

ก้าวใหม่ด้านสาธารณสุขของสุขภาพจิตชุมชนกับปัจจัย กำหนดสังคมทางสุขภาพผลจากโลกาภิวัตน์สู่ การพัฒนาชุมชนท้องถิ่นในไทย

ชลธิชา แก้วอนุชิต*

Kaewanuchit C. A new public health approach to community mental health with social determinants of health resulting from globalization to local community development in Thailand. Chula Med J 2013 Jul – Aug; 57(4): 503 - 14

Mental health problems are associated with poor mental health conditions under the influences of globalization and community. They lead to higher the costs of mental health care at individual, local and global levels. Community mental health is, hence, developed according to the World Health Organization's policy is rooted in mental health promotion, prevention, treatment, and rehabilitation, focusing on mental health promotion and prevention. It is linked into the concept of social determinants of health. In Thailand, it is known as a new approach to public health. Its details described poverty, inequality and iniquity, social exclusion and discrimination, housing and environment, and employment conditions that are related to community mental health under globalization of local community development in Thailand. People, who live in poverty, suffer from social class inequality, excluded and discriminated from their society and having limited access at mental health services. Besides, environment and housing are other factors for accessibility to mental health services as well. In addition, job condition (e.g. job task, low income etc.) dues to accumulated stress and mental health problem in community. For four decades, the processes of community mental health service have been very slow following the political situations of Thailand. Moreover, it did not "put the people at the centre of health care" so that they can participate in the process of mental health promotion at the community level.

The Department of Mental Health, Ministry of Public Health in Thailand is an important mental health office at the national level. Its mission is to adjust social determinants of health concept that is fundamental to new concept of public health development. It is a new approach of community mental health to health equity led by the World Health Organization's policy at the local level.

This article, therefore, explains the definition of community mental health, concept of community mental health, philosophy of community mental health, mental health with globalization to local community development and a new public health approach of community mental health linked to the concept of social determinants of health resulting from globalization to local community development in Thailand.

Keywords: *A New public health approach, community mental health, social determinants of health, globalization, local community development.*

Reprint request: Kaewanuchit C, Department of Applied Sciences, Faculty of Sciences and Technology, Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University, Phranakhon Si Ayutthaya province, Thailand 13000. E-mail: sim356@yahoo.com

Received for publication. November 15, 2012.

ชลธิชา แก้วอนุชิต. ก้าวใหม่ด้านสาธารณสุขของสุขภาพจิตชุมชนกับปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพผลจากโลกาภิวัตน์สู่การพัฒนาชุมชนท้องถิ่นในไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2556 ก.ค. - ส.ค.; 57(4): 503 - 14

ปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับต่อผลทางสุขภาพในแง่ลบภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และชุมชน ปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวนำไปสู่การเพิ่มค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพจิตในระดับปัจเจก ท้องถิ่น และระดับโลก สุขภาพจิตชุมชนจึงได้ถูกพัฒนาขึ้นตามองค์การอนามัยโลกอันมีรากฐานมาจากการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันสุขภาพจิต การรักษาสุขภาพจิต และการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพจิต แต่เน้นความสำคัญในด้านการส่งเสริมและการป้องกันทางสุขภาพจิต สุขภาพจิตชุมชนนี้เชื่อมโยงกับแนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพที่รู้จักกันในนามของก้าวใหม่ของด้านสาธารณสุขในประเทศไทย รายละเอียดแนวคิดนี้กล่าวถึง ความยากจน ความไม่เสมอภาคและความไม่เป็นธรรม การถูกกีดกันทางสังคม และการตีตรา ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนเงื่อนไขการทำงานซึ่งเกี่ยวข้องกันในด้านสุขภาพจิตชุมชนผลจากโลกาภิวัตน์สู่การพัฒนาชุมชนท้องถิ่นในประเทศไทย ประชาชนผู้ซึ่งมีความยากจนและไม่เท่าเทียมทางชนชั้นทางสังคมทำให้พวกเขาได้รับการกีดกันและตีตราจากสังคมไทย ต่อการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้สภาพสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยหนึ่งต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตเช่นกัน รวมทั้งเงื่อนไขของการทำงาน เช่น ภาระงาน รายได้ต่ำ เป็นต้น ทำให้เกิดความเครียดสะสมและปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในชุมชน ในช่วงเวลา 4 ทศวรรษที่ผ่านมากระบวนการของงานบริการด้านสุขภาพจิตชุมชนนั้นดำเนินไปอย่างล่าช้ามากตามสถานการณ์ทางการเมืองของไทย ยิ่งไปกว่านั้นยังไม่ได้ใช้แนวคิดการยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางซึ่งประชาชนในระดับชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิตของพวกเขาเอง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ซึ่งเป็นหน่วยงานด้านสุขภาพจิตที่สำคัญในระดับประเทศ และได้พยายามปรับปรุงโดยใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพมาเป็นรากฐานของการพัฒนาสาธารณสุขแนวใหม่ นับเป็นก้าวใหม่ด้านสาธารณสุขของสุขภาพจิตชุมชนเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพลงสู่ระดับท้องถิ่นตามนโยบายองค์การอนามัยโลก

ดังนั้นบทความนี้อธิบายเกี่ยวกับคำจำกัดความของสุขภาพจิตชุมชน หลักการของสุขภาพจิตชุมชน ปรัชญาของสุขภาพจิตชุมชน สุขภาพจิตกับระบบโลกาภิวัตน์สู่การพัฒนาชุมชนท้องถิ่น และก้าวใหม่ด้านสาธารณสุขของงานสุขภาพจิตชุมชนเชื่อมโยงกับปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพผลจากโลกาภิวัตน์สู่การพัฒนาชุมชนท้องถิ่นของประเทศไทย

คำสำคัญ : ก้าวใหม่ด้านสาธารณสุข, สุขภาพจิตชุมชน, ปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ, โลกาภิวัตน์, การพัฒนาชุมชนท้องถิ่น.

ปัญหาทางสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อบุคคล ชุมชน และสังคมอันเป็นการสูญเสียเศรษฐกิจค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพจิต ตลอดจนทรัพยากรด้านบุคคลของประเทศเป็นอย่างมาก เพราะรัฐบาลจะต้องรับภาระการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้เป็นระยะเวลายาวนาน เพราะมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด การตัดสินใจ การรับรู้ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการถูกชักจูงได้ง่ายในการกระทำสิ่งผิดกฎหมายตามมา (1)

สุขภาพจิตชุมชนจึงเริ่มเข้ามามีบทบาทในการป้องกัน ส่งเสริมบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางจิต และยังครอบคลุมเข้าไปถึงประชาชนทั่วไปทั้งที่ยังไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (2, 3)

ดังนั้นบทความนี้จะกล่าวถึงประเด็นเกี่ยวกับคำจำกัดความ หลักการ ปรัชญาของสุขภาพจิตชุมชนสุขภาพจิตกับระบบโลกาภิวัตน์สู่การพัฒนาชุมชนท้องถิ่นและสุดท้ายในประเด็น ก้าวใหม่ด้านสาธารณสุขของงานสุขภาพจิตชุมชนเชื่อมโยงกับปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้โลกาภิวัตน์สู่การพัฒนาชุมชนท้องถิ่นของประเทศไทย

คำจำกัดความของสุขภาพจิตชุมชน

สุขภาพจิตชุมชน จัดว่าเป็นศาสตร์ที่เป็นแขนงหนึ่งของจิตเวชศาสตร์จากแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่มองว่าสุขภาพจิตชุมชนเป็นลักษณะงานที่สัมพันธ์ต่อเนื่องกับชุมชนโดยเน้นการป้องกันส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับท้องถิ่นชุมชน เพื่อลดอุปสรรคในการทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพจิตตามแนวทางงานด้านสาธารณสุขศาสตร์ โดยองค์การอนามัยโลกนิยามสุขภาพจิตว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวให้มีความสุขกับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขและสบายใจ ตลอดจนสามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนไปโดยไม่มีความขัดแย้งในใจนั่นเอง (4, 5)

ในขณะที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย โดยศาสตราจารย์นายแพทย์ ฝน แสงสิงแก้ว

ผู้ซึ่งเป็นบิดาด้านจิตเวชศาสตร์ของไทย กล่าวถึงความหมายของสุขภาพจิตชุมชนว่าคือ การป้องกันโรคทางจิตเวชในชุมชน (5)

นอกจากนี้ กวี สุวรรณกิจ (2536) ได้อธิบายสุขภาพจิตชุมชนว่าเป็นวิชาการแขนงหนึ่งของจิตเวชศาสตร์ ว่าด้วยการนำเอาการปฏิบัติงานด้านการรักษาป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตมาผสมผสานกันที่เน้นการเข้าถึงชุมชนที่เป็นการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตตามแนวทางสาธารณสุขศาสตร์ (6)

ดังนั้น คำจำกัดความของสุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health) คือ การประยุกต์แนวคิดพื้นฐานด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ผสมผสานกับด้านสาธารณสุขโดยเน้นเรื่องการป้องกันโรคทางจิตเวชหรือการส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นส่วนใหญ่โดยผ่านระบบชุมชนเป็นหลัก เน้นให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการหาแนวทางการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตร่วมกันโดยยึดตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอุปสรรคต่าง ๆ ของสังคมที่ทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพจิตชุมชน และก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพด้วย (2)

หลักการของสุขภาพจิตชุมชน

หลักการสุขภาพจิตชุมชนนั้นยึดถือตามแนวคิดหลักการสำคัญของสาธารณสุขศาสตร์และวิธีการปฏิบัติมุ่งก่อให้เกิดการติดต่อสัมพันธ์เชื่อมโยงเข้าถึงระดับบุคคลครอบครัว และชุมชน จนทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจจนถึงขั้นดำเนินงานเพื่อคงไว้ให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพอนามัยที่ดีและพึ่งพาตนเองได้เป็นสำคัญ โดยมีหลักดังนี้ (2, 5)

1. การส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการบกพร่องทางจิต มีเป้าหมายของการส่งเสริมและป้องกันการบกพร่องทางจิตเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี มีดังนี้ (2, 7)
 - 1.1 งานบริการและส่งเสริมสุขภาพจิตต้องดำรงไว้ซึ่งสมดุลทางจิตและลดภาวะกดดันทางจิตใจในระยะปฐมภูมิ
 - 1.2 ในด้านการปฏิบัติต้องมีความต่อเนื่องของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีระบบส่งต่อที่รวดเร็วภายใต้พื้นฐาน

ของการพึ่งพาตนเองในชุมชน

1.3 ประชาชนทุกกลุ่มและทุกอาชีพในชุมชนต้องได้รับบริการด้านสุขภาพจิตชุมชนอย่างทั่วถึง เท่าเทียม เสมอภาค เพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางด้านสุขภาพ

2. การบำบัดรักษาแบบเฉียบพลัน มีเป้าหมาย คือ ลดระยะเวลาของการบกร่องทางจิต (2, 3)

