บทที่ ๑
บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย คาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลกถึง ๑ ใน ๔ หรือจำนวน ๔๕๐ ล้านคน มีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมในสังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ พบว่าโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท ติด ๑ ใน ๑๐ ของโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด ส่งผลต่อความพิการเรื้อรัง เป็นภาระทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาร่วมกันระหว่าง WHO Harvard School of Public Health and World Bank (Murray & Lopez, ๑๙๙๖) เพื่อคาดการณ์ภาระโรค (Burden of Disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาค พบว่า โรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ ๔ ในปี ค.ศ. ๑๙๙๐ มาเป็นอันดับ ๒ ในปี ค.ศ. ๒๐๒๐ นั่นหมายถึงโรคซึมเศร้าจะเป็นโรคทางจิตเวชที่ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลก สำหรับโรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด โดยที่มีการดำเนินของโรคทั้งแบบรุนแรงและเรื้อรัง ไม่หายขาด ความชุกของโรคในประชากรทั่วไป ร้อยละ ๑ – ๑.๕ และอุบัติการณ์ของโรคพบได้ประมาณร้อยละ ๒.๕ – ๕ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คนต่อปี ของประชากรทั่วโลก จึงอาจนับได้ว่าโรคจิตเภทเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอีกโรคหนึ่ง (ที่มา : วารสารกองการพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ปีที่ ๔๒ ฉบับที่ ๓ กันยายน – ธันวาคม ๒๕๕๘)

ข้อมูลภาระโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติด ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ The burden of mental and alcohol/substance use disorders in Thailand ๒๐๑๔ : โรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรม ใช้สุราสารเสพติดเป็นเหตุของความสูญเสีย DALYs (disability adjusted life year) ในประชากรไทยประมาณ ๑,๐๒๐.๕ พันปี หรือร้อยละ ๖.๘ ของ DALYs จากทุกสาเหตุ จัดเป็นสาเหตุนำ อันดับที่ ๕ จาก ๒๒ กลุ่มโรคแต่เป็นสาเหตุนำอันดับหนึ่งของความสูญเสียจากความบกพร่องสุภาพหรือ โรค/การบาดเจ็บที่ไม่เสียชีวิต (year lost due to disability : YLDs) คิดเป็น ๙๒๙.๑ พันปี หรือร้อยละ ๑๙.๓ ของ YLDs จากทุกสาเหตุ ส่วนความสูญเสียที่เกิดจากการตายก่อนวัยอันควร (year of life lost due to premature death : YLLs) ที่เกิดจากกลุ่มโรคนี้โดยตรงนั้นพบเพียง ๙๑.๔ พันปีหรือร้อยละ ๐.๙ ของ YLLs ในกลุ่มโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดที่ศึกษา ผู้ชายพบ DALYs สูงสุดในความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา ๓๘๘.๒ พันปี รองลงมาคือ กลุ่มโรคจิตเภท ความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติด และกลุ่มโรคซึมเศร้า ส่วนผู้หญิงพบ DALYs สูงสุดในโรคซึมเศร้า ๑๒๑.๔ พันปี รองลงมาคือ กลุ่มโรคจิตเภท กลุ่มโรควิตก กังวลและความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา สาเหตุ เสียชีวิตที่มีผลต่อความสูญเสีย YLLs ส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา คิดเป็น ๗๐.๙ พันปี หรือร้อยละ ๗๗.๖ ของ YLLs ทั้งหมดในกลุ่มโรคนี้

ความสูญเสีย YLDs ในผู้ชายมีเหตุจากความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรามากที่สุด คือ ๓๒๔.๔ พันปี หรือคิดเป็นร้อยละ ๕๖.๐ ของ YLDs จากกลุ่มโรคจิตเวช และผู้หญิงพบความสูญเสียสูงสุดจากโรคซึมเศร้า ๑๒๐.๘ พันปี คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๖ ของ YLDs จากกลุ่มโรคจิตเวชทั้งหมด รองลงมาคือ โรคจิตเภท ในทั้งเพศชายและหญิง (ร้อยละ ๒๔.๘ และ ๒๓.๐ ตาม ลำดับ) เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่าชายอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีอัตราความสูญเสีย YLDs ในประชากรสูงที่สุดโดยสาเหตุหลักมาจากความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและกลุ่มโรคจิตเภท รองลงมาคือ ช่วงอายุ๑๕-๒๙ ปี มีสาเหตุหลักจากความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา ส่วนในผู้หญิงนั้นพบว่า ในช่วงอายุ ๑๕-๒๙ ปี มีอัตราความสูญเสีย YLDs ในประชากรสูงที่สุดโดยสาเหตุหลักมาจากโรคซึมเศร้า รองลงมาคือ ช่วงอายุ๓๐-๔๔ ปีที่สาเหตุหลักมาจากโรคซึมเศร้าเช่นเดียวกัน แต่หลังอายุ ๗๐ ปีขึ้นไปในผู้ชายและหลังอายุ๔๕ ปีขึ้นไปในผู้หญิง โรคจิตเภทมี YLDs ในสัดส่วนที่มากที่สุด (ที่มา:กระทรวงสาธารณสุข)

โดยสรุป สาเหตุด้านสุขภาพจิต พฤติกรรมเป็นภาระโรค ลำดับที่ ๕ ของภาระโรคในปัจจุบัน

สำหรับสถานการณ์สุขภาพจิตในประเทศไทย พบประชากรประมาณ ๑ ใน ๕ ของประเทศมีความผิดปกติทางจิตหรือป่วยเป็นโรคทางจิตเวช จากข้อมูลระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทย ผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี ๒๕๕๖ พบว่าความชุกตลอดชีพของโรคจิตเวชสูงสุดคือ ความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด ร้อยละ ๑๓.๙๐ รองลงมาคือโรคจิตเภท ประสาทหลอนหรือหูแว่ว ร้อยละ ๕.๙๐ และโรคซึมเศร้า ร้อยละ ๑.๘๐ ซึ่งกรมสุขภาพจิตร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ประเมินพบว่าประเทศไทยมีผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการช่วยเหลือประมาณ ๑๐ ล้านคนทั่วประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคจิตเภทในประเทศไทย พบอัตราการป่วยโรคจิตเภทร้อยละ ๒๔.๑๙ ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ส่วนใหญ่จะเริ่มป่วยในช่วงปลายวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง ๑๕ – ๓๐ ปี

ในส่วนของกรุงเทพมหานคร มีการรายงานสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนี้ โรคจากการดื่มสุรา (Alcohol use Disorders) ๑๙๖,๖๙๑ คน เข้าถึงบริการ ๓,๙๗๓ คน (ร้อยละ ๒.๐๒) โรคจิตเภท ๓๗,๒๖๖ คน เข้าถึงบริการ ๑๙,๙๒๖ คน (ร้อยละ ๕๓.๔๗) และโรคซึมเศร้า ๒๓๘,๐๑๑ คน เข้าถึงบริการ ๒๔,๓๗๕ คน (ร้อยละ ๑๐.๒๔) (ที่มา : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ กรมสุขภาพจิต) ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีการรายงานการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเขตกรุงเทพมหานคร ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ ร้อยละ ๓๐.๕๗, ๓๑.๙๒ และ ๓๓.๑๐ ตามลำดับ โรคจิตเภทเขตกรุงเทพมหานคร ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ ร้อยละ ๕๘.๖๓, ๕๓.๕๔ และ ๕๓.๔๗ ตามลำดับ ถึงแม้ว่าภาพรวมของการเข้าถึงบริการมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ โดยเฉพาะโรคจิตเภทที่มีการกำหนดค่าเป้าหมายในการเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๗๐ ในปี ๒๕๖๑

ด้านการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย กลุ่มเด็กปฐมวัย จากการสำรวจพัฒนาการเด็กไทยอายุ ๐ – ๕ ปี ในปี ๒๕๕๗ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบเด็กไทยมีพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ ๗๒.๘ จึงได้มีการร่วมมือกับหน่วยงานหลายภาคส่วนวางแผนบูรณาการงานในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาพัฒนาการเด็ก ภายใต้โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ ๕ รอบ ๒ เมษายน ๒๕๕๘ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ ๘๑.๔๗ เด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ ๘๕.๙๘ และเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการการกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ ๓๔.๗๐ ส่วนกรุงเทพมหานครเด็กได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ ๕๖.๐๔ เด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ ๖๒.๓๒ และเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ ๔๙.๕๙

วัยเรียน จากการสำรวจสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญา (Intelligence Quotient : IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient : EQ) เด็กนักเรียนชั้น ป.๑ ทั่วประเทศ จำนวน ๒๓,๖๔๑ คน พบเด็กมีคะแนน IQ เฉลี่ย ๙๘.๒ เด็กในพื้นที่กรุงเทพมหานครมี IQ เฉลี่ย ๑๐๓.๒ ส่วนความฉลาดทางอารมณ์พบปัญหาด้านการขาดความมุ่งมั่น พยายาม และขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา

วัยรุ่น จากการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเติบโตอย่างมีคุณภาพ พบอัตราการคลอดในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๖ เป็นต้นมา โดยในปี ๒๕๕๙ เท่ากับ ๔๒.๕ ต่อหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๖๐ ลดลงเหลือ ๓๙.๖ ต่อหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน นอกจากนี้ ปี ๒๕๕๙ พบวัยรุ่นต่ำกว่า ๒๐ ปีที่

มีการคลอดซ้ำในกลุ่มอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี เท่ากับร้อยละ ๑๒.๒ ปี ๒๕๖๐ อัตราการคลอดซ้ำในกลุ่มอายุดังกล่าวลดลงเหลือร้อยละ ๑๑.๑ (ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๖๐)

วัยทำงาน ในแต่ละปีมีผู้พยายามทำร้ายตัวเองเพื่อฆ่าตัวตายปีละ ๕๓,๐๐๐ คน เฉลี่ยชั่วโมงละ ๖ คน ทำสำเร็จปีละประมาณ ๔,๐๐๐ คน ก่อความสูญเสียปีละ ๔๐๐ ล้านบาท จากการสำรวจปี ๒๕๕๖ พบว่าพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จะพบในหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ ๐.๘ และ ๐.๕ ตามลำดับ) ส่วนการวางแผนพบในชายมากกว่าหญิง (ร้อยละ ๐.๒ และ ๐.๑ ตามลำดับ) กลุ่มอายุที่พบมากสุดคือ ๓๕ – ๔๔ ปี และพบมากที่สุดในภาคเหนือ ร้อยละ ๑.๓

วัยสูงอายุ การที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้มีโรคเรื้อรังยาวนานขึ้นด้วยและโอกาสที่จะอยู่ในภาวะพึ่งพิงอันเนื่องมาจากทุพพลภาพมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยพบโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาด้านสุขภาพ ๕ อันดับแรกของผู้สูงอายุไทย ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยคือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ ประชากร ๑ ใน ๓ ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง เป็นวัยที่พบกับความสูญเสียคนใกล้ชิด เศรษฐกิจ ฐานะทางสังคม เกษียณจากงานหรือเกิดความพิการ ทำให้เกิดภาวะโดดเดี่ยวและเกิดความทุกข์ทางใจ

ผู้พิการ จากการวิเคราะห์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ วิเคราะห์แนวโน้มคนพิการไทยในปี ๒๕๖๔ ว่าประชากรไทยจะมีจำนวน ๗๓.๐๘ ล้านคน จะมีคนพิการจำนวนประมาณ ๒,๑๙๖,๔๘๒ คน โดยคาดการณ์จะมีคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมประมาณ ๑๖๖,๔๒๕ คน จากสถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ปี ๒๕๖๐ พบคนพิการที่อยู่ช่วงอายุแรกเกิด – ๒๑ ปี ร้อยละ ๒๙.๖๖ มีความพิการทางสติปัญญา ส่วนคนพิการในวัยสูงอายุมีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายถึงร้อยละ ๕๔.๑๗

ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน จากรายงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบคนไร้บ้าน ๑,๓๐๐ คน ร้อยละ ๓๐ มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่รุนแรง และร้อยละ ๕๐ เป็นอันตรายต่อสังคม พบปัญหาเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุข เนื่องจากไม่มีบัตรประชาชน ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ขาดโอกาสในการได้รับสวัสดิการในการช่วยเหลือจากภาครัฐอย่างเหมาะสม โดยวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ณ โรงแรมดุสิตธานี สสส. ร่วมกับหน่วยงาน ๖ แห่ง ได้แก่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมสวัสดิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย มูลนิธิกระจกเงา ได้ลงนามความร่วมมือ (MOU) ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งจะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครให้มีประสิทธิภาพและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน โดยเบื้องต้นกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จะรับหน้าที่ดูแลเพื่อให้พื้นฐานปัจจัยสี่ ฝึกอาชีพ และตามหาญาติ หากโรคกลับเป็นซ้ำจะให้กลับมารักษา ทำให้การดูแลช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านครบวงจร เป็นทิศทางที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากข้อมูลและสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชดังกล่าวข้างต้น สภากรุงเทพมหานครจึงมีมติตั้งคณะกรรมการวิสามัญศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในคราวประชุมสภากรุงเทพมหานคร สมัยประชุมสามัญ สมัยที่สอง (ครั้งที่ ๗) ประจำปีพุทธศักราช ๒๕๖๒ เมื่อวันพุธที่ ๑๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกสภากรุงเทพมหานคร ผู้แทนจากหน่วยงานกรุงเทพมหานคร และหน่วยงานภายนอก ได้แก่ สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ศูนย์บริการการสาธารณสุข สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลราชวิถี กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต โดยกรอบของการศึกษาจะใช้กลไกของการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพในระบบสาธารณสุข เพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับ

การดูแลช่วยเหลือ รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรเพื่อพัฒนาระบบบริการ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยคณะกรรมการวิสามัญฯ ประกอบด้วย

