

## ระบบดูแลสุขภาพจิตแบบอสมดุลและการกีดกันทางสังคม<sup>1</sup> Imbalanced Mental Health Care System and Social Exclusion

Received 3 October 2022

Revised 30 November 2022

Accepted 8 December 2022

ชัยพร อุโฆษจันทร์<sup>2</sup>

Chaiyaporn Ukosachan<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้ต้องการเสนอให้เห็นประเด็นเรื่องการกีดกันทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีประสบการณ์โรคจิตเวชในระบบสุขภาพจิตแบบอสมดุล นับตั้งแต่ ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา นโยบายสุขภาพจิตในระดับโลกให้ความสำคัญไปที่กับปรับเปลี่ยนระบบดูแลด้านสุขภาพจิตจากเดิมที่ให้บริการในโรงพยาบาลจิตเวชไปสู่การให้บริการในชุมชนซึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนทั้งโครงสร้างการกระจายทรัพยากรและความคิดที่เป็นแก่นของการเปลี่ยนแปลงซึ่งพัฒนามาจากความคิดของนักวิชาการยุคหลังสมัยใหม่นิยม ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของนานาประเทศ ประเทศไทยเป็นประเทศยังคงให้ความสำคัญกับโรงพยาบาลจิตเวช ในขณะที่พยายามสร้างระบบบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชนประหนึ่งว่าให้ความสำคัญกับทั้งบริการในโรงพยาบาลและบริการในชุมชนโดยการสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน พร้อมทั้งกล่าวว่าประเทศเคยผ่านกระบวนการลดความเป็นสถาบันมาแล้ว ดังนั้นบทความชิ้นนี้พยายามเสนอว่าแม้จะมีการพัฒนาบริการสุขภาพจิตในชุมชน แต่โดยภาพรวมระบบดูแลด้านสุขภาพจิตของไทยก็ยังคงให้ความสำคัญกับโรงพยาบาลเป็นหลักและตกอยู่ภายใต้ชุดความคิด

<sup>1</sup> บทความวิชาการชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือปฏิบัติที่ใช้สำหรับสำเร็จการศึกษาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

<sup>2</sup> นักศึกษาโครงการปริญญาเอก สาขาวิชานโยบายสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย E-mail: Ajarn\_tan@hotmail.com

<sup>3</sup> Student of Ph.D. Program in Social Policy, Faculty of Social Administration, Thammasat University, Bangkok, Thailand.

ดั้งเดิมหรือที่ในบทความเรียกว่าระบบดูแลด้านสุขภาพจิตแบบอบสมดุล ซึ่งระบบนี้ได้พยายามเข้าไปเบียดขับความรู้ชุดอื่นในชุมชน สร้างความเหลื่อมล้ำให้เกิดขึ้นในการบำบัดรักษาและการจ้างงาน รวมถึงไม่ได้ทำให้การกีดกันระหว่างกันในชุมชนหายไป

*คำสำคัญ:* ระบบดูแลด้านสุขภาพจิตอบสมดุล, การลดความเป็นสถาบัน, การกีดกันทางสังคม

### Abstract

This academic article aims to demonstrate the social exclusion that occurs in imbalanced mental health care system. Since 1970, global mental health policies have given precedence to community services, which need to be altered in terms of structures of decentralization and their philosophical foundation. In Thailand, even the large psychiatric hospitals have not been reduced in quantity and size, but mental health work in the community and primary health care integration with mental health services have increased, which make Thailand's mental health care system activated. This article suggests that even though mental health services in communities have improved, the overall mental health care system in Thailand is still based on hospitals, based on old-fashioned ideas and mindsets towards the imbalanced mental health care system. This system, driven by modern psychiatry concepts, allows communities to become a part of psychiatric institutions, but has not aligned itself with the mindsets which exist within these communities. It has created disparities in treatment and employment; and also brought about social exclusion, a fundamental

problem facing people who experience psychiatric disorders living in a social context in which bio-medicine is authoritative.

*Keywords:* Imbalanced mental health care system, Deinstitutionalization, Social exclusion

## เกริ่นนำ

สำหรับนักวิชาการที่ศึกษาจิตเวชศาสตร์ในมุมมองสังคมศาสตร์ แนวคิดหลังสมัยใหม่นิยมของ มิเชล ฟูโกต์ (Michael Foucault) ย่อมทราบว่า มีกลุ่มนักวิชาการกลุ่มหนึ่งที่มีจุดยืนทางความคิดที่ไม่เห็นด้วยกับจิตเวชศาสตร์ ยุคสมัยใหม่ที่เน้นการบำบัดรักษาด้วยยาและกำหนดสถานที่สำหรับรักษาเอาไว้ที่โรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งเป็นลักษณะที่คล้ายกับการรักษาโรงฝายกาย<sup>4</sup> ซึ่งมองระบบร่างกายเป็นกลไกและสามารถแยกรักษาในส่วนที่บกพร่องได้ ทั้งนี้ในกรณีของการมีประสบการณ์โรคจิตเวชนั้นการรักษาปัจจุบันตั้งอยู่บนหลักคิดที่ว่าเกิดการเสียดุลของสารเคมีในสมอง ในกรณีของจิตเภท ถ้าสารเคมี ที่เรียกว่า โดปามีนมีสูง จะทำให้ผู้มีประสบการณ์โรคจิตเภท<sup>5</sup> มีอาการประสาทหลอน หลงผิด การสื่อสารผิดปกติ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมที่ไม่เป็นตามบรรทัดฐานสังคม หรือในอีกกรณีถ้าโดปามีนหลังออกมา น้อยกว่าปกติก็จะทำให้ซึม เก็บตัว

---

<sup>4</sup> โรงพยาบาลฝายกาย เป็นการเรียกโรงพยาบาลที่เน้นรักษาทางกายเป็นหลัก โดยอาจมีแผนกจิตเวชอยู่ด้วย เช่น โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย เป็นต้น ในขณะที่โรงพยาบาลฝายจิตจะหมายถึงโรงพยาบาลที่รักษาเฉพาะโรคจิตเวช

<sup>5</sup> เนื่องจากเป็นดัชนีพินธ์ที่ศึกษาไปที่โรคจิตเภท และเพื่อให้สะท้อนจุดยืนทางความคิดของมนุษยนิยม จึงเลี่ยงคำว่าผู้ป่วยจิตเวช เพราะสะท้อนให้เห็นถึงสถานภาพทางสังคมที่บกพร่องให้กับบุคคล ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับกรอบการฟื้นคืนสภาพ (Recovery) จึงเรียกผู้ป่วยจิตเภทว่า ผู้มีประสบการณ์โรคจิตเภท

แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในระดับปรัชญาสังคม อิทธิพลของปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) แนวคิดมนุษยนิยม (Humanism) แนวคิดอัตถิภาวนิยม (Existentialism) (ชัยพร อุโฆษจันทร์, 2562) สถานการณ์ทางสังคมในช่วงสงครามเวียดนามซึ่งส่งผลให้เกิดการเรียกร้องสิทธิของกลุ่มคนชายขอบต่างๆ หลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งขบวนการเคลื่อนไหวของผู้ที่เคยมีประสบการณ์ที่เลวร้ายจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นเวลานานเช่น คลิฟฟอร์ด เบียร์ส (Clifford Beers) ที่เขียนหนังสือเกี่ยวกับประสบการณ์ในโรงพยาบาลจิตเวชเรื่อง A Mind That Found Itself ใน ค.ศ. 1908 (Parry, 2010) ผลงานวิชาการของเออร์วิง กอฟแมน (Erving Goffman) เรื่อง Stigma Notes on the Management of Spoiled Identity โดยเฉพาะอย่างยิ่งปฏิบัติการของจิตแพทย์ชาวอิตาลี ฟรอนโก บาเซเกสียที่มีบทบาทสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพจิตโดยการปิดโรงพยาบาลจิตเวชที่อิตาลี (Serapioni, 2019) อันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพจิตขึ้นในชื่อ ที่เรียกว่า กระบวนการลดความเป็นสถาบัน (Deinstitutionalization) (Sealy & Whitehead, 2004) ดังนั้นจึงมีการปฏิรูประบบระบบดูแลด้านสุขภาพจิตโดยกระจายทรัพยากรสุขภาพจิตไปสู่ชุมชนหรือที่รู้จักกันในชื่อระบบดูแลด้านสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Mental Health Care) ซึ่งมีแนวคิดการฟื้นคืนสภาพเป็นกรอบและหลักการสำคัญในการทำงาน

