอ่อน และการติดสารเสพติด

3.4.4 งานอาหารและโภชนาการ ให้ความร่วมมือและสนับสนุนทางวิชาการ ให้อาหารที่มีคุณค่าแก่เด็กและเยาวชน โดยเฉพาะแก่เด็กในครรภ์และเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 2 ขวบปีแรก

3.4.5 งานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ให้ความร่วมมือและสนับสนุนทางวิชาการในการเลี้ยงเด็กในระยะ 5 ขวบปีแรก การป้องกันการเกิดของเด็กที่พ่อแม่ไม่พึงประสงค์ หรือเกินความสามารถในการเลี้ยงดู และติดตามผลทางสังคมของผู้ที่ทำหมัน

3.4.6 งานการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคด้านสุขภาพจิต ควรมีบทบาทในการให้ความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาทางด้านจิตใจของเยาวชนซึ่งผู้นำท้องถิ่นควรให้ความสนใจและปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดี ดังนั้นการเลี้ยงดูเด็กให้มีเหตุผล ให้สามารถปรับตัวและแก้ปัญหาได้ และสามารถทนต่อความกดดันทางจิตใจ เป็นงานที่เสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคจิต โรคประสาทสำหรับประชาชน

6. เครื่องชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน

เครื่องชี้วัดหรือดัชนี (indicator) หมายถึงตัวบ่งชี้สถานะของสุขภาพ (state of health) หรือสะท้อนให้เห็นสถานการณ์ที่ต้องการประเมิน หากเป็นดัชนีในการประเมินผล ก็หมายถึงตัวบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ลักษณะของเครื่องชี้วัดที่ดีควรมีลักษณะดังนี้ (อัมพร โอตระกูล, 2540)

1. มีความแม่นยำเที่ยงตรง (validity)
2. มีลักษณะเป็นวัตถุวิสัย (objective) และมีความเชื่อมั่นสูง (reliability) คือประเมินเมื่อใดหรือโดยผู้ใดทำก็จะได้ผลไม่แตกต่างกัน หรือคนเดียวกันทำหลายครั้งก็จะได้ผลคงที่เหมือนเดิม
3. มีความไวในการประเมิน (sensitivity) และในการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์
4. ควรมีลักษณะเฉพาะเจาะจง (specificity) หมายถึง ดัชนีนั้นควรชี้หรือสะท้อนให้เห็นลักษณะของสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงในเรื่องที่ต้องการวัดได้โดยเฉพาะ
5. เป็นข้อมูลที่มีอยู่แล้ว (availability) เป็นข้อมูลที่ทำได้ง่ายและโดยประหยัด (low cost) เป็นที่รู้จักกันทั่วไปหรือเป็นสากลนิยม
6. มีหลักเกณฑ์ทางวิชาการ (scientific) และเป็นที่ยอมรับของวงการนั้นๆ (acceptability)

เครื่องชี้วัดทางสุขภาพจิตชุมชนของไทยในปัจจุบันยังไม่มีลักษณะที่แน่นอนชัดเจน ทั้งนี้ เนื่องจากเรื่องสุขภาพจิตเป็นเรื่องทางนามธรรม การที่จะสร้างเครื่องชี้วัดให้ดีมีลักษณะครบถ้วนดังกล่าวข้างต้นเป็นเรื่องค่อนข้างยาก

7. หน้าที่ของเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน

ความหมายของสุขภาพจิตที่องค์การอนามัยโลกนิยามไว้ที่ว่า สุขภาพจิตคือสภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีคือผู้ที่ไม่เพียงแต่ไม่ป่วยเป็นโรคจิตประสาทเท่านั้น แต่ยังสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมของตนได้อย่างมีความสุข มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยดี มีชีวิตที่สมดุล และสามารถสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีข้อขัดแย้งใดๆ ภายในจิตใจของตนเอง

จากความหมายสุขภาพจิตนี้ จะเห็นได้ว่าเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตชุมชนควรประกอบด้วยสิ่งที่บ่งบอก
ลักษณะ 3 ประการ คือ

1. คนในชุมชนนั้นป่วยทางจิตหรือไม่ หากป่วย ป่วยเพียงใด
2. คนในชุมชนมีชีวิตอย่างปกติสุขมากน้อยเพียงใด
3. คนในชุมชนอยู่ด้วยกันเป็นสังคมที่สงบหรือไม่

ซึ่งองค์ประกอบแต่ละด้านนั้นจะต้องพิจารณาหาตัวชี้บ่งชี้ที่วัดได้โดยเฉพาะอีกครั้ง

โดยทั่วไปเครื่องชี้วัดทางสุขภาพนั้นจะต้องมีทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ทางด้านบวกก็คือ เป็นตัวชี้
บอกว่าสุขภาพดีระดับใด หรือดีมากน้อยเพียงใด เช่น ความยืนยาวของชีวิต ส่วนทางด้านสุขภาพจิต
ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต แต่โดยมากที่นิยมกันมักจะใช้ตัวชี้วัดสุขภาพทางด้านลบ เช่น อัตราการป่วย
อัตราการตาย สถิติการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตทางด้านลบ ได้แก่ ภาวะ
คุกคามในชีวิต (stressful life events)

เมื่อปี ค.ศ. 1981 องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมพิจารณาเรื่องเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตชุมชนขึ้น ณ
กรุงนิวเดลี ซึ่งจากการประชุมครั้งนี้ได้สรุปว่าเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตชุมชนควรมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ดังต่อไปนี้
(World Health Organization, 1981)

1. เครื่องชี้วัดที่บ่งบอกสถานภาพการเจ็บป่วยทางจิตเวช (Indicators related to mental illness) ซึ่งตัว
ชี้ในเรื่องนี้ ได้แก่ อัตราอุบัติการณ์โรคทางจิตเวช (Incidence rate of mental disorders) อัตราการป่วย
ของโรคทางจิตเวช (Morbidity rate of mental disorders) หรืออัตราความชุกของโรคทางจิตเวช (Preva-
lence rate of mental disorders) หรืออาจจะเป็นตัวชี้วัดในทางอ้อมก็ได้ เช่น ปริมาณการให้บริการ
สุขภาพจิตชุมชน (Utilization of mental health services) หรือปริมาณการเข้าพบจิตประสาท เป็นต้น

2. เครื่องชี้วัดที่บ่งบอกสภาพความสุขสมหวังในชีวิต (Indicators related to mental health) ซึ่งใน
ด้านนี้เป็นเรื่องนามธรรมมากที่สุด ยากจะกำหนดได้ว่าอะไรเป็นตัวบ่งชี้ที่ถูกต้อง ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึง
ได้ชี้แนะว่าควรจะวัดในรูปของ 4 องค์ประกอบ คือ

- 2.1 ความรู้สึกที่ชีวิตเป็นปกติสุข (Subjective well-being)
- 2.2 คุณภาพชีวิต (Quality of life)
- 2.3 พัฒนาการทางจิตใจและสังคมของเด็ก (Psychosocial development of children)
- 2.4 การมีชีวิตชุมชน (Community life)

ซึ่งแต่ละองค์ประกอบจะต้องหาตัวบ่งชี้ที่ชัดเจนอีกขั้นหนึ่ง และจะเห็นว่าองค์ประกอบข้อ 2.1 นั้น
ค่อนข้างยาก เพราะการดำรงชีวิตที่ตนเองรู้สึกว่าเป็นสุขนั้นมีเกณฑ์มากมายหลากหลาย มุมมองเรื่องความสุข
ในชีวิตของแต่ละคนหรือแต่ละชุมชนไม่ตรงกัน ดังนั้นในข้อนี้จึงอาจต้องทำการวิจัยเพื่อสร้างหาตัวบ่งชี้วัดในรูป
ของความรู้สึกหรือทัศนคติทางด้านความพึงพอใจของชีวิตหรือความสุขสมหวังในชีวิต

องค์ประกอบ ข้อ 2.2 คุณภาพชีวิตนั้นในประเทศไทยได้ทำการศึกษาพิจารณามานานพอควรจนได้กำหนดเกณฑ์วัดคุณภาพชีวิตที่ชัดเจนแล้ว คือ ความจำเป็นพื้นฐาน (Basic minimum need) ซึ่งมีทั้งความจำเป็นพื้นฐานของเขตเมืองและเขตชนบท

องค์ประกอบ ข้อ 2.3 เรื่องพัฒนาการทางสังคมและจิตใจของเด็ก ตัวชี้วัดคือระดับสติปัญญาหรือไอคิวของเด็กนั่นเอง ซึ่งถ้าเป็นเด็กเล็กต่ำกว่า 5 ปีจะวัดในรูปของพัฒนาการ

องค์ประกอบ ข้อ 2.4 การมีชีวิตชุมชน ตัวบ่งชี้ในข้อนี้ก็ยากที่จะกำหนดเช่นกัน เพราะจะบอกได้อย่างไรว่าชีวิตชุมชนนั้นต้องเป็นอย่างไร แต่ในเรื่องนี้ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี (2530) ได้กล่าวไว้ว่าชีวิตชุมชนจะพัฒนาได้อย่างสมคูลนั้นต้องอาศัยองค์ประกอบ (ขั้น) 5 ประการ คือ

2.4.1 จิตใจ

2.4.2 เทคโนโลยีที่เหมาะสม

2.4.3 ธรรมชาติแวดล้อม

2.4.4 เศรษฐกิจที่พึ่งตนเองได้

2.4.5 วัฒนธรรมชุมชน

ปัจจัยหรือขั้นทั้ง 5 นี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน โดยมีจิตใจเป็นตัวกำหนดเทคโนโลยีกับเศรษฐกิจอย่างสำคัญ จิตใจที่ไม่โลกจะทำเพื่อกินเอง ใ้เอง ประหยัด พยายามอดร่ายจ่าย ทำให้ประกอบกิจหลายอย่าง เช่น ปลุกข้าว ปลุกผัก เลี้ยงปลา ปลุกผลไม้ ทำให้มีกินมีใช้ไม่อดอยาก เพราะธรรมชาติแวดล้อมได้สมคูล มีต้นไม้ขึ้นมาก มีการสร้างปุ๋ยธรรมชาติ ไม่ต้องซื้อยาฆ่าแมลง ธรรมชาติแวดล้อมคือป่าไม้เป็นสิ่งทำให้วัฏจักรของชีวิตมนุษย์สมบูรณ์ เมื่อมนุษย์มีความโลภน้อย ทำกินเองใช้เอง และธรรมชาติได้สมคูลเศรษฐกิจก็ได้สมคูลไม่ขาดทุนไม่เป็นหนี้สิน ทำให้ชีวิตไม่เครียด มีเวลาที่จะคุยกัน มีเวลาที่จะฟังธรรมจากพระจากผู้เฒ่าผู้แก่ มีเวลาที่จะเอื้ออาทรต่อเด็ก คนชรา และคนป่วย จึงเกิดเป็นวัฒนธรรมชุมชน จึงเห็นว่าเบญจขั้นของชุมชนที่เกาะกุมกันอยู่ หรือครองธาตุอยู่ได้เป็นเหตุปัจจัยให้มีความเอื้อเกื้อกันสงบสุข

ดังนั้นตัวบ่งชี้ของเรื่องการมีชีวิตชุมชนน่าจะเป็นการมีกิจกรรม (activity) ของชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชน (participation)

3. เครื่องชี้วัดที่บอกความสับสนของสังคม (Indicators related to social disorganization) ซึ่งในองค์ประกอบนี้มีมากมายหลายด้านแล้วแต่จุดสนใจ ได้แก่

3.1 ด้านเศรษฐกิจ ตัวบ่งชี้ เช่น อัตราการว่างงาน รายได้ต่อหัวต่อปี ฯลฯ

3.2 ด้านสภาพครอบครัว ตัวบ่งชี้ เช่น อัตราการหย่าร้าง สถิติเด็กกำพร้า สถิติเด็กจรจัด สถิติพ่อแม่เดี่ยว (Single parents) สถิติการติดสิ่งเสพติด ฯลฯ

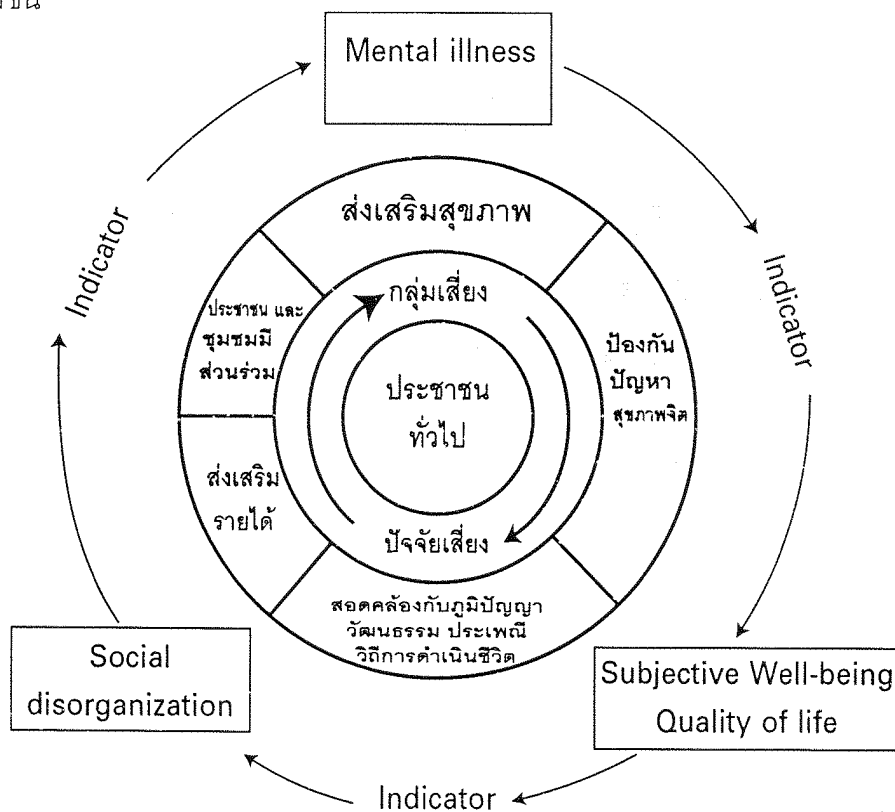
3.3 ด้านความปลอดภัยในสังคม ตัวบ่งชี้ เช่น สถิติอาชญากรรม สถิติการถูกฆ่าหรือฆาตกรรม ฯลฯ

3.4 ด้านปัญหาทางเพศ ตัวบ่งชี้ เช่น สถิติการข่มขืน สถิติปัญหาทางเพศต่างๆ ฯลฯ

สรุปแล้วเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตชุมชนนั้นอย่างน้อยต้องบอกถึงองค์ประกอบข้อแรกซึ่งเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตของชุมชน ส่วนองค์ประกอบข้อที่สองและข้อที่สามเป็นตัวชี้วัดที่เสริมบอกสถานภาพสุขภาพจิตของชุมชนว่าเป็นอย่างไรให้ชัดเจนขึ้น ซึ่งถ้ามีครบทั้ง 3 องค์ประกอบก็ถือว่าบอกสถานภาพสุขภาพจิตของชุมชนนั้นได้ครบถ้วนชัดเจน

8. กรอบแนวคิดในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน

ภาพที่ 5 กรอบแนวคิด (Conceptual Framework) ในการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน



จากภาพที่ 5 กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน ส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนจะเน้นในกลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือการเจ็บป่วย ทางด้านจิตใจ ซึ่งในการส่งเสริม ป้องกัน สำหรับในกลุ่มเสี่ยงนั้นจะต้องค้นหาปัจจัยเสี่ยง และแก้ไขปัญหาด้านสาเหตุ และปัจจัยของปัญหานั้นๆ โดยกำหนดกลยุทธ์ วิธีการให้สอดคล้องกับการแก้ปัญหา ภูมิปัญญาของท้องถิ่น วัฒนธรรม ประเพณี วิถีการดำเนินชีวิต โดยให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประชาชนทุกคนตระหนักและเห็นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองโดยชอบธรรม

นอกจากนี้ในการที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสส่งเสริมสุขภาพจิตของตนเอง และส่งเสริมสุขภาพจิตของครอบครัวและชุมชนได้ดีหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับรายได้ของครอบครัวด้วย โดยหากครอบครัวมีรายได้ในชุมชนที่ตนเองอยู่อาศัย ก็ไม่มีความจำเป็นต้องย้ายถิ่น หรือหัวหน้าครอบครัว ต้องไปทำงานในต่างจังหวัด ในเมือง หรือในเมืองหลวงก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนในครอบครัว ฉะนั้นจึงต้องมีองค์กรต่างๆ ในชุมชน สร้างเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีรายได้ ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพจิตดีไปด้วย การประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตว่าได้ผลดีหรือไม่ ประการใด สามารถศึกษาได้จากเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน (Indicator) ซึ่งได้แก่ สถานภาพการเจ็บป่วยทางจิตเวช ความสุขสมหวังในชีวิต ความสับสนแตกแยกของสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ ซึ่งสามารถบ่งบอกได้ว่าสุขภาพจิตของคนในชุมชนนั้นๆ เป็นอย่างไร

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น เป็นการกล่าวถึงภาพรวมในการดำเนินงานส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนโดยสรุป ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานในชุมชนได้ อย่างไรก็ตามการส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยต่างๆ ที่ได้กล่าวไว้แล้วในตอนต้น ก็เป็นรากฐานที่สำคัญของบุคคลที่จะสามารถเผชิญปัญหาได้ดีเพียงใด เมื่อมีปัญหากระทบส่งผลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของบุคคลที่แตกต่างกันออกไปอีกด้วย ตลอดจนรากฐานทางการศึกษา การประกันสุขภาพ ระบบการปกครองของประเทศ ล้วนส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตเช่นกัน

บทที่ 3

บทบาท หน้าที่ของทีมสุขภาพจิต

ในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนนั้นจะต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม เพราะการทำงานโดยวิชาชีพใดเพียงวิชาชีพเดียว การดำเนินงานย่อมไม่ประสบผลสำเร็จอย่างแน่นอน ฉะนั้นทีมสุขภาพจิตจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ทีมสุขภาพจิตชุมชนที่กล่าวถึงได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด นักนันทนาการ และนักกิจกรรมบำบัด สำหรับ 2 วิชาชีพหลังอาจยังมีบทบาทในการดำเนินงานสุขภาพจิตที่ยังไม่ชัดเจนในประเทศไทย ในบทนี้ผู้เขียนได้ตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพจิต ที่มีต่อการดำเนินงาน จึงได้ทำการสัมภาษณ์วิชาชีพดังกล่าวข้างต้นถึงบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนที่ปฏิบัติงานจริงในหลายปีที่ผ่านมาว่ามีบทบาทอย่างไร ประกอบกับการทบทวนตำรา เอกสาร และวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาเรียบเรียงเป็นบทบาทหน้าที่ในแต่ละวิชาชีพ ดังนี้

บทบาท หน้าที่ของจิตแพทย์กับงานสุขภาพจิตชุมชน

จิตแพทย์มีหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตชุมชน ดังต่อไปนี้

1. รับผิดชอบต่อประชากรในชุมชน (Responsibility to a population) ซึ่งหมายถึง การมีแผนที่จะค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพจิตทั้งหมดที่มีในชุมชนรู้ถึงแหล่งสนับสนุนหรือทรัพยากรที่จะใช้ให้เป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคหรือส่งเสริมสุขภาพจิต ร่วมมือกับบุคคลต่างๆ ในชุมชนในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งก็ต้องให้ความสำคัญของการส่งเสริม ป้องกัน ไม่น้อยกว่าด้านการรักษา และเป็นบริการที่ควรครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มในชุมชน ไม่ว่าเด็ก ผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ
2. ให้บริการดูแลรักษาที่อยู่ใกล้ชุมชน (Treatment close to the patient) บริการสุขภาพจิตควรจัดไว้ในบริเวณใกล้เคียงกับที่อยู่หรือที่ทำงานของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้โดยเร็ว สะดวกทั้งในกรณีปกติและกรณีฉุกเฉิน และการอยู่รักษาในสถานบริการในรายที่จำเป็นก็จะใช้เวลาเพียงสั้นๆ เท่านั้น
3. สามารถให้บริการแบบเบ็ดเสร็จได้ (Comprehensive services) โดยมีบริการหลายอย่างตามความต้องการและความจำเป็นของชุมชน ได้แก่
 - 3.1 บริการจิตเวชฉุกเฉิน (Emergency services) ตลอด 24 ชั่วโมง
 - 3.2 บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient services)
 - 3.3 บริการโรงพยาบาลเฉพาะช่วงเวลา (Partial hospitalization) เช่น โรงพยาบาลกลางวัน
 - 3.4 บริการผู้ป่วยใน (Inpatient services)
 - 3.5 บริการให้คำปรึกษาและสุขภาพจิตศึกษา (Consultation - education services)

นอกจากนี้ยังควรมีบริการสุขภาพจิตสำหรับเด็ก คนชรา ผู้ติดสุราและผู้ติดสารเสพติด การคัดแยกผู้ป่วยที่มีปัญหาก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การติดตามดูแลรักษาหลังออกจากโรงพยาบาล (follow up services) บริการแบบบ้านกึ่งวิถี เป็นต้น

4. ร่วมทำงานเป็นทีม (Multidisciplinary team approach) ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาล จิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช นักอาชีวบำบัด นักสันหนนาการ เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และเจ้าหน้าที่ธุรการ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถครอบคลุมปัญหาและให้การช่วยเหลือได้ทั่วถึง

5. สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) เพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การรับบริการที่แผนกฉุกเฉิน การรักษาในโรงพยาบาล การติดตามดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล มีการโอนหรือส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยให้ผู้รักษาอื่นในกรณีที่มีความจำเป็นต้องโอนการรักษาไปให้ผู้รักษาใหม่ หรือส่งไปรับบริการในสถานบริการที่ใกล้บ้านผู้ป่วย

6. จัดการให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Consumer participation) ให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการตัดสินใจ และจัดหาบริการต่างๆ สำหรับชุมชนของเขา ซึ่งเชื่อว่าการมีส่วนร่วมนี้จะทำให้บริการที่จัดขึ้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขสภาพปัญหาในชุมชนได้ดีขึ้น

7. ส่งเสริมให้มีการป้องกันทางด้านจิตเวช (Prevention) โดยบริการจะต้องครอบคลุมการป้องกันทั้ง 3 ระดับ ได้แก่

7.1 การป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการป้องกันที่สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค หรือการลดอุบัติการณ์ของโรคด้วยวิธีการต่างๆ

7.2 การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการป้องกันการเกิดการด้อยความสามารถในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเวช โดยพยายามที่จะลดระยะเวลาที่ต้องป่วยเป็นโรคทางจิตเวชลงให้สั้นที่สุด ได้แก่ การพยายามค้นหาให้พบผู้ป่วยทางจิตเวชเสียตั้งแต่ในระยะเริ่มป่วย (Early case finding) และให้การรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและทันทีทันใด ซึ่งนอกจากจะเป็นการป้องกันการด้อยความสามารถในด้านต่างๆ แล้ว ยังเป็นการลดความทุกข์ของโรคในชุมชนลงด้วย

7.3 การป้องกันตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันการกลับมาของโรคทางจิตเวช โดยอาศัยการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ผู้ป่วยด้วยวิธีการต่างๆ ตามความเหมาะสมและตามสภาพของผู้ป่วย

8. บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต (Mental health consultation) คำปรึกษาที่ให้อาจเป็นในรูปแบบของการเน้นที่ตัวผู้รับคำปรึกษา (Consultee centered) โดยการรักษาแก้ไขสภาพอารมณ์ หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย หรือบริการอาจจะเน้นการแก้ไขที่ตัวระบบ หรือสิ่งที่กระทบต่อผู้ป่วย (Program-centered) เป็นสำคัญ

9. การประเมินผลและการวิจัย (Evaluation and research) เพื่อทราบถึงสภาวะการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น และหาข้อมูลความเป็นจริงของปัญหาที่มีอยู่เพื่อการวางแผนการดำเนินงานให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

10. มีการติดต่อเชื่อมโยงกับบริการอื่นๆ ในชุมชน (Linkage to health and human services) เพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับองค์กรอื่นๆ ที่ให้บริการในชุมชน เช่น หน่วยงานของประชาสงเคราะห์ พัฒนาการ องค์กรเอกชนเพื่อการกุศล โรงเรียน วัดและอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อสามารถให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตได้สมบูรณ์ขึ้น

บทบาท หน้าที่ของพยาบาลกับงานสุขภาพจิตชุมชน

ก่อนที่จะกล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในงานสุขภาพจิตชุมชนจะขอกล่าวถึง หลักการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน ดังนี้

1. การพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน สามารถแบ่งออกเป็นกรอบแนวคิดเฉพาะ ได้แก่ กระบวนการปฏิบัติงานการให้บริการสุขภาพและการพยาบาลในชุมชน และกลยุทธ์ในการให้ความช่วยเหลือชุมชนในการเสริมสร้างสุขภาพจิต ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจิตจึงประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1.1 การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต เพื่อให้บุคคลในชุมชนเกิดความรู้ ความเข้าใจปัญหาและความรุนแรง ความสูญเสียในการรักษา การเฝ้าระวัง การสังเกตและการดูแลตนเองรวมทั้งคนใกล้ชิด หรือคนในครอบครัว ในชุมชน เพื่อประสิทธิภาพในการส่งเสริมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน

1.2 การป้องกันโดยวิธีการให้ความช่วยเหลือด้วยการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อให้สามารถเรียนรู้แบบแผนในการสร้างสัมพันธภาพ และการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในชุมชน สังคม และการให้การปรึกษายังช่วยให้เกิดผลกระทบต่อผู้ใหญ่ และเด็กที่มีกิจกรรมร่วมกันอย่างใกล้ชิด ดังนั้น กลุ่มที่ต้องการกิจกรรมเป็นหลัก คือ การให้การปรึกษาครอบครัว และกลุ่มย่อยในสังคม ตลอดจนการใช้สื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อภาพยนตร์ วิดีทัศน์ วิทียูทูปกระจายเสียง สื่อเทคโนโลยีอื่นๆ รวมทั้งสื่อบุคคลเพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพจิต และใช้ในการคลายเครียดให้กลุ่มคนในชุมชน

2. การพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน พิจารณาปัจจัย ถิ่นที่อยู่ สังคม ครอบครัว ประสบการณ์ของสมาชิก ความเครียด และปัญหาชีวิตประจำวัน เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลแนะแนวทางที่จะเพิ่มศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจิต โรคประสาท

3. การพยาบาลสุขภาพจิตชุมชนใช้แนวคิดหลักของการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแลบุคคลทั้งคน หมายถึง ครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยการนำมโนทัศน์หรือกระบวนการความคิดและประสบการณ์ชีวิตของบุคคลมาผสมผสานกันทั้งหมด

4. การพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน ต้องมุ่งเน้นให้มีการช่วยเหลือบุคคลด้วยการดูแลสุขภาพจิต เพราะบทบาทของวิชาชีพพยาบาลนั้นต้องบูรณาการและผสมผสานศาสตร์สหวิทยาการ ทั้งทางมนุษยวิทยา

จิตวิทยา สังคมวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ ศาสตร์การดูแลตนเอง และวิธีการทางวิทยาศาสตร์ โดยมีการประยุกต์แนวคิด บูรณาการเพื่อนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. แนวคิดหรือโมทัศน์ของชุมชนในความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน หมายถึงต้องพิจารณากลุ่มเป้าหมาย สังคมของชุมชน เครือข่ายของสังคมเป็นอันดับแรก

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในงานสุขภาพจิตชุมชน

เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีความใกล้ชิด และมีบทบาทสำคัญในการดูแล ผู้รับบริการและครอบครัว ตลอดจนพยาบาลมีบทบาทในการดูแลบุคคลให้ครอบคลุม กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ เพื่อให้เป็นการดูแลแบบองค์รวมแล้ว พยาบาลต้องมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตชุมชน และจิตเวชชุมชน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มต้น และตรงตามสภาพปัญหาที่แท้จริง รวมทั้งมีความต่อเนื่องและมีคุณภาพ ในการดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และจิตเวช พยาบาลใช้วิธีการสื่อสาร และสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพหรือสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการเป็นเครื่องมือสำคัญ (กรมสุขภาพจิต, 2542)

ดังนั้น พยาบาลในงานสุขภาพจิตชุมชนต้องมีคุณลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. มีความตระหนักในตนเอง
2. ใจกว้าง
3. มีความยืดหยุ่น
4. มองโลกในแง่ดี
5. มีจิตใจมั่นคง จริงใจ อุดม
6. มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น
7. รักษาความลับได้

บทบาทของพยาบาลในงานสุขภาพจิตชุมชน เพื่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี และป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ เพราะถือว่าผู้รับบริการคือคนในชุมชนและชุมชนทั้งหมด การพยาบาลจึงควรยึดหลักการป้องกัน 3 ระยะ โดยพยาบาลในงานสุขภาพจิตชุมชนมีบทบาท และวิธีการให้บริการจะประกอบด้วย

1. **การรักษาหรือให้คำปรึกษา** งานในด้านสุขภาพจิตชุมชนจะมุ่งเน้นบริการรักษาสำหรับครอบครัว และชุมชน ซึ่งหมายความว่าถ้ามีผู้ป่วยมารักษา ผู้ให้บริการไม่เพียงแต่จะรักษาดูแลเฉพาะตัวผู้ป่วยคนเดียวเท่านั้น แต่จะให้ความอนุเคราะห์ดูแลทั้งครอบครัวและผู้ใกล้ชิดของผู้นั้นด้วย ว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพจิตเพียงไร ตลอดจนผลกระทบที่อาจจะเกิดต่อชุมชนอีกด้วย

2. งานการป้องกัน ซึ่งแยกการป้องกันออกเป็น 3 ระดับ คือ

2.1 การป้องกันขั้นต้น เป็นงานที่มุ่งลดอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการส่งเสริมและการป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต โดยป้องกันการเกิดตัวก่อความเครียด ส่งเสริมให้ประชาชนหาแนวทางการเผชิญกับตัวก่อความเครียดในทางที่ถูก และมุ่งเน้นหรือค้นหากลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง โดยการปฏิบัติดังนี้

2.1.1 ค้นหาสิ่งทำให้เกิดความเครียดต่อชุมชน และหากกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง

2.1.2 จัดกลุ่มส่งเสริมและให้ความรู้ แก่ผู้ปกครองในการดูแลวัยรุ่น จัดกลุ่มในโรงเรียน จัดศูนย์บริการสุขภาพจิต

2.1.3 จัดกลุ่มกิจกรรมช่วยเหลือสำหรับรายบุคคล ครอบครัว คู่รัก

2.1.4 เป็นผู้ให้การปรึกษาในการดูแลสุขภาพจิต

2.1.5 ให้การศึกษาด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนด้วยวิธีต่างๆ เพื่อให้ประชาชนได้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิต และความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

2.1.6 วางแผน และกำหนดนโยบายให้บริการด้านการพยาบาลจิตเวชชุมชน

2.2 การป้องกันขั้นที่ 2 เป็นงานที่มุ่งลดความทุกข์ของโรค เป็นการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะสั้นๆ สืบค้นผู้มีปัญหาทางจิตให้ได้รับการรักษาทันที่ เพื่อไม่ให้อาการป่วยเกิดเป็นเรื้อรังหรือรุนแรง โดยการปฏิบัติดังนี้

2.2.1 การทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว

2.2.2 การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฆ่าตัวตายและให้การช่วยเหลือผู้ที่เข้าสู่ภาวะวิกฤต

2.2.3 ให้การรักษาและเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้มีปัญหาทางจิต

2.2.4 ช่วยลดภาวะความตึงเครียดหรือความกดดัน ที่เกิดกับประชาชนหรือชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

2.2.5 สืบค้นผู้ป่วยและส่งต่อให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว

2.2.6 ให้บริการฉุกเฉินทางด้านสุขภาพจิต

2.2.7 ให้บริการ คัดกรอง และประเมินแก่ผู้มารับบริการ

2.2.8 การให้บริการในโรงพยาบาล และดูแลการให้ยาผู้ป่วย ฯลฯ

2.3 การป้องกันระยะที่สาม เป็นการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ แก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิตเพื่อลดความทุกข์ของโรค โดยปฏิบัติดังนี้

2.3.1 ทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล

2.3.2 ประสานงาน ช่วยเหลือติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด การเยี่ยมบ้าน และบริการอื่นๆ

2.3.3 สอนให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเองก่อนออกจากโรงพยาบาล

2.3.4 บริการให้การสนับสนุนผู้ป่วย

2.3.5 การทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว

2.3.6 ส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และต่อเนื่อง

2.3.7 จัดโครงการโรงพยาบาลเฉพาะบางเวลา

จะเห็นได้ว่า บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชชุมชน มีทั้งทางตรงและทางอ้อม พยาบาลต้องปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ บุคลากรวิชาชีพอื่นๆ องค์กรในชุมชนและประชาชน ดังนั้น บทบาทการพยาบาลชุมชนในปัจจุบัน ยิ่งเป็นความท้าทายของพยาบาลในชุมชนในการที่จะใช้ทักษะการประสานงานที่ดี เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันในชุมชน ตลอดจนใช้องค์ความรู้ และกระบวนการพยาบาลค้นหาความต้องการ และสาเหตุของปัญหา แหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งพัฒนารูปแบบการส่งต่อ การบำบัดรักษาเพื่อให้ครอบคลุมแบบองค์รวม และสนับสนุนการเผชิญปัญหาอย่างถูกต้อง โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมป้องกัน และดูแลเกี่ยวกับสุขภาพจิตในชุมชน

แมรี นายส์ และเมลานี แมคอีเวน (Mary Nies & Melanie McEwen, 2001) กล่าวว่า บทบาทของการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน ประกอบด้วยแนวคิด 2 ประการ ได้แก่ บทบาทในการเป็นผู้สอน เป็นนักกิจกรรมหรือนักปฏิบัติ และเป็นนักประสานความร่วมมืออีกด้วย ซึ่งสามารถปฏิบัติกรพยาบาลได้กับทั้งบุคคลรายคน ครอบครัว และในระดับชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของอัลเลนเดอร์ จูดิธ และ บาบารา สเปรดเลย์ (Allender Judith & Barbara Spradley, 2001) ที่มองบทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนว่าพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ รวมทั้งค้นหาผู้ป่วยทางจิต และส่งต่อเพื่อรับการรักษาทันที่ และยังมียบทบาทในการเป็นผู้ประสานงาน ซึ่งต้องประสานกับบุคคลที่เป็นผู้รับบริการ ครอบครัว กลุ่ม หรือชุมชน ซึ่งพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายร่วมกันในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน โดยใช้กลยุทธ์ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเป็นประเด็นสำคัญ