๑.	นายพรเทพ	ศิริวนารังสรรค์
๒.	นางสุกัญญา	สุวัฒนวงศ์
๓.	นายกิตติ	บุศยพลากร
๔.	พลเอก โกญจนาท	จุณณะภาต
๕.	พลตรี สุทธิชัย	วงษ์บุบผา
๖.	พลตำรวจโท ธีระศักดิ์	ง่วนบรรจง
๗.	นายเชนทร์	วิพัฒน์บวรวงศ์
๘.	พลตำรวจโท พลบูรณ์	ชำนาญกูล
๙.	นายธรณินทร์	กองสุข
๑๐.	นางวิรัลพัชร	กิตติธะระพันธุ์
๑๑.	นางสาวสมลักษณ์	กาญจนาพงศ์กุล
๑๒.	นายสุปรีดิ์	วงศ์ดีพร้อม
๑๓.	นายวงวัฒน์	ลิ่วลักษณ์
๑๔.	นางสาวสุภาพร	กรลักษณ์
๑๕.	นางจิตต์ระวี	เกลียวสัมพันธ์
๑๖.	นายกันตพัฒน์	ราชไชยา

คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ประชุมครั้งแรกเมื่อวันพุธที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ที่ประชุมมีมติเลือก นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ เป็นประธานกรรมการ นายกิตติ บุศยพลากร เป็นรองประธานกรรมการ คนที่หนึ่ง นางสุกัญญา สุวัฒนวงศ์ เป็นรองประธานกรรมการ คนที่สอง และนางวิรัลพัชร กิตติธะระพันธุ์ เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยคณะกรรมการวิสามัญฯ ได้มีการประชุมรวมทั้งสิ้น ๑๗ ครั้ง

คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ตั้งคณะอนุกรรมการรวบรวมข้อมูลและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบด้วยคณะอนุกรรมการ จำนวน ๘ คน โดยมี นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ เป็นประธานอนุกรรมการ คณะอนุกรรมการฯ ได้มีการประชุมรวมทั้งสิ้น ๑๕ ครั้ง

บทที่ ๒
ขอบเขตการศึกษา

การประชุมคณะกรรมการวิสามัญศึกษาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีการศึกษาข้อมูลจากหน่วยงานภายในและภายนอกกรุงเทพมหานคร ได้แก่ สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ สำนักวัฒนธรรม กีฬา และการท่องเที่ยว กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

๑. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐)

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการทางกฎหมาย สังคม และสวัสดิการ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาวิชาการและกลไกการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

๒. แผนงานการส่งเสริม ป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย รวมถึงการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน วัด ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการใช้ศูนย์สร้างสุขทุกวัยของกรุงเทพมหานคร จัดกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตให้กับประชาชน

๓. พัฒนาระบบบริการและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีเพียงสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นหน่วยงานเพียงแห่งเดียวในการรองรับผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน การปรับโครงสร้างของโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชจะช่วยลดความแออัดในการรับบริการจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชในกรุงเทพมหานคร

๔. งบประมาณสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร มีแนวทางบริหารจัดการบริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชนพื้นที่กรุงเทพมหานคร สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง โดยจัดสรรเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้รับบริการต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงลดการรับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้เชิญผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญต่อการศึกษาเพื่อกำหนดแนวทางในการดูแล การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในกรุงเทพมหานคร ดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์สุขภาพจิต และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยมีผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต (ดร.พญ. เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์) นำเสนอข้อมูลความเชื่อมโยงระดับชาติของยุทธศาสตร์สุขภาพจิต แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ตลอดจนการก้าวสู่ระบบสุขภาพจิตในยุคไทยแลนด์ ๔.๐

๒. การส่งเสริมสุขภาพจิตและการคัดกรองสุขภาพจิต ตามกลุ่มวัย โดยมีผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต (ดร. สุดา วงศ์สวัสดิ์) และผู้แทนสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต (นางสาวรัชดาวรรณ์ แดงสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) นำเสนอข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย และสถานการณ์เด็กปฐมวัยและวัยเรียน

๓. การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้วัด ชุมชน และศูนย์สร้างสุขทุกวัย โดยมีผู้แทนจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (นางสุจิรา เนาวรัตน์ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ) และผู้แทนจากสำนักวัฒนธรรม กีฬา และการท่องเที่ยว (นางอุทัยวรรณ หนูชู นักวิชาการศูนย์เยาวชนชำนาญการ) นำเสนอข้อมูลการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและการดำเนินการศูนย์สร้างสุขทุกวัยของกรุงเทพมหานคร

๔. การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตทุกช่วงวัย โดยมีผู้แทนจากสำนักอนามัย (นางสาวมัณฑิกา ไวศยดำรง นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ) นำเสนอข้อมูลแนวทางและกิจกรรมในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย ได้แก่ วัยเด็กปฐมวัย วัยเรียน/วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ

๕. การจัดระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชของกรุงเทพมหานคร โดยมีผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (นายธรณินทร์ กองสุข) นำเสนอข้อมูลระบบบริการรักษาผู้ป่วยจิตเวชของกรุงเทพมหานคร และแนวคิดการกำหนดอัตรากำลังพยาบาลและจิตแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

๖. โครงสร้างการบริการสุขภาพจิตโดยกรุงเทพมหานคร โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร (นายยลชัย จงจิระศิริ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร นายเพชรพงษ์ กำจรกิจการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง นายสุรวุฒิ ลีฬหะกร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิชรพยาบาล และนางสิรินาถ วิทยะเวทิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน) นำเสนอข้อมูลการให้บริการด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาล โครงสร้างและอัตรากำลัง และผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการกรุงเทพมหานคร (นางกรรณิการ์ สังข์ประสิทธิ์ ผู้ช่วยหัวหน้าสำนักงาน ก.ก.) นำเสนอข้อมูลการปรับปรุงโครงสร้างของหน่วยงานกรุงเทพมหานคร

๗. ระบบการดูแลที่บ้านและการเบิกจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยมีผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (นายประเทือง เผ่าดิษฐ์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร) นำเสนอข้อมูลงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านงานจิตเวช เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

๘. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับพุทธศาสนา โดยมีผู้แทนสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (นายวีรสิทธิ หลงเจริญ นักวิชาการศาสนาชำนาญการ) นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานทางด้านพุทธศานากับการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช

๙. ปัญหาการฆ่าตัวตายโดยกรมสุขภาพจิต (นางวิรัลพัชร กิตติธะระพัชร) นำเสนอข้อมูลสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปัจจัยปัญหาและแนวทางการลดและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

๑๐. การประชุมเพื่อปรึกษาหารือ วิเคราะห์ สังเคราะห์สรุปองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่มีการศึกษาเพื่อกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกรุงเทพมหานคร

๑๑. การจัดทำรายงานผลการศึกษาของคณะกรรมการวิสามัญศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นำเสนอที่ประชุมสภากรุงเทพมหานครให้ความเห็นชอบเพื่อส่งให้ฝ่ายบริหารพิจารณาดำเนินการต่อไป

บทที่ ๓
ผลการศึกษา

จากการประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกกรุงเทพมหานคร ได้รับทราบข้อมูลการดำเนินการตามกฎหมายและแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพจิต การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยงาน การดูแลผู้ป่วยจิตเวช การจัดระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิตและกรุงเทพมหานคร โดยคณะกรรมการวิสามัญฯ ได้วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของกรุงเทพมหานครเพื่อให้ครอบคลุมในเรื่องการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์สุขภาพจิตและกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต

ยุทธศาสตร์สุขภาพจิตและความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ระดับชาติ

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” กำหนดแนวทางการพัฒนาประเทศไว้ ๖ ด้านประกอบด้วย (๑) ด้านความมั่นคง (๒) ด้านการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขัน (๓) ด้านพัฒนาและเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ (๔) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม (๕) ด้านการสร้างการเจริญเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และ (๖) ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารภาครัฐ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน และยุทธศาสตร์ที่ ๔ สร้างโอกาส ความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทางสังคม

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) กำหนดเป้าหมายให้คนไทยมีคุณลักษณะเป็นคนไทยที่สมบูรณ์ มีวินัย มีทัศนคติ และพฤติกรรมตามบรรทัดฐานที่ดีของสังคม มีความเป็นพลเมืองตื่นรู้ มีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างรู้เท่าทันสถานการณ์ มีความรับผิดชอบและทำประโยชน์ต่อส่วนรวม มีสุขภาพและใจที่ดี มีความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ มีวิถีชีวิตที่พอเพียง และมีความเป็นไทย

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) กำหนดวิสัยทัศน์ คนไทยมีปัญญา อารมณ์ดี และมีความสุข อยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า โดยมีพันธกิจคือ พัฒนาและขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยคุ้มครองด้านสุขภาพจิต ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ในการลดอคติต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนงานได้แก่ (๑) ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย (๒) พัฒนาคุณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช (๓) สร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต และ (๔) พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล ตลอดจนกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก และหน่วยงานสนับสนุนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไว้อย่างชัดเจน

กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต

ในประเทศไทยมีกฎหมายและข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต การคุ้มครองและให้สิทธิกับผู้ป่วยจิตเวชและญาติ การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยสุขภาพจิตที่เร่ร่อน ตลอดจนการคุ้มครองความปลอดภัยสังคมที่อาจจะเกิดอันตรายจากผู้มีความผิดปกติที่มีภาวะอันตราย

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ โดยมีเหตุผล เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติด้านลบต่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตทำให้บุคคลดังกล่าวไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม เป็นเหตุให้ความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรงขึ้นจนก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น จึงให้มี

กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต เพื่อกำหนดกระบวนการในการบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต อันเป็นการคุ้มครองความปลอดภัยของบุคคลนั้นและสังคม รวมทั้งกำหนดกระบวนการในการบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งมีภาวะอันตรายและจำเป็นต้องบำบัดรักษา หรืออยู่ระหว่างการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้อง หรือการพิจารณา หรือภายหลังศาลมีคำสั่งพิพากษาในคดีอาญา

ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้มีการแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ และให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา (วันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๒) คือตั้งแต่วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป ทั้งนี้ เพื่อให้กฎหมายมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพิ่มมิติการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ควบคุมป้องกันปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต และให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างถูกต้องและเพียงพอ รวมทั้งให้มีกลไกการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและการอยู่ร่วมกันในสังคมของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต โดยคำนึงถึงหลักการมีส่วนร่วมของหน่วยงานของรัฐและประชาชนในทุกภาคส่วน ตลอดจนกำหนดห้ามสื่อทุกประเภทเผยแพร่ข้อมูลใดๆ ที่ทำให้เกิดการรังเกียจเดือดฉันท์ หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ รวมทั้งกำหนดให้สถานบำบัดรักษาแต่ละแห่งสามารถมีคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาได้มากกว่าหนึ่งคณะเพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๖ ให้มีการยกเลิกพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. ๒๕๓๔ และแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ เนื่องจากยังขาดมาตรการในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการเพื่อแก้ไขปัญหาในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ จึงเป็นการสมควรกำหนดให้สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติมีฐานะเป็นกรม และกำหนดให้มีอำนาจหน้าที่ในการตรวจสอบให้คำแนะนำ และช่วยเหลือคนพิการให้ได้รับสิทธิประโยชน์และการอำนวยความสะดวกเพิ่มขึ้น รวมทั้งกำหนดให้องค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการมีบทบาทในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมากขึ้น ตลอดจนกำหนดให้มีศูนย์บริการคนพิการเพื่อทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการบริการ และแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบังคับการตามกฎหมายให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และกำหนดแนวทางและปรับปรุงวิธีการในการสงเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการใหมีความเหมาะสมยิ่งขึ้น รวมทั้งกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิประโยชนและความคุมครองคนพิการเพื่อมิใหมีการเลือกปฏิบัติโดยไมเปนธรรมเพราะเหตุสภาพทางกายหรือสุขภาพและใหคนพิการมีสิทธิไดรับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเปนสาธารณะและความชวยเหลืออื่นจากรัฐ ตลอดจนใหรัฐตองสงเคราะหคนพิการใหมีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได ทั้งนี้คนพิการตามกฎหมายนี้ รวมถึงคนพิการที่มีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ พฤติกรรม สติปญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใดด้วย

บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่มีการลงนามเมื่อวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ระหว่าง ๗ หน่วยงาน ได้แก่ (๑) กองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (๒) กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (๓) กรมส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (๔) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (๕) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (๖) มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย และ (๗) มูลนิธิกระจกเงา เพื่อให้มีการปฏิบัติงานร่วมกันในการดูแลให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยไร้บ้านในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้เป็นระบบอย่างครบวงจร

ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการวิสามัญฯ

๑. กรุงเทพมหานครควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจิตเฉพาะของกรุงเทพมหานคร อันเป็นเขตปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ที่มีรูปแบบการดำเนินงานด้านการส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพกับผู้ป่วยที่จำเพาะ

๒. กรุงเทพมหานครต้องมีคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการระดับจังหวัด ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งได้ระบุให้ทุกจังหวัดมีคณะอนุกรรมการระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตในระดับจังหวัดอย่างบูรณาการและเป็นรูปธรรม

๓. กรุงเทพมหานครควรเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน เพื่อร่วมดำเนินงานตามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ระหว่าง ๗ หน่วยงาน ทั้งนี้เพื่อให้การแก้ปัญหาเชิงระบบของการดูแลให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยไร้บ้านในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๒. การส่งเสริมสุขภาพจิตและการคัดกรองสุขภาพจิตของกลุ่มวัย

การคัดกรองเป็นกระบวนการคัดแยกผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตหรือปัญหาทางจิตเวช เพื่อสามารถจำแนกความเจ็บป่วยและระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพื่อวางแผนการรักษา ข้อมูลสถานการณ์การคัดกรองในเด็กปฐมวัยและวัยเรียน และการส่งเสริมสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย มีรายละเอียด ดังนี้

๒.๑ การคัดกรองสุขภาพจิต

สถานการณ์เด็กปฐมวัย ปี ๒๕๖๑

๑) สถานการณ์การคัดกรองพัฒนาการ เขต ๑-๑๒ ปี ๒๕๖๑ ข้อมูลจากสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