2.1 การใช้วัฒนธรรมพื้นบ้านที่ไม่ซับซ้อนและไม่เป็นภัยอันตรายต่อสุขภาพมาผสมผสานกับการรักษาการแพทย์สมัยใหม่ เช่น การใช้สมุนไพร พิธีกรรม การเรียกขวัญ เป็นต้น

2.2 การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทีมการแพทย์และสาธารณสุข มีรูปแบบการให้คำปรึกษา และส่งต่อจากระบบท้องถิ่นสู่ระบบการรักษาเฉพาะทางในระดับประเทศ

2.3 การมีผู้ช่วยให้บริการในชุมชน เช่น อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เป็นต้น ที่มีประสิทธิภาพ ใกล้ชิดชุมชน และเข้าใจพื้นฐานของชุมชนเป็นอย่างดี

3. การมุ่งเน้นบำบัดที่บ้าน มีเป้าหมาย คือ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางจิตในทิศทางบวก (2, 8)

3.1 การดูแลผู้ที่มีภาวะบกร่องทางจิตต้องคำนึงถึงว่าเป็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันของบุคคลในชุมชน และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพจิตที่ดีแก่ทุกฝ่าย

3.2 การเน้นการปรับตัวของผู้ที่มีภาวะบกร่องทางจิตเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ การปรับตัวของญาติ บุคคลในครอบครัว ชุมชน

3.3 การให้ผู้ที่มีภาวะบกร่องทางจิตมีโอกาสใช้ชีวิตอยู่กับสถานที่ที่ตนเองคุ้นเคย อันส่งผลให้ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผิดปกติได้ง่ายขึ้นโดยอาจใช้ในรูปแบบของการรักษาบำบัด หรือกลุ่มบำบัด เช่น ครอบครัวบำบัด กลุ่มต่าง ๆ เฉพาะกลุ่มในชุมชนบำบัด

ปรัชญาของสุขภาพจิตชุมชน

ปรัชญาของสุขภาพจิตชุมชน มีดังนี้ (2, 5)

1. การเน้นให้ประชาชนในชุมชนเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวางแผน การรักษาดูแลตนเองได้อย่างผาสุก และยังสามารถดำรงชีพอยู่ได้ ผู้ที่ทำหน้าที่ดังกล่าวไม่ใช่แพทย์

แต่ผู้ที่ทำหน้าที่นี้ต้องเป็นผู้มีความสามารถและเข้าใจจุดประสงค์ของชุมชนเป็นอย่างดีไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้มีภาวะบกร่องทางจิต หรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หรือผู้ให้การดูแลที่ได้รับผ่านความเห็นชอบของคนในชุมชนท้องถิ่นนั้น ๆ ที่สามารถเข้ามาช่วยร่วมวางแผน วิเคราะห์สาเหตุ แก้ไขปัญหาที่ชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ และเหมาะสมกับวัฒนธรรมในแต่ละชุมชน

2. การเปลี่ยนความเชื่อใหม่ของสมาชิกในชุมชนท้องถิ่นนั้น ๆ โดยให้เชื่อว่าประชาชนทุกคนต้องการความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ไม่ใช่แต่เฉพาะผู้ที่มีภาวะบกร่องทางจิตที่มีสาเหตุมาจากเจ็บป่วยภายในจิตใจ และต้องการเพียงแคร์รักษาโดยการบำบัดจิตวิเคราะห์เท่านั้น แต่ต้องได้รับการดูแล ส่งเสริม ป้องกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านจิตใจ

3. การจัดบริการด้านจิตเวชนั้นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคนที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น การให้บริการผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ที่มีภาวะบกร่องจากโรคทางกายเรื้อรัง กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีภาวะกดดัน ถือเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องใช้บริการตามลักษณะความต้องการเฉพาะ และสอดคล้องกันในแต่ละกลุ่ม

4. สุขภาพจิตชุมชนต้องใช้กระบวนการวางแผนงานสาธารณสุขแบบใหม่ ในที่นี้ คือ การใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพเข้ามาผสมผสานร่วมกับการวินิจฉัยชุมชน เพื่อร่วมกันวางแผนให้บริการแก่ชุมชน โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนชุมชนทั้งในระดับบุคคล และชุมชนท้องถิ่นเหล่านั้นด้วยตนเอง

สุขภาพจิตกับระบบโลกาภิวัตน์สู่การพัฒนาชุมชนท้องถิ่น

สุขภาพตามความหมายใหม่ของสุขภาพจากองค์การอนามัยโลกเมื่อ พ.ศ. 2541 ว่า “สุขภาพเป็นสุขภาวะอันสมบูรณ์และมีพลังทั้งร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคและการเจ็บป่วยเท่านั้น” (9, 10) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

2550 ได้ให้นิยามคำว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล มิติสุขภาพแบบองค์รวมดังกล่าวนี้ ประกอบด้วย 4 มิติ คือ สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณ/ปัญญาซึ่งมีความเชื่อมโยงความสัมพันธ์อย่างซับซ้อนอย่างแยกกันไม่ออก⁽¹⁰⁾

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม ส่งผลให้เกิดการพัฒนาด้านการติดต่อสื่อสารอย่างไร้พรมแดน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องผลการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สัมพันธ์กับการพัฒนาด้านความสัมพันธ์ในแง่เศรษฐกิจ สังคม การเมือง เทคโนโลยี ก่อให้เกิดการข้ามพรมแดนของวัฒนธรรมในระดับการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นไปสู่ระดับโลกาภิวัตน์^(2,3,9) ในทางตรงข้ามก็มีก้าวข้ามเส้นพรมแดนจากระดับโลกาภิวัตน์มายังการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นอันเป็นผลมาจากการพัฒนาดังกล่าวอย่างไร้พรมแดนอย่างเป็นพลวัตมากขึ้น อันนำไปสู่ความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างสุขภาพของปัจเจกบุคคล ชุมชนท้องถิ่น และนโยบายสุขภาพจิตของภาครัฐบาล ทั้งทั้งประเทศ และทั่วโลก ทำให้คนมีโอกาสรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ และรวมเป็นสังคมเดียวกันอันมีทั้งส่งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพจิต เช่น ความเครียด วิดกกังวล การรับรู้ข้อมูลข่าวใหม่ ๆ ด้านสุขภาพอย่างรวดเร็วทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นต้น⁽¹¹⁻¹³⁾