บทบาท หน้าที่ของงานจิตวิทยาคลินิก

งานจิตวิทยาคลินิกชุมชน เป็นการประยุกต์องค์ความรู้ทางจิตวิทยาคลินิก และจิตวิทยา สาขาอื่นๆ มาใช้ในการรณรงค์ ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับประชาชนในชุมชนทุกระดับ ด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาและจัดทำสื่อฝึกอบรมและเผยแพร่ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์และสื่ออื่นๆ โดยมุ่งให้ประชาชนมีแรงจูงใจ เกิดการเรียนรู้ สนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพัฒนาตนเองให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น หรือพ้นจากภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ การดำเนินงานยังมุ่งเน้นประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็ก และเยาวชนที่มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ การติดสารเสพติด เด็กที่ถูกกระทำ

ทารุณกรรม ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ผู้ประสบอุบัติเหตุ ผู้ว่างงาน ผู้อพยพ และผู้สูงอายุ และเป็นที่ปรึกษาให้กับองค์กรต่างๆ ในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยงานสำคัญๆ ดังต่อไปนี้

1. การถ่ายทอดความรู้ทางจิตวิทยาคลินิก สุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพ ในชุมชน
2. การสืบค้นปัญหาสุขภาพจิตในระยะเริ่มแรกของกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ในชุมชนด้วยเครื่องมือและกระบวนการทางจิตวิทยา
3. ส่งเสริมและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต ในระยะเริ่มแรก
4. การพัฒนาบุคลิกภาพ
5. การถ่ายทอดแนวคิดทางจิตวิทยาเพื่อผลิตรูปแบบและพัฒนาสื่อต่างๆ ในการรณรงค์และส่งเสริมสุขภาพจิต

แนวทางการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิกในชุมชน งานส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะเริ่มแรก

1. ศึกษาและวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาสุขภาพจิต เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดย
 - 1.1 ค้นคว้าข้อมูลข่าวสาร สถิติ เอกสารวิชาการ
 - 1.2 สัมภาษณ์ผู้นำชุมชน หรือแกนนำชุมชนเป้าหมาย เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงาน โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมาย และวัตถุประสงค์การดำเนินงาน
2. วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย รูปแบบการดำเนินงาน และเทคโนโลยี
 - 2.1 วิเคราะห์ลักษณะประชากร โดยจำแนกกลุ่มเป้าหมายในชุมชนว่า จัดอยู่ในกลุ่มปกติหรือกลุ่มเสี่ยง
 - 2.2 วิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานโดยจำแนกเป็น
 - 2.2.1 รูปแบบที่นักจิตวิทยาคลินิกดำเนินการเอง
 - 2.2.2 รูปแบบที่นักจิตวิทยาคลินิกมีบทบาทเป็นแกนกลางประสานงาน
 - 2.2.3 รูปแบบที่นักจิตวิทยาคลินิกมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการแก่บุคคลหรือองค์กรอื่นๆ ที่รับผิดชอบดำเนินการ
3. ศึกษาค้นคว้า จำแนกอุปกรณ์ และเทคโนโลยีในการดำเนินงาน
4. วางแผนการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพจิตศึกษา
 - 4.1 ประสานงานกับผู้นำชุมชน หรือองค์กรในชุมชน เพื่อร่วมกำหนดแนวทาง และแผนการดำเนินงาน โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมาย วิธีการ ขั้นตอนการดำเนินงาน สถานที่ ระยะเวลา งบประมาณและวิธีประเมินผล

- 4.2 ออกแบบการประเมินผล
- 4.3 กำหนดวัตถุประสงค์ ดัชนี และเกณฑ์การประเมินผล
- 4.4 สร้างเครื่องมือการประเมินผล
5. ดำเนินการตามแผนที่วางไว้
6. ประเมินผลลัพธ์ผลกระทบ ที่ได้จากการดำเนินงาน
 - 6.1 เก็บรวบรวมข้อมูล
 - 6.2 วิเคราะห์ข้อมูล
 - 6.3 เขียนรายงาน

บทบาท หน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์

1. ด้านป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในกลุ่มเสี่ยง

เช่น ผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ผู้สูงอายุ วัยรุ่น เป็นต้น เมื่อเกิดภาวะวิกฤตต่างๆ รวมทั้งภาวะวิกฤตด้านเศรษฐกิจ โดยให้การปรึกษา ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ และการประสานทรัพยากรทางสังคม นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน และการติดต่อเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงทรัพยากรชุมชนที่เขาต้องการและมีอยู่แล้ว แต่ประชาชนยังไม่ทราบถึงวิธีการที่จะเข้าถึง

2. ด้านส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

2.1 การส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น กระบวนการ AIC การสนทนากลุ่มเฉพาะเรื่อง (Focus group) ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดำเนินงาน

2.2 เผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพจิตชุมชนในรูปแบบต่างๆ เช่น การบรรยาย จัดนิทรรศการ การเผยแพร่เอกสารและสื่อต่างๆ

2.3 จัดอบรม/ประชุม/สัมมนา โครงการสุขภาพจิตชุมชนต่างๆ ประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่นั้นๆ เช่น สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ หรือเจ้าหน้าที่จากกระทรวงอื่นๆ เช่น กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม กระทรวงศึกษาธิการ เป็นต้น

2.4 ให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน ในรูปแบบของการอบรม สัมมนา อภิปราย โดยเน้นกลุ่มที่เป็นผู้นำในชุมชน เช่น ครู อาจารย์ พระสงฆ์ รวมทั้งเน้นไปที่กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น นักเรียน วัยรุ่น ผู้สูงอายุ ผู้ใช้แรงงาน เป็นต้น ให้ความรู้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

2.5 เฝ้าระวังการเกิดปัญหาทางสังคม ที่มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยการศึกษารูปแบบการเกิด (Incidence) และความชุก (Prevalence) ของปัญหาสุขภาพจิต โดยการติดตามข่าวสาร หรือการศึกษาปัญหานั้นมาวิเคราะห์ วิจัย เพื่อวางแผนในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

2.6 การให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ จดหมาย วิทยู

3. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน นักสังคมสงเคราะห์จะมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญโดยการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพจิตในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบและต้องเข้ามารับการรักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบ่อยๆ ผู้ป่วยที่ถูกล่อลวงขังในชุมชน ผู้ป่วยที่มีปัญหากับครอบครัว หรือชุมชนขณะอยู่อาศัยในชุมชนนั้นๆ หรือผู้ป่วยที่ประสบภาวะวิกฤต เช่น ถูกกล่าวหาว่าเป็นฆาตกร อุปทานหมู หรือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ทำร้ายครอบครัวถึงแก่ชีวิต นักสังคมสงเคราะห์จะทำการค้นหาปัญหา และวินิจฉัยปัญหาทางสังคม ให้การบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพจิต ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ และสังคมอีกด้วย นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ในการประสานงานเพื่อหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม และเศรษฐกิจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้ เช่น การหาแหล่งสนับสนุนเงินในการดำรงชีพ การช่วยเหลือด้านสงเคราะห์ต่างๆ การหาที่อยู่อาศัยให้ผู้ป่วย และหาแหล่งประกอบอาชีพให้ผู้ป่วยเท่าที่สามารถจะกระทำได้

บทบาท หน้าที่ของนักอาชีวบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด

ก่อนที่จะกล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของนักอาชีวบำบัด และนักกิจกรรมบำบัดคงต้องเข้าใจความหมายของอาชีวบำบัด และกิจกรรมบำบัดเสียก่อน

อาชีวบำบัด/กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)

หมายถึงทีมสุขภาพจิตอีกวิชาชีพหนึ่ง ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือให้บุคคลที่มีปัญหา โดยการใช้กิจกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อการรักษาโดยอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ใช้ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ทางพฤติกรรม (การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมที่เหมาะสมและลดหรือระงับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม) เพื่อช่วยบุคคลเปลี่ยนจากสภาพที่บกพร่องในการทำหน้าที่ (Dysfunction) ไปสู่การทำหน้าที่ของตนเองได้ (Function) ให้สามารถประกอบกิจกรรมและบทบาท หน้าที่ได้อย่างเหมาะสมกับความสามารถของตนเอง และไม่เป็นการระต่อครอบครัวและชุมชน

บทบาท หน้าที่ของนักอาชีวบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดในชุมชน

บทบาทของ นักอาชีวบำบัด/นักกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยที่กลับไปอยู่ชุมชนส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการคงสภาพ (Maintenance) การให้กำลังใจทั้งผู้ป่วยและญาติ มุมมองของกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายมุ่งไปที่กิจกรรมในการทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมการทำงาน กิจกรรมการใช้เวลาว่าง (งานอดิเรก) ที่ใช้เวลาอย่างเหมาะสม สมดุลในการดำเนินชีวิต ไม่หนักไปทางใดทางหนึ่ง แต่ครอบครัวมักคาดหวังให้ผู้ป่วยทำงานได้ ดังนั้นครอบครัวจึงต้องพยายามเสริมสร้างกำลังใจ ความภูมิใจในการให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมต่างๆ

กิจกรรมการพักผ่อนก็สำคัญพอๆ กับกิจกรรมการทำงาน ผู้ป่วยมี negative symptom อยู่แล้ว ถ้าว่างแล้วไม่พักผ่อนจะทำให้ผู้ป่วยอยู่เฉยๆ เวลาว่างอาจทำกิจกรรมอื่นไปเที่ยวบ้าง เป็นต้น แต่ไม่ว่าจะเป็นการกระทำประเภทใด การที่จะถือเป็นกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (Occupation) ได้ ต้องเป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดการพัฒนาร่างกาย จิตใจ สติปัญญา รวมถึงไม่ทำลายขนบธรรมเนียมอันดีงาม ไม่ทำลายตนเองและผู้อื่นเท่านั้น การเล่นเกม การประกอบอาหาร การเสพสุราเยาเสพติด การประกอบอาชีพการงาน กิจกรรมเหล่านี้แม้จะทำเพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลิน และสร้างรายได้แต่ก็ไม่ถือเป็นกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย หรือ Occupation เพราะกิจกรรมดังกล่าวนอกจากจะทำลายพัฒนาการด้านต่างๆ ของผู้กระทำแล้ว ยังเป็นเหตุแห่งทุกข์ภัยต่างๆ ทางสังคมอีกด้วย

บทบาท หน้าที่ในชุมชน

1. ศึกษาข้อมูล เพื่อวางแผนการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน
2. แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนกับทีมผู้ให้บริการ
3. เตรียมชุมชนเพื่อให้มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน
4. สนับสนุน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย
5. แนะนำทักษะพื้นฐานและการปรับสิ่งแวดล้อม ดัดแปลงอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการประกอบอาชีพ และกิจวัตรประจำวัน เช่น ประกอบอาหารง่ายๆ เอง การหาอาหารรับประทานเองได้ ซักเสื้อผ้าตัวเองได้ ช่วยงานบ้านตามที่ได้รับมอบหมาย เดินไปสถานที่ต่างๆ ได้โดยอิสระ ประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ มีปฏิทินช่วยเรื่องการรับประทานยา การทำงาน ฯลฯ

6. แนะนำ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น ชมรมต่างๆ หรือประเพณีในชุมชน
7. ปรับพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การเป็นข้าได้ อีก เรื่องการรับประทานยา ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องศาสนา เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ฯลฯ

ในส่วนของการแนะนำในการประกอบอาชีพต้องมองเรื่องความเหมาะสม ความชอบ ความสามารถ ความถนัด การทำเดี่ยวหรือทำร่วมกับผู้อื่น ความอดทนต่อการทำงาน การเรียนรู้งาน ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เงินทุน แหล่งกู้ ผู้ที่จะให้การปรึกษาได้เมื่อพบปัญหา อาชีพนั้นต้องสอดคล้องกับชุมชน มีวัตถุดิบในชุมชน เช่น งานกสิกรรม การปลูกผัก ผลไม้ เลี้ยงสัตว์ การค้าขายเพื่อเกิดรายได้ การรับจ้าง อุตสาหกรรมในครอบครัวที่ทำเองหรือรับจ้าง ซึ่งต้องเป็นงานที่ชุมชนมีความต้องการ เช่น การทำอิฐ ช่างไม้ การก่อสร้าง การทำไม้กวาด เครื่องปั้นดินเผา ดัดเย็บ ทอเสื่อ ทอผ้า กริดยาง ทำเทียน ศิลปหัตถกรรม ที่สามารถทำได้ในหมู่บ้านการทำพรม การทอและปั่นไหม ย้อมผ้า จักสาน การทำและซ่อมเครื่องหนัง เหล่านี้เป็นตัวอย่างที่สามารถแนะนำผู้ป่วยในการดำรงชีวิตในชุมชน สามารถขยายสู่สมาชิกในชุมชนเกิดผลต่อส่วนรวมและเป็นการส่งเสริมการป้องกันในชุมชนตามมา

สำหรับทุกวิชาชีพที่กล่าวถึงมาทั้งหมดในทีมสุขภาพจิต มีบทบาทหน้าที่ในแต่ละวิชาชีพที่แตกต่างกันไป แต่มีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ ให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยจิตเวช มีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น สามารถกลับไปดำรงชีวิตตามปกติได้โดยเร็วที่สุด ตัวอย่างของการดำเนินงานทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปของโครงการต่างๆ ที่ได้ลงมือปฏิบัติในชุมชน และมีผลสัมฤทธิ์ของโครงการเป็นประการใด จะได้สรุปและกล่าวถึงในบทสุดท้ายของเอกสารเล่มนี้ เพื่อให้ผู้สนใจเห็นภาพการดำเนินงานที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

บทที่ 4

การดำเนินงานสุขภาพจิตในกลุ่มต่างๆ

ปัญหาสุขภาพ อาจเกิดขึ้นได้กับบุคคลและส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สังคม สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุคคล อาจเนื่องจากความเกี่ยวพันอันยากที่จะแยกจากกันได้ ดังนั้น การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหากสามารถทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล จนถึงปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ก็จะสามารถวางแผนเพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้

1. ปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต

1.1 ปัจจัยจากตัวบุคคล

1.1.1 กรรมพันธุ์ โรคจิตหรือปัญหาสุขภาพจิต อาจมีสาเหตุมาจากความผิดปกติที่ถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ในเด็กที่เป็นลมชัก (กรมสุขภาพจิต, 2541)

1.1.2 สุขภาพร่างกาย บุคคลที่มีความเจ็บป่วยบ่อยๆ เจ็บป่วยเรื้อรัง มีความพิการ ก็เป็นสาเหตุของ ความเครียดและความขัดแย้งในใจ รวมถึงปัญหาทางบุคลิกภาพ การตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และกลไกการปรับตัวทางสังคมที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความกดดัน และแสดงให้เห็นชัดเจนถึงการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

1.1.3 ความสามารถในการจัดการปัญหาและระดับสติปัญญา เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม ซึ่งหมายถึงความสามารถในการคิด และการจัดการปัญหาที่มากกระทบตัวบุคคลอีกด้วย

1.1.4 ลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต และเรื้อรังจนกระทั่งแสดงการเจ็บป่วย ทางจิตนั้น มักเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพแยกตัว เก็บตัว (Introvert) มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ทักษะทางสังคมบกพร่อง และมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเองและรวมถึงต่อการอยู่ร่วมกับคนอื่น

1.2 จากสิ่งแวดล้อม

1.2.1 ภาวะทางครอบครัว บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้นมักจะมาจากครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ พ่อแม่หย่าร้างกัน และครอบครัวที่มีบรรยากาศที่ไม่มีความสุข มีความขัดแย้งกันทางสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิต ผู้นำครอบครัวไม่มี หรือถ้ามีผู้นำครอบครัวก็อาจจะเป็นผู้นำครอบครัวที่มีลักษณะของความไม่ชัดเจน มีความประพฤติไม่เหมาะสม ไม่สามารถเป็นแบบอย่างให้สมาชิกได้ เป็นต้น

1.2.2 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่งผลให้บุคคลมีการแสดงออกต่างๆ กัน เช่น ตัวบุคคลอยู่ในครอบครัวที่มีฐานะไม่ดีบุคคลอาจเกิดความขัดแย้งในใจในลักษณะของการมีความต้องการสิ่งสนับสนุน เช่น คนอื่นๆ มีความภาคภูมิใจในตนเองลดลง และอาจได้รับการเหยียดหยามจากคนในสังคม แต่ถ้าหากบุคคล

อยู่ในครอบครัวที่ฐานะดี ก็อาจได้รับการตามใจมากเกินไป สิ่งยั่วยุต่างๆ มากมาย อาจทำให้เกิดปัญหาได้ หรือสาเหตุภายในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน เช่น ฐานะเปลี่ยนไป ล้มละลาย ก็อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

1.2.3 การเลี้ยงดู บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้น อาจกล่าวได้ว่า อิทธิพลของการเลี้ยงดูมีส่วนทำให้เกิดปัญหา เช่น บุคคลที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป การเลี้ยงดูแบบกำกวมไม่ชัดเจน มีความแปรปรวนตลอดเวลา การเลี้ยงดูแบบอิสระและปล่อยปละละเลย การเลี้ยงดูแบบปฏิเสธไม่รับเป็นลูก พ่อแม่หรือผู้นำครอบครัวเป็นแบบอย่างในทางที่ผิด พ่อแม่ตั้งความหวังมากเกินไป หรือเลี้ยงดูโดยมีปฏิสัมพันธ์กันแบบคนโรคประสาทหรือโรคจิต ในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ขัดแย้งกัน มีการสื่อสารที่คลุมเครือไม่เหมาะสม เป็นต้น การเลี้ยงดูแบบนี้ ส่งผลต่อการเติบโตมาเป็นคนในแบบที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และส่งผลโดยตรงต่อบุคลิกภาพ อีกด้วย

1.2.4 สิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตในปัจจุบัน ได้แก่ ภาวะที่มีการแข่งขันกันสูงในสังคม ภาวะความกดดันจากการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน สิ่งแวดล้อมในชุมชนเมือง ชุมชนแออัด อิทธิพลจากสื่อกระตุ้นให้เกิดความต้องการ หรือแหล่งอบายมุขที่มีมากมายในปัจจุบัน

ทำอย่างไรเราจึงทราบได้ว่า ขณะนี้เรากำลังเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

จิตใจมนุษย์เป็นสิ่งที่ละเอียดอ่อน เกิดความรู้สึกนึกคิดตลอดเวลา แล้วแสดงออกเป็นพฤติกรรม พฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นจะแปรเปลี่ยนไปตามสิ่งเร้าที่มากกระทบ ส่งผลให้คนเรามีสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ การที่เราจะทราบได้ว่าขณะนี้เรากำลังเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

2. ลักษณะพฤติกรรมและการแสดงออกที่บ่งบอกว่าเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต

2.1 การแสดงออกทางพฤติกรรม

2.1.1 การแต่งกาย แต่งกายผิดระเบียบ

สกปรก มอมแมมไม่เอาใจใส่ดูแลตนเอง

2.1.2 ลักษณะท่าทาง กระด้างก้าวร้าว ไม่มีสัมมาคารวะ ไม่สุภาพ

ไม่ทำตามคำสั่ง ดื้อดึง

เหม่อลอย เก็บตัว เชื่องซึม

2.1.3 การพูด พูดก้าวร้าวไม่สุภาพ ไม่เหมาะสม ได้เสียง เสียงดัง เอะอะไว้วาย

พูดน้อย ไม่อยากพูด เงียบซึม

2.1.4 การเรียน การเรียนตกต่ำ ไม่สนใจการเรียน หนีเรียนมาโรงเรียนสายประจำ

- 2.1.5 พฤติกรรมทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน มีวามสัมพันธ์กับเพื่อนชายหญิง
- 2.1.6 ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนไม่ดี มีเพื่อนน้อย
- 2.1.7 อื่นๆ เช่น พกอาวุธ หรือใช้สารเสพติด
- 2.2. การแสดงออกด้านอารมณ์ และความคิด
 - 2.2.1 อารมณ์รุนแรง โกรธง่ายฉุนเฉียว ไม่รู้จักยับยั้งอารมณ์ ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้
 - 2.2.2 วิดกกังวล เครียด ย้ำคิดย้ำทำ
 - 2.2.3 ซึมเศร้าอ่อนไหวง่าย น้อยอกน้อยใจไม่มีเหตุผล

3. ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระดับที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือแก้ไข

- 3.1 การแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์จิตใจ ไม่เหมาะสมกับอายุ บทบาททางเพศ และไม่สอดคล้องกับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่
- 3.2 ความถี่ ความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดปัญหา แตกต่างจากเกณฑ์มาตรฐานที่บุคคลส่วนใหญ่ ประพฤติ ปฏิบัติ
- 3.3 การแสดงออกทางบุคลิกภาพ อารมณ์จิตใจ พฤติกรรม มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในกิจวัตรประจำวัน และการมีบทบาทร่วมในหน้าที่กิจกรรมทางสังคม
- 3.4 การสร้างความสัมพันธ์ การปรับตัวกับบุคคลอื่นในสังคมไม่เหมาะสม
- 3.5 การพัฒนาคุณภาพชีวิต การใช้ความสามารถ ศักยภาพในการดำเนินชีวิตครอบครัว การเรียน การงาน และกิจกรรมในสังคมลดลง

ดังนั้น บุคคลจึงควรหาแนวทางในการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยการขจัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ลดลักษณะพฤติกรรมและการแสดงออกของสิ่งที่บ่งบอกว่าเสี่ยงต่อการมีสุขภาพจิต ทั้งการแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์และความคิด ตลอดจนสามารถประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ในระดับที่ต้องได้รับการช่วยเหลือแก้ไขเพื่อให้สามารถดำเนินงานด้านสุขภาพจิตได้อย่างครอบคลุมและสามารถช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหา จึงแบ่งปัญหาสุขภาพจิต และแนวทางในการให้ความช่วยเหลือบุคคลตามกลุ่มวัยต่างๆ ซึ่งในการแบ่งลักษณะนี้ จะช่วยให้สามารถเจาะประเด็นปัญหาของแต่ละช่วงอายุ ซึ่งมีความแตกต่างกัน ทำให้ผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพจิต สามารถวิเคราะห์ วางแผน และดำเนินการหากิจกรรมที่เหมาะสมในการให้ความช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่ การดำเนินงานด้านสุขภาพจิต จึงแบ่งออกตามกลุ่มของผู้รับบริการ โดยจำแนกตามวัยต่างๆ ดังนี้

1. สุขภาพจิตเด็ก (วัยทารก เด็กเล็ก และเด็กวัยเรียน)
2. สุขภาพจิตวัยรุ่น
3. สุขภาพจิตผู้ใหญ่
4. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ
5. สุขภาพจิตกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ

4. ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตเด็ก

การพัฒนาประเทศยุคโลกาภิวัตน์คุณภาพของคนมีผลต่อความสำเร็จอย่างสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะ “เด็ก” มีความสำคัญที่สุด เพราะการสร้างคนให้มีคุณภาพต้องดำเนินการอย่างถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่องในแต่ละช่วงวัย เนื่องจากคนเปลี่ยนแปลง เจริญเติบโตและเรียนตลอดเวลาเป็นไปตามลักษณะของการเรียนรู้นั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นการเรียนรู้ที่ปล่อยปละละเลยตามบุญตามกรรม หรือการเรียนรู้ที่มีการจัดประสบการณ์ไว้อย่างสมบูรณ์ดีเลิศก็ตาม ซึ่งผลที่เกิดขึ้นย่อมแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง

เด็กเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าสูงสุดเหนือทรัพยากรใดๆ ในโลก เด็กทุกคนมีคุณค่าในตัวเอง ทุกคนจึงคาดหวังให้เด็กได้เจริญเติบโตในครอบครัวที่เพียบพร้อม ได้รับการพัฒนารอบด้านทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา มีที่อยู่อาหารการกิน สนองความต้องการพื้นฐานทางกายได้เพียงพอ มีความปลอดภัย ความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทร ความอบอุ่น มีการอบรมบ่มนิสัยให้เป็นคนดี รู้ผิดชอบชั่วดี มีความมานะบากบั่น มีความรับผิดชอบ มีเหตุผล ควบคุมอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความเข้าใจ รู้จักตนเอง ดูแลช่วยเหลือตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ ตลอดจนสามารถดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติยามวิกฤตเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างมีความสุข และประสบความสำเร็จ กล่าวอย่างถึงที่สุดก็คือเป็นคนดีมีสุขภาพจิตแข็งแรง มั่นคง และเมื่อเข้าสู่ระบบโรงเรียน ทุกคนก็คาดหวังให้การศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลพัฒนาการทั้ง 4 ด้าน ดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อจะได้ช่วยให้เด็กเติบโตอย่างมีคุณภาพ มีความร่าเริง แจ่มใส และมีความสุข มีสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และสามารถอยู่รอดในสังคมได้อย่างเฉลียวฉลาด

1. สุขภาพจิตเด็ก (วัยทารก เด็กเล็ก และเด็กวัยเรียน)

เรามักพบว่า เป็นการยากที่จะบอกได้ชัดเจนในเด็กเล็ก ถึงการมีปัญหาสุขภาพจิตเพราะเด็กจะไม่สามารถบอกได้โดยตรง แต่เด็กเล็กมักจะแสดงออกในเชิงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประจำวัน ซึ่งต้องอาศัยการสังเกต และความใกล้ชิดเด็ก และเข้าใจลักษณะนิสัยเด็ก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความรู้ ความสนใจ เรื่องของพัฒนาการเด็กในวัยต่างๆ เป็นพื้นฐานในการประเมินอีกด้วย ซึ่งก็ขึ้นกับว่าเด็กแต่ละคนนั้นจะมีจุดอ่อนทางด้านใดก็จะแสดงพฤติกรรมออกที่ส่วนนั้น

ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กวัยทารกและวัยเด็กเล็ก อายุ 0-5 ปี ที่พบปัญหา ได้แก่ ปัญหาพัฒนาการล่าช้า ปัญหาการกิน ปัญหาทางอารมณ์ การลงมือลงเท้า ปัญหาใจฉุนเฉียว ปัญหาการดูดนิ้ว และเด็กออทิสซึม

ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียน อายุ 6 - 9 ปี ที่พบปัญหาได้แก่ เด็กไม่ยอมไปโรงเรียน เด็กปัสสาวะรดที่นอน เด็กเรียนไม่ดี ปัญญาอ่อน ปัญหาความประพฤติ โรคประสาทอุปาทาน เป็นต้น (อัมพร โอตระกูล, 2540)

ดังนั้นการที่จะสังเกตและพิจารณาว่าเด็กมีสุขภาพจิตหรือไม่ สามารถประเมินได้จาก พฤติกรรมการแสดงออกของเด็กดังนี้

1. พฤติกรรมนิสัยของชีวิตประจำวัน ด้านการกิน การนอน การขับถ่าย และการเล่นของเด็กจะเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เด็กเคยเล่น เคยร่าเริง เปลี่ยนเป็นแยกตัวอยู่คนเดียวบ่อยๆ ไม่วิ่งเล่นเหมือนเคย ไม่พูดคุย ไม่ร่าเริง หรือไม่กินอาหารอย่างที่เคย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ อาจเกิดจากความไม่สบายใจของเด็ก แล้วเด็กก็ไม่สามารถบอก หรือระบายอารมณ์ได้แบบผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในเด็กเล็กๆ

2. สำหรับเด็กเรียนที่ไปโรงเรียนแล้ว เมื่อมีความไม่สบายใจ หรือมีสุขภาพจิต อาจพบได้ว่าเด็กจะมีปัญหาในการเรียน ผลการเรียนอาจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ต่ำลง เด็กไม่ยอมไปโรงเรียน บางรายอาจหนีเรียน หรือเกิดปัญหาอื่นๆ ในโรงเรียน

3. จะสังเกตเห็นว่า เด็กเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น เด็กจะซึมลง เจย หรือหงอยเหงา สีหน้าเศร้าหมอง วิตกกังวล ไม่พูดคุย หรือเล่นและร่าเริงอย่างที่เคยเป็น แต่ในบางรายอาจพบว่าเด็กมีอาการหงุดหงิด โกรธ และไม่พอใจ

4. สำหรับเด็กบางรายที่มีความไม่สบายใจหรือมีสุขภาพจิต และมีอาการเป็นมาก เด็กบางรายจะแสดงอาการทางร่างกายร่วมด้วย เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน หรือพบว่าเกิดอาการปัสสาวะรดที่นอน ทั้งๆ ที่เด็กไม่ได้อยู่ในวัยปัสสาวะรดที่นอนแล้ว

5. ในเด็กเล็ก เมื่อเกิดความไม่สบายใจหรือเกิดปัญหาสุขภาพจิต อาจส่งผลต่อการชะงักของ พัฒนาการ หรือเกิดการถดถอย เช่น เมื่อต้องทำกิจวัตรประจำวัน เด็กอาจเกิดพัฒนาการถดถอยกลายเป็นคนที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แต่จะคอยอ่อนให้พ่อแม่ทำให้ หรืออาจพบว่าเด็กเรียกร้องความสนใจมากขึ้น หรือแสดงพฤติกรรมเอาแต่ใจตนเองมากขึ้น

6. ในเด็กที่โตและไปโรงเรียนแล้ว อาจมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม และฝ่าฝืนกฎระเบียบและหันเข้าหาการใช้สารเสพติด และคล้อยตามเพื่อนมากขึ้น เพื่อให้สามารถเข้ากลุ่มและเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม ทำให้เด็กเริ่มห่างจากครอบครัว หลบเลี่ยงที่จะพูดคุยกับพ่อแม่ สร้างขอบเขตความเป็นส่วนตัวสูง ไม่อยากให้พ่อแม่ซักถาม และมักจะแสดงพฤติกรรมเลียนแบบบุคคลที่เป็นที่ชื่นชมและศรัทธา

ปัญหาสุขภาพจิตในวัยทารกและเด็กเล็ก ที่พบบ่อยมีรายละเอียดดังนี้ (อัมพร โอตระกูล, 2540)

1. ปัญหาพัฒนาการล่าช้า

พบได้บ่อยตั้งแต่เด็กวัยแรกเกิดจนถึงวัยเด็กเล็ก อาจแสดงออกในด้านพัฒนาการเจริญช้าไม่สมวัย (Delayed development) หรือพัฒนาการถดถอย (Regression) ได้แก่ เด็กพูดช้ากว่าวัยที่ควรจะเป็น พูดไม่ชัดหรือเด็กเคยวิ่งเล่นได้เอง ก็ไม่อยากเดิน ต้องการแต่จะให้พ่อแม่อุ้ม และเด็กที่มักจะงอแงในเรื่องกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ยอมทำตามทีตนเคยทำได้ ปัญหาเหล่านี้มักจะเกิดจากเด็กมีความไม่สบายใจ แต่เด็กไม่แสดงออกเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์โดยตรง แต่กลับส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ เพราะช่วงวัยนี้เป็นวัยที่กำลังมีการเจริญเติบโต จึงเกิดอาการพัฒนาการชะงักงัน ถดถอย หรือพัฒนาการล่าช้า โดยมีสาเหตุดังนี้

1.1 พ่อแม่มีน้องใหม่ เด็กจะเกิดการอิจฉาน้อง เพราะคิดว่าพ่อแม่สนใจน้องมากกว่า และเห็นว่าตนเองโดนกว่า และน้องช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จึงควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เด็กที่อิจฉาน้องก็จะแสดงว่าตนเองทำอะไรไม่ได้เหมือนน้อง เพื่อให้พ่อแม่มาสนใจตนเองบ้าง คนอื่นๆ ที่มาเยี่ยมเยียนก็มักจะพูดถึงแต่น้องใหม่ เด็กที่เคยเป็นที่สนใจของคนในบ้านกลับถูกละเลยไป เด็กจึงต้องการให้ทุกคนใส่ใจตนเองบ้าง และแสดงพฤติกรรมถดถอยดังกล่าว

1.2 เด็กขาดคนเลี้ยงดูเอาใจใส่ใกล้ชิด เปลี่ยนคนเลี้ยงไม่สม่ำเสมอ คนที่เลี้ยงเด็กไม่แสดงความรักความเอ็นดู เด็กไม่ได้มีความผูกพันกับคนเลี้ยง สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการชะงักงันของพัฒนาการเด็กในด้าน ความไว้วางใจ (Bulie Trust) เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้ากว่าวัยเดียวกัน มักพบในเด็กกำพร้า เด็กที่ถูกทอดทิ้ง มากกว่าเด็กที่มีพ่อแม่เลี้ยงเองในวัยเดียวกัน

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต

1. เตรียมความพร้อมทางจิตใจและอารมณ์ให้เด็ก ในกรณีเมื่อมีสมาชิกใหม่ หรือมีน้องใหม่เกิดขึ้นในครอบครัว พ่อแม่จะต้องสม่ำเสมอ และให้การดูแลเอาใจใส่เด็กไม่ทำให้เด็กรู้สึกแตกต่างและถูกละทิ้ง หรือลดความสำคัญลง กรณีเช่นนี้รวมไปถึงบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เช่น ญาติพี่น้อง ปู่ย่า ตายาย ครู เป็นต้น ต้องไม่พูดให้เด็กคิดและรู้สึกที่ตนเองอาจจะถูกละเลย ไม่ได้รับความใส่ใจเช่นเคย

2. การแสดงความเอ็นดู และใกล้ชิดเด็กอย่างสม่ำเสมอ หาเวลาสร้างความผูกพัน เพื่อเป็นภูมิคุ้มกันที่ปลอดภัยให้เด็กเกิดความอบอุ่นและไว้วางใจ เด็กจะผูกพันกับพ่อแม่มาก และมีพัฒนาการที่ไม่เกิดการปิดกั้นและก่อปัญหา

2. ปัญหาการกิน

เด็กที่พบว่ามีปัญหาการกินมากที่สุด อยู่ในช่วงวัย 1 - 3 ขวบ โดยเด็กมักจะแสดงพฤติกรรมเลือกกินต่อต้าน งอแงและมีความยุ่งยากในการกินในแต่ละมื้อ หรือพบว่าเด็กบางคนชอบอมข้าว บางคนไม่กินผัก บางคนก็กินนมเป็นหลัก สาเหตุของปัญหาการกินของเด็กวัยนี้ มักเกิดจากความไม่สบายใจ ปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ หรืออาจเกิดจากความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างพ่อแม่และลูก เนื่องมาจากเด็กเกิดการอิจฉาน้อง ขณะที่ครอบครัวกำลังมีสมาชิกใหม่ พ่อแม่เฝ้าระวังและเข้มงวดกับเด็กเรื่องอาหารการกิน หรืออาจเกิดจากครอบครัวไม่สมบูรณ์ พ่อแม่ทะเลาะเบาะแว้ง ขาดการเอาใจใส่เด็ก เด็กอาจเกิดความรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้งหรือถูกปล่อยปละละเลยได้