ดังนั้น เท่ากับว่ากระแสของนโยบายในระดับสากลกำลังให้ความสำคัญกับการทำงานเชิงชุมชนมากกว่าการใช้โรงพยาบาลเป็นฐานในการรักษาแบบเดิม แต่การปฏิรูปที่เกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของแต่ละประเทศ โดยเฉพาะทรัพยากรสุขภาพจิตที่แต่ละประเทศมีไม่เท่ากัน เพราะฉะนั้นจึงมีความพยายามเสนอแนวทางการบูรณาการระบบดูแลรักษาในโรงพยาบาลและระบบดูแลรักษาในชุมชนเข้าด้วยกันโดยขึ้น ซึ่ง Thornicroft and Tansella (2013) ได้เสนอรูปแบบในการผสมผสานเอาไว้ 3 รูปแบบ ประกอบด้วย

1. ประเทศที่มีทรัพยากรสุขภาพจิตน้อย บริการสาธารณสุขมูลฐานมีบทบาท

สำคัญในการค้นหาและประเมินผู้ที่มีประสบการณ์ความเจ็บป่วยทางจิต ให้บริการการบำบัดด้วยยา และจิตสังคมพื้นฐาน โดยประเทศเหล่านี้จะมี บุคลากรและบริการสุขภาพจิตที่จำกัด ปรากฏเฉพาะในเมืองหลวง 2. ประเทศที่มีทรัพยากรสุขภาพจิตปานกลาง เป็นประเทศที่บริการสาธารณสุขมูลฐานที่ดี และยังมีบริการสุขภาพจิตที่มากกว่ากลุ่มแรก ได้แก่ มีบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน ทีมสุขภาพจิตชุมชน สถานดูแลผู้ป่วยจิตเวชระยะยาว และบริการด้านการทำงานและอาชีพ 3. ประเทศที่มีทรัพยากรสุขภาพจิตมาก ซึ่งจะมีบริการพิเศษที่เพิ่มเติมขึ้นมาจากกลุ่มที่ 2 เช่น มีทีม Assertive Community Treatment ทีม Early Intervention และ Crisis House เป็นต้น

สรุป ระบบดูแลด้านสุขภาพจิตมีอยู่ทั้งสิ้น 3 รูปแบบหลัก คือ 1. การใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีหลากหลายลักษณะตั้งแต่ไม่มีโรงพยาบาลจิตเวชเหลืออยู่ เช่นกรณีของอิตาลี หรืออาจเป็นการลดจำนวน ลดขนาดโรงพยาบาลจิตเวช 2. การใช้โรงพยาบาลเป็นฐานมากกว่าที่จะกระจายทรัพยากรไปสู่ชุมชน และ 3. การพิจารณาว่าเป็นการผสมผสานทั้งสองรูปแบบขึ้นต้นเอาไว้ด้วยกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับทรัพยากรของแต่ละประเทศ ซึ่งการทำความเข้าใจรูปแบบของระบบนั้นมีความสำคัญ เพราะระบบดูแลด้านสุขภาพจิตแต่ละแบบไม่ได้ต่างแค่การจัดสรรทรัพยากรระหว่างรวมศูนย์และกระจายทรัพยากรเท่านั้น ทว่าในแต่ละรูปแบบมีระบบความเชื่อเกี่ยวกับมนุษย์ มุมมองต่อการรักษาที่แฝงอยู่ อย่างลึกและแนบแน่น ดังนั้นการที่ประเทศใดประเทศหนึ่งจะนำเสนอตนเองว่า ได้ผ่านกระบวนการลดความเป็นสถาบันมานั้น จึงมีความหมายกว้างไปถึง การเปลี่ยนระบบความคิด-ความเชื่อเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคมและความสัมพันธ์เชิงอำนาจด้วย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการจัดทรัพยากรใหม่ เช่นการลดจำนวนเตียงผู้ป่วยใน (Inpatient) การสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน (Community mental Health Care Network) ฯลฯ ดังที่เมื่อปี พ.ศ. 2552 กรมสุขภาพจิตไทยได้กล่าวว่าไทยได้เริ่มโครงการลดความเป็นสถาบันมากกว่า 10 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2552) ซึ่งหมายความว่าเราปฏิรูปในช่วง

ค.ศ. 1999 (พ.ศ.2542) ชี้กว่าในยุโรปและอเมริกา 20 ปี<sup>6</sup> ในขณะที่ช่วง พ.ศ. 2562 ได้มีการก่อสร้างโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางเพิ่มขึ้นอีก 1 แห่ง ซึ่งสวนทางกับลักษณะของการลดความเป็นสถาบันที่อ้างว่าเกิดขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2542 (กรมสุขภาพจิต, 2552)

ดังนั้น บทความนี้ต้องการที่จะชี้ให้เห็นว่าระบบดูแลด้านสุขภาพจิตของไทยที่เมื่อพิจารณาจากภายนอกอาจทำให้เข้าใจว่าเป็นการใช้ชุมชนเป็นฐาน หรืออย่างน้อยก็เป็นระบบผสมผสานที่เน้นการทำงานกับชุมชนนั้น แท้จริงแล้ว เป็นระบบอบสมดุที่ยังคงคุณลักษณะต่างๆ ของระบบที่ใช้โรงพยาบาลเป็นหลัก เอาไว้อย่างแนบแน่น

### **หลักการสำคัญของการปฏิรูประบบดูแลด้านสุขภาพจิต**

เพื่อให้เข้าใจเห็นภาพตรงกันว่าระบบดูแลด้านสุขภาพจิตของไทยเป็นแบบอบสมดุที่เอียงฝั่งของการใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน จำเป็นต้องทำความเข้าใจหลักการพื้นฐานของการปฏิรูประบบไปสู่การใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งดำเนินการภายใต้กรอบคิดใหม่ที่เรียกว่ากรอบคิดการฟื้นคืนสภาพ (Recovery) ซึ่งเป็นหลักการที่ประเทศที่ปฏิรูประบบสุขภาพจิตนำมาปรับใช้ และหากพิจารณาหลักการแต่ละข้อก็จะแสดงให้เห็นค่อนข้างชัดเจนว่าระบบดูแลด้านสุขภาพจิตของไทยยังไม่สะท้อนถึงการปรับใช้หลักการดังกล่าว ดังนั้นการมีหน่วยงานด้านสุขภาพจิตเกิดขึ้นในชุมชนจึงเป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงแค่เสียวนี้อย่างหนึ่งเท่านั้น ไม่ได้เป็นการเปลี่ยนแปลงสู่การใช้ชุมชนเป็นฐานและขยายกรอบคิดมาสู่กรอบการฟื้นคืนสภาพ

---

<sup>6</sup> เทียบกับในอิตาลี ซึ่งเป็นประเทศแรกที่ผ่านมากระบวนการลดความเป็นสถาบันใน ค.ศ. 1978 และประเทศอื่นๆ ต่างทยอยเริ่มกระบวนการนี้ตามมา

## 1. การปิดหรือลดขนาดและจำนวนของโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่

การปฏิรูปดังกล่าวอาจไม่จำเป็นต้องปิดโรงพยาบาลจิตเวชทั้งหมดที่มีลงและแทนที่ด้วยศูนย์สุขภาพจิตชุมชนและแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป ทว่าสามารถทำได้ด้วยการลดจำนวนเตียงของโรงพยาบาลลงและเปิดแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปให้มากขึ้น ซึ่งการลดขนาดนี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิรูประบบไปสู่การใช้ชุมชนเป็นหลัก แต่สิ่งที่เกิดขึ้นกับระบบดูแลด้านสุขภาพจิตของไทยนั้นมีความแตกต่าง ซึ่งมีทั้งตรงกันข้ามและสอดคล้องกับหลักการข้อแรกนี้ สำหรับเรื่องที่สวนทางกับหลักการพื้นฐานของการปฏิรูปคือ การเปิดโรงพยาบาลจิตเวชพิเศษโลกรวมถึงแผนการสร้างโรงพยาบาลจิตเวชเพิ่มในอนาคต