หากมองภาพรวมว่าประชาชนบนโลกนี้ คือประชากรโลกที่อยู่ภายใต้ระบบโลกาภิวัตน์ และจากประชากรโลกอันเกิดมาจากการรวมตัวประชาชนของแต่ละประเทศ จากประชาชนของแต่ละประเทศก็เกิดมาจากผลของปัจเจกบุคคลในแต่ละชุมชนท้องถิ่นซึ่งก็มาจากการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นนั่นเอง ในที่นี้จะขออธิบายเฉพาะสุขภาพจิตภายใต้ระบบโลกาภิวัตน์ที่เชื่อมโยงผ่านเข้ามาสู่การพัฒนาชุมชนท้องถิ่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาความก้าวหน้าของเทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารแบบไร้พรมแดน ไร้ขีดจำกัด ทำให้ประชาชนผู้มีความรู้สามารถสืบค้นความรู้เกี่ยวกับทางด้านสุขภาพ

ได้อย่างรวดเร็ว เช่น ในเครือข่ายทางสังคมที่เชื่อมผ่านการออนไลน์ที่ทำให้คนกลายเป็นภาพเสมือนที่ไม่มีตัวตน ไม่มีข้อจำกัดของเวลา ไม่มีสถานที่อยู่ชัดเจน ไม่สามารถอ้างอิงได้ ทำให้มีการรับรู้พฤติกรรมเกี่ยวกับทางด้านสุขภาพจิตแบบถูกบ้าง ผิดบ้าง หลายคนเกิดความไม่แน่ใจว่า บุคคลที่ตนเองสนทนาผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์นั้นเป็นผู้มีสุขภาพจิตเป็นเช่นไรที่อาจนำไปสู่การกระทำผิดทั้งทางแพ่งและอาญาได้^(11, 12)

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2008⁽¹³⁾ พบว่าสมาชิกในสหประชาชาติ ผู้กำหนดนโยบายต่างเรียกร้องความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพภายใต้บริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วภายใต้โลกาภิวัตน์ โดยการใช้ปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพเข้ามาขับเคลื่อนงานทางด้านสุขภาพ และลงไปสู่ชุมชนท้องถิ่นเพื่อลดช่องว่างความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพและทำให้เกิดความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพมากขึ้นกว่าประชาชนสมัยรุ่นบรรพบุรุษในอดีต⁽¹⁾ จากการดำเนินการของคณะกรรมการสิทธิการตามแนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพมีหลายประเทศ และหลายองค์กรได้เข้ามาร่วมมือวางกรอบนโยบายที่ประสบความสำเร็จ ล้วนแล้วแต่เป็นประเทศและองค์กรที่มีบทบาทเป็นผู้นำในการเคลื่อนไหวเรื่องสุขภาพระดับโลก คณะกรรมการนี้จึงได้เรียกร้องให้องค์การอนามัยโลก และรัฐบาลทุกประเทศเป็นผู้นำในการเคลื่อนไหวดำเนินการตามแนวคิดนี้รวมทั้งประเทศไทยด้วย⁽¹⁴⁾

แนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพกับสุขภาพจิตชุมชน

แนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ (The Social Determinants of Health)^(13, 15-17) ในทางสาธารณสุขถือว่าเป็นก้าวใหม่ของสาธารณสุขไทย⁽¹⁸⁾ อันเกิดมาจากการเรียกร้องของคณะกรรมการชุดหนึ่งในองค์การอนามัยโลกได้เรียกร้องความเป็นธรรมทางสุขภาพที่กล่าวถึงสภาวะทางสังคมที่บุคคลดำเนินชีวิตและทำงานอยู่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคมโดยรวมซึ่งส่งผลให้การดำรงชีวิตมีสภาวะที่ดี และ

อีกด้านหนึ่งของปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ซึ่งครอบคลุม ปัจจัยกายภาพ สังคม ทรัพยากรส่วนบุคคลชี้ให้เห็นถึงความพึงพอใจในการบรรลุถึงเป้าหมายที่มีความหลากหลายที่สังคมสร้างขึ้นมาให้กับสมาชิกของตนเองอย่างเหมาะสมทั้งระดับบุคคล ชุมชน และสังคม อันมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ กรอบแนวคิดนี้ปัจจุบันกลายมาเป็นรากฐานในการพัฒนางานทางด้านสุขภาพกายและจิตของประเทศไทย เช่น ความยากจน อันเป็นปัจจัยหนึ่งของตัวกำหนดทางสังคมของสุขภาพ เป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาความด้อยโอกาสทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ ก่อให้เกิดหนี้สิน ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด โรคจิต และโรคประสาท นั่นเอง หรือกระแสโลกาภิวัตน์ที่มีผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ของชุมชนท้องถิ่น⁽¹⁸⁾ เช่น กลุ่มเกษตรกรไทยที่อยู่ในชุมชนเป็นอาชีพกลุ่มใหญ่ของประเทศไทย และกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ของแต่ละชุมชนที่มีปัญหาหนี้สิน ความยากจน การด้อยโอกาสทางสังคมต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตชุมชน ส่งผลให้เกิดความเครียด ความกดดันด้านจิตใจ เป็นต้น^(19, 20)

