บทที่ 1

สุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน: สถานการณ์ ความต้องการ และทางออกของการดูแล



บทที่

1 สุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน: สถานการณ์ ความต้องการ และทางออกของการดูแล

ปัจจุบันประชาชนประสบกับวิกฤตการณ์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชต่าง ๆ ทั้งในประเด็นความรุนแรงทางร่างกายด้วยการใช้กำลังและอาวุธ หรือการใช้ถ้อยคำรุนแรงต่อกัน รวมทั้งกรณีเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่คล้ายกันด้วยการใช้อาวุธปืน เริ่มจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการกราดยิงในห้างสรรพสินค้าเทอร์มินอล 21 จังหวัดนครราชสีมา ด้วยการใช้อาวุธสงคราม ในวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2563 หรือเหตุการณ์คนร้ายใช้อาวุธปืนก่อเหตุกราดยิงในศูนย์เด็กเล็ก จังหวัดหนองบัวลำภู เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2565 และการกราดยิงกลางห้างสรรพสินค้าดัง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ในวันที่ 3 ตุลาคม 2566 ซึ่งเหตุการณ์ความรุนแรงเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม อย่างเป็นวงกว้าง โดยไม่นับวิกฤตทางสิ่งแวดล้อม โรคระบาด หรือพิษทางเศรษฐกิจที่ทุกคนกำลังเผชิญอยู่ ไม่เพียงแต่ความผิดปกติทางจิตเท่านั้น แต่ปัญหาสุขภาพจิตที่ตามมาได้ถูกจัดเป็นประเด็นสำคัญที่น่ากังวลในระบบสุขภาพจิตชุมชนของประเทศ อัตราความถี่ของการฆ่าตัวตายในปี 2563 อยู่ที่อย่างน้อย 7.37 ต่อประชากร 100,000 คน กรมสุขภาพจิตคำนึงถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน จึงบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตเข้ากับการดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิ ตั้งแต่ปี 2525 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในการมุ่งเน้นความสำคัญด้านสุขภาพจิตในระดับชุมชน อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพจิตและช่องว่างในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตก็ยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (Wannasewok, et al., 2022)



1 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ภาวะวิกฤตของบุคคล เป็นการรับรู้ต่อสถานการณ์ความยุ่งยากต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด อาจเป็นสถานการณ์ภายนอกหรือจากการเปลี่ยนแปลงของตัวบุคคล รับรู้ถึงภาวะคุกคามต่อความสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งบุคคลรับรู้ว่าไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์หรือภัยคุกคามนั้นได้ (สายฝน เอกวรางกูร, บรรณาธิการ, 2565) ภาวะวิกฤตนอกจากส่งผลต่อบุคคลแล้ว ยังส่งผลไปยังครอบครัวด้วย เนื่องจากหากสมาชิกในครอบครัวประสบภาวะวิกฤต สมาชิกที่เหลือในครอบครัวเมื่อรับรู้อาจมีความรู้สึกสับสน เครียด และวิตกกังวลตามไปด้วย หากครอบครัวไม่สามารถบริหารจัดการกับภาวะวิกฤตของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ย่อมส่งผลเสียต่อบุคคลและครอบครัวตามมาได้

ภาวะวิกฤตของบุคคล ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นและลดลงภายใน 24-36 ชั่วโมง มีเพียงส่วนน้อยที่พบว่ามีภาวะวิกฤตยาวนาน 4-6 สัปดาห์ ยกเว้นภาวะวิกฤตอันเกิดจากภัยธรรมชาติหรือโรคระบาด ที่อาจส่งผลยาวนาน และกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในวงกว้างก่อให้เกิดการสูญเสียทั้งสมาชิกในครอบครัว และรายได้ เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง หมดหวังต่อสถานการณ์ยากลำบากนั้น ๆ วิกฤตสุขภาพจิตในยุควิถีใหม่ ที่เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว กอปรกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไปของแต่ละบุคคล โดยปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นที่พบ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล การเสพติดเทคโนโลยี การแยกตัวจากสังคม ตลอดจนการหมดไฟ (Magomedova & Fatima, 2025)

ตัวอย่างภาวะวิกฤตของบุคคลส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของชุมชน ที่พบได้มากขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน เช่น สถานการณ์ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตสำหรับประเทศไทยในปี 2547 คือการเกิดคลื่นยักษ์สินามิ ที่มีการสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ทั้งชีวิต และที่อยู่อาศัย รวมถึงทรัพย์สินอื่น ๆ ตลอดจนสถานการณการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่เริ่มต้นตั้งแต่ ปี 2561 ส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพโดยเฉพาะด้านจิตใจ ก่อนที่จะมีการประกาศให้โรคเชื้อไวรัสโควิด-19 กลายเป็นโรคประจำถิ่นไป แต่เหตุการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ยังคงส่งผลกระทบทำให้เกิดโรคทางจิตเวชที่พบอย่างแพร่หลาย ได้แก่ โรคเครียดเฉียบพลัน (Acute Stress Disorder: ASD) โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์รุนแรง (Post-traumatic Stress Disorder: PTSD) และภาวะซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD) ที่ตามมา นอกจากนี้

สาเหตุที่สำคัญของการระบาดของโรคอุบัติการณ์ใหม่ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตและจิตเวชของบุคคลแล้ว ปัญหาการติดสุราและสารเสพติดที่มีอย่างต่อเนื่องยาวนาน ยังทวีความรุนแรง รวมทั้งความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน โดยจะนำเสนอ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ 1) ปัญหาการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 และ 2) ปัญหาโรคร่วมสุขภาพจิตและจิตเวชจากสารเสพติดและสุรา มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ปัญหาการระบาดของโรคกับภาวะสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่เป็นวิกฤตการณ์ไปทั่วโลก มีต้นกำเนิดการแพร่ระบาดจากเมืองหวู่ฮั่น (Wuhan) ประเทศจีน คล้ายกับการระบาดของโรคติดเชื้อที่ติดต่อในระบบทางเดินหายใจทั่วไป โดยเริ่มรู้จักกันในนามของโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS COV-2) โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome: MERS) โรคระบาดเหล่านี้ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีผลกระทบในหลากหลายมิติ ทั้งในมิติสุขภาพกายและสุขภาพจิต สังคม รวมถึงหน้าที่การงานของประชาชน โรคทางเดินหายใจที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 พบว่าเป็นการแพร่เชื้อจากคนสู่คน ผ่านละอองฝอยขนาดเล็ก (Aerosol) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) ในวันที่ 30 มกราคม 2563 ซึ่งต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก ตลอดระยะเวลาอันยาวนานกว่า 2 ปี (เริ่มต้นตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562) ของการระบาดด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 1.5 ล้านคน และมีการการติดเชื้อสูง

การระบาดของโรคดังกล่าว ค่อนข้างยากต่อการคาดเดาผลกระทบที่ตามมา ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ จากการปิดตัวลงของธุรกิจขนาดเล็กจนถึงขนาดใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อการถูกเลิกจ้างและการว่างงานของแรงงาน สำหรับด้านสังคมในเรื่องการรักษาระยะห่าง (Social Distancing) ที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว และชุมชน จากการศึกษาในอดีตและแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มีการส่งสัญญาณเตือนว่าสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นสาเหตุที่ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตในไทยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เพราะเกิดวิกฤตเศรษฐกิจและความไม่แน่นอนรอบด้าน นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของบุคคลที่มีภาวะผิดปกติทาง

สุขภาพจิต (Fond, et al., 2021) พบผลกระทบทางสุขภาพจิตอย่างกว้างขวางในประชาชนทั่วโลก จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และมีความรุนแรงที่แตกต่างกันไปตามบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพ ของแต่ละประเทศ ผลกระทบที่ส่งผลต่อวิกฤตทางสุขภาวะทางจิตด้านอารมณ์ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือความผิดปกติของการนอนหลับ (Su, et al., 2020)

การสำรวจภาวะสุขภาพจิตช่วงสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่าอยู่ในสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงอย่างมาก ปรากฏในลักษณะของภาวะวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder: GAD) ร้อยละ 35.1 มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 20.1 และคุณภาพการนอนหลับลดลงร้อยละ 18.2 (Huang, and Zhao, 2020) ขณะที่ประเทศญี่ปุ่น พบผลกระทบต่อสุขภาพจิตในประชากรชาวญี่ปุ่นจากการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในเรื่องความเหงา (Loneliness) ร้อยละ 41.1 โดยมีคะแนนที่ ≥ 6 (Stickley & Ueda, 2022) และในนิวยอร์ค ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นเมืองใหญ่ ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 พบว่าการระบาดของโรค SARS ส่งผลให้ประชาชนร้อยละ 33 เกิดความวิตกกังวล ร้อยละ 25 เกิดภาวะซึมเศร้า และ ร้อยละ 36 มีความวิตกกังวลร่วมกับภาวะซึมเศร้า (Langousis & Carsteanu, 2020) สำหรับการศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในหวู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่รักษาในโรงพยาบาลมีอาการรุนแรง ร้อยละ 32 ต้องเข้ารับการรักษาในห้อง ICU เนื่องจากความต้องการออกซิเจนในระดับสูงเพื่อป้องกันการขาดออกซิเจนของร่างกาย ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวร่วมด้วย และร้อยละ 15 เสียชีวิต แต่ไม่พบการเจ็บป่วยในเด็กและวัยรุ่น (Huang et. al., 2020)

ระลอกต่อมาของสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่มีการแพร่ระบาดเป็นระยะเวลานาน พบว่ามีการติดต่อและพบการเจ็บป่วยในเด็ก นอกจากจะส่งผลให้เกิดภาวะผิดปกติด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อแล้ว ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อด้วย การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ส่งผลต่อการเกิดภาวะผิดปกติทางจิตในเรื่องความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครอง โดยพบว่าความเครียดของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กในช่วงสัปดาห์ที่ 2 ของการป่วยของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ (ศิริวรรณ ปิยวัฒนเมธา และคณะ, 2565)

สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2567) ระบุว่าในปี 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับบริการ 2.9 ล้านคนของประชากรไทย ซึ่งแสดงให้เห็นแนวโน้ม

ที่เพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพจิต เมื่อเปรียบเทียบจากจำนวน 2.3 ล้านคน ในปี 2564 และจากจำนวน 1.3 ล้านคน ในปี 2558 อาจเกิดจากการที่สังคมไทยเกิดการเปิดใจยอมรับและเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตมากขึ้น นอกจากนี้มีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตต่าง ๆ เช่น ความไม่สมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว หรือความหลากหลายของช่วงวัยในที่ทำงานที่นำไปสู่ความขัดแย้งและความเครียดในการทำงาน ฯลฯ

อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่า บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชมีความเป็นไปได้ว่าจะได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่แย่กว่า จากงานวิจัยการวิเคราะห์แบบอภิมาณ (Meta-Analysis) และการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) เรื่องอัตราการเสียชีวิตและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (Toubasi, et al., 2021) ในผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติทางจิต พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่มีภาวะผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder) ร้อยละ 43.1 รู้สึกทุกข์ทรมาณ และร้อยละ 15.9 มีการเสียชีวิต ในขณะที่กลุ่มโรคจิตเภท และภาวะหลงผิด ร้อยละ 16.1 รู้สึกทุกข์ทรมาณ และร้อยละ 22.3 มีการเสียชีวิต ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพจิตและการตายของผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ใน 7 ประเทศ (Fond, et al., 2022) คือ เดนมาร์ค ฝรั่งเศส อิสราเอล เกาหลีใต้ สเปน สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา จากจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิต 19,086 ราย พบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการตายจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 สำหรับผลลัพธ์ของโรคในผู้ป่วยจิตเวช (Vai, et al., 2021) จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 191,469,731 ราย พบว่ามีความผิดปกติทางจิต จำนวน 43,938 ราย และพบภาวะผิดปกติทางจิตที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตจากโรคเชื้อไวรัสโควิด-19 เมื่อพิจารณาตัวแปรความผิดปกติทางจิต ได้แก่ โรคจิตเภท โรคจิตผิดปกติ โรคที่เกิดจากความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (เช่น โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า เป็นต้น) และตัวแปรในการบำบัดรักษาด้วยการใช้ยาทางจิตเวช ได้แก่ ยารักษาโรคจิตเวช ยาลดความวิตกกังวล และยารักษาอาการเศร้า

ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่มีภาวะผิดปกติทางสุขภาพจิตและจิตเวช ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (วรวรรณ จุฑา และคณะ, 2566; ไมตรี ธนาวัฒนะ และคณะ, 2565; เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และ สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์, 2565) และโรคเชื้อไวรัสโควิด-19 มีผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเวช ทั้งโรคจิตเภท โรคจิตผิดปกติ โรคที่เกิดจากความผิดปกติทางด้านอารมณ์ โดยเฉพาะโรคจิตเวชในลักษณะเรื้อรัง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น แต่การมีเพื่อนบ้านและเครือข่ายในชุมชนที่ให้การยอมรับ ไม่เกิดการตีตราทางสังคม

(Social Stigmatization) ต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ก่อให้เกิดการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ที่จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการดูแล ลดความรุนแรงและผลกระทบต่ออาการป่วยลงได้

การตีตราทางสังคม คือการที่สังคมไม่เห็นด้วยกับลักษณะหรือความเชื่อของบุคคล ซึ่งเป็นไปในลักษณะที่ขัดต่อวัฒนธรรมหรือแบบแผนความเชื่อที่เป็นที่ยอมรับทั่วไปของกลุ่มคน อันส่งผลต่อการทำให้บุคคลนั้นถูกลดคุณค่าในตนเอง มีสถานะด้อยกว่าบุคคลอื่นในสังคม และไม่เป็นที่ต้องการ หรืออาจโดนต่อต้านจากบุคคลอื่น ๆ ในสังคม (สุภลักษณ์ ธานีรัตน์ และสุจิรา วิเชียรรัตน์, 2563; อำพวรรณ์ ยวนใจ, 2563)

การเกิดการตีตราทางสังคมในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งหากภาวะผิดปกติทางสุขภาพจิตและจิตเวชเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไข อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด การเกิดอคติตีตราทางสังคมต่อสถานการณ์โรคระบาด หรือโรคอุบัติใหม่ จากปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของบุคคล ที่ส่งผลต่อการเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ มีความสามารถในการทนทานต่อแรงกดดันทางจิตใจลดลง เริ่มมีปัญหาเรื่องการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีการแยกตัวเอง มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประสบปัญหาด้านการเรียนหรือในการทำงาน กระทบการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เกิดความรู้สึกเป็นอคติตีตราของบุคคลนั้น จนเป็นเหตุให้ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง บกพร่องในการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหา มีความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรม (มาโนชย์ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558)

ผลจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งถูกค้นพบตั้งปี 2562 ซึ่งเริ่มขึ้นในประเทศจีน และถูกประกาศเป็นโรคระบาดในวันที่ 11 มีนาคม ปี 2563 (World Health Organization, 2020) ที่ส่งผลกระทบต่อสังคมด้วยความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตีตราทางสังคมต่อผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จากการแยกระดับของการติดเชื้อไม่ได้ เพราะหน่วยงานสาธารณสุขโลกกลัวการใช้คำที่ไม่เหมาะสม โดยอาจก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นตัวเร่งเร้าต่อการมีอคติตีตราทางสังคม และพฤติกรรมที่เลือกปฏิบัติ ที่มีผลในลักษณะเฉพาะของประชาชนบางกลุ่มและเขตพื้นที่บางส่วน ที่สังคมเข้าใจว่ามีบุคคลที่สัมผัสกับเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ (Bruns, et al., 2020) นอกจากนี้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อาจจะส่งผลต่อทัศนคติในเชิงลบต่อการเป็นโรค และการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยที่ติดเชื้อทำให้เกิดความรุนแรงตามมาได้

ในผู้ที่ต้องกักตัวจากโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ทำให้เกิดความกลัว วิตกกังวล ภาวะเครียด ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิดง่าย และอาจส่งผลต่อการนอนหลับของบุคคล ซึ่งในบุคคล

ที่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตอยู่แล้ว ก็จะส่งผลให้ปัญหารุนแรงมากยิ่งขึ้น อาจพบในเรื่องอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น การใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นที่สูงขึ้น (Brooks, et al., 2020) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย โดยมีการอนุญาตให้มีการกักตัวที่บ้านเกิดขึ้น ทำให้ความกลัวดังกล่าวของประชาชนสงบลง แต่ในผู้ที่เคยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ได้เข้ารับการรักษาจนกระทั่งหายจากโรคดังกล่าวแล้ว การกลับไปใช้ชีวิตในสังคมไม่ใช่เรื่องง่าย เนื่องจากยังมีผู้คนกลุ่มหนึ่งในสังคม ที่มองว่าผู้ที่เคยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นผู้ติดเชื้อโรคติดต่อที่ร้ายแรง เป็นที่น่ารังเกียจ เป็นตัวแพร่กระจายเชื้อ ส่งผลให้ผู้ที่เคยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เกิดมีอคติทางสังคม และความรู้สึกเครียด กดดัน ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข (อำพวรรณ์ ยวนใจ, 2563)

มาตรฐานที่ 12 ของการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่กล่าวถึงกระบวนการสร้างคุณค่าทางการพยาบาล องค์กรพยาบาลได้กำหนดนโยบายการคุ้มครองภาวะสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม สำหรับผู้รับบริการและบุคลากรทางการพยาบาล มีการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อการคุ้มครองภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และสังคม ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยครอบคลุมการดูแลคุ้มครองในเรื่องของการป้องกันรูปแบบการตีตราทางสังคมเอาไว้ แม้ว่ารูปแบบการมีอคติตีตราทางสังคมที่เป็นผลจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะคลี่คลายลงไป เพราะได้รับความร่วมมือและถูกทำให้กระจ่างขึ้นโดยความพยายามอย่างมากของบุคลากรสุขภาพ อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสุขภาพด่านหน้าทั้งหลาย ที่ให้การดูแลและเผชิญหน้าอย่างหนักกับโรคระบาดนี้อย่างไม่รังเกียจ (Bagchi, 2020) การป้องกันไม่ให้เกิดการตีตราทางสังคมจากโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (COVID-19 De-stigmatization) ซึ่งเป็นเป้าหมายการจัดการในชุมชน ในการปฏิบัติงานของทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตกรณีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (กรมสุขภาพจิต, 2563) ด้วยการหยุดการตีตราทางสังคมในผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และครอบครัว เพื่อให้มีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง สามารถอดทนและปรับตัวได้จากสภาวะตึงเครียด จึงเป็นการช่วยบรรเทาการตีตราทางสังคมให้กับผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้อีกทางหนึ่ง

จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันภาวะสุขภาพจิตที่ผิดปกติไป คือ ความรู้เรื่องโรค ทัศนคติ วิธีการปฏิบัติตน และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันโรค (ณัฏฐวรรณ คำแสน และคณะ, 2564; Liang, et al., 2020) ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 บุคคลจึงเกิดความรู้สึกวิตกกังวล

กลัว กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หากบุคคลมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ดี และมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องเหมาะสม บุคคลนั้นย่อมสามารถจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การเกิดการตีตราทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ดังนั้นการกำหนดกลยุทธ์ที่สำคัญทั้งในระดับระหว่างบุคคล และระดับโครงสร้างในการทำให้คนในสังคมมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง พร้อมรับมือกับความไม่แน่นอน เพื่อปรับตัวให้อยู่ร่วมกับโรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่ได้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564ข; สุภลักษณ์ ธานีรัตน์ และ สุจิรา วิเชียรรัตน์, 2563; สมพร เนติรัฐกร, 2564) ทำได้โดย

1) ปรับทัศนคติของคนในสังคม จากทัศนคติเชิงลบให้เป็นเชิงบวก เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุขในสังคม ทัศนคติเชิงลบ (Negative Attitude) หรือความคิดเชิงลบ เป็นกระบวนการอคติจากสิ่งกระตุ้นภายนอก ซึ่งเป็นทัศนคติและความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เป็นความผิดปกติที่พบในเยาวชนและผู้ใหญ่ ที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาหรือการปฏิบัติทางลบ (Negative Act) เช่น การมีพฤติกรรมในลักษณะของความไม่พึงพอใจ ไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย จากความเบื่อหน่าย ต้องการหนีให้ห่างไกลจากสิ่งนั้น ๆ ของบุคคล

2) สร้างแนวปฏิบัติที่ดีในวิถีชีวิตใหม่ เพื่อการป้องกันการรับเชื้อและการแพร่ระบาดของเชื้อไปสู่บุคคลอื่น ยึดมาตรการ DMHTTA ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คือ (1) Distancing การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล อย่างน้อย 1.5-2 เมตร (2) Mask Wearing การสวมหน้ากากอนามัยป้องกันตลอดเวลา (3) Hand Washing การล้างมือให้สะอาดและถูกวิธี (4) Temperature การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย ที่ไม่ควรสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส (5) Testing การตรวจหาเชื้อโควิด 19 หากมีความเสี่ยง และ (6) Application ติดตั้งและใช้แอปพลิเคชันไทยชนะในโทรศัพท์มือถือ ในการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่เชื้อของบุคคล

3) สร้างเครือข่ายสังคมที่เกื้อกูล โดยระดมความร่วมมือร่วมใจในทุกภาคส่วนของสังคม ให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกันและกัน เป็นการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบตามความเชี่ยวชาญ ในการร่วมกันช่วยเหลือเพื่อการป้องกันโรคระบาดไม่ให้แพร่กระจาย หรือเป็นการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ติดเชื้อเพื่อลดความรุนแรงของโรค

4) สร้างความรับผิดชอบต่อสังคม ด้วยการสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนในชุมชนด้วยการสื่อสารผ่านสาธารณะอย่างสร้างสรรค์ และงดการเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะที่เป็น

เท็จหรือเป็นข่าวลือ ที่จะเป็นความเข้าใจผิด เพื่อป้องกันความตื่นตระหนกของประชาชนในเรื่องการติดเชื้อโรค ตลอดจนการให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อ และภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคติดเชื้อ

ซึ่งกลยุทธ์เหล่านี้ล้วนเป็นกลยุทธ์ที่จะช่วยลดการตีตราทางสังคม และการมีมุมมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะของการมีความเอื้ออาทร เข้าใจความเป็นมนุษย์มากขึ้น และทำให้สถานการณ์ของโรคติดเชื้อไม่เป็นที่น่ารังเกียจของบุคคลอื่น ประชาชนในสังคมมีความรู้ความเข้าใจในโรคระบาดและโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่เราทุกคนต้องเผชิญ เกิดความพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยติดเชื้ออย่างมีสติต่อไป

1.2 ปัญหาโรคร่วมสุขภาพจิตและจิตเวชจากสารเสพติดและสุรา

1.2.1 ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจากสารเสพติด

จากสถานการณ์ยาเสพติดโลกในรายงาน World Drug Report ของ UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime, 2019) พบว่าในปี 2560 มีผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกประมาณ 271 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก และยาเสพติดที่ใช้กันมากที่สุด คือ กัญชา 188 ล้านคน รองลงมา คือ ฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น 53 ล้านคน กลุ่มแอมเฟตามีน 29 ล้านคน และโคเคน 18 ล้านคน ส่วนสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย พบสถานการณ์การลำเลียงและลักลอบนำเข้าของสารเสพติดยังคงมีความรุนแรง กอร์บกับแนวโน้มที่ลดลงของราคายาเสพติด ส่งผลให้ผู้เสพเข้าถึงสารเสพติดได้ง่ายขึ้น ทำให้การระบาดของสารเสพติดขยายอย่างรวดเร็ว พบผู้เสพยาบ้าในผู้ที่มีอายุน้อย ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และพบผู้ที่ใช้ยาไอซ์ซึ่งมีฤทธิ์รุนแรงกว่ายาบ้าหลายเท่าในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี

การติดสารเสพติด เป็นภาวะที่เกิดจากการได้รับสารเสพติด ทั้งที่เป็นสารธรรมชาติ สารที่เกิดจากการสังเคราะห์ หรือจากยาบางชนิด จนทำให้เกิดความอยากได้สารดังกล่าวหรือยานั้นซ้ำ ๆ ทั้งที่เป็นการใช้แบบครั้งคราวหรือใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย มักส่งผลต่ออาการทางจิตที่ซับซ้อนทำให้เกิดความยุ่งยากต่อการรักษา เนื่องจากต้องให้การดูแลทั้งอาการทางจิตและอาการจากสารเสพติดควบคู่กันไป ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช หากมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะโรคร่วมทางจิตเวชจากสารเสพติด ซึ่งก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคทางจิตเวช และส่งผลต่อการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี อันมีสาเหตุมาจากการทำลายสมองของสารเสพติด

สารเสพติดแบ่งตามการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางได้ทั้งหมด 4 ประเภท (มาโนชย์ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558; วไลลักษณ์ พุ่มพวง, 2565) ดังนี้

1) ประเภทกดและกล่อมประสาท (Depressants) เป็นสารออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การรับรู้สติสัมปชัญญะลดลง ได้แก่ ยานอนหลับ สารที่มีส่วนประกอบของแอลกอฮอล์ สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) เช่น มอร์ฟีน เฮโรอีน เป็นต้น

2) ประเภทกระตุ้นประสาท (Stimulants) เป็นสารออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของสมองส่วนกลาง ทำให้รู้สึกตื่นตัว สดชื่น มีพลัง พบในกลุ่มแอมเฟตามีน เช่น ยาบ้า ยาอี โคเคน ยาลดน้ำหนัก เป็นต้น

3) ประเภทหลอนประสาท (Hallucination) เป็นสารออกฤทธิ์ทำให้ประสาทการรับรู้ที่เด่นชัด เกิดประสาทสัมผัสหลอนได้ เช่น d-Lysergic Acid Diethylamide (LSD) เห็ดไซโลไซบิน (Psilocybin) ยาเคหรือเคตามีน (Ketamine) เป็นต้น

4) ประเภทผสมผสาน ที่กลไกการออกฤทธิ์ยังไม่แน่ชัด ได้แก่ กัญชา กระท่อม

ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคคลในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด (กีรติยา อุ่นเจริญ, 2562) ประกอบด้วย

1) ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การยอมรับผู้ป่วย การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย พบว่าระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

2) เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ภาวะเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ดูแล พบว่า เพศและการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

3) ความรู้ในการดูแล การรับยา การให้กำลังใจ การใช้สารเสพติด การสังเกตอาการความผิดปกติ พบว่าระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติด มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กระชับ ชัดเจน ผ่านการใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัดที่เหมาะสมและเป็นไปได้ อาจมีในลักษณะของการเจรจาต่อรองร่วมด้วย

ปัญหาสารเสพติดในวัยรุ่นพบได้บ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญ เป็นที่ทราบกันดีว่าวัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับเพื่อนมากกว่าบุคคลในครอบครัว อาจเนื่องจากสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว มีการพูดคุยกันน้อยในครอบครัว ไม่ได้รับคำชมจากบุคคลในครอบครัว มักถูกดุว่าเป็นส่วนใหญ่ และที่สำคัญเมื่อถามความต้องการของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดกลับปฏิเสธการรับการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา (วิกานดา จันทร์เรือง, 2562) อันจะนำมาซึ่งการมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่มักพบในระยะรุนแรง ต้องเข้ารับการบำบัดรักษา และพบว่ามักมีแนวโน้มพยากรณ์ของโรคที่ไม่ดีตามมาได้ ด้วยข้อสรุปของงานวิจัยในช่วงที่ผ่านมา เป็นหลักฐานที่อ้างอิงได้ว่าพฤติกรรมเสพติดเป็นความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับสมองที่ซับซ้อนเรื้อรัง ที่มีมุมมองต่อพฤติกรรมการเสพติดว่าเกิดจากปัจจัยที่สำคัญจากพันธุกรรมในครอบครัว ตามทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมอง (Brain-disease Model of Addiction: BDMA) ที่แม้ว่าผู้ป่วยจะมีการเริ่มต้นการเลือกใช้สารเสพติดเอง แต่ผลของพันธุกรรมส่งผลต่อการเกิดความเปราะบางของแต่ละบุคคลที่ไม่เท่ากัน ทำให้เกิดการตอบสนองต่อความพึงพอใจในการเสพติดยาที่แตกต่างกัน โดยมีปัจจัยร่วมที่สำคัญ คือปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การเลี้ยงดู กลุ่มเพื่อน สิ่งแวดล้อมของบุคคลที่จะส่งเสริมพฤติกรรมการเสพติดของบุคคล (วนิดา รัตนสุมาวงศ์ และคณะ, 2561)

1.2.2 ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจากสุรา

ปัญหาการดื่มสุราที่ก่อภาระของโรคทั้งทางร่างกายและจิตใจ (วีณา บุญแสง และคณะ, 2563) จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี 2556 (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2560) พบความชุกของพฤติกรรมดื่มสุราสูงที่สุด ดังนั้นปัญหาโรคทางจิตเวชจากสารเสพติดและแอลกอฮอล์ในสังคมไทยจึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็นเหตุให้ต้องมีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ (ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานันท์ และคณะ, 2565)

การบำบัดภาวะถอนพิษจากสุรา หรือภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) เป็นภาวะที่พบได้บ่อย และมีความแตกต่างกันของระดับความรุนแรง ซึ่งการขาดสุรามักมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ตามลักษณะดังต่อไปนี้ 1) หลังหยุดดื่ม 6 ชั่วโมง มีอาการสั่น เหงื่อแตก พบชีพจรเต้นเร็ว และความดันโลหิตสูง 2) หลังหยุดดื่ม 8-12 ชั่วโมง มีอาการกระวนกระวาย นอนไม่หลับ 3) หลังหยุดดื่ม 12-24 ชั่วโมง อาจมีอาการชัก และ 4) หลังหยุดดื่ม 72 ชั่วโมง จะมีอาการเพ้อคลั่ง สับสน ระแวง ประสาทหลอน (วไลลักษณ์ พุ่มพวง, 2565)

1.2.3 โรคจิตเวชร่วม หรือโรคร่วมทางจิตเวช (Psychiatric Comorbidity)

โรคจิตเวชร่วม หรือโรคร่วมทางจิตเวช หมายถึง การมีอาการของโรคที่เกิดขึ้นร่วมกัน หรือการมีโรคที่เกิดขึ้นร่วมกัน หรือการเป็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) โรคจิตเวชร่วมประเภทโฮโมไทปิค (Homotypic Comorbidity) เป็นภาวะโรคร่วมในกลุ่มวินิจฉัยโรคเดียวกัน เช่น การติดสารเสพติด 2 ชนิดทั้งเสพกัญชาและดื่มสุรา เป็นต้น และ 2) โรคจิตเวชร่วมประเภทเฮเทอโรไทปิค (Heterotypic Comorbidity) เป็นภาวะโรคจิตเวชร่วมจากโรคที่ต่างกลุ่มวินิจฉัยโรคกัน เช่น การติดสารเสพติดร่วมกับการป่วยด้วยโรคจิตเภท การติดสารเสพติดร่วมกับการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เป็นต้น ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชมีผลกระทบทางลบต่อการรักษา ทำให้การหยุดสุราและยาเสพติดได้ยากขึ้น ผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มที่จะหยุดการรักษา ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือมารักษาไม่ตรงตามนัด ส่งผลเสียในระยะยาวจากการขาดความต่อเนื่องในการรักษา ทำให้เกิดการกลับมาป่วยซ้ำ และบางรายอาจก่ออันตรายรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2561)

1.3 กลไกการเกิดปัญหาและแนวทางการดูแลโรคจิตเวชร่วมสารเสพติดและสุรา

เนื่องจากการใช้สุราหรือสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต หรือที่เรียกว่าเกิดภาวะโรคจิตเวชจากสุราหรือยาเสพติดดังกล่าว เมื่ออัลกอฮอล์หรือสารเสพติดผ่านเข้าสู่สมองจะไปมีผลกับสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ในสมอง ซึ่งถ้าได้รับสารเหล่านี้ไปนาน ๆ จะส่งผลต่ออาการผิดปกติทางจิตได้ เช่นเกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอน เป็นต้น (วีณา บุญแสง และคณะ, 2563) หากไม่ได้รับการรักษา และยังเสพติดซ้ำ ๆ จะทำให้อาการรุนแรงจนเกิดเป็นวัฏจักรของการเสพกับการเป็นโรคจิตเวชร่วมสุราและสารเสพติดขึ้นได้ ดังตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (สยาภรณ์ เดชดี และอรวรรณ หนูแก้ว, 2564) จำนวน 10 คน ได้รับคำบอกเล่าจากผู้ป่วยว่า ‘รู้สึกเบื่อหน่าย ขาดพลัง ขาดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงตัวเอง’ หรือ ‘เครียดบ่อย ถูกกดดันจากคนรอบข้าง พูดอะไร ทำอะไร เขาก็ไม่เชื่อ’ และจากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ดูแล จำนวน 10 คน

บอกว่า ‘ออกจากโรงบาล เขาบอกว่าจะเลิก แต่ก็ทำไม่ได้ จนเขาหมดแรงจะสู้แล้ว’ หรือ ‘เขาบอกว่าไม่มีกำลังใจ ไม่รู้จะทำไปเพื่อใคร’ ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการขาดความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเอง ตลอดจนการขาดทักษะในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย

จากบริบทของชุมชนชนบท ที่มีการใช้สารเสพติดบางชนิด เช่น กระท่อม กัญชา ฯลฯ ที่ปัจจุบันพบกันโดยทั่วไป ทำให้ประชาชนไม่ตระหนักว่าการใช้สารเสพติดเป็นรูปแบบปัจจัยรองของความผิดปกติทางจิต (Secondary Psychiatric Disorder Model) เป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเวชร่วมสารเสพติด พบสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดสะสม 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2561-2565) ในชุมชน (วชิราภรณ์ สอระสัน, 2566) มีเป็นจำนวนรวมเกือบ 3,000 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากฤทธิ์ของสารเสพติดที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิต ส่งผลกระตุ้นต่ออาการทางจิตให้เกิดอาการเสพติดและต้องการเสพซ้ำเรื่อย ๆ

โรคจิตเวชร่วมกับสุราและสารเสพติด ติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป.) โดยพบว่าผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมสารเสพติด มีการเข้าถึงบริการมากกว่าผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา และผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราส่วนใหญ่จะมีการเข้ารับบริการจากผู้เชี่ยวชาญนอกระบบมากกว่า (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2560) ซึ่งเป็นการสะท้อนให้กับพื้นที่เป้าหมายในการพัฒนามาตรการของการดูแลให้มีความเหมาะสม บรรลุวัตถุประสงค์ในการลดช่องว่างการเข้ารับบริการของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมสุราและสารเสพติดต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างจริงจัง จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญของการเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เป็นอย่างยิ่ง การให้การดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกของการเสพติด จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคจิตเวชร่วมสุราและ สารเสพติดได้ดียิ่งกว่า มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมสารเสพติด (กีรติยา อุ่นเจริญ, 2562) ด้วยการใช้การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมสารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เน้นกระบวนการให้ความรู้ พร้อมทั้งเสริมสร้างทัศนคติที่ดีเชิงบวก และควรมีการส่งเสริมให้ผู้มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมสารเสพติดได้อย่างถูกต้อง อันจะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในลักษณะภาคีเครือข่ายระดับประเทศสู่ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม

2 ความต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่เริ่มในปี 2562 และระบาดอย่างหนักในกลางปี 2563 อันส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนเป็นจำนวนมาก มุมมองของการมีพฤติกรรมเชิงบวกต่อสุขภาพในการดูแลตนเองของประชาชนมีมากขึ้น จากการป้องกันตัวเองจากการติดเชื้อ แต่ในทางกลับกันด้านสุขภาพจิต ผลของความเครียด การเสพติดดิจิทัล การแยกตัวจากสังคม ทำให้เกิดความชุกหรือภัยคุกคามของความผิดปกติด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression) ความวิตกกังวล (Anxiety) และภาวะหมดไฟ (Burnout) อันส่งผลต่อปัจจัยการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การนอนหลับ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย (Magomedova, & Fatima, 2025; วิจิตรา กุสุมภ์ และ สุนันทา ครองยุทธ, 2563) และบ่งชี้ว่าปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเปราะบางเพิ่มขึ้นในระดับที่แตกต่างกัน มีปฏิกิริยาด้านจิตใจระดับรุนแรงที่เกิดขึ้นหลังเผชิญกับภาวะวิกฤตนั้นมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล (วิจิตรา กุสุมภ์ และ สุนันทา ครองยุทธ, 2563; Vadivel, et al., 2021)

ระดับความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤต ส่งผลต่อการหายและการฟื้นฟูสภาพจิตใจของบุคคล เป็นความท้าทายสำหรับบริการสุขภาพจิตในยุควิถีใหม่ หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (Vadivel, et al., 2021) ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการขาดแคลนทรัพยากรบุคคล โครงสร้างพื้นฐาน และภาวะหมดไฟของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (Mental Health Personnel: MHP) หากปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้เกิดช่องว่างของการให้การรักษาความเจ็บป่วยทางจิตเป็นวงกว้างขึ้น และส่งผลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตที่ขาดความพร้อม ภาระงานที่มากเกินไปจากปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มมากขึ้น ยิ่งทำให้เกิดวงจรการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตหยุดชะงักไป หากครอบครัวที่มีการปฏิบัติหน้าที่อย่างดี มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันของสมาชิกภายในครอบครัว มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ก็จะถูกจัดเป็นการปฏิบัติหน้าที่ในระดับสูง ทั้งในด้านการสนับสนุนด้านระเบียบวินัย ด้านการสื่อสาร ด้านสภาพอารมณ์ และด้านสัมพันธภาพ (รัตนาภรณ์ ชูทอง และคณะ, 2562) ดังนั้นการส่งเสริมให้ครอบครัวมีความพร้อมกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จะส่งผลให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชกับผู้ดูแลที่มักเป็นสมาชิกในครอบครัวได้ง่ายขึ้น

การมีกิจกรรมร่วมกันและสังเกตอาการผิดปกติเพื่อการจัดการดูแลช่วยเหลือ อันจะส่งผลดีต่อการควบคุมอาการของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้ทันท่วงที

ในยุคปัจจุบัน สังคมไทยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อสุขภาพจิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย ความเครียดจากภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ความไม่มั่นคงทางอาชีพ ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลง รวมถึงการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างต่อเนื่อง ล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความโดดเดี่ยวทางสังคม และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพจิตอื่น ๆ ดังนั้นความต้องการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน จึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1) การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่สะดวก รวดเร็ว โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกล ซึ่งมักประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางจิตเวช และขาดระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ กรมสุขภาพจิตขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดที่เน้นนวัตกรรมการรักษา และบูรณาการความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนทุกกลุ่มวัย นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต กล่าวว่าสถานการณ์สุขภาพจิตของประเทศไทยในปัจจุบันมีความซับซ้อนและทวีความรุนแรง โดยมีประชาชนมากกว่า 4.3 ล้านคนต่อปีที่ต้องการรับบริการสุขภาพจิต แต่มีเพียง 2.8-3 ล้านคนเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงบริการ และนายแพทย์จุมภฏ พรมสีดา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต กล่าวถึงความก้าวหน้าในช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2568 ในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดผ่านกลไกแผนบริการ (Service Plan) มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงจากการขาดการรักษา (Hfocus, 2025)

การจัดตั้งคลินิกสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ การพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้สามารถคัดกรองและส่งต่อผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที ปัจจุบันกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ โดยจัดให้มีบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนผ่านทีมสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การติดตามอาการ การดูแลการรับประทานยา บริการรับ-ส่งต่อ และการประสานการดูแลกับครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ยังมีสถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต 166 แห่งทั่วประเทศ และสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อให้คำปรึกษาและช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน

ให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตใกล้บ้านได้โดยไม่ต้องเดินทางไกล พร้อมทั้งมีระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 ข้อ (PHQ-9) และแบบประเมินความเครียด 5 ข้อ (ST-5) ในกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง (กรมสุขภาพจิต, 2567)

ดังตัวอย่างการบริหารจัดการเชิงระบบสู่การพัฒนาบริการสุขภาพจิต แบบ “ใกล้บ้านใกล้ใจ ในชุมชน” อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา (อนุพงศ์ ชาวคอนไชย และ กัลยามาศ แจ่มกลาง, 2565) ที่ใช้กรอบแนวคิด F-C-T ในการดำเนินการ คือ

F: Finding New Case

เป็นการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและ จิตเวช มีการให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช การตรวจคัดกรองเบื้องต้นโดยใช้แบบประเมิน หากพบภาวะผิดปกติจะส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลต่อไป

C: Community Care and Treatment

ใช้หลักการดูแลรักษาแบบองค์รวม ที่จัดบริการทั้งเชิงรุกในชุมชน และเชิงรับในสถานพยาบาล จัดทำแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยภายใน CUP อำเภอโนนสูง กรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน และ มีการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนในลักษณะการมีส่วนร่วมแบบพหุพาคี (Technology of participation: TOP MODEL)

T: Team for Rehabilitations

เป็นรูปแบบการรักษาโดยใช้ยา “กินยาดี มีญาติดู ทีมอยู่ใกล้” โดยในการรับประทานยาใช้การจัดยาเป็นแบบหนึ่งหน่วยรับประทาน (unit dose) มีญาติคอยดูแลเรื่องการรับประทานยา สังเกตอาการกำเริบ มีเภสัชกรให้คำปรึกษาเรื่องยา และมีทีมดูแลใกล้ชิด เครือข่ายเข้มแข็ง

2) การบูรณาการบริการสุขภาพจิตเข้ากับระบบบริการสุขภาพทั่วไปในระดับสถานบริการปฐมภูมิ โดยประชาชนต้องการได้รับการดูแลสุขภาพจิตแบบองค์รวม ร่วมกับสุขภาพกายในระดับสถานบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจากสุขภาพจิตและสุขภาพกายมีความเชื่อมโยงกัน ประโยชน์ของการบูรณาการเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุม และเป็นการช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตที่จำเป็นได้ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในภาพรวมของการเจ็บป่วยทางจิตใจ ในแง่ของผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า โรคทางจิตเวชหลายชนิด การดูแลใน

สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิสามารถให้การดูแลได้อย่างทันท่วงที ผ่านการคัดกรองและประเมินสภาพจิต โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าที่พบอย่างแพร่หลายในทุกช่วงวัยในปัจจุบัน โดยเฉพาะในวัยรุ่นและวัยสูงอายุ ซึ่งชี้ให้เห็นความสำคัญของการดูแล ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนของระบบบริการระดับสถานบริการปฐมภูมิ ที่นำทีมโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีแผนการรักษาของทีมบริการร่วมกับผู้ป่วย (Brown, et al., 2020) และบทบาทพยาบาลที่เป็นหลักของทีม (Aekwarangkoon, et al., 2024; Kleebthong, et al., 2018) ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเวชปฏิบัติด้านสุขภาพจิต การสร้างระบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเป้าหมายและการติดตามผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องในชุมชน ล้วนเป็นบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

ดังตัวอย่างประโยชน์ของการบูรณาการสุขภาพจิตเข้ากับระบบบริการสุขภาพในระดับสถานบริการระดับปฐมภูมิ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล ดังนี้

2.1) การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2557-2561 (ปรัชญานี คำเหลือ และคณะ, 2564) หลังการวิเคราะห์รูปแบบการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเดิมโดยใช้หลักการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และหลักการบริหารจัดการ (Principle of Management) ได้รูปแบบการดำเนินการใหม่ พบว่าอัตราการเข้าถึงบริการด้านโรคจิตเวชและโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น อัตราขาดยาลดลง และอัตราการส่งต่อลดลง

2.2) โครงการ ‘Depression Care Model for Hill Tribes’ ในกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง (Singkhorn, Hamtanon, Moonpanane, et al., 2023) มีการสร้างรูปแบบดูแลภาวะซึมเศร้า (Depression Care Model) โดยใช้แนวทางชุมชนมีส่วนร่วม (Community-Based Participatory Research) เพื่อบูรณาการการดูแลจิตเวชและการส่งต่อในระบบบริการสุขภาพทั่วไป ผลประเมินชี้ให้เห็นว่าแบบจำลองนี้ช่วยเพิ่มโอกาสที่ผู้มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบมากขึ้น

3) บริการในลักษณะของการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งในกลุ่มเด็ก เยาวชน วัยทำงาน และผู้สูงอายุ ซึ่งล้วนมีความเครียดและการปรับตัวในแต่ละช่วงวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มเปราะบางมีลักษณะของการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงวัย วัยเด็กและเยาวชนมีความต้องการการดูแลด้านอารมณ์ การจัดการพฤติกรรม และการสร้างทักษะชีวิต ในขณะที่วัยทำงานต้องการบริการด้าน

การจัดการความเครียด ความสมดุลระหว่างชีวิตและงาน ส่วนผู้สูงอายุต้องการการดูแลเรื่องความเหงา ภาวะซึมเศร้า การปรับตัวต่อการสูญเสีย และภาวะสมองเสื่อม ภายใต้การดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตที่มุ่งให้คนทุกช่วงวัยมีปัญญา อารมณ์ดี มีความสุข และอยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า

ตัวอย่างการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2568) เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแต่ละช่วงวัย อาทิ

3.1) โครงการพัฒนาเด็กล่าช้า ผลการดำเนินงาน เครือข่ายมีระบบดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าตามแนวทางที่กำหนด เด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง แล้วพบว่าสงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ หรือเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน จนมีพัฒนาการสมวัย

3.2) โครงการเสริมสร้างทักษะชีวิตและดูแลปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทยด้วยระบบสุขภาพดิจิทัล ผลการดำเนินงาน คือ วัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการช่วยเหลือจนดีขึ้นด้วยระบบ School Health HERO

3.3) โครงการส่งเสริมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ภายใต้โครงการ สุขภาวะทางใจเพื่อเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณค่าและมีความสุข โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้ เรื่องวิธีชะลอความเสื่อมและการดูแล และบูธกิจกรรมชะลอความเสื่อม

4) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาวะทางจิตสังคม เช่น กลุ่มบำบัด (Therapy Group) กลุ่มสนับสนุนเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Group) และกิจกรรมชุมชนที่ส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ การสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ (Empowerment) และความรู้เท่าทันด้านสุขภาพจิต ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาวะทางจิตสังคมในปัจจุบันมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งปัญหาความเครียดจากการทำงาน สภาพเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ซับซ้อน รวมทั้งสถานการณ์โลก เช่น การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และความไม่มั่นคงทางสังคม ส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากมีความเปราะบางทางสุขภาพจิต กิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน มีบทบาทสำคัญในการเปิดพื้นที่ปลอดภัย (Safe Zone) ให้ผู้เข้าร่วมสามารถแบ่งปันประสบการณ์ ความรู้สึก และวิธีการเผชิญปัญหา ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว แต่ยังสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและเสริมสร้างพลังใจได้อย่างเป็นรูปธรรม

นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมในระดับชุมชน เช่น เวทีเสวนาเพื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพจิต กิจกรรมสันทนาการเพื่อผ่อนคลายความเครียด หรือกิจกรรมที่เน้นการสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Building) และการสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ (Health Empowerment) ล้วนช่วยเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการปัญหาชีวิตด้วยตนเอง มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพจิต สามารถป้องกันปัญหาที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หรือปัญหาการใช้สารเสพติดได้ อีกทั้งยังส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีในครอบครัวและเครือข่ายชุมชน ตัวอย่างเช่น การจัดตั้ง ‘ชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน’ ที่ช่วยเสริมพลังแก่ผู้ดูแลในการจัดการภาระทางอารมณ์และการดูแลผู้ป่วย หรือการสร้าง ‘กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน’ ที่ช่วยให้เยาวชนเรียนรู้การสื่อสารเชิงบวกและการจัดการอารมณ์

ดังตัวอย่างงานวิชาการ การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของชุมชน และการทำกลุ่มบำบัดในชุมชน ดังต่อไปนี้

4.1) การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของชุมชน กรณีศึกษา: ชุมชนซอยร่วมสุข แขวงบางขุนเทียน เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร (ศิริพร สุริยะ, 2566) ที่มีแนวทางในการส่งเสริมระบบสุขภาพจิตของชุมชน ด้วยการ (1) ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อกำหนดเป้าหมายการดำเนินกิจกรรม (2) การสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนในชุมชน โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อเนื่อง เพื่อให้มีทักษะสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ (3) สร้างระบบการช่วยเหลือโดยอาสาสมัครในชุมชนเพื่อเป็นทีมให้คำแนะนำแก่ชุมชนที่สามารถเข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์

4.2) การทำกลุ่มบำบัดแก้ไขปัญหา (Problem-Solving Group Therapy) ร่วมกับการเจริญสติ (Mindfulness) สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมกับภาวะซึมเศร้าในชุมชน (เกษร สายธนู และ กิ่งกาญจน์ ชูเมือง, 2564) พบว่า มีผลลดภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ปรับตัวทางอารมณ์ได้ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

โดยสรุป ความต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนปัจจุบันมีความหลากหลาย ครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาทางจิตใจ การบำบัดรักษา ไปจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม เพื่อให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ มีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา ทีมสุขภาพจิตและจิตเวชจึงควรบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของประชาชนอย่างทั่วถึงและยั่งยืน

3 ทางออกของการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน: พลิกกระบวนทัศน์ของการดูแล

พยาบาลจิตเวชจัดเป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญ ต่อการให้การดูแลช่วยเหลือบุคคลที่ประสบภาวะวิกฤตทางจิตใจ ให้สามารถเผชิญและแก้ไขภาวะวิกฤตทางจิตใจที่มีอยู่ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นความท้าทายสำหรับการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนสำหรับพยาบาล มีรายละเอียดในการให้การดูแล โดยใช้หลักการบำบัดจิตใจ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการประเมินภาวะผิดปกติด้านจิตใจ (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2561) ดังนี้

3.1 การบำบัดดูแลบุคคลที่ประสบภาวะวิกฤตทางจิตใจ

บุคคลที่ประสบภาวะวิกฤตทางจิตใจ จัดเป็นภาวะเสียสมดุลด้านจิตใจของบุคคลที่มีสาเหตุจากการขาดความสามารถในการจัดการกับเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น และส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงแบบองค์รวมของบุคคล คือ ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม โดยการบำบัดดูแลบุคคลให้สามารถเผชิญภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจ สรุปได้ 3 ประการ คือ 1) การปฐมพยาบาลทางจิตใจตามหลัก EASE 2) การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) และ 3) กระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่มในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ (จุฑามาศ ทองประดับ, 2563; เบญจพร ปัญญายง, 2562; ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2562)

1) การปฐมพยาบาลทางจิตใจตามหลัก EASE อันเป็นหลักการปฐมพยาบาลทางจิตใจ ในลักษณะการเข้าไปช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะวิกฤตทางจิตใจด้วยความรวดเร็วที่สุด เพื่อเป็นการลดความรุนแรงและความทุกข์ทรมาณทางจิตใจที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน และเป็นการเสริมสร้างความรู้สึกปลอดภัยทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมของบุคคลตลอดจนการติดต่อเครือข่ายทางสังคมเพื่อการช่วยเหลือ ที่ประกอบด้วย

E: Engagement เป็นการให้ความช่วยเหลือ โดยการเข้าถึงบุคคลที่เผชิญภาวะวิกฤตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยใช้หลักการสร้างสัมพันธภาพและการเข้าถึงจิตใจบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤตจนได้รับความไว้วางใจ

A: Assessment เป็นการประเมินสภาพบุคคลที่เผชิญภาวะวิกฤตอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

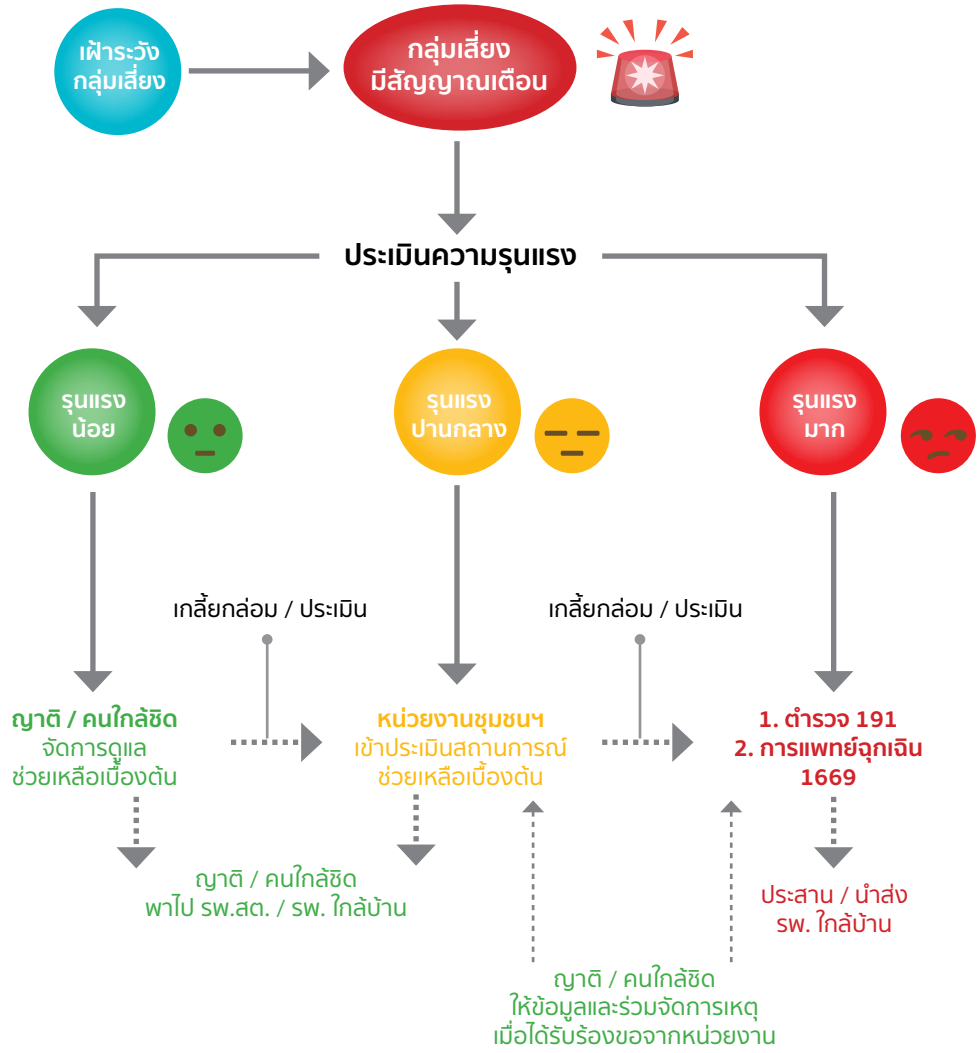
S: Skill เป็นทักษะการช่วยเหลือบุคคลที่เผชิญภาวะวิกฤต เพื่อลดความตึงเครียดทางอารมณ์ และเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการปัญหา

E: Education เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาและข้อมูลที่จำเป็นแก่บุคคลเพื่อสามารถเผชิญและก้าวผ่านภาวะวิกฤต ไปใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติสุขโดยเร็ว

2) การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นความสามารถของบุคคลในการที่จะยืนหยัดเพื่อการผ่านพ้นภาวะวิกฤตในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามารถที่จะขอความช่วยเหลือครอบครัวหรือบุคคลรอบข้างได้ รวมทั้งมีความสามารถในการฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เข้าใจชีวิตมากขึ้น และพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ และเริ่มต้นชีวิตใหม่ได้อย่างมีความสุข

3) กระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่มในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ การส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของสมาชิกในกลุ่ม การแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์เพื่อการประยุกต์ใช้ในการเผชิญและจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ผ่านกระบวนการกลุ่มซึ่งเป็นหลักการดูแลด้านจิตสังคม ซึ่งในปัจจุบันมีการคิดค้นโปรแกรมกระบวนการกลุ่มเพื่อการบำบัดภาวะวิกฤตทางจิตใจโดยการช่วยในเรื่องของการประคับประคองจิตใจ ทำให้เกิดการเรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหาและทักษะทางสังคมต่าง ๆ กลุ่มบำบัด เช่น กลุ่มดนตรีบำบัดต่อการเสริมสร้างทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติก เป็นต้น

โดยการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน การประเมินอาการของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงทีและเหมาะสม สามารถใช้หลักการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงเพื่อการนำส่งผู้ป่วยจิตเวช ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการกำเริบซ้ำหรือป่วยซ้ำในชุมชน โดยใช้หลักการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง

ที่มา: พรทิพย์ วชิรดิลก, และคณะ, 2563, น. 16.