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต

1. พ่อแม่ผู้ปกครองควรจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กให้รับประทาน มีกลิ่น รส ที่เหมาะสมกับเด็ก และให้ทดลองชิมทีละน้อย
2. ไม่ควรบังคับให้เด็กกินหรือเข้มงวดกับการกินของเด็กเกินไป รวมทั้งไม่ควรเข้มงวดและกำหนดเวลาให้อาหารตายตัว เพราะเด็กแต่ละคนยังไม่พร้อม พ่อแม่ควรยอมให้เด็กเลือกได้ว่าจะกินหรือไม่กิน
3. บรรยากาศในการกินอาหารควรมีความสงบ ไม่อึดอัด และมีคนมาจู้จี้กวนใจในขณะที่กินอาหาร
4. ไม่ให้อาหารแข็งชนิดใหม่ในระยะที่เด็กหิว
5. พ่อแม่ควรผ่อนคลาย และไม่เคร่งเครียดต่อการให้อาหารเด็ก ควรให้ความรักความเอาใจใส่พร้อมกับการให้อาหาร โดยสร้างบรรยากาศที่เพลิดเพลินเวลาเด็กกินอาหาร

3. ปัญหาเด็กดูดนิ้ว

การดูดนิ้วในเด็ก 1-3 ขวบ พบได้บ่อยถือเป็นเรื่องธรรมดา แต่หากยังพบในเด็กโตจนเข้าวัยเรียน หรือวัยรุ่น การดูดนิ้วก็ถือเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การดูดนิ้วถือเป็นการตอบสนองต่อความพึงพอใจ โดยทั่วไปพบในเด็กขวบครึ่งถึงสองขวบกว่า พบในเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย เกิดจากการดูดนมไม่อึด ซึ่งอาจเป็นเพราะในขณะที่เด็กกำลังดูดนม และน้ำนมกำลังไหลแรงอยู่นั้นเด็กถูกดึงตัวออกจากหัวนมที่กำลังดูด หรืออาจเกิดจากแม่ที่มีเวลาให้นมลูกไม่มากในเวลาอันสั้น และเร่งรีบ เด็กจะถูกดึงออกให้เลิกดูดนมเร็วเกินไป หรืออาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงเวลาการให้นม และเพิ่มช่วงเวลาให้นมแต่ละมื้อนานออกไป จนทำให้เด็กเกิดความรู้สึกหิวและเครียดในระหว่างรอแต่ละมื้อเด็กจึงหันไปดูดนิ้วแทน

พ่อแม่ที่มีลูกติดการดูดนิ้ว มักเกิดความวิตกกังวลกลัวว่าจะเกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย มักกลัวว่านิ้วอาจจะเปื่อยเน่า หรือการดูดนิ้วอาจทำให้ปากและฟันไม่สวย และจากการศึกษาพบว่า ในเด็กเล็กไม่มีผลต่อรูปฟันและรูปปาก แต่ในเด็กโตก็อาจมีผลต่อการจัดเรียงตัวของฟันหน้า และการกลืนอาหาร จากการศึกษาพบว่า การดูดนิ้วของเด็กไม่ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายมากกว่าปกติ (อัมพร โอตระกูล, 2540)

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต

1. พ่อแม่ควรดูแลให้นมเด็กจนเด็กดูดนมอึดและพอใจทุกครั้ง ทั้งการให้นมแม่และนมขวด
2. พ่อแม่ควรใช้เวลาใกล้ชิดลูก และมีของเล่นที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กได้เล่นเพลินเพลิน ไม่ควรปล่อยให้เด็กอยู่ตามลำพังบ่อยๆ
3. ถ้าเด็กยังติดการดูดนิ้ว พ่อแม่ก็ไม่ควรใช้วิธีการรุนแรงที่ทำให้เด็กหยุดดูดนิ้ว เพราะจะยิ่งเป็นการกระตุ้นให้เด็กดูดนิ้วมากขึ้น และหลีกเลี่ยงการขู่ การตำหนิ หรือดุเด็ก ควรใช้ความนุ่มนวล ความเห็นใจ การอยู่ใกล้ชิดและให้ความอบอุ่น หากิจกรรมอื่นให้ทำรวมทั้งสร้างความมั่นใจให้เด็ก จนเด็กค่อยๆ เลิกการดูดนิ้วไปได้เอง

4. เด็กออทิสซึม (Autistic child หรือ Infantile autism) หรือโรคจิตวัยเด็ก

พบบ่อยในวัยทารก แต่ส่วนมากจะมีพฤติกรรมแสดงออกในช่วงอายุ 2 ขวบ เด็กชายเป็นมากกว่าเด็กหญิง ในอัตรา 3 : 1 เด็กออทิสซึมส่วนมากเป็นลูกคนแรกของครอบครัว (อัมพร โอตระกูล, 2540)

ออทิสซึม (Autism) เป็นกลุ่มอาการหรือโรคทางจิตเวช ที่วินิจฉัยได้ตั้งแต่วัยเด็กเล็ก ผู้ที่เป็นโรคนี้นั้นมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง จะอยู่ในโลกของตนเอง เสมือนมีกำแพงที่มองไม่เห็น กั้นตัวเขาออกจากสังคม โดยรวมจนขาดการรับรู้จากสิ่งแวดล้อมโดยสิ้นเชิง เด็กจะไม่สามารถเชื่อมโยงตนเองกับผู้อื่นและสถานการณ์ต่างๆ ตั้งแต่เกิด ถือเป็นความบกพร่องด้านพัฒนาการในหลายๆ ด้าน

สาเหตุ

1. มักมีปัญหาเกี่ยวกับการคลอของมารดามากกว่าเด็กปกติอื่นๆ
2. มีความผิดปกติที่สมอง เช่น สมองส่วนกลางผิดปกติ สมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ

อาการเด่น

เด็กออทิสซึม มักแสดงอาการเด่นๆ ที่พบ และเห็นชัดเจนเมื่ออายุ 2 - 2 ปีครึ่ง ได้แก่

1. มีความผิดปกติในการตอบสนองต่อเสียง โดยเด็กจะเฉยเมยไม่ได้ตอบ ไม่สนใจเสียงดังๆ หรือคนเรียกแต่จะสนใจบางเสียง
2. ความลำบากในการเข้าใจคำพูด พูดซ้ำกว่าปกติ พูดตามกำหนดคนอื่น พูดซ้ำคำพูดเองหรือไม่รู้ความหมายของคำพูดคนอื่น
3. แยกตัวจากสังคมและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจฟัง ไม่มาหาเมื่อคนเรียก สีหน้าเรียบเฉย ไม่แสดงความรู้สึก
- 4.ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง โดยไม่ชอบให้เปลี่ยนสิ่งที่เคยทำอยู่เดิม เด็กจะชินกับการทำซ้ำซากหรือมีกิจวัตรแปลกที่เป็นของตนเอง
5. กลัวบางสิ่งบางอย่างเป็นพิเศษ กลัวสิ่งที่ไม่น่ากลัว และไม่กลัวในสิ่งที่ควรกลัว
6. เล่นไม่เป็น ไม่เหมือนเด็กทั่วไป ไม่มีมีโนภาพหรือเล่นเกมส์กับคนอื่นได้ เล่นของเล่นก็ไม่มีแบบเด็กคนอื่น
7. มักทำในสิ่งตรงข้าม และต่อต้านการเรียนรู้ ชอบทำตรงข้ามและทำทักะนั้นโดยซ้ำๆ เหมือนไม่มีความหมาย

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต

1. มุ่งการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเด็กออทิสซึมกับมารดาและคนที่เลี้ยงดูเด็ก และให้เวลาในการใกล้ชิดใส่ใจ และสร้างความผูกพัน ตลอดจนเสริมสร้างทักษะทางสังคมแบบง่าย ๆ
2. มุ่งการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่มีจุดหมายของเด็กให้เป็นพฤติกรรมที่มีความหมายกับคนให้เด็กสามารถเรียนรู้และเสริมสร้างพัฒนาการในด้านต่างๆ
3. สังเกตเด็กตั้งแต่นั้นๆ เพื่อการรักษาและแก้ไขได้ถูกต้องตั้งแต่ยังเป็นไม่มาก จะได้ผลดีเมื่อพบเด็กตั้งแต่ อายุน้อยๆ และได้รับการรักษาโดยจิตแพทย์ ร่วมกับการฝึกพฤติกรรมและทักษะของเด็กโดยครอบครัว

ปัญหาสุขภาพจิตเด็กในวัยเรียน (อายุ 6 - 9 ปี)

ความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน

เด็กในช่วงระยะของวัยเรียน เป็นช่วงระยะที่เด็กพัฒนาความสามารถด้านต่างๆ พร้อมทั้งจะเป็นผู้ที่มี การพัฒนา และเรียนรู้ ที่จะปรับตัวเข้ากับสังคม กฎระเบียบ เด็กในวัยเรียนจะซึม การเข้าสังคม มีเพื่อน มีกิจกรรม และมีปัจจัยแวดล้อมเข้ามามีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งมีผลต่อการแสดงออก ถึงพฤติกรรม เด็กไม่ได้อยู่ในบ้านเท่านั้น แต่เด็กจะมีสังคมในโรงเรียน มีเพื่อน มีกิจกรรมนอกบ้านมากขึ้นกว่า เดิม เด็กวัยเรียนนี้ สามารถช่วยเหลือตนเองในเรื่องกิจวัตรส่วนตัวได้แล้ว และสามารถบอกความรู้สึก อารมณ์ ความคิด ความต้องการได้ และสามารถแสดงออกเป็นพฤติกรรมให้เห็นได้ถึงความไม่ปกติ ความไม่สบายใจ ความกังวลและปัญหาสุขภาพจิต การพัฒนาของเด็กในวัยนี้ จึงมักจะเกี่ยวข้องกับสังคมนอกบ้าน และ สิ่งแวดล้อมมากกว่าครอบครัว ปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนที่มีคนพบได้บ่อย ได้แก่

1. ปัญหาเด็กไม่ยอมไปโรงเรียน
2. ปัญหาปัสสาวะรดที่นอน (enuresis)
3. ปัญหาเด็กเรียนไม่ดีและภาวะปัญญาอ่อน (mental retardation)
4. ปัญหาความประพฤติ (conduct disorders)
5. โรคประสาทหลอน (conversion reaction)

1. ปัญหาเด็กไม่ยอมไปโรงเรียน

ในวัยเด็ก เราพบว่าส่วนใหญ่เด็กจะชอบสังคม และอยากไปโรงเรียน เพื่อเล่นและทำกิจกรรม ร่วมกับเพื่อน แต่มีเด็กบางคนมีปัญหาไม่ยอมไปโรงเรียน เนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ เรียกว่า เด็กไม่ยอมไป โรงเรียน (School phobia) หรือเด็กกลัวไปโรงเรียน (school refusal) (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

เด็กจะเริ่มแสดงอาการด้วยการไม่ยอมไปโรงเรียน ไม่อยากเรียนหนังสือ และหาข้ออ้างต่างๆ นานา ในการไม่ต้องไปโรงเรียน ถ้าเป็นแบบเฉียบพลัน (acute onset) ส่วนมากจะพบในเด็กเล็ก และพบร่วมกับ โรควิตกกังวลจากการพลัดพราก แต่ถ้าเป็นแบบเรื้อรัง (chronic onset) มักพบในเด็กโต เป็นช่วงที่เด็กเปลี่ยน หรือย้ายที่เรียน ย้ายหรือเปลี่ยนระดับชั้น เช่น จากระดับประถมเป็นมัธยม เด็กจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป แยกตัวจากเพื่อนๆ ซึม พูดน้อยลง และมีความวิตกกังวลตามมา กลายเป็นไม่สนใจกิจกรรมในโรงเรียน บางรายแสดงอาการกำเริบ ร้องไห้ และในบางรายอาจแสดงอาการทางกาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ ปวดท้อง ใจสั่น และมักเป็นช่วงเข้าก่อนไปโรงเรียน เป็นมากขึ้นเมื่อเด็กถูกผู้ปกครองบังคับให้ไป โรงเรียน อาจจะนิ่งเฉยแสดงความโกรธด้วยการไม่ให้ความร่วมมือ

ปัญหาเด็กไม่ยอมไปโรงเรียนหรือกลัวโรงเรียนนั้น จะต้องแยกจากลักษณะของเด็กที่มีพฤติกรรมอันธพาล เกเรหรือหนีโรงเรียน และต้องแยกจากเด็กที่มีโรคทางกาย เช่น ปวดหัว ต้องแยกจากโรคไมเกรน เนื่องจากพยาธิสภาพในสมอง ปวดท้องต้องแยกจากโรคแผลในกระเพาะอาหาร และที่สำคัญต้องแยกจากโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และโรคจิต ซึ่งพบในเด็กโต และในเด็กเล็กอายุ 1 - 4 ปีเราจะถือว่าอาการ วิตกกังวลจากการพลัดพราก เป็นเรื่องปกติธรรมดาของเด็กวัยนี้

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต

1. พ่อแม่ต้องให้ความเข้าใจ แสดงความเอาใจใส่เด็กสม่ำเสมอ ให้ความมั่นใจว่าไม่ทอดทิ้งและไม่ ผลักไสเด็กให้ไปโรงเรียน ไปรับ-ส่งในระยะแรก และรักษาเวลาเพื่อไม่ให้เด็กเกิดความกลัว
2. ครูที่โรงเรียนควรให้ความอบอุ่น และมีท่าทีอ่อนโยน มีสัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก รวมทั้งคอยช่วยให้ เด็กได้มีการปรับตัว มีเพื่อน มีกิจกรรมในโรงเรียนที่ละน้อย จนเด็กคลายความกลัวการจาก บ้านและพ่อแม่
3. ตัวเด็กเอง ต้องพยายามปรับจิตใจและปรับตัว ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาในการสร้างความคุ้นเคยกับ สถานการณ์ สถานที่ใหม่ที่ไม่ใช่ที่บ้านหรือต้องแยกจากพ่อแม่เป็นครั้งคราวมาอยู่ในโรงเรียนกับ เพื่อนกับครู เป็นต้น
4. ถ้าเด็กมีปัญหาและเรื้อรังจนเข้าสู่ระยะเด็กโต อาจจะต้องพบจิตแพทย์เพื่อประเมินอาการ อารมณ์และร่วมกับการให้ยาเพื่ออาการดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2542)

2. ปัญหาเด็กปัสสาวะรดที่นอน

หากเด็กที่มีอายุเกิน 6 ปี และยังมีปัสสาวะรดในเวลากลางวันหรือกลางคืน จะต้องสังเกตและหาแนวทาง แก้ไข เพราะการเกิดปัญหานี้ อาจมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ (กรมสุขภาพจิต, 2542)

2.1 ปัจจัยทางร่างกาย อาจเกิดจากกรรมพันธุ์ เด็กบางคนมีความจุกระเพาะปัสสาวะน้อยกว่าปกติ กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับถ่ายยังเจริญไม่เต็มที่ มีความเจ็บป่วยทางร่างกายและอาจพบ ร่วมกับปัญหาพฤติกรรมหรือปัญหาทางอารมณ์อื่นๆ

2.2 ปัจจัยทางจิตใจ มีภาวะถดถอย เช่น หลังการมีน้องใหม่ในครอบครัว มีบุคลิกภาพไม่สบาย มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลง ที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ย้ายโรงเรียน ป่วย พ่อ แม่หย่าร้าง มีภาวะผิดปกติทางจิตเวช เช่น ภาวะปัญญาอ่อน

2.3 ปัจจัยทางสังคม เช่น ไม่มีห้องน้ำให้เด็กใช้โดยสะดวก เด็กกลัวผี ไม่กล้าลุกเข้าห้องน้ำเองกลางดึก แม้จะมีห้องน้ำสะดวก

อาการและอาการแสดง

1. ปัสสาวะรดในเวลากลางวันหรือกลางคืน อย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 3 เดือนต่อกัน
2. ปัสสาวะรดตั้งแต่เด็กจนโต มีอาการตลอดอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน
3. โดยความคุมการถ่ายปัสสาวะได้อย่างน้อย 3 - 6 เดือน หลังจากนั้นกลับมาเป็นอีก

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต

1. ฝึกให้เด็กกลั้นปัสสาวะตอนกลางวัน โดยกลั้นปัสสาวะเมื่อเริ่มปวด
2. แนะนำให้ผู้ปกครอง ปลูกเด็กก่อนเวลาที่เคยปัสสาวะรดที่นอนเล็กน้อยเนื่องจากเด็กจะปัสสาวะในเวลาใกล้เคียงกันในแต่ละวัน ให้เด็กตื่นมาปัสสาวะก่อนที่จะปัสสาวะรด ให้เด็กรู้สึกตัวเต็มที่เมื่อเด็กมาปัสสาวะ และการฝึกอย่างสม่ำเสมอ เด็กจะกลั้นและตื่นมาปัสสาวะได้เองในที่สุด
3. ให้เด็กปัสสาวะทุกครั้งก่อนเข้านอน และควบคุมปริมาณน้ำดื่มช่วงเย็นและก่อนเข้านอน
4. ควรให้เด็กรับผิดชอบดูแลปัญหาต่างๆ ด้วยตนเองเท่าที่จะทำได้ตามวัยของเด็ก เช่น ให้เปลี่ยนเสื้อผ้า และเครื่องนอนที่เปียกเอง
5. ให้รางวัลเมื่อทำสำเร็จ เช่น ชมเชย หรือให้เด็กทำเครื่องหมายในปฏิทิน ในวันที่ไม่ปัสสาวะรดที่นอน

3. ปัญหาเด็กเรียนไม่ดีปัญญาอ่อน

ปัญญาอ่อน คือ สภาพความสามารถระดับสติปัญญาดำกว่าระดับปกติ ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างการเจริญเติบโตของร่างกายและสมองร่วมกับความพิการในการปรับตัวเพื่อการเรียนรู้ (อัมพร โอตระกูล, 2540)

องค์การอนามัยโลกแบ่งระดับปัญญาอ่อน ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. สติปัญญาอยู่ในระดับคาบเส้น (Borderline Mental Retardation) มีระดับไอคิวอยู่ระหว่าง 70 - 85
2. สติปัญญาอ่อนเล็กน้อย (Mild Mental Retardation) มีระดับไอคิวอยู่ระหว่าง 50 - 69
3. สติปัญญาอ่อนปานกลาง (Moderate Mental Retardation) มีระดับไอคิวอยู่ระหว่าง 35 - 49
4. สติปัญญาอ่อนมาก (Severe Mental Retardation) มีระดับไอคิวอยู่ระหว่าง 20 - 34
5. สติปัญญาอ่อนรุนแรง (Profound Mental Retardation) มีไอคิวต่ำกว่า 20

ความสามารถในการเรียนรู้ของสติปัญญาในระดับต่างๆ มีดังนี้

ในกลุ่มสติปัญญาคาบเส้น พวกนี้เรียนหนังสือได้แต่ไม่ดี ต้องเรียนชั้นเรียนพิเศษที่เรียกว่าพวกเรียนช้า (slow learner) และโดยมากจะเรียนได้ไม่เกินชั้นประถม 6

กลุ่มสติปัญญาอ่อนเล็กน้อย เป็นพวกที่สามารถจะฝึกสอนได้และเรียนได้ในระดับประถมศึกษาของโรงเรียนพิเศษ และมักจะเรียนในโรงเรียนพิเศษได้ไม่เกินชั้นประถมสี่ กลุ่มนี้เรียกว่าพวกสามารถเรียนได้บ้าง (educable)

กลุ่มสติปัญญาอ่อนปานกลาง เป็นกลุ่มที่เรียกว่าพวกสามารถฝึกอบรมได้ (trainable) คือฝึกอบรมให้ช่วยตนเองในกิจวัตรประจำวันได้แต่ไม่สามารถเข้าเรียนในชั้นเรียนพิเศษได้

กลุ่มสติปัญญาอ่อนมาก เป็นพวกที่ต้องมีคนคอยดูแลให้การช่วยเหลือแม้แต่ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ก็ต้องคอยดูแลกำกับจึงจะทำให้ได้ถูกต้อง พวกนี้เรียกว่ากลุ่มต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง (partial dependent)

ส่วนพวกสติปัญญาอ่อนรุนแรงนั้นเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย ต้องมีคนดูแลทำกิจวัตรประจำวันให้ด้วย จึงเรียกว่าเป็นพวกต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด (total dependent)

การป้องกันภาวะปัญญาอ่อนสามารถทำได้โดย

1. แนะนำให้คู่สมรสเข้าใจว่าเด็กปัญญาอ่อนเกิดจากสาเหตุอะไรได้บ้าง เพื่อหลีกเลี่ยงการมีบุตรปัญญาอ่อน แนะนำไม่ให้แต่งงานกันในหมู่เครือญาติใกล้ชิดหรือกับพี่น้อง เพราะอาจทำให้ยีนลักษณะด้อยสามารถแสดงออกและมีเด็กที่ปัญญาอ่อนได้
2. ให้ความรู้ประชาชนในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์คลอดที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการอนามัยที่มีผู้ทำคลอดที่ได้รับการอบรมแล้ว
3. เด็กทารกและเด็กเล็กควรไปรับบริการตรวจที่คลินิกเด็กเพื่อให้แพทย์ตรวจสุขภาพและพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอ และรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ ที่ป้องกันได้ตามความเหมาะสมของวัย พร้อมทั้งให้มารดาได้รับทราบการเลี้ยงดูบุตรเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย โภชนาการ และพัฒนาการอย่างถูกต้องเหมาะสม

ลำดับที่	สาเหตุปัญญอ่อน	ร้อยละที่พบใน โรงพยาบาล ราชานุกูล	ร้อยละที่พบใน สถานบริการทาง จิตเวชเด็กอื่นๆ
1	จากการติดเชื้อและการรับสารพิษ	31.23	17.63
2.	การกระทบกระเทือนทางสมอง อุบัติเหตุ หรือจากมลพิษ ทางกายภาพบางอย่าง	10.16	11.15
3.	การเกิดความผิดปกติของโครโมโซม	14.41	9.47
4.	การอยู่ห่างไกลวัฒนธรรมและอยู่ในสิ่งแวดล้อมจำกัด	-	8.95
5.	เกิดร่วมกับโรคและภาวะบางอย่าง ในระยะก่อนคลอด ที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด	1.84	7.56
6.	ความบกพร่องของกระบวนการทางชีวเคมีในร่างกาย ต่อมไร้ท่อและโภชนาการ	3.32	3.73
7.	เกิดร่วมกับการคลอดก่อนกำหนด	0.36	3.64
8.	เนื่องจากหรือตามหลักการทางจิตซึ่งเกิดในวัยเด็ก	5.12	1.87
9.	เกิดร่วมกับพยาธิสภาพทางสมองซึ่งเกิดในวัยเด็ก	1.18	0.51
10.	ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด	32.38	35.49

4 ปัญหาความประพฤติ

ในปัญหาความประพฤติ มักเป็นปัญหาจากลักษณะนิสัย หรือการแสดงออกที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ส่งผลกระทบต่อคนอื่น และก่อความเดือดร้อนแก่เด็ก ครอบครัว คนใกล้ชิดมีตั้งแต่ระดับรุนแรงน้อย จนถึงระดับรุนแรงมาก

ที่พบบ่อย คือ 4.1 การต่อต้านหรือดื้อ และไม่เคารพผู้ใหญ่

4.2 การพูดปด

4.3 การลักขโมย

4.4 การหนีโรงเรียน

4.1 การต่อต้านหรือดื้อและไม่เคารพผู้ใหญ่ เกิดจากเด็กถูกผู้ปกครองบังคับมากเกินไป มักเกิดในเด็กที่มาจากครอบครัวที่เคร่งครัดกฎระเบียบ เข้มงวดมากๆ หรือการให้เด็กที่ถูกตามใจและปล่อยปละละเลยมากเกินไป

เด็กได้รับอิสระมากไป หรือพบในเด็กที่พ่อแม่มีความขัดแย้งกันในการอบรมสั่งสอนเด็ก พ่อแม่ที่ไม่สม่ำเสมอในเรื่องการทำตนและการกำหนดข้อปฏิบัติหรือระเบียบวินัย และมักพบปัญหานี้ในเด็กที่มาจากครอบครัวแตกแยก เด็กขาดความรักความอบอุ่น

4.2 การพุดบด มักเกิดจากสถานการณ์ที่เด็กกระทำเพื่อป้องกันหรือปกป้องตนเอง เด็กพุดบดเพราะเลียนแบบผู้ใหญ่หรือทำอะไรติดขัด และมักพบในเด็กที่พุดบดเพื่อเรียกร้องความสนใจ โดยเด็กต้องการยกย่องจากคนรอบข้าง

4.3 การลักขโมย ปัญหานี้ในเด็กพบจากการที่เด็กขาดความเข้าใจในเรื่องสิทธิการเป็นเจ้าของ ขาดการอบรมจากผู้ใหญ่ ขโมยของเพื่อต้องการให้เพื่อนยอมรับตนเอง เด็กบางคนขโมยเพื่อเป็นการแสดงออกถึงการแกล้งพ่อแม่ที่ขาดความสนใจตนเอง และในเด็กที่ฐานะยากจนการลักขโมยก็มักเกิดขึ้นเพราะเด็กเกิดความอยากได้สิ่งของของตนเองไม่มี

4.4 การหนีโรงเรียน มักพบในเด็กโตหรือวัยรุ่น เกิดจากเด็กไม่ชอบโรงเรียน เรียนไม่ทันเพื่อน ผลการเรียนไม่ดี กลัวครูลงโทษ บางครั้งก็พบว่าเด็กอยากมีอิสระ เรียนรู้สิ่งใหม่ และมักพบปัญหานี้ร่วมกับพฤติกรรมอื่นๆ เช่น การพุดบด การลักขโมย เนื่องจากเด็กต้องการแสวงหากลุ่มเพื่อนที่อยู่นอกโรงเรียนที่ยอมรับตนเป็นพวก

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต

การป้องกันก่อนการเกิดปัญหาเป็นแนวทางที่ดีที่สุด และการวางแผนตั้งแต่วัยก่อนสมรสเพื่อให้มีความพร้อม และมีลูกในช่วงเวลาที่เหมาะสม เด็กจะเติบโตอย่างอบอุ่น สำหรับการป้องกันปัญหาเพื่อเกิดขึ้นแล้วควรจรรีบบหาสาเหตุของปัญหาเพื่อแก้ไขตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่เป็น และหากพบปัญหาแล้วการให้การฟื้นฟูหลังการเกิดปัญหา ทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ก็จะช่วยให้อายุยืนในสังคมได้โดยไม่ก่อปัญหาอื่นๆ ในสังคม

5. โรคประสาทอุปาทาน

โรคประสาทอุปาทาน เป็นโรคที่เกิดอาการเหมือนมีความเจ็บป่วยทางร่างกายบ่อยๆ โดยไม่มีพยาธิสภาพของระบบใดระบบหนึ่งของร่างกายเลย สันนิษฐานว่าอาการแสดงที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเพราะผู้ป่วยเก็บกดความคับข้องใจ ความเครียด หรือความไม่สบายอารมณ์ไว้ ทำให้จิตได้สำนึกแปรเปลี่ยนความรู้สึกไม่สบายใจนั้นออกมาทางอาการเจ็บป่วยของร่างกาย โรคนี้มักพบบ่อยในเด็กวัยเข้าเรียนและวัยรุ่น และพบบ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

อาการของโรคมักจะเกิดอาการทันทีทันใดหรือค่อยๆ เกิดอาการก็ได้ แต่ที่สำคัญคือจะมีความยุ่งยากใจหรือคับข้องใจเป็นตัวกระตุ้น และอาการแสดงของร่างกายที่เจ็บป่วยนั้นจะเกิดขึ้นที่ระบบใดระบบหนึ่งหรือเกิด

หลาย ๆ ระบบพร้อมกันก็ได้ โดยมากจะมีอาการหน้ามืด เป็นลม ปวดท้อง ขาตามแขนขา แล้วไม่รู้สีกตัว หรือจุกเสียด แน่น หายใจไม่ออก หอบถี่ แล้วเป็นลมในบางรายอาจมีอาการกรีดร้องดิ้นทุรนทุรายคล้ายชัก

อาการที่เกิดขึ้นมักจะเป็นในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มคนหรืออยู่ในที่ที่มีคนชุมนุมกันมาก ๆ ในเด็กวัยเรียนมักจะเกิดอาการเป็นลมขึ้นขณะที่เข้าแถวเตรียมจะเข้าเรียน หรือกำลังมีการประชุมนักเรียนทั้งชั้นหรือทั้งโรงเรียน อาการที่เป็นจะยาวนานไม่กี่นาที และเมื่อแยกผู้ป่วยออกจากกลุ่มแล้วสัปดาห์อาการจะหายไป

ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้มักจะเป็นคนที่อ่อนไหวง่าย วุฒิภาวะไม่โต (immature) มีปมปัญหาทางเพศ (sexual conflict) เป็นคนถูกชี้นำง่าย (suggestable) และค่อนข้างจะเป็นคนแสดงออกทางอารมณ์เก่ง หรือชอบแสดงออกทางอารมณ์จนเกินเลย แต่ไม่มีปัญหาทางสติปัญญา

ปัจจัยกระตุ้นหรือปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดอาการของโรค (precipitating factor) คือจะมีเรื่องราวหรือเหตุการณ์ทางไสยศาสตร์ พิธีกรรม หรือปมปัญหาทางเพศมากระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น ในรายงานของโรคอุปาทานที่ตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2521 พบว่ามีความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างครูในโรงเรียน และความเครียดจากการเก็บตัวของนักเรียนระหว่างการแข่งขันกีฬาโรงเรียน (สงัน สุวรรณเลิศและคนอื่น ๆ, 2522) และในรายงานโรคอุปาทานที่จังหวัดพะเยา เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2529 พบว่ามีหลวงปู่ฤๅษีนำพระพุทธรูปมามอบให้โรงเรียนแล้วเดินดูรอบ ๆ โรงเรียนพร้อมกับกล่าวว่าบริเวณนี้มีป่าช้าที่มีผีดุที่สุด พอคืนนักเรียนที่ป่วยคนแรกไปล้อเลียนพระพุทธรูปแล้วมือเกิดบวมขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ จึงตอกย้ำความกลัวในสิ่งมีอำนาจเหนือธรรมชาติ และเกิดอาการระบอบในกลุ่มนักเรียนขึ้น (อินทิรา พัวสกุล และคนอื่น ๆ, 2529)

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ในขั้นแรกควรแยกผู้ที่มีอาการออกจากกลุ่มคนก่อน โดยแยกไปไว้ในห้องที่เงียบสงบ มีคนดูแลเพียงคนเดียวหรือสองคน ซึ่งจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยลดลงหรือหยุดอาการชัก เพราะไม่ได้รับความสนใจจากกลุ่ม หลังจากนั้นก็ให้การปฐมพยาบาล ค่อย ๆ พุดคุยให้กำลังใจศึกษาเรื่องราวที่เป็นปมคับข้องใจเพื่อจะได้แก้ไขและรักษาทางจิตใจต่อไป ในบางรายจำเป็นต้องแยกผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อมเดิมนั้นชั่วคราวเพื่อผลทางการรักษา ส่วนบุคคลที่อยู่รอบข้างหรือเป็นญาติพี่น้องต้องอธิบายให้เข้าใจถึงลักษณะการป่วยทางอารมณ์แบบนี้ให้เข้าใจและไม่แสดงอาการหรือพฤติกรรมที่ตกใจ หรือมีปฏิกิริยามากมาย จนอาจนำไปสู่ความยุ่งยากในการรักษาผู้ป่วย

2. สุขภาพจิตวัยรุ่น

2.1 ความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตวัยรุ่น

“วัยรุ่น” จัดเป็นวิกฤต เนื่องจากเป็นวัยที่มีภาวะอารมณ์แปรปรวนสูง ภาวะทางอารมณ์ยังไม่สมบูรณ์ อาจก่อให้เกิดความสับสนในบทบาทของตนเอง ซึ่งอยู่ระหว่างความเป็นเด็กและความเป็นผู้ใหญ่ วัยรุ่นจึงมุ่งแสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง มีความต้องการยอมรับจากกลุ่ม บางครั้งเราพบว่าวัยรุ่นยังขาดความเข้าใจในตนเอง ขาดทักษะ และประสบการณ์ในการเผชิญปัญหา ขาดแรงสนับสนุนที่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ เช่น ความกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความสับสนในบทบาทของตนเอง เป็นต้น

การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จะช่วยให้วัยรุ่นมีแนวทางในการเผชิญความเครียดต่างๆ ในชีวิตได้อย่างสอดคล้อง สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและเกิดความขัดแย้งในจิตใจน้อยที่สุด อันจะก่อให้เกิดสุขภาพจิตที่ดีและเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต

2.2 ปัญหาสุขภาพจิตวัยรุ่นที่พบบ่อย ได้แก่

- 2.2.1 ปัญหาการปรับตัว เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางเพศ การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม
- 2.2.2 ปัญหาความประพฤติด้านสังคม เกเรและอันธพาล
- 2.2.3 ปัญหาการติดสารเสพติด
- 2.2.4 ปัญหาการฆ่าตัวตาย

ดังนั้น ควรทำความเข้าใจพัฒนาการ ความต้องการของวัยรุ่นเพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ความต้องการ และเข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง รวมทั้งสามารถป้องกันความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งก่อนเป็นวัยที่สำคัญต่อการพัฒนาเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต

2.3 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา

โดยปกติวัยรุ่นจัดเป็น “วัยวิกฤต” นับเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ด้วยพัฒนาการตามวัยเป็นพื้นฐานเดิมอยู่แล้ว อีริคสัน กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาที่มนุษย์มีความสับสนทางจิตใจมากที่สุดกว่าวัยอื่นๆ ดังนั้นวัยรุ่นที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง เช่น มีสภาพครอบครัวแตกแยก มีฐานะทางเศรษฐกิจยากจน หรือมีความพิการทางด้านร่างกาย จะยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหามากขึ้น

2.3.1 สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างรวดเร็ว เนื่องจากฮอร์โมนเพศ ทำให้วัยรุ่นเกิดความวิตกกังวลว่า จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในส่วนไหนบ้าง ทำไมจึงเกิดการเปลี่ยนแปลง สาเหตุจากอะไร จะผิดปกติหรือไม่ และวัยรุ่นคนอื่นๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงแบบนี้เหมือนกันหรือเปล่า