แนวคิด ปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพนั้นมีรากฐานมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว ชุมชน อันเป็นตัวกำหนดสภาพและสถานการณ์ในแต่ละวันในกลุ่มเพื่อนบ้าน ชุมชน และสถาบันทางสังคม^(21, 22) ในที่นี้ จะขอกล่าวถึงแนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพบางประเด็นที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตชุมชน⁽¹⁶⁾ อันประกอบด้วย ความยากจน ความไม่เสมอภาคและความไม่เป็นธรรม การถูกกีดกันทางสังคมและการตีตราที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนเงื่อนไขการทำงาน รายละเอียดมีดังนี้^(17, 23, 24)

(1) ความยากจนที่เกิดมาจากโครงสร้างทางสังคมของแต่ละชุมชน ทำให้เกิดการขาดแคลนโอกาสและสิ่งจำเป็นในชีวิตส่งผลต่อสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงจิตวิญญาณของบุคคล ไม่สอดคล้องกับความหมายของสุขภาพตามองค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ พ.ศ. 2541 และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ปัญหาความยากจนนี้ก่อให้เกิดการกู้ยืมเงินเพื่อมาลงทุนตาม

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ ภายใต้ระบบโลกาภิวัตน์ไปสู่การพัฒนาชุมชนท้องถิ่น แม้จะดูเหมือนว่าจะเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมที่ยากสำหรับการช่วยเหลือได้ในระบบสาธารณสุข ซึ่งบางคนอาจแย้งว่ามีโซลูชันด้านสุขภาพ แต่ในความจริงนั้นจะเห็นว่าการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนั้นไม่สามารถแยกปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม ความยากจน และด้อยโอกาสออกจากปัญหาสุขภาพได้เลยเพราะผลทุกอย่างมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน⁽²⁵⁾ เช่น เมื่อประชาชนในชุมชนท้องถิ่นต้องกู้หนี้ยืมเงินมาลงทุนก็ส่งผลให้เกิดความเครียด และมีปัญหาสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตประสาทได้ในที่สุด⁽¹⁸⁾

(2) ความไม่เสมอภาค และความไม่เป็นธรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางงานบริการด้านสุขภาพจิต ปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคในสังคมมีหลายปัจจัย โดยเฉพาะฐานะทางสังคม ลักษณะพื้นที่อาศัยที่อยู่ในท้องถิ่นทุรกันดาร ทำให้ไม่สามารถเข้าไปรับบริการด้านสุขภาพจิตได้ และในระดับโรงพยาบาลระดับชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลนั้น ยังไม่มีความชัดเจนในการให้บริการงานด้านสุขภาพจิตชุมชนทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคมระหว่างสังคมเมือง และสังคมชนบทในท้องถิ่นที่ห่างไกลความเจริญ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความไม่เป็นธรรมเรื่องต่างๆ ที่นำไปสู่ผลเสียต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ^(18, 24)

(3) บุคคลที่ถูกกีดกันทางสังคมและการตีตราอันเนื่องมาจากการด้อยโอกาสทางสังคม ได้แก่ คนจน คนไม่มีงานทำ คนไร้บ้าน ผู้อพยพ ผู้มีภาวะบกพร่องทางจิต แรงงานต่างด้าว คนพิการ และเชื้อชาติที่ต่างไปจากคนส่วนใหญ่ ทำให้บุคคลเหล่านี้ขาดโอกาสในการเลือกงานที่ดีการได้รับค่าจ้างที่ไม่เพียงพอกับการดำรงชีพ การได้รับงานที่เสี่ยงอันตรายต่อชีวิต การขาดโอกาสเหล่านี้ เมื่อพวกเขากลับไปสู่ชุมชนทำให้ไม่สามารถปรับตัวเผชิญกับภาวะความกดดันทางจิตส่งผลให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และกลายเป็นผู้มีภาวะบกพร่องทางจิตได้⁽¹⁸⁾

(4) ที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อม ในชุมชนเมืองมักมีปัญหาทางด้านที่อยู่อาศัยหนาแน่นและแออัดทำให้เกิดปัญหาทางสิ่งแวดล้อมตามมาก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และมีแนวโน้มของการเกิดโรคติดต่อ และโรกระบบทางเดินหายใจ⁽¹⁸⁾

(5) เงื่อนไขของการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการว่างงาน ถือว่ามีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือผู้ที่มีการงานที่ได้รับมอบหมายมากเกินไป ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้มีรายได้ต่ำหรือไม่มีรายได้ทำให้ไม่มีเงินมารักษาพยาบาลทำให้เกิดภาระหนี้สิน เกิดความเครียดสภาพจิตใจหดหู่ และมีปัญหาทางสุขภาพจิตและกายตามมา^(18, 26 - 28)

ก้าวใหม่ด้านสาธารณสุขของงานสุขภาพจิตชุมชน เชื่อมโยงกับปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพผลจาก โลกาภิวัตน์สู่การพัฒนาชุมชนท้องถิ่นของประเทศไทย