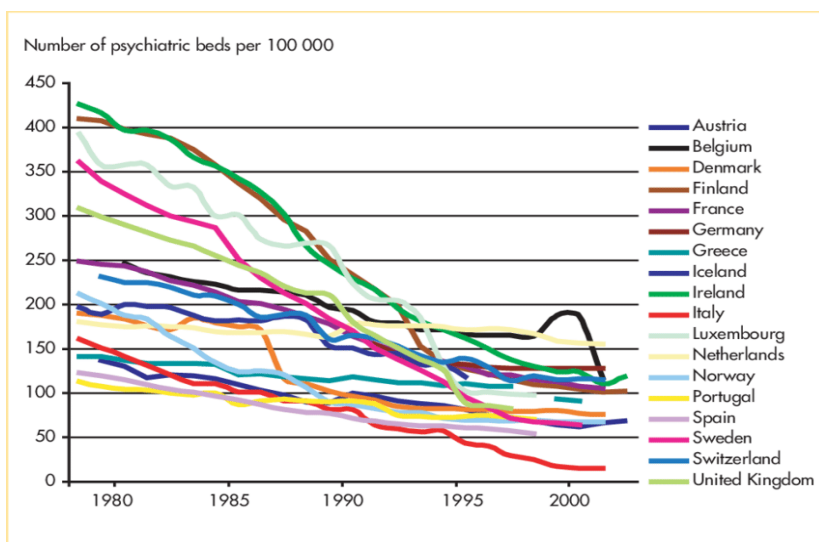
ถึงแม้จะสร้างโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่จากข้อมูลทางสถิติ ก็ยังพบว่าการดำเนินนโยบายลดความเป็นสถาบันจิตเวชขนาดใหญ่ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญของการปฏิรูปนั้นไม่ปรากฏชัด เช่นหากมีการกระจายบริการลงไปในพื้นที่อย่างแท้จริง จำนวนคนไข้ในย่อมต้องลดลงอย่างมาก ซึ่งเห็นได้จากแผนภาพที่ 1. ประเทศในยุโรปส่วนมากมีแนวโน้มของสัดส่วนเตียงจิตเวชต่อประชากร 100,000 คนที่ค่อยๆ ลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะอิตาลีซึ่งมีจำนวนเตียงจิตเวชน้อยที่สุดท่ามกลางประเทศทั้งหมด (Watson, 2019)

ในขณะที่ประเทศไทย แม้เมื่อคำนวณสัดส่วนของเตียงจิตเวชต่อประชากร 100,000 คนจะเป็นตัวเลขที่น้อย เช่นในปี พ.ศ. 2563 มีประมาณ 0.6 เตียงต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งอาจทำให้เข้าใจผิดว่ามีสัดส่วนเตียงต่อประชากรน้อยกว่าในอิตาลี แต่นั่นไม่ได้สะท้อนถึงการเกิดขึ้นของการปฏิรูป ทว่าเมื่อพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆ รวมแล้ว การมีจำนวนเตียงน้อยนั้นเป็นการแสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญต่อประเด็นด้านสุขภาพจิตที่มีน้อยของรัฐ เพราะต้องพิจารณาควบคู่ไปกับสัดส่วนของจิตแพทย์ต่อประชากรควบคู่ไปด้วย เพราะในกลุ่มประเทศ Organization for Economic Co-operation and

Development: OECD (อิตาลี คือ หนึ่งในนั้น) มีสัดส่วนจิตแพทย์ที่ 16.8 คนต่อประชากร 100,000 คน ในขณะที่กลุ่มประเทศเอเชีย-แปซิฟิกที่มีรายได้กลาง-ต่ำมีสัดส่วนจิตแพทย์น้อยกว่า 1 คนต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งหมายความว่าประเทศเหล่านี้มีการลงทุนด้านสุขภาพจิตน้อย (WHO, 2018) เช่นใน พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีสัดส่วนของจิตแพทย์ต่อประชากร 100,000 คนอยู่เพียง 0.29 เท่านั้น

### ภาพที่ 1

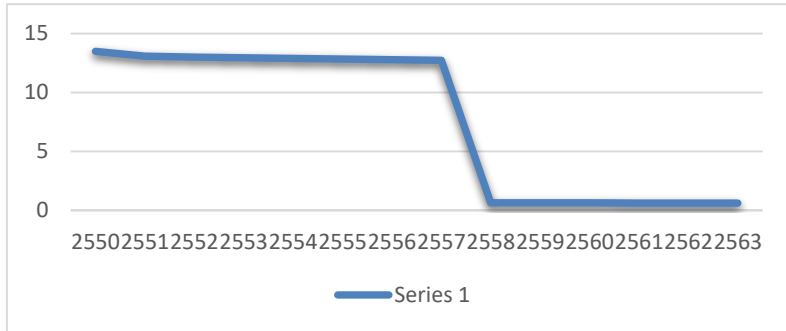
แสดงจำนวนเตียงจิตเวชที่ลดลงอย่างมากตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-2000.



ที่มา: McDaid and Thornicroft, 2005.

## ภาพที่ 2

แสดงจำนวนเตียงจิตเวชโดยภาพรวมของไทยต่อประชากร 100,000 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2563



ที่มา: กรมสุขภาพจิต, 2550, 2553 2557 2558 และ 2563.

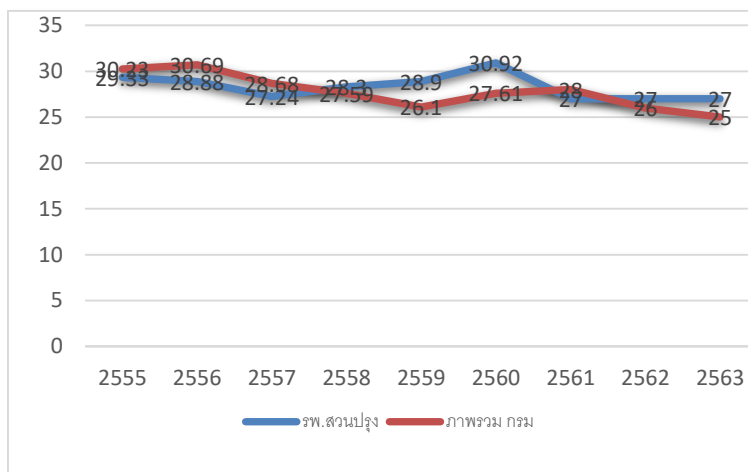
## 2. ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นอีกหนึ่งประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะเมื่อนำเอาวิธีคิดในเชิงสังคมเข้ามามองปรากฏการณ์ ด้วยหลักคิดเดิมของชีวะ-การแพทย์ที่มุ่งเน้นรักษาให้หายขาดทำให้ระยะเวลาการบำบัดรักษาค่อนข้างยาวนาน อย่างไรก็ตามระยะเวลาการรับการรักษายังเกี่ยวข้องกับรูปแบบของระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตของแต่ละประเทศเช่นกัน เช่นในประเทศญี่ปุ่นซึ่งเน้นการใช้โรงพยาบาลเป็นหลักจะมีระยะเวลาการรับการรักษาเฉลี่ย 49 วัน มากประเทศอื่นๆ ที่ผ่านการปฏิรูประบบ เช่น สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลียมีระยะเวลาการรักษาเฉลี่ยอยู่ที่ 10 และ 12 วันเท่านั้น (Baeza et al., 2018) การลดจำนวนวันการรับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ได้เพิ่งเกิดขึ้น ทว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาอย่างยาวนานตั้งแต่ช่วงที่มีการปิดโรงพยาบาลจิตเวชใน ค.ศ. 1978 หลังจากนั้นราว 11 ปีแต่ละโรงพยาบาลก็ได้ลดระยะเวลาการรับรักษาลง เช่น งานสำรวจของ Mechanic et al. พบว่า

ระยะเวลาการรับการรักษาเฉลี่ยของผู้มีประสบการณ์โรคทางจิตเวชเรื้อรังลดลงจาก 12.8 วันเหลือ 9.7 วันในปี ค.ศ.1988-1994 (Lee et al., 2012)

### ภาพที่ 3

จำนวนวันนอนเฉลี่ยของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตและ รพ.สวนปรุง



ที่มา: รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2557 2560 และ 2563.

