

กระบวนการป้องกันความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทางจิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน:
มุมมองเชิงเปรียบเทียบระหว่างประเทศพัฒนาแล้วและไทย

The Process of Prevention on Mental Health Risk in Children and Adolescence: Comparative
Perspective between Developed Country and Thailand

สุรศักดิ์ วงศ์ษา

Surasak Wongsa

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

University of Phayao Hospital. School of Medicine, University of Phayao

E-mail: surasak_wongsa_uk@hotmail.com

Received: 2025-05-27; Revised: 2025-06-23; Accepted: 2025-07-06

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นปัญหาสำคัญที่พบทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาสังคมอื่น ๆ หลายประการ บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการป้องกันกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตผ่านมุมมองเชิงเปรียบเทียบระหว่างประเทศไทยโดยกรมสุขภาพจิต และสหรัฐอเมริกาโดยศูนย์การป้องกันแห่งมิสซูรี ผลการประมวลเอกสารพบว่า ประเทศไทยและสหรัฐอเมริกาให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตและกำหนดให้มีกระบวนการป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เช่นเดียวกัน แต่มีองค์ประกอบที่แตกต่างกันหลายประการ เช่น ผู้มีบทบาทหลัก การประสานงาน เครื่องมือ ประเภทการวิเคราะห์ แนวทางการทำงาน และหัวใจของการบริการ ในขณะที่ประเทศไทยยังขาดองค์ประกอบด้านระบบ การประเมินผล และการขยายผล สำหรับข้อเสนอแนะสำคัญที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้กำหนดนโยบายของไทย พบว่า ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อประเมินและติดตามปัญหาสุขภาพจิตให้ครอบคลุม และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงได้ ควรประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการป้องกันและรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบการบริการ และขยายผลกระบวนการป้องกันผ่านโครงการไปสู่ครอบครัว โรงเรียน และชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, เด็ก, เยาวชน, กลุ่มเสี่ยง, กรมสุขภาพจิต

Abstract

Mental health problems among children and adolescents are a significant concern in developed and developing countries, and they are intertwined with various social problems. This academic article aims to understand the prevention process for those at risk of mental

illness through a comparative perspective between Thailand, Department of Mental Health, and the United States, the Missouri Prevention Center. A literature review revealed that both Thailand and the United States prioritize mental health problems that establish similar processes for prevention, treatment, and rehabilitation. However, there are differing elements, such as key stakeholders, coordination, tools, types of analysis, operational guidelines, and the core of service. Also, Thailand still lacks robust components such as systems, evaluation, and scaling up. Regarding key recommendations beneficial for Thai policymakers, it was found that there should be a development of a comprehensive and accessible database system to evaluate and monitor mental health. The outcomes of prevention and treatment processes should be continuously evaluated to develop service systems, and prevention efforts should be expanded through projects to families, schools, and communities.

Keyword: Mental Health, Children, Adolescence, Risk Group, Department of Mental Health

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิต (Mental health) เป็นปัญหาสำคัญเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันของมนุษย์ทุกเพศ ทุกวัย และทุกกลุ่มอาชีพ เนื่องด้วยสภาวะการณ์สังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้กลายมาเป็น แรงขับเคลื่อนให้วิถีชีวิตของคนมีความสลับซับซ้อน วุ่นวาย ฉกฉวยผลประโยชน์ และการต่อสู้แย่งชิงอย่างไม่จบสิ้น อนึ่งการปรับตัวให้เข้ากับเงื่อนไขที่เปลี่ยนแปลงจึงกลายมาเป็นจุดแข็งของบุคคลในการก้าวข้ามสถานการณ์ อันเลวร้ายนี้ไปได้ สภาพจิตใจที่มั่นคงจึงเปรียบเสมือนเกราะสร้างความเข้มแข็งให้มนุษย์ให้สามารถปรับตัว ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีสัมพันธภาพที่ดีร่วมกับบุคคลอื่น และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง อย่างถูกต้องและเหมาะสม ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีสภาพจิตใจเปราะบางและไม่สามารถปรับตัวได้ ย่อมจะนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตตามลำดับ (Lam & O'Driscoll, 2023)

สถานการณ์ความเจ็บป่วยทางจิตจากการรายงานของ UNICEF พบว่า ประชากรแถบเอเชียแปซิฟิก กว่า 450 ล้านคนประสบกับปัญหาสุขภาพทางจิต โดยเฉพาะกลุ่มเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตกว่า 1 ใน 7 คนทั่วโลก และพบว่าการทำร้ายตัวเองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ในขณะที่ประเทศไทยพบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูง (6.35 ต่อประชากร 1 แสนคน) และพบมากในเด็กที่อาศัยในเมืองใหญ่และเด็กในกลุ่ม LGBTQ+ (UNICEF, 2021; WHO, 2023) อีกทั้ง WHO ยังคาดการณ์ว่าความเจ็บป่วยทางจิตจะกลายเป็นเงื่อนไขทำให้เกิดโรคซึมเศร้าและความวิตกกังวลซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจมูลค่ากว่า 800 ล้านดอลลาร์ สหรัฐในปี พ.ศ. 2563 ยิ่งกว่านั้นความเสียหายจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในปี พ.ศ. 2573 หากปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ความเสียหายอันเกิดจากความเจ็บป่วยทางจิต จะส่งผลกระทบต่อสมรรถนะทางร่างกายระยะยาว ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้ให้ความสำคัญกับปัญหา ด้านสุขภาพจิตและตระหนักต่อความสามารถเอาชนะปัญหาของมนุษย์ได้ไม่เพียงแต่อาศัยศักยภาพทางร่างกาย

ที่สมบูรณ์เท่านั้น แต่ยังมีหมายรวมถึงสุขภาพทางจิตย่อมต้องปรับเปลี่ยนได้อย่างเหมาะสมด้วยเช่นกัน ตามคำขวัญในวันสุขภาพจิตโลกความว่า “สุขภาพจะดีไม่ได้ ถ้าปราศจากสุขภาพจิตที่ดี” (No health without mental health) ดังนั้นหากบุคคลได้รับการดูแล ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูอย่างถูกต้องโดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นพัฒนาการในวัยเด็กจะช่วยให้เกิดความสมบูรณ์ทางร่างกายและจิตใจอย่างเหมาะสม (WHO, 2025)

บทความวิชาการฉบับนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กในปัจจุบัน แนวทางและกระบวนการป้องกันปัญหาดังกล่าว โดยอาศัยกรณีตัวอย่างจากประเทศพัฒนาแล้ว ได้แก่ สหรัฐอเมริกาโดยศูนย์การป้องกันแห่งมิสซูรี รวมถึงประเทศไทยในฐานะที่เป็นประเทศกำลังพัฒนาจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผู้เขียนใช้วิธีการศึกษาเชิงเอกสาร (Documentary study) จากห้องสมุดและสื่อออนไลน์ที่เผยแพร่แบบสาธารณะ ซึ่งประกอบด้วยบทความวิจัย บทความวิชาการ สิ่งพิมพ์ หนังสือ และวารสารทั้งในประเทศและต่างประเทศ การประมวลองค์ความรู้เชิงเปรียบเทียบจะช่วยเพิ่มมุมมองต่อกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กและเยาวชนมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้และนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับประเทศไทยต่อไป นอกจากนี้ผลลัพธ์ท้ายสุด คือ การกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตสำหรับเด็กและเยาวชนให้มีคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมรอบตัวอย่างสมดุลในอนาคตต่อไป