เมื่อก้าวถึงทิศทางงานสุขภาพจิตชุมชนระดับ
สากลนั้น จะประกอบด้วย⁽²⁾

1. เน้นการดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้มีภาวะ
บกพร่องทางจิตมากขึ้น
2. เน้นการป้องกันกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทาง
จิตเวช และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
3. ขยายงานเข้าสู่ชุมชนในวงกว้าง โดยการให้
ความรู้ความเข้าใจของประชาชนเพื่อไม่ให้ตีตราผู้ที่มีภาวะ
บกพร่องทางจิตเมื่อเขากลับไปสู่ชุมชนท้องถิ่นของตนเอง
4. ทีมสุขภาพไม่ว่าจะเป็นแพทย์เวชปฏิบัติ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมบุคลากรทางด้านกายภาพ
และสาธารณสุขต่าง ๆ นั้น ต้องปรับแนวคิดและปรับ
บทบาทให้เป็นนักปฏิบัติในชุมชนมากกว่าเป็นเพียงผู้ให้
คำแนะนำเท่านั้น
5. ปรับปรุงระบบการศึกษาด้านสุขภาพจิตใน
ชุมชนเพื่อสามารถรองรับการดูแลผู้มีภาวะบกพร่องทางจิต
ในชุมชน พร้อมดูแลสุขภาพจิตตนเองได้เพื่อป้องกันปัญหา
สุขภาพจิต
6. นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ให้เกิดประโยชน์
กับงานของสุขภาพจิตชุมชน

เมื่อวิเคราะห์แล้วจะเห็นว่า ทิศทางของงานสุขภาพ
จิตชุมชนจะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับรากฐานแนวคิด
ปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้โลกาภิวัตน์ ไม่ว่าจะ
จะเป็นในเรื่องของการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยต่อ
การก้าวข้ามผ่านพรมแดนของการติดต่อสื่อสาร และยิ่งไป
กว่านั้นการปรับเปลี่ยนเจตคติของทีมนักสุขภาพในชุมชน
เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจให้เป็นนักปฏิบัติการมากกว่า
เป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำเท่านั้น การไม่ตีตรากับผู้ที่มีภาวะ
บกพร่องทางจิตเมื่อกลับเข้าสู่ชุมชนท้องถิ่นของตนเอง
ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ โดย
เฉพาะกลุ่มที่เป็นผู้ด้อยโอกาสที่มองว่า ผู้มีภาวะบกพร่อง
ทางจิต จัดว่าเป็นกลุ่มด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการด้าน
สุขภาพจิตชุมชน เพราะมักจะถูกบุคคลในครอบครัว
เก็บตัวให้อยู่กับบ้านมากกว่าการเข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับ
การพัฒนาชุมชนท้องถิ่นของตน ซึ่งหลักการของงาน
สุขภาพจิตในชุมชนระดับสากลจะต้องเปิดโอกาสกับกลุ่ม
ผู้มีภาวะบกพร่องทางจิตให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างผาสุก
และช่วยเหลือตนเองได้เมื่อกลับสู่ชุมชนหรือท้องถิ่นของ
ตนเองนั่นเอง

สำหรับประเทศไทยนั้น การดำเนินงานพัฒนา
สุขภาพจิตที่ก้าวจากโรงพยาบาลมาเข้าสู่ชุมชนท้องถิ่น
นั้นมีมาเกือบ 4 ทศวรรษแล้ว แต่เป็นการดำเนินงานที่
ก้าวไปอย่างล่าช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไปตามสถานการณ์ทาง
การเมืองที่ไม่มีความมั่นคงทางการเมือง และมีโอกาส
เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข เป็นผู้วางแผนนโยบายและแผนงานสุขภาพจิต
ที่มุ่งเน้นพันธกิจ 4 ด้าน คือ⁽²⁹⁾

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต
2. ด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
3. ด้านการรักษาพยาบาล
4. ด้านการฟื้นฟูสภาพผู้มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพจิต

แนวโน้มงานสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทยจะ
มีความโน้มเอียงไปทางงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตมาก
กว่า เพราะในระยะหลังประชาชนมีความใส่ใจกับสุขภาพ
จิตในระดับปัจเจก ชุมชน และสังคมมากขึ้น งานสุขภาพจิต

ชุมชนในประเทศไทยที่ได้ดำเนินการมาแล้ว เช่น การดูแล ผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางจิตที่ซับซ้อนในชุมชน โครงการสุขภาพจิตโรงเรียน และโครงการสุขภาพใจภาคประชาชน เป็นต้น ซึ่งยังคงพบปัญหาและอุปสรรคทั้งในด้านข้อจำกัดของทรัพยากรบุคคล และแนวคิดทางสังคมกับงานสุขภาพจิตชุมชน

อย่างไรก็ตาม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ซึ่งเป็นหน่วยงานด้านสุขภาพจิตที่สำคัญในระดับประเทศไทยได้พยายามปรับปรุงโดยใช้แนวคิด ปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพมาเป็นรากฐานการพัฒนา สาธารณสุขแนวใหม่ และได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตซึ่งมีแผนงานปฏิบัติราชการ 4 ปี (พ.ศ. 2555 - 2558) มีวิสัยทัศน์และพันธกิจที่สำคัญที่เชื่อมโยงกับงานสุขภาพจิตชุมชนโดยตรงนับเป็นก้าวใหม่ของการผสมผสานระหว่างงานสุขภาพจิตชุมชนกับปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้การเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกาภิวัตน์สู่ การพัฒนาชุมชนท้องถิ่น ที่สามารถวิเคราะห์ได้มีดังต่อไปนี้⁽²⁹⁾

1. ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต และบุคลากรเครือข่ายในจังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งเป็นงานที่เน้นระบบบริการสุขภาพจิตในระดับชุมชน เขตภาคใต้ เป็นหลัก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนในจังหวัดชายแดนใต้ได้รับการเยียวยาจิตใจที่เกิดมาจากความรุนแรงของอาชญากรรมในพื้นที่ และปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ โดยมีตัวชี้วัด ได้แก่ ในพ.ศ. 2558 อย่างน้อยร้อยละ 70 ของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบที่มีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้รับการดูแลจิตใจตามมาตรฐานที่กำหนด และมีกลยุทธ์ที่สำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ได้แก่