2. วัยรุ่นเป็นช่วงที่มีระดับอารมณ์ไม่มั่นคง ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์ทางลบหรือทางบวกทั้งโกรธ อิจฉา กลัวหรือมีความสุข วัยรุ่นจะตกอยู่ในภาวะอารมณ์แบบใดแบบหนึ่งนานกว่าที่เคยเป็นในวัยเด็ก ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์นี้ไม่อาจปิดบังซ่อนเร้นได้ โดยอาจแสดงออกเป็นพฤติกรรมต่างๆ เช่น

2.1 หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าเหตุการณ์ต่างๆ เช่น เก็บตัวเงียบ อ่านหนังสือคนเดียว

2.2 หงุดหงิด อารมณ์เสื่อง่าย

2.3 เพลิดเพลินกับการกินอย่างไม่ยั้ง

2.4 ทะเลาะเบาะแว้งกับผู้อื่น

2.5 ระเบิดอารมณ์ออกมา เช่น ขว้างปาข้าวของ ฯลฯ

ความไม่มั่นคงทางอารมณ์นี้มีระดับสูงสุดเมื่ออายุราว 11-12 ปี และจะเกิดขึ้นอีกครั้ง ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย โดยช่วงดังกล่าวเปรียบเสมือนขาดสมดุล จิตใจไม่มั่นคง เครียดและตัดสินใจไม่ได้ บางครั้งอาจควบคุมตนเองไม่ได้ และอาจแสดงพฤติกรรมที่สร้างปัญหาให้ผู้อื่นมากกว่าปกติ หรือปรับตัวไม่ได้

3. ความอยากรู้ อยากเห็น อยากลอง ชอบความตื่นเต้นท้าทาย วัยรุ่นมักจะสนใจในสิ่งที่ท้าทายความสามารถ เช่น การกลับบ้านเอง การขึ้นรถเมล์ การหัดขับรถ ทดลองดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ดมกาว ลองหนีเรียนออกไปเที่ยวกับเพื่อนๆ แม้แต่ลองเที่ยวหญิงโสเภณี ฯลฯ (เพราะต้องการความตื่นเต้น หรือรู้สึกว่าคุณทำหาย) ในขณะที่ยังขาดความรู้ ขาดทักษะ และขาดการฝึกฝน ซึ่งพฤติกรรมการอยากลองนี้ มักจะพบสูงสุดในวัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 14-16 ปี) ที่จะเป็นเด็กก็ไม่ใช่ จะเป็นผู้ใหญ่ก็ไม่เชิง แนวความคิดในการยับยั้งตนเองยังมีไม่มากพอ และมักจะละเลยหรือไม่คำนึงถึงผลเสียต่อสภาพร่างกาย การเรียน อาชีพ หรือปัญหาอื่นๆ ที่ตามมา

4. ความต้องการเป็นอิสระ และเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น ทำให้วัยรุ่นมักไม่ค่อยยอมทำตามคำสั่งของพ่อแม่ (เริ่มวิพากษ์วิจารณ์ หรือแสดงความไม่เห็นด้วยต่อพฤติกรรม หรือความคิดเห็นของพ่อแม่) เพราะถ้าเขาทำตามก็เท่ากับขัดความต้องการที่จะเป็นเด็กโต เป็นอิสระของตนเอง สิ่งเหล่านี้จะเป็นทางนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ได้ง่ายขึ้น ถ้าพ่อแม่ไม่เข้าใจในพัฒนาการของลูก

5. ความต้องการการยอมรับ ทั้งจากคนในบ้าน และจากกลุ่มเพื่อน เพราะการมีเพื่อนทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่า ตนเองมีพรรคพวกที่จะเข้ากลุ่มด้วย มีความรู้สึกเป็นที่ยอมรับและมีความเป็นส่วนร่วมของกลุ่ม ทำให้เสริมความเข้มแข็ง มั่นใจ และมีอำนาจในตนเองมากขึ้น บ่อยครั้งจึงพบว่า วัยรุ่นพยายามทำตามสิ่งอันเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม เช่น การแต่งตัวตามแฟชั่นเสื้อผ้า รองเท้า ทรงผม หรือแม้แต่การใช้ภาษาแสดง ฯลฯ

ซึ่งส่วนใหญ่มักจะขัดกับความต้องการหรือความคาดหวังของพ่อแม่ ผู้ใหญ่ ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ ผู้ใหญ่ได้ง่าย การถูกต่อว่าจะทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าไม่เป็นที่ยอมรับ ขณะเดียวกันก็จะยิ่งทำให้เกิดอาการต่อต้านผู้ใหญ่มากขึ้น

6. ต้องการความถูกต้อง ยุติธรรมอย่างมาก วัยรุ่นส่วนใหญ่จะแสวงหาอุดมคติ อุดมการณ์ทางการเมือง ให้ความสำคัญจริงจังกับความถูกต้อง และยุติธรรม จึงมักจะพบว่าวัยรุ่นจะมีการชุมนุมประท้วงสิ่งที่ไม่เป็นธรรมต่างๆ อยู่เสมอจนบางครั้งมีข่าวคราวรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตกันก็มี

2.3.2 ปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียดและเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา

ความตึงเครียดของวัยรุ่นนั้น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของต่อมต่างๆ ภายในร่างกายรวมถึงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมด้วย จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางสังคมจะเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดต่อวัยรุ่นมากกว่าการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นต้องประสบปัญหาในการปรับตัวมากขึ้น ได้แก่

1. ความเครียดภายในร่างกาย (Internal stress) ซึ่งเกิดจากความเครียดทางพัฒนาการ (Developmental stress) ได้แก่

- 1.1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีระทำให้วัยรุ่นส่วนใหญ่มักจะวิตกกังวลถึงรูปร่างหน้าตาที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นพิเศษ โดยเฉพาะส่วนที่แปลกไปจากคนอื่น ๆ เช่น การมีสิว ความอ้วน เด็กชายที่ตัวเล็ก หน้าตาไม่หล่อ อาจทำให้เด็กมีปมด้อย กลัวว่าจะเป็นความผิดปกติหรือไม่
- 1.2 ความวิตกกังวลกับอารมณ์เพศที่สูงขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนทางเพศ ซึ่งส่งผลให้วัยรุ่นเกิดอารมณ์เพศขึ้นมาได้บ่อย ความรู้สึกที่ตนเองไม่สามารถควบคุมความรู้สึกนี้ได้ ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความกังวลมากขึ้น
- 1.3 ความกังวลกับพฤติกรรมทางเพศ เช่น การเรียนรู้ที่จะสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การอยากรู้ อยากเห็นกิจกรรมทางเพศ จนหลายครั้งวัยรุ่นไม่อาจควบคุมพฤติกรรมทางเพศได้ เมื่อถูกระตุ้นจากสิ่งเร้า ทำให้วัยรุ่นรู้สึกขัดแย้งกับสิ่งที่เขาเคยถูกสอนมา ให้สะกดกั้นความต้องการเหล่านี้เอาไว้

2. ความเครียดจากภายนอก (External stress) หรืออาจจะเรียกว่า ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม เกิดได้จาก

- 2.1 ความคาดหวังของสังคมว่า วัยรุ่นจะต้องแสดงพฤติกรรมที่เป็นผู้ใหญ่ขึ้น เมื่อวัยรุ่นมีรูปร่างดูเป็นผู้ใหญ่ขึ้น ก็จะถูกคาดหวังให้ทำตัวเป็นผู้ใหญ่ด้วย การทำตามความคาดหวังของสังคมเช่นนี้ในขณะที่วัยรุ่นไม่มีความพร้อมด้านอารมณ์ ทำให้วัยรุ่นเกิดความกดดันได้
- 2.2 ความปรารถนาส่วนตัวของวัยรุ่นไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง การที่วัยรุ่นมักเฝ้านในเรื่องที่เป็นอุดมคติเกินไป ซึ่งขัดกับค่านิยม ความเป็นจริง หรือความต้องการของพ่อแม่ทำให้

การแตกเนื้อหนุ่ม

การผื่นเปื่อยมักจะเกิดขึ้นเป็นปกติในวัยรุ่นชายช่วง 14-16 ปี วัยรุ่นชายจะมีอารมณ์เพศสูงสุดและรุนแรงในช่วงอายุ 17-18 ปี มีการตื่นตัวทางเพศได้ง่ายและรวดเร็ว มีการแข็งตัวของอวัยวะเพศได้บ่อยๆ แม้ไม่มีสิ่งปลุกเร้า และอาจเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม ทำให้เขารู้สึกเสียหน้า ละอายใจที่ควบคุมร่างกายไม่ได้ ก่อให้เกิดความไม่มั่นใจในตัวเองได้

การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง

วัยรุ่นทั้งหญิงและชายจะทำความคุ้นเคยกับร่างกายอวัยวะของตนเอง โดยการลูบคลำสำรวจอวัยวะเพศมากกว่าร้อยละ 90 ของวัยรุ่นชายจึงปลดปล่อยอารมณ์เพศด้วยการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ไม่มีผลเสียต่อร่างกายแต่กลับช่วยชะลอความต้องการที่จะต้องรีบหาคู่ครองเพื่อประโยชน์ทางการอารมณ์ อย่างไรก็ตาม การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองนั้นควรทำในปริมาณที่พอเหมาะ ไม่หมกมุ่นจนเสียการกิจวัตรตามปกติ

ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองก็ยังพบอยู่บ้างในปัจจุบันนี้ เช่น วัยรุ่นบางคนคิดละอาย เข้าใจว่าการกระทำดังกล่าวแสดงว่าตนเองมีอารมณ์เพศสูงผิดปกติ และการสูญเสียสุจิเป็นการเสียเลือด ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ซุบซิด เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของวัยรุ่นส่วนใหญ่มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายกล่าวคือ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย วัยแรกเริ่มบางคนรู้สึกวิตกกังวล กลัวว่ามีความผิดปกติในร่างกายหรือรู้สึกหงุดหงิด หมกมุ่น ไม่พอใจกับรูปร่างของตน

อารมณ์ความรู้สึกหรือความวิตกกังวลของวัยรุ่นเกี่ยวกับร่างกาย และเพศมีหลายๆ ด้าน ดังนี้

- 2.1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายว่าเกิดอะไรขึ้นตามร่างกาย ผิดปกติหรือไม่ วัยรุ่นคนอื่นๆ เป็นเหมือนเราไหม
- 2.2 วิตกกังวลกับอารมณ์เพศที่สูงขึ้น และรู้สึกไม่แน่ใจในความเป็นชายหรือหญิงของตนที่อาจทำให้ภาพพจน์ หรือความนับถือตนเองเริ่มสั่นคลอน
- 2.3 กังวลกับพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ความอยากรู้อยากเห็น หรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศต่างๆ
- 2.4 กลัวการเป็นผู้ใหญ่ กลัวความรับผิดชอบ บางครั้งอยากเป็นเด็ก บางครั้งอยากเป็นผู้ใหญ่ ทำให้มีอารมณ์ผันผวน หงุดหงิดได้มาก ครูจึงควรให้ความรู้แก่วัยรุ่นในเรื่องเพศดังนี้

2.4.1 อธิบายว่าอะไรปกติ และอะไรผิดปกติซึ่งมีหลักว่าความปกติ คือ

- (1) สิ่งที่ปฏิบัติกันมา
- (2) เป็นเรื่องธรรมดาหรือธรรมชาติ
- (3) ไม่ผิดศีลธรรม
- (4) ไม่เป็นอันตราย

2.4.2 อธิบายให้วัยรุ่นตระหนักว่าอารมณ์ความรู้สึกเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองควบคุมไม่ได้ เพราะเป็นธรรมชาติ แต่เราสามารถควบคุมการกระทำได้ คือ “มีสิทธิที่จะรู้สึกได้แต่ไม่กระทำออกมา” เช่น วัยรุ่นชายรู้สึกผิดที่เกิดอารมณ์เพศ เมื่อบังเอิญเห็นพี่สาวในสภาพเปิดเผยร่างกายโดยไม่ตั้งใจ แต่เขาจะรู้สึกสบายใจขึ้นเมื่อได้รับคำอธิบายว่า การที่เขาอารมณ์เพศตอบสนองเป็นเรื่องธรรมดาในวัยรุ่น มิใช่ว่าเขาเป็นคนลามกหรือเลวร้าย

2.4.3 แม้พฤติกรรมเป็นสิ่งที่ควบคุมหรือบังคับได้ แต่แรงขับทางเพศในวัยรุ่นอาจรุนแรงมากยากแก่การควบคุม วัยรุ่นจึงต้องเรียนรู้หาทางข่มอารมณ์เพศ หรือหันเหเปลี่ยนไปในทางที่สังคมยอมรับ เช่น การเล่นกีฬา อ่านหนังสือ หรือสนใจศิลปะดนตรี เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

วัยรุ่นระยะต้นชอบที่จะคลุกคลีกับเพื่อนเพศเดียวกัน วัยรุ่นต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อนๆ ต้องการทำให้เหมือนเพื่อน ลอกเลียนลักษณะไม่ว่าจะเป็นการแต่งกาย ทรงผม ภาษา หรือท่าทาง เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อนๆ

ดังนั้นลักษณะของเพื่อนที่วัยรุ่นคบ บอกถึงความรู้สึกหรือภาพพจน์ต่อตนเอง เพราะวัยรุ่นจะเลือกคบเพื่อนที่คล้ายๆ ตัวเอง เช่น เด็กเรียนดีก็จะอยู่ในกลุ่ม “หนอนหนังสือ” ด้วยกัน หรือเด็กที่เรียนอ่อน จะมีภาพพจน์ต่อตนเองในทางลบ ก็จับกลุ่มในพวก “เรียนไม่เอาไหน” เหมือนกัน การคบเพื่อนจะทำให้วัยรุ่น

- 3.1 เริ่มเรียนรู้ที่จะคำนึงถึงความรู้สึกความต้องการของผู้อื่น รู้จักแสร้งความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งแสดงถึงการบรรลุวุฒิภาวะทางอารมณ์
- 3.2 เรียนรู้การวางตัวในบทบาทที่เหมาะสมกับเพศของตน ช่วยให้เขารู้สึกมั่นคงในความเป็นชายหรือเป็นหญิงของตัวเอง ไม่ประหม่าและอึดอัดหรือปรับตัวไม่ได้เมื่ออยู่ต่อหน้าเพื่อนต่างเพศ
- 3.3 เรียนรู้บทบาท หรือสถานะของเขาในสังคม เช่น เป็นผู้นำกลุ่ม หรือเป็นผู้ตามหรือมีบทบาทอย่างไร ช่วยให้มีความภาคภูมิใจ มั่นใจ และมีความนับถือตนเอง ซึ่งสำคัญยิ่งต่อสุขภาพจิตหรืออนาคตของวัยรุ่น

นอกจากนี้ นักจิตวิทยายังอธิบายว่าเมื่อคนเราถูกขัดขวางไม่ให้บรรลุความสำเร็จย่อมจะเกิดความก้าวร้าวได้ หรืออีกนัยหนึ่งคือเมื่อคนเราถูกขัดใจบ่อยๆ หรือทำอะไรก็พบแต่อุปสรรคขัดขวางเสมอๆ จะก่อให้เกิดภาวะคับข้องใจ สะสมขึ้นทีละน้อย ซึ่งถ้าไม่มีหนทางระบายออกเลย ในที่สุดจะระเบิดออกมาเป็นความก้าวร้าว

เกี่ยวกับสติปัญญา ที่จริงแล้ววัยรุ่นอันธพาล หรือเด็กที่มีปัญหาความประพฤติไม่ใช่เด็กที่มีสติปัญญาด้อย แต่เป็นเพราะคนเหล่านั้นไม่สนใจการเรียน ขาดความอยากรเรียนรู้ และมักเป็นคนไม่มีแผนการในอนาคต จากข้อมูลการศึกษาสำรวจเพื่อหาสาเหตุของการทะเลาะวิวาทของนักเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร ของกองสารวัตรนักเรียนพบว่านักเรียนที่ชอบก่อเหตุทะเลาะวิวาทส่วนใหญ่เรียนซ้ำชั้นมาแล้ว 1 ครั้งถึงร้อยละ 68.32

2. ปัจจัยจากครอบครัว

โดยมากครอบครัวของวัยรุ่นที่มีปัญหาความประพฤตินั้นมักจะเป็นครอบครัวที่ไม่มั่นคง เป็นครอบครัวแตกแยก พ่อแม่หย่าร้างหรือแยกทางกัน บางทีพ่อและแม่ไม่ได้อยู่ด้วยกันเป็นเวลานานๆ จึงทำให้สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ลูกไม่อบอุ่น และบางรายแม่ปล่อยปละละเลยต่อความประพฤติในกลุ่มอกห่างของลูกชาย การอบรมสั่งสอนในครอบครัวก็เป็นไปอย่างไม่สม่ำเสมอ ขณะเดียวกันพ่อมักจะเป็นคนเข้มงวดและชอบการลงโทษเขียนตีสุนแรง

เด็กที่อยู่ในครอบครัวแตกแยกและขาดความอบอุ่นขาดความสุขมักจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นการกระทำผิดเพื่อเรียกร้องความสนใจจากสังคมอันเป็นการทดแทนความรักความอบอุ่นที่ตนไม่ได้รับเช่นคนอื่น ๆ หรือมีเจตนาเด็ก ก็กระทำผิดโดยไม่เจตนาอันเนื่องมาจากการอบรมสั่งสอนที่ดี

จากการสำรวจความเห็นของนักเรียน นักศึกษาที่เคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการก่อเหตุทะเลาะวิวาทถึงลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาของตนพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความเห็นว่า บิดามารดาของตนชอบดื่มสุราหรือเล่นการพนันเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือบิดามารดามักทะเลาะวิวาทกันอยู่เสมอ ถัดไปคือบิดามารดาชอบแสดงอำนาจบาตรใหญ่ บิดามารดาไม่ค่อยมีเวลาให้ลูก และบิดามารดามักจะลงโทษรุนแรงเมื่อทำความผิด

3. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

เด็กที่มีปัญหาความประพฤตินั้นมักจะเป็นกลุ่มที่ไม่ค่อยไปโรงเรียนหรือมีปัญหาการเรียน ดังนั้น เด็กพวกนี้จึงมักจะขาดการได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากโรงเรียน ขาดกิจกรรมกลุ่ม และขาดการขัดเกลาพฤติกรรมด้านระเบียบวินัยจากโรงเรียน

อีกด้านหนึ่งคือเพื่อน วัยรุ่นเป็นวัยที่เห็นเพื่อนเป็นบุคคลที่เข้าใจตนเองดีที่สุด ประกอบกับเป็นวัยที่อยากรู้ อยากลอง ดังนั้นถ้าเด็กมีเพื่อนฝูงที่มีนิสัยไม่ดี ชอบกระทำความผิดหรือประพฤติดีก็อาจชักจูงให้ตนร่วมกระทำได้ด้วย

ลักษณะสังคมที่มีความหลากหลายของกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ กล่าวคือ มีคนอาศัยต่างเผ่าต่างภาษาถิ่น มีประเพณีค่านิยมและมาตรฐานการดำรงชีพที่แตกต่างกัน จะทำให้ชุมชนนั้นมีความแปลกแยก มีความสับสนทางประเพณี ค่านิยม ประชาชนจะขาดความเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ถึงแม้ว่าชุมชนนั้นจะมีเศรษฐกิจดีก็ตาม จึงทำให้วัยรุ่นในชุมชนนั้นประพฤติดีปฏิบัติตนก่อวินาศกรรม และยิ่งสังคมนั้นแบ่งพวกมีก๊กมีเหล่าเกิดขึ้น เมื่อมีสมาชิกมากขึ้นๆ ก็จะมีประพฤติดีปฏิบัติตนให้แปลกแยกไปจากประชาชนทั่วไปยิ่งขึ้น ทำตัวไม่เคารพกฎระเบียบของกลุ่ม เกิดปัญหาความประพฤติหรือเป็นอันธพาล (Bakwin, 1967)

การป้องกัน

การป้องกันปัญหาความประพฤติในวัยรุ่นสามารถทำได้ดังนี้

1. การป้องกันระยะแรก คือการเริ่มที่ครอบครัวโดยทำบ้านให้เป็นบ้าน กล่าวคือ ให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กมีเวลาเอาใจใส่ดูแลเด็ก สร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมที่ดีในครอบครัวโดยการมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวเพื่อสร้างความผูกพันระหว่างพ่อ แม่ และลูก ซึ่งเมื่อลูกมีความคับข้องใจจะได้มาปรึกษาพ่อแม่หรือผู้ใหญ่ และผู้ใหญ่ในครอบครัวควรเป็นตัวอย่างที่ดีในพฤติกรรมต่างๆ

2. การป้องกันระยะที่สอง คือการให้ความช่วยเหลือแก้ไขเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กๆ น้อยๆ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เช่น เด็กที่มีปัญหาการเรียน เด็กขาดเรียน หรือเด็กหลุดปด เพื่อจะได้เข้าใจต้นเหตุแห่งปัญหาแล้วหาทางช่วยเหลือแก้ไขตั้งแต่เนิ่นๆ จะได้ไม่กลายเป็นปัญหารุนแรงต่อไป

นอกจากนี้ ควรให้ความเอาใจใส่และช่วยเหลือแก่เด็กกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพจิต ได้แก่ เด็กขาดพ่อแม่ เด็กเร่ร่อนจรจัด เป็นต้น เพื่อจะได้ช่วยไม่ให้เด็กเหล่านี้อาจกลายเป็นอันธพาลและกลับเป็นเด็กที่ไม่มีปัญหา

3. ทางด้านโรงเรียน ควรมีการจัดหลักสูตรเสริมศึกษา เช่น มีกิจกรรมนอกหลักสูตร การตั้งค่ายพักแรม การทัศนศึกษา การกีฬา เป็นต้น เพื่อให้นักเรียนมีโอกาสระบายความคับข้องใจออกไปกับกิจกรรมทางด้านต่างๆ ไม่สั่งสมไว้จนเกิดเป็นความก้าวร้าว ครูควรมีความใกล้ชิดนักเรียนเพื่อช่วยเหลือเด็กเมื่อมีปัญหา แทนพ่อแม่ได้

4. ทางด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

4.1 ควรมีการควบคุมสื่อมวลชนที่อาจเสนอเรื่องเป็นภัยต่อจิตใจเด็ก เช่น ภาพยนตร์ รายการโทรทัศน์ที่แสดงความก้าวร้าวรุนแรง หรือลดการเสนอข่าวที่มีการยกย่องผู้กระทำความผิดอย่างเป็นวีรบุรุษ

4.2 เนื่องจากสถานเริงรมย์มักจะเป็นแหล่งที่เด็กและเยาวชนอาจไปมั่วสุม จึงควรมีความสนใจตรวจตราให้มีบริการอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมสมควร

- 4.3 ส่งเสริมสถานพักผ่อนสำหรับเด็กและเยาวชนที่เป็นสวนสาธารณะในเมืองใหญ่ๆ เช่น สวนสาธารณะ ห้างสรรพสินค้า พิพิธภัณฑ์ เพื่อช่วยเป็นแหล่งสันทนาการที่เป็นประโยชน์แก่เด็กและเยาวชน เพราะจะช่วยให้เด็กมีสถานที่สำหรับใช้เวลาว่างไปในทางสร้างสรรค์ ส่งเสริมความรู้และสุขภาพจิต

2.6 ปัญหาการติดสารเสพติด

จากรายงานของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2538) เรื่องการประมาณการจำนวนผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย ระบุว่าจำนวนผู้ติดยาเสพติดทุกประเภททั่วประเทศไทย มี 1.268 ล้านคน ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2536 กลุ่มประชากรที่ติดยาเสพติดมากที่สุดคือเกษตรกร มีร้อยละ 72.6 ของผู้ติดยาเสพติด รองลงมาคือนักเรียน ลำดับสามคือชาวประมงน้ำจืดและชุมชนแออัด และจากกระแสสังคมในระยะหลังที่มีข่าวการระบาดของยาบ้า หรือยาบ้าและสารระเหยมากนั้น ในการศึกษาครั้งนี้สามารถให้ข้อมูลอย่างชัดเจนว่าปัญหาเสพติดที่รุนแรงที่สุดในเวลานี้คือสารระเหยซึ่งมีอัตราการติด 7 ต่อพันคน รองลงมาคือกัญชา 5.5 ต่อพันคน และยาบ้ามีอัตราการติด 3.8 ต่อพันคน ส่วนอัตราการติดเฮโรอีนอยู่ในอันดับที่สี่รองลงมาจากยาบ้าและพบว่าเกษตรกรเป็นกลุ่มที่ติดสารระเหยสูงสุดคือร้อยละ 89.6 ของผู้ติดสารระเหย รองลงมาคือนักเรียน นักศึกษา และผู้อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด

จากการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์เจาะลึกในกลุ่ม นักเรียน นักศึกษาของสถาบันวิจัย เพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2538) ได้สัมภาษณ์นักเรียน นักศึกษา 19 รายจากสถานศึกษาต่างๆ แห่งละ 1 คน อายุระหว่าง 14 ถึง 29 ปี พบว่าผู้ถูกสัมภาษณ์ระบุว่ามีเพื่อนร่วมสถาบันหรือเพื่อนแถวละแวกบ้านเสพยาเสพติดมากบ้าง น้อยบ้างทุกราย สารเสพติดที่ใช้คือกัญชา สารระเหย และเฮโรอีน และในกลุ่มที่ถูกสัมภาษณ์ทั้งหมดมีฐานะเศรษฐกิจจัดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งกล่าวว่าปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเสพยาเสพติด คือ การถูกเพื่อนชักชวน ปัญหาครอบครัวแตกแยก หย่าร้าง หรือขาดความอบอุ่นเป็นพื้นฐานเดิม และการซื้อหาเสพติดได้ง่ายในชุมชน เป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญอีกด้านหนึ่งของสาเหตุการติดยา

2.6.1 ปัจจัยเสี่ยงของการติดยาเสพติด

จากการศึกษาของต่างประเทศ มีรายงานเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการติดยาเสพติดในหมู่วัยรุ่นและเยาวชนว่า (Schuster and Kilsey, 1992) กลุ่มวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการติดยาเสพติดคือผู้ที่มีประวัติพ่อแม่ใช้ยาเสพติด พ่อแม่มีระดับการศึกษาต่ำ ครอบครัวขาดแคลน มีฐานะเศรษฐกิจยากจน มีเพื่อนติดยาและเป็นผู้ที่มีการเรียนไม่ดี มีความนับถือตนเองต่ำ (low self-esteem) และลักษณะก้าวร้าวหรือมีความซึมเศร้า ในขณะเดียวกันก็พบว่ามีปัจจัย 2 ปัจจัยที่จะทำให้การติดยาเสพติดลดน้อยลง คือ การมีงานทำและการแต่งงาน

2.6.2 การป้องกันปัญหายาเสพติด

เนื่องจากสาเหตุของการติดยาเสพติดเป็นผลมาจากปัจจัย 3 ประการ คือ ตัวบุคคล ยาหรือสารเสพติด และสังคมสิ่งแวดล้อม ดังนั้นในการป้องกัน จึงต้องดำเนินการเกี่ยวกับปัจจัยทั้งสามโดยทำการหลายๆ ด้านร่วมกัน ซึ่งตามความเป็นจริงแล้วการจัดการเรื่องสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องที่จัดการแก้ไขได้ยาก ดังนั้นการป้องกันจึงควรมุ่งไปที่ตัวผู้ติดยาและตัวยาเสพติดเป็นสำคัญในการดำเนิน

การป้องกันยาเสพติด ประกอบด้วย

1. การให้บริการทางสุขภาพ เพื่อเป็นการป้องกันมิให้เกิดกลุ่มติดยาใหม่ๆ ขึ้นมาอีก โดยการค้นหาผู้ติดยาเสพติดที่มีอยู่มาทำการรักษาพยาบาลให้หายพร้อมกับให้การฟื้นฟูจิตใจและเฝ้าติดตาม เพื่อให้บุคคลผู้นั้นกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมโดยไม่กลับไปติดยาซ้ำ และให้มีความรู้ถึงอันตรายของยาที่บั่นทอนสุขภาพ ร่วมกับความรู้ในการส่งเสริมอนามัยที่ดีเพื่อช่วยให้ไม่กลับไปติดยาเสพติดอีก
2. ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องสิ่งเสพติดให้โทษที่ถูกต้อง กล่าวคือ ไม่เพียงแต่รู้จักฤทธิ์ของยาเท่านั้น แต่ต้องรู้ไปถึงอันตรายที่มีต่อสุขภาพของผู้เสพ รวมไปถึงอันตรายหรือผลกระทบที่มีต่อสังคมด้วย การให้ความรู้โดยการบรรยายอธิบายทั่วๆ ไป มักจะไม่ค่อยได้ผล โดยเฉพาะสำหรับวัยรุ่น จึงควรให้ความรู้เรื่องยาเสพติดสอดแทรกเข้าไปในเนื้อหาของวิชาอื่นๆ อย่างกลมกลืนขณะเดียวกันต้องหากิจกรรมเสริมทักษะสอดแทรกเพื่อให้วัยรุ่นได้รู้จักความพอใจในตนเอง รู้จักสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น รู้จักการแก้ปัญหาและสามารถเผชิญปัญหาได้ตามธรรมชาติที่ควรจะเป็นของการเจริญเติบโตทางพัฒนาการ เช่น การมีกิจกรรมเข้าค่าย สันทนาการ และการกีฬา เป็นต้น
3. การกำจัดตัวยาเสพติด โดยเฉพาะยาเสพติดที่เกิดจากธรรมชาติ โดยการส่งเสริมการปลูกพืชทดแทนฝิ่น กัญชา และการกวาดล้างทำลายการปลูกฝิ่น กัญชา และกระท่อม พร้อมกับออกกฎหมายลงโทษอย่างรุนแรงแก่ผู้ผลิต หรือจำหน่ายยาเสพติด
4. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่บุคคล โดยการส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัว สร้างค่านิยมในทางสร้างสรรค์ การมีคุณธรรมในสังคมให้ความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูอบรมบุตรแก่พ่อแม่ และผู้ปกครอง ส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนา และประเพณีวัฒนธรรมที่จะช่วยเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางใจให้แก่ประชาชน

2.7 ปัญหาการฆ่าตัวตาย

2.7.1 สาเหตุของการฆ่าตัวตาย

ในเพศหญิงจะพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชายประมาณสองเท่า สาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย คือ เรื่องของความรัก ความสูญเสียในชีวิต ปัจจัยรองลงมาคือไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ และปัจจัยอีกประการ คือ เกิดจากการป่วยเป็นโรคทางจิตเวช

ในสหรัฐอเมริกา ปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายนั้นเนื่องจากความคับข้องใจในสัมพันธภาพกับคู่รักหรือเพื่อนสนิท ซึ่งพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มฆ่าตัวตายซึ่งพบมากในเพศชายนั้น คืออาการซึมเศร้าและมีปัญหาความผิดปกติทางอารมณ์ รวมทั้งปัจจัยการติดสารเสพติด (Klerman, 1987)

สาเหตุการฆ่าตัวตายซึ่งเข้าใจว่าเกิดจากปัจจัยทางชีววิทยานั้นเรื่องนี้ได้มีการศึกษามากในเรื่องของระบบสารสื่อประสาท (neurotransmitter system) ในผู้ที่มีอาการซึมเศร้า โดยเฉพาะในสารที่เกี่ยวข้องกับนอร์เอพิเนเฟริน โดพามีน เซโรโทนิน แอสเซทิลโคลีน จากรายงานพบว่าสารเซโรโทนินพรีเคอร์เซอร์ (serotonin precursor) คือกรด 5-ไฮดร็อกซีอินดอลแอซิดิก (5-hydroxyindolacetic acid, 5-HIAA) และ 5-ไฮดร็อกซีทริปโทแฟน (5-hydroxytryptophan, 5-HTP) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย โดยจากการศึกษาในผู้ป่วย 3 รายพบว่าในน้ำไขสันหลังของบุคคลผู้ฆ่าตัวตายเหล่านั้นจะมีสาร 5-HIAA และ 5-HTP ลดลง (Monk, 1987)

ปัจจัยทางสังคมที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย คือ การไม่มีงานทำ ชีวิตครอบครัวแตกแยก และการลอกเลียนแบบซึ่งพบบ่อยในวัยรุ่น

2.7.2 การป้องกัน

การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอาจทำได้โดย

1. การให้คำแนะนำช่วยเหลือในระยะวิกฤต (crisis intervention) มีส่วนช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายได้ ดังนั้น ผู้ให้บริการที่เป็นเวชปฏิบัติทั่วไป จึงควรตระหนักถึงลักษณะอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นว่าอาจมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ซึ่งไม่ควรละเลยที่จะช่วยเหลือเยียวยาให้จริงจัง
2. การส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่จะสร้างสายใยความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพ่อแม่ลูก พ่อแม่ควรมีเวลาดูแลใกล้ชิดลูกโดยเฉพาะเมื่อลูกอยู่ในวัยรุ่น พ่อแม่ควรทำตัวเป็นเพื่อนที่จะเป็นที่พึ่งทางใจแก่ลูกได้ แต่ไม่ควรวางตัวแบบเข้มงวดในระเบียบ ความประพฤติของลูกจนเกินไป พ่อแม่ควรมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นให้แก่ครอบครัว
3. ครูและโรงเรียน ก็เป็นอีกสถาบันหนึ่งที่สำคัญในการป้องกันปัญหาของวัยรุ่น ถ้าครูเข้าใจเด็กและวางตัวใกล้ชิดกับวัยรุ่นก็จะช่วยแนะนำปัญหาต่างๆ ได้ เพราะโดยปกติแล้วเด็กๆ และวัยรุ่นจะเชื่อฟังครูมากกว่าคนอื่น
4. ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตถ้าคิดว่าตนเองไม่รู้จะแก้ไขปัญหาดตนเองได้อย่างไร ควรจะไปปรึกษาผู้มีความรู้ที่จะช่วยได้ เช่น จิตแพทย์ หรือโทรศัพท์ไปปรึกษาทางบริการสายด่วนก็จะเป็นทางออกที่พอจะช่วยแก้ไขได้

2.8 ปัจจัยที่จำเป็นต้องวิเคราะห์ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต

1. ต้องทราบวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมสุขภาพจิต ว่าทำอะไร ต้องการให้ผู้รับสื่อเกิดความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ หรือต้องการให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไร
2. กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการส่งเสริม เป็นใคร โดยมีเกณฑ์ในการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายดังนี้
 - 2.1 ลักษณะทางกายภาพของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เพศ วัย ความรู้ ประสบการณ์ ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมกลุ่มที่บุคคลนั้นๆ เป็นสมาชิกอยู่ เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อความสนใจรับรู้ของกลุ่มเป้าหมาย เช่น วัยรุ่นชายมักสนใจเรื่องวิทยาศาสตร์ การผจญภัย การเมือง ส่วนวัยรุ่นหญิงมักสนใจเรื่องดนตรี ความสวยงาม ธรรมชาติ เป็นต้น
 - 2.2 ลักษณะทางจิตวิทยา ได้แก่ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความต้องการ ความคาดหวัง ลักษณะนิสัย ความสนใจ ฯลฯ จะมีผลต่อการเลือกรับสื่อของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะความเชื่อและค่านิยมของกลุ่มนั้น จะมีอิทธิพลมากต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของวัยรุ่น
3. ช่องทางที่จะใช้สื่อในการส่งเสริมสุขภาพจิต ซึ่งผู้ผลิตสื่อจะต้องวิเคราะห์ก่อนว่าจะใช้สื่ออะไรในการเผยแพร่ข้อมูลไปสู่กลุ่มเป้าหมาย ดังนี้
 - 3.1 สื่อบุคคล เช่น การสอน การจัดกิจกรรมรายบุคคลหรือกลุ่มโดยครู เป็นต้น
 - 3.2 สื่อเอกสาร ได้แก่
 - 3.2.1 ข่าวแจก ผ่านหนังสือพิมพ์ วิทยุ หรือโทรทัศน์ จะต้องใช้ภาษาให้สอดคล้องกับสื่อ ซึ่งส่วนมากจะเป็นข่าวประชาสัมพันธ์ทั่วไป
 - 3.2.2 แผ่นพับ โปสเตอร์ ควรใช้ภาษาเข้าใจง่าย น่าสนใจ สีสันสดใส มีการวางเนื้อหาที่เหมาะสม สะดุดตา และบอกถึงผลประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายจะได้รับ
 - 3.2.3 บทวิทยุ หรือโทรทัศน์ การเขียนข้อมูลต้องคำนึงถึง เนื้อหาและองค์ประกอบอื่นเช่นเสียงประกอบ เพลงประกอบ เป็นต้น
 - 3.2.4 สื่ออื่นๆ เช่น คำขวัญ-บทกลอน เพลง ตูไปรษณีย์ตอบปัญหา เป็นต้น
4. ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการเผยแพร่สื่อในการส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้ผลิตสื่อจะต้องคำนึงว่าต้องการให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการรับรู้ในระดับ ความรู้ การเกิดทัศนคติที่ดีขึ้น หรือต้องการให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่นการให้ความรู้อาจให้ผ่านสื่อเอกสารอย่างเดียวก็ได้ แต่การให้เกิดเจตคติและการปฏิบัตินั้น อาจจะต้องผ่านทั้งสื่อเอกสารและสื่อบุคคล มีการจัดสื่อกิจกรรมที่กระตุ้นความรู้สึกให้เข้มข้นขึ้น จำเป็นจะต้องส่งข่าวสารให้เร็วขึ้น เน้นเนื้อหาที่เป็นจริง สั้น เข้าใจง่าย ตัวหนังสือประกอบอ่านง่าย และติดตั้ง อยู่ในสถานที่ที่คนผ่านไปมา สามารถมองเห็นได้ง่าย เป็นต้น

วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ช่องทางของสื่อและผลที่ต้องการ จะเป็นตัวกำหนดเนื้อหาที่ใช้ในการผลิตสื่อ โดยเนื้อหานั้นต้องยึดหลักความจริง การใช้ถ้อยคำต้องสั้นกระชับได้ใจความ เข้าใจง่าย เห็นภาพชัดเจน เสนอแนวทางที่ควรปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ส่วนลักษณะของสื่อที่เป็นภาพควรมีสีสันสวยงาม ตัวหนังสือประกอบอ่านง่าย

2.9 หลักการในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียน

1. การให้ความรู้ การให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตแก่นักเรียนสามารถกระทำเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือผ่านทางสื่อมวลชน โดยคำนึงถึงการให้ความรู้ให้ถูกคน ถูกเวลาและถูกวิธี โดยมีหลักการให้ความรู้ ดังนี้

1.1 ความรู้ที่ให้ความรู้ควรเป็นเรื่องที่น่าสนใจ หรือกำลังเป็นปัญหาที่นักเรียนประสบอยู่

1.2 เนื้อหาส่วนใหญ่ควรเป็นเรื่องที่ทุกคนสามารถนำไปปฏิบัติ แก้ไข ปรับปรุงให้เป็นประโยชน์ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ทั้งตนเองและผู้ใกล้ชิดในชีวิตประจำวัน

1.3 การให้ความรู้ควรเริ่มต้นด้วยการแสดงการยกย่อง และยอมรับนักเรียนเสียก่อน ก่อนที่จะให้ข้อมูลหรือข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

1.4 ควรชี้แจงให้ทราบถึงความสำคัญ และประโยชน์ของแต่ละเรื่องที่จะนำมาพูดให้ชัดเจน

1.5 ควรใช้เวลาในการพูดไม่นานเกินไป และเปิดโอกาสให้นักเรียนได้ซักถาม สำหรับการให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ แก่นักเรียนระดับมัธยมศึกษา นั้น ควรเน้นสื่อที่อยู่ในความสนใจของวัยได้แก่ บทกลอน เพลง การโต้วาที การประกวด คำขวัญ เป็นต้น

2. การเสริมสร้างเจตคติ และค่านิยมที่เหมาะสม

เจตคติ เป็นความรู้สึก หรือท่าทีของบุคคล ในการแสดงปฏิกิริยาทางบวกหรือลบต่อบุคคล วัตถุ สิ่งของ หรือสถานการณ์ต่างๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับค่านิยมของบุคคลและประสบการณ์ทางสังคมที่ฝังรากลึกอยู่

การเปลี่ยนแปลงเจตคติ

แม้ว่าเจตคติจะเปลี่ยนแปลงได้ยาก เนื่องจากเป็นสิ่งที่บุคคลเรียนรู้ และสั่งสมประสบการณ์ที่ยาวนานจากครอบครัว วัฒนธรรม กลุ่มเพื่อน และสื่อต่างๆ ตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโต แต่นักจิตวิทยาก็เชื่อว่าเจตคติสามารถปรับปรุง และเปลี่ยนแปลงได้ โดยเฉพาะเจตคติที่มีผลเสียต่อบุคคลและสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเจตคติสามารถทำได้ 3 ประการ ดังนี้

1. การชักชวน เป็นการเปลี่ยนแปลงเจตคติโดยให้คำแนะนำ บอกเล่า หรือให้ความรู้เพิ่มเติม

2. การเปลี่ยนกลุ่ม เป็นการลองเปลี่ยนกลุ่มเพื่อปรับเจตคติเพราะเชื่อว่ากลุ่มนั้นมีอิทธิพลต่อการสร้างเจตคติของบุคคลโดยเฉพาะวัยรุ่น เช่น นักเรียนที่ขี้เกียจเรียนหนังสือเพราะอยู่กับกลุ่มเพื่อนที่ขี้เกียจก็จัดย้ายกลุ่ม ให้ไปนั่งกับเพื่อนที่ขยันเรียน นักเรียนก็จะค่อยขยันเรียนตามกลุ่มที่อยู่ใหม่ได้

3. การโฆษณาชวนเชื่อ เป็นการชักชวนให้คนสนใจหรือรับรู้โดยการสร้างสิ่งแปลกๆ ใหม่ๆ เช่นการใช้ชื่อแปลกๆ ภาษาแปลกๆ เพื่อให้คนสนใจและเข้ามาหา เช่น ครูอาจตั้งชื่อชมรมที่ฟังดูแปลกๆ ชวนให้นักเรียนอยากรู้ว่า ชมรมทำอะไรและสนใจสมัครเข้าเป็นสมาชิก หรือการทำแผ่นปลิวเปิดเผยเคล็ดลับการเรียนวิชาต่างๆ ที่น่าสนใจ บางส่วนแจกฟรี เพื่อชักชวนให้นักเรียนสนใจและอยากเรียนด้วย เป็นต้น

ค่านิยม (Values)

ค่านิยม หมายถึง เจตคติที่มีความเข้มข้นและถาวร ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะยึดถือสิ่งนั้นเป็นมาตรฐาน สำหรับใช้ในการดำเนินชีวิตและตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ

เจตคติและค่านิยมจึงมีส่วนคล้ายคลึงกันมาก แต่เจตคติเปลี่ยนแปลงง่ายกว่าค่านิยม เนื่องจากยังเป็นการเรียนรู้ที่ยังไม่ฝังแน่นจนยึดปฏิบัติเป็นนิสัย เช่น เจตคติของบุคคลต่อลีลาเพลงอาจจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย แต่ค่านิยมในการรักเสียงเพลงยังคงเดิม ตัวอย่างเช่น เมื่อเป็นวัยรุ่นอาจชอบเพลงสตริง แต่เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ อาจชอบเพลงที่มีจังหวะช้าลง แต่บุคคลนั้น ก็ยังคงมีค่านิยมในการรักเสียงเพลงไม่เปลี่ยนแปลง ดังนั้นในการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และค่านิยม จำเป็นจะต้องใช้สื่อกระตุ้นที่เร้าให้เกิดความรู้สึกสะเทือนใจมากพอที่ทุกคนอยากจะเปลี่ยนแปลง

3. การเสริมสร้างทักษะหรือการปฏิบัติที่เหมาะสม

ทักษะเป็นความสามารถที่ควรสนับสนุนให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้จากสิ่งที่ไม่เคยทำมาก่อน แต่สามารถเรียนรู้จนกระทั่งเกิดความชำนาญ เช่น ทักษะในการควบคุมอารมณ์ การควบคุมตนเอง การรู้จักปฏิบัติในสิ่งที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งในการเรียนรู้ทักษะนั้นบุคคลจำเป็นต้องมีพื้นฐานของความรู้ และมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องที่จะปฏิบัตินั้นมาก่อน นักเรียนจึงจะสามารถเรียนรู้การฝึกทักษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้ การเสริมสร้างเจตคติ และการเสริมสร้างทักษะสำหรับนักเรียนวัยรุ่นนั้นจำเป็นต้องใช้กระบวนการเรียนการสอนหรือสิ่งที่เอื้อให้นักเรียนได้มีโอกาสเรียนรู้ ตระหนักและคิดจะลงมือปฏิบัติด้วยตัวเอง จึงจะเกิดผลดีที่สุดซึ่งในเอกสารเล่มนี้จะเสนอแนวทางการจัดกิจกรรมโดยใช้หลักการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม

2.10 ครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตในวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง

คุณพ่อคุณแม่หลายท่าน อาจจะรู้สึกหนักใจว่า ทำไมนะตั้งแต่ลูกเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น (12 ปีขึ้นไป) เขาช่างหงุดหงิดง่าย พ่อแม่เตือนนิด เดือนหน่อยก็ไม่ได้ จนเริ่มรู้สึกเบื่อหน่ายกับลูกเหลือเกิน “อย่าเพิ่งโกรธเคืองลูกเลย” เพราะลูกเองก็วิตกกังวลในความเปลี่ยนแปลงของตัวเองไม่น้อยไปกว่าท่าน เขายังต้องการเวลาและผู้ที่ จะช่วยให้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเขาเอง ก็มีแต่พ่อแม่ที่แหละที่จะช่วยลูกได้ดีที่สุด

วัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

การแตกเนื้อหนุ่ม (สาว) เนื่องจากการทำงานของฮอร์โมนเพศมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง ขนาด น้ำหนัก ทรวดทรงของร่างกายอย่างรวดเร็ว เช่น การมีประจำเดือน การหลั่งน้ำกาม เสียงแตกตลอดจนการมีความรู้สึกทางเพศ ทำให้วัยรุ่นเกิดคำถามในใจมากมายว่า “อะไรเกิดขึ้นกับเขา”

การเรียนรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับธรรมชาติของวัย จะช่วยให้เขาคลายความสงสัย และหวาดหวั่นเหล่านั้นลงไปได้

ใจสับสน อารมณ์ของวัยรุ่นมักเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว และดูไม่ค่อยมีเหตุผลนัก เช่น โกรธง่าย ดึง่าย เสียใจง่าย ทำให้แสดงออกโดยไม่ค่อยกลั่นกรอง เขาต้องการเวลาสัก 2-3 ปี เพื่อปรับสภาพอารมณ์ที่ผันผวน

อยากเป็นอิสระ อยากมีเสรีของตน ไม่อยู่ในอาณัติของผู้ใหญ่ มักทำให้วัยรุ่นแสดงท่าทีบางอย่างที่ผู้ใหญ่รู้สึกว่า เขาอวดดี ก้าวร้าว ไม่สุภาพอ่อนน้อม หรือท้าทายกฎเกณฑ์ของบ้าน ของโรงเรียน อันที่จริง เด็กวัยรุ่นต้องการการสนับสนุนให้ได้แสดงออกถึงความเป็นตัวของตัวเอง อยากรู้สึกเป็นคนสำคัญ เช่น อยากเป็นที่ยอมรับของเพื่อนๆ ในบางครั้ง อาจแสดงการโต้แย้งหรือต่อต้านกับ พ่อ แม่ ซึ่งพ่อ แม่จำเป็นต้องสงบ ใจเย็น ให้เขาได้แสดงออกซึ่งความคิดเห็นส่วนตัวเพื่อพ่อ แม่ จะได้เข้าใจและช่วยเสริมในส่วนที่เขาคิดเห็นไม่ถูกต้องได้

อยากเด่น อยากทัดเทียมเพื่อนฝูง ความด้อยในเรื่องรูปร่าง หน้าตา การเงิน สถานภาพทางสังคม และครอบครัว มักทำให้วัยรุ่นรู้สึกมีปมด้อยอย่างรุนแรงมากกว่าเด็กวัยอื่น เขาจะพยายามกลบเกลื่อนปมด้อยวิธีต่างๆ เช่น แยกตัวจากกลุ่มเพื่อน แสดงตัวโอ้อวด เพื่อเรียกร้องความสนใจ

พ่อ แม่ต้องช่วยให้เขาเข้าใจสถานะที่ถูกต้อง ตามความเป็นจริงของตนเอง และครอบครัว ช่วยให้เขาสามารถดึงส่วนดีของตนเองขึ้นมาทดแทน เพื่อให้เขารู้สึกมั่นใจที่จะเข้ากลุ่มกับเพื่อน ช่วยชักจูงให้เขารู้จักเลือกกลุ่ม ไม่ทำหนีหรือลงโทษ เมื่อเขาประพฤติผิดนอกกลุ่มออกไปบ้าง และควรเปิดโอกาสให้เขาพาเพื่อนมาร่วมกิจกรรมในบ้าน รับฟังคำวิจารณ์จากเขา ก็จะทำให้พ่อแม่มีโอกาสสอดแทรกทัศนคติที่เหมาะสมสู่เขาได้โดยง่าย

อยากรู้ อยากเห็น อยากลอง อยากมีประสบการณ์แปลกใหม่ เพราะทำให้เขาเกิดความภาคภูมิใจ และมั่นใจในตนเอง รวมทั้งเป็นการระบายพลังทางร่างกายที่มีมากขึ้นในวัยรุ่นออกมา การสนับสนุนให้เด็กวัยรุ่นมีกิจกรรมในทางสร้างสรรค์ทำอยู่เสมอ ไม่ว่าจะเป็นการงาน การเล่น การแข่งขันที่ต้องใช้กำลังกาย กำลังความคิดจะช่วยสนับสนุนความอยากรู้ อยากลอง และลดการทดลองในทางที่ผิดได้

สนใจเพศตรงข้าม และอยากให้เพศตรงข้ามสนใจเขา ต้องการเรียนรู้ด้วยตนเอง ต้องการมีกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อเรียนรู้การวางตัวให้เหมาะสมกับเพศของเขา การเตรียมวัยรุ่นให้เข้าใจบทบาทของเพศหญิง และชาย โดยเปิดโอกาสให้เขาได้สังคมกับเพื่อนต่างเพศในสายตาของท่าน จะดีกว่าการปิดกั้นความต้องการนี้ อย่างเคร่งครัด ซึ่งอาจยิ่งทำให้เด็กหนีไปสังสรรค์ในที่ลับตาผู้ใหญ่ แล้วเกิดพลาดพลั้งโดยรู้ไม่เท่าทันชีวิต

คบเพื่อนต่างเพศอย่างไรให้ผู้ใหญ่ หรือครอบครัวยอมรับควรปฏิบัติตัว ดังนี้

1. ไม่ควรให้เสียการเรียน
2. อย่าพยายามอยู่ด้วยกันสองต่อสองในที่ลับตาคน
3. รู้จักบังคับใจตนเอง โดยนึกถึงความถูกต้อง และผลเสียที่จะเกิดจากการเพเลียงพล้ำ
4. ให้ผู้ใหญ่รับรู้และขอคำปรึกษาแนะนำ

อยากรู้จักตัวเอง ความสับสนในการแสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง ทำให้วัยรุ่นเกิดความไม่มั่นใจว่า "จะเป็นเหมือนใคร" "จะเป็นหญิงหรือชาย" ซึ่งการเป็นแบบอย่างที่ดี การแสดงบทบาทที่เหมาะสมของพ่อแม่ และ ความสงบสุขในครอบครัว จะช่วยให้เขารู้สึกมั่นคง และภาคภูมิใจที่จะเลียนแบบเอกลักษณ์จากบุคคลที่เขาชื่นชอบ ซึ่งก็คือ พ่อ แม่ นั่นเอง

พ่อ แม่คือผู้สร้างและเสริม

อย่าลืมว่า พ่อ แม่คือผู้ใกล้ชิดกับลูกมากที่สุด และสามารถถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิด ทศนคติที่ดี ให้แก่ลูก โดยเฉพาะการป้องกันความผิดพลาดในเรื่องทางเพศ ดังนั้น พ่อ แม่ ควรสนใจรับฟังให้ความเข้าใจ อ่อนน้อมเป็นกันเอง และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูก จะช่วยสร้างลูกให้รับบทบาทของเขาและประพฤติตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

เมื่อไหร่ก็ตามที่ผ่านรู้สึกหนักใจเกี่ยวกับลูกวัยรุ่น โปรดทบทวนธรรมชาติดังกล่าวของวัยรุ่นและ สมองตอบอย่างอดทนและใจเย็น

ครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันให้เด็ก

ผู้ใหญ่ในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่สุดที่จะช่วยชี้นำอบรมให้ลูกวัยรุ่นคบเพื่อนต่างเพศ อย่างปลอดภัย เนื่องจากวัยรุ่น ยังไม่บรรลุวุฒิภาวะทางอารมณ์เท่าที่ควร ผู้ใหญ่ต้องเข้าใจธรรมชาติของเด็กโดย

1. ให้ความไว้วางใจในตัวเขา
2. ให้โอกาสเขาพูดเมื่อต้องการปรึกษา
3. พยายามสังเกตท่าทีอยู่ห่างๆ
4. ต้องสร้างครอบครัวให้อบอุ่น ให้รู้สึกว่าบ้านน่าอยู่ ไม่ให้เกิดการผลักดันให้เด็กออกไปหาความอบอุ่นนอกบ้าน ท่านก็จะได้ลูกที่เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต

3. สุขภาพจิตวัยผู้ใหญ่

ความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตวัยผู้ใหญ่

ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ปัญหาสุขภาพจิตมักเกี่ยวข้องกับครอบครัว ชีวิตสมรส และการทำงานซึ่งปัญหาสุขภาพจิต นี้จะเกิดเป็นมากหรือน้อย แล้วแต่สถานการณ์ และขึ้นกับบุคลิก นิสัยของแต่ละคนในการปรับตัวด้วย

ปัญหาที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่

พบว่าอาจจัดปัญหาในวัยผู้ใหญ่ออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

- 3.1 ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากการทำงาน
- 3.2 ปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับชีวิตสมรสและครอบครัว

3.1 ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากการทำงาน

ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากการทำงานที่พบส่วนใหญ่ คือ ความเครียดซึ่งความเครียดที่เกิดอาจเป็นเพียงเล็กน้อยเกิดขึ้นชั่วคราว เมื่อผู้นั้นปรับตัวได้หรือรู้แนวทางแก้ไขความเครียดก็หมดไป แต่ในบางรายความเครียดอาจเกิดรุนแรงและไม่สามารถจัดหรือทำให้ลดลงได้ก็จะเกิดความเครียดสะสม หรือความเครียดส่วนเกินจนเกิดอาการทางจิต ประสาท ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ความเครียดที่เกิดจากการทำงานมีมากน้อยเพียงใด ในชุมชนนั้นเป็นเรื่องยากที่จะหาข้อมูลระบุให้ชัดเจนได้ เท่าที่มีการศึกษาวิจัยอยู่เป็นเรื่องความเครียดของอาชีพต่างๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาชีพนั้นๆ มีความเครียดมากน้อยเพียงใด ซึ่งจากการสัมภาษณ์กลุ่มนักธุรกิจกลุ่มหนึ่งจำนวน 120 คน พบว่า นักธุรกิจกลุ่มนั้นมีความเครียดร้อยละ 100 โดยแยกระดับเป็นเครียดบ้างเล็กน้อย ร้อยละ 68.33 เครียดมากร้อยละ 30.0 และเครียดมากจนทนแทบไม่ได้ ร้อยละ 1.67 ซึ่งคิดว่าความเครียดนั้นเกิดจากการทำงาน และสภาพแวดล้อม และพบว่าผู้มีความเครียดจะแก้ไขด้วยตนเองโดยการฟังเพลง พบปะเพื่อนฝูง อ่านหนังสือ และออกกำลังกาย

ในด้านการศึกษาความเครียดที่เกิดจากสภาพแวดล้อมของการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม จากการศึกษาของปริชา นิมนงค์ (2535) ที่ศึกษาความเครียดในโรงงานต่างๆ ของศูนย์อาชีวอนามัยเขต 1 รายงานว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ คือ ความร้อน หรืออุณหภูมิสูง ส่วนสุวารี ไสธพิทักษ์กุล (2534) ก็พบเช่นเดียวกันว่า สุขภาพจิตของคนงานโรงงานสิ่งทอมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางกายภาพในโรงงาน คือ ความร้อน แสงสว่าง และเสียง และในรายงานทั้งสองยังพบว่า ความเครียดหรือสุขภาพจิต ของคนงานมีความสัมพันธ์กับลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล อันได้แก่ ปัญหาครอบครัว ปัญหาเพื่อนร่วมงาน การมีโรคประจำตัว และปัญหาทางเศรษฐกิจอีกด้วย

จากรายงานในคู่มือสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (กรมการแพทย์, 2534) ทางปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของผู้มารับบริการที่สถานอนามัยของแต่ละภาคเรียงลำดับตามความมากน้อยดังนี้

ภาคเหนือ	พบ ความเครียด นอนไม่หลับ โรคประสาท
ภาคอีสาน	พบ โรคประสาท นอนไม่หลับ ปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว
ภาคกลาง	พบ นอนไม่หลับ โรคประสาท ความเครียด
ภาคใต้	พบ นอนไม่หลับ ความเครียด และปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จากที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตนั้นมีหลากหลาย ขึ้นอยู่กับการประเมินปัญหาว่าจะพิจารณาอย่างไร เนื่องจากเรื่องสุขภาพจิตเป็นนามธรรม ดังการศึกษาวิจัยที่เสนอมานี้จะมีหลายรูปแบบอันเป็นไปตามกรอบการวิจัยว่าใช้เครื่องมืออะไรเป็นตัวชี้วัด และนำเสนอให้เห็นภาพปัญหาในด้านใด แต่โดยภาพรวมแล้วจะเห็นว่าในวัยผู้ใหญ่พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ประมาณร้อยละ 15-30 ซึ่งในบางรายงานจะสามารถแยกประเภทของปัญหาสุขภาพจิตออกมาเป็นการเจ็บป่วยทางอารมณ์ และจิตใจได้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช แต่บางการวิจัยก็ไม่ได้ศึกษาให้ลึกลงไปถึงขั้นการจำแนกประเภทการเจ็บป่วยทางจิตใจ

อย่างไรก็ดี ในการดำเนินชีวิตของผู้ใหญ่จะเกี่ยวข้องกับชีวิตครอบครัว การงานอาชีพ และการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ดังนั้นการจะดำรงชีวิตให้มีความสุขไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ผู้คนต้องมีความสามารถในการปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ และเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินชีวิตก็สามารถหาทางออกที่ตนเองรับได้และไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเองและผู้อื่น

3.2 ปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับชีวิตสมรสและครอบครัว

ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนี้น่าจะเกี่ยวข้องกับความรัก และปัญหาทางเพศสัมพันธ์ เมื่อศึกษาอาการป่วยทางจิตใจแล้วพบว่า ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชหลายประเภท ที่พบส่วนใหญ่ คือ โรคประสาทซึมเศร้ารุนแรง โรคประสาทซึมเศร้าเรื้อรัง และการปรับตัวผิดปกติ ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากชีวิตสมรส และครอบครัวนี้มีมากน้อยในชุมชนเพียงใดเราไม่อาจตอบได้ แต่ดัชนีทางอ้อมที่พอจะสะท้อนให้ทราบก็คือ การหย่าร้าง แต่อย่างไรก็ดี การหย่าร้างก็ไม่ใช่ตัวบ่งชี้ที่ดีที่สะท้อนปัญหาชีวิตสมรส เพราะบางครอบครัวถึงแม้จะมีปัญหาจนกระทั่งแยกกันอยู่ก็ไม่ได้หย่าร้างกัน ก็มีจำนวนไม่น้อย

3.2.1 เตรียมตัวเตรียมใจก่อนใช้ชีวิตคู่

ที่จริงการเตรียมตัวเตรียมใจ เป็นเรื่องของการคิดแบบ “ดักปัญหา” และปูแนวทางการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันระหว่างคนสองคน เรียกว่า เตรียมตัวเตรียมใจให้พร้อมสรรพก่อนจะรับรักเป็นคู่เคียงนั่นเอง เพราะคู่ที่มีการเตรียมความพร้อมก่อนตกลงปลงใจแต่งงานจะปรับตัวเข้าหากันได้ง่าย สลายความขัดแย้งได้เร็ว และมีแนวโน้มที่จะปรับปรุงชีวิตคู่ให้ดีขึ้นเรื่อยๆ

3.2.2 เรื่องที่ควรพูดตกลง ก่อนปลงใจแต่งงาน

อยากให้คุณทวนกลับไปนึกดูว่า ได้เคยพูดตกลงกันกับคนรักในเรื่องเหล่านี้บ้างหรือเปล่า

1. เรื่องบ้าน หลังแต่งงานแล้วจะอยู่ร่วมกับครอบครัวเดิมหรือแยกครอบครัว จะซื้อที่อยู่ใหม่หรือเช่า
2. เรื่องเงิน ใครจะเป็นคนถือเงิน จะเก็บไว้กี่ส่วน ใครจะรับผิดชอบรายจ่ายอะไรบ้าง รายจ่ายที่จำเป็นในแต่ละเดือนมีอะไรบ้าง จะทำบัญชีรายรับ รายจ่ายของครอบครัวหรือไม่
3. เรื่องลูก จะมีเมื่อไร ถ้ามีแล้วใครจะเป็นคนเลี้ยง หรือจะช่วยกันเลี้ยงลูกอย่างไร
4. เรื่องเวลา ตกลงกันไว้หรือเปล่าว่าแต่ละคนควรมีเวลาให้แกกันแค่ไหน มีเวลาให้ครอบครัวเดิมของแต่ละฝ่ายหรือไม่

5. เรื่องงานบ้าน จะแบ่งบทบาทภาระกันอย่างไร “คุณเป็นคนรีดผ้านะ ผมจะซักผ้าให้เอง” หรือ “ฉันจ่ายกับข้าว คุณเข้าครัวแล้วกัน”

6. กำหนดแผนชีวิตไว้คร่าวๆ หรือไม่ว่า สักกี่ปีเราจะมีรถ มีบ้านเป็นของตัวเอง

เรื่องปัญหา “ล้นกับพื้น” ถ้าเกิดขึ้นต้องพูดกันก่อน พูดกันด้วยเหตุผล ห้ามใช้วิธีหอบผ้าหอบผ่อนกลับบ้าน หรือห้ามผลุนผลันออกนอกบ้าน

เรื่องที่ต่างคนต่างไม่ชอบหรือทนไม่ได้คืออะไร ควรกำหนดเป็นข้อตกลงที่ต่างฝ่ายจะพยายามหลีกเลี่ยงหรือเป็นกฎเหล็ก ประจำใจ

เรื่องเหล่านี้ บางคนอาจจะคิดว่าเป็นการไม่ไว้วางใจกัน แต่จริงๆ แล้วเป็นเรื่องสำคัญที่ทำให้หลายคู่เกิดปัญหาภายหลัง

3.2.3 เตรียมใจไว้บ้าง ในหนทางชีวิตคู่

เตรียมรับกับความเปลี่ยนแปลงทั้งฝ่ายเราและฝ่ายเขาซึ่งเป็นเรื่องปกติที่มักจะเกิดขึ้น เช่น

1. เอาอกเอาใจกันน้อยลง เพราะเมื่อครั้งเป็นคู่รัก ต่างก็อยากดูแลกัน พออยู่ร่วมกันแล้วต่างก็รอให้อีกฝ่ายมาเอาใจ

2. มองเห็นข้อเสียของแต่ละฝ่ายชัดเจน มากขึ้น เพราะอยู่ใกล้ชิดกันทุกวัน ต่างก็ทำตัวตามสบาย เกรงอกเกรงใจกันน้อยลง เอาแต่ใจ ไม่ระมัดระวังตัว และเป็นตัวของตัวเองมากกว่าตอนเป็นคู่รัก

3. ต่างคนต่างพูดอย่างอิสระและปล่อยอารมณ์มากขึ้น ไม่ระมัดระวังเหมือนครั้งยังไม่ได้แต่งงาน

4. ความหวานชื่นจะลดลง เพราะมีความรับผิดชอบเข้ามาแทนที่ความรู้สึกตื่นเต้นเป็นสุขเมื่ออยู่ใกล้กัน ก็จะกลายเป็นความเคยชินและรู้สึกเฉยๆ

5. เริ่มมีการพยายามครอบงำ แสดงความเป็นเจ้าข้าวเจ้าของกันมากขึ้น เธอจะไปไหนต้องบอกฉันก่อน

คนเรานั้น ความเปลี่ยนแปลงของตนเองมักจะไม่ใช่ความรู้สึก แต่จะรู้สึกว่ายีกฝ่ายเปลี่ยนไป เมื่อเกิดความรู้สึก เช่นนี้ มักทำให้เกิดความผิดหวังไม่พอใจ และน้อยอกน้อยใจ หากทำใจไม่ได้ ความรู้สึกดังกล่าวก็จะสะสม และกัดกร่อนใจทั้งสองฝ่ายไปเรื่อย ๆ

แต่ถ้ามีการเตรียมตัวเตรียมใจกันไว้บ้าง เรื่องที่จะกลายเป็นปัญหาก็จะไม่เป็นปัญหาอีกต่อไป และไม่ทำให้เสียความรู้สึกมากมาย เพราะคาดเอาไว้แล้วว่าจะเกิด

3.2.4 คุณค่าของชีวิตคู่อยู่ที่ไหน

--- ถ้าถามว่าแต่งงานแล้วได้อะไร คำตอบมีอยู่หลากหลาย ที่เป็นหลักการหน่อยก็บอกว่า เพื่อสนองตอบความต้องการตามธรรมชาติของมนุษย์ที่เกิดมาต้องมีคู่ มีการสืบเผ่าพันธุ์ ที่เอียงไปทางด้านจิตนิยม ออกจะโรแมนติกก็ว่า การแต่งงานให้คุณค่าทางจิตใจอย่างมหาศาล คือ

1. มีเพื่อนคู่คิดที่คอยร่วมทุกข์ร่วมสุข

เป็นความรู้สึกสุขที่มีใครสักคนห่วงหาอาทร เวลาเจ็บไข้ได้ป่วยหรือไม่สบายใจ ก็จะมีคนคอยดูแลอยู่ใกล้ ๆ คอยถามไถ่ให้กำลังใจ ไม่ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง

2. มีเพื่อนคู่ใจที่คอยห่วงใยเอื้ออาทร

เป็นความรู้สึกสุขที่มีใครสักคนคอยอยู่เคียงข้าง ยอมอดออมด้วยกัน เหน็ดเหนื่อยด้วยกัน เป็นเพื่อนคู่คิดคอยช่วยเหลือเพื่อพาก้าวข้ามปัญหาอุปสรรค เป็นหลักทางใจที่สามารถพึ่งพากันได้ ไม่ต้องต่อสู้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยวเดียวดาย

3. ชีวิตนี้มีเป้าหมาย

เป็นความรู้สึกสุขที่มีใครสักคนเป็นหุ้นส่วนชีวิต ที่มีความฝันและเป้าหมายในอนาคตร่วมกัน ทำให้รู้สึกมีพลังใจที่จะปูพื้นฐานทางชีวิตเพื่อครอบครัว เพื่อคนที่รัก และเพื่อลูก จากที่เคยเข้มแข็งก็จะเข้มแข็งได้มากกว่าเดิม จากที่เคยอดทนก็จะอดทนได้มากขึ้น

4. รู้สึกในคุณค่าที่มีคนมารัก

เป็นความรู้สึกและภาคภูมิใจที่ได้รักและได้เป็นที่รักของใครสักคน สุขที่มีคนคอยเห็นคุณค่าในตัวเรามากพอที่จะร่วมใช้ชีวิตด้วยกัน โดยยอมวางอนาคตไว้เป็นเดิมพัน

ถ้าคู่ครองต่างก็มองเห็นคุณค่าของชีวิตคู่ จะทำให้การอยู่ร่วมกันมีความหมายมากขึ้น และต่างก็จะพยายามทะนุถนอม ปรองดองประคองชีวิตคู่ให้อยู่รอดตลอดไป

3.2.5 จะเพิ่มคุณค่าชีวิตคู่ ให้อยู่รอดได้อย่างไร

1. พยายามอย่าให้ความคิดที่ว่า “ฉันเก่งกว่า ดีกว่า แม้ไม่มีเธอฉันก็อยู่ได้” เข้ามาแผ้วพานความคิดของคุณ แต่ให้ภูมิใจที่คุณมีเขาหรือเธอเป็นคู่ชีวิต

2. พยายามอย่ามองจุดบกพร่องของเขาหรือเธอว่าเป็นเรื่องใหญ่โต แต่ให้มองไปที่จุดดีและจุดเด่นของเขา หรือเธอแทน ย้ำกับตัวเองว่า “ถ้าขาดเขาหรือเธอแล้วคุณจะรู้สึก”