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเด็ก

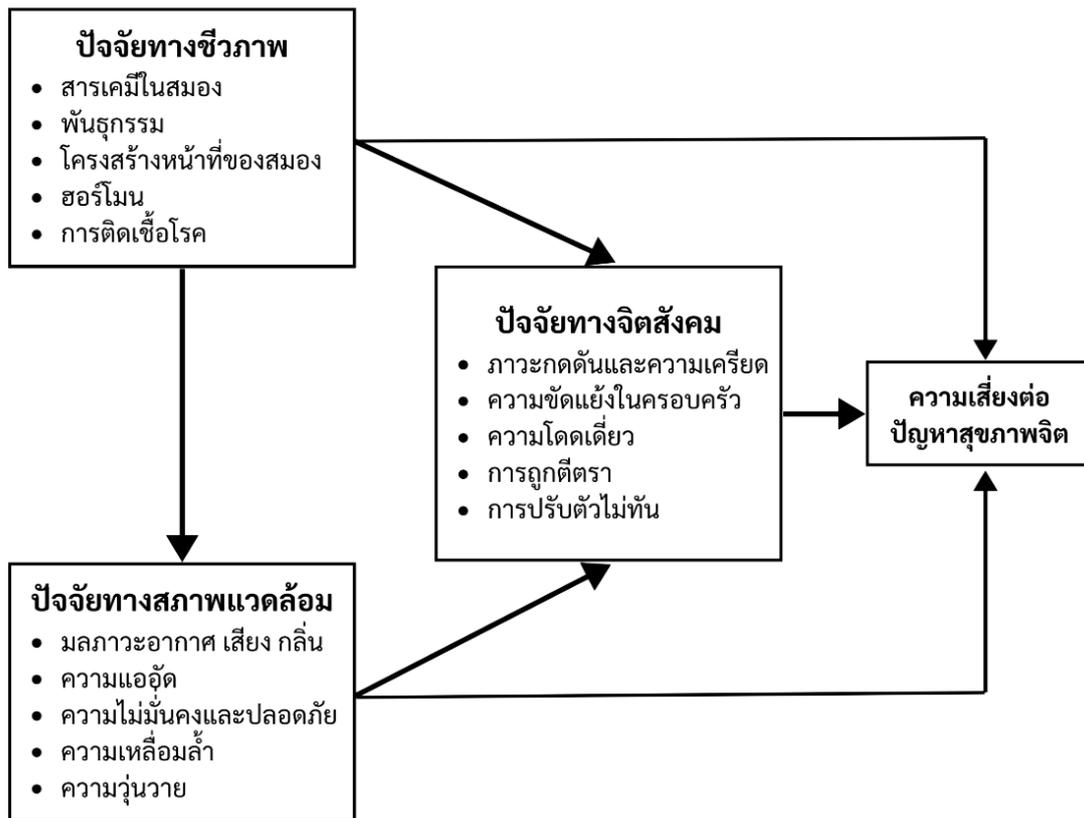
ปัญหาสุขภาพจิต คือ สภาวะที่ส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลจนก่อให้เกิดความทุกข์ใจหรือมีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นแบบชั่วคราวหรือเรื้อรัง โดยมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรง (Munusamy et al., 2024) ทั้งนี้เราสามารถทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตผ่านผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 3 มิติ ได้แก่ 1) ผลที่เกิดขึ้นทางจิตใจที่มีความผิดปกติในกระบวนการคิด การรับรู้ ความรู้สึก รวมถึงการตอบสนองทางอารมณ์ 2) ผลที่เป็นความทุกข์ โดยผู้ที่ประสบปัญหามักรู้สึกไม่สบายกาย ไม่สบายใจ หรือทรมาน และ 3) การรบกวนต่อชีวิตประจำวัน เนื่องจากความผิดปกติดังกล่าวส่งผลให้บุคคลไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นเดียวกับคนทั่วไปที่มีสุขภาพจิตดี ทั้งการเรียน การทำงาน การเข้าสังคม และการดูแลตนเอง ในทำนองเดียวกันทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตเชิงสาเหตุอาจมาจากปัจจัยอย่างน้อย 3 ประการดังภาพที่ 1 (Solis Garcia et al., 2024) ได้แก่

1) ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต โดยเกี่ยวข้องกับกลไกการทำงานของร่างกายและสมอง เช่น ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท ดังจะพบว่าผู้ป่วยที่มีสารเซโรโทนิน (Serotonin) ต่ำจะเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีสารโดปามีน (Dopamine) สูงจะนำไปสู่โรคจิตเภท ส่วนพันธุกรรม (Genetics) ที่สามารถถ่ายทอดภายในครอบครัวได้ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ไบโพลาร์ หรือจิตเภท มักพบว่าคนในครอบครัวที่มีประวัติการป่วย ในขณะที่โครงสร้างและหน้าที่ของสมองที่ผิดปกติจะพบว่าหากสมองส่วนหน้าทำงานน้อยลงจะส่งผลต่อการ

ตัดสินใจและอารมณ์ รวมถึงการอักเสบในสมองยังมีความเชื่อมโยงกับโรคซึมเศร้าด้วยเช่นกัน ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนที่ไม่สมดุลยังมีผลต่อความเครียดจนนำไปสู่การทำลายเซลล์สมอง (Stringaris & Taylor, 2020) การติดเชื้อหรือโรคทางกาย ดังกรณีของการติดเชื้อไวรัสบางประเภทอาจกระทบสมองจนนำไปสู่อาการทางจิต อีกทั้งโรคเบาหวานและโรคหัวใจยังเพิ่มโอกาสการเกิดโรคซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน และสมองมีพัฒนาการที่ผิดปกติจะถูกพบว่าหากช่วงตั้งครรภ์หรือวัยเด็กขาดออกซิเจน รวมถึงติดเชื้อจากแม่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น (ADHD) ด้วยเช่นกัน (Caspi & Moffitt, 2020)

2) ปัจจัยจิตสังคม (Psychosocial factors) คือ องค์ประกอบที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยดังกล่าวไม่ได้เกิดจากความผิดปกติทางชีวภาพโดยตรง หากแต่เป็นผลมาจากประสบการณ์ชีวิตและบริบททางสังคมที่รายล้อมรอบตัวบุคคลนั้น สำหรับองค์ประกอบของปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตสามารถจำแนกได้ เช่น ภาวะกดดันและความเครียด เราจะพบว่าบุคคลที่มีความเครียดจากการทำงานและการเรียนมักมีปัญหาสุขภาพจิต อีกทั้งหากเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจอย่างรุนแรงยังก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตใจด้วยเช่นกัน ส่วนความสัมพันธ์ทางสังคม จะพบว่าความโดดเดี่ยวและไร้ที่พึ่ง (Wongsa, 2021) ความขัดแย้งในครอบครัว การตีตราและถูกเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมสามารถนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตได้เช่นกัน ในขณะที่สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมยังเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพจิตได้ ดังจะพบว่าหากบริบทสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจะทำให้เกิดการปรับตัวไม่ทันจนนำไปสู่การฆ่าตัวตาย อีกทั้งความคาดหวังทางสังคมสูงและค่านิยมบางประการยังก่อให้เกิดภาวะความกดดันและความเครียด นอกจากนี้เงื่อนไขส่วนบุคคลโดยเฉพาะการมองคุณค่าในตนเองต่ำและขาดทักษะการเผชิญกับปัญหายังเป็นบ่อเกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบนและมีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตได้ด้วยเช่นกัน (McLaughlin, & Hatzenbuehler, 2021)