เด็ก ๙,๑๘,๓๐,๔๒ เดือน ๑,๗๗๑,๗๕๙ คน(ข้อมูล ณ เดือนกันยายน ๒๕๖๑)

- คัดกรอง ๑,๔๑๙,๔๐๘ คน (๘๐.๑๑%) แบ่งเป็น
  - สมวัยครั้งแรก ๑,๑๑๘,๔๕๔ คน (๗๘.๘๐%)
  - สงสัยล่าช้า ๒๙๗,๗๐๙ คน (๒๐.๙๗%)
  - ส่งต่อทันที ๓,๒๔๕ คน (๐.๒๓%)
- LOSS ๓๕๒,๓๕๑ คน (๑๙.๘๙%)

ในกลุ่มที่สงสัยล่าช้า

- ติดตามได้ ๒๔๘,๕๒๐ คน (๘๓.๔๘%)
  - กลับมาสมวัย ๑,๑๖๓,๐๕๑ คน (๙๖.๐๓%)
  - ยังล่าล้า ๓,๙๒๓ คน (๐.๒๘%)
- รอติดตาม ๙,๔๖๔ คน (๓.๑๘%)
- ติดตามไม่ได้ ๓๙,๗๒๕ คน (๑๓.๓๔%)

๒) สถานการณ์การคัดกรองพัฒนาการ เขต ๑๓ ปี ๒๕๖๑

เด็ก ๙,๑๘,๓๐,๔๒ เดือน – คน (ข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม ๒๕๖๑)

- คัดกรอง ๑๕๑,๑๙๖ คน แบ่งเป็น
  - สมวัยครั้งแรก ๑๒๘,๙๓๒ คน (๘๕.๒๗%)
  - สงสัยล่าช้า ๒๒,๒๖๔ คน (๑๔.๗๓%)
  - ส่งต่อทันที - คน

- LOSS - คน

ในกลุ่มที่สงสัยล่าช้า

- ติดตามได้ ๑๓,๖๔๗ คน (๖๑.๓๐%)
    - กลับมาสมวัย ๑๔๐,๓๕๗ คน (๙๒.๘๕%)
    - ยังล่าล้า ๒,๒๐๔ คน (๑.๔๖%)
- รอติดตาม - คน
- ติดตามไม่ได้ ๘,๖๑๗ คน (๓๘.๗๐%)

๓) สถานการณ์การกระตุ้นพัฒนาการเด็กเขต ๑๓ ปี ๒๕๖๑

เด็กพัฒนาการล่าช้ามีเป้าหมายทั้งหมด ๑,๒๔๕ คน

- มากระตุ้น ๗๒๔๕ คน อยู่ระหว่างติดตาม ๓๖๔ คน ติดตามไม่ได้ ๒๕๗ คน
- อยู่ระหว่างกระตุ้น ๔๑๘ คน กระตุ้นครบตามเกณฑ์ ๒๓๘ คน กระตุ้นไม่ครบเกณฑ์ ๖๘ คน
- เด็กที่ได้รับการกระตุ้นครบตามเกณฑ์ กลับมาสมวัย ๑๓๔ คน ยังล่าช้า ๑๐๔ คน

สถานการณ์วัยเรียน ปี ๒๕๖๑

สถานการณ์และสภาพปัญหา

การสำรวจระดับความฉลาดทางปัญญา (IQ) : เด็กประถมศึกษาปีที่ ๑ ปี ๒๕๕๙ ได้รับการประเมิน IQ แล้วนำมาวิเคราะห์ทั้งหมด ๒๓,๖๔๑ คน จากผลการสำรวจพบว่า มีเด็กบกพร่องทางสติปัญญา (IQ < ๗๐) จำนวน ๑,๓๗๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๘ เด็กที่มีสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ ปกติ (IQ ๗๐ – ๑๐๐) จำนวน ๑๙,๑๕๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๖ เด็กที่มีสติปัญญาสูงกว่าปกติ (IQ >๑๐๐) จำนวน ๓,๒๑๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๖

การสำรวจระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) : เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปี ๒๕๕๙ ได้รับการประเมิน EQ และนำมาวิเคราะห์ทั้งหมด ๒๓,๒๗๔ คน

ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ)	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ		ปกติ		สูงกว่าปกติ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มคะแนนรวม EQ	๕,๓๔๐	๒๒.๙	๑๔,๙๐๗	๖๔.๑	๓,๐๒๗	๑๓.๐	๒๓,๒๗๔	๑๐๐.๐
กลุ่มคะแนนด้านดี	๔,๕๗๘	๑๙.๗	๑๖,๘๐๔	๗๒.๒	๑,๘๙๒	๘.๑	๒๓,๒๗๔	๑๐๐.๐
กลุ่มคะแนนด้านเก่ง	๕,๖๔๐	๒๔.๒	๑๔,๔๘๑	๖๒.๒	๓,๑๕๓	๑๓.๖	๒๓,๒๗๔	๑๐๐.๐
กลุ่มคะแนนด้านสุข	๔,๒๐๐	๑๘.๑	๑๔,๕๒๘	๖๒.๔	๔,๕๔๖	๑๙.๕	๒๓,๒๗๔	๑๐๐.๐

สถานการณ์เด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เขตสุขภาพจิตที่ ๑-๑๓

โรงเรียนทั้งหมด	โรงเรียนที่เข้าร่วม	เด็กกลุ่มเสี่ยง ๔ โรคจากแบบคัดกรอง สพฐ.	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับคัดกรอง SDQ	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง EQ	เด็กกลุ่มเสี่ยงที่มีความเสี่ยง/ปัญหาจาก SDQ	เด็กกลุ่มเสี่ยงที่มีคะแนน EQ ต่ำกว่าเกณฑ์	เด็กเสี่ยงจาก SDQ/EQ ทั้งหมด	เด็กเสี่ยงจาก SDQ/EQ ที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ	เด็กเสี่ยงที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น
๒๗,๓๑๕ แห่ง	๑๒,๙๐๔ แห่ง	๑๕๖,๙๑๙ คน	๑๑๘,๙๙๑ คน ร้อยละ ๗๕.๘๓	๑๐๔,๙๐๘ คน ร้อยละ ๖๖.๘๕	๕๘,๗๗๕ คน ร้อยละ ๔๙.๓๙	๔๙,๐๓๓ คน ร้อยละ ๔๖.๗๔	๖๕,๔๔๙ คน	๕๗,๘๕๓ คน ร้อยละ ๘๘.๓๙	๕๔,๑๖๖ คน ร้อยละ ๙๓.๖๓

การสำรวจความฉลาดทางด้านสังคมและการมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี (SQ)

Social quotient (SQ) ในระยะหลังเป็นที่พูดกันอย่างมาก โดยหมายถึง ความฉลาดทางด้านสังคมและการมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี รวมถึงทักษะในการสื่อสารกับผู้อื่น มีความสำคัญอย่างยิ่งในการชี้วัดความสำเร็จในชีวิตของบุคคลตั้งแต่วัยเด็กโดยจากการศึกษาพบว่า การมี SQ ที่ดีเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จได้ถึงร้อยละ ๘๕ เมื่อเทียบกับ IQ กับ EQ รวมกันซึ่งมีผลต่อการประสบความสำเร็จในชีวิตเพียงร้อยละ ๑๕ หากขาด SQ ที่ดี จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ที่มีความบกพร่องด้าน SQ มากถึง ๑ ต่อ ๘๘ ซึ่งเมื่อเทียบเคียงกับประชากรที่อยู่อาศัยในกรุงเทพมหานครประมาณ ๗,๐๐๐,๐๐๐ คน อาจพบผู้ที่มีความบกพร่องด้าน SQ ถึง ๗๙,๕๔๕ คนโดยประมาณ

ปัจจุบันมีการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย ทั้งวัยเด็ก วัยเรียน วัยทำงานและวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาสำคัญในเรื่องความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เช่น การขยายนวัตกรรมสร้างสุขในวัยทำงานในชุมชนและสถานประกอบการยังทำได้เพียงบางส่วน การใช้โปรแกรมสร้างสุข ๕ มิติ ทำได้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุเท่านั้น ยังไม่สามารถขยายไปยังผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงได้

๒.๒ การส่งเสริมสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย

การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย โดยมีกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย กลุ่มปฐมวัยและวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งมีการดำเนินการตามกลุ่มวัย ดังนี้

๑. กลุ่มปฐมวัยและวัยเรียน

๑) เทคโนโลยีการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กปฐมวัย

๑.๑ ประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ ๓-๕ ปี

๑.๒ คู่มือจัดกิจกรรมส่งเสริม EQ เด็กปฐมวัยสำหรับครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กใช้สำหรับครูพี่เลี้ยงจัดกิจกรรมสร้างอีคิวในชั้นเรียน

๑.๓ นิทานเสริมสร้างอีคิวสำหรับเด็ก ๓-๕ ปี ใช้สำหรับพ่อแม่ผู้ปกครองและบุคลากรที่เกี่ยวกับการดูแลเด็กปฐมวัย เล่านิทานปลูกฝังคุณลักษณะต่างๆ ของอีคิวที่ดีและเสริมสร้างสัมพันธภาพกับเด็ก

๑.๔ เทคโนโลยีการเสริมสร้างอีคิวบุตรหลาน สำหรับผู้สูงอายุ ใช้สำหรับบุคลากรสาธารณสุขถ่ายทอดและจัดกรรมให้กับผู้สูงอายุในโรงเรียน ผู้สูงอายุหรือชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการเสริมสร้างอีคิวให้กับเด็กอายุ ๓-๕ ปี

๒) เทคโนโลยีการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน

๒.๑ แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ ๖-๑๑ ปี

๒.๒ โปรแกรมการเสริมสร้าง self-control เพื่อป้องกันพฤติกรรม bullying ในเด็ก ป. ๑ - ป. ๓ ใช้สำหรับครูระดับประถมศึกษาปีที่ ๑-๓ และบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลเด็กวัยเรียน เป็นแนวทางถ่ายทอดและเสริมสร้างทักษะแก่นักเรียนและครู

๒.๓ คู่มือจัดกิจกรรมเสริมสร้าง EQ นักเรียนสำหรับครูโรงเรียนประถมศึกษา

๒.๔ เทคโนโลยีการเตรียมตัวสู่วัยรุ่นคุณภาพ (Preteen) ใช้สำหรับครูระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (อายุ ๑๐-๑๔ ปี) และบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลเด็กวัยเรียนถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญาในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในช่วงวัยรุ่น

๒. กลุ่มวัยรุ่น

เทคโนโลยีสำหรับวัยรุ่น เพื่อสนับสนุนให้มีแนวทางในการพัฒนาพื้นที่ สร้างสรรค์กับกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ดังนี้

๒.๑ คู่มือการจัดพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในชุมชน

- เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์กับกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน มีการพัฒนาแอพพลิเคชั่นสำหรับจัดพื้นที่สร้างสรรค์ในทุกจังหวัด
- เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวัยรุ่น รวมถึงเครือข่ายต่างๆ ได้เห็นรูปแบบการดำเนินงาน และแนวทางในการพัฒนาศักยภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่

๒.๒ คู่มือการดูแลสุขภาพวัยทีน

- เพื่อให้อาสาสมัคร นักจัดการสุขภาพวัยรุ่นในหมู่บ้าน/ชุมชน มีความรู้และข้อมูลสำหรับการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในชุมชน
- เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในหมู่บ้าน/ชุมชน

๒.๓ คู่มือกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในวัยรุ่น อายุ ๑๒ - ๑๖ ปี และอายุ ๑๖ – ๑๘ ปี

- เพื่อสนับสนุนให้พื้นที่มีแนวทางในการจัดกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์สำหรับวัยรุ่น

๒.๔ คู่มือวิทยากร หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ

- เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นได้มีความรู้และมีแนวทางการขับเคลื่อนและดำเนินงานดูแลสุขภาพวัยรุ่นในพื้นที่แบบบูรณาการ พร้อมทั้งสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่นในระดับอำเภอและตำบล เพื่อร่วมกันดูแลวัยรุ่นและเยาวชนได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง

๒.๕ คู่มือการใช้ชีวิตวัยรุ่น

- รวบรวมคำถามและข้อสงสัยที่วัยรุ่นอยากรู้ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและมีแนวทางในการใช้ชีวิตของวัยรุ่น

๒.๖ คู่มือการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในวัยรุ่น

- เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจและมีแนวทางในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์

๒.๗ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นและเยาวชน

- เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานกับกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนได้เห็นรูปแบบการดำเนินงาน กลยุทธ์ แนวทางการพัฒนาศักยภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของวัยรุ่นและเยาวชนตามบริบทของพื้นที่

๒.๘ คู่มือการดำเนินงานของนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น

- เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับวัยรุ่นและภาคีเครือข่ายได้เข้าใจกรอบการดำเนินงานโครงสร้าง แนวทางการขับเคลื่อนงานวัยรุ่น รวมถึงความรู้สำคัญที่ใช้ในการทำงานเพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นได้

๒.๙ คู่มือองค์ความรู้การดำเนินงานดูแลสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการสำหรับทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น

- เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการทำงานเพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของวัยรุ่น

๓. กลุ่มวัยทำงาน

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยทำงาน

๓.๑ สร้างสุขวัยทำงาน

- โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชน
- โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในสถานประกอบการ

๓.๒ ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ในประเด็น

- การจัดการกับอารมณ์
- การสื่อสารในครอบครัว
- การรักษาสัมพันธภาพในครอบครัว

๓.๓ งานบูรณาการและความร่วมมือ โดยการร่วมมือกับหน่วยงาน ดังนี้

- กรมควบคุมโรค
- กรมอนามัย
- กระทรวงแรงงาน
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- สภาองค์กรลูกจ้างพัฒนาแรงงานแห่งประเทศไทย
- ภาคเอกชนต่างๆ