หากพิจารณาแผนภาพที่ 3 เห็นได้ชัดเจนว่า แม้จะเริ่มมีการลดจำนวนระยะเวลาการรักษาลงแต่ก็เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ได้มาก และจำนวนวันเฉลี่ยที่เหลืออยู่ก็ยังคงมากกว่าข้อมูลของประเทศที่ผ่านการปฏิรูป เช่น ออสเตรเลียมากกว่าสองเท่า ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าไทยยังคงใช้โรงพยาบาลจิตเวชเป็นฐานที่มั่นในการให้บริการดูแลด้านสุขภาพจิตต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตโดยเฉพาะผู้มีประสบการณ์โรคจิตเภทซึ่งถือว่าเป็นโรคที่เรื้อรังและจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างรอบด้านไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยยาและการบำบัดจากสาขาอื่นๆ

การเร่งรักษาและเร่งจำหน่ายนั้นเป็นผลมาจากการให้ความสำคัญกับต้นทุนของโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลจิตเวชที่เมื่อพิจารณาไปแล้วต่างจากโรงพยาบาลฝ่ายกาย จิตแพทย์คนหนึ่งได้ให้ข้อสังเกตเชิงวิพากษ์ในประเด็นเรื่องการทำให้กลายเป็นการแพทย์ (Medicalization) และทำให้คนมองว่าบริการสุขภาพ คือ เป็นสินค้า (The Commodification of Health Care) (Pellegrino, 2010) ว่าถ้าเราลองพิจารณาเป็นธุรกิจจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลฝ่ายกายสามารถค้นพบความผิดปกติของร่างกายใหม่ๆ พัฒนาวิธีการตรวจ-รักษาใหม่ๆ ได้ตลอดเวลา และมีคนจำนวนหนึ่งที่พร้อมที่จะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนั้นการแข่งขันในการรักษาโรคทางกายจึงสูง มีนวัตกรรมใหม่ๆ เกิดขึ้นมากมาย รัฐและเอกชนพร้อมจะลงทุน แต่ถ้าใช้การมองแบบธุรกิจมามองกับโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ ก็มองได้ว่าเป็นธุรกิจที่ไม่มีกำไร ดังนั้นเงินที่เราได้จากรัฐบาลจึงน้อยซึ่งข้อสังเกตนี้มีเหตุผลกับหลักฐานเรื่องการใช้จ่ายด้านสุขภาพจิต

ในเมื่อบริการสุขภาพจิตไม่สามารถถูกทำให้เป็นสินค้าได้เท่ากับการสุขภาพทางกาย ดังนั้นโรงพยาบาลเองก็ต้องหาวิธีการใหม่ๆ เพื่อลดค่าใช้จ่ายลง เพราะในทุกๆ วันที่ผู้มีประสบการณ์โรคทางจิตอาศัยเท่ากับต้นทุนที่สูงขึ้น จึงมีการดำเนินนโยบายการลดจำนวนวันในการรับการรักษาลงแทบทุกโรงพยาบาล เช่นในปี พ.ศ.2555 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (กรุงเทพฯ) รักษาผู้ป่วยเฉลี่ยอยู่ที่ 42.9 วัน และขยับลดลงเป็น 32 วัน ในปี พ.ศ. 2563 ในขณะที่ พ.ศ. 2555 โรงพยาบาลสวนปรุง (จังหวัดเชียงใหม่) มีสถิติที่ 29.3 วัน และลดลงเหลือ 27 วันในปีพ.ศ. 2561-2563 (กรมสุขภาพจิต, 2557 และ 2563) ซึ่งนับว่าสั้นมากสำหรับระบบดูแลด้านสุขภาพจิตที่ยังใช้โรงพยาบาลเป็นหลัก เช่น ประเทศไทย โดยการลดจำนวนวันรับการรักษาเฉลี่ยลงนั้น สะท้อนให้เห็นมุมมองที่น่าสนใจ 3 ประการ

1. การเร่งจำหน่ายสะท้อนเป็นการตอกย้ำความคิดว่าโรงพยาบาลจิตเวชเน้นรักษาด้วยยาและส่งกลับให้ไปฟื้นคืนสภาพในชุมชนที่ซึ่งมีทรัพยากร

ด้านสุขภาพจิตอยู่น้อย ลดทอนความลึกซึ้งของการบำบัดรักษาทางจิตสังคม แม้จะมีการสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตเอาไว้ในพื้นที่ต่างๆ เช่นชมรม/สมาคมสุขภาพจิตในชุมชน แต่การดำเนินงานของสมาคมเองก็ยังไม่สามารถให้บริการเพื่อให้เกิดการฟื้นคืนสภาพได้ ขาดทั้งองค์ความรู้ บุคลากร เงิน บางแห่งยังไม่มี แม้แต่สถานที่สำหรับดำเนินการเสียด้วยซ้ำ ในขณะที่บุคลากร ทรัพยากรที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการฟื้นคืนสภาพยังคงกระจุกตัวอยู่ในรั้วโรงพยาบาลจิตเวช พื้นที่แห่งชีวิต-การแพทย์ และเครือข่ายก็ต้องกลายเป็นผู้ที่รับบทบาทในการดูแลหลัก ชุมชนและเครือข่ายจะรู้สึกว่าเป็นภาระจนไม่ต้องการดูแลผู้มีประสบการณ์โรคจิตเภทเหล่านั้นๆ อีกต่อไป

2. การเร่งจำหน่ายทำให้เกิดปรากฏการณ์การเข้ารับการรักษาล้นอยู่บ่อยครั้ง บางรายจำเป็นต้องถูกส่งตัวเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทุกปี ปีละ 1-2 ครั้ง เป็นระยะเวลาต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี

3. การเร่งจำหน่ายภายใต้เงื่อนไขปัจจุบันที่ชุมชนยังไม่มีทรัพยากรสุขภาพจิตเพียงพอแน่นอนอาจทำให้ครอบครัว ชุมชนไม่สามารถให้การดูแลผู้มีประสบการณ์โรคจิตเภทได้ นำมาซึ่งสิ่งที่ สิทธิโชค ชาวไร่เงิน กล่าวว่าเป็นการย้ายคนจากสถาบันเบ็ดเสร็จไปสู่สถาบันกึ่งเบ็ดเสร็จ เช่น สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งต่างๆ หรือบ้านกึ่งวิถี กลายเป็นสถานกักกันเสมือน (Virtual Asylum Institution) ขึ้นมา (สิทธิโชค ชาวไร่เงิน, 2556) หรืออาจเป็นการส่งต่อผู้มีประสบการณ์โรคจิตเภทไปอยู่ในพื้นที่เฉพาะ เช่น วัดบางระโง<sup>7</sup> วัดสวนแก้ว

---

<sup>7</sup> วัดแห่งนี้ผู้น้อยไม่ไกลจากบ้านของผู้ศึกษา นอกจากนั้นจากประสบการณ์ในการศึกษารายวิชาวิจัยเชิงคุณภาพในระดับปริญญาเอกของผู้ศึกษาผู้ศึกษาได้แวะเวียนไปสอบถาม พูดคุยกับพระลูกวัดหลายรูป ท่านบอกว่าผู้มีประสบการณ์โรคจิตเภทที่นี่จะถูกมอบหมายงานและอยู่ในสถานะเด็กวัด ช่วยพระบิณฑบาตตอนเช้า ทำงานเล็กน้อยๆ ในวัด กวาดลานวัด ในอดีตเจ้าอาวาสรูปเดิมรับมาราว 10 คน แต่ปัจจุบัน (2556) เสียชีวิตไปมากขึ้นและเมื่อเปลี่ยนเจ้าอาวาสรูปใหม่ก็มีแนวโน้มว่าจะไม่รับเพิ่ม

และอีกหลายแห่งกระจายอยู่ตามชุมชนขึ้นอยู่กับการสร้างเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่

### 3. ความเชื่อที่มีต่อโรคจิตเภท

Zbigniew Kotowicz นักวิชาการในกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับจิตเวชศาสตร์ยุคสมัยใหม่ กล่าวว่า จิตเวชศาสตร์ถือกำเนิดขึ้นมาจากความรุนแรง โครงสร้างตามลำดับชั้นของโรงพยาบาลก็คือโครงสร้างของอำนาจ โรคจิตเภทไม่ใช่ความจริงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ ทว่าเป็นชุดของอคติ เป็นสภาวะวิกฤติทางสังคมระดับจุลภาคที่มักเริ่มขึ้นในครอบครัว ผู้ที่ถูกตีตราว่าเป็นจิตเภทจึงต้องการความช่วยเหลือที่แตกต่างไปจากบริการที่มีในสถาบันจิตเวชแบบเดิมๆ อย่างมาก (Kotowicz, 2005, p. 79)