และ 3) ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environmental factors) หมายถึง บริบทรอบตัวบุคคลที่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้ ซึ่งหมายรวมถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เศรษฐกิจ การเมือง และสังคมที่โดยองค์ประกอบเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากตัวบุคคลโดยตรง แต่เป็นอิทธิพลภายนอกที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ทั้งนี้เราสามารถแบ่งเป็นอย่างน้อย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน อันเกี่ยวข้องกับมลภาวะทางอากาศเป็นพิษ เสียงดัง กลิ่นเหม็นสามารถส่งผลกระทบต่ออารมณ์และอาการที่แปรปรวนได้ รวมถึงความแออัด ความเสื่อมโทรม และความไม่ปลอดภัย สิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความไม่มั่นคงในชีวิตประจำวัน ส่วนด้านเศรษฐกิจและสังคม จะพบว่าปัญหาความยากจน ความเหลื่อมล้ำ การว่างงาน ความรุนแรง อาชญากรรม การเข้าถึงระบบสุขภาพและการศึกษา สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่แน่นอนในการดำรงชีวิตซึ่งเชื่อมโยงกับความเครียดจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ด้านการเมือง ดังกรณีความวุ่นวาย การชุมนุม การประท้วง การก่อวินาศกรรมและจลาจลยังอาจเป็นเงื่อนไขนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยเช่นกัน (van Nieuwenhuizen et al., 2021)



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงสะท้อนให้เห็นคุณลักษณะของปัญหาสุขภาพจิตในเชิงสาเหตุและผลซึ่งทำไปสู่ความเจ็บป่วยและปัญหาการดำรงชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อปัญหาดังกล่าว เนื่องจากมีเกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ และปัจจัยแวดล้อมที่รายล้อมรอบตัวเด็ก ทั้งครอบครัว ชุมชน และสถานศึกษา (ภาพที่ 1) จากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กทั่วโลกโดย UNICEF¹ (กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ) รายงานเรื่อง “Global Annual Results Report 2023: Mental Health” พบว่าเด็กประมาณ 1 ใน 7 ทั่วโลกกำลังประสบกับความผิดปกติทางจิตผ่านการวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยเฉพาะเรื่องภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล โดยมักจะเริ่มต้นก่อนเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น (ก่อนอายุ 14 ปี) ส่วนรายงานสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของ WHO (องค์การอนามัยโลก) พบว่า มีเด็กป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 1.4 ของประชากรทั้งหมด และโรคซึมเศร้ายังจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตลำดับที่ 15 นอกจากนี้ยังพบความบกพร่องทางพฤติกรรมและสมาธิสั้น ในเด็กที่ประสบกับปัญหาดังกล่าว ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายมากที่สุดสำหรับเหตุการณ์แพร่ระบาดของโรค COVID 19 ก่อให้เกิดความชะงักทางการเรียนรู้ ความไม่แน่นอนในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการเข้าไม่ถึงระบบสุขภาพ องค์ประกอบเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดและเป็นภาระสำหรับผู้ปกครองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (UNICEF, 2024)

ในขณะที่สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กของประเทศไทย พบว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการสำรวจสุขภาพจิตช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า กลุ่มเด็กมีความเสี่ยงเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่า 5 หมื่นคน (Hfocus News Agency, 2024) ตลอดปีที่ผ่านมา มีเด็กป่วยด้วยโรคดังกล่าวไปแล้วกว่า 2,200 คน ต่อประชากรแสนคน หากเด็กกลุ่มนี้ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น นอกจากนี้ยังพบว่าสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตมีอิทธิพลต่อการเพิ่มระดับความเสี่ยงมากยิ่งขึ้น ดังจะพบว่าประเทศไทยมีความขาดแคลนจิตแพทย์และพยาบาลสำหรับกลุ่มเด็ก อีกทั้ง 15 จังหวัดยังมีจิตแพทย์เด็กเพียงคนเดียวทำให้กลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มนี้ยังกระจุกตัวอยู่เฉพาะเมืองหลวงและเมืองสำคัญ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ยิ่งกว่านั้นเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มถูกตีตราจากบุคคลรอบข้างว่าเป็นพฤติกรรมเกเรหรือดื้อรั้น รวมถึงการถูกกลั่นแกล้ง (Bullying) และถูกเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมด้วยเช่นเดียวกัน จากสถานการณ์ดังกล่าวภาครัฐจึงส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่มีศักยภาพในการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เด็กและเยาวชนกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทั่วถึงต่อไป

แนวความคิดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดเชิงระบบ (Systematic concept) โดยบูรณาการร่วมกันทั้งการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ผ่านการให้ความรู้ สร้างทักษะ เจตคติเชิงบวกเพื่อเสริมภูมิคุ้มกันทางจิตให้สามารถรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการป้องกัน (Prevention) โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงอันเป็นสาเหตุก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา นอกจากนี้การสร้างปัจจัยปกป้องด้วยการสนับสนุนสภาพแวดล้อมเชิงบวกให้เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี ยังช่วยลดความรุนแรงของปัญหาและป้องกันบุคคลมิให้เข้าสู่วงจรของการเจ็บป่วยด้วยเช่นกัน สำหรับระดับการป้องกันอย่างเป็นทางการพบว่ามีอย่างน้อย 3 ชั้น ได้แก่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ (Department of Mental Health, 2017; 2022) โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

ขั้นแรก คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) โดยมีจุดมุ่งหมายป้องกันมิให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพทางจิตจนอาจนำไปสู่โรคทางจิตเวช สามารถดำเนินการด้วยการส่งเสริมความรู้เท่าทันสุขภาพทางจิตอย่างถูกต้อง การดูแลตนเองให้สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุข การเตือนตนเองเมื่อเกิดความเครียดทางสุขภาพจิต รวมถึงการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือที่สามารถเข้าถึงได้ อีกทั้งการเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยการจัดการความเครียด การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีด้วยการสื่อสารอย่างเหมาะสม และการจัดการอารมณ์ด้วยการคิดเชิงบวกยังเป็นวิธีการจัดการระดับบุคคลที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยลดความเสี่ยงทางจิตได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้บุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ดีจะเกิดขึ้นจากการไม่ยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด ครอบครัวที่ปราศจากความรุนแรง และมีความปลอดภัยยังเป็นเกราะป้องกันในระดับบุคคลได้ด้วยเช่นกัน