๔. กลุ่มวัยสูงอายุ

การพัฒนาสุขภาพจิตวัยสูงอายุ ประชาชนวัยสูงอายุมีสุขภาพจิตดีและมีความสุข

๔.๑ กลุ่มดี

- ชมรมผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมการสร้างสุข ๕ มิติสำหรับผู้สูงอายุ เป้าหมายคือประชาชนวัยสูงอายุมีสุขภาพจิตดีและมีความสุข

๔.๒ กลุ่มเสี่ยง

๔.๒.๑ สถานบริการสุขภาพ (คลินิก NCD/คลินิกสูงอายุ)

- คัดกรองซึมเศร้า และดูแลทางสังคมจิตใจ
- จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต (สร้างสุข ๕ มิติสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ)

๔.๒.๒ ชุมชน (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง)

- ติดตามเยี่ยมบ้าน
- คัดกรองซึมเศร้าและดูแลด้านสังคมจิตใจ

ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการวิสามัญฯ

๑. โรงเรียนสังกัดสำนักการศึกษาและสำนักงานศึกษาขั้นพื้นฐานเขตกรุงเทพมหานครทุกแห่ง ควรต้องทำแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก SDQ (The Strengths and Difficulties Questionnaire) เพื่อให้มีการดำเนินการระบบดูแลช่วยเหลือเด็กในโรงเรียน

๒. ควรจัดให้มีการอบรมครูที่ปรึกษาโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครเพื่อให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตกับเด็กนักเรียน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๓. ควรศึกษาการทำแบบประเมินความฉลาดทางด้านสังคมและมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีใช้ในการประเมินได้อย่างง่าย และควรให้มีกระบวนการส่งเสริมในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยมีคู่มือของมูลนิธิแพธทูเฮลท์และร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พัฒนาคู่มือในโรงเรียนทุกระดับให้สามารถใช้ได้จริง และต้องทำคู่มือแก้ไขระดับครอบครัวและชุมชน

๔. ควรให้มีการปรับปรุงเด็กที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ต่ำ และให้มีการฝึกทักษะชีวิต โดยมีคู่มือฝึกทักษะชีวิตในส่วนที่ยังขาดอยู่

๕. ชุมชนและหมู่บ้านควรจัดให้มีที่สาธารณะสำหรับรองรับเด็กเล็กที่มีปัญหา เพื่อให้ชุมชนมีสถานที่ที่จะให้เด็กเล็กได้ออกมาได้รับการกระตุ้น จะทำให้เด็กเล็กมีพัฒนาการเป็นไปตามวัยได้อย่างสมบูรณ์

๖. เสนอให้จัดระบบบริการเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงโดยเฉพาะคนยากไร้ โดยเริ่มจากการทำแอพพลิเคชั่น หรือคิวอาร์โค้ด โดยให้ข้อมูลด้านการพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิด

๗. ควรผลักดันให้มีการจัดตั้งศูนย์เด็กอ่อนให้มากขึ้น และควบคุมศูนย์เด็กอ่อนภาคเอกชนให้มีคุณภาพ

๘. ควรให้มีสถานที่สาธารณะสำหรับเด็กตั้งแต่ ๖ เดือนขึ้นไป จัดเป็นลานกีฬาเด็กเล็กที่มีความปลอดภัย โดยสำนักอนามัยดำเนินการในเรื่องนี้ และเนื่องจากปัจจุบันเรื่องลานกีฬามีปริมาณเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีคุณภาพ และในลานกีฬาของผู้ใหญ่ควรจัดพื้นที่ในส่วนของเด็กด้วย โดยที่ภาครัฐควรมีมาตรการในการสนับสนุนให้ภาคประชาชนหรือเอกชนที่สนใจดำเนินการในเรื่องนี้

๙. ควรขยายโปรแกรมสร้างสุขในวัยทำงานในชุมชนและสถานประกอบการอย่างทั่วถึงทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีการนำโปรแกรมสร้างสุขในวัยทำงานและการสร้างสุขในสถานประกอบการลงไปปฏิบัติจริงในสถานประกอบการและชุมชน

๑๐. ควรให้หน่วยงานภาครัฐมีมาตรการการสร้างเสริมสุขภาพโดยการขยายโปรแกรมสร้างสุข ๕ มิติในผู้สูงอายุในศูนย์สร้างสุขทุกวัยให้ครอบคลุมทั้ง ๕๐ เขต

๓. การส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตทุกช่วงวัย

กรุงเทพมหานครโดยสำนักอนามัยได้มีการดำเนินงานด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตทุกช่วงวัย โดยมีแผนการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิต ดังนี้

กรอบการดำเนินงาน

การบูรณาการงานสุขภาพจิตสู่ระบบบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๘ แห่ง ทั้งเชิงรับและเชิงรุก

- เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มวัย

- ประชาชนเข้าถึงบริการ/เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต สามารถเสริมสร้างสุขภาพจิตตนเอง ครอบครัว ชุมชน

- สนับสนุนเครือข่ายภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน

การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย

กลุ่มวัย	**ประเด็น การส่งเสริม/ป้องกัน**	**เครื่องมือ**	**เป้าหมาย**	**ผู้ดำเนินการ**
เด็กปฐมวัย	พัฒนาการ	[๑]DSPM และ [๒]TEDA4I	คลินิกสุขภาพเด็กดี ของศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๘ แห่ง	นักจิตวิทยา/ พยาบาลวิชาชีพ คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ
			ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร	อาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ
			ชุมชน	อาสาสมัครสาธารณสุข เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ

กิจกรรม

๑. การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน

- โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้คู่มือ DSPM แก่บุคลากรสาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข/ อาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก

๒. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยอาสาสมัครสาธารณสุข

กลุ่มวัย	**ประเด็น การส่งเสริม/ป้องกัน**	**เครื่องมือ**	**เป้าหมาย**	**ผู้ดำเนินการ**
เด็กวัยเรียน/ วัยรุ่น	จุดแข็ง – จุดอ่อน - พฤติกรรม (เกเร/ไม่อยู่นิ่ง) - อารมณ์ (ปัญหาทางอารมณ์) - ความสัมพันธ์กับเพื่อน - สัมพันธภาพทางสังคม	SDQ	โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร	ครูประจำชั้น/ ผู้ปกครอง

กิจกรรม

---

๑ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

๒ คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ

- พยาบาลอนามัยโรงเรียน/นักจิตวิทยา ดูแลช่วยเหลือและให้คำแนะนำร่วมกับครูประจำชั้น กรณีพบปัญหานักเรียนและประสานส่งต่อ

- การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตนักเรียน

- การให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพจิตในศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น

กลุ่มวัย	**ประเด็น การส่งเสริม/ป้องกัน**	**เครื่องมือ**	**เป้าหมาย**	**ผู้ดำเนินการ**
วัยทำงาน	เครียด/ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ	แบบประเมินความเครียด (ST๕) - แบบประเมินและวิเคราะห์ ความเครียดด้วยตนเอง (๒๐ ข้อ)	ศูนย์บริการสาธารณสุข - คลินิกส่งเสริมสุขภาพ - คลินิกครอบครัวอบอุ่น ชุมชน สถานประกอบการ หน่วยบริการเชิงรุก - รถคลายเครียดเคลื่อนที่ - หน่วยแพทย์และสาธารณสุข	บุคลากรสาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข
	ซึมเศร้า	- แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ๒ คำถาม (๒Q) - แบบประเมินโรคซึมเศร้า ๙ คำถาม (๙Q) - แบบประเมินการฆ่าตัวตาย ๘ คำถาม (๘Q)		
	โรคจิต	แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ - แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง	ชุมชน	อาสาสมัครสาธารณสุข
	การส่งเสริมความรอบรู้ทางพฤติกรรมสุขภาพจิต	คู่มือการจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพจิต	ชุมชน	บุคลากรสาธารณสุข
	สร้างสุขวัยทำงาน	คู่มือโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงาน - แบบประเมินความสุข	ชุมชน/สถานประกอบการ	บุคลากรสาธารณสุข

กิจกรรม

๑. การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพจิตเชิงรุก

ให้บริการในชุมชน สถานประกอบการ สถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานภาครัฐ/เอกชน

- ประเมินความเครียด ซึมเศร้า
- ปรึกษาสุขภาพจิต

กลุ่มวัย	**ประเด็น การส่งเสริม/ป้องกัน**	**เครื่องมือ**	**เป้าหมาย**	**ผู้ดำเนินการ**
สูงอายุ	ซึมเศร้า	- แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ๒ คำถาม (๒Q) - แบบประเมินโรคซึมเศร้า ๙ คำถาม (๙Q) - แบบประเมินการฆ่าตัวตาย ๘ คำถาม (๘Q)	๑. ศูนย์บริการสาธารณสุข - คลินิกผู้สูงอายุ - คลินิกโรคเรื้อรัง ๒. ชมรมผู้สูงอายุ ๓. โรงเรียนผู้สูงอายุ ๔. ชุมชน	บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข
	สร้างสุขผู้สูงอายุ (สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง สุขสงบ)	คู่มือความสุข ๕ มิติ	ชมรมผู้สูงอายุ/ชุมชน	บุคลากรสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการวิสามัญฯ

๑. ควรมีการจัดระบบสำรวจคัดกรองเด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี ในชุมชน โดยจ้างอาสาสมัครลงพื้นที่ทำการสำรวจเนื่องจากวัยเด็กไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หน่วยงานต้องเข้าไปช่วยเหลือ ซึ่งเด็กเล็กเริ่มมีการพัฒนาการ เด็กที่อายุต่ำกว่า ๒ ปี ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการไม่ถึง ๒๐% และเด็กที่ตรวจพบต่ำกว่ามาตรฐานได้รับการพัฒนาไม่ถึง ๕๐%

๒. ควรแยกภารกิจของอาสาสมัครให้ชัดเจนเนื่องจากภารกิจของอาสาสมัครมีหลายด้านทำงานทุกอย่าง การให้อาสาสมัครมาทำกิจกรรมอาจไม่เกิดผลสัมฤทธิ์ และควรให้กลุ่มจิตอาสาเข้ามาช่วยในการทำกิจกรรมกับคนวัยทำงาน โดยการให้ความรู้เพิ่มเติมกับจิตอาสา และทำอย่างไรให้ทุกคนรู้ว่าตนเองต้องมีการประเมินความเครียด โดยเสนอให้สำนักอนามัยจัดทำแอพพลิเคชั่นแนะนำแนวทางแก้ไขปัญหา

๓. ควรค้นหากลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น พ่อแม่แยกทางมีโอกาสมีภาวะโรคจิตมากกว่า และควรจัดลำดับความจำเป็นที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เด็กในชุมชนแออัดมีความเสี่ยงสูง ซึ่งในชุมชนมีการตั้งคณะกรรมการชุมชน ควรให้กรรมการชุมชนสำรวจ และอาสาสมัครตรวจประเมิน โดยให้สำนักอนามัยจัดทำโครงการตรวจ DSPM ในชุมชนเด็กต่ำกว่า ๒ ปี ถ้าตรวจพบต้องส่งแนะนำแก้ไข ยกตัวอย่าง ชุมชนคลองเตย มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวนมาก ซึ่งเป็นกลไกในการลดความเสี่ยง ควรนำข้อมูลเหล่านี้นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาด้วย

๔. ควรมีระบบการรายงานในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครโดยสำนักการศึกษาต้องเข้าไปควบคุมเพื่อให้มีการประเมินอย่างจริงจัง ต้องมีข้อมูลว่าเมื่อมีการตรวจสอบได้ส่งต่อไปจำนวนเท่าไร และสำนักอนามัยทำการอบรมครูประจำชั้นทุกคนเพื่อให้เกิดการพัฒนาบุคลากร

๕. ควรมีข้อมูลจำนวนเด็กเกิดใหม่และสถานที่อยู่ และลงไปประเมิน จะทำให้มีข้อมูลที่ครอบคลุมครบถ้วน เด็กปฐมวัยมีเรื่องพัฒนาการตามเครื่องมือของกรมสุขภาพจิต

๖. ควรมีการประเมินความรุนแรง เช่น เด็กแว้น เด็กกลุ่มนี้บางคนซึมเศร้า ติดสารเสพติด สมาธิสั้น บางคนปกติ ซึ่งเด็กกลุ่มนี้ต้องมีการประเมิน

๗. สำนักอนามัยควรสำรวจการประมวลเรื่องสมองเสื่อม เพื่อให้รีบแก้ไข โดยใช้แบบประเมินวุฒิปัญญา

๘. ควรให้สำนักวัฒนธรรม กีฬา และการท่องเที่ยว จัดทำแผนในการพัฒนาศูนย์สร้างสุขทุกวัยให้มีมาตรฐานเพิ่มขึ้นในแต่ละปี

๙. ควรให้นักเรียนระดับประถมและมัธยมในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครได้รับการประเมินความฉลาดทางด้านสังคมและการมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี (Social Quotient) เพื่อให้เด็กวัยรุ่นสามารถเข้าสังคม มีทักษะในการสื่อสารกับผู้อื่น รู้ถึงสิทธิ์ของตนเองและสิทธิ์ของผู้อื่น และให้มีการฝึกทักษะชีวิตเพื่อป้องกันและเพิ่มเรื่อง SQ ให้กับเด็กที่มีปัญหา

๔. กรอบโครงสร้างการบริการสุขภาพจิตโดยกรุงเทพมหานคร

ปัจจุบันกรุงเทพมหานครมีโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีการกำหนดโครงสร้างการจัดบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร สรุปดังนี้

๑. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีจิตแพทย์ทั่วไป ๕ คน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ๓ คน รวม ๘ คน

๒. โรงพยาบาลกลาง มีจิตแพทย์ทั่วไป ๒ คน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ๑ คน นักจิตวิทยา ๑ คน นักสังคมสงเคราะห์ ๓ คน นักจิตวิทยาคลินิก ๑ คน รวม ๘ คน

๓. โรงพยาบาลตากสิน มีจิตแพทย์ทั่วไป ๒ คน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ๑ คน นักจิตวิทยา ๑ คน นักสังคมสงเคราะห์ ๘ คน นักจิตวิทยาคลินิก ๑ คน รวม ๑๓ คน