3.2 เทคโนโลยีเพื่อการดูแลปัญหาวิกฤตสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพจิต หมายถึง การใช้อินเทอร์เนตและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องเพื่อการสื่อสาร ส่งข้อมูล และให้บริการด้านสุขภาพจิต ในการสร้างเสริม ป้องกัน และการให้การบำบัดดูแลภาพจิตผ่านช่องทางออนไลน์ (Online) ตลอดจนการใช้แหล่งข้อมูลออนไลน์ (OnlineResources) โซเชียลมีเดีย (Social Media) และแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน (Smartphone Applications) (Bond, et al., 2023; McClellan, et al., 2017) เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพจิตมีหลายรูปแบบ ทั้ง AI สำหรับวินิจฉัยและบำบัด, แอปพลิเคชันสำหรับติดตามอารมณ์และจัดการความเครียด, เทคโนโลยี VR/AR ช่วยบำบัดอาการกลัวหรือโรคเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) รวมถึงการใช้แพลตฟอร์มออนไลน์เพื่อเข้าถึงการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญได้ง่ายขึ้น

การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปัจจุบันเป็นยุคความเจริญทางเทคโนโลยีดิจิทัล การประเมินปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีเครื่องมือในรูปแบบแอปพลิเคชันใช้ในหลากหลายรูปแบบ เพื่อใช้ในการพัฒนาทักษะการดูแลด้านจิตใจของบุคคล โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในเรื่องภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า ที่ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นจากสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งเรื่องภัยพิบัติ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ภายใต้การมีข้อจำกัดหลัก 3 ประการ (สถาบันวิจัยเศรษฐกิจ ป๋วย อึ๊งภากรณ์, 2565) คือ 1) บุคลากรทางการแพทย์มีจำกัด โดยเฉพาะบุคลากรด้านสุขภาพจิต 2) ตัวชี้วัดทางสุขภาพจิตที่เป็นข้อมูลสะท้อนปัญหาในเรื่องที่แก้ไขไม่ทัน เช่น อัตราการฆ่าตัวตาย ความชุกของผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช เป็นต้น และ 3) ข้อจำกัดของขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อการค้นพบภาวะเสี่ยง หรือปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีในยุควิถีใหม่ (New Normal) หลังการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีการพัฒนาของเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI: Artificial Intelligence) เพื่อการประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์จึงถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อช่วยจัดการกับข้อจำกัด 3 ประการ ดังกล่าวข้างต้น โดยเน้นการนำมาใช้ตรวจจับอารมณ์ ความรู้สึก ในผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านจิตเวช ที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

ตัวอย่างเครื่องมือเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) คัดกรองภาวะซึมเศร้า

เป็นเครื่องมือที่ช่วยจิตแพทย์ ช่วยคัดกรองหาเคสเร่งด่วนที่ต้องให้การช่วยเหลือเป็นอันดับต้น ๆ เครื่องมือจะประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนแรกคือตัวแอปพลิเคชันในหมอพร้อม หรือ Automate Avatar ที่เป็น Mobile Application ที่ผู้รับบริการเข้ามาใช้งาน เมื่อมีการพูดคุยกันผ่านแอปก็จะได้ข้อมูลออกมาเป็นไฟล์วิดีโอ ซึ่งจะถูกส่งต่อไปให้ AI วิเคราะห์ในส่วนที่สอง และส่วนสุดท้ายคือ Web Base ที่แพทย์สามารถเข้ามาตรวจสอบย้อนหลังได้ หากมีผู้ใช้งานคนไหนที่ดูแล้วมีแนวโน้มที่น่าเป็นห่วงก็จะมีแพทย์หรือนักจิตวิทยาจากสายด่วนกรมสุขภาพจิตเข้าไปติดตามให้การดูแล

ในการให้คำปรึกษาผู้ประสบปัญหาโรคซึมเศร้า ที่สามารถประเมินความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าจากลักษณะการแสดงออกทางหน้าตา (Appearance) น้ำเสียง (Voice feature) และใช้การตอบคำถามจากคุณลักษณะเฉพาะ (Text Feature) โดยความร่วมมือของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กับคณะแพทยศาสตร์ และคณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้ชื่อ “Detection and Monitoring Intelligence Network for Depression: DMIND” ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม ที่มีความแม่นยำ เข้าถึงง่าย ใช้สะดวก เป็นการช่วยลดภาระแพทย์และนักจิตวิทยาในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต สามารถเข้าถึงบริการและได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้มากขึ้น (Hemrungrojn, et al., 2024)

โดยประชาชนเข้าถึง DMIND Application ได้ทาง https://bit.ly/aimet-dmind-chula-pr นอกจากนี้ DMIND Application ยังเชื่อมต่อกับช่องทางการสื่อสารของหมอพร้อม ได้แก่ LINE Official Account และ Facebook ซึ่งสามารถเข้าใช้บริการได้ผ่านขั้นตอน คือ เข้าแอปพลิเคชัน Line หมอพร้อม กดลิงก์เพื่อเพิ่มเพื่อน https://bit.ly/2Pl42qo เลือกเมนูคุยกับหมอพร้อม (Chatbot) จากนั้นเลือกเมนูตรวจสุขภาพใจ และเริ่มทำแบบทดสอบ (ชาติสยาม หม่อมแก้ว, 2565; สยามรัฐออนไลน์, 2565) และมีการเพิ่มช่องทางประเมินสุขภาพใจ ผ่าน AI DMIND บน ‘ไลน์ สปสช.’ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567) ในการร่วมดูแลคนไทยให้เข้าถึงบริการตรวจสุขภาพใจ คัดกรองภาวะซึมเศร้า ที่สะดวกและรวดเร็ว และให้ผลการประเมินที่ถูกต้องและแม่นยำ (Hemrungrojn, et al., 2024)

เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI คัดกรองภาวะซึมเศร้า (DMIND) ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงเครื่องมือปัญญาประดิษฐ์คัดกรองภาวะซึมเศร้า (DMIND)
ที่มา: สยามรัฐออนไลน์, 2565

นอกจากเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ ยังมีสิ่งที่เกี่ยวข้องด้านเทคโนโลยีที่งานวิจัยได้กล่าวถึง เป็นการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีสื่อออนไลน์ (Social-Media) ในรูปแบบ Twitter เพื่อการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในเรื่องภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายของบุคคล ได้แก่ การศึกษาการติดตามภาวะสุขภาพจิตของผู้ใช้สื่อออนไลน์ (Tuarob, Noraset, & Tawichsri, 2022) โดยการเน้นการแบ่งปัน (Sharing) ข้อมูลที่เป็นชุดข้อความของผู้ใช้สื่อออนไลน์เป็นรายบุคคลของข้อความที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด การฆ่าตัวตาย เป็นต้น

การใช้ภาษาในโลกสื่อออนไลน์เพื่อการคัดกรองความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ของคอปเปอร์สมิทธิ์และคณะ (Coppersmith, Leary, Crutchley, et al., 2018) โดยการตรวจจับสัญญาณการพยายามฆ่าตัวตาย และออกแบบการอธิบายระบบอัตโนมัติสำหรับการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายโดยผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต ตลอดจนการศึกษาการใช้สื่อออนไลน์ Twitter ของแมคคลีแลน และคณะ (2017) เพื่อการติดตามการกล่าวถึงภาวะสุขภาพจิตในปีพ.ศ. 2557 ที่ติดอันดับยอดนิยม 2 เรื่อง คือ ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

นอกจากนั้นจากการประมาณการของความรุนแรง ในภาวะซึมเศร้าผ่านสื่อออนไลน์ที่เป็นการเรียนรู้เชิงลึก (Ghosh & Anwar, 2021) โดยจะประมาณการความรุนแรงผ่านสื่อ Twitter เพื่อเป็นการส่งสัญญาณเตือนที่เพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้า โดยจัดบริการเป็นการดูแลให้คำปรึกษา และพบว่าผู้ใช้สื่อออนไลน์ที่มีภาวะซึมเศร้า ต่างมักใช้คำในเชิงลบที่เครียดและเศร้า ส่วนใหญ่จะเขียนลงช่วงดึกซึ่งเป็นช่วงปลอดคนเล่น และมักใช้สรรพนามและประสบการณ์เฉพาะตัวในการเขียนผ่านสื่อออนไลน์

จากแผนพัฒนาดิจิทัล กรมสุขภาพจิต ฉบับที่ 1 ปีงบประมาณ 2562-2565 (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป.) ที่มุ่งพัฒนาบริการและวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ด้วยการเป็น Smart Psychiatric Hospital ที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอน และอำนวยความสะดวกทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ มีการพัฒนาโมบายล์ แอปพลิเคชันเพื่อให้บริการทางด้านสุขภาพจิต (Mental Health Mobile Application) ที่ประกอบด้วย การวินิจฉัยอาการทางจิตเวช การให้ความรู้ การประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น การคัดกรองอาการผิดปกติ แบบสังเกตอาการผิดปกติ ระบบนัดบริการนอกเวลาพบแพทย์เฉพาะทาง ที่ผู้รับบริการสามารถเลือกใช้ได้ด้วยตนเอง และ แอปพลิเคชันที่ช่วยในการบำบัด (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2568) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดง Mental Health Mobile Application กรมสุขภาพจิต

รายชื่อ	รายละเอียด	ผู้ใช้	หน่วยงานผู้พัฒนา
1. ค้นพบความสุขกับลูกวัยรุ่น	ความรู้การเลี้ยงดูลูกหลานวัยรุ่นในสังคมที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้บิดามารดาสามารถเข้าถึงความรู้การเลี้ยงดูลูกหลานวัยรุ่นในสังคมปัจจุบันได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมผ่านช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัย และสามารถนำความรู้เหล่านี้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้โดยตรง	ประชาชนทั่วไป	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
2. CAMHS-Aid	การวินิจฉัยอาการทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น เป็นแอปพลิเคชันที่ออกแบบมาเพื่อช่วยบุคลากรในสถานพยาบาลในการวินิจฉัยอาการทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น ที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ถูกพัฒนาขึ้นภายใต้ความร่วมมือของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ วิทยาลัยนานาชาติ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบังและกรมสุขภาพจิต	บุคลากรสาธารณสุข	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

รายชื่อ	รายละเอียด	ผู้ใช้	หน่วยงานผู้พัฒนา
3. HERO (Health and Education Regional Operation)	ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น ผ่านคำถาม 9 ข้อง่าย ๆ (9 symptoms หรือ 9S) ได้แก่ 1) ซนเกินไป 2) ใจลอย 3) รอคอยไม่เป็น 4) เศร้า หรือเครียด หงุดหงิดง่าย 5) ท้อแท้เบื่อหน่าย 6) ไม่อยากไปโรงเรียน 7) ถูกเพื่อนแกล้ง 8) แกล้งเพื่อน และ 9) ไม่มีเพื่อน ที่เป็นการเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เพื่อดูแลเด็กและวัยรุ่นให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจภายใต้สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19	ครู บุคลากรสาธารณสุข	กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
4. Sabaijai (สบายใจ)	มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยในการประเมินสภาวะทางด้านจิตใจของบุคคลว่ามีภาวะที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือไม่ โดยมีแบบคัดกรองในการทำประเมิน แอปพลิเคชันมีคำแนะนำที่จำแนกตามความเหมาะสมกับเพศ และอายุ มีการแบ่งช่วงอายุออกเป็น 3 ช่วง คือ 15-24 ปี 25-59 ปี และ 60-65 ปี โดยมีเมนูบทความที่ช่วยเติมกำลังใจเกี่ยวกับการใช้ชีวิต การเรียน ความรัก การงาน การเงิน ครอบครัว และสุขภาพ	ประชาชนทั่วไป	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
5. Mental health Check Up	เป็นเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น และคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ประชาชนและผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว การประเมิน ประกอบด้วย 6 รายการ ได้แก่ ความเครียด ซึมเศร้าหรือฆ่าตัวตาย ภาวะสมองเสื่อม ความสุข ความฉลาดทางอารมณ์และพลังสุขภาพจิต สามารถใช้ฟรีได้ทั้งระบบ Android และ IOS	ประชาชนทั่วไป	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