ขั้นต่อมา คือ การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) โดยขั้นตอนนี้อาจเป็นการคัดกรอง ค้นหา หรือประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตในระยะเริ่มต้น เพื่อช่วยให้เขาได้รับการช่วยเหลือ ดูแล และรักษาอย่างรวดเร็ว โดยไม่ก่อให้เกิดความรุนแรงในระดับที่ควบคุมไม่ได้หรือเรื้อรัง สามารถอาศัยวิธีการ ประเมินร่วมกับเครื่องมือคัดกรองในบุคคลที่มีความเสี่ยง เช่น กลุ่มเด็กที่มีอารมณ์แปรปรวนหรือความเครียดสะสม การจัดให้คำแนะนำยังเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมทางจิตใจเชิงบวก โดยมีใช้เพียงเด็กเท่านั้น แต่รวมถึงครู ผู้ปกครอง อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักสังคมสงเคราะห์ด้วยเช่นกัน ในกรณีที่พบระดับความรุนแรงที่ไม่สามารถป้องกันได้ในระดับนี้ให้ประสานส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา โดยจิตแพทย์ และนักจิตวิทยาที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะจะช่วยให้แก้ไขเฉพาะทางได้อย่างเหมาะสมและสามารถตอบสนองการรักษาได้อย่างถูกต้อง

และขั้นสุดท้าย คือ การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) ในกรณีที่พบว่าบุคคลมีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชแล้ว การดูแลรักษาเพื่อป้องกันอาการกำเริบในขั้นนี้จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพที่ช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป โดยอาศัยการรักษาด้วยยา จิตบำบัด และกิจกรรมบำบัด อีกทั้งการส่งเสริมการประกอบอาชีพยังเป็นการสร้างแรงจูงใจและความเชื่ออำนาจในตนเองของผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ที่ดี และกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ยังเป็นบ่อเกิดการมีส่วนร่วมทางสังคมให้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้บุคคลรอบตัวผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการดูแลและให้คำปรึกษาได้อย่างเหมาะสมจะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเป็นมิตร

จากที่กล่าวมาข้างต้นเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเน้นการส่งเสริมทักษะความสามารถ และความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดีเพื่อเสริมภูมิคุ้มกันทางจิตใจและสามารถจัดการสภาวะทางอารมณ์และพฤติกรรมในระดับบุคคลได้ด้วยตนเองเป็นหลัก ในระดับปฐมภูมินี้จะให้คำปรึกษาและดูแลเบื้องต้น หากพบว่าปัญหาสุขภาพจิตไม่ทุเลาลงหรือมีความเสี่ยงอันอาจก่อให้เกิดโรค ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการคัดกรองและวินิจฉัยสภาพปัญหาเพิ่มเติมในขั้นทุติยภูมิได้ โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญประเมินความรุนแรงของอาการเพื่อค้นหาสาเหตุ แนวทางแก้ไข ดูแล รักษา และส่งต่อด้วยเช่นกัน ในขั้นทุติยภูมิหากพบว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาซับซ้อนมากอาจใช้วิธีการแนะนำร่วมกับสนับสนุนสุขภาพจิตเชิงบวกให้มากที่สุด แต่เมื่อคัดกรองแล้วพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วน มีความซับซ้อนมาก และเฉพาะทางอาจจำเป็นต้องประสานส่งต่อให้แพทย์เฉพาะทางในขั้นตติยภูมิให้ประเมินและวางแผนการรักษา โดยพิจารณาให้ยาร่วมกับแนวทางบำบัดอื่น ๆ และหากพบว่าอาการดีขึ้นสามารถส่งกลับสู่ครอบครัวและติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตซ้ำ ซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

กระบวนการป้องกันกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตของไทย

ปัจจุบันเด็กและเยาวชนกำลังเผชิญกับสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม และเทคโนโลยี ดังจะพบว่ามี การนำเสนอสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในประชากรกลุ่มนี้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์

โดยชี้ให้เห็นว่าเด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมรุนแรงและสภาวะจิตเป็ยงเบนมากขึ้น นอกจากนี้ยังรวมถึงโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคไบโพลาร์ ตลอดจนถึงโรคจิตเภท จากรายงานของกรมสุขภาพจิต ประจำปี พ.ศ. 2565 พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตถูกพบในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งเกิดจากความเครียดในการเรียนสูงถึงร้อยละ 66.99 เด็กู้สึกซึมเศร้าเป็ยงหมายเป็ยงประจำวันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 20 และส่วนหนึ่งเป็ยงเด็กที่เคยมีประวัติเกี่ยวกับการหนีเรียนร้อยละ 22.85 ส่วนปัญหาสุขภาพทางสติปัญญาของเด็ก พบว่า เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ประมาณร้อยละ 30 มีพัฒนาการไม่ตรงกับวัยและในจำนวนนี้เป็ยงโรคที่เกี่ยวเนื่องกับความบกพร่องทางการเรียนรู้ร้อยละ 10 ในขณะที่กลุ่มเยาวชนพบว่าร้อยละ 18 มีความเครียดสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าสูงกว่าร้อยละ 26 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 12.5 นอกจากนี้ในช่วง 3 เดือนแรกของปี พ.ศ.2565 ยังพบอีกว่า เยาวชนกว่าร้อยละ 26.8 กำลังประสบกับปัญหาหมดไฟในการเรียนรู้ และการฆ่าตัวตายในกลุ่มเยาวชนยังเป็ยงสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ด้วยเช่นกัน (Department of Mental Health, 2022)

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าการใช้ชีวิตของเด็กและเยาวชนไทยยุคใหม่กำลังประสบกับวิกฤติอันมาจากสาเหตุของความเครียดในการเรียน ความรุนแรงในครอบครัว การบริโภควัตถุนิยมสูง ความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา จริยธรรมและคุณธรรมน้อยลง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์น้อยลง ความแออัดของเมืองประกอบกับมลภาวะทางเสียงและกลิ่น ฯลฯ ดังที่พบในงานศึกษาเกี่ยวกับสภาวะการณ์เด็กและเยาวชนประจำปี พ.ศ. 2568 ตามโครงการติดตามสภาวะการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด (Child Watch) โดยสถาบันจิตติ (Department of Children and Youth, 2025) ระบุว่าสาเหตุที่มีอิทธิพลทำให้เด็กเกิดพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้น คือ ความเครียดและการฆ่าตัวตาย โดยกลุ่มเยาวชนต่ำกว่า 25 ปีพยายามฆ่าตัวตาย 32 คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคน เท่ากับว่ามีจำนวนเยาวชนที่พยายามฆ่าตัวตายตลอดทั้งปี 7,300 คน เฉลี่ยวันละ 20 คน ส่วนกรมสุขภาพจิต พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีกลุ่มเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำนวน 196 คน โดยสัดส่วนเป็ยงเพศชายต่อหญิงประมาณ 3 ต่อ 1 ทั้งนี้ปัญหาเด็กพบ คือ ความรัก โรคทางจิตเวช เพศสภาวะ ครอบครัว ยาเสพติด การปรับตัวและการเรียน (Department of Mental Health, 2022)