1.1 พัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตของเครือข่ายในระบบบริการสาธารณสุขไทย

1.2 เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายนอกระบบบริการสาธารณสุขไทยในการดำเนินงานสุขภาพจิต เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

เมื่อวิเคราะห์จะเห็นได้ว่ากลุ่มบุคลากรเครือข่าย และประชาชนในภาคใต้นั้น จัดว่าเป็นกลุ่มด้อยโอกาสที่ถูกจำกัดในเรื่องลักษณะของพื้นที่ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตชุมชน เนื่องจากมีสถานการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องหลายปี ทำให้กรมสุขภาพจิตต้องหาทางเร่งเยียวยาแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่พบในระดับชุมชนของกลุ่มภาคใต้เป็นการเร่งด่วนทำให้โอกาสของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตชุมชนเป็นไปได้ค่อนข้างลำบาก จึงต้องจัดกลยุทธ์เฉพาะด้านเพื่อให้การช่วยเหลือกลุ่มดังกล่าวที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งของปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างแท้จริง⁽³⁰⁾

2. ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกการดำเนินงานสุขภาพจิต และคุณภาพระบบบริหารจัดการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพจิตจากหน่วยบริการจิตเวช และเครือข่ายที่มีคุณภาพมาตรฐานภายใต้การบริหารองค์กร และสมรรถนะบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ มีตัวชี้วัด ได้แก่ หน่วยบริการจิตเวชผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานจำนวน 17 แห่ง และกลยุทธ์ที่สำคัญ ได้แก่⁽²⁹⁾

2.1 พัฒนากลไกเพื่อรองรับการดำเนินงานสุขภาพจิตในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น

2.2 พัฒนาระบบการนำและการบริหารจัดการองค์การที่ดี

2.3 พัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ

2.4 พัฒนาระบบคุณภาพการบริหารทรัพยากรบุคคลในงานสุขภาพจิต

2.5 พัฒนาระบบการดำเนินงานในสถานสุขภาพจิตสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2.6 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตในการมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางของประเทศ

2.7 พัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของเครือข่ายในระบบบริการสาธารณสุขไทย

2.8 เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายนอกระบบบริการสาธารณสุขต่อการดำเนินงาน สุขภาพจิตได้

เมื่อวิเคราะห์จะเห็นว่ากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยนั้นพยายามใช้แนวคิดของปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพเข้ามาผสมผสานเพื่อก่อให้เกิดความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกภายใต้โลกาภิวัตน์สู่การพัฒนาชุมชนท้องถิ่นที่มีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสารให้มีการพัฒนาสู่ความเป็นศูนย์กลาง ใช้หลักการของการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้าวางแผนระบบเครือข่ายด้านบริการสุขภาพจิต ตลอดจนพัฒนากลไกการให้บริการด้านสุขภาพจิตชุมชนเพื่อให้ประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มอาชีพ ได้มีโอกาสเข้าถึงงานบริการด้านสุขภาพจิตในระดับท้องถิ่นมากขึ้น นับเป็นก้าวใหม่ที่จัดเป็นพัฒนาการวางแผนงานขึ้นอย่างมีลำดับกระบวนการในงานสุขภาพจิตชุมชนให้เป็นรูปธรรมในการบริหารจัดการมากขึ้น

3. ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาความเป็นเลิศทางวิชาการด้านสุขภาพจิต เพื่อเสริมสร้างศักยภาพความร่วมมือของเครือข่ายและสื่อสารสู่สังคมแบบเชิงรุก มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เครือข่ายและประชาชนได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต มีตัวชี้วัด คือ อย่างน้อยร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อเนื้อหาและรูปแบบของการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตได้ และมีกลยุทธ์ ได้แก่⁽²⁹⁾

- พัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตของเครือข่ายในระบบบริการสาธารณสุขไทย
- เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายนอกระบบบริการสาธารณสุขไทยในการดำเนินงานสุขภาพจิต
- พัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตให้มีคุณภาพมาตรฐานสอดคล้องกับสภาพปัญหาของไทยและความต้องการของผู้รับบริการเครือข่ายและสังคม
- พัฒนาคัลังความรู้ทางวิชาการด้านสุขภาพจิต
- พัฒนาการแลกเปลี่ยนความรู้ และถ่ายทอดองค์ความรู้ทางวิชาการด้านสุขภาพจิตกับเครือข่ายในประเทศไทย
- พัฒนาการแลกเปลี่ยนความรู้ และถ่ายทอดองค์ความรู้ทางวิชาการด้านสุขภาพจิตกับเครือข่ายต่างประเทศ

เมื่อวิเคราะห์ประเด็นนี้จะมองเห็นผลของโลกาภิวัตน์กับงานสุขภาพจิตชุมชนสู่การพัฒนาชุมชนท้องถิ่นได้อย่างชัดเจน เป็นรูปธรรมมาก เพราะมีกลยุทธ์เพื่อให้เกิดการพัฒนาแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการด้านสุขภาพจิตในระบบเครือข่ายสังคมที่เชื่อมโยงกับความสัมพันธ์ร่วมมือกันของแต่ละเครือข่ายสังคม สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับเครือข่ายสังคมออนไลน์ได้ นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการและกำกับโดยแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตโดยมีเป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดที่ชัดเจนสามารถผลักดันให้เกิดการขยายการดำเนินงานทั่วประเทศที่ทำให้เกิดการผลักดันรูปแบบการดำเนินงานแบบบูรณาการมากขึ้นด้วย