3. พยายามอย่าจำกัดบทบาทของอีกฝ่ายเป็นแค่ “คนหาเงินเข้าบ้าน” “คู่เอทีเอ็ม” “คนรับผิดชอบงานบ้าน” “คนเลี้ยงลูก คนทำกับข้าว” หรือแม้กระทั่ง “คนใช้กิตติมศักดิ์ประจำบ้าน” แต่ให้ช่วยเหลือกันคนละไม้คนละมือ เพื่อดูแลและรับผิดชอบครอบครัวร่วมกัน บอกกับตัวเองว่าครอบครัวเป็นของเรา ดังนั้นเราจึงควรร่วมหัวจมท้ายด้วยกัน ลำบากด้วยกัน ทุกข์ด้วยกัน และเมื่อสุขเราก็สุขด้วยกัน

ความสุขในชีวิตคู่จำเป็นต้องช่วยกันสร้างให้เกิดขึ้น เริ่มจากการรู้จักปรุงแต่ง ทำใจของตนเองให้สบาย สลดอารมณ์ที่ไม่ดีทั้งหลายทิ้งไปให้ได้เสียก่อน จึงจะสามารถสร้างบรรยากาศที่ดีให้เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะช่วยให้คนข้างเคียงพลอยสบายใจ และมีความสุขร่วมไปกับคุณด้วย

เมื่อต่างฝ่ายต่างอยู่ร่วมกันด้วยความสุข ชีวิตคู่ของคุณก็จะมั่นคงเข้มแข็ง และยั่งยืน

4. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ

4.1 ความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่ลูกหลานยกย่อง เคารพ นับถือให้เกียรติ เป็นวัยที่เห็นลูกหลานที่เติบโตมาเป็นผู้ใหญ่ ภาระต่างๆ ที่จะต้องเลี้ยงดูลดลง ในทางจิตวิทยามองว่าเป็นวัยที่เป็นรอยต่อของชีวิต คือเปลี่ยนจากวัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางร่างกายจิตใจ สังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ อาจทำให้เกิดปัญหาขึ้นได้ แต่ถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพกายดี ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง เมื่อสุขภาพจิตดีขึ้น จิตใจก็จะสดชื่น แจ่มใส ไร้กังวล อยู่ในสังคม ครอบครัวได้อย่างมีความสุข ผู้สูงอายุอย่างนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี น่าเคารพนับถือ เป็นที่ยึดที่พึ่งของลูกหลานและสังคม

4.2 ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่พบว่า สาเหตุของการมีสุขภาพจิตเสื่อมในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่คือไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ เมื่อปรับตัวไม่ได้ก็จะเกิดความเครียดขึ้นโดยมีปัญหาลักษณะอยู่ 3 ประการ

4.2.1 ปัญหาเรื่องสุขภาพ สภาพร่างกายเสื่อมไปตามอายุขัย ทำให้สมรรถภาพต่างๆ ของร่างกายที่เคยดี เคยเก่ง เคยรวดเร็ว ไม่สามารถดำเนินได้เท่าเดิม หู ตา เสื่อมลง ความคล่องแคล่วการตัดสินใจลดลง แกรมเพิ่มความหลงลืมขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้จิตใจท้อแท้ เกิดความกระตือรือร้นน้อยลง

4.2.2 ปัญหาเรื่องการเงินหรือสถานภาพทางเศรษฐกิจ รายได้อาจจะลดลง เพราะต้องเกษียณจากการงาน เงินเดือนเคยได้ก็จะลดลง หรือไม่ต้องเกษียณอายุการงาน เพราะกิจการเป็นของตนเอง ผลงานก็จะต่ำลง เพราะสภาพความแข็งแรงก็จะลดลง เห็นได้จากผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรกรรม รายได้ก็จะลดลง

4.2.3 ปัญหาทางสังคม ยิ่งผู้สูงอายุเคยมีบทบาทในสังคมสูง เช่น เป็นข้าราชการระดับสูงมีอำนาจวาสนา เมื่อเกษียณอายุการงานออกมาเป็นคนธรรมดา ยิ่งจะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าธรรมดา

สังคมสมัยใหม่ คนรุ่นใหม่ มักมองคนสูงอายุ เป็นไดโนเสาร์เต่าล้านปี ไม่มีอำนาจในการต่อรองทางสังคม สิ่งเหล่านี้ เป็นผลต่อจิตใจค่อนข้างมาก

4.3 การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ความจำเสื่อม

4.3.1 นอนไม่หลับ

ปัญหาการนอนไม่หลับกับผู้สูงอายุ มักจะพบเสมอไม่ว่าชนชาติใด ดูจนเป็นเรื่องสากลในผู้สูงอายุ โดยทั่วไปเชื่อกันว่า ร่างกายคนทำงานปกติในเวลากลางวัน การนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางคืนประมาณ 8 ชั่วโมง ก็เป็นการเพียงพอแล้ว

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ปรากฏว่าพฤติกรรมการนอนหลับ มีการเปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงอาจเป็นไปใน 3 ลักษณะ ดังนี้

1. เมื่อเข้านอนเดิมเข้านอนเดียวเดี๋ยวก็หลับ เปลี่ยนเป็นกว่าจะหลับต้องใช้เวลาาน เรียกว่าหลับยากกว่าเก่า
2. เดิมเคยหลับติดต่อกันรวดเดียว 7 - 8 ชม. เกิดเปลี่ยนเป็นมีการตื่นคั่นระหว่าง 7 - 8 ชม. แล้วจึงหลับต่อและเมื่อตื่นขึ้นมาแล้วจะนอนหลับใหม่ต่อ มักจะเสียเวลาพอสมควร
3. มีการเปลี่ยนแปลงในเวลากการตื่น เช่น เดิมตื่นตี 5 พอสูงอายุเกิดไปตื่นเอาตี 4 ตื่นแล้วก็นอนต่อแต่ไม่หลับ ต้องลุกทำโน่นทำนี่ แก่รำคาญ

ซึ่งทั้ง 3 ลักษณะนี้ บางคนก็บอกว่าเป็นธรรมดาของผู้สูงอายุ บางคนก็บอกว่าไม่ธรรมดา ต้องดูแลแก้ไข

ถ้าหากพฤติกรรมการนอนจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้ง 3 อย่าง แต่เรายังรู้สึกสบายดีก็ไม่ต้องตกอกตกใจ ถือเป็นธรรมดา แต่ถ้าเรารู้สึกเพลีย ไม่สดชื่น ก็น่าจะเป็นข้อบ่งชี้ได้ว่าเรานอนไม่พอควรได้รับการแก้ไข “จงเอาความรู้สึกของตนเป็นเครื่องชี้วัด”

สาเหตุการนอนไม่หลับ

อาจได้แก่ การนอนกลางวันมากเกินไป ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายหรือใช้แรงงาน ทำให้ไม่รู้สึกอ่อนเพลียหรือวัง อากาศร้อนหรือเย็นมากเกินไป มีปัญหาทางร่างกายที่รบกวนการนอน เช่น ปวดหลัง ท้องอืด ท้องเฟ้อ ปัสสาวะบ่อยๆ เกิดจากดื่มน้ำก่อนนอน หรือโรคทางเดินปัสสาวะ

แนวทางแก้ไข

1. ควรแก้ไขตามสาเหตุ เช่น หากิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำในเวลากลางวัน
2. จัดห้องนอนให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสม กล่าวคือ ไม่หนาวไม่ร้อนเกินไป อย่าให้มีเสียงรบกวน ขณะนอนหลับจนสะดุ้งตื่น จะหลับต่อลำบาก
3. ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
4. งดละเว้นการนอนหลับตอนกลางวัน
5. ละเว้นเครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้นทุกชนิด ควรงดเว้นตั้งแต่เที่ยงวันเป็นต้นไป ถ้างดได้ตลอดวันจะดีที่สุด
6. สาเหตุที่เกิดจากจิตใจ การใช้ธรรมะช่วยแก้ไขจะช่วยได้มาก หากอาการนอนไม่หลับยังคงเป็นอยู่นาน ควรปรึกษาแพทย์

4.3.2 ภาวะซึมเศร้า

เป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่พบบ่อย มีความคิดฟุ้งซ่าน ว่าเหว่ หงุดหงิด ใจคอเหี่ยวแห้ง รู้สึกตนเองเป็นคนไร้ค่า บางรายที่มีอารมณ์เศร้ามากๆ อาจมีความคิดทำร้ายตนเองได้

การช่วยเหลือ

1. หลีกเลียงการอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น
2. พบปะ พูดคุย และเปลี่ยนความคิดเห็นกับคนอื่น
3. ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่พึงพอใจ เป็นประโยชน์

ควรรีบมาพบจิตแพทย์ เพราะโรคนี้รักษาให้ดีขึ้นหรือหายได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้ระยะการป่วยยาวนานขึ้น โอกาสที่จะป่วยซ้ำหรือกำเริบอีกจะมีสูง

4.3.3 ความจำเสื่อม

ผู้สูงอายุที่ความจำเสื่อม จะมีอาการหลงลืม ความจำในอดีตดีกว่าในปัจจุบัน ลืมเหตุการณ์ใหม่ง่าย จำเรื่องเก่าได้ดี ทำให้กลายเป็นคนพูดซ้ำๆ ซากๆ ย้ำคำถามคำตอบ การหลงลืมตามวัยนี้ ต้องมีไขลิมจนผิดความคาดหมายไปมาก เช่น ลืมวางแว่นตาไว้ในตู้เย็น และอาการหลงลืมตามวัยนี้ต้องไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

การแก้ไข

ควรเริ่มต้นที่ตนเอง โดยยอมรับธรรมชาติของวัย ถ้านึกคิดอะไรไม่ได้จริงๆ ให้ทิ้งช่วงเวลาไว้ระยะหนึ่ง ถ้ายังนึกไม่ได้อีกให้ถามคนอื่น นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรจดบันทึกช่วยจำ จัดสิ่งของให้เป็นระเบียบ

สำหรับญาติพี่น้องในครอบครัว ควรให้ความเข้าใจและให้ความช่วยเหลือ โดยให้ความเข้าใจและเห็นอก เห็นใจมากๆ พยายามให้ท่านได้ปฏิบัติการกิจประจำวันตามปกติ คอยเตือนให้ระลึกถึงชื่อบุคคล สถานที่ วัน เดือน ปี เวลา และสิ่งต่างๆ รอบตัว ให้ท่านได้ช่วยเหลือตนเองในสิ่งที่พอจะทำได้ตามสมควร และควรมาปรึกษาแพทย์ เพื่อให้ความช่วยเหลือในการชะลออาการต่อไป

4.4 แนวทางแก้ไขและส่งเสริมสุขภาพจิต

ต้องยอมรับว่า การอธิบายแนวทางแก้ไข และส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่พูดง่ายแต่ทำยาก และต้องอธิบาย ให้รายละเอียดในแต่ละบุคคล บางคนก็แก้ไขได้ บางคนทั้งๆ ที่รู้ก็แก้ไขไม่ได้ ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ

1. ถ้าเป็นคนที่เข้าใจวิถีชีวิตดีมีโลกทัศน์กว้างขวาง แก้ไขง่าย
2. ถ้าเป็นบุคคลสุขภาพกายดี แก้ไขง่าย
3. ถ้าเป็นบุคคลที่มีเพื่อนฝูงมาก สังคมดีมาก่อน แก้ไขง่าย

แนวทางแก้ไขและส่งเสริมสุขภาพจิตให้ดีขึ้นมี 7 ประการ คือ

1. ยอมรับความจริงของชีวิตว่าชีวิตก็เป็นอย่างนี้ มีเกิดมีเจริญงอกงาม-มีแก่-มีความเสื่อม และความตาย เป็นธรรมดา ยิ่งเข้าใจว่าชีวิตเป็นทุกข์ ชีวิตเป็นอนิจจัง ชีวิตเป็นอนัตตาก็ยิ่งจะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นมาก ข้อสำคัญต้องให้รู้จริง มิใช่รู้แต่ตามตัวหนังสือเท่านั้น

2. ฝึกควบคุมอารมณ์ให้มีสติ ไม่ให้จิตใจเสียใจเกินกว่าปกติ
 3. มองคนในแง่ดี คนมีหลายแง่หลายมุม มีดี มีเลว ควรมองแต่ในแง่ดีของเขา
 4. ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต้องแก้ไขด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามเสียก็ต้องแก้ปัญหาก็ได้บ้าง ไม่มากก็น้อย อย่าหนีปัญหา ต้องฝึกเป็นคนรู้จักแก้ปัญห
 5. ฝึกตัวเองเป็นคนอดทน มั่นคง ยุติธรรม ทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น ฟังคนอื่นเขาพูดบ้างว่าเขามีความเห็นอย่างไร
 6. ทำตนให้เกิดประโยชน์ อย่าอยู่เฉย ยานานสำคัญที่แก้โรคหงุดหงิดคือ ทำงาน
 7. หาความสุขจากธรรมะ คำสั่งสอนของศาสนาที่นับถือ ศาสนาทุกศาสนาดีทั้งนั้น จงศึกษาให้แตกฉานถ่องแท้ แล้วนำมาปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและสังคม
- การแก้ไข ส่งเสริมสุขภาพจิต ท่านต้องดำเนินการแก้ไขด้วยตัวของท่านเอง ไม่มีใครช่วยทำให้ได้
 ตนนั้นแหละ เป็นที่พึ่งแห่งตน อย่าได้หวังพึ่งคนอื่น

5. สุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ

ความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ

ปกติมนุษย์เราเมื่ออยู่กับสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมของตนมักจะมีเคยชินกับสภาพแวดล้อมของตนเอง แต่เมื่อใดที่เกิดความเปลี่ยนแปลง มนุษย์ก็จะตื่นตัว และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เข้ามากระทบทั้งในด้านบวกและลบ ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมเดิม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงการทำงาน เปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมจากชนบทมาเป็นชุมชนใหญ่ มีวัดถุนิยมมากขึ้น การแข่งขันการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงฐานะความเป็นอยู่ และการเกิดวิกฤตการณ์ต่างๆ ในชีวิต เช่น การหย่าร้าง การเกิดปัญหาว่างงาน เศรษฐกิจตกต่ำ ตกงาน การเกิดภัยธรรมชาติ น้ำท่วม ไฟไหม้ การสูญเสีย การเจ็บป่วย การถูกทำร้ายทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นต้น

การเกิดผลกระทบจากที่กล่าวมาแล้ว จะทำให้มนุษย์เกิดความกดดัน ความคับข้องใจ และเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา จัดได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องให้ความสำคัญ และสมควรได้รับการดูแลสุขภาพจิต เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงนี้ได้มีความสามารถในการเผชิญภาวะต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

ในที่นี้จะนำเสนอการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นแนวคิดในการดำเนินงานเท่านั้น โดยนำเสนอเฉพาะ 5 เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบันดังนี้

1. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ประสบภัยพิบัติ
2. การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย
3. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กด้อยโอกาส
4. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ
5. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักกีฬา

5.1 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ประสบภัยพิบัติ

แนวความคิดการพัฒนา

การเกิดภัยพิบัติในแต่ละครั้ง นอกจากจะมีการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินเป็นจำนวนมากแล้ว ยังนำมาซึ่งความสูญเสียทางจิตใจแก่ผู้ที่ประสบภัยพิบัติและผู้ที่เกี่ยวข้องอีกด้วย

ความหมายของ ภัยพิบัติ หมายถึง เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเสียสมดุลอย่างรุนแรงของสิ่งแวดล้อม ความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิต จะเกิดขึ้นทั้งทางกายจิตใจและสังคมของผู้ประสบภัย (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป.)

ประเภทของภัยพิบัติ แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1. ภัยพิบัติที่เกิดจากธรรมชาติ เช่น วาตภัย อุทกภัย แผ่นดินไหว
2. ภัยพิบัติที่เกิดจากฝีมือมนุษย์ เช่น อัคคีภัย อุบัติเหตุ

ปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ประสบภัย มีทั้งหมด 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเกิดเหตุ (Impact Phase) หรือระยะเวลาที่มีปฏิกิริยาตอบสนองทันที ซึ่งเป็นระยะที่มีความเสียหายทั้งชีวิตและทรัพย์สิน เช่น ได้รับบาดเจ็บ ตกใจสุดขีด หรืออยู่ในภาวะที่สูญเสีย

ระยะที่ 2 ระยะกักภัยหรือระยะเวลาที่ผู้ประสบภัยได้รับความเห็นอกเห็นใจ (Honeymoon Phase) เป็นระยะที่เหตุการณ์รุนแรงสงบลงมีการช่วยเหลือสนับสนุน ระยะนี้ผู้ประสบภัยจะปฏิเสธ ไม่รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริงและต่อรอง แต่ส่วนใหญ่ยังมีต่อเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านไป ยังคิดไม่ออกว่าจะทำอย่างไรต่อไปดี ปฏิกิริยาเริ่มปรากฏให้เห็นชัดเจน และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

ระยะที่ 3 ยังจัดอยู่ในระยะกักภัย แต่เวลาล่วงเลยมาหลายเดือนหรือนานนับเป็นปี การช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆ เริ่มห่างหายและหมดไป เป็นช่วงเวลาที่ผู้ประสบภัยรู้สึกผิดหวังและขมขื่น (Heroic Phase) เกิดความรู้สึกโกรธองค์กรต่างๆ หรือเจ้าหน้าที่ที่ไม่ให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่ต้องการหรือไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้

ระยะที่ 4 ระยะฟื้นฟู บูรณะหรือเป็นระยะสร้างตัว (Resolution Phase) การฟื้นกลับ หรือพื้นฐานะขึ้นมาใหม่ จะเป็นไปด้วยดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางจิตใจของบุคคลนั้น และความรุนแรงของภัยพิบัติ ระยะนี้อาจกินเวลานานหลายปี หลังจากประสบภัยพิบัติ

ระยะนี้ ถ้าปรับตัวไม่ได้จะเกิดปัญหาทางจิตใจตามมา แต่ถ้าได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนอย่างต่อเนื่องจะทำให้สามารถยอมรับได้ ทำใจได้และจิตใจสงบลง

การให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัย

การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ จะแบ่งเป็น 2 ลักษณะ

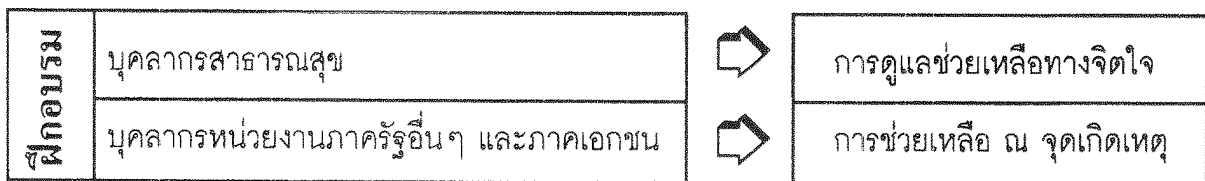
1. การให้ความช่วยเหลือของทีมควบคุมสถานการณ์ ณ จุดเกิดเหตุ เป็นกลุ่มที่ทำหน้าที่คอยกันเขตและป้องกันมิให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวกับการช่วยเหลือเข้าไปในบริเวณที่อาจเป็นอันตราย คอยประสานงานและสั่งการในพื้นที่ รวมทั้งต้องคอยตอบคำถามและให้ข้อมูลแก่ญาติของผู้ประสบภัยด้วย
2. การให้ความช่วยเหลือของทีมปฏิบัติ การช่วยเหลือค้นหากลุ่มผู้ประสบภัยออกมาจากจุดเกิดเหตุ นำส่งหน่วยแพทย์หรืออาจจะนำผู้ประสบภัยไปส่งโรงพยาบาล

แนวทางการให้ความช่วยเหลือ ด้านจิตใจที่ควรทราบ ได้แก่

1. การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ
2. การให้กำลังใจ
3. การตอบคำถามและให้ข้อมูลแก่ญาติของผู้ประสบภัย
4. การส่งต่อกรณีมีผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรง

เพื่อเป็นการฟื้นฟูสภาพจิตใจให้กลับคืนสู่ภาวะปกติได้โดยเร็ว และเป็นการป้องกันมิให้เกิดปัญหาทางจิตใจ ต่อเนื่องตามมา กลุ่มผู้ประสบภัยพิบัติจึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลือทางจิตใจ ณ จุดเกิดเหตุและได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ และภาคเอกชน แนวคิดการพัฒนาเทคโนโลยีนี้ สรุปได้ดังภาพที่ 6

ภาพที่ 6 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ประสบภัยพิบัติ



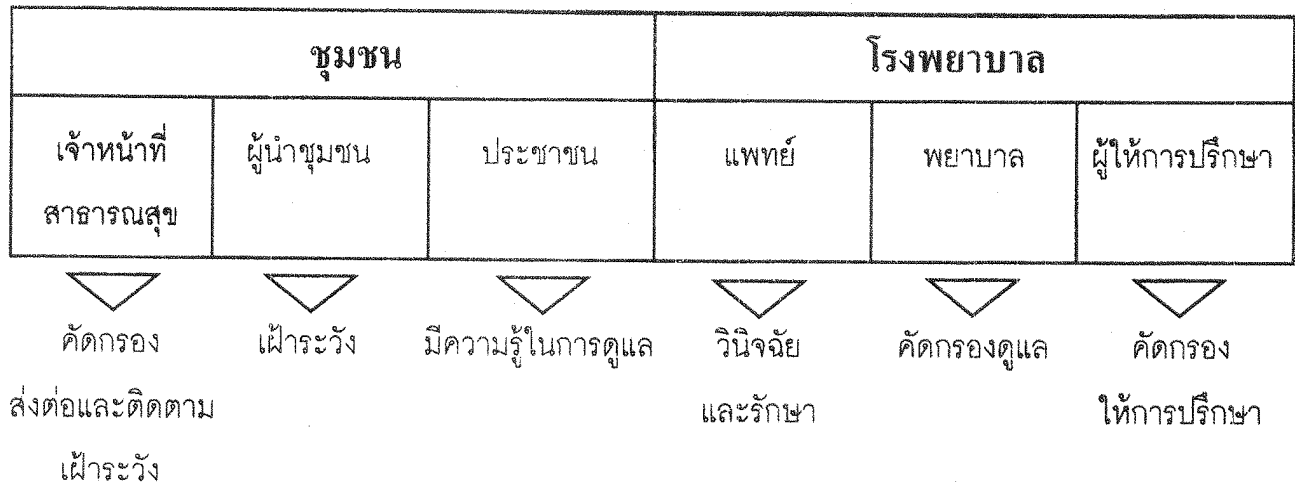
5.2 การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

แนวคิดการพัฒนา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ในสภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีหลายกลุ่ม เช่น ผู้ประสบวิกฤตเศรษฐกิจ ผู้ป่วยด้วยโรคทางกายที่รุนแรงและเรื้อรัง ซึ่งบุคคลที่อยู่ภายใต้ภาวะวิกฤตที่เรื้อรังจำนวนมากจะเกิดโรคซึมเศร้า อันเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการฆ่าตัวตาย ถ้าแพทย์ พยาบาลและผู้ให้การปรึกษาในโรงพยาบาลได้ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือโรคซึมเศร้า และให้การวินิจฉัยรักษาโรคซึมเศร้า หรือให้บริการปรึกษาแก่กลุ่มผู้เสี่ยงดังกล่าว จะเป็นการเฝ้าระวัง และลดอัตราการฆ่าตัวตายได้

นอกจากการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายภายในโรงพยาบาลแล้ว ในชุมชนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่สถานอนามัยและผู้นำชุมชน เช่น อสม. ก็สามารถคัดกรองผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และส่งต่อให้ได้รับการบริการที่เหมาะสม ตลอดจนเฝ้าระวังและติดตามเยี่ยมที่บ้านได้ จะเห็นได้ว่าการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสามารถทำได้ครอบคลุมทั้งในสถานบริการสาธารณสุข และชุมชน ถ้าหากบุคคลดังกล่าวได้รับการอบรมหรือคู่มือในการดูแล แนวคิดการพัฒนาเทคโนโลยีนี้สรุปได้ดังภาพที่ 7

ภาพที่ 7 การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

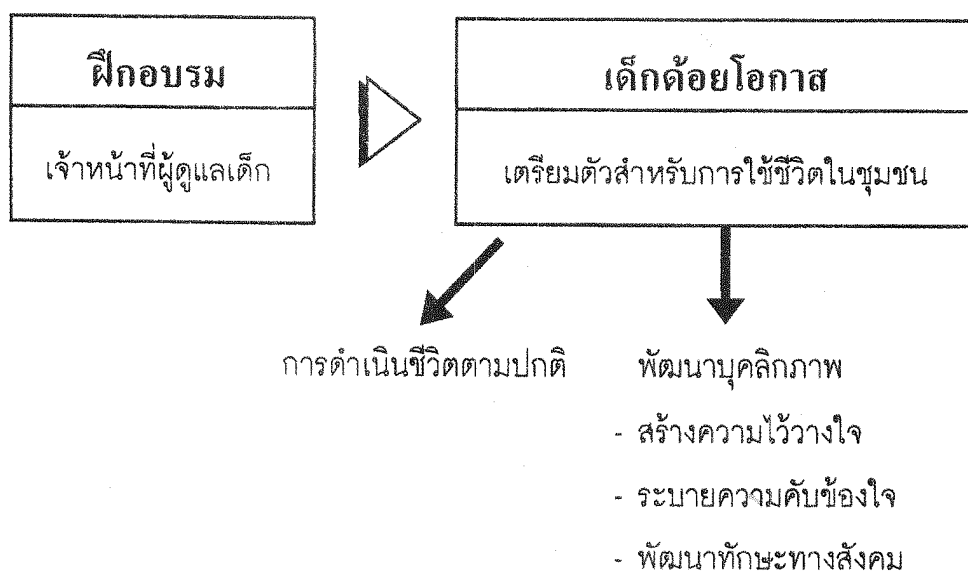


5.3 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กด้อยโอกาส

แนวคิดการพัฒนา

เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมทางจิตใจก่อนการใช้ชีวิตในชุมชนของกลุ่มเด็กด้อยโอกาสที่ได้รับการดูแลโดยหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยมีแนวคิดการพัฒนาเทคโนโลยี ดังภาพที่ 8

ภาพที่ 8 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กด้อยโอกาส



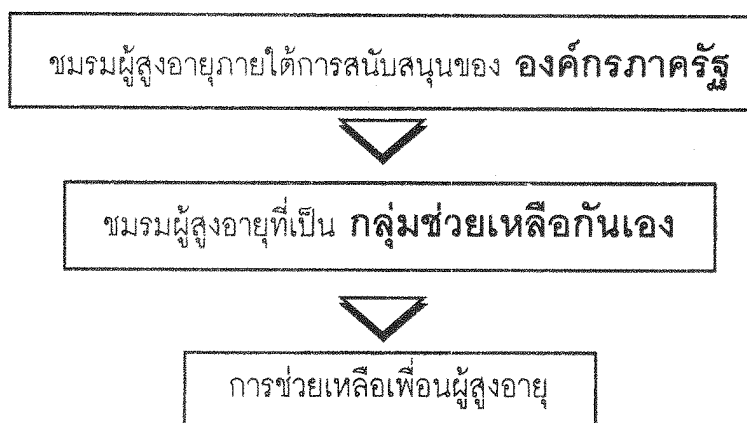
5.4 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

แนวคิดการพัฒนา

การได้มีโอกาสทำกิจกรรมทางสังคมเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและเกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น

ชมรมผู้สูงอายุเป็นศูนย์รวมผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ หากมีการสนับสนุนให้ได้มีการทำกิจกรรมที่เป็นการช่วยเหลือเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันเอง นอกจากจะเกิดประโยชน์แก่ตัวผู้สูงอายุ และเพื่อนผู้สูงอายุแล้วยังมีส่วนช่วยให้ชมรมผู้สูงอายุสามารถดำเนินงานไปได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืนต่อไปอีกด้วย แนวคิดการพัฒนาเทคโนโลยี สรุปได้ดังภาพที่ 9

ภาพที่ 9 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

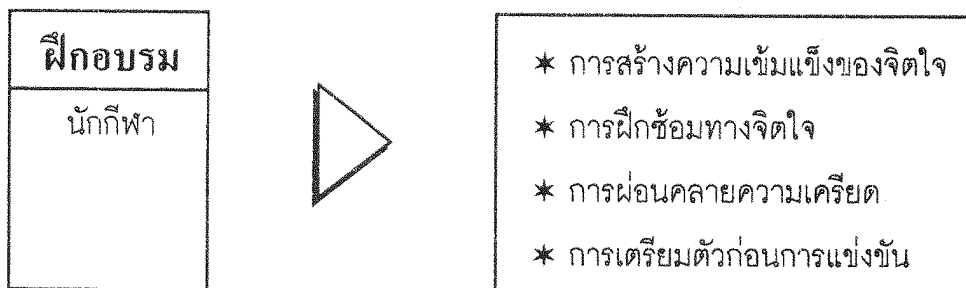


5.5 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักกีฬา

แนวคิดการพัฒนา

นักกีฬา เป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องมีการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในช่วงใกล้การแข่งขัน ยิ่งต้องมีการซ้อมอย่างหนัก ภายใต้กฎระเบียบวินัย และเวลาที่จำกัด หากนักกีฬามีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จะช่วยให้สามารถเผชิญความกดดันต่างๆ ในระหว่างการฝึกซ้อม และการแข่งขันกีฬาได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดการพัฒนาเทคโนโลยีนี้ สรุปได้ดังภาพที่ 10

ภาพที่ 10 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักกีฬา



บทที่ 5

ตัวอย่างการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน

ในบทที่ 1 - 4 ที่ผ่านมาผู้เขียนได้กล่าวถึงแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในด้านการส่งเสริม และ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน สำหรับในบทนี้จะเป็นการนำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ให้เกิดการปฏิบัติจริงในชุมชน ซึ่งเป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 - 2545 เท่านั้น และเป็นผลการดำเนินงานเฉพาะของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมทุกวัย เนื่องจากเป็นการยกตัวอย่างบางผลงาน เพื่อให้เห็นภาพการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม สำหรับการนำเสนอตัวอย่างต่อไปนี้ ขอนำเสนอตามหัวข้อดังนี้

1. การพัฒนาระบบเครือข่ายในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน
2. การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน
3. การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
4. งานวิจัย

1. การพัฒนาระบบเครือข่ายในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน

ตัวอย่างการดำเนินงานต่อไปนี้เป็นพัฒนาระบบเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในทุกระดับให้มีความรู้ ความเข้าใจ มั่นใจในการให้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการของตนเองและในชุมชน ตลอดจนการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตเสียเอง ทั้งนี้เพราะเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจะต้องให้การช่วยเหลือ บำบัด รักษา ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความจำเป็นต้องดูแลสุขภาพจิตใจของตนเองให้ดีเสียก่อน เพื่อพร้อมให้การช่วยเหลือผู้รับบริการได้

ในปีงบประมาณ 2542 - ปัจจุบัน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นได้มีการพัฒนาระบบการดำเนินงานสุขภาพจิต โดยการพัฒนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตใน 7 จังหวัดคือ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ สกลนคร อุดรธานี หนองคาย หนองบัวลำภู และเลย ในรูปแบบการจัดทำทำเนียบเครือข่าย การพัฒนาความรู้ให้แก่เครือข่ายโดยการแจกเอกสารและคู่มือต่างๆ การบรรยายความรู้ในการติดตามเยี่ยมเครือข่าย การจัดประชุมสัมมนา และการจัดทำโครงการต่างๆ เพื่อพัฒนาความรู้แก่เครือข่ายให้สอดคล้องกับความต้องการของเครือข่ายที่สำรวจได้จากการติดตามเยี่ยม หรือนิเทศงานในแต่ละปี สำหรับตัวอย่างในแต่ละกิจกรรมมีดังนี้

1.1 คู่มือการปฏิบัติงานเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในแต่ละจังหวัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทราบถึงบทบาทหน้าที่และแนวทางการประสานงานของเครือข่าย ตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล
2. เพื่อจัดทำทำเนียบเครือข่ายให้มีความทันสมัยและเป็นปัจจุบันง่ายต่อการประสานงาน
3. เพื่อพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตของเครือข่าย

วิธีดำเนินการ

ปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติงานเครือข่ายปีละ 1 ครั้ง โดยปรับปรุงทำเนียบเครือข่ายให้มีความทันสมัยและเป็นปัจจุบัน ตลอดจนสำรวจความรู้ที่เครือข่ายต้องการพัฒนาตนเอง โดยดำเนินการสำรวจข้อมูลในการติดตามเยี่ยมเครือข่ายครั้งที่ 1 และจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของเครือข่ายให้แล้วเสร็จ เพื่อแจกจ่ายให้แก่เครือข่ายทุกคนในการติดตามเยี่ยมเครือข่ายครั้งที่ 2

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต มีแนวทางในการปฏิบัติงานเป็นแนวทางเดียวกัน
2. มีระบบการส่งต่อผู้รับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของแต่ละจังหวัดในรูปแบบที่เหมาะสม
3. เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตได้รับข่าวสารหรือการพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตที่ทันสมัยหรือทันต่อเหตุการณ์
4. ส่งเสริมขวัญและกำลังใจของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อการให้บริการ
5. ผู้รับบริการหรือประชาชนทั่วไปที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก ได้รับบริการจากสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน

1.2 การติดตามเยี่ยมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต
2. เพื่อทราบปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิต และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
3. เพื่อสรุปผลการดำเนินงานสุขภาพจิตในปีงบประมาณที่ผ่านมา และชี้แจงแผนการดำเนินงานสุขภาพจิต ปีงบประมาณต่อไปให้เครือข่ายทุกระดับทราบ
4. เพื่อปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติงานของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตให้มีความทันสมัยมากยิ่งขึ้น รวมทั้งจัดตั้งคณะกรรมการเครือข่ายระดับอำเภอทุกอำเภอ

5. เพื่อคัดเลือกโครงการสุขภาพจิตดีเด่น และการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ครบวงจร เพื่อเข้าร่วมประกวดรับโล่ประกาศเกียรติคุณจากกรมสุขภาพจิต
6. เพื่อให้การปรึกษาแก่เครือข่ายในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต
7. เพื่อศึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เครือข่ายต้องการพัฒนาตนเอง

วิธีดำเนินการ

ติดตามเยี่ยมเครือข่ายปีละ 1-2 ครั้งๆ ละ 5 วัน โดยติดตามเยี่ยมโซนละ 1 วัน

ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้มีการดำเนินงานสุขภาพจิต ทั้งในรูปของโครงการเด่น และการจัดระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของเครือข่ายทุกระดับ
2. ทราบถึงผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขซึ่งช่วยให้การปฏิบัติงานสุขภาพจิต สามารถดำเนินงานไปได้อย่างต่อเนื่อง
3. ร่วมกันพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแบบครบวงจรที่เป็นรูปธรรม และสามารถปฏิบัติได้จริง โดยเครือข่ายทุกระดับมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงาน
4. ได้เนื้อหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต ที่เครือข่ายต้องการพัฒนาตนเอง
5. เกิดระบบการประสานงานที่ดีของเครือข่ายตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอถึงจังหวัดซึ่งเป็นรูปแบบที่เครือข่ายทุกระดับร่วมกันแสดงความคิดเห็น และความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติ
6. เครือข่ายสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนกรณีที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน

1.3 การประชุมสัมมนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ทันสมัย พัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพจิตโดยใช้กลไกของเครือข่าย
2. เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน
3. ส่งเสริมผู้ปฏิบัติงานที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ หรือผลงานวิจัยดีเด่น ให้มีกำลังใจในการดำเนินงานสุขภาพจิต

วิธีดำเนินการ

จัดสัมมนาเครือข่ายปีละ 1 ครั้งๆ ละ 2 - 3 วัน ผู้เข้าสัมมนาประกอบด้วยตัวแทนของเครือข่ายระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล จำนวนประมาณ 180 - 220 คน เนื้อหาในการสัมมนาได้มาจากการสำรวจความต้องการของเครือข่ายในการพัฒนาความรู้สุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน และจากนโยบายในการดำเนินงานสุขภาพจิตในปีนั้นๆ รูปแบบในการสัมมนาโดยวิธีการ บรรยาย อภิปราย แบ่งกลุ่มย่อยและนำเสนอผลงานกลุ่ม นำเสนอโครงการเด่นประกวดโครงการสุขภาพจิตหรือวิจัยดีเด่น จัดนิทรรศการทางสุขภาพจิตบริเวณหน้าห้องประชุม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้าสัมมนามีความชัดเจน และมีแนวทางในการปฏิบัติงานเป็นแนวทางเดียวกัน
2. มีระบบการส่งต่อผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ
3. ผู้เข้าสัมมนาได้พัฒนาตนเองให้มีความรู้ ความเข้าใจในงานสุขภาพจิตดียิ่งขึ้น
4. ได้ทราบถึงรูปแบบของโครงการสุขภาพจิต หรือวิจัยของหน่วยงานอื่นๆ และเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

1.4 ประเมินผลการติดตามเยี่ยมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2542 - 2545

หลักการและเหตุผล

ตามนโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตที่มีเป้าหมายสำคัญเพื่อการบริการและพัฒนางานสุขภาพจิตสู่ชุมชน โดยมุ่งเน้นที่ให้มีส่วนร่วมของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ตลอดจนประชาชนทั่วไป ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งระบบการดำเนินงานทางด้านสุขภาพจิตมีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549)

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการพัฒนาเครือข่าย ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการ

โดยการประเมินผลการติดตามเยี่ยมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัดสกลนครตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 - 2544 จากรายงานการติดตามเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง

ผลที่ได้รับ

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 - 2544 พบว่าในปีงบประมาณ 2542, 2543, 2544 ระดับโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 11.76, 11.65, 5.88 มีคลินิก คลายเครียดเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 70.59, 0.00, 11.76 มีคลินิกให้การปรึกษาเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 23.52, 5.88, 5.88 มีคลินิกยาเสพติดเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2542 และ 2544 คิดเป็นร้อยละ 58.83, 41.17 และมีคลินิกอื่นๆ ที่เป็นงานส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 29.41, 5.88, 17.65 ส่วนในระดับสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยไม่มีคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2542, 2543 แต่เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2544 คิดเป็นร้อยละ 1.21 มีคลินิกให้คำปรึกษา เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 18.79, 3.03, 0.60 และมีคลินิกอื่นๆ ที่เป็นงานส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 1.21, 17.76, 0.60 และได้สนับสนุนให้เครือข่ายทุกระดับจัดทำโครงการและเสนอโครงการเข้าร่วมประกวดโครงการ สุขภาพจิตดีเด่น พบว่าในปีงบประมาณ 2542 โครงการเข้าร่วมประกวด 5 โครงการ ปีงบประมาณ 2543 มีโครงการเข้าร่วมประกวด 18 โครงการ ปีงบประมาณ 2544 มีโครงการเข้าร่วมประกวด 13 โครงการ ผลการ ประกวดมีรางวัล 2 ประเภทคือ ประเภทโครงการสุขภาพจิตดีเด่น และประเภทการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย จิตเวชในชุมชน และในปีงบประมาณ 2544 และ 2545 ได้มีการจัดประกวดผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตดีเด่นประจำปี มีทั้งระดับโรงพยาบาลชุมชน และระดับสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย เพื่อเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน สุขภาพจิต ส่งเสริมให้การดำเนินงานสุขภาพจิตในพื้นที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และจากการติดตามผลการ ดำเนินงานสุขภาพจิต ทั้ง 3 ปี ทำให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการทั้งด้านการบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ และได้ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาในปีงบประมาณ 2545 ได้สำรวจแหล่งช่วยเหลือ สนับสนุนผู้มีปัญหาทางจิตใจในชุมชน พบว่ามีแหล่งช่วยเหลือคือ พระ หมอดู หมอธรรม เพื่อนำมาวางแผน ให้เป็นเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตต่อไป

สรุป จากการประเมินผลในครั้งนี้ ทำให้ทราบว่า เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัดสกลนคร มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีทั้งการจัดตั้งคลินิกต่างๆ ที่เป็นงานดูแลรักษา ผู้ที่มีปัญหาทางจิต การจัดทำ โครงการต่างๆ ตลอดจนการทราบถึงเครือข่ายแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้มีปัญหาทางจิตใจในชุมชนด้วย

1.5 การศึกษาผลการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบโซนจังหวัด

หลักการและเหตุผล

การจัดให้มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในแต่ละจังหวัด จะช่วยให้มีการสร้างสรรค์และพัฒนางาน สุขภาพ จิตเชิงรุกทั้งในด้านการบริการ วิชาการ วิจัย และเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับพื้นที่ได้

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบโซนจังหวัด

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผลการดำเนินงานในระบบโซนจังหวัด 7 จังหวัด ของเขต 6

วิธีดำเนินการ

โดยการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบโซนจังหวัด 7 คน รับผิดชอบงาน สุขภาพจิตจังหวัดละ 1 คน ได้แก่ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ เลย สกลนคร หนองคาย อุดรธานี และหนองบัวลำภู ผู้รับผิดชอบแต่ละจังหวัดจัดทีมงานทีมละ 10-17 คน ประกอบด้วย พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ทุกจังหวัดมีการพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานด้านส่งเสริม ป้องกัน การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพโดยดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 - 2545

สรุปผลการศึกษา

1. ด้านการส่งเสริมป้องกัน เช่น การจัดโครงการนำร่องการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ 8 คน จากผลสำเร็จของโครงการนี้ได้ขยาย ผลโครงการทั่วประเทศ มีโครงการอบรมค่ายทักษะชีวิต เพื่อดูแลสังคมจิตใจในภาวะวิกฤต ยาเสพติด จำนวน 2 รุ่น รวม 166 คน นอกจากนี้ยังเป็นที่เป็นที่ปรึกษา ให้เกิดโครงการสุขภาพจิต ในพื้นที่อีกจำนวนมาก
2. ด้านการรักษาพยาบาล ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชนลดการล้าหลังผู้ป่วย ทางจิตได้ 115 คน (59.3%) และช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน เช่น ถูกหาว่าเป็นผีปอบ ผู้ป่วยทำร้ายภรรยาถึงแก่ชีวิต ฯลฯ มีโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบ ครอบคลุมในหลายอำเภอ มีการพัฒนาระบบบริการและการประสานงานในรูปแบบของ เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบลมีเครือข่ายรวม 1,580 คน สำหรับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นได้แบ่งหอผู้ป่วยตามจังหวัดต่างๆ และทีมงาน แต่ละจังหวัดอยู่ที่หอผู้ป่วยนั้นๆ
3. ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้มีทักษะทางสังคม ช่วยกิจกรรมของครอบครัว และการประกอบอาชีพ

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบโซนจังหวัดเป็นงานที่ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดย การพัฒนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต และคนในชุมชนให้มีส่วนร่วมการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหา สุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และให้มีบริการสุขภาพจิตใกล้บ้านของประชาชนในชุมชน

1.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัด สกลนคร

วัตถุประสงค์

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร

วิธีการ

กลุ่มประชากรได้แก่ เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัดสกลนคร จำนวน 305 คน ดำเนินการในระหว่างติดตามเยี่ยมเครือข่ายฯ ครั้งที่ 1 วันที่ 30 มกราคม 2544 - 2 กุมภาพันธ์ 2544 โดยแจกแบบสอบถามแก่เครือข่ายที่เข้าประชุม กรณีที่ไม่เข้าประชุมใช้วิธีการตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ โดยได้รับแบบสอบถามทั้งหมด 227 ชุด คิดเป็นร้อยละ 74.4 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย จำนวน 15 ข้อ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS/PC⁺

ผลที่ได้

ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายฯ เป็นเพศชายร้อยละ 35.2 เพศหญิงร้อยละ 64.8 ส่วนใหญ่เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนร้อยละ 52.9 เมื่อเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตใช้แบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยในการประเมินตนเอง ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.3 มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป (Fair) รองลงมา เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตร้อยละ 24.2 มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี (Good) และภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) ร้อยละ 7.5

จากการศึกษายังพบว่าปัจจัยในเรื่องอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของเครือข่ายฯ ส่วนปัจจัยด้าน เพศ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กันกับภาวะสุขภาพจิตของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร เนื่องจากเป็นผู้ที่ให้บริการสุขภาพจิตแก่ผู้รับการโดยตรงจึงสมควรเป็นผู้มีสุขภาพจิตดี และพร้อมในการให้บริการ จากผลการศึกษาที่ได้รับ ควรมีการค้นหาสาเหตุและหาแนวทางในการช่วยเหลือเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ที่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป เนื่องจากเป็นบุคลากรที่ต้องดูแลผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ นอกจากนี้ควรมีการขยายผลลงสู่ชุมชน โดยใช้แบบประเมินเพื่อเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตแก่กลุ่มประชาชนต่อไป

2. การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

ตัวอย่างงานส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนที่น่าเสนอนี้เป็นเพียงตัวอย่าง การช่วยเหลือทางด้านจิตใจเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตตามมา 2 ตัวอย่างแรกเป็นกรณีที่มีผลมาจากความเชื่อของคนในชุมชน เกี่ยวกับเรื่องภูตผีที่สืบทอดมาตั้งแต่บรรพบุรุษ ทีมสุขภาพจิตโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ได้ร่วมกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในแต่ละจังหวัด ช่วยเหลือทางด้านจิตใจจนกระทั่งคนในชุมชนสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติเช่นเดิม สำหรับการช่วยเหลือทางด้านจิตใจอีก 2 ตัวอย่าง เป็นกรณีศึกษาของเด็กที่ก่อคดียิงครูเสียชีวิต และการช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 ทั้ง 2 ตัวอย่าง เป็นการหาแนวทางที่เหมาะสมในการให้ความช่วยเหลือในครั้งต่อไป กรณีถ้ามีลักษณะปัญหาที่คล้ายคลึงกัน สำหรับการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย จะเป็นการหารูปแบบที่เหมาะสมกับการช่วยเหลือทางจิตใจในพื้นที่ที่เกิดเหตุการณ์ และมีผู้มารับบริการจำนวนมาก ในขณะที่ทีมผู้ให้บริการมีจำนวนจำกัด การประเมินผลสัมฤทธิ์เมื่อสิ้นสุดโครงการจะเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญว่าการดำเนินงานโครงการจัดได้เหมาะสมเพียงใด ดังตัวอย่าง

2.1 ผลการใช้โปรแกรมปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบต่อความเครียดในผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบ หมู่บ้านท่าแร่ จ.สกลนคร : กรณีศึกษา

บทนำ/วัตถุประสงค์

ความเชื่อของชุมชนในสังคมอีสานเรื่องผีปอบ สืบทอดกันมานานและส่งผลกระทบต่อผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบด้วยการถูกตัดสินจากสังคมให้ย้ายที่อยู่ ไปปลูกสร้างบ้านใหม่ในที่อื่น ถูกรังเกียจต้องดำรงชีวิตอย่างโดดเดี่ยว การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบและชุมชนให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ถูกกล่าวหาที่มีความเครียดอยู่ในระดับปกติรวมทั้งชุมชนเปิดโอกาสให้ผู้ถูกกล่าวหาใช้ชีวิตอยู่ร่วมในชุมชนได้

วิธีดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา (case study) ในผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบจำนวน 1 รายซึ่งกำลังตกเป็นข่าวและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ร้องขอความช่วยเหลือ มีการวัดระดับความเครียดในผู้ที่ถูกกล่าวหาก่อนและหลังการใช้โปรแกรมปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบ ซึ่งโปรแกรมนี้ประกอบด้วย การให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาโดยทีมสหวิชาชีพ เน้นกลยุทธ์ที่ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม การสนับสนุนให้มีที่เลี้ยงในชุมชน การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการปรับแก้ปัญหาในชุมชน โดยการจัดตั้งกลุ่มแก้ไขปัญหา สนับสนุนให้ชุมชนได้แสดงออกทั้งพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกและวิธีการแก้ไขปัญหาก็จะส่งเสริมให้อยู่ร่วมกันในชุมชนอย่างสงบสุข โดยการคัดเลือกผู้นำชุมชนมาทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม

ผลที่ได้รับ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบและชุมชนสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างสงบสุขโดยปฏิบัติตามข้อตกลงของชุมชน และภายหลังการใช้โปรแกรมปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบ พบว่า คะแนนความเครียดอยู่ในระดับปกติ

สรุปและข้อเสนอแนะ

การใช้โปรแกรมปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบนั้นทำให้ชุมชนและผู้ที่ถูกกล่าวหาสามารถเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถใช้ชีวิตร่วมกันในชุมชนได้อย่างสงบสุขในระดับหนึ่ง ดังนั้นควรนำรูปแบบโปรแกรมดังกล่าวไปพัฒนาและปรับใช้ในชุมชนอื่นๆ ที่มีผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบโดยพัฒนารูปแบบโปรแกรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของชุมชน

2.2 วิกฤตชุมชน : กรณีศึกษา

บทนำ/วัตถุประสงค์

ศพเคลื่อนหมู่บ้าน ดายปริศนา คือพาดหัวข่าวหนังสือพิมพ์หลายฉบับ เมื่อต้นเดือนมีนาคม 2544 ณ หมู่บ้านแห่งหนึ่ง ของอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ในรายงานข่าวระบุว่าคนทั้งหมู่บ้านตกอยู่ในภาวะหวาดผวาทื่นตลกใจกลัวไม่เป็นอันกินอันนอน เวลากลางคืนจะไม่มีผู้ใดออกจากบ้าน จากข่าวดังกล่าวแสดงถึงภาวะวิกฤตของชุมชน อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนในชุมชนได้ สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ในฐานะผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชจังหวัดกาฬสินธุ์ จึงสนใจศึกษากรณีดังกล่าวโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงสาเหตุของการเสียชีวิตของคนในชุมชน และให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจแก่คนในชุมชน

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา (case study) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร การสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม (focus group) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2543 ถึงเดือนมีนาคม 2544 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 15 ราย เป็นเพศชาย 9 ราย หญิง 6 ราย อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 70 ปีขึ้นไป 6 ราย ระหว่าง 60 - 69 ปี 4 ราย สาเหตุของการเสียชีวิตส่วนใหญ่คือ โรคชราและมะเร็ง อย่างละ 5 ราย เมื่อวิเคราะห์ดูสาเหตุที่ทำให้คนในชุมชนกลัวเกี่ยวกับการตายของคนในหมู่บ้าน เนื่องจากมีคนตายมาเรื่อยๆ ทุกเดือน บางเดือนตาย 2 - 3 คนในเวลาใกล้เคียงกัน ความรู้สึกของคนในหมู่บ้านคือเศร้าโศก เพราะมีงานศพบ่อยมาก โดยเฉพาะ 3 รายสุดท้ายที่เสียชีวิตเป็นลักษณะทันทีทันใดไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อน อายุยังน้อยและเสียชีวิตในเวลาใกล้เคียงกันมาก จึงทำให้มีการกล่าวถึงสาเหตุการตายว่าอาจจะมีเรื่องของผีเข้ามาเกี่ยวข้อง เพราะลักษณะของผู้ตายจะทรมานทรมายก่อนจะเสียชีวิตไปในไม่กี่นาที เหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของคนในชุมชนเป็นอย่างมาก ถือเป็นวิกฤตของชุมชนอย่างหนึ่งชุมชนนี้ค่อนข้างเข้มแข็ง

คนในชุมชนรวมตัวกันเพื่อช่วยเหลือภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นโดยการทำบุญหมู่บ้าน และพิธีบายศรีสู่ขวัญเพื่อเรียกขวัญกำลังใจของคนในหมู่บ้านกลับคืนมา ภาครัฐเองได้ดำเนินการช่วยเหลือโดยออกหน่วยเยี่ยมประชาชนของกรมการปกครอง พร้อมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เพื่อพบปะกับคนในชุมชน สรุปลักษณะการเสียชีวิตให้ชุมชนทราบ สอบสวนโรคทางระบาดวิทยา และตรวจสุขภาพประชาชน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นโดยสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดได้ออกเยี่ยมชุมชนอีกครั้ง โดยพบกับผู้นำชุมชนทำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ (psychoeducation support group) เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจแก่คนในชุมชน จนกระทั่งคนในชุมชนสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากกรณีดังกล่าวสรุปได้ว่า โดยปกติคนเรามีความกลัว ความวิตกกังวลอยู่แล้ว ยิ่งมาพบกับสภาพที่เกี่ยวข้องกับ “การตายอย่างปริศนา” ทำให้คนเกิดความกลัวมากยิ่งขึ้น ชุมชนจึงตกอยู่ในภาวะ “เสียขวัญ” ซึ่งเป็นวิกฤตของชุมชนที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ โดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายหากชุมชนใดตกอยู่ในสภาพดังกล่าวผู้ที่เกี่ยวข้องควรตระหนักและให้ความช่วยเหลือต่อไป

2.3 ศิษย์มีพฤติกรรมรุนแรงต่อครู : กรณีศึกษา

วัตถุดิบประสงค์

เพื่อศึกษาลักษณะทางสังคมที่นำไปสู่ความรุนแรง และให้การช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษาเป็นเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ก่อคดียิงครูเสียชีวิต ได้ศึกษาหาข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ครู - อาจารย์ เพื่อนนักเรียน ครอบครัว เพื่อนนักโทษและผู้ก่อคดีนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกับเอกสารวิชาการภายใต้กรอบทฤษฎีระบบและกระบวนการเผชิญปัญหา

ผลที่ได้

1. ด้านผู้ก่อคดี มีบุคลิกภาพเป็นคนขี้อาย พุดน้อย ใจร้อน เป็นคนจริงจัง ชอบคนพูดจาไพเราะ ประวัติเด็กเคยถูกบิดาเมียนตีรุนแรง เมื่ออายุได้ 2 - 3 ขวบ ช่วงวัยรุ่นตอนต้นขณะอยู่ประถมศึกษาปีที่ 5 อายุ 11 ปี เคยมีความรู้สึกโดดเดี่ยวโดยไม่ทราบสาเหตุ และเคยหนีออกจากบ้าน ขณะเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเคยหนีโรงเรียนบ่อยครั้ง ผู้ก่อคดีสอบวิชาลิลาศไม่ผ่าน จึงเกิดความเครียด และมาขอครูให้ตนผ่าน จึงถูกครูดุด่าด้วยคำหยาบคายเป็นเหตุให้ผู้ก่อคดี มีพฤติกรรมรุนแรงวางแผนฆ่าครูตายในที่สุด

2. ด้านครอบครัว บิดามีพื้นฐานเติบโตในหมู่บ้านก่อบัว ชาวบ้านมีความรุนแรงทางความคิดหลังบิดาแต่งงานมีครอบครัวได้อพยพออกมาอยู่หมู่บ้านอื่น บิดาเป็นคนจริงจัง มีอำนาจในครอบครัวพุดน้อยแต่ถ้าได้พูดอะไรแล้วต้องเป็นความจริง บิดาจะตอกย้ำผู้ก่อคดีทุกวันถึงผลการเรียน บิดาไม่เคยถามถึงเรื่องเรียนจากผู้ก่อคดี แต่จะสอบถามจากน้องสาวแทน มีการสื่อสารภายในครอบครัวน้อย

3. ด้านโรงเรียน ครู - อาจารย์ รับรู้ว่าผู้ก่อคดีมีปัญหาเหมือนเด็กนักเรียนทั่วไป การทำผิดไม่ได้มีลักษณะเด่นกว่านักเรียนคนอื่น เช่น ไม่เข้าแถวตอนเช้า หนีโรงเรียนและแต่งกายผิดระเบียบ จึงไม่ได้แจ้งพฤติกรรมแก่ครูรอบคร่ำได้รับทราบ เพราะไม่มีประวัติที่ฝ่ายปกครองของโรงเรียน

4. ในด้านการให้ความช่วยเหลือ ได้ช่วยเหลือทางจิตใจแก่ครอบครัวของผู้ก่อคดีและครอบครัวของครูผู้เสียชีวิต สำหรับในโรงเรียนได้จัดให้มีการอภิปรายหมู่ร่วมกันระหว่างครู ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแพทย์ที่รับผิดชอบ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ แนวทางการป้องกันและช่วยเหลือไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำอีก ในการประชุมผู้ปกครอง นักเรียน และครูในโรงเรียนที่เกิดเหตุ

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ก่อคดีอยู่ในช่วงวัยรุ่น พัฒนาการด้านเอกลักษณ์ล้มเหลวสับสนในบทบาท ไม่มีอิสระในตัวเอง ยังยึดติดกับครอบครัวและมีความผิดปกติด้านพัฒนาการมาตั้งแต่วัยเด็ก อันมีผลมาจากบิดาที่มีอำนาจแต่เพียงผู้เดียวในครอบครัว และคาดหวังต่อผลการเรียนของบุตรสูงมาก ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ก่อคดีในแง่ลบ อันก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา ซึ่งการก่ออาชญากรรมของวัยรุ่น มักพบในกลุ่มที่มีปัญหาครอบครัวและมีความผิดปกติด้านพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็ก ดังนั้นผู้ปกครองควรมีความรู้ด้านจิตวิทยาของเด็กวัยต่างๆ อีกทั้งครู - อาจารย์ให้ความสนใจต่อนักเรียนที่มีพฤติกรรมแง่ลบ หลีกเลี่ยงการตีตรา

2.4 การช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6

บทนำ/วัตถุประสงค์

สืบเนื่องจากเดือนกันยายน พ.ศ. 2545 เกือบทุกจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประสบอุทกภัยทำให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิต และทรัพย์สิน ประชาชนที่ประสบเหตุการณ์ มีปัญหาสุขภาพจิตตามมา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นจึงได้จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกหน่วยช่วยเหลือ บำบัด รักษา ทั้งปัญหาทางกาย และจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยให้กลับคืนสู่สภาพเดิมเร็วที่สุด และสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ

วิธีดำเนินการ

ได้ทำการช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยใน 5 จังหวัดของเขต 6 ได้แก่ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ อุดรธานี หนองคาย และหนองบัวลำภู โดยแบ่งการช่วยเหลือออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะประสบอุทกภัย ได้จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกให้บริการในพื้นที่ประสบอุทกภัย สำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะทำการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่จัดทำขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเครียด แบบวัดภาวะซึมเศร้า จากนั้นรวมคะแนนที่ได้รับและส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคและให้การรักษ หากผู้รับบริการรายใดแพทย์พิจารณาว่ามีปัญหาทางจิตใจมาก จะส่งต่อเพื่อรับบริการการให้การปรึกษา

หรือคลายเครียด หากพบว่ารายใดมีปัญหามากจะส่งต่อพื้นที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชน หรือส่งต่อให้ไปรับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

2. ระยะฟื้นฟูสภาพจิตใจ จะติดตามผู้ประสบอุทกภัยที่มีคะแนนแบบวัดความเครียดอยู่ในระดับสูงหรือคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป หรือได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชบางโรคที่จำเป็นต้องติดตามให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ผู้รับบริการในกลุ่มเหล่านี้ ทีมสุขภาพจิต (จิตแพทย์, พยาบาล, นักจิตวิทยา, นักสังคมสงเคราะห์, เภสัชกร) จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นจะติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังประสบอุทกภัย 1, 3, 6 เดือน เมื่อสิ้นสุดโครงการติดตามผู้รับบริการครบ 6 เดือน จะส่งต่อพื้นที่ดูแลต่อในรายที่ยังมีปัญหา

ผลการศึกษา

อยู่ระหว่างดำเนินการขณะนี้อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพจิตใจภายหลังประสบอุทกภัย 1 เดือน อย่างไรก็ตามผลการดำเนินการที่ได้รับ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจะนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานในรูปแบบที่เหมาะสมในปีต่อไป

2.5 การประเมินผลโครงการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ทักษะที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติจริงเพื่อช่วยเหลือผู้มีปัญหาได้

วิธีการ

จัดอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 31 คน อสม. 55 คน ในวันที่ 4 - 5 มีนาคม 2542 จากนั้นให้ผู้เข้าอบรมนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติจริงในชุมชน และประเมินผลการปฏิบัติงานหลังการอบรม 2 และ 4 เดือน ตามลำดับ

ผลที่ได้รับ

ผลการจัดอบรมพบว่าทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. มีความรู้ ก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.007$) ทักษะดีเฉพาะของ อสม. ที่มีต่อผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือ ก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.004$) สำหรับผลการปฏิบัติงานหลังอบรมไปแล้ว 4 เดือน พบว่าสามารถช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ 8 คน ยังมีชีวิตอยู่และดำเนินชีวิตได้ตามปกติเปรียบเทียบกับปีที่แล้วในช่วงเวลาเดียวกัน ฆ่าตัวตายสำเร็จ 7 คน

3. การรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ตัวอย่างของโครงการต่อไปนี้เป็นได้ทั้ง การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่ 2 และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่ 3 รวมถึงการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชน อสม. ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้มีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ให้ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เร็วที่สุด และในกรณีที่ป่วยแล้วก็ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คำแนะนำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับยาให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามตามแนวทางการรักษาของแพทย์ ก็จะช่วยป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยและอาจกลายเป็นโรคเรื้อรังไปในที่สุด ก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายแก่ญาติและครอบครัว อาจทำให้เกิดการทอดทิ้งผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล หรือลี้ภัยผู้ป่วยไว้ในชุมชนในที่สุด อย่างไรก็ตามถึงแม้ผู้ป่วยจิตเวชจะถูกกล่มขังในชุมชน เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทุกระดับ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จึงได้ช่วยกันแก้ไขปัญหานี้ โดยร่วมกันปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยที่ถูกกล่มขังในชุมชนให้มีอิสระ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนเช่นเดียวกับคนทั่วไป ดังตัวอย่างต่อไปนี้

3.1 โครงการสัมมนาญาติผู้ป่วยโรคจิตและ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ญาติผู้ป่วยโรคจิต และ อสม. มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิต และวิธีการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

วิธีการ

แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนคือ

1. ขั้นเตรียมการ ดำเนินงานสำรวจผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในเขตอำเภอต่างๆ เพื่อจัดลำดับตามความสำคัญของปัญหา ประชุมคณะทำงานเตรียมการดำเนินงานสัมมนา
2. ขั้นดำเนินการ จัดสัมมนาให้กับญาติผู้ป่วยโรคจิตและอสม. ใน 4 อำเภอคือ อำเภอเพ็ญ อำเภอโนนสะอาด อำเภอศรีธาตุ และอำเภอสร้างคอม อำเภอละ 1 วัน โดยการบรรยายและประชุมกลุ่มย่อย
3. ขั้นประเมินผลโครงการ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปโครงการ

ผลการดำเนินการ

พบว่า มีญาติผู้ป่วยโรคจิตเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 100 คน อสม. 110 คน รวม 210 คน แบ่งออกเป็น เขต อำเภอเพ็ญ 51 คน อำเภอโนนสะอาด 48 คน อำเภอศรีธาตุ 52 คน และอำเภอสร้างคอม 59 คน ผู้เข้าร่วมสัมมนาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.5 อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 41 - 50 ร้อยละ 33.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือ ประถมศึกษาร้อยละ 88.2 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 82.4 และอาชีพส่วนใหญ่ คือ เกษตรกรรมร้อยละ

88.2 เมื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้เข้าร่วมสัมมนา ก่อนและหลังสัมมนา พบว่า ผู้เข้าร่วมสัมมนาทุกอำเภอ มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการสัมมนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป/ข้อเสนอแนะ

ผลการดำเนินการโครงการสัมมนาญาติผู้ป่วยโรคจิตและอสม. ทำให้ญาติผู้ป่วยและอสม. มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิต การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านต่อไป การสัมมนาครั้งนี้มีการแบ่งกลุ่มพูดคุยปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตทำให้ผู้ร่วมสัมมนามีส่วนร่วมมากและพึงพอใจกับรูปแบบการสัมมนา ผู้เข้าร่วมสัมมนาได้เสนอแนะให้เพิ่มระยะเวลาในการจัดสัมมนาเป็น 2 วัน เพื่อจะได้มีเวลาในการเรียนรู้และซักถามมากขึ้น ซึ่งจะได้นำรูปแบบการสัมมนาเป็นแนวทางในการจัดสัมมนาครั้งต่อไป

3.2 การประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจร อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์

เป็นโครงการนำร่องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่บ้าน สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติจริงเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยศักยภาพเครือข่ายในชุมชน อสม. และญาติ ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ถูกล่าม้าง

วิธีการศึกษา

จัดอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 22 คน อสม. และญาติ 101 คน จำนวน 3 รุ่น ๆ ละ 1 วัน หลังจากนั้นให้ผู้เข้าอบรมนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติจริงในชุมชน และประเมินผลหลังอบรม 3 และ 6 เดือน ตามลำดับ สำหรับการประเมินผลด้านความรู้มีแบบวัดความรู้โดยให้ผู้เข้ารับการอบรมตอบก่อนและหลังการอบรม และมีการประเมินผลในภาพรวมด้วย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับมาแจกแจงความถี่ ร้อยละและใช้สถิติ T - Test เพื่อทดสอบความรู้เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

ผลการศึกษา

พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และญาติมีความรู้ก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) การประเมินผลการอบรมในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก สำหรับผลการปฏิบัติงานหลังการอบรมไปแล้ว 3.6 เดือน พบว่าผู้เข้าอบรม ได้นำความรู้ไปปฏิบัติได้จริงเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคจิต จำนวน 68 คน ไม่มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ เปรียบเทียบกับปีที่แล้วในช่วงเวลาเดียวกันซึ่งมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 6 คน แต่อัตราการล่าม้างลดลงเพียงเล็กน้อย กล่าวคือผู้ป่วยล่าม้างในอำเภอวาริชภูมิ ทั้งหมด 10 คน ได้รับการรักษาอาการดีขึ้นสามารถอยู่บ้านได้ไม่ถูกล่าม้าง 3 คน กำลังรับการรักษาใน

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น 1 คน ญาติไม่สมัครใจนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 6 คน สำหรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร มีระบบการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนโดยการดูแลจาก ญาติ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบสามารถปรึกษา และส่งต่อไปยังเครือข่ายระดับเหนือกว่า และประสานขอเข้ารับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นหากมีความจำเป็นและเมื่ออาการดีขึ้น แพทย์จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและส่งต่อไปให้เครือข่ายในพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนต่อไป

3.3 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร : การประเมินผลตามกรอบ

Logical Framework

หลักการและเหตุผล

การพัฒนาความรู้ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน ตลอดจนการพัฒนารูปแบบ การดูแลและการประสานงานตั้งแต่ชุมชนถึงโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจรตามกรอบ Logical Framework

วิธีดำเนินการ

ได้ดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจรโดยแบ่งกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่มๆ แรกพัฒนารูปแบบโดยการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และญาติผู้ป่วยใน 2 อำเภอนำร่องคือ อากาศำนวนย และกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร และติดตามผลการดำเนินงานหลังการอบรม 3, 6 เดือน กลุ่มที่ 2 พัฒนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในอำเภอที่เหลือในรูปแบบการสนับสนุนเอกสาร การติดตามเยี่ยมเครือข่าย การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน การประชุมสัมมนา การพัฒนาระบบประสานงานและส่งต่อ (กลุ่มแรกมีกิจกรรมต่างๆ เช่นเดียวกับกลุ่ม 2 ด้วย) ดำเนินงานตั้งแต่กันยายน 2543 - ตุลาคม 2544

สรุปผลการศึกษา ประเมินผลตามกรอบ Logical Framework ดังนี้

1. จุดมุ่งหมาย (Goal) ในอำเภอนำร่อง ลดการ readmit ได้ 73.3 % ลดการล้ามขังผู้ป่วยโรคจิตได้ 80 %

2. วัตถุประสงค์ (Purpose) มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเป็นรูปธรรมในอำเภอนำร่อง 2 อำเภอ และอำเภออื่นๆ อีก 5 อำเภอ โดยมีระบบการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตตั้งแต่ในชุมชนจนกระทั่งถึงโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โดยญาติ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทุกระดับ

3. ผลผลิต (Output) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และญาติผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ผู้ป่วยและญาติตอบว่ามี

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. มาติดตามเยี่ยมขณะอยู่ที่บ้าน 78.2 % และไม่ได้เยี่ยมเลย 21.8 % ผู้ป่วยรับประทานยาทุกเดือน 63.6 %

4. กิจกรรมหรือปัจจัยนำเข้า ดำเนินงานได้ตามแผนที่วางไว้ทุกประการแต่มีการเพิ่มกิจกรรมในด้านพัฒนาความรู้แก่แพทย์ในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ โดยมีจิตแพทย์เป็นวิทยากร จำนวน 2 รุ่นๆ ละ 1 วัน

ข้อเสนอแนะ

เป็นโครงการที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้นาน แต่องค์ประกอบที่สำคัญที่ช่วยให้โครงการสำเร็จขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ ผู้นำชุมชน และเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนนั้นๆ

3.4 การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยลุ่มซังโดยใช้วิธีการทำกลุ่มชุมชนบำบัด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกลุ่มซังโดยให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และการใช้พลังของชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