เมื่อย้อนกลับมาพิจารณากระบวนการดูแลสุขภาพจิตของไทยจะพบว่ายังไม่อาจเคลื่อนตัวจนผ่านขั้นที่จะยอมรับความหลากหลายในประเด็นสาเหตุเริ่มต้นของจิตเภทได้ ยังคงสะท้อนความเชื่อว่าความผิดปกติทางจิตใจเป็นเรื่องภายใน (Madness is internal) ซึ่งทำให้จิตแพทย์ในยุคสมัยใหม่นิยมพยายามแยกปรากฏการณ์ทางจิตใจออกจากบริบทสังคมเบื้องหลัง (Bracken & Thomas, 2001, p. 723) เพราะยังมีการผลิตซ้ำความเชื่อโดยตัวละครต่างๆ ที่เป็นตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขเชื่อว่าจิตเภทเกิดขึ้นมาจากสาเหตุทางกายภาพซึ่งเป็นความเชื่อที่วางอยู่บนวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นความรู้จากยุคสมัยใหม่นิยมหรือแม้แต่การมองถึงปัจจัยทางจิตสังคม ก็ยังสะท้อนมุมมองที่โทษบุคคลและครอบครัวว่าเป็นสาเหตุของจิตเภท (ยังไม่สามารถมองในเชิงสังคมได้) อีกทั้งยังมีการสื่อสารความรู้ชุดดังกล่าวไปสู่ชุมชนอย่างกว้างขวางผ่านระบบสาธารณสุข การผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ และผ่านทางเครือข่ายในชุมชนโดยมีเป้าหมายที่จะแทนที่คำเรียกขานหรือวาทกรรม(อาันันท์ กาญจนพันธุ์, 2562,

---

แล้ว เพราะใช้การไม่ค่อยได้ แม้จะไม่ได้ก่อความเสียหายให้ชุมชน แต่ก็มีผลกระทบต่อกันระหว่างกันเองบ้าง

น. 61) “คนบ้า/ผีบ้า” ของชุมชนด้วยวาทกรรม “ผู้ป่วยทางจิตที่เหมือนโรคทางกาย” อีกทั้งความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยของงานสุขภาพจิตไทย ยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับบริบทสังคม และยังไม่ได้พิจารณาการเจ็บป่วยทางจิตในฐานะประสบการณ์แต่มองว่าเป็นพยาธิสภาพ

#### 4. การลดอำนาจผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิต

ประเทศที่ผ่านการปฏิรูปได้ลดอำนาจของจิตแพทย์ลงและทำให้การบำบัดรักษาอยู่ในความสัมพันธ์ที่เป็นประชาธิปไตยมากขึ้น หรือที่ สมเกียรติ ตั้งมณีนะ แปลเอกสารของ Mark Philip (1985) ว่าเป็นการต่อต้านความเป็นมืออาชีพที่อ้างการเป็นผู้เชี่ยวชาญ (สมเกียรติ ตั้งมณีนะ, 2552) ใจความสำคัญของการทำงานสุขภาพจิตในประเทศที่ผ่านการปฏิรูปก็คือความเชื่อว่าผู้มีประสบการณ์โรคจิตเภทคือคนที่อยู่ร่วมกับอาการทางจิตมาอย่างยาวนาน นอกจากนั้นยังรวมถึงกระบวนการออกแบบการรักษาที่เปิดให้ผู้มีประสบการณ์โรคจิตเภทร่วมออกแบบการรักษา

หากย้อนกลับมาในงานสุขภาพจิตของไทย เราจะพบความไม่ชัดเจนของปรากฏการณ์การลดอำนาจผู้เชี่ยวชาญจากการทำงานแบบสหวิชาชีพซึ่ง เนื่องจากวรรณกรรมต่างประเทศในยุคก่อนปฏิรูปคำว่าผู้เชี่ยวชาญที่ถูกปรากฏในบทความนี้มักถูกใช้คำว่าจิตแพทย์ ซึ่งหมายถึงเป็นพันธกิจของจิตเวชศาสตร์ยุคหลัง จิตเวชศาสตร์ประชาธิปไตยที่พยายามโจมตีจิตแพทย์ซึ่งถือครองอำนาจอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาดในโรงพยาบาลจิตเวชจึงขึ้นที่เรียกว่า เป็นสถานที่แห่งความสัมพันธ์แบบปิตาธิปไตย (Patriarchy) (Busfield, 1989) แต่เมื่อการทำงานสุขภาพจิตยุคปัจจุบันเน้นการร่วมงานกันของวิชาชีพที่หลากหลายจึงอาจทำให้เข้าใจว่ากระบวนการลดอำนาจผู้เชี่ยวชาญได้เกิดขึ้นแล้ว

การทำงานในรูปแบบสหวิชาชีพนั้นส่วนหนึ่งอาจวิเคราะห์ได้ว่า มุมมองจากวิชาชีพต่างๆ ได้เข้ามามีบทบาทในการวินิจฉัย วางแผนการทำงานนั้นเป็นการทำให้อำนาจของแต่ละวิชาชีพสมดุลกันมากขึ้น แต่การทำงานใน

ลักษณะนี้ หากมองในอีกมุมหนึ่งแสดงให้เห็นการเพิ่มอำนาจให้กับความเป็นผู้เชี่ยวชาญที่เพิ่มขึ้นในแต่ละสาขา ไม่เพียงเท่านั้นอำนาจของผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ยังแทรกซึมเข้าไปในชุมชนผ่านการจัดกิจกรรมของสมาคม/ชมรม สุขภาพจิตในพื้นที่ซึ่งมักจะเชิญวิทยากรทางการแพทย์มาให้ความรู้กับประชาชน ซึ่งจิตเวชศาสตร์ยุคสมัยใหม่จะใช้พื้นที่ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการตัดสิน (Judgement) ว่าความรู้/ความเชื่อใดของชุมชนควรได้รับการยอมรับและส่งเสริม หรือควรแก้ไขความเข้าใจให้ถูกต้อง

## 5. ไม่สร้างสถาบันต่างๆ เพื่อมากดขี่ ควบคุมและกีดกันผู้มีประสบการณ์โรคจิตเภท

แนวคิดหลังสมัยใหม่นิยมเชื่อว่าสถาบันต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลจิตเวชมีหน้าที่ทางสังคมที่ชัดเจนคือการกดขี่ ควบคุม กีดกันทางสังคมผ่านวาทกรรมและความรู้ที่ตนเองสร้างขึ้น ผู้ที่ผ่านการใช้บริการที่โรงพยาบาลจิตเวชก็จะได้รับมลทินจากสถาบัน (Institution Stigma) กลายเป็นบ้าหรือผีบ้าสำหรับชุมชนและได้รับผลกระทบจากสถานภาพทางสังคมนั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นความหวาดกลัว ความเวทนา การถูกปฏิเสธจากกิจกรรมชุมชน หรือถูกปฏิบัติด้วยมาตรการพิเศษต่างจากสมาชิกชุมชนคนอื่น ถูกลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลงไป ดังนั้นการไม่ปรับลดจำนวน แต่กลับเพิ่มจำนวนของโรงพยาบาลจิตเวชเท่ากับทำให้การประทับมลทินเหล่านี้คงอยู่ต่อไป

แม้ระบบดูแลด้านสุขภาพจิตแบบอสมดุลของไทยจะไม่ได้จัดการลดจำนวนโรงพยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นแหล่งผลิตมลทินประทับเหล่านี้ แต่มีความพยายามที่จะต่อสู้กับมลทินต่างที่ตนเองได้สร้างขึ้นผ่านการใช้เครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน โดยการนำเข้าสู่ชุดความรู้จิตเวชศาสตร์<sup>8</sup> และพยายามให้เครือข่ายสุขภาพจิตช่วยสร้างการวาทกรรมผู้มีประสบการณ์โรคจิตเวชใหม่

---

<sup>8</sup> หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชตามแบบฉบับของการแพทย์สมัยใหม่กับชุมชน