ทั้งนี้เด็กและเยาวชนในวัยเรียนเมื่อได้รับการประเมินปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์ แล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพทางจิตจำเป็นต้องส่งต่อเด็กเข้าสู่ระบบสาธารณสุขเป็ยงผู้ดูแลช่วยเหลือ รักษา บำบัด และฟื้นฟู ซึ่งเด็กและเยาวชนในวัยเรียนที่มีปัญหามักจะไม่ต้องการมาพบบุคลากรทางสาธารณสุขเอง ส่วนใหญ่จะเป็ยงผู้ปกครองหรือครูที่มีความเห็นว่าเด็กควรจะมาพบบุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อรับการวินิจฉัยหาสาเหตุและรับการช่วยเหลือ อย่างไรก็ตามโรคทางจิตเวชไม่ได้พิจารณาเพียงแค่ส่วนเล็กๆ ของปัญหาทั้งหมด โดยอาจเปรียบได้กับยอดของภูเขาน้ำแข็งที่โผล่ขึ้นมาพ่นน้ำ การหาสาเหตุต้องมองไปถึงพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกมาอย่างรอบด้านผ่านความรู้สึก ความคิด ประสบการณ์ และสภาพร่างกาย สิ่งเหล่านี้อาจเป็ยงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กและเยาวชน การประเมินปัญหาของเด็กและเยาวชนในวัยเรียนต้องประเมินอย่างเป็ยงองค์รวมจากหลายแหล่งรวมกัน ได้แก่ ข้อมูลจากผู้ปกครอง โรงเรียน และตัวเด็กเอง ดังนั้นการประเมินปัญหาในกลุ่ม

เสียงเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือเด็กและเยาวชนได้ตรงกับปัญหา และสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Polrak et al., 2024)

1) แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตในกลุ่มเด็ก

ปัจจุบันมีแบบวัดพฤติกรรมสำหรับการประเมินเด็กและเยาวชนหลายรูปแบบ โดยแบบประเมินที่โรงเรียนนิยมใช้เพื่อวัดพฤติกรรมและอารมณ์ คือ แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (SDQ) ซึ่งเป็นแบบวัดที่สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาจาก The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) เป็นเครื่องมือที่ผ่านการวิจัยแล้วว่ามีประสิทธิภาพในการคัดกรองปัญหาเด็กและเยาวชนได้ดี สามารถช่วยเหลือครูในการคัดกรองปัญหาและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่เด็กและเยาวชนในโรงเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยแบบวัดดังกล่าวเหมาะสมสำหรับการประเมินพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง 4 – 16 ปี

แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (SDQ) มีจำนวน 3 ชุด ได้แก่ แบบประเมินสำหรับครู แบบประเมินสำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครอง และแบบประเมินสำหรับเด็กและเยาวชนที่สามารถประเมินตนเองได้ (อายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป) สำหรับผู้ใช้แบบประเมินที่เป็นครู พ่อแม่ และผู้ปกครอง ควรมีความคุ้นเคยและใกล้ชิดกับพฤติกรรมเด็กมาช่วงระยะเวลาหนึ่ง และควรประเมินให้เสร็จสิ้นในแต่ละครั้ง ส่วนระยะเวลาของการประเมินโดยใช้แบบประเมินทั้ง 3 แบบประเมินต้องมีระยะเวลาใกล้เคียงกัน นอกจากนี้การประเมินอาจใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์เสริมเพื่อช่วยให้การประเมินมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การบันทึกภาพ การเขียนลงในสมุดโน้ต เทปบันทึกเสียง เป็นต้น หากผลการประเมินสวนทางกับความเป็นจริงให้สามารถใช้วิธีการสังเกต (Observation) หรือ การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นเครื่องมือให้สามารถเข้าใจพฤติกรรมของเด็กได้เพิ่มเติม และแบบประเมินจะถูกใช้วัดพฤติกรรมและอารมณ์ของกลุ่มเสี่ยงในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาเท่านั้น

ส่วนประกอบของแบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนมีจำนวนข้อคำถาม 25 ข้อ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบอย่างละ 5 ข้อ ดังนี้ 1) พฤติกรรมด้านอารมณ์ 2) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น 3) พฤติกรรมเกร 4) พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และ 5) พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยพฤติกรรม 4 ด้านแรกเป็นพฤติกรรมบ่งบอกถึงปัญหาของเด็ก และพฤติกรรมสุดท้ายเพื่อเสริมสร้างจุดเด่นของเด็กในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงนำคะแนนรวมของพฤติกรรม 4 ด้าน มาจัดกลุ่มสภาพปัญหาของเด็กออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มมีปัญหา และพฤติกรรมด้านสุดท้ายหากพบว่ามีคะแนนสูงให้ถือว่าเด็กมีจุดแข็ง กรณีพบว่า เด็ก อยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้ส่งเสริมกิจกรรมเสริมสร้างทักษะชีวิตอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มเสี่ยง (Risk group) ควรพิจารณาแนวทางการดูแลช่วยเหลือเด็กตามสภาพความเสี่ยงแต่ละด้านดังนี้ 1) กลุ่มเสี่ยงด้านอารมณ์ ควรได้รับการเสริมสร้างศักยภาพเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง 2) กลุ่มเสี่ยงด้านพฤติกรรมเกร ควรได้รับการปลูกฝังเรื่องวินัย การควบคุมอารมณ์ และการจัดการความขัดแย้ง 3) กลุ่มเสี่ยงพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น ควรฝึกสมาธิ ความคิดเชิงเหตุผล ความคิดเชิงบวก

และการสร้างแรงจูงใจ และ 4) กลุ่มเสี่ยงด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ควรได้รับการเสริมสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร และการพัฒนาคุณภาพการอยู่ร่วมกัน

สำหรับกลุ่มที่มีปัญหา มักถูกส่งต่อมายังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเนื่องจากเกินขีดความสามารถการดูแล ของครู โดยมีกลุ่มของปัญหาดังนี้ 1) ปัญหาด้านอารมณ์ ได้แก่ เด็กที่มีภาวะวิตกกังวล ความเครียด ภาวะ กลัวหรือปฏิเสธการไปโรงเรียน การทำร้ายตนเอง ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน และพยายามฆ่าตัวตาย 2) ปัญหา สมาธิสั้น ได้แก่ การอยู่นิ่ง (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) การลักขโมย การโกหก การหนีเรียน การติดเกมส์ การปัสสาวะรดที่นอน และการถูกละเมิด 3) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ได้แก่ ความหวาดระแวง การทะเลาะวิวาท การเลียนแบบ การหนีเรียน การติดเกมส์ และการถูกละเมิด และ 4) พฤติกรรมเกร ได้แก่ การพูดโกหก การปัสสาวะรดที่นอน การติดยาเสพติด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม นอกจากการใช้แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (SDQ) ยังมีแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI) เป็นเครื่องมือประเมินในกรณีที่พบว่าเด็กมีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ อีกทั้งมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตหรือความผิดปกติบางอย่างด้วยเช่นกัน