รายชื่อ	รายละเอียด	ผู้ใช้	หน่วยงานผู้พัฒนา
5. Mental health Check Up (ต่อ)	เป็นแอปใหม่จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยออกแบบมาเพื่อประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นด้วยตนเอง และคัดกรองปัญหาโรคจิตเวชที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะ ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 นำไปสู่ปัญหาความเครียด สะสม ปัญหาชีวิต และฆ่าตัวตาย ซึ่งพบได้จากข่าวในต่างประเทศว่ามีแนวโน้มสุขภาพจิตแย่มีมากขึ้น โดยมีวิธีใช้เพียงโหลดแอป แอป Mental Health Check up ทาง App Store และ Play Store แล้วเลือกประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต 1 ใน 6 รายการ แล้วตอบคำถาม ตามความคิดของคุณ หลังตอบครบถ้วนแล้ว แอปจะสรุประดับความเครียด หรือระดับความเสี่ยงว่าอยู่ระดับใด หากอยู่ในระดับสูง ทางแอปจะแนะนำให้ไปพบหมอหรือโทรหาสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ได้ทันที ขั้นตอนการใช้ 1) เลือกแบบประเมิน เช่น ความเครียด ซึมเศร้า ฯลฯ 2) อ่านคำแนะนำ 3) เลือกตัวตน เช่น เพศ อายุ 4) อ่านคำชี้แจง 5) ทำแบบประเมิน 6) ได้ผลการประเมิน ดูคำแนะนำตามผลการประเมิน		
6. Mental health Check	เป็นเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นและคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้บุคลากรสาธารณสุข อสม. จิตอาสา ใช้ประเมินสุขภาพจิตประชาชน เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อปัญหามาดูแลสุขภาพจิต ตลอดจนประชาชนและผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสามารถ	บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จิตอาสา	กรมสุขภาพจิต

รายชื่อ	รายละเอียด	ผู้ใช้	หน่วยงานผู้พัฒนา
6. Mental health Check (ต่อ)	ประเมินตนเองและเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว การประเมินประกอบไปด้วย SBSD: Stress (ความเครียด), Burnout (ภาวะหมดไฟ), Suicide (การฆ่าตัวตาย), Depression (ภาวะซึมเศร้า) และ RQ: Resilience Quotient (ความเข้มแข็งทางใจ) โดยทราบผลการประเมินทันที มีคำแนะนำในการปฏิบัติตัว พร้อมมีช่องทางการขอรับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญทางออนไลน์		
7. MIND 6	แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ เป็นแอปพลิเคชันที่ใช้เทคโนโลยีเสียงและภาพ (Audio-Visual Entrainment: AVE) เพื่อบำบัดสุขภาพจิต โดยเปลี่ยนสมาร์ทโฟนให้เป็นอุปกรณ์ AVE เพื่อช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิต	ประชาชนทั่วไป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บุคลากรสาธารณสุข	กองบริการระบบบริการสุขภาพจิต
8. MIND 7	แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ใช้คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชซึ่งอาจมีแนวโน้มจะก่อความรุนแรงเท่านั้น	ประชาชนทั่วไป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บุคลากรสาธารณสุข	กองบริการระบบบริการสุขภาพจิต
9. SMC SmartQ	การนัดนอกเวลาแพทย์เฉพาะทางกระทรวงสาธารณสุข	ประชาชนทั่วไป	โรงพยาบาลศรีธัญญา

นอกจากการใช้แอปพลิเคชัน (Application) ที่สำคัญ ดังกล่าวข้างต้น ยังมีระบบตอบคำถามผู้มาใช้บริการผ่าน Line Application อัตโนมัติ ได้แก่

1) Smile Connect: Line Bot กรมสุขภาพจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์กรมสุขภาพจิต และให้บริการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เช่น รายงานด้านสุขภาพจิต, บทความด้านสุขภาพจิต, แบบทดสอบด้านสุขภาพจิต, ฐานข้อมูลวิจัยฯ จองคิวออนไลน์ Mobiles App. COVID-19 กับสุขภาพจิต และแหล่งรวบรวม Mobile Application กรมสุขภาพจิต ที่พัฒนาโดย สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต

2) DMH Connect: Line Bot กรมสุขภาพจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์กรมสุขภาพจิต และ ให้บริการความรู้ เกี่ยวกับสุขภาพจิต เช่น ข่าวสารด้านสุขภาพจิต ประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเอง E-Library ด้านสุขภาพจิต และเรียนรู้สุขภาพจิต E-Learning ซึ่งพัฒนาโดย โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

ตัวอย่างแอปพลิเคชันที่ช่วยทำให้เกิดการผ่อนคลาย

1) Calm เป็นแอปพลิเคชันที่ช่วยเรื่องการทำสมาธิและการนอนหลับ (Meditate, Sleep, Relax) ในแอปจะมีคำแนะนำเรื่องการนอนหลับ มีเสียงเพลงและเสียงธรรมชาติให้เลือกมากมาย มีนิทานก่อนนอนให้ฟัง ช่วยให้หลับลึกและหลับสนิทมากยิ่งขึ้น ใช้ได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ใช้ได้ทั้งระบบ Android และ IOS รองรับมากสุด 7 ภาษา ภาษาอังกฤษ ภาษาฝรั่งเศส ภาษาเยอรมัน ภาษาญี่ปุ่น ภาษาเกาหลี ภาษาโปรตุเกส ภาษาสเปน อ่านต่อได้ที่

https://www.wongnai.com/articles/good-for-your-mental-health?ref=ct

2) Sati App แอปพลิเคชันสติ เป็นแอปพลิเคชันที่รับฟังทุกปัญหา สำหรับเด็กเยาวชน และประชาชนทุกคน อายุตั้งแต่ 12 ปี ที่รู้สึกเครียด ทุกข์ใจ รู้สึกอยากทำร้ายตนเองหรือไม่อยากมีชีวิตได้มีพื้นที่ปลอดภัย โดยการรับฟังและให้คำปรึกษาจากจิตอาสาที่ได้ผ่านการอบรม ใช้หลักการทำงาน 3 ข้อ คือ Care ใส่ใจผู้ป่วย Connect ช่วยเหลือด้วยความเข้าใจ และ Communicate สื่อสารและรับฟังด้วยความเข้าใจ ดังนั้น Sati App จึงเสมือน ‘Call Center’ ที่เชื่อมต่อไปยังผู้รับฟังอาสาซึ่งผ่านการอบรมเรื่องการฟังด้วยใจมาแล้ว โดยสามารถเลือกพูดคุยได้ทั้งภาคภาษาไทยและภาษาอังกฤษ หลังจากวางสาย ระบบยังมีการถามคำถามเพิ่มเติม เป็นต้นว่า “คุณรู้สึกอย่างไร ผู้รับฟังให้ความช่วยเหลือคุณได้ไหม และต้องการให้ระบบช่วยติดตามภายใน 24 ชั่วโมงหรือไม่อย่างไร” สามารถใช้ฟรีได้ทั้งระบบ Android และ IOS

แอปพลิเคชันที่กล่าวมา เป็นเทคโนโลยีเพื่อการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งที่เป็นของกรมสุขภาพจิต และหน่วยงานเอกชน แต่ละแอปพลิเคชันมีความเฉพาะเจาะจงในการเลือกใช้ ซึ่งในการเลือกใช้ต้องทำความเข้าใจในรายละเอียด และมีความรู้ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้วย นับเป็นนวัตกรรมทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อการดูแลตนเองของประชาชน

สรุปท้ายบท

สถานการณ์วิกฤตสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ที่จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 หรือโรคอุบัติใหม่ทั้งหลาย ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและจิตเวชของบุคคล ครอบครัว และชุมชน สังคม และเกิดอคติตีตราทางสังคมขึ้นกับบุคคล แม้ในช่วงแรกเชื้อไวรัสโควิด-19 จะไม่มีผลกับเด็ก แต่ต่อมาก็เกิดการแพร่กระจายครบทุกช่วงวัย ในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่แล้วทำให้ส่งผลกระทบต่อการมีภาวะผิดปกติของสุขภาพจิตรุนแรงมากยิ่งขึ้น ในบุคคลทั่วไปที่ประสบปัญหาการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะผิดปกติด้านสุขภาพจิตตามมาได้ ทั้งเรื่องความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า

นอกจากนั้นความรุนแรงที่เกิดจากโรคจิตเวชร่วมสุราและสารเสพติด ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ควรได้มีการบูรณาการไว้ในแผนยุทธศาสตร์จิตเวชชุมชน ที่เพิ่มมาตรการ การเข้าถึงบริการเพื่อการบำบัดรักษา และดูแลผู้ติดสุราและสารเสพติด รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ดูแล หรือบุคคลในชุมชน ที่มีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้มีปัญหาโรคจิตเวชร่วมสุราและสารเสพติด ให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมสุราและสารเสพติด เพื่อความมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และช่วยลดความรุนแรงที่จะเกิด หรือลดอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย อันจะเป็นการช่วยลดสถานการณ์วิกฤตสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนลงได้

จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัลและการมุ่งพัฒนาบริการและวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลของกรมสุขภาพจิต ทำให้มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในรูปแบบโมบายล์แอปพลิเคชันในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความสะดวกต่อผู้รับและให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามต้องมีการพัฒนาต่อเพื่อความครอบคลุมของบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ตามความต้องการด้านบริการสุขภาพจิตและ จิตเวชให้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ที่จะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้รับบริการได้อย่างรวดเร็ว ทันท่วงที

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. (2568). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567*.

กรมสุขภาพจิต. (2567). *สำรวจ Mental Health โลกโซเชียล เปิดปัญหากระทบจิต พร้อมวิธีฮีลใจ*. http://www.medi.co.th/news_detail2.php?q_id=461

กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือการปฏิบัติงาน ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับ: ผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีการระบาด*. https://dmh.go.th/covid19/pnews/files/MCATTupdate.pdf

กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แผนพัฒนาดิจิทัล กรมสุขภาพจิต ฉบับที่ 1 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2565)*. https://ict.dmh.go.th/books/files/.pdf

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564ข). *คำแนะนำการปฏิบัติงานนอกสถานที่ตั้งหรือที่บ้านสำหรับประชาชน (Work Form Home)*. https://covid19.anamai.moph.go.th/web-upload/.pdf

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2568). *"application แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงปี 2563," คลังความรู้สุขภาพจิต*. https://dmh-elibrary.org/items/show/700.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580)*. https://omhc.dmh.go.th/news/admin/62256213595.pdf

กีรติยา คำอุ่น. (2562). ความต้องการของเด็กและเยาวชนผู้กระทำผิดที่มีต่อการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและศูนย์ให้คำปรึกษาแนะนำและประสานการประชุม เพื่อแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเด็กเยาวชนและครอบครัว. *วารสารสังคมภิวัฒน์, 10*(2), 1-18.

เกษร สายธนู และกิ่งกาญจน์ ชูเมือง. (2564). ผลของกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 29*(2), 125-136.

จุฑามาศ ทองประดับ. (2563). การจัดกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารพยาบาลทหารบก, 21*(1), 56-65.

ชาติสยาม หม่อมแก้ว. (2565). *DMIND แอปพลิเคชันเพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า นวัตกรรม AI จากนักวิจัยคณะแพทย์และวิสชฯ จุฬาฯ*. https://www.chula.ac.th/highlight/75794/

ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานันท์, ลักขณา ยอดกลกิจ และมาลินี ชมชื่น. (2565). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6. วารสารบทคัดย่อกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 212-223.

ณัฏฐวรรณ คำแสน, สุพรรณี เปี้ยวนาลาว, ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ และสุพัตรา หน่ายสังขาร. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด-19. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 37*(3), 36-50.

ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, สุนทรี สิทธิสงคราม และผกาทิพย์ ปอยสูงเนิน. (2562). บทบาทพยาบาลในการดูแลบุคคลที่มีภาวะวิกฤตทางจิตใจ. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 36*(1), 82-89.

เบญจพร ปัญญายง, บรรณาธิการ. (2562). *การปฐมพยาบาลทางใจ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ*: บริษัทบียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด.

ปรัชญานี คำเหลือ, สุพรรณี อุตส่าห์, นิภาพร คำชาลี, สมัย คำเหลือ และธนวรรษ มณีอินทร์. (2564). การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2557-2561. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30*(5), 834-844.

พรทิพย์ วชิรดิลก, ธีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ณรงค์ชัย วงค์วาร และอัญชลี เนื่องอุตม์, บรรณาธิการ, (2563). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่*. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และ สุทธา สุปัญญา. (2560). *ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556*. *พิมพ์ครั้งที่ 2*. หจก.วนิดาการพิมพ์.