ขึ้นมาว่าคนไข้หรือผู้ป่วย เป็นความพยายามแทนที่คนบ้าหรือผีบ้าด้วยคำว่าคนไข้หรือผู้ป่วย ซึ่งผลของการส่งชุดความรู้จิตเวชศาสตร์ยุคสมัยใหม่เข้าไปในชุมชนนี้ถือว่าเป็นกลยุทธ์ที่ดีและใช้ได้ผลในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าเชื่อว่าทฤษฎีนี้จะเข้าไปแทนที่คนบ้าและผีบ้าได้ทั้งหมดดังที่ควรจะเป็น ความรู้สองชุดระหว่างจากโรงพยาบาลจิตเวชและจากชุมชนไม่ได้ปะทะกันจนฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งต้องหายไป แต่สิ่งที่เกิดขึ้นคือการผสมผสานความรู้ อันนำไปสู่การจัดจำแนกชุดใหม่ขึ้นมา ส่งผลชมรม/สมาคมสุขภาพจิตในพื้นที่ได้กลายเป็นสถาบันย่อยที่จะมอบสถานภาพใหม่(คนไข้/ผู้ป่วย)ให้กับผู้ที่มาใช้บริการ ผู้ที่ไม่เข้าร่วมก็ยังคงเป็นคนบ้า/ผีบ้าสำหรับชุมชนต่อไป

## 6. การกระจายทรัพยากรสุขภาพจิตออกไปสู่ชุมชน

หลักการข้อนี้เป็นหัวใจหลักที่เป็นรูปธรรมของระบบสุขภาพจิตที่ผ่านการปฏิรูประบบ ซึ่งหมายถึงการใช้ชุมชนในการบำบัดรักษา ทรัพยากรในการบำบัดรักษาทั้งหมดต้องถูกกระจายไปสู่โรงพยาบาลทั่วไปและศูนย์สุขภาพชุมชน ดังนั้นในชุมชนจะต้องมีบริการสุขภาพจิตอย่างเพียงพอ และจากข้อมูลเรื่องอัตราส่วนของบุคลากรสุขภาพจิตต่อประชากรทำให้พบว่าประเทศไทยมีจำนวนจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ที่น้อยกว่าในประเทศที่ผ่านการปฏิรูปอย่างมาก ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ไทยไม่สามารถปฏิรูประบบได้อย่างในอิตาลี ไทยจึงได้ออกแบบระบบสุขภาพจิตโดยบูรณาการเข้ากับระบบสาธารณสุขระดับต่างๆ ช่องทางในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตจึงเปลี่ยนจากเดิมที่สามารถมุ่งตรงไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทางได้ไปสู่ระบบการส่งต่อตามระดับของการจัดบริการ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้การมองแบบจิตเวชศาสตร์ยุคสมัยใหม่ ที่เน้นการรักษาด้วยการปรับสมดุลของสารเคมีในสมองผ่านการกินยา ฉีดยาโดยพยาบาลในชุมชน เพราะนั่นเท่ากับว่าระบบดูแลด้านสุขภาพจิตยุคสมัยใหม่นี้เข้าใจคำว่ากระจายทรัพยากรสุขภาพจิตในมุมมอง การรักษาทางเคมีอย่างเดียว แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ในการกระจายบุคลากร องค์ความรู้ด้านการบำบัดลักษณะอื่นๆ ให้เกิดขึ้นในชุมชน

ได้ ซึ่งจากข้อความของ Kotowicz ในขั้นต้นจะเห็นได้ว่าจิตเวชศาสตร์ยุคหลัง ถือว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นประเด็นทางอคติร่วมด้วย ดังนั้นผู้ที่มีประสบการณ์โรคจิตโดยเฉพาะจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับบริการอื่นๆ นอกเหนือจากเคมีบำบัด ซึ่งเป็นข้อท้าทายของงานสุขภาพจิตไทยอย่างมากว่าสุดท้ายแล้วจะเพิ่มจำนวนบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตที่ให้บริการทางจิตสังคมในพื้นที่หรือไม่

## 7. การทำงานภายใต้กรอบการฟื้นคืนสภาพ

กรอบฟื้นคืนสภาพเป็นเหมือนชุดในการอธิบาย เป็นชุดความเชื่อ รวมถึงแนวทางในการออกแบบระบบดูแลด้านสุขภาพจิตที่มีรากฐานมาจากความคิดยุคหลังสมัยใหม่โดยใช้ภาษาอังกฤษว่า Recovery (Watson, 2013) ซึ่งอยู่ตรงกันข้ามกับกรอบการทำงานแบบฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือในภาษาอังกฤษคือ Rehabilitation ซึ่งสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าอยู่ภายใต้วิถีคิดของชีวะ-การแพทย์ แม้ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฉบับ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตรา 11 ก็ยังปรากฏให้เห็นคำว่าฟื้นฟูสมรรถภาพให้เห็นอย่างชัดเจน

## ผลกระทบต่อผู้มีประสบการณ์โรคจิตเวชในระบบดูแล

### ด้านสุขภาพจิตแบบอสมดุล

ในเชิงแนวคิดของจิตเวชศาสตร์ยุคหลัง การคงไว้ซึ่งสถาบันจิตเวชขนาดใหญ่หมายถึงการดำรงไว้ซึ่งมลทินประทับจากสถาบัน (Institution Stigma)<sup>9</sup> ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมและขาดประชาธิปไตย แต่ในบทความนี้จะกล่าวถึงประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งเรียกว่าการไม่กีดกันทางสังคม (Social Inclusion) โดยการไม่กีดกันทางสังคมคือสิ่งที่มีอยู่จำกัดในระบบ

---

<sup>9</sup> Institution Stigma คือมลทินที่เกิดจากการเข้าไปในสถาบันทางสังคม เช่น เรือนจำ สถานพินิจ โรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งทำให้คนที่ออกมาจะมีมลทินแปดเปื้อน กลายเป็นคนขี้คุก เป็นคนบ้า เป็นแนวคิดของเฮอร์วีน กอฟแมน และอาจศึกษาเพิ่มเติมในวิทยานิพนธ์ของชัยพร อุโฆษจันทร์ (2558)

ดูแลด้านสุขภาพจิตที่วางบนแนวคิดจิตเวชศาสตร์ยุคสมัยใหม่ ทว่าเป็นสิ่งสำคัญในระบบดูแลสุขภาพจิตบนฐานคิดการฟื้นคืนสภาพซึ่งเน้นความสัมพันธ์ที่เท่าเทียม เป็นประชาธิปไตย และกระจายทรัพยากรสุขภาพจิตออกไปในชุมชน

ในระบบดูแลสุขภาพจิตแบบอบสมดุของไทย แม้จะมีความพยายามสร้างระบบสุขภาพจิตในชุมชน แต่เนื่องจากคุณลักษณะแบบรวมศูนย์ที่ถูกรักษาเอาไว้อย่างจงใจ ส่งผลให้ระบบ ๆ นี้ก่อให้เกิดการกีดกันทางสังคม (Social Exclusion) ขึ้นในหลายลักษณะ ได้แก่

### **การกีดกันระบบจิตความผิดปกติและโลกทัศน์อื่นภายใต้ความเชื่อจิตเวชศาสตร์ยุคสมัยใหม่**

ความเป็นสมัยใหม่ได้ให้ความสำคัญกับการอธิบายเชิงระบบ-กลไกทางเคมีที่ส่งผลให้เกิดอาการทางจิต และมีจุดสนใจในการรักษาอยู่ที่สมอง นอกจากนั้นความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค ระยะของโรคที่สามารถเข้าใจและพยากรณ์ได้ทำให้โรคทางจิตใจไม่ต่างอะไรจากความผิดปกติทางกายภาพ ซึ่งลดทอนมิติทางสังคม-วัฒนธรรมออกไปจนแทบหมดสิ้น ซึ่งการลดทอนมิติทางสังคม-วัฒนธรรมนี้เป็นเสมือนจุดมุ่งหมายที่ชีวะ-การแพทย์ยุคสมัยใหม่พยายามพิชิตให้ได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชได้เข้ามาในชุมชนและพยายามที่จะสร้างความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับสาเหตุของความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้คนที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจ กลุ่มคนเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดความรู้-อำนวยการความสะดวกให้จิตเวชศาสตร์ยุคสมัยใหม่เข้ามาในชุมชนโดยง่ายผ่านการเชิญวิทยากรด้านสุขภาพจิตมาบรรยายความรู้ในชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่สำคัญสำหรับตัดสินใจอะไร คือ ความรู้ (สอดคล้องกับที่จิตเวชศาสตร์ยุคสมัยใหม่เชื่อ) อะไรคือความเชื่อ (ไม่สอดคล้องกับจิตเวชศาสตร์ยุคสมัยใหม่)