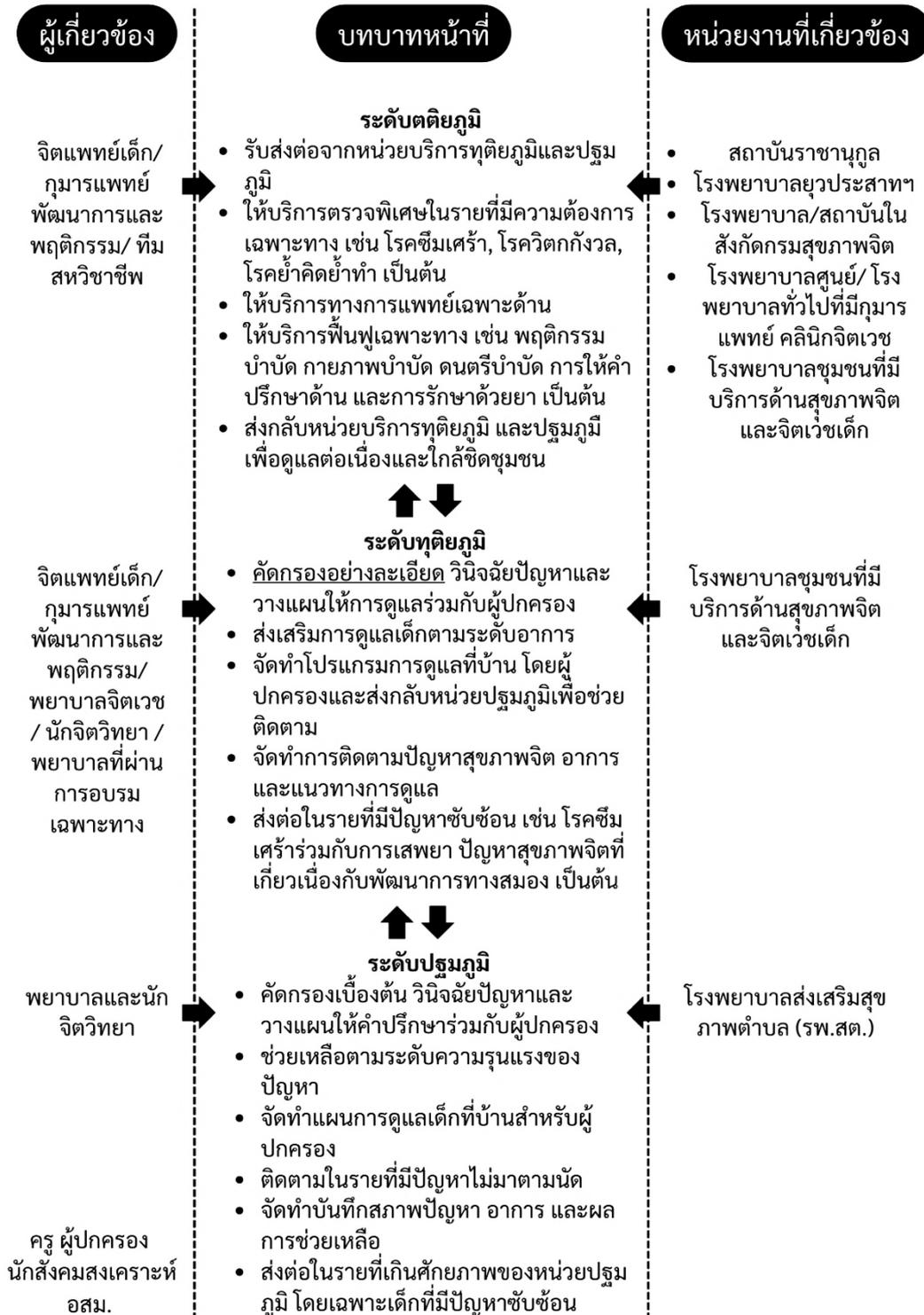
2) กระบวนการจัดบริการสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต

การรู้จักและเข้าใจธรรมชาติของปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มเด็กและเยาวชนในวัยเรียนจะช่วยให้ ผู้ปกครองและครูวางแผน ดูแล ช่วยเหลือให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมและอารมณ์อย่างเหมาะสมตามวัย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิต รวมถึงสามารถป้องกันและเข้าไปช่วยเหลือทันเวลา โดยกระบวนการ จัดบริการส่งเสริมเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชนของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำแนกออกเป็น 3 ชั้น ได้แก่ ชั้นแรก คือ *ปฐมภูมิ* ดำเนินการคัดกรองและประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับความเสี่ยง สุขภาพจิตเด็กและเยาวชน โดยพยาบาลและนักจิตวิทยาอาจซักถามข้อมูลจากครู ผู้ปกครอง นักสังคม สงเคราะห์ อสม. เสริมเพื่อช่วยวางแผนการป้องกันและรักษาอย่างเหมาะสม (Wongsa, 2020) หากไม่สามารถ ช่วยเหลือได้จะเข้าสู่กระบวนการประสานส่งต่อไปยังบุคลากรเฉพาะด้านมากขึ้น เช่น จิตแพทย์เด็ก กุมาร แพทย์พัฒนาการและพฤติกรรม พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง โดยชั้นนี้ เรียกว่า *ทุติยภูมิ* โดยอาจวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ปกครองโดยการส่งเสริมการรักษาตามระดับอาการ ในกรณีที่คัดกรองและประเมินชั้นทุติยภูมิแล้วพบว่าสภาพของปัญหาที่มีความซับซ้อนและรุนแรง โดยเฉพาะ ผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชทางสมอง ภาวะซึมเศร้าร่วมกับการเสพยาเสพติด เป็นต้น ในกลุ่มนี้จะถูกส่งต่อไปยัง สถานพยาบาลระดับจังหวัดในชั้น *ตติยภูมิ* ซึ่งมีแพทย์แพทย์เฉพาะทาง โดยดำเนินการป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ด้วยวิธีการให้ยา จิตบำบัด กิจกรรมบำบัด ดนตรีบำบัดควบคุมกันจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่าง ปกติสุข และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันโรคทางจิตที่เกิดขึ้นซ้ำ โดยเฉพาะในรายที่ยังคง ประสบกับความเสี่ยงและไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 1)