มาโนชย์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, บรรณาธิการ. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไมตรี ธนาวัฒนะ อิทธิพล ดวงจินดา และ วาสนา ธนาวัฒนะ. (2565). ผลกระทบจากวิกฤตโรคโควิด-19. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 4*(1), 23-37.

รัตนาภรณ์ ชูทอง, ภควัต วิวัฒนวรเศรษฐ์, ณภัควรรต บัวทอง, ยุพา หนูทอง, ชาตินันท์ อยู่สุข, ณัฐกุล รุ่งเรือง, นพดล หมัดอาหวา, พีระสิทธิ์ แซ่ลิ้ม, แพรนภา ชัยทวีทรัพย์, ภัทรเนตร ชี้เจริญ, เรณุกา จันทร์สุวรรณ และองค์อร สรายุทธพิทักษ์. (2562). ภาวะสุขภาพจิต สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ภาคใต้ของประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 64*(4), 337-350.

วรวรรณ จุฑา, กมลลักษณ์ มากคล้าย, ดวงดาว ศรีเรืองรัตน์ และเรวดี จายานะ. (2566). ความชุกและแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563-2565. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 31*(3), 227-239.

วชิราภรณ์ สอระสัน. (2566). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 8*(1), 346-349

วนิดา รัตนสุมาวงศ์, รัศมน กัลป์ยาณศิริ และพิชัย แสงชาญชัย. (2561). ทฤษฎีของพฤติกรรมเสพติดและข้อถกเถียงที่มีในปัจจุบัน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 63*(3), 295-306.

วไลลักษณ์ พุ่มพวง. (2565). *การพยาบาลปฏิบัติการจิตเวช*. บริษัท รัน ทู วิชั่นส์ จำกัด.

วิกานดา จันทร์เรือง. (2562). ความต้องการของเด็กและเยาวชนผู้กระทำผิดที่มีต่อการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและศูนย์ให้คำปรึกษาแนะนำและประสานการประชุม เพื่อแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเด็ก เยาวชนและครอบครัว. *วารสารสังคมภิวัฒน์, 10*(2), 1-18.

วิจิตรา กุสุมภ์ และสุนันทา ครองยุทธ. (2563). ผลกระทบด้านจิตใจในผู้ป่วยวิกฤต: กลยุทธ์ในการจัดการ. *วารสารพยาบาล, 69*(3), 53-61.

วีณา บุญแสง, ศรีแพร หนูแก้ว, พนิดา สีนาเวช, กมลวรรณ จันทรโชติ และอุษา เขตรเขื่อน, บรรณาธิการ. (2563). *แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ ยา/ สารเสพติด (ฉบับทดลองใช้)*. บริษัท พรอสเพอรัลพลัส จำกัด.

ศิริพร สุริยะ. (2566). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมระบบสุขภาพจิตของชุมชน กรณีศึกษา: ชุมชนซอยร่วมสุข แขวงบางขุนเทียน เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร*. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรพัฒนาชุมชนมหาบัณฑิต ภาควิชานโยบายสังคม การพัฒนาสังคมและการพัฒนาชุมชน คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริวรรณ ปิยวัฒนเมธา, กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ธนาพร แสงพงศานนท์ และ ญานิกา วลีอิทธิกุล. (2565). ความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโควิด-19 ระหว่างอยู่โรงพยาบาล. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 67*(3), 232-239.

ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2561). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง*.

สมพร เนติรัฐกร. (2564). แนวปฏิบัติในการดำเนินการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 4*(2), 111-120.

สถาบันวิจัยเศรษฐกิจ ป๋วย อึ้งภากรณ์. (2565). *การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตด้วยเทคโนโลยี AI*. https://www.pier.or.th/abridged/2022/10/

สยาภรณ์ เดชดี และอรวรรณ หนูแก้ว. (2564). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 35*(1), 91-111.

สยามรัฐออนไลน์. (2565). *จุฬาฯเปิดตัวแอปฯ DMIND "AI คัดกรองภาวะซึมเศร้า"*. https://siamrath.co.th/n/359144

สายฝน เอกวรางกูร, บรรณาธิการ. (2565). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 2*. โรงพิมพ์สามลดา.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). *เพิ่มช่องทางประเมินสุขภาพใจ ผ่าน AI DMIND บน "ไลน์ สปสช."*. https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News_4380

สุภลักษณ์ ธานีรัตน์ และสุจิรา วิเชียรรัตน์ . (2563). กลยุทธ์เพื่อลดการตีตราทางสังคมในสถานการณ์โควิด 19. *วารสารเกื้อการุณย์, 27*(2), 164-174.

อนุพงศ์ ชาวคอนไชย และ กัลยามาศ แจ่มกลาง. (2565). การบริหารจัดการเชิงระบบสู่การพัฒนาบริการสุขภาพจิต แบบ "ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน" อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16*(3), 784-798.

อำพวรรณ์ ยวนใจ. (2563). COVID_19 กับการตีตราทางสังคม: บทบาทพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 32*(1 มกราคม-เมษายน), 89-97.

เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และ สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์. (2563). ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศ ไทย, 65*(4), 400-408.

Aekwarangkoon, S., Noonil, N., & Negarandeh, R. (2024). Understanding Thai Community Nurses' Experiences of Caring for Psychiatric Patients in Primary Care Units: A Phenomenological Study. *International Journal of Community Based Nursing Midwifery, 12*(3),150-161. doi: 10.30476/IJCBNM.2024.101442.2436. PMID: 39161860; PMCID: PMC11330553.

Bagcchi, S. (2020). Stigma during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Infectious Diseases, 20*(7), 782. https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2820%2930498-9

Bond, R. R., Mulvenna, M. D., Potts, C., O'Neill, S., Ennis, E., & Torus, J. (2023). Digital transformation of mental health services. *Mental health Research, 2*(13), 1-9. https://doi.org/10.1038/s44184-023-00033-y

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, S., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence it: rapid review of the evidence. *Lancet. 395*, 912-920.

Brown, M., Moore, C. A., MacGregor, J., Lucey, J. R. (2020). Primary Care and Mental Health: Overview of Integrated Care Models. *The Journal for Nurse Practitioners, 17*, 10-14.

Bruns, D. P., Kraguljac, N. V., & Bruns, T. R. (2020). COVID-19: facts, cultural considerations, and risk of stigmatization. *Journal of Transcultural Nursing, 31*(4), 326-332.

Coppersmith, G., Leary, R., Crutchley, P., & Fine, A. (2018). Natural language processing of social media as screening for suicide risk. *Biomedical Informatics Insights, 10*, 1178222618792860**.** https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1178222618792860

Fond, G., Nemani, K., Etchecopar-Etchart, D., Loundou, A., Goff, D. C., Lee, S. W., Lancon, C., Auquier, P., Baumstarck, K., Llorca, PM., Yon, D. K., & Boyer, L. (2021). Association Between Mental Health Disorders and Mortality Among Patients With COVID-19 in 7 Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry. 78*(11), 1208-1217.

Ghosh, S., & Anwar, T. (2021). Depression intensity estimation via social media: a deep learning approach. *IEEE Transactions on Computational Social Systems, 8*(6), 1465–1474.

Hemrungrojn, S., Saengsai, K., Jakkrawankul, P., Kiattiporn-Opas, C., Chaichareenon, K., Amrapala, A., Lapanan, K., Hengpraprom, S., Hiransuthikul, N., Achakulvisut, T., Nupairoj, N., Phutrakool, P., Yodlorchai, R., &Vateekul, P. (2024). Development and Evaluation of the DMIND Questionnaire: Preparing for AI Integration into an Effective Depression Screening Tool. *Siriraj Medical Journal, 76*(9), 620-629.

Hfocus. (2025). *ประชาชน 4.3 ล้านคนต่อปีต้องการรับบริการสุขภาพจิตเน้นขับเคลื่อนผ่านกลไก Service plan*. https://www.hfocus.org/content/2025/05/34214

Huang, Y. and Zhao N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*. *288*, June, 112954. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954

Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M.,...Cao, R. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet, 395*, 10220,497-506.

Langousis, A., and Carsteanu, A. A. (2020). Under sampling in action and at scale: application to the COVID-19 pandemic. *Stochastic Environmental Research and Risk Assessment, 34*,1281–1283.

Liang, L., Ren, H., Cao, R., Hu, Y., Qin, Z., Li, C., & Mei, S. (2020). The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatric Q. Sep,91*(3):841-52.

Magomedova, A., and Fatima, G. (2025). Mental Health and Well-Being in the Modern Era: A Comprehensive Review of Challenges and Interventions. *Cureus, 17*(1): e77683. DOI 10.7759/cureus.77683

McClellan, C., Ali, M. M., Mutter, R., Kroutil, L, & Landwehr, J. (2017). Using social media to monitor mental health discussions-evidence from Twitter. *Journal of the American Medical Informatics Association, 24*(3), 496-502.

Singkhorn, O., Hamtanon, P., Moonpanane, K., Pitchalard, K., Sunsern, R., Leaungsomnapa, Y., & Phokhwang, C. (2023). Developing a Depression Care Model for the Hill Tribes: A Family- and Community-Based Participatory Research. *Depression Research and Treatment,12*, 3191915. doi: 10.1155/2023/3191915. PMID: 37867731; PMCID: PMC10586898.

Stickley, A., & Ueda, M. (2022). *Loneliness in Japan during the COVID-19 pandemic: Prevalence, correlates and association with mental health*. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114318

Su, Y., Xue, J., Liu, X., Wu, P., Chen, J., Chen, C., Liu, T., Gong, W., & Zhu, T. (2020). Examining the Impact of COVID-19 Lockdown in Wuhan and Lombardy: A Psycholinguistic Analysis on Weibo and Twitter. *International Journal of Environmental Research and Public Health(IJERPH), 17(12), 4552*. https://www.researchgate.net/publication/342426633_Examining_the_Impact_of_ COVID-19

Toubasi, A. A., AbuAnzeh, R. B., Tawileh, H. B. A., Aldebei, R. H., Alryalat, S. A. S. (2021). A meta-analysis: The mortality and severity of COVID-19 among patients with mental disorders. *Psychiatry Research*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7927594/pdf/main.pdf

Tuarob, S., Noraset, T., & Tawichsri, T. (2022). *Using Large-Scale Social Media Data for Population-Level Mental Health Monitoring and Public Sentiment Assessment: A Case Study of Thailand*. https://www.pier.or.th/files/dp/pier_dp_169.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). *World Drug Report 2019 Methodology Report*. The Bureau of Labor Statistics.

Vai, B., Mazza, M. G., Colli, C. D., Foiselle, M., Allen, B., Benedetti, F., Borsini, A., Dias, M. C., Tamouza, R., Leboye, M., Benros, M. E., Branchi, I., Fusar-Poli, P., & De Picker, L. J. (2021). Mental disorders and risk of COVID-19-related mortality, hospitalization, and intensive care unit admission: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry, 8*(9), 797-812.

Vadivel, R., Shoib, S., El Halabi, S., El Hayek, S., Essam, L., Bytyçi, D. G., Karaliuniene, R., Schuh Teixeira, A. L., Nagendrappa, S., Ramalho, R., Ransing, R., Pereira-Sanchez, V., Jatchavala, C., Adiukwu, F. N., Kudva Kundadak, G. (2020). Mental health in the post-COVID-19 era: challenges and the way forward. *General Psychiatry, 34*: e100424. doi:10.1136/gpsych-2020-100424

Wannasewok, K., Suraaroonsamrit, B., Jeungsiragulwit, D., & Udomratn, P. (2022). Development of Community Mental Health Infrastructure in Thailand: From the Past to the COVID-19 Pandemic. *Consortium Psychiatricum, 3*(3), 95-106.

World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID19) pandemic*. https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19