จิตเวชศาสตร์ยุคสมัยใหม่ไม่สามารถทำความเข้าใจภววิทยา (Ontology)<sup>10</sup> ของผีบ้าในชุมชน และไม่เข้าใจถึงความสลับซับซ้อนของตัวตนที่เป็นผีบ้าได้อย่างลึกซึ้ง ส่งผลให้คำว่า “ผู้ป่วย” ที่จิตเวชศาสตร์ยุคสมัยใหม่หยิบยื่นให้ “ผีบ้า” ได้ยืมใช้/ร้องขอให้ชุมชนใช้คำนี้ไม่สามารถลดการกีดกัน และเปลี่ยนสถานภาพทางสังคมที่มาพร้อมกับความผิดปกติทางจิตใจได้ ดังนั้นจึงไม่น่าแปลกใจที่ผู้มีประสบการณ์โรคจิตเวชจะได้รับการต้อนรับอย่างอบอุ่นเฉพาะบางเวลาและในบางพื้นที่เท่านั้น ทว่าในบางพื้นที่และเวลา การต้อนรับที่เกิดขึ้นก็แฝงไปด้วยแบ่งประเภทของคนไม่ปกติและปกติอย่างตรงไปตรงมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นห่างออกไปจากที่ตั้งชมรม/สมาคม นอกจากนั้นผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม/สมาคมสุขภาพจิตก็ยังคงถูกเรียกขานว่าคนบ้า/ผีบ้าเช่นเดิม ทั้งหมดนี้ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าจิตเวชศาสตร์ยุคสมัยใหม่ยังไม่สามารถเข้าไปและเอาชนะระเบียบดั้งเดิมของชุมชนนั้นๆ ได้

### การสร้างโอกาสที่ไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงตำแหน่งงาน

สำหรับจิตเวชศาสตร์ยุคสมัยใหม่นั้นการทำงานถือเป็นเครื่องมือหนึ่งในการบำบัดฟื้นฟู แต่มุมมองเกี่ยวกับการทำงานได้พัฒนาไปสู่การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการฟื้นคืนจากความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งเป็นแนวคิดเรื่องการฟื้นคืนสภาพซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการปฏิรูประบบมาสู่การใช้ชุมชนเป็นหลัก

ในระบบดูแลด้านสุขภาพจิตแบบอสมดุลที่ให้ความสำคัญกับโรงพยาบาลจิตเวชมากกว่าชุมชน ซึ่งหมายถึงทรัพยากรด้านสุขภาพจิตทั้งการบำบัดรักษาทางการแพทย์ การบำบัดรักษาจิตสังคมจะกระจุกตัวอยู่เฉพาะโรงพยาบาลจิตเวช กล่าวคือโรงพยาบาลจิตเวชมีทุกอย่างที่จำเป็นต่อการเอื้อให้เกิดการฟื้นคืนสภาพ มีจิตแพทย์ที่ชำนาญ มีพยาบาลจิตเวช เกสเซอร์และยาที่มี

<sup>10</sup> ใช้ความหมายตาม Bruno Latour อ้างใน นพพล ดั่งวิเศษ (2564)

ประสิทธิภาพ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด ผู้จัดการรายกรณี นอกจากนั้นยังมีระบบการฝึกการทำงาน มีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง ดังนั้นเมื่อมีฟื้นคืนสภาพได้ดี ผู้มีประสบการณ์โรคจิตเวชที่ใช้บริการโรงพยาบาลจิตเวชย่อมมีโอกาสที่จะได้รับการจ้างงานซึ่งจะผ่านระบบการสัมภาษณ์งานซึ่งเป็นเวทีแข่งขันในตลาดแรงงานของคนพิการด้วยตนเอง ในขณะที่ระบบดูแลด้านสุขภาพจิตแบบอบสมดุลนี้ได้เร่งจำหน่ายผู้มีประสบการณ์โรคจิตเวชออกให้เร็วที่สุด ผู้ที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลจิตเวชก็จะมีโอกาสการเข้าถึงบริการเกี่ยวกับฟื้นฟูสมรรถภาพและฟื้นคืนสภาพที่ลำบากกว่า ยากกว่า และคุณภาพที่ต่ำกว่า เพราะชมรม/สมาคมสุขภาพจิตในชุมชนเหล่านั้นไม่มีผู้เชี่ยวชาญที่จะให้บริการจนเกิดการฟื้นคืนสภาพได้เหมือนกับโรงพยาบาลจิตเวช ด้วยระบบเช่นนี้จึงส่งผลให้ผู้มีประสบการณ์โรคจิตเวชที่เป็นคนพิการซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลจิตเวชเสียเปรียบและถูกกีดกันออกจากระบบเศรษฐกิจที่สังคมได้พยายามแทรกแซง เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการมีงานทำให้คนพิการ

### **การกีดกันในระดับปฏิสัมพันธ์ในชุมชน**

การถูกกีดกันทางสังคมเป็นเรื่องพื้นฐานที่ผู้มีประสบการณ์โรคจิตเวชพบเจอ อาจเนื่องมาจากประวัติความรุนแรงที่เคยกระทำก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดรักษา แต่การรวมศูนย์ทรัพยากรเอาไว้ในโรงพยาบาลจิตเวช ทำให้ผู้ที่มีประสบการณ์โรคจิตเวชส่วนหนึ่งถูกส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งทำให้เกิด มลทินประทับระดับสถาบัน ขึ้นอย่างเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นสิ่งที่ระบบอบสมดุลนี้พยายามทำก็คือการดึงเอาชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็น ผู้ดูแล เน้นการปรับทัศนคติของผู้คนในชุมชนให้เข้าใจและยอมรับผู้ป่วยว่าเป็น ส่วนหนึ่งของชุมชน มองว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาของชุมชน ทั้งๆ ที่ ต้นตอใหญ่ของปัญหาก็คือการดำรงอยู่ของสถาบันจิตเวช โครงสร้างของระบบดูแลด้านสุขภาพจิตแบบอบสมดุลที่ไม่สามารถกระจายทรัพยากรสุขภาพจิตลงไป

ในชุมชนได้ จึงนำมาซึ่งข้อแนะนำต่างๆ ที่สะท้อนถึงการผลกระทบให้ครอบครัวชุมชน

### สรุปและข้อเสนอแนะ

ในช่วง ค.ศ. 1970 จนกระทั่งต้น ค.ศ. 2000 ได้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบดูแลสุขภาพจิตขึ้นในหลายประเทศของยุโรปตะวันตก สหรัฐอเมริกา รวมถึงออสเตรเลีย ภายใต้ความคิดของจิตเวชศาสตร์ยุคหลังที่วิพากษ์ให้เห็นความเลวร้ายของจิตเวชศาสตร์ยุคสมัยใหม่ที่มีต่อผู้มีประสบการณ์โรคจิตเภทและโรคจิตต่างๆ ที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบที่เน้นโรงพยาบาลเป็นฐาน แต่เนื่องจากข้อจำกัดหลายๆ ประการทำให้นโยบายกระแสหลักชุดใหม่นี้ไม่สามารถเกิดขึ้นในประเทศอื่นๆ ได้อย่างทั่วไป จนเกิดเป็นชุดของทางเลือก 3 ทางเลือกของ Thornicroft and Tansella ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วประเทศไทยได้เลือกการผสมผสานระหว่างต้นตุนเดิมที่มีคือโรงพยาบาลจิตเวชร่วมกับการสร้างระบบดูแลสุขภาพจิตในชุมชน แต่การเลือกเช่นนี้กลับไม่ได้เป็นการเลือกที่วางอยู่บนการเล็งเห็นความสำคัญที่เป็นหัวใจของกลุ่มจิตเวชศาสตร์ยุคหลัง กลุ่มจิตเวชศาสตร์ประชากริปไตย และกลุ่มต่อต้านจิตเวชศาสตร์แต่อย่างใด

ระบบดูแลสุขภาพจิตของไทยยังคงสะท้อนคุณลักษณะของระบบที่ใช้โรงพยาบาลเป็นหลักมากกว่าจะกระจายทรัพยากรสุขภาพจิตไปสู่ชุมชนตามนโยบายในระดับโลก แม้จิตเวชศาสตร์ยุคสมัยใหม่แบบโรงพยาบาลเป็นฐานจะได้เข้ามาค้นหาและตัดโซ่ตรวนที่เคยมัดผู้มีประสบการณ์โรคจิตเภท แต่ระบบนี้สอดคล้องที่เน้นการรักษาทางการแพทย์เป็นหลักภายใต้กรอบการทำงาน 27 วัน กำลังสร้างให้ครอบครัวและชุมชนกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลรักษา โดยผลกระทบให้ครอบครัวและชุมชนของผู้มีประสบการณ์โรคจิตเวชภายใต้ข้อจำกัดที่ขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากรสุขภาพจิตอย่างเพียงพอ หากระบบสอดคล้องที่เอียงไปที่โรงพยาบาลเช่นนี้ยังคงอยู่และเติบโตต่อไป พื้นที่ของชุมชนและบ้านจะไม่ใช่อสถานที่สำหรับการเยียวยารักษา ทว่าจะกลายเป็นสถาน