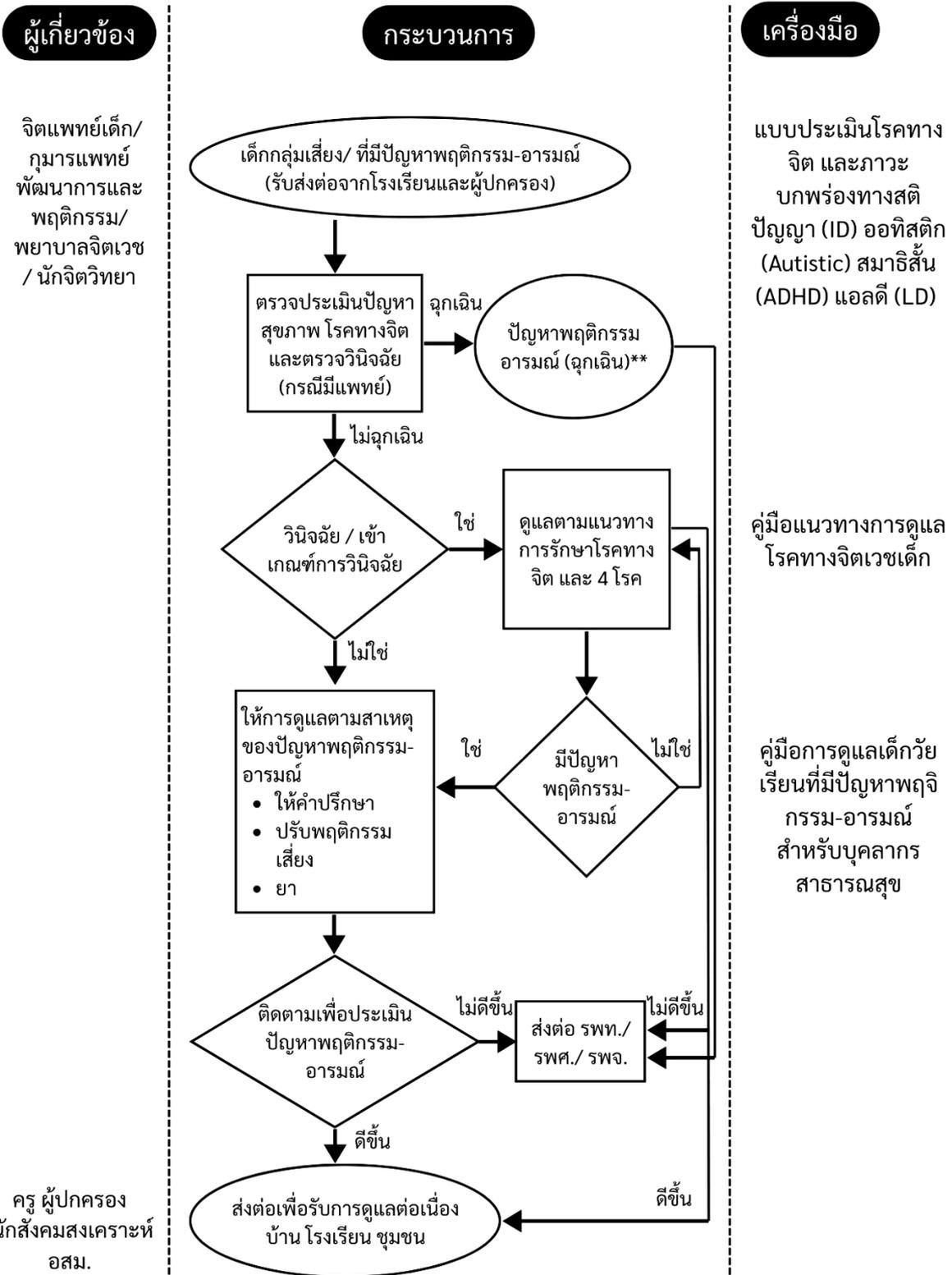
สำหรับกระบวนการจัดบริการแต่ละชั้นที่กล่าวมาข้างต้นจะแตกต่างกันตามความรุนแรงและสภาพ ปัญหาของกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนจนถึงมีแนวทางการประเมินและความหลากหลายของทีมสหวิชาชีพจะมีมากขึ้น

ตามระดับของปัญหา เช่น ในกระบวนการจัดบริการสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตในชั้นปฐมภูมิ จะมีการประสานส่งต่อเด็กจากชั้นชุมชน โดยผู้ปกครองหรือครู มายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ประเมินสภาพความเจ็บป่วยโดยใช้เอกสารอ้างอิงเบื้องต้นจากชั้นชุมชนและตรวจวินิจฉัยอีกครั้ง หากระดับของความรุนแรงสามารถบำบัดและควบคุมได้ เด็กและเยาวชนจะได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามประเมินผลการบำบัดและฟื้นฟูระหว่างการรักษานกว่าอาการดีขึ้น ในกรณีที่ระดับของความเจ็บป่วยรุนแรงก็ให้ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิตามลำดับ (ภาพที่ 2) ทั้งนี้สัญลักษณ์ * หมายถึง 4 โรค ประกอบด้วย ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (ID) ออทิสติก (Autistic) สมาธิสั้น (ADHD) แอลดี (LD) และ ** หมายถึง ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (ฉุกเฉิน) ได้แก่ ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชเด็กที่แพทย์/ทีมผู้รักษาต้องรีบเข้าช่วยเหลือ เช่น ภาวะพยายามทำร้ายตนเองและผู้อื่น ซึมเศร้า ก้าวร้าว วิดกกังวล คลุ้มคลั่ง จิตเภท เป็นต้น (ภาพที่ 2)

กล่าวโดยสรุปกระบวนการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเด็กและเยาวชนตามรูปแบบของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่าเน้นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการประเมิน ตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิต โดยอาศัยแบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อน (SDQ) เป็นหลัก กระบวนการป้องกันเน้นให้ผู้รับบริการเข้าสู่สถานพยาบาลที่สามารถเข้าถึงได้สะดวก หากพบว่าปัญหาที่มีความซับซ้อนและผู้รับบริการมีความต้องการเฉพาะทางอาจมีการประสานส่งต่อไปสู่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าตามลำดับ ทั้งนี้การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตเน้นการมองสภาพปัญหาแบบองค์รวม โดยหลายปัจจัยมีความเชื่อมโยงและคาบเกี่ยวกันจึงนำไปสู่การวางแผนการรักษาต่อไป เนื่องจากการป้องกันอาศัยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหลักจึงทำให้สภาพแวดล้อมการช่วยเหลือและรักษามีความเป็นวิชาชีพเฉพาะทางมากกว่าความหลากหลายของวิชาชีพแขนงอื่นที่มีใช้แพทย์ ดังนั้นรูปแบบการป้องกันจึงเน้นการปฏิบัติตามหลักวิชาชีพมากกว่าด้านวิชาการ



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการป้องกันและรักษากลุ่มเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต



ภาพที่ 3 กระบวนการจัดบริการสำหรับเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต

กระบวนการป้องกันกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตของประเทศพัฒนาแล้ว

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพทางจิตของกลุ่มเด็กและเยาวชนในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 13 - 20 เป็นกลุ่มที่กำลังเผชิญกับปัญหาโรคทางจิตเวช โดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติสหรัฐ (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) รายงานข้อมูลความผิดปกติทางจิตที่พบในเด็กและเยาวชนอเมริกันว่ามีความเปราะบางขั้นรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่ออาการพฤติกรรมด้านอารมณ์และสังคม ความผิดปกติทางจิตดังกล่าวได้กลายเป็นปมปัญหาสำคัญด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมาก เนื่องจากมีผู้ได้รับผลกระทบทั้งจากกลุ่มเด็ก เยาวชน ครอบครัว และชุมชนใกล้เคียง นอกจากนี้รัฐบาลยังสูญเสียงบประมาณกว่า 247,000 ล้านดอลลาร์ต่อปี (ราว 7.36 ล้านล้านบาท) เพื่อจัดการกับปัญหาดังกล่าว ความเจ็บป่วยทางจิตใจนำมาซึ่งปัญหาสำคัญหลายประการ เช่น ในปี ค.ศ. 2022 พบว่า มีการฆ่าตัวตายซึ่งมีสาเหตุมาจากความเจ็บป่วยทางจิต และพบมากในกลุ่มเยาวชนของสหรัฐซึ่งมีอายุระหว่าง 12-17 ปี เป็นอันดับที่ 2 จากกลุ่มประชากรทั่วไป ในขณะที่เด็กอายุ 3-10 ปี ในสหรัฐมีปัญหาเกี่ยวกับสมาธิสั้นและมีอาการแสดงออกมาเกินไปที่เรียกว่า “ไฮเปอร์” กว่าร้อยละ 7 ส่วนพฤติกรรมเกเรพบว่ามีร้อยละ 3.5 และความวิตกกังวล ร้อยละ 3 นอกจากนี้ในปีที่ผ่านมาเยาวชนอเมริกันช่วงอายุระหว่าง 12-17 ปี ประมาณร้อยละ 4.7 พบว่ามีการใช้สารเสพติด และร้อยละ 4.2 มีอาการผิดปกติทางจิตอันเนื่องมาจากพิษสุรา รวมถึงยังมีกลุ่มเยาวชนที่ต้องพึ่งการใช้ยาหรือในชีวิตประจำวันกว่าร้อยละ 2.8 (Stringaris & Taylor, 2020)

อย่างไรก็ตามการเจริญเติบโตขององค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพทางจิตในเด็กและเยาวชนของสหรัฐยังมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องโดยชี้ให้เห็นว่าวิทยาศาสตร์ (Science) และการปฏิบัติได้กลายมาเป็นเครื่องมือสะท้อนความเชื่อมโยงและเกื้อกูลกันเสมือน “สะพาน” เชื่อมองค์ความรู้เชิงทฤษฎีและภาคปฏิบัติให้เกิดการบูรณาการร่วมกัน ดังจะพบว่าศูนย์การป้องกันแห่งมิสซูรี (The Missouri Prevention Center: MPC) ได้นำหลักการทำงานร่วมกันระหว่างวิทยาศาสตร์โดยนักวิชาการ และการปฏิบัติโดยผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางป้องกันและรักษาในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีความเจ็บป่วยทางจิต นอกจากนี้ผลการดำเนินงานป้องกันในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวยังขยายผลไปยังชุมชนใกล้เคียงและมลรัฐอื่นอย่างกว้างขวาง ดังนั้นการหยิบยกแนวทางการป้องกันกลุ่มเสี่ยงโดยศูนย์การป้องกันแห่งมิสซูรีมาเป็นบทเรียนสำหรับวงการวิชาการพัฒนาและสาธารณสุขจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจและสร้างคุณูปการสำคัญต่อการปรับปรุงจุดอ่อนของกระบวนการป้องกันเด็กและเยาวชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตของไทยต่อไป

1) แนวทางการป้องกันกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงทางจิต

ศูนย์การป้องกันแห่งมิสซูรีประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพในแวดวงนักวิชาการ สมาชิกในชุมชน และผู้มีส่วนได้เสียสำคัญที่ให้ความสนใจกับการใช้วิทยาศาสตร์เพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาพทางสังคม อารมณ์ และจิตใจแก่กลุ่มเด็กและเยาวชน ในปี ค.ศ. 2007 ศูนย์ป้องกันแห่งมิสซูรีได้ศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางและมีการจัดบริการแก่นักวิชาการและครอบครัวหลายร้อยคน เนื่องด้วยงานวิจัยที่หลากหลาย การขยายผลอย่างกว้างขวาง การฝึกอบรม และโครงการพัฒนาเชิงนโยบายทำให้ศูนย์ดังกล่าวเกิดกลุ่มของความสนใจร่วมกันในประเด็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมการเลี้ยงดูที่รายล้อมรอบตัวในชีวิตประจำวันของกลุ่มเสี่ยง หน่วยงาน

ยังเป็นเสมือนสมาคมที่มีกลุ่มของนักวิชาการที่หลากหลาย ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้ขอบข่ายการทำงานกว้างขวางครอบคลุมหลายสาขาวิชา เช่น จิตวิทยาเชิงปริมาณ สังคมสงเคราะห์ การศึกษา นโยบายสาธารณะ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การศึกษาครอบครัว วิศวกรรมข้อมูล จิตวิทยาคลินิก เป็นต้น ดังนั้นการทำงานจึงมีความใกล้เคียงกับนักวิทยาศาสตร์คอมพิวเตอร์ (Computer scientists) ซึ่งทำการศึกษาและวิจัยโดยใช้ระบบสารสนเทศเป็นองค์ประกอบสำคัญเพื่อเข้าถึงความจริง และนักวิศวกรรมซอฟต์แวร์ (Software engineering) ซึ่งสร้างระบบปฏิบัติการแบบอัตโนมัติสำหรับการบูรณาการฐานข้อมูลออนไลน์ให้ผู้ใช้มีส่วนได้เสียสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างง่ายและปลอดภัย (Herman et al., 2019)

นวัตกรรมที่สำคัญของศูนย์การป้องกันแห่งมิสซูรี คือ การสร้างทีมสหวิทยาการซึ่งไม่มีเพียงแต่นักวิชาการจากหลากหลายสาขาเท่านั้น แต่ยังรวมถึงสมาชิกในชุมชนและผู้มีส่วนได้เสียที่สนใจเฉพาะทาง ทั้งนี้ นักวิชาการเพียงลำพังไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคมได้จึงต้องอาศัยผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาเชิงนโยบายสำหรับเด็กและเยาวชนให้เกิดประสิทธิภาพไปพร้อมกันด้วย ดังจะพบว่ามีการใช้ทีมผู้เชี่ยวชาญในการสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น ผู้บังคับใช้กฎหมาย ผู้นำในระบบความยุติธรรม ผู้จัดทำนโยบาย หัวหน้าเขตการศึกษา นักสาธารณสุข นักบริการหน่วยงานด้านพฤติกรรมสุขภาพ นักจิตสวัสดิการ เป็นต้น ทีมสหวิชาชีพกลุ่มนี้มีบทบาทสำคัญในการติดตามเพื่อให้แนวทางการดูแล การจำแนกปัญหา และการเสนอทางเลือกนโยบายให้เกิดการปฏิบัติในชุมชน (Stringaris & Taylor, 2020) ดังนั้น นักวิชาการและผู้มีส่วนได้เสียภายในศูนย์การป้องกันแห่งมิสซูรีจึงพยายามใช้แนวทางที่หลากหลายในการพัฒนาการนำไปปฏิบัติ การประเมินผล และการขยายผลในเชิงปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสุขภาพทางจิตในบริบทแห่งความเป็นจริง อีกทั้งศูนย์การป้องกันแห่งมิสซูรียังมุ่งพัฒนาสุขภาพทางจิต อารมณ์ สังคม และพฤติกรรม โดยใช้การประเมินความเสี่ยงเชิงสถานการณ์ (Situational risk) และความเสี่ยงเชิงปัจเจกบุคคล (Individual risk) เพื่อหาปัจจัยปกป้องแก่กลุ่มเสี่ยงเหล่