วิธีดำเนินการ

การศึกษารั้ครั้งนี้เป็นการศึกษา (Case Study) ผู้ป่วยจิตเวชถูกลุ่มซัง จำนวน 1 รายลุ่มซังนาน 4 ปี ญาติไม่มีความประสงค์จะนำผู้ป่วยไปรักษาเพราะเข้าใจว่าคงหมดหนทางรักษา จึงดำเนินการให้การช่วยเหลือโดยประชุมปรึกษาร่วมกับชุมชน เพื่อหาทางช่วยเหลือผู้ป่วยลุ่มซังรายนี้ ซึ่งประกอบด้วย อสม. ญาติ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และเพื่อนบ้าน ซึ่งการช่วยเหลือ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 คือการช่วยเหลือขณะที่ผู้ป่วยถูกลุ่มซังในชุมชน ระยะที่ 2 ให้การช่วยเหลือขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ระยะที่ 3 การเตรียมพร้อมครอบครัวและชุมชนก่อนที่จะส่งผู้ป่วยกลับสู่ภูมิลำเนา ระยะที่ 4 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร่วมกับชุมชน เพื่อประเมินอาการทางจิต และปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยของญาติ

ผลที่ได้

1. ทำให้ชุมชนตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
2. แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตในชุมชนได้ แม้ว่าถูกลุ่มซังนาน 4 ปี
3. ญาติมีกำลังใจมากขึ้น ที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป
4. เป็นแบบอย่างในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยประชุมปรึกษาหารือในรูปแบบการทำกลุ่มชุมชนบำบัด

สรุปข้อเสนอแนะ

ความรู้ที่ได้รับจากการช่วยเหลือผู้ป่วยลุ่มขังโดยใช้รูปแบบชุมชนบำบัดในครั้งนี้ พบว่าทำให้เกิดความร่วมมือวางแผนแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกันระหว่าง อสม. ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อนบ้าน ญาติผู้ป่วย สถานีนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ผู้ป่วยลุ่มขังนาน 4 ปี ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม จนอาการดีขึ้นและสามารถกลับมาใช้ชีวิตในชุมชน ทำงาน ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งการช่วยเหลือผู้ป่วยในรูปแบบนี้จะเป็นแบบอย่างในการช่วยเหลือผู้ป่วยลุ่มขังรายอื่นต่อไป

3.5 โครงการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตที่ถูกลุ่มขัง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ปี 2544 เป็นปีแห่งการดูแลสุขภาพจิตโดยมีคำขวัญว่า “Stop Exclusion - Dare To Care” หรือ ผู้ป่วยทางจิต อย่าคิดลี้ภัย ควรมีน้ำใจ ห่วงใยเยียวยา เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วยทางจิต กรมสุขภาพจิตจึงมีนโยบายให้โรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่งจัดให้มีโครงการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตที่ถูกลุ่มขังขึ้น สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าวจึงดำเนินโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยที่ถูกลุ่มขังในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการ ดำเนินการประชุมทีมสุขภาพจิตจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อวางแผนดำเนินงาน สรรวจผู้ป่วยทางจิตที่ถูกลุ่มขังในจังหวัดกาฬสินธุ์ทั้งหมดวางแผนติดตามเยี่ยมและประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพจิตจังหวัดกาฬสินธุ์
2. ขั้นดำเนินการ ทีมสุขภาพจิตจังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พร้อมด้วยเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัดกาฬสินธุ์ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางจิตที่ถูกลุ่มขัง เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสาเหตุของการลุ่มขัง ให้ความรู้/คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยทางจิตพิจารณาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับญาติและเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพจิตในพื้นที่ ประสานกับเจ้าหน้าที่เครือข่ายในการให้ความช่วยเหลือญาติหากมีปัญหา เช่น การทำบัตรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและการประสานงานกับแพทย์ เพื่ออำนวยความสะดวกในการขอให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเป็นต้น

3. ขั้นประเมินผล ประเมินจากการลดลงของอัตราลุ่มขังผู้ป่วยทางจิต

ผลการดำเนินงาน

จากการสำรวจผู้ป่วยทางจิตที่ถูกลุ่มขังในจังหวัดกาฬสินธุ์ทั้งหมด 29 ราย เป็นชาย 19 ราย หญิง 10 ราย กระจายอยู่ใน 9 อำเภอ และ 4 กิ่งอำเภอ อำเภอที่มีการลุ่มขังมากที่สุดคือ กุฉินารายณ์

ลุ่มข้าง 5 ราย ทีมสุขภาพจิตได้ออกเยี่ยมผู้ป่วยทุกราย พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถูกล่มขืนส่วนใหญ่เนื่องจากอละวาด ทำร้ายร่างกาย ทำลายสิ่งของ ไม่ยอมรับประทุษร้ายทำให้มีอาการกำเริบ อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30 - 40 ปี ระยะเวลาที่ถูกล่มขืนมากที่สุด 30 ปี รองลงมาคือ 20 ปี น้อยที่สุด 2 เดือน ผลการดำเนินงานสามารถช่วยให้ผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล่มขืนได้รับการปลดปล่อยตัวจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.5 โดย 9 ราย กำลังรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เป็นชาย 7 ราย หญิง 2 ราย ส่วนอีก 1 รายอยู่ร่วมกับชุมชนและครอบครัวได้

3.6 การศึกษาปัจจัยที่ทำให้ญาติล่มขืนผู้ป่วยจิตเวชในเขตจังหวัดหนองคาย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้ญาติล่มขืนผู้ป่วยจิตเวช และมีขอบเขตการศึกษา เฉพาะญาติที่ล่มขืนผู้ป่วยจิตเวชในเขตจังหวัดหนองคาย จำนวน 21 คน

วิธีดำเนินการ

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. ข้อมูลทั่วไป

2. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ญาติล่มขืนผู้ป่วยจิตเวช เก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 21 คน ระหว่างเดือน ต.ค.44 - มี.ค.45 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ

สรุปผล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นชาย คิดเป็นร้อยละ 47.6 เป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.4 อายุเฉลี่ย 57 ปี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ อาชีพทำนา มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา มารดา รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 10,000 - 20,000 บาทต่อปี ปัจจัยที่ทำให้ญาติล่มขืนผู้ป่วยจิตเวชที่พบมากที่สุดเป็นปัจจัยทางด้านอาการและการดูแล คิดเป็นร้อยละ 65.7 คือเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบจะมีพฤติกรรมที่รุนแรง อาทิ ก้าวร้าว ทำร้ายคนอื่น ทำลายข้าวของ ถอดเสื้อผ้า เป็นต้น ส่วนด้านการดูแล ส่วนมากเกิดจากญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรค การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องรองลงมา เป็นปัจจัยด้านสังคม คิดเป็นร้อยละ 28.6 พบว่า ญาติถูกกดดันจากชุมชนที่อยากให้ออกจากบ้านและผูกมัดผู้ป่วยไว้ตลอดเวลา และน้อยที่สุดเป็นปัจจัยด้านเศรษฐกิจ คิดเป็นร้อยละ 5.7

เราจะพบว่าผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากมักถูกกีดกันจากครอบครัว ชุมชน และสังคม อันเนื่องมาจากมีอาการทางจิตกำเริบ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อีกทั้งยังมีพฤติกรรมรุนแรง ทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ญาติของผู้ป่วย ยอมรับไม่ได้ อันเนื่องมาจากความกลัว อับอายไม่กล้าเปิดเผย และไม่กล้าเผชิญความจริงในสิ่งที่เกิดจากการกระทำของผู้ป่วย จึงทำให้

ญาติต้องล่ามข้งผู้ป่วยไว้ โดยคิดว่าจะทำให้ตนเอง ครอบครัว และชุมชนปลอดภัย ดังนั้น ภายหลังจากการศึกษาครั้งนี้ จึงมีแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช และญาติอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.7 การประเมินผลโครงการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ามข้งในชุมชนจังหวัดสกลนคร

บทนำ/วัตถุประสงค์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ได้ริเริ่มจัดทำโครงการนี้ขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 - 2544 ที่อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่ามข้งเป็นจำนวนมาก หลังจากนั้นจึงขยายไปยังอำเภออื่นๆ ที่มีผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่ามข้ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ามข้งในชุมชน 2) ศึกษาและพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ามข้ง

วิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผลโครงการตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยได้ดำเนินการ 1) การสำรวจผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่ามข้งในอำเภอต่างๆ 2) คัดเลือกอำเภอนำร่องที่เข้าร่วมโครงการและชี้แจงให้ ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อสนับสนุนโครงการ 3) จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และญาติผู้ป่วย แล้วติดตามผลการดำเนินงานภายหลังอบรม 3, 6 เดือน 4) จัดประชุมชี้แจงให้ เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทราบถึงแนวทางการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยล่ามข้ง (สำหรับอำเภออื่นๆ ที่ไม่ได้เป็นอำเภอนำร่อง) 5) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ถูกล่ามข้งพร้อมกับเครือข่ายทุกระดับ 6) ให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่พบ 7) การจัดประชุมแพทย์ทุกอำเภอเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น 8) เตรียมความพร้อมของ ครอบครัวและชุมชนหลังจำหน่ายผู้ป่วย 9) กำหนดแนวทางการประสานงานที่ชัดเจนง่าย และสะดวกในการปฏิบัติ 10) กำหนดดัชนีชี้วัดในการดำเนินงานปลดโซ่ตรวนได้สำเร็จอย่างน้อยร้อยละ 25 และผู้ป่วยต้องปลดโซ่ตรวน ได้อย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่กลับไปล่ามข้งอีก 11) ประกวดโครงการเด่นและผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตดีเด่น เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน 12) ติดตามเยี่ยมเครือข่ายปีละ 2 ครั้ง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินงานโครงการ

ผลที่ได้

ผลการศึกษาพบว่า 1) สามารถดำเนินการปลดโซ่ตรวนได้สำเร็จตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2543 - 2544 จำนวน 27 ราย จากผู้ป่วยที่ถูกล่ามข้งทั้งหมด 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.55 โดยที่ผู้ป่วยจำนวนดังกล่าวไม่กลับไป ถูกล่ามข้งอีก และสามารถช่วยทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ หรือประกอบอาชีพได้ 16 รายคิดเป็นร้อยละ 59.25 2) ผู้ป่วยจำนวน 19 ราย ที่ปลดโซ่ตรวนได้สำเร็จครอบครัวส่งมารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น 3) ในกรณีที่ญาติไม่พร้อมจะปลดโซ่ตรวนผู้ป่วย เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจะทำการรักษาโดยนำไปให้ ผู้ป่วยรับประทานหรือให้การฉีดยาเบื้องต้นในพื้นที่ 4) มีการนำองค์กรอื่นๆ ในชุมชนมาช่วยในการช่วยเหลือ ผู้ป่วยและครอบครัว 5) การจัดทำ Case conference ในชุมชน 6) เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตได้

แบบอย่างและวิธีการดำเนินงานปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยจิตเวชและมีการขยายเครือข่ายต่อไป 7) สำหรับแนวทางการดำเนินงานปลดโซ่ตรวนสามารถใช้วิธีการดังกล่าวทั้ง 12 ประการข้างต้น และได้พัฒนาเพิ่มเติมในช่องทางสายด่วนให้เครือข่ายสามารถประสานงานหรือปรึกษากรณีที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหรือต้องการส่งมารับการรักษา

3.8 องค์ความรู้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวในชุมชนจังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาองค์ความรู้จากการติดตามผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวในชุมชน จังหวัดสกลนคร ตลอดทั้งเพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน

ผลการศึกษา

ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวทั้งหมดจำนวน 21 ราย ตามลักษณะของปัญหาดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยถูกล่ามโซ่ในชุมชน จำนวน 18 ราย ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และไม่ถูกล่ามโซ่ซ้ำ จำนวน 15 ราย และยังคงถูกล่ามโซ่ในชุมชน จำนวน 3 ราย
- 2) เป็นผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายภรรยาตนเองถึงแก่ชีวิต จำนวน 1 ราย ปัจจุบันถูกคุมขังอยู่ในเรือนจำ และ
- 3) เป็นผู้ป่วยถูกกล่าวหาว่าเป็น ผีปอบจำนวน 2 ราย

องค์ความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ พบว่า จากการที่ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสนใจ เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สามารถทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ รวมทั้งผู้ป่วยเองให้ความร่วมมือในการรักษา และรับประทานยาต่อเนื่อง ทำให้มีอาการทางจิตสงบเร็วขึ้น และได้นำผู้ป่วยที่ติดตามเยี่ยมทั้งหมดมาจัดทำ Case Conference ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

วิจารณ์และสรุป

องค์ความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ ทำให้เกิดแนวคิดในการวางแผน แก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาร่วมกับครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ในการติดตามดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ และนำกรณีตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

กรณีที่ผู้ป่วยถูกล่ามโซ่และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช เมื่ออาการทางจิตสงบควรให้ผู้ป่วย Home visit จนกว่าญาติจะพอใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ากลับไปอยู่บ้านแล้วผู้ป่วยจะไม่มีอาการกำเริบรุนแรงก่อให้เกิดการหวาดกลัวต่อครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ถูกล่ามโซ่อีก

กรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ครอบครัวควรสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย และรีบนำผู้ป่วยส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชหรือนำไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และกรณีผู้ป่วยถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบ ควรหาแกนนำในชุมชนหรือนักบวชมาช่วยในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนผู้ถูกกล่าวหาควรปฏิบัติตนเช่นคนปกติทั่วไป ทั้งในหน้าที่การงานและชีวิตประจำวัน และไม่ควรนำสื่อมวลชนเข้ามาสืบพยานหลักฐาน เพราะอาจทำให้มีการนำเสนอข่าวคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ ถ้าหากข้อมูลที่ได้มามีความผิดพลาดโน้มเอียงไปทางฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

4. งานวิจัย

ในการดำเนินงานด้านส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนนั้น สิ่งสำคัญในการดำเนินงานคือ การศึกษาวิจัย เพื่อทราบถึงขนาดของปัญหา เพื่อนำมาวางแผนการดำเนินงาน ตลอดจนการดำเนินงานวิจัย เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการประเมิน หรือคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชเพื่อนำมาใช้ในการค้นหาปัญหา เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนและการสำรวจแหล่งช่วยเหลือในชุมชน นอกจากนี้ยังเป็นการนำการวิจัยมาพัฒนางานบริการด้วย ตัวอย่างในการวิจัยที่นำเสนอในครั้งนี้ เป็นเพียงบางตัวอย่างการวิจัยที่ทำการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่านั้น

4.1 การสำรวจผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิต
2. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต
3. ศึกษาการล่ามโซ่ กักขังผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยสำรวจประชากรที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่อาศัย ณ จังหวัดสกลนคร ขณะทำการสำรวจในช่วง 1 กันยายน 2542 - 31 มีนาคม 2543 เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจเป็นแบบสำรวจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทุกระดับให้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยหรือญาติที่ใกล้ชิด จากนั้นนำแบบสำรวจที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องและวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลที่ได้รับ

สำรวจผู้ป่วยโรคจิตได้ 970 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 65.88 มีอายุอยู่ในช่วง 25 - 34 ปี ร้อยละ 31.13 จบการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 69.70 สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 59.48 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิต 1 - 5 ปี ร้อยละ 27.53 เคยรักษาร้อยละ 86.29 การรับประทานยาในปัจจุบันยังรับประทาน

ยาร้อยละ 64.23 ลักษณะของการรับประทานยาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมารับประทานยาทุกเดือน ร้อยละ 49.07 ไม่รับประทานยาเลยร้อยละ 49.07 สาเหตุของการไม่รับประทานยา ผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษาร้อยละ 6.70 ไม่มีอาการ/หยุดยาเองร้อยละ 6.39 ขณะทำการสำรวจอาการสงบร้อยละ 77.11 จำนวนครั้งที่เคย Admit ตอบว่าไม่เคย Admit ร้อยละ 83.51 สามารถประกอบอาชีพได้ร้อยละ 52.16 มีผู้ดูแลขณะอยู่ในชุมชนร้อยละ 85.77 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ร้อยละ 89.28 ผู้ป่วยโรคจิตถูกกล่าวถึงขณะทำการสำรวจร้อยละ 4.23 (41 คน) ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดอยู่ในอำเภออากาศอำนวย วาริชภูมิ พรรณานิคม 8, 6, 5 คน ตามลำดับ

4.2 การสำรวจแหล่งช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์

เพื่อสำรวจแหล่งช่วยเหลือทางจิตใจ แก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนจังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาแหล่งช่วยเหลือในจังหวัดขอนแก่นโดยเป็นการช่วยเหลือในเชิงบวกคือไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและครอบครัว

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการสำรวจ (Survey Study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสำรวจแหล่งช่วยเหลือทางจิตใจ แก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำรวจทุกตำบลและอำเภอ ระยะเวลาในการสำรวจ มกราคม - มีนาคม 2545 ผู้ทำการสำรวจ ได้แก่ เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดขอนแก่น ซึ่งผ่านการประชุมชี้แจงวิธีการสำรวจ ได้ส่งแบบสำรวจ จำนวน 265 ชุด รับกลับคืน 143 คิดเป็นร้อยละ 53.96

สรุปผลการวิจัย

พบว่า แหล่งช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนจังหวัดขอนแก่น 14 อำเภอ พบแหล่งช่วยเหลือทางจิตใจ 12 อำเภอ จำนวน 38 แห่ง ซึ่งประกอบด้วย วัดในตำบลต่าง ๆ 22 แห่ง ร้อยละ 57.90 หมอธรรม/หมอตุ 7 แห่ง ร้อยละ 18.42 เข้าทรง/ไสยศาสตร์ 2 แห่ง ร้อยละ 5.26 และเป็นสถานบริการของรัฐ (สถานีอนามัย/กองทุนสวัสดิการหมู่บ้าน) 7 แห่ง ร้อยละ 18.42 ลักษณะของการช่วยเหลือหรือวิธีการที่ให้ ได้แก่ การรดน้ำมนต์/อาบน้ำมนต์ 14 แห่ง ร้อยละ 30.43 ทำนายดวงชะตา 10 แห่ง ร้อยละ 21.74 สู้ขวัญ/สะเดาะเคราะห์ 7 แห่ง ร้อยละ 15.22 ให้คำแนะนำ/ปรึกษา 5 แห่ง ร้อยละ 10.87 ฟังธรรม สวดมนต์ นั่งสมาธิ 8 แห่ง ร้อยละ 17.39 เข้าทรงและพิธีทางไสยศาสตร์ 2 แห่ง ร้อยละ 4.35 (ในบางแห่งให้บริการหลายอย่าง) สำหรับอัตราค่าบริการเริ่มตั้งแต่ ไม่เก็บค่าบริการ ค่าบริการตามศรัทธา 9 บาท ถึง 500 บาทขึ้นไป จำนวนของผู้ที่มารับการช่วยเหลือทางจิตใจ มีตั้งแต่ 1 - 2 คนต่อเดือน จนถึง 300 คนต่อเดือน ส่วนระยะเวลาการก่อตั้งแหล่งช่วยเหลือทางจิตใจมีตั้งแต่ 1 ปี จนถึง 50 - 60 ปี

ข้อเสนอแนะ

การสำรวจแหล่งช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนจังหวัดขอนแก่น จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่กลุ่มบุคคลเหล่านี้ ซึ่งจะช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนตั้งแต่แรกเริ่ม ส่งผลในการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตที่อาจเกิดขึ้นตามมา

4.3 การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน (ศิริวรรณ ฤกษ์ชนะขจร และคณะ, 2544)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้านและศึกษาความคาดหวังของชุมชน ที่มีต่อสถานพยาบาลของรัฐ ในการเอื้ออำนวยให้ชุมชนมีความพร้อม ในการดูแลผู้ป่วย โรคจิต กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคจิต ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต เพื่อนบ้าน และ อสม. จำนวน 15 ราย ซึ่งคัดเลือกจากชุมชนที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตและทำการศึกษาโดยการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) และเก็บรวบรวมตั้งแต่เดือน มิถุนายน-สิงหาคม 2542 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นาน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน

1.1 ปัจจัยด้านความรู้โรคจิต

พบว่า กลุ่มผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของโรคจิตยังไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่คิดว่าเป็นโรคประสาท ซึ่งต่างกับกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. มีความรู้ค่อนข้างดี สามารถบอกความหมายได้ถูกต้อง

1.2 ปัจจัยด้านทัศนคติ

พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วย มีทัศนคติด้านบวกต่อตนเอง คิดว่าตนมีโอกาสรักษา มีความหวัง และตั้งใจเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และอยากได้กำลังใจจากคนรอบข้าง แต่มีบางรายยังมีทัศนคติในแง่ลบ คือ น้อยใจกลัวไม่หาย คิดว่าตนต่ำต้อย และอึดอัดที่ญาติบังคับให้กินยา ในกลุ่มญาติ พบว่า มีทัศนคติทั้งบวกและลบในขณะเดียวกัน คือ ทั้งสงสาร อยากให้หายแต่บางครั้งก็เบื่อกวนๆ ท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วย

1.3 ปัจจัยด้านการปฏิบัติ ทุกกลุ่มตัวอย่าง บอกได้ตรงกัน คือ รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ไม่คิดมากหางานทำ งดยาเสพติด ถ้ามีปัญหา ก็พาไปพบแพทย์

2. การศึกษาความคาดหวังของชุมชนที่มีต่อสถานพยาบาลของรัฐ

2.1 ระดับสถานีอนามัย คาดหวังว่าจะให้ชี้แนะเรื่อง อาการผู้ป่วย และประสานงานไปโรงพยาบาลชุมชน

2.2 ระดับโรงพยาบาล คาดหวังว่าให้ช่วยเหลือเรื่องยา ส่งเคราะห์คำรักษา และการส่งต่อ

2.3 ระดับโรงพยาบาลทั่วไป อยากให้เห็นผลงาน การให้ความรู้ และให้ความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน

2.4 ระดับโรงพยาบาลจิตเวช อยากให้รับผู้ป่วยไว้รักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และช่วยส่งเคราะห์คำยา คำรักษา ส่งยาทางไปรษณีย์ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวด้วย

4.4 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และระบาดวิทยาโรคจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (อภิชัย มงคล และคณะ, 2543)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน
2. ศึกษาระบาดวิทยาโรคจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีดำเนินการ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะๆ ที่ 1 เป็นการหาความพึงพอใจในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ 3 ท่าน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยนอกและญาติที่มารับบริการ ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 45 คน ได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.844 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = 12.881$, $P < 0.01$) และได้ทำการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม โดยเก็บข้อมูลจาก กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ที่ตำบลท่าพระ ตำบลพระลับ ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 3,238 คน การศึกษาครั้งที่ 2 เป็นการศึกษาระบาดวิทยาโรคจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยสุ่มตัวอย่างแบบ Multi-stage cluster sampling เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12,119 คน ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ระยะที่ 1 - ระยะที่ 2 ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2541 ถึง กรกฎาคม 2542

ผลการศึกษา

1. ค่าความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน มีจุดตัดที่เหมาะสมที่ 1 คะแนน โดยให้ค่าความไวร้อยละ 92.00 ความจำเพาะร้อยละ 98.8 คุณค่าการทำนายผลบวก ร้อยละ 63.9 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 99.8 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 98.6 ความชุกโรคจิตร้อยละ 2.3
2. ระบาดวิทยาโรคจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความชุกของโรคจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 1.2 ผู้ป่วยโรคจิตมีอายุอยู่ในช่วง 25 - 34 ปี ร้อยละ 26.4 รองลงมาอายุ 35 - 44 ปี และ 45 - 54 ปี มีจำนวนเท่าๆ กัน ร้อยละ 21.6 เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.4 การศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 78.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 46.6 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 53.3

4.5 การศึกษาดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) (อภิชัย มงคล และคณะ, 2544)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาเครื่องมือดัชนีวัด สุขภาพจิตคนไทย
2. หาค่าปกติซึ่งใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการกำหนดภาวะสุขภาพจิตของคนไทย และศึกษาความพึงพอใจของเครื่องมือระหว่างฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น

วิธีดำเนินการ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาความตรงตามเนื้อหาโดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 ครั้ง (ตลอดการศึกษา) ระยะที่ 2) ศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 ระยะที่ 3) ศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 2 ความตรงร่วมสมัย ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ค่าปกติของคนไทย ศึกษาความพึงพอใจในการประเมินภาวะสุขภาพจิตคนไทย ระหว่างฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น

ผลการศึกษา

ได้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 66 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) สภาพจิตใจ 2) สมรรถภาพของจิตใจ 3) คุณภาพของจิตใจ 4) ปัจจัยสนับสนุนและประกอบด้วย องค์ประกอบย่อย 20 หมวด สำหรับค่าปกติของเครื่องมือแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (143 - 198 คะแนน) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (122 - 142 คะแนน) สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป 121 คะแนน หรือน้อยกว่า สำหรับค่าความพึงพอใจในการประเมินภาวะสุขภาพจิตระหว่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้นมีค่า Kappa เท่ากับ 0.61 (ระหว่างฉบับ 66 ข้อ และ 15 ข้อ)

จากตัวอย่างการดำเนินงานโครงการ หรือการศึกษาวิจัยที่น่าเสียดังกล่าวข้างต้น เป็นการพัฒนางานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ซึ่งจะสังเกตเห็นได้ว่า สิ่งที่เป็นหัวใจสำคัญของงานคือการพัฒนากระบวนการช่วยในการดำเนินงานให้เกิดขึ้น โดยนำเครือข่ายทั้งภาครัฐและองค์กรเอกชนมามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทั้งนี้เพราะการดำเนินงานโดยใช้บุคลากรของกรมสุขภาพจิตเท่านั้น อาจไม่เพียงพอในการดำเนินงานในชุมชน ซึ่งมีพื้นที่รับผิดชอบมาก จึงจำเป็นต้องสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตช่วยดำเนินงาน โดยสนับสนุนด้านความรู้ให้แก่เครือข่ายทั้งในรูปแบบการเผยแพร่เอกสาร การติดตามเยี่ยมเครือข่าย การประชุมสัมมนา การพัฒนาความรู้ให้แก่เครือข่ายในรูปของการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ ตลอดจนสร้างความตระหนักให้แก่เครือข่ายให้เห็นความสำคัญในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน ว่ามีผลดีต่อประชาชนในชุมชนอย่างไร และการสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานแก่เครือข่าย ในรูปแบบการประกวดโครงการเด่น การประกวดผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตดีเด่น เป็นต้น เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงาน ก่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องสืบไป สำหรับท่านใดสนใจอยากทราบบทสรุปในการดำเนินงานในแต่ละเรื่อง สามารถศึกษาได้ใน รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2542 - 2545 แต่หากต้องการทราบรายละเอียดของการดำเนินงานในแต่ละโครงการ และรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์สามารถติดต่อขอทราบรายละเอียดได้จากสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น หรือตามที่อยู่ของบรรณาธิการหรือผู้เขียนและผู้เรียบเรียงที่ให้ไว้ในเล่มนี้

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. รายงานปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน. ข่าวสารสุขภาพจิต, 2534.
- กรมสุขภาพจิต. การประชุมวิชาการสุขภาพจิต ปี 2542. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต, 2542.
- _____. การประชุมวิชาการสุขภาพจิต ปี 2543. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต, 2543.
- _____. การประชุมวิชาการสุขภาพจิต ปี 2544. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต, 2544.
- _____. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ประจำปี 2545. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต, 2545.
- _____. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพฯ : บริษัทวงศ์กมล โปรดักชั่น จำกัด, 2542.
- _____. คู่มือดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยรุ่น. นนทบุรี : โรงพิมพ์ รสพ., 2543.
- _____. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือฝึกอบรมการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ประสบ
ภัยพิบัติ. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต, มปป.
- _____. คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิต นักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำหรับครู. นนทบุรี :
โรงพิมพ์ ร.ส.พ., 2543
- _____. เอกสารประกอบการประชุมเพื่อกำหนดสภาพปัญหา แนวโน้ม และวิสัยทัศน์. ใน :
การจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (ฉบับร่าง). นนทบุรี :
กรมสุขภาพจิต, 2543.
- _____. สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2543-2544. นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและ
พัสดุภัณฑ์, 2544.
- กวี สุวรรณกิจ. จิตเวชชุมชน. ใน : เกษม ดันติผลาชีวะ. บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 2.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536 : 1048.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 2. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :
บริษัทยุทธินทร์การพิมพ์จำกัด, 2541.
- ทัศนา บุญทอง. ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย ที่พึง
ประสงค์ในอนาคต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ศิริยอดการพิมพ์, 2543.
- _____. การส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช, 2544.

- ปรีชา นิมอนงค์. ภาวะความเครียดของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ
ศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขต 1. วารสารกองสุขภาพภิบาล, 2535.
- ประเวศ วะสี. สวนโมกข์ ธรรมกาย สันติอโศก 3 สำนักปฏิบัติธรรมที่สันติเทวณพื้นฐานเดิม
สังคมไทย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2530.
- _____ .สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ : สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.), 2543.
- ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2521.
- _____ .เรื่องของสุขภาพจิตและโครงการสุขภาพจิตซึ่งสามารถปฏิบัติได้ในประเทศไทย.
ใน : 100 ปี สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2532 : 287 - 360.
- _____ .ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543 ;
45 : 1 - 10.
- พรณพิมล หล่อตระกูล. สถาบันครอบครัวกับสุขภาพ. ใน : โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, สุมาภรณ์
แชลิม. บรรณาธิการ, 30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. นนทบุรี :
สหประชาพานิชย์, 2545 : 323 - 340.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, เทอดศักดิ์ เดชคง. การพัฒนาสุขภาพองค์รวม กาย ใจ สังคมและ
จิตวิญญาณ. ใน : โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, สุมาภรณ์ แชลิม. บรรณาธิการ.
30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. นนทบุรี : สหประชาพานิชย์,
2545 : 101 - 102.
- ลัดดา แสนลีหา. สุขภาพจิตชุมชน. ใน : ฉวีวรรณ สัตยธรรม. บรรณาธิการ. การพยาบาล
จิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ยุทธรินทร์การพิมพ์, 2539 : 350.
- ละเอียด แจ่มจันทร์ . บริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ : เรียนรู้จากประสบการณ์. วารสาร
การศึกษาพยาบาล 2545 ; 13 : 95 - 8.
- ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร, วัชณี หัตถพนม, สุวดี ศรีวิเศษและคณะ. การศึกษาความพร้อมของ
ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2544.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
หมอชาวบ้าน, 2541.
- สงัน สุวรรณเลิศ และคณะ. อุปาทานระบอบที่ขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย. 2522.
- สุจิริต สุวรรณชีพ. คู่มือการฝึกอบรมความรู้สุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล.
ขอนแก่น : ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2527.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ. การประมาณการจำนวนผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย.
รายงานของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ. กรุงเทพฯ : มปท, 2538.

- สุพัตรา ศรีวานิชชกร. บริการปฐมภูมิ บริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ. วารสารการศึกษายาบาล 2545 ; 13 : 7 - 16.
- สมจิต หนูเจริญกุล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 เรื่องบัณฑิตศึกษา กับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. วันที่ 22 - 24 สิงหาคม, 2544.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. การเสริมสร้างสุขภาพ : กลยุทธ์และแนวทางสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับวิถีชีวิตไทย. ใน : โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, สุมาภรณ์ แซ่ลี้. บรรณาธิการ. 30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. นนทบุรี : สหประชาพานิชย์, 2545 : 101 - 102.
- สุวารี ไสธรพิทักษ์กุล. ผลของสภาพแวดล้อมในการทำงานต่อสุขภาพจิตของคณงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (เทคโนโลยีการบริหาร สิ่งแวดล้อม), คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- สำนักปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญสุขภาพคนไทย. นนทบุรี : สำนักปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545.
- สำเริง แหงกระโทก, รุจิรา มังคละศิริ. ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองทางสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา : สมบูรณ์การพิมพ์, 2545.
- อินทิรา พัวสกุล และคณะ. รายงานการสอบสวนโรคอุบาทนกลุ่มในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง จังหวัดพะเยา. รายงานกระทรวงสาธารณสุข, 2529.
- อนุวัฒน์ ศุขชติกุล. สุขภาพของโลก ค.ศ. 2020 : ภาพอนาคตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : บริษัทดีไซร์ จำกัด, 2541.
- อัมพร โอตระกูล. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์, 2538.
- _____. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี, 2540.
- อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, ศักดา กาญจนาวโรจน์กุล และคณะ. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและระบาดวิทยาโรคจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2543.
- อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรรณประภา ชลอกุล, ละเอียด ปัญโญใหญ่. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา, 2544.
- เอกอุมา วิเชียรทอง. เอกสารประกอบการบรรยายการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการพัฒนาสุขภาพจิตของชุมชน. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา, 2544.
- Allender J. A. & Spradley B. W., Community health nursing. 5 th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins., 2001.
- Bakwin, H and R.M. Bakwin. Clinical management of behavior disorders in children. Philadelphia and London : W.B. Saunders Company, 1967.

Bowman HA. The nature of mental health. The Hogg Foundation of mental health. Texas : The University of Texas, 1975.

Downie, Tannahil C. and Tannahil A. A health promotion models and values. New York : Oxford University Press Inc., 1996.

Institute of Medicine. Defining primary Care : an interim report. Washington, DC : National Academy Press, 1994.

Jahoda. M. Current concepts of positive mental health. New York : Basic Book, 1958.

Kar SB. Psychosocial environment : a health promotion model. International Quarterly of Community Health Education 1983 ; 4 : 311 - 41.

Klerman, G.L. . Clinical epidemiology of suicide. J. Clinical Psychiatry, 1987.

Mary Nies, Melanic McEwen. Community health nursing : promoting the health of populations. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 2001.

Monk, Mary. Epidemiology of suicide. epidemiology review, 1987.

Pender NJ. Health promoting in nursing practice. 2nd ed. U.S.A. : Appleton & Lange, 1987.

Schuster, C.R. and M.M. Kilsey. Prevention of drug abuse in section A. behavior factor affecting health. public health and preventive medicine. New Jersey : Prentice-Hall International, Englewood Cliffs, 1992.

Shamansky SL, Clausen CL. Levels of prevention examination of the concept. Nursing Outlook 1980 : 28.

Townsend MC. Essentials of psychiatric mental health nursing. Philadelphia : F.A. Davis, 1999.

World Health Organization. "Statistical index of family health," Technical Report Series, 587. Geneva : WHO., 1976.

_____.Indicator for monitoring progress in mental health, workshop document for Regional Advisory Group Meeting on Mental Health, I.C.P. M.N.H. No. 003.05 SEARO, WHO, New Delhi, 1981.

_____.Ottawa charter for health promotion. Report of International Conference on Health Promotion. Canada : November, 1986.

_____.Fact sheet. Geneva : WHO Press Office, 1996 ; fact sheet No. 130 (August) : 1.

_____.Health Planning Geneva. Geneva : WHO., 1997.