กักกันแห่งใหม่ที่สร้างความยากลำบากให้ทั้งตัวผู้มีประสบการณ์โรคจิตเวชและ ผู้ดูแล ระบบอสมดุลนี้จะเป็นระบบที่ยังสร้างความเหลื่อมล้ำทางโอกาส ซึ่งเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลจิตเวชโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบำบัด ทางจิตสังคมและบริการทางสังคมอื่นๆ ที่โรงพยาบาลจิตเวชย่อมเหนือกว่า ชุมชน สุดท้ายระบบอสมดุลใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในการสร้างความเข้าใจ กับผู้คนในชุมชนเพื่อหวังให้เปิดใจยอมรับผู้มีประสบการณ์โรคจิตเวช แต่ไม่ได้ ทำความเข้าใจความลึกซึ้งในมิติสังคมวัฒนธรรมซึ่งส่งผลให้วาทกรรมผู้ป่วยที่ สร้างขึ้นไม่สามารถแก้ไขปัญหาการกีดกันทางสังคมที่เกิดขึ้นได้

ดังนั้นเพื่อให้ระบบดูแลสุขภาพจิตมีความสมดุลมากขึ้นจำเป็นต้อง ปรับกรอบคิดในการทำงานจากชีวะ-การแพทย์มาสู่กรอบการฟื้นฟูคืนสภาพ มากขึ้น กระจายทรัพยากรด้านสุขภาพจิตลงไปในพื้นที่มากขึ้นโดยเฉพาะ อย่างยิ่งองค์ความรู้และผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดรักษามิติอื่นๆ นอกเหนือจาก การแพทย์สมัยใหม่ที่เน้นการรักษาด้วยยา ซึ่งหมายถึง การกำหนดบทบาทของ โรงพยาบาลจิตเวชให้มีหน้าที่บำบัดรักษาด้านกายภาพ ใช้ประโยชน์จาก เทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลและการส่งยาจิตเวชทางระบบขนส่ง แทนที่ การให้มารับยาในโรงพยาบาลจิตเวชหรือรับการรักษาที่โรงพยาบาลในพื้นที่ ซึ่งผู้มีประสบการณ์โรคจิตเวชและครอบครัวบางรายอาจไม่มีความเชื่อมั่นใน ความเชี่ยวชาญ สิ่งที่สำคัญที่สุดหากระบบนี้ไม่ต้องการปิดโรงพยาบาลจิตเวช คือ ให้มีศูนย์บริการสุขภาพจิตเกิดขึ้นในชุมชนซึ่งจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญสาขา ต่างๆ ที่เพียงพอ หรือพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของชมรม/สมาคม สุขภาพจิตสู่การให้บริการเชิงการบำบัดมากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2550). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2550.  
กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิลย์
- กรมสุขภาพจิต. (2553). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2553.  
สืบค้นจาก [https://dmh.go.th/download/dmhnews/  
report2552.pdf](https://dmh.go.th/download/dmhnews/report2552.pdf)
- กรมสุขภาพจิต. (2553). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2553.  
สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/download/Ebooks/rpt53.pdf>
- กรมสุขภาพจิต. (2557). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557.  
กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิสซิงจำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2558). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2558.  
กรุงเทพฯ: หจก.งานพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2560.  
กรุงเทพฯ: ละม่อมจำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2563.  
กรุงเทพฯ: บริษัทละม่อมจำกัด.
- ชัยพร อุโฆษจันทร์. (2558). กระบวนการทำงานของมลทินประทับของผู้ป่วย  
จิตเวชหลังจำหน่าย ผู้ดูแล และบุคคลแวดล้อมในชุมชนจังหวัด  
เชียงใหม่, (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.
- ชัยพร อุโฆษจันทร์. (2562). การฟื้นคืนสภาพ การสลับข้อของอำนาจในแนวคิด  
ด้านสุขภาพจิต. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร, 39(2), 128-139.
- นฤพล ตัววิเศษ. (2564). ภววิทยา. สืบค้นจาก  
<https://www.sac.or.th/portal/th/article/detail/219>.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่2) พ.ศ. 2562. (16 เมษายน 2562).

ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอน 50ก. หน้า 210-218.

สิทธิโชค ชาวไร่เงิน. (2556). *ชีวิตในบ้าน “กึ่งวิถีชาย” นิยามสถาบันกับชีวิตใต้ตารางของสมาชิก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต).

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมเกียรติ ตั้งมโน. (2552). *แนวความคิดหลังสมัยใหม่*. ตำราประกอบการบรรยายวิชาปรัชญาศิลป์และศิลปะวิจารณ์ คณะวิจิตรศิลป์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อานันท์ กาญจนพันธุ์. (2562). *คิดอย่างมิเชล ฟูโกต์ คิดอย่างวิพากษ์* (พิมพ์ครั้งที่ 3, ปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์.

Baeza, F. L., da Rocha, N.S., & Fleck, M.P. (2018). Predictors of length of stay in acute psychiatric inpatient facility in a general hospital: a prospective study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40(1), 89-96. doi:10.1590/1516-4446-2016-2155.

Bracken, T., & Thomas, P. (2001). Post psychiatry: A new direction for mental health. *BMJ Clinical Research*, 322(7288), 724-727. Doi 10.1136/bmj.322.7288.724.

Busfield, J. (1989). SEXISM AND PSYCHIATRY. *Sociology*, 23(3), 343–364. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/42853861>

Goffman, E. (1963). *Stigma Notes on the Management of Spoiled Identity*. New-Jersey: Prentice-Hall. Inc.

Kotowicz, Z. (1997). *R.D. Laing and the Paths of Anti-Psychiatry*. London: Routledge.

Lee, S., Rothbard, A. B., & Noll, E. L. (2012). Length of Inpatient Stay of Persons with Serious Mental Illness: Effects of Hospital

- and Regional Characteristics. *Psychiatric Services*, 63(9), 889-895.
- McDaid, D., & Thornicroft, G. (2005). *Policy Brief: mental health II balancing institutional and community-based care*. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/242216650\\_Mental\\_health\\_II\\_Balancing\\_institutional\\_and\\_community-based\\_care](https://www.researchgate.net/publication/242216650_Mental_health_II_Balancing_institutional_and_community-based_care).
- Parry, M. (2010). From a patient's perspective: Clifford Whittingham Beers' work to reform mental health services. *American journal of public health*, 100(12), 2356-2357. Doi: 10.2105/AJPH.2010.191411.
- Pellegrino, E. D. (1999) The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic, *Journal of Medicine and Philosophy*, 24(3), 243-266, DOI: 10.1076/jmep.24.3.243.2523.
- Sealy, P., & Whitehead, P. C. (2004). Forty years of deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: an empirical assessment. *Can J Psychiatry*, 49(4), 249-257. Doi 10.1177/070674370404900405.
- Serapioni, M. (2019). Franco Basaglia: biography of a revolution. *Historia, Ciencias, Saude-Manuinhos*, 26(4), 1-18. Doi: 10.1590/S0104-59702019000400008
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model for global mental health. *Psychological medicine*, 43(4), 849-863. Doi: 10.1017/S0033291712001420.

- Watson, D. P. (2013). Evolving understanding of recovery: what the sociology of mental health has to offer. *Humanity Soc*, 36(4), 290-308. doi:10.1177/0160597612458904
- Watson, G. (2019). *114 psychiatric beds per100,000 people in 2017-eurostat*. Retrieved from <https://newsbook.com.mt/en/114-psychiatric-beds-per-100000-people-in-2017-eurostat/>
- WHO. (2018). *Psychiatrists Working in Mental Health Sector (Per100,000)*. Retrieved from [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-etails/GHO/psychiatrists-working-in-mental-health-sector-\(per-100-000\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-etails/GHO/psychiatrists-working-in-mental-health-sector-(per-100-000))