๔. โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ มีจิตแพทย์ทั่วไป ๓ คน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ๑ คน นักจิตวิทยา ๑ คน นักสังคมสงเคราะห์ ๖ คน นักจิตวิทยาคลินิก ๑ คน รวม ๑๒ คน

๕. โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ฯ มีจิตแพทย์ทั่วไป ๑ คน นักจิตวิทยา ๑ คน นักสังคมสงเคราะห์ ๒ คน รวม ๔ คน

๖. โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมิ์ มีจิตแพทย์ทั่วไป ๑ คน นักสังคมสงเคราะห์ ๒ คน นักจิตวิทยาคลินิก ๑ คน รวม ๔ คน

๗. โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร มีนักสังคมสงเคราะห์ ๓ คน นักจิตวิทยาคลินิก ๑ คน รวม คน

๘. โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ มีจิตแพทย์ทั่วไป ๑ คน นักจิตวิทยา ๑ คน นักสังคมสงเคราะห์ ๒ คน รวม ๔ คน

๙. โรงพยาบาลสิรินธร มีจิตแพทย์ทั่วไป ๒ คน นักสังคมสงเคราะห์ ๔ คน นักจิตวิทยาคลินิก ๑ คน รวม ๗ คน

โดยสรุป โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน ๙ แห่ง มีบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชรวมทั้งสิน ๖๒ คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ทั่วไป ๑๗ คน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ๔ คน นักจิตวิทยา ๕ คน นักสังคมสงเคราะห์ ๓๐ คน นักจิตวิทยาคลินิก ๖ คน

ปัจจุบัน ก.ก. ปรับโครงสร้างขยายอัตรากำลังนักจิตวิทยาคลินิกเพิ่มแต่สำนักการแพทย์ยังขาดพยาบาลจิตเวช ปัญหาของกลุ่มงานจิตเวชแต่ละโรงพยาบาลเนื่องจากโครงสร้างอยู่ภายใต้ฝ่ายการพยาบาล ซึ่งควรอยู่ภายใต้กลุ่มงานจิตเวช และให้มีสหวิชาชีพ มีจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลจิตเวช

การปรับโครงสร้างของหน่วยงานกรุงเทพมหานคร โดยสำนักงาน ก.ก. พยายามพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๒ ได้มีการจัดสัมมนาร่วมกันระหว่างผู้บริหาร สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ เพื่อต้องการให้เกิดการบูรณาการร่วมกัน ทำงานในเชิงรุก ซึ่งผู้บริหารให้ความสำคัญต้องมองในองค์รวม ให้ความสำคัญกับงานการควบคุม การป้องกัน โดยผลการสัมมนาเห็นควรให้

๑. สำนักการแพทย์และสำนักอนามัย ดำเนินการ ดังนี้

๑.๑ ทบทวนบทบาทภารกิจที่ควรทำและไม่ควรทำ

๑.๒ กำหนดแนวทางในการลดบทบาทตนเองในฐานะผู้ดำเนินการเป็นผู้ควบคุมและสนับสนุน

๑.๓ เพิ่มบทบาทในการควบคุมและสร้างมาตรฐานด้านสาธารณสุขโดยทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ให้มากขึ้น และปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบัน

๑.๔ นำข้อมูลมาประกอบการปรับปรุงโครงสร้างส่วนราชการเพื่อนำเสนอ ก.ก.

๑.๕ สร้างระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์และสำนักอนามัย

๒. สำนักงาน ก.ก. ดำเนินการ ดังนี้

๒.๑ วิเคราะห์โครงสร้างและอัตรากำลังของสำนักอนามัยและสำนักการแพทย์ให้สอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลง

๒.๒ จัดระบบด้านสาธารณสุขโดยใช้การจ้างงานรูปแบบอื่นในภารกิจที่สามารถดำเนินการได้ตามที่สำนักการแพทย์และสำนักอนามัยวิเคราะห์เบื้องต้น

๒.๓ ติดตามประเมินผลการปรับปรุงโครงสร้างและจัดระบบงาน

ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการวิสามัญฯ

๑. ควรตั้งคณะทำงานซึ่งประกอบด้วยทุกภาคส่วนในการพัฒนาโครงสร้างการจัดบริการสุขภาพจิตของกรุงเทพมหานคร

๒. โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครควรให้มีการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวช (Ward) โดยมีจำนวนเตียงรวมไม่น้อยกว่า ๗๐ เตียง ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลให้มีเตียงจำนวน ๑๐-๑๒ เตียง ในโรงพยาบาล ๕ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลสิรินธร และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

๓. ให้สำนักการแพทย์ปรับปรุงโครงสร้างโดยให้มีกลุ่มงานจิตเวชในโรงพยาบาล และเปิดหอผู้ป่วยด้านจิตเวชในโรงพยาบาล ทั้ง ๕ แห่ง สำนักอนามัยให้มีกองสุขภาพจิต และศูนย์บริการสาธารณสุขให้มีคลินิกจิตเวช และปรับอัตรากำลังตามความจำเป็นและเหมาะสม

๔. ควรให้มีการพัฒนาพยาบาลจิตเวช (Post Graduate Nurse) ระยะสั้น (๔ เดือน) โดยมอบหมายให้มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชรับผิดชอบดำเนินการจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระยะสั้น และเสนอให้คณะพยาบาลศาสตร์ดำเนินการผลิตพยาบาลจิตเวช ระยะสั้น อย่างน้อยโรงพยาบาลละ ๔-๕ คน

๕. กรุงเทพมหานครควรจัดโครงสร้างหลักสูตรพยาบาลปริญญาโทจิตเวชนอกเวลา (เสาร์อาทิตย์) โดยให้มีการตั้งงบประมาณเพื่อให้พยาบาลได้มีการศึกษาเพิ่มเติมในมหาวิทยาลัย เช่น จุฬาลงกรณ์มหิดล เชียงใหม่ ขอนแก่น สงขลา

๖. ควรให้มีการสร้างแรงจูงใจ เช่น การให้ค่าตอบแทน และการส่งเสริมความก้าวหน้าในสายอาชีพให้เทียบเท่ากับกระทรวงสาธารณสุขและกรมสุขภาพจิต

๗. ควรให้มีการจัดตั้งกองสุขภาพจิตในสำนักอนามัย โดยให้มีหน้าที่ในงานด้านการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟู โดยในศูนย์บริการสาธารณสุขให้มีกลุ่มงานสุขภาพจิตชุมชน และจัดทำหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ระยะสั้น ให้กับนักวิชาการสาธารณสุข

๘. ควรให้สำนักอนามัยและสำนักการแพทย์ศึกษากฎหมายและระเบียบด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ออกมาใช้บังคับ หากมีกฎหมายใดที่ไม่ทันสมัย เห็นควรให้มีการยกเลิกเพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๙. โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานครต้องมีกระบวนการดูแลช่วยเหลือเด็ก โดยโรงเรียนต้องมีครูแนะแนวที่เป็นนักจิตวิทยามาทำการคัดกรอง ส่วนครูประจำชั้นให้ทำหน้าที่สำรวจและคัดกรองเด็กเพื่อส่งต่อนักจิตวิทยาโรงเรียน และครูประจำชั้นต้องได้รับการบอรมการดูแลช่วยเหลือเด็ก

๕. การจัดระบบบริการผู้ป่วยใน

กรมสุขภาพจิตดำเนินการระบบบริการรักษาผู้ป่วยจิตเวช โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประมาณการจำนวนประชากรของ กทม. ที่ป่วยด้วยโรคจิตเวช		
โรคจิตเวช	**ความชุก* Lifetime Prevalence**	**คาดประมาณ (คน)**
โรคจากการดื่มสุรา (Alcohol use disorders)	๔.๔%	๑๙๖,๖๙๑
โรคจิตเภท** (Schizophrenia)	๐.๘%	๓๗,๒๖๖
โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major Depressive disorder)	๑.๒%	๕๓,๖๔๓
โรควิตกกังวล (Anxiety disorders)	๒.๒%	๙๘,๓๔๕
ประสบการณ์ฆ่าตัวตาย (คิด/มีแผน/เคยทำ)	๔.๑%	๑๘๓,๒๘๐

ประมาณการผู้ป่วยจิตเวชใน กทม. และการเข้าถึงบริการ			
ความเจ็บป่วย ทางจิต	**คาดประมาณ จำนวนคน**	**จำนวนผู้ป่วยที่ เข้าถึงบริการ**	**อัตรา**
โรคติดสุรา (Alcohol dependence)	๑๙๖,๖๙๑	๓,๙๗๓	๒.๐๒% (ข้อมูลธันวาคม ๒๕๖๑)
โรคจิตเภท (Schizophrenia)	๓๗,๒๖๖	๑๙,๙๒๖	๕๓.๔๗% (ข้อมูลพฤศจิกายน ๒๕๖๑)
โรคซึมเศร้า (Depressive disorders)	๒๓๘,๐๑๑	๒๔,๓๗๕	๑๐.๒๔% (ข้อมูล ธันวาคม ๒๕๖๑)

จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีภูมิลำเนา กทม. เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา		
โรคจิตเวช	**ปีงบประมาณ ๒๕๖๐**	**ปีงบประมาณ ๒๕๖๑**
โรคจิตเภท (Schizophrenia)	๗,๔๒๔ คน ๓๖,๕๘๖ ครั้ง	๗,๓๒๐ คน ๓๘,๐๗๘ ครั้ง
โรคซึมเศร้า (Depressive disorders)	๒,๐๐๕ คน ๗,๕๙๐ ครั้ง	๒,๔๒๔ คน ๑๐,๒๗๖ ครั้ง
โรควิตกกังวล (Anxiety disorders)	๑,๘๗๑ คน ๕,๕๒๔ ครั้ง	๑,๙๓๕ คน ๖,๔๐๗ ครั้ง
โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorders)	๙๔๙ คน ๔,๔๘๗ ครั้ง	๑,๐๑๐ คน ๔,๙๗๐ ครั้ง
ภาวะปรับตัวผิดปกติ จากการเผชิญความเครียด (Adjustment disorders)	๕๙๓ คน ๑,๔๔๔ ครั้ง	๘๒๓ คน ๒,๑๓๑ ครั้ง

จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีภูมิลำเนา กทม. เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา		
โรคจิตเวช	**ปีงบประมาณ ๒๕๖๐**	**ปีงบประมาณ ๒๕๖๑**
โรคจิตเภท (Schizophrenia)	๑,๐๗๘ คน ๑,๔๐๒ ครั้ง	๑,๑๘๕ คน ๑,๕๕๔ ครั้ง
ความผิดปกติทางจิต เนื่องจากสารกระตุ้นประสาท	๒๑๘ คน ๒๖๗ ครั้ง	๒๗๓ คน ๓๑๓ ครั้ง
โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorders)	๑๒๕ คน ๑๖๗ ครั้ง	๑๖๕ คน ๑๙๗ ครั้ง
โรคซึมเศร้า (Depressive disorders)	๙๕ คน ๑๐๗ ครั้ง	๑๔๗ คน๑๗๑ ครั้ง

สรุปข้อมูลของกรมสุขภาพจิต ประชาชนกรุงเทพมหานครที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลรักษาในอัตราที่ต่ำ และประชาชนกรุงเทพมหานครที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชเรื้อรัง เช่น Schizophrenia มีการกลับมาเป็นซ้ำสูง เนื่องจากขาดยาและขาดการติดตามดูแลต่อเนื่อง

กรมสุขภาพจิตได้มีการคำนวณจำนวนเตียงของผู้ป่วยจิตเวชที่ควรมีในกรุงเทพมหานคร

$$\text{จำนวนเตียง} = \frac{\text{ผลรวมวันนอนของผู้ป่วยรายโรค X ๑๐๐}}{\text{๓๖๕ วัน X อัตราครองเตียง}}$$

ภายใต้สมมติฐานว่า

๑. กรอบระยะเวลาที่คำนวณคือ ๑ ปี
๒. มีการใช้เตียงอย่างเต็มประสิทธิภาพ อัตราครองเตียง ๑๐๐%
๓. ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่โดยเฉลี่ย admit ๑ ครั้ง
๔. เงื่อนไขการรับไว้รักษาเป็นไปตามความจำเป็นของการเจ็บป่วย
๕. ระยะเวลาในการรักษาเป็นไปตามมาตรฐานการรักษารายโรคโดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาภาวะหรืออาการวิกฤติฉุกเฉินทางจิตเวช

โรคจิตเวชที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล		
กลุ่มโรค/ภาวะจิตเวช	โรค/ภาวะจิตเวช	ลักษณะอาการที่ต้องรับไว้รักษา
โรคจิตเวชที่มีสาเหตุจากการเจ็บป่วยทางกาย	โรคสมองเสื่อม	อาการทางจิตและมีพฤติกรรมวุ่นวาย
ปัญหาจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้สารเสพติด	โรคติดเหล้าและยาบ้า	อาการขาดยา, สับสน,อาการทางจิต
โรคจิตเภทและโรคจิต	โรคจิตเภทระยะเฉียบพลัน	อาการกำเริบ พฤติกรรมวุ่นวาย
โรคอารมณ์ผิดปกติ	โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า	อาการมาเนีย อารมณ์ครื้นเครงผิดปกติ โรคซึมเศร้าระดับรุนรองโดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางถึงสูง
โรควิตกกังวล	โรคแพนิค	อาการรุนแรงและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
อื่นๆ	น่าจะมีน้อย จึงให้มาปรับค่าภายหลังคำนวณโรคอื่นๆ แล้ว	

การกระจายของเตียงจิตเวชในกรุงเทพมหานคร ประมาณการเตียงจิตเวชที่ควรมีสำหรับผู้ป่วยกรุงเทพมหานคร จำนวน ๘๔๒ เตียง (สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยาก ซับซ้อน รุนแรง) โดยปัจจุบันมีจำนวนเตียง ๖๕๘ เตียง (ขาด ๑๘๔ เตียง) ดังนี้

๑. สถาบันสมเด็จเจ้าพระยา จำนวน ๕๐๐ เตียง
๒. โรงพยาบาลพระมงกุฎ จำนวน ๔๖ เตียง
๓. โรงพยาบาลมนารมย์ จำนวน ๑๗ เตียง
๔. โรงพยาบาลศิริราช จำนวน ๑๖ เตียง
๕. โรงพยาบาลรามา จำนวน ๑๕ เตียง
๖. โรงพยาบาลทหารเรือ จำนวน ๑๕ เตียง

๗. สถาบันประสาทวิทยา จำนวน ๑๔ เตียง

๘. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน ๑๔ เตียง

๙. โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน ๙ เตียง

๑๐. โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร จำนวน ๑๒ เตียง

แนวคิดการกำหนดอัตรากำลังพยาบาลและจิตแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

พยาบาลใน ward ๓๐ เตียงที่ไม่ใช่วิกฤติฉุกเฉิน ต้องการขั้นต่ำที่สามารถอยู่ ๓ เวร เช้า/บ่าย/ดึก ปริมาณพยาบาลในแต่ละเวร ๔-๕/๑-๒/๑-๒ และเวร off ๑-๒ คน ลา ๑-๒ คน รวม ๘-๑๓ คน/ward

จำนวนพยาบาล : ควรเพิ่มเติมพยาบาลที่ปฏิบัติหน่วยงานอื่นด้วย เช่น OPD และพยาบาลระดับบริหาร

จำนวนพยาบาลปฏิบัติงานใน OPD

กิจกรรม/จุดบริการ	จำนวนพยาบาล
คัดกรองรายใหม่ (๑๐ นาที/ราย)	๑
ห้องฉุกเฉินจิตเวช (๑-๓ เตียงสังเกตอาการ)	๑*
คลินิกจิตเวชทั่วไป	๑-๒
คลินิกเฉพาะทาง (๑-๒ คน/คลินิก)	๐-๒ (๐-๒ คลินิก)
รับใหม่/จำหน่าย/exit counseling	๑-๒
รวม	๓*,๔-๘

จิตแพทย์ ๑ คน รักษาผู้ป่วยจิตเวชได้กี่คนต่อวันจากการจับเวลาในการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของจิตแพทย์ในโรงพยาบาลจิตเวชได้ค่าเฉลี่ย ดังนี้ ผู้ป่วยนอกรายเก่า ๗ นาที/ราย ผู้ป่วยนอกรายใหม่ ๑๕ นาที/ราย และผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน ๒๕ นาที/ราย

กิจกรรมในการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ๑ ราย ประกอบด้วย (๑) อ่านประวัติและการรักษาเดิม (๒) Small talk (๓) สัมภาษณ์และตรวจสภาพจิต (๔) ตรวจร่างกายดูผลข้างเคียงของยา (๕) บันทึกสิ่งที่ตรวจพบ (๖) สั่งจ่ายยา (๗) แนะนำและสนับสนุน (๘) แนะนำ สนับสนุน สร้างความมั่นใจให้ญาติ (สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน)

ใน ๑ วัน จิตแพทย์ ๑ คนทำงานเต็มประสิทธิภาพจะตรวจผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ได้ ๓๖๐ นาที/๗ นาที = ๕๑ คน ตรวจผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ได้ ๓๖๐ นาที/๑๕ นาที = ๒๔ คน ตรวจผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้ ๓๖๐ นาที/๒๕ นาที = ๑๔ คน

สูตร จำนวนจิตแพทย์ประจำ OPD = $\frac{\text{เก่า + ใหม่ + ฉุกเฉิน}}{๕๑ + ๒๔ + ๑๔}$

IPD : คิดตามจำนวน ward จิตแพทย์ควรมี ๑-๒ คน/ward

OPD : คิดตามสูตรนี้ได้ จำนวนจิตแพทย์ประจำ OPD = $\frac{\text{เก่า + ใหม่ + ฉุกเฉิน}}{๕๑ + ๒๔ + ๑๔}$

ข้อเสนอสำหรับบริการผู้ป่วยสำหรับโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

ประมาณการเตียงจิตเวชที่ยังขาด ๑๘๔ เตียง เพื่อให้เพียงพอกับความต้องการ มีข้อเสนอแนะดังนี้

- โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ๘ แห่ง ทุกแห่งควรเปิดหอผู้ป่วยจิตเวช จำนวน ๒๕ เตียง โดยมีจิตแพทย์ ๓-๕ คนต่อแห่ง และพยาบาลจิตเวชสำหรับหอผู้ป่วย ๘-๑๓ คนต่อแห่ง

- โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครทุกแห่ง ควรเปิดคลินิกจิตเวช โดยมีพยาบาลสำหรับคลินิกผู้ป่วยจิตเวช ๔-๘ คนต่อแห่ง

ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการวิสามัญฯ

๑. เห็นควรประสานกรมสุขภาพจิตหารือร่วมกับโรงพยาบาลสังกัดคณะแพทยศาสตร์ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลให้สามารถเพิ่มเตียงผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างน้อยแห่งละ ๓๐ เตียง

๒. เสนอให้โรงพยาบาลวชิรพยาบาลมีเตียงสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ๒๐ เตียง ภายในปี ๒๕๖๔

๓. สำนักการแพทย์ต้องเตรียมโรงพยาบาลรองรับผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลเปิดหอผู้ป่วยจิตเวช และให้มีเตียงผู้ป่วยจำนวน ๑๐-๑๕ เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง และมีจิตแพทย์ ๓-๕ คน โดยให้เน้นเรื่องภาวะโรคจิตที่เกิดจากกายการฆ่าตัวตาย โรคอารมณ์สองขั้ว โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมิ์และโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ฯ จัดทำแผนอัตรากำลังเพื่อรองรับการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เพิ่มขึ้น และโรงพยาบาลตากสินวางแผนให้เริ่มเปิดหอผู้ป่วยจิตเวช ภายในปี ๒ ซึ่งการเปิดในช่วงแรก อาจจะไม่ต้องดูแลกลุ่มโรคจิตเภท (schizophrenia) แต่ส่งให้สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาก่อน เพราะจะยากต่อการดำเนินการ ควรให้รับผู้ป่วยประเภทติดสุรา โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลก่อนในช่วงเริ่มต้น ในขณะเดียวกันให้พัฒนาโรงพยาบาลขนาดเล็กของกรุงเทพมหานคร ให้รับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมาก เพื่อลดภาระให้กับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

๔. ทุกโรงพยาบาลควรต้องจัดทำแผนฝึกอบรมพยาบาลจิตเวช เป็นเวลา ๔ เดือน โดยขอให้สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นผู้ดำเนินการจัดการอบรม และกรุงเทพมหานครตั้งงบประมาณเพื่อเป็นค่าลงทะเบียนให้กับพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

๕. ให้สำนักการแพทย์จัดหานักจิตวิทยาคลินิกมาช่วยงานจิตแพทย์ กรณีจิตแพทย์ไม่เพียงพอ และให้พยาบาลเข้ามาช่วยงานจิตเวช ในเรื่องการซักประวัติและคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุดก่อนเพื่อส่งต่อให้แพทย์ทำการวินิจฉัยโรค เป็นการลดเวลาในการรักษาของแพทย์ลง จะทำให้แพทย์สามารถจะดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น

๖. เนื่องจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีพันธกิจที่ต้องดูแลประชากรทั่วประเทศ ซึ่งเตียงที่มีอยู่จึงไม่ได้รองรับเฉพาะคนในกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลจะเปิดให้บริการเฉพาะโรคที่สนใจเท่านั้น จึงไม่สามารถที่จะพึ่งพาโรงพยาบาลเหล่านี้ได้ เหตุผลที่โรงพยาบาลรามาฯหรือโรงพยาบาลจุฬาฯ จะเพิ่มเติมนอกเหนือจากการรักษาโรคคือเรื่องการเรียนการสอน หากจะให้มีเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วยจิตเวชกรุงเทพมหานครจะต้องสนับสนุนเรื่องงบประมาณจึงจะประสบความสำเร็จ

๗. คนไข้กลุ่มเฉียบพลัน กลุ่มกึ่งเฉียบพลัน กลุ่มเรื้อรัง กลุ่มหายป่วยแล้วรอการฟื้นฟู กลุ่มที่กลับสู่สังคมไม่ได้ ต้องมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ กรุงเทพมหานครต้องจัดให้มีสถานที่สำหรับให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่หายแล้ว รอการฟื้นฟู และวางแผนการดูแลคนเหล่านี้โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง

๖. ปัญหาการฆ่าตัวตาย

สถิติล่าสุดเกี่ยวกับสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒ หากเปรียบเทียบตัวเลขรอบ ๖ เดือน พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี ๒๕๖๑ รอบ ๖ เดือนแรกมีสัดส่วน ๓.๑๔% ต่อประชากร ๑ แสนคน ส่วนรอบ ๖ เดือนหลัง ๓.๑๘% ต่อประชากร ๑ แสนคน และในปี ๒๕๖๒ รอบ ๖ เดือนแรก อยู่ที่ ๓.๐๘% ต่อประชากร ๑ แสนคน เฉลี่ยประมาณ ๑๑-๑๒ รายต่อวัน และส่วนใหญ่อายุ

เฉลี่ยอยู่ที่ ๔๕ ปี โดยเป็นเพศชาย ๘๐.๔% ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒ พบเป็นปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ ๕๓.๐๔%, ปัญหาจากสุรา ๒๙%, โรคทางกาย ๒๕.๗, ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ๑๙%, โรคทางจิต ๑๒% และโรคซึมเศร้า ๗.๘% และพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำใน ๑ ปี ถึง ๙๔.๒๗% ขณะเดียวกัน องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายโลก โดยระบุว่ามีคนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกๆ ๔๐ วินาที และการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของวัยรุ่น (อายุ ๑๕-๒๙ ปี) มากที่สุด รองลงมาจากอุบัติเหตุบนท้องถนน แม้ว่าในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา หลายประเทศทั่วโลกจะเพิ่มมาตรการ และนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังต้องการการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ

จากรายงานการจัดอันดับประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในโลก ประจำปี ๒๕๖๒ โดย World Population Review ที่สำรวจ และพิจารณาข้อมูลการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกปี ๒๕๖๑ ทั้งหมด ๑๘๓ ประเทศ พบว่า ประเทศไทย มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด ติดอันดับ ๓๒ ของโลก เฉลี่ย ๑๔.๔ คนต่อประชากร ๑ แสนคน

ปัญหาการฆ่าตัวตาย ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร พบอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรชาวกรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๓.๙๔ พบอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี เท่ากับ ๒% โดยพบว่าปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความรู้สึกน้อยใจ/ถูกดุด่า การทะเลาะกับบุคคลใกล้ชิด และความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย นอกจากนี้เมื่อติดตามดูแนวโน้มการฆ่าตัวตาย พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นในทุก ๆ ปี ปัญหาการฆ่าตัวตายจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ควรสร้างความตระหนักและได้รับการแก้ไขโดยด่วน ซึ่งผู้ฟังที่ดี พร้อมเป็นผู้รับฟัง สร้างกระแสสังคมให้คนไทยเปิดใจรับฟังกันมากขึ้น ช่วยลดปัญหาการฆ่าตัวตาย

การเปิดใจรับฟัง ถือว่าเป็นมาตรการสำคัญที่สามารถช่วยป้องกันการฆ่าตัวตาย ลดความสูญเสีย โดยเริ่มต้นจากการรับฟังคนใกล้ชิด คนในครอบครัว หรือคนรอบข้างทั้งในสถานที่ทำงานหรือสถานศึกษา ให้ได้ระบายความทุกข์ใจ ความเศร้าใจ ซึ่งจะทำให้คลายเครียด มีกำลังใจ และมีความสบายใจมากขึ้น เป้าหมายเพื่อลดการสูญเสีย รวมทั้งลดอัตราการฆ่าตัวตายในสังคมไทย การเป็นผู้รับฟังที่ดีนั้น ประกอบด้วยเทคนิคการฟังง่าย ๆ ๓ ประการ ดังนี้ (๑) การฟังด้วยหู คือ การรับฟังเรื่องราว เนื้อหา สาเหตุ (๒) การฟังด้วยตา คือ การฟัง สีหน้า ท่าที กิริยา และ (๓) การฟังด้วยใจ คือ การรับฟังอารมณ์ความรู้สึก ความต้องการลึก ๆ ในใจ

ดังนั้นการเปิดใจรับฟังจึงเป็นมาตรการสำคัญในเบื้องต้นที่จะช่วยลดและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม ถึงแม้กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จะมีการจัดตั้ง “สายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓” เพื่อให้บริการประชาชนแล้วนั้น แต่ปัญหาสำคัญคือ ไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุมและทันเวลา โดยปัจจุบันสามารถให้บริการผู้ที่โทรเข้ามาปรึกษาได้เพียงร้อยละ ๑๐ เท่านั้น

ข้อเสนอของคณะกรรมการวิสามัญฯ

๑. ควรให้มีการจัดตั้ง “สายด่วนสุขภาพใจ" เพื่อให้บริการประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รับฟังปัญหา เป็นที่ปรึกษาและส่งเสริมการแก้ไขปัญหาที่ดี ภายใต้การดำเนินงานแบบมูลนิธิและการสนับสนุนบุคลากร กำลังคน และงบประมาณจากกรุงเทพมหานคร โดยมีการรับสมัครจิตอาสา มีการฝึกอบรมเทคนิคการให้คำปรึกษา และเปิดดำเนินการในโอกาสต่อ ๆ ไป

๒. ควรมีระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังหรือรุนแรง กลุ่มผู้ติดสุราและสารเสพติด กลุ่มที่ได้รับความสูญเสียทรัพย์สินหรือบุคคลที่รัก

๗. ระบบการดูแลที่บ้านและการเบิกจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครมีการดำเนินงานโดยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านงานจิตเวช เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร แบ่งเป็น ๒ ส่วน ดังนี้

๑. งบประมาณบริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

๑.๑ การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า

๑.๒ การดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน จำแนกตามประเภทผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม

๒. งบประมาณ การบริหารค่าใช้จ่ายบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

- บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

๑. งบประมาณบริการการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

๑.๑ การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ผู้รับบริการ คือ

๑) บุคคลที่มีอายุ ๓๐ ปีขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

๒) ผู้สูงอายุ อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป

๓) คนพิการ

๔) ต้องเป็นผู้ป่วย OP หรือ IP หน่วยบริการนั้นๆ

อัตราชดเชยบริการการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า แบ่งจ่ายเป็นขั้นตอนดังนี้

(๑) การคัดกรองด้วย ๒ คำถาม (๒Q) อัตรา ๒๐ บาทต่อราย เบิกได้ ๒ ครั้งต่อปี

(๒) การประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน ๙ คำถาม (๙Q) เมื่อผลการตรวจคัดกรองด้วย ๒ คำถาม (๒Q) ให้ผลบวก อัตรา ๓๐ บาทต่อราย

(๓) การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน ๘ คำถาม (๘Q) เมื่อคะแนนการประเมินด้วย ๙ คำถาม (๙Q) มากกว่าหรือเท่ากับ ๗ คะแนน อัตรา ๕๐ บาทต่อราย

(๔) การให้สุขภาพจิตศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในรายที่ผลการประเมินด้วย ๙ คำถาม (๙Q) และ/หรือ ๘ คำถาม (๘Q) ให้ผลบวก และส่งต่อเพื่อรับการบำบัด อัตรา ๑๐๐ บาทต่อราย

๑.๒ การดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน จำแนกตามประเภทผู้บริการแต่ละกลุ่ม

- เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง) โดยมีอัตราชดเชยบริการ ๘๐๐ บาทต่อครั้ง รวมค่าบริการ แบ่งเป็น

๑) โรงพยาบาล HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วยไม่มีพื้นที่ จำนวนการเยี่ยม ๑-๖ ครั้ง ตามความจำเป็น เยี่ยมเฉลี่ย ๑ ครั้งต่อเดือน ไม่เกิน ๑๒ ครั้ง/ปี

- ครั้งที่ ๑ ไม่เกิน ๑ เดือนหลังจำหน่าย

- ครั้งที่ ๒, ๓ อาจต้องประสานกับหน่วยบริการในพื้นที่เพื่อวางแผนและประเมินการเยี่ยมร่วมกัน ก่อนส่งต่อให้กับหน่วยบริการในพื้นที่รับผิดชอบ

๒) หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)

- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมเฉลี่ย ๑ ครั้งต่อเดือน ไม่เกิน ๑๒ ครั้งต่อปี หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือตาม Condition ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

- กรณีที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลให้นับการเยี่ยมรวมกับที่โรงพยาบาลเยี่ยมแล้วไม่เกิน ๑๒ ครั้ง/ปี

๒. งบประมาณการบริหารค่าใช้จ่ายบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

- บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

๒.๑ หน่วยบริการพี่เลี้ยง หน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีจิตแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชราชนครินทร์ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต หรือหน่วยบริการที่มีแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสาขาสุขภาพจิตชุมชนหรือมีแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กรมสุขภาพจิตกำหนด มีหน้าที่ เป็นพี่เลี้ยงร่วมให้บริการให้คำปรึกษา และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพแพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน อัตราชดเชย ๑,๐๐๐ บาทต่อราย

๒.๒ หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น (ศูนย์บริการสาธารณสุข) มีหน้าที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชน โดยความร่วมมือกับครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหรือภาคีเครือข่ายในพื้นที่ อัตราชดเชย ๕,๐๐๐ บาทต่อราย

ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการวิสามัญฯ

๑. เรื่องการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ควรให้มีการจัดทำหลักสูตรและอบรม โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับมูลนิธิสมเด็จเจ้าพระยาฯ และสำนักอนามัย

๒. กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจะฆ่าตัวตาย ควรให้กลับไปสู่ชุมชนหรือมีสถานที่ดูแล เช่น ให้วัดเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งต้องมีการประสานขอความร่วมมือกับทางวัดเพื่อให้ช่วยเหลือดูแลกลุ่มคนเหล่านี้ โดยขอให้สำนักงานพระพุทธศาสนามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของสังคม และวางแผนให้เงินสนับสนุน โดยกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนด้านงบประมาณ รวมถึงเงินผู้พิการด้วย

๓. ควรให้มีการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางจิตในชุมชน โดยให้ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นหน่วยดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐาน โดยให้อาสาสมัครในศูนย์สุขภาพชุมชนดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ได้ตามมาตรฐาน กรณีมีค่าใช้จ่ายเกินกว่าที่ภาครัฐสนับสนุน ให้จัดทำเป็นโครงการการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อขอรับการสนับสนุนเงินผ่านกองทุนระดับเขต

๔. กรณีเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ขอให้มีการอบรมวันเสาร์และวันอาทิตย์โดยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาร่วมกับสำนักอนามัย จัดอบรมให้กับคลินิกอบอุ่นและโรงพยาบาลทุกแห่งที่สนใจ โดยเก็บค่าลงทะเบียนจากผู้เข้าอบรม

๕. สำนักอนามัยควรให้มีอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยให้มีการผ่านการอบรม รวมทั้งสถานรับดูแลของภาคเอกชนควรให้เข้ามาช่วยสนับสนุนด้วย

๖. ศูนย์สุขภาพชุมชนดูแลชุมชนที่มีการจัดตั้ง แต่บางพื้นที่ไม่มีชุมชนเข้มแข็งเสนอให้วัดเป็นสถานที่ดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช โดยให้มีอาสาสมัครเป็นพี่เลี้ยงเพื่อแบ่งเบาภาระ และให้พระเป็นแกนนำโดยร่วมมือกับศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกำเริบกลับเป็นซ้ำ

๗. ขอให้กรุงเทพมหานครและศูนย์สุขภาพจิต เขต ๑๓ ทดลองตั้งสายด่วนสุขภาพจิตกรุงเทพมหานคร และขอรับเงินสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

๘. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับพุทธศาสนา

การใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชสามารถนำมาประยุกต์ในการปฏิบัติงาน โดยหลักธรรมสำคัญที่นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ พรหมวิหาร ๔ และฆราวาสธรรม ๔ เป็นต้น เป็นหลักธรรมที่ช่วยให้มีความเมตตา กรุณา และในขณะเดียวกันก็ทำให้สามารถวางใจเป็นกลางต่อสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ นอกจากนั้น ยังทำให้บุคคลนั้นมีความซื่อสัตย์ เสียสละ และความอดทน รวมถึงการดำเนินชีวิต เช่น การทำบุญตักบาตร การสวดมนต์ภาวนาและการปฏิบัติสมาธิฯ จึงส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มีผลให้บุคคลมีความฉลาดทางอารมณ์และสุขภาพจิตที่ดี ทำให้สามารถรับมือกับความเครียดในการปฏิบัติงานได้

ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาหายแล้ว ต้องได้รับการฟื้นฟู แต่ในบางรายไม่สามารถกลับบ้านหรือกลับสู่ชุมชนได้ เนื่องจากชุมชนไม่ยอมรับ ต้องเร่ร่อนไม่มีที่พัก ทำให้มีโอกาสไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง เป็นเหตุให้มีอาการกลับมาป่วยอีก ซึ่งในกรุงเทพมหานครมีวัดจำนวนมาก ควรให้วัดจัดสถานที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยให้มีรูปแบบเป็นศูนย์พักฟื้นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางกายและจิต กรณีจะให้วัดเป็นสถานที่พักฟื้นผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาหายแล้ว แต่ไม่สามารถกลับบ้านหรือกลับสู่ชุมชนได้ ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หากให้ผู้ป่วยอยู่กันแบบกระจัดกระจายจะเป็นเรื่องยากในบริหารจัดการ อาจทำให้ประชาชนที่เข้าไปทำบุญที่วัดกลัวและไม่ยอมรับเพราะผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่ไม่ปกติเหมือนคนทั่วไป ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาต่อประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับวัด และตัวผู้ป่วยเองที่รักษาหายแล้ว แต่อาจจะอยู่ในวัดไม่ได้แล้วหนีออกจากวัดไปอีก จึงควรให้ประสานสำนักงานพระพุทธศาสนาเพื่อนำวัดร้างหรือวัดที่มีพระสงฆ์ไม่มาก ซึ่งมีอยู่จำนวนมากและแต่ละวัดมีพื้นที่มาก ให้ทำเป็นศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช โดยให้มีผู้อำนวยการศูนย์ฯ ดูแล ซึ่งจะเป็นภารกิจหนึ่งของกรุงเทพมหานคร

ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการวิสามัญฯ

๑. ให้จัดทำโครงการ บวร (บ้าน วัด โรงเรียน) ที่สามารถที่จะเชื่อมโยงกิจกรรมเพื่อให้มีส่วนเข้ามาช่วยเหลือให้ความอนุเคราะห์ผู้ป่วยจิตเวชให้กลับเข้าสู่ชุมชนและสังคมได้

๒. คนที่ป่วยจะต้องได้รับการรักษาและได้รับการดูแลอย่างเนื่อง โดยสำนักอนามัยต้องมีการติดตามดูแล พัฒนาโมเดลจิตอาสา เตรียมโครงสร้างโดยการจัดให้มีการอบรมอาสาสมัครและมีการถ่ายทอดประสบการณ์ เพื่อให้วัดสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ชุมชนไม่ยอมรับ ไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้

๓. ให้มีการจัดโครงสร้างศูนย์พักฟื้นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางกายและจิต โดยให้กรุงเทพมหานครจัดสร้างสถานที่สาธารณะต่างๆ และที่วัดร้าง โดยตั้งผู้อำนวยการดูแลศูนย์ฯ และให้มีจิตอาสาอาสาสมัคร และพระสงฆ์ช่วยดูแลผู้ป่วยที่รักษาหายแล้วให้สามารถดูแลตัวเองและดูแลผู้ป่วยคนอื่นที่หายแล้วได้ โดยให้ศึกษารูปแบบการดำเนินการของโรงพยาบาลศรีธัญญาเพื่อนำมาดำเนินการ

๙. การดำเนินการตามวิธีธรรมของมูลนิธิหอจดหมายเหตุพุทธทาส อินทปัญโญ (สวนโมกข์ กรุงเทพ)

การก่อตั้งมูลนิธิหอจดหมายเหตุพุทธทาส อินทปัญโญ (สวนโมกข์ กรุงเทพ) เป็นการเปิดพื้นที่ทางธรรมให้คนสามารถเข้าถึงแก่นธรรม เพื่อใช้ได้จริงในการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติงาน เน้นให้ผู้คนเห็นความสำคัญด้านจิตวิญญาณ สามารถสร้างแนวคิด ใช้ชีวิตได้อย่างถูกต้อง ไม่เป็นปัญหาต่อตัวเองและผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของรายการ “พื้นที่ชีวิต” ที่ออกอากาศทางโทรทัศน์ ซึ่งเป็นรายการที่มีส่วนในการสร้างแนวคิดมุมมองของคนหนุ่มสาวต่อการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า สร้างทัศนคติที่ดีในการดำเนินชีวิต และส่งเสริมให้บุคคลทั่วไปสนใจเข้าวัดเพื่อปฏิบัติธรรมมากขึ้น มิใช่การเข้าวัดเพื่อทำพิธีกรรมอย่างเดียว

คนเมืองทุกวันนี้มีวิถีชีวิตหรือมีเงื่อนไขของชีวิตหรือหน้าที่การงานที่เร่งรีบและก่อให้เกิดความเครียด ความกดดัน เป็นเงื่อนไขที่ไม่เอื้อต่อการใช้เวลาเจริญสติหรือทำสมาธิเท่าใดนัก ฉะนั้น เราต้องสร้างวิธีการเข้าถึงการทำสมาธิแบบ User friendly ให้คนเมืองรู้สึกง่าย ทุกกลุ่มอายุสามารถเข้าถึงได้ การสร้างแนวคิดกิจกรรมทางธรรมที่สอดคล้องกับโลกทุนนิยมอย่างสอดคล้องลงตัว หลักการคือ ทุกคนมีสิทธิ เสรีภาพ ทุกคนมีจริตของตัวเองที่จะชอบอาจารย์นี้ ชุดคำสอนนี้ ไม่แบ่งศาสนา เพราะสิ่งสำคัญที่สุดในคำสอนของทุกศาสดาและทุกศาสนาก็คือ นำพาผู้คนให้พ้นจากอำนาจของวัตถุนิยม คือ ให้ความสำคัญกับเรื่องของจิตใจ ไม่ใช่ให้วัตถุเป็นเจ้า ให้ความสำคัญกับจิตใจ ให้สมดุลมากขึ้น

หอจดหมายเหตุพุทธทาส อินทปัญโญ และเหล่าภาคีเครือข่าย ริเริ่มโครงการ “วัดบันดาลใจ” ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาให้วัดเป็นพื้นที่สุขภาวะ เป็นสถานที่มาแล้วเกิดความรื่นรมย์ทางปัญญา สสส. มีการดำเนินงานทั้งการสนับสนุนองค์ความรู้เชิงประเด็นสุขภาพพระ พัฒนาสภาพแวดล้อมของวัด สร้างหลักสูตรสุขภาวะแก่แกนนำพระสงฆ์ เพื่อนำไปสู่การสร้างวัดให้เป็นพื้นที่สุขภาวะ ขยายแนวคิดหลัก ๕ ส. ประกอบด้วย สะสาง สะดวก สะอาด สุขลักษณะ และสร้างนิสัย โดย นายแพทย์ บัญชา พงษ์พานิช ได้กล่าวกับเรื่องนี้ว่า ทุกวัดล้วนสร้างขึ้นมาเพื่อเป็นสถานที่สำคัญของชีวิต จิตใจ และชุมชน แต่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมาได้ถูกละเลยจนบทบาทสถานะของวัดเปลี่ยนแปลงไป สวนโมกข์ กรุงเทพ ซึ่งเป็นธรรมภาคีเครือข่ายความร่วมมืออยู่แล้ว จึงได้เข้าร่วมโครงการ โดยมุ่งเชิญชวนธรรมภาคีเครือข่ายธรรมของสวนโมกข์ อาสารับใช้งานถวายงานพระและวัดในด้านกิจกรรมของวัดที่เหมาะสมในแต่ละวัด ซึ่งมีพื้นที่ธรรมชาติและเป้าหมายที่ต่างกัน โดยหวังว่าจะเป็นวัดนำร่องและเป็นกรณีศึกษา เพื่อขยายสู่วัดอื่นๆอย่างต่อเนื่องต่อไป

หอจดหมายเหตุ นอกจากจะรวบรวมมรดกธรรมแล้ว ยังเป็นศูนย์การเรียนรู้และสถานบริการด้านศาสนธรรมอีกด้วย ซึ่งในส่วนนี้ สสส. ได้เข้ามาร่วมสนับสนุนโดยใช้ชื่อ “โครงการศูนย์สื่อ มหรสพ ศิลปะเพื่อสุขภาวะทางปัญญา” ในลักษณะ Spiritual fitness & edutainment center ผ่านนานากิจกรรม เช่น กิจกรรมธรรมะในสวน ตักบาตรวันเกิดที่จัดเป็นประจำทุกวันอาทิตย์แรกของแต่ละเดือน กิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการสวดมนต์ข้ามปี กิจกรรม “ตลาดนัดแบ่งปันชีวิต” เปิดวงสนทนาเรื่องราวดีๆจากภาพยนตร์ หนังสือ ดนตรี และอีกภารกิจสำคัญคือ การเชื่อมร้อย “ธรรมภาคีเครือข่าย” เกิดกระบวนการ dhamma volunteer network หรือ เครือข่ายอาสาธรรมที่ช่วยขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ

ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการวิสามัญฯ

ควรดำเนินการให้มีหอจดหมายเหตุพุทธทาส อินทปัญโญ ขึ้นในสวนสาธารณะอื่น ๆ ของกรุงเทพมหานครโดยจัดทำร่วมกับมูลนิธิหอจดหมายเหตุพุทธทาส อินทปัญโญ ต่อไป

บทที่ ๔
บทสรุปข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปข้อเสนอแนะที่สำคัญได้ดังต่อไปนี้

๑. ด้านยุทธศาสตร์สุขภาพจิตและกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต

กรุงเทพมหานครจะต้องเร่งรัดการออกคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการระดับจังหวัดตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งระบุให้มีคณะอนุกรรมการระดับจังหวัดจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจิตของกรุงเทพมหานคร ให้ครอบคลุมการดำเนินการทั้งรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟู สุขภาพจิตของประชาชน และเข้าร่วมเป็นกรรมการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ไร้บ้านตามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในพื้นที่

๒. ด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและการคัดกรองสุขภาพจิตของกลุ่มวัย

๒.๑ ควรให้มีสถานที่สาธารณะสำหรับเด็กตั้งแต่ ๖ เดือนขึ้นไป จัดเป็นลานกีฬาเด็กเล็กที่มีความปลอดภัย ในชุมชนและหมู่บ้านควรจัดให้มีที่สาธารณะสำหรับรองรับเด็กเล็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ เพื่อให้มีสถานที่ที่จะให้เด็กเล็กได้รับการกระตุ้น จะทำให้เด็กเล็กมีพัฒนาการเป็นไปตามวัยได้อย่างสมบูรณ์ ควรผลักดันให้มีการจัดตั้งศูนย์เด็กอ่อนให้มากขึ้น และควบคุมศูนย์เด็กอ่อนภาคเอกชนให้มีคุณภาพ

๒.๒ ดำเนินการประเมินพฤติกรรมเด็ก SDQ (The Strengths and Difficulties Questionnaire) เพื่อให้มีการดำเนินการระบบดูแลช่วยเหลือเด็กในโรงเรียนทุกสังกัดในกรุงเทพมหานคร และควรจัดให้มีการอบรมครูที่ปรึกษาโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครเพื่อให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตกับเด็กนักเรียน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๒.๓ ควรศึกษาจัดทำแบบประเมินความฉลาดทางด้านสังคมและมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีที่ใช้ในการประเมินได้อย่างง่าย และส่งเสริมให้โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครใช้คู่มือที่มูลนิธิแพธทูเฮลท์และร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสังคมอย่างต่อเนื่อง และควรให้มีการพัฒนาเด็กที่มีระดับความฉลาด (EQ) ต่ำ โดยให้มีการฝึกทักษะชีวิต โดยใช้คู่มือฝึกทักษะชีวิตในส่วนที่ยังขาดอยู่

๒.๔ เสนอให้จัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและการคิดกรองสุขภาพจิตเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงโดยเฉพาะคนยากไร้ โดยเริ่มจากการทำแอพพลิเคชั่น หรือคิวอาร์โค้ด โดยให้ข้อมูลด้านการพัฒนาการเด็กตั้งแรกเกิด

๒.๕ ควรขยายโปรแกรมสร้างสุขในวัยทำงานในชุมชนและสถานประกอบการอย่างทั่วถึงทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีการนำโปรแกรมสร้างสุขในวัยทำงานและการสร้างสุขในสถานประกอบการลงไปปฏิบัติจริงในสถานประกอบการและชุมชน และควรให้หน่วยงานภาครัฐมีมาตรการการสร้างเสริมสุขภาพโดยการขยายโปรแกรมสร้างสุข ๕ มิติในผู้สูงอายุในศูนย์สร้างสุขทุกวัยให้ครอบคลุมทั้ง ๕๐ เขต

๓. ด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตทุกช่วงวัย

๓.๑ ควรมีการจัดระบบสำรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี ในชุมชนอย่างครอบคลุมและให้มีการแก้ไขปัญหาเด็กที่พัฒนาการช้าอย่างจริงจัง และต้องให้มีการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัยตามเครื่องมือของกรมสุขภาพจิตอย่างครอบคลุม

๓.๒ ควรให้นักเรียนระดับประถมและมัธยมในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครได้รับการประเมินพัฒนาการความฉลาดทางด้านสังคมและการมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี (Social Quotient) เพื่อให้เด็กวัยรุ่นสามารถเข้าสังคม มีทักษะในการสื่อสารกับผู้อื่น รู้ถึงสิทธิ์ของตนเองและสิทธิ์ของผู้อื่น และให้มีการฝึกทักษะชีวิตเพื่อป้องกันและเพิ่มการพัฒนา SQ ให้กับเด็กที่มีปัญหา โดยมีการจัดทำบันทึกและรายงานอย่างต่อเนื่อง

๓.๓ ควรค้นหากลุ่มเด็กที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น พ่อแม่แยกทางที่มักมีโอกาสมีภาวะโรคจิตมากกว่า โดยให้มีการตั้งคณะกรรมการชุมชน ช่วยสำรวจและประเมิน และควรมีการประเมินความรุนแรงของเด็กกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น เด็กแว้น และเข้าไปช่วยเหลือจัดการเพราะเด็กกลุ่มนี้ บางคนมีโรคซึมเศร้า ติดสารเสพติด สมาธิสั้น

๓.๔ สำนักอนามัยควรสำรวจสภาวะโรคสมองเสื่อมในกลุ่มเป้าหมายอย่างจริงจัง เพื่อให้รีบแก้ไข โดยใช้แบบประเมินวุฒิปัญญา

๓.๕ ควรให้สำนักวัฒนธรรม กีฬา และการท่องเที่ยว จัดทำแผนในการพัฒนาศูนย์สร้างสุขทุกวัยให้มีมาตรฐานเพิ่มศูนย์ให้มีมากขึ้นในแต่ละปี

๔. ด้านกรอบโครงสร้างการบริการสุขภาพจิตโดยกรุงเทพมหานคร

๔.๑ จัดตั้งคณะทำงานซึ่งประกอบด้วยทุกภาคส่วนในการพัฒนาโครงสร้างองค์กรและกำลังคนในการจัดบริการสุขภาพจิตของกรุงเทพมหานคร

๔.๒ ให้สำนักการแพทย์ปรับปรุงโครงสร้างองค์กร ให้มีกลุ่มงานจิตเวชในโรงพยาบาล และเปิดหอผู้ป่วยด้านจิตเวชในโรงพยาบาล ทั้ง ๕ แห่ง คือ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลสิรินธร และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

๔.๓ ควรให้มีการจัดตั้งกองสุขภาพจิตในสำนักอนามัย โดยให้มีหน้าที่ในงานด้านการรักษา ป้องกัน ส่งเสริมฟื้นฟู ในศูนย์บริการสาธารณสุขจัดให้มีกลุ่มงานสุขภาพจิตชุมชน และจัดทำหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ระยะสั้น ให้กับนักวิชาการสาธารณสุข

๔.๔ กรุงเทพมหานครควรจัดโครงสร้างหลักสูตรพยาบาลปริญญาโทจิตเวชนอกเวลา (เสาร์ - อาทิตย์) โดยให้มีการตั้งงบประมาณเพื่อให้พยาบาลได้มีการศึกษาเพิ่มเติมในมหาวิทยาลัยต่างๆ ที่มีหลักสูตรอยู่แล้ว

๔.๕ ควรให้มีการสร้างแรงจูงใจ เช่น การให้ค่าตอบแทน และการส่งเสริมความก้าวหน้าในสายอาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตให้เทียบเท่ากับกระทรวงสาธารณสุขและกรมสุขภาพจิต

๔.๖ ควรให้สำนักอนามัยและสำนักการแพทย์ศึกษากฎหมายและระเบียบด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ออกมาใช้บังคับ หากมีกฎหมายใดที่ไม่ทันสมัย เห็นควรให้มีการยกเลิกเพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๕. ด้านการจัดระบบบริการผู้ป่วยใน

๕.๑ เห็นควรประสานกรมสุขภาพจิตหารือร่วมกับโรงพยาบาลสังกัดคณะแพทยศาสตร์ในกรุงเทพมหานครให้เพิ่มเตียงผู้ป่วยจิตเวช อย่างน้อยแห่งละ ๓๐ เตียง

๕.๒ จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครและสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาอย่างเหมาะสม

๕.๓ ทุกโรงพยาบาลควรจัดทำแผนฝึกอบรมพยาบาลจิตเวช เป็นเวลา ๔ เดือน โดยขอให้สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นผู้ดำเนินการจัดการอบรม โดยกรุงเทพมหานครตั้งงบประมาณเพื่อเป็นค่าลงทะเบียนให้กับพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

๕.๔ ควรจัดหานักจิตวิทยาคลินิกมาช่วยงานจิตแพทย์ และให้พยาบาลเข้ามาช่วยงานจิตเวช เพื่อลดเวลาในการรักษาของแพทย์ลง จะทำให้แพทย์ที่ขาดแคลนสามารถดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น

๕.๕ กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาหายและรอการฟื้นฟู และกลุ่มที่กลับสู่สังคมไม่ได้ กรุงเทพมหานครจะต้องจัดให้มีสถานที่สำหรับให้การดูแลผู้ป่วย โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง

๖. ด้านระบบการดูแลที่บ้านและการเบิกจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชน

๖.๑ ควรให้มีการจัดทำหลักสูตรและอบรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชที่พ้นภาวะการป่วยเฉียบพลันที่ต้องกลับไปฟื้นฟูที่บ้าน โดยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ มูลนิธิสมเด็จเจ้าพระยาฯ และสำนักอนามัย ดำเนินการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสม

๖.๒ ควรให้มีการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางจิตในชุมชน โดยให้ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นหน่วยดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐาน โดยให้อาสาสมัครในศูนย์สุขภาพชุมชนดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ได้ตามมาตรฐาน กรณีมีค่าใช้จ่ายเกินกว่าที่ภาครัฐสนับสนุน ให้จัดทำเป็นโครงการการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อขอรับการสนับสนุนเงินผ่านกองทุนระดับเขตของกรุงเทพมหานคร

๖.๓ การพัฒนาผู้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ควรจัดให้มีการอบรมในวันเสาร์และวันอาทิตย์โดยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาร่วมกับสำนักอนามัย โดยจัดอบรมให้กับคลินิกปฐมภูมิและโรงพยาบาลทุกแห่งที่สนใจด้วย

๖.๔ ในบางพื้นที่ชุมชนยังไม่มีความเข้มแข็งควรจัดให้มีศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตในพื้นที่สาธารณะต่าง ๆ ให้เป็นสถานที่ดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่หายแล้ว โดยให้มีพระสงฆ์และประชาชนที่อาสามาช่วยเป็นจิตอาสาและเป็นแกนนำโดยร่วมมือกับศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่

๖.๕ ขอให้กรุงเทพมหานครและศูนย์สุขภาพจิต เขต ๑๓ ทดลองตั้งสายด่วนสุขภาพจิตกรุงเทพมหานคร และขอรับเงินสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

๗. ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับพุทธศาสนา

ควรจัดให้มีศูนย์พักฟื้นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางกายและจิต โดยให้กรุงเทพมหานครจัดสร้างในพื้นที่ของราชการหรือที่ของวัดโดยตั้งผู้อำนวยการดูแลศูนย์ฯ ให้มีจิตอาสา อาสาสมัคร และพระสงฆ์ช่วยดูแลผู้ป่วยที่รักษาหายแล้วให้สามารถดูแลตัวเองและดูแลผู้ป่วยคนอื่นได้

๘. ด้านการจัดพื้นที่ความสุขทางปัญญา โดยจัดทำหอจดหมายเหตุพุทธทาส อินทปัญโญ ขึ้นในสวนสาธารณะของกรุงเทพมหานคร เช่น ที่มีที่สวนรถไฟ โดยร่วมกับมูลนิธิหอจดหมายเหตุพุทธทาส อินทปัญโญ ต่อไป

งานสุขภาพจิตเป็นงานที่สังคมขาดความเข้าใจ ยังมีการรังเกียจเดียดฉันท์อยู่เสมอ เป็นงานยากและต้องดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนานตลอดชีวิต จำเป็นที่ต้องให้การสนับสนุนทรัพยากรอย่างจริงจัง และควรดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างยั่งยืน จึงจะทำให้เกิดความยั่งยืนต่อไปได้

(นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์)
ประธานคณะกรรมการวิสามัญฯ