สรุป

ก้าวใหม่ด้านสาธารณสุขของงานสุขภาพจิตชุมชนที่เชื่อมโยงกับปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพผลจากโลกาภิวัตน์สู่การพัฒนาชุมชนท้องถิ่นในประเทศไทยนั้นจำเป็นต้องสร้างกลยุทธ์ในเชิงรุกมากขึ้นหลังจากมีงานด้านสุขภาพจิตชุมชนที่ผ่านมาดำเนินงานพัฒนาได้อย่างค่อนข้างล่าช้าตามสถานการณ์การเมืองของไทยเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความเป็นรูปธรรม ชัดเจนมากขึ้นในการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติในระดับชุมชน อันเป็นก้าวใหม่ที่งานด้านสุขภาพจิตชุมชนต้องใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพเข้ามาเป็นแนวทางองค์ความรู้ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพในประชาชนทุกระดับโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชาชนผู้ด้อยโอกาส ยากจนในระดับชุมชนท้องถิ่นให้มีโอกาสในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจิตชุมชนให้มากขึ้น และเป็น การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตลอดจนทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในระดับชุมชน สังคม ระดับชาติ และระดับโลกสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกเพื่อให้ประชากรของโลกมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั่นเอง

อ้างอิง

1. U.S. Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General-Executive Summary. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1999
2. Ritter LA, Lampkin SM. Community Mental Health. Sudbury, MD: Jones & Bartlett Learning, 2012
3. Stanhope M, Lancaster J. Public Health Nursing: Population Centered Health Care in the Community. Philadelphia: Mosby, 2012
4. World Health Organization. Mental Health. [online] 2011 [cited 2013 Jun 5]. Available from: URL: http://www.who.int/topics/mental_health/en/
5. คณะกรรมการกลุ่มผลิตภัณฑ์วิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. เอกสารการสนทนาวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2554
6. กวี สุวรรณกิจ. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536
7. World Health Organization. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Thailand. Nonthaburi: WHO Country office of Thailand, 2007
8. Burns T. Community Mental Health Teams: a Guide to Current Practices. New York: Oxford University Press, 2004
9. World Health Organization. Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health. Geneva: WHO, 2003
10. อัมพล จินดาวัฒน์, สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิดหลักการและบทเรียนของไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2551
11. Robinson WI. A Theory of Global Capitalism: Production, Class, and State in a transnational World. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 2004
12. Sklair L. Globalization: Capitalism and Its Alternatives. Oxford: Oxford University Press, 2002
13. Muntaner C, Sridharan S, Solar O, Benach J. Against unjust global distribution of power and money: the report of the WHO Commission on the Social Determinants of Health: global inequality and the future of public health policy. J Public Health Policy 2009 Jul; 30(2): 163-75
14. Ostlin P, Schrecker T, Sadana R, Bonnefoy J, Gilson L, Hertzman C, Kelly MP, Kjellstrom T, Labonte R, Lundberg O, et al. Priorities for research on equity and health: towards on equity-focused health research agenda. PLoS Med 2011 Nov; 8(11): e1001115
15. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: the Solid Facts. 2nd ed. Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2003
16. Kjellstrom T, Mercado S. Towards action on social determinants for health equity in urban settings. Environment and Urbanization 2008 Oct; 20(2): 551-74
17. Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. Introduction to the WHO Commission on Social Determinants of Health Employment Conditions Network (EMCONET) study, with a glossary on

- employment relations. *Int J Health Serv* 2010; 40(2): 195-207
18. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย. สงขลา: เทมการพิมพ์, 2553
 19. Kaewanuchit C, Muntaner C, Dendoung S, Labontee R, Suttawet C, Chiengkul W. The psychosocial stress model for Thai contract farmers under globalization: A path analysis model. *Asian Biomed* 2012 Jun; 6(3): 385-95
 20. Kaewanuchit C, Muntaner C, Dendoung S, Suttawet C, Chiengkul W. A path model of stress among farmers under globalization in Thailand. In Ward N, Aichi N, editors. *The Asian Conference on Psychology & the Behavioral Sciences*; 2012 March 30 – April 1; Osaka, Japan, 2012: 1-10
 21. Blas E, Gilson L, Kelly MP, Labonte R, Lapitan J, Muntaner C, Ostlin P, Popay J, Sadana R, Sen G, et al. Addressing social determinants of health inequities: what can the state and civil society do? *Lancet* 2008 Nov 8; 372(9650): 1684-9
 22. Sadana R, Harper S. Data systems linking social determinants of health with health outcomes: advancing public goods to support research and evidence-based policy and programs. *Public Health Rep* 2011 Sep-Oct; 126 Suppl 3: 6 -13
 23. Kelly MP. The axes of social differentiation and the evidence base on health equity. *J R Soc Med* 2010 Jul; 103(7): 266-72
 24. World Health Organization. *World health report 2010: Health Systems Financing-the Path to Universal Coverage*. Geneva: WHO, 2010
 25. Wright LM, Leahey M. *Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention*. 5rd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2009
 26. Jakab Z. Message from the WHO Regional Director for Europe: Addressing health inequities. *Eur J Public Health* 2010 Aug; 20(4): 479
 27. World Health Organization. *World Health Report 2006. Working Together for Health*. Geneva: WHO, 2006
 28. World Health Organization. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: WHO, 2007
 29. กรมสุขภาพจิต. แผนปฏิบัติการ 4 ปี (พ.ศ.2555 - 2558). นนทบุรี: กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2555
 30. Mechanic D. *Mental health and social policy*. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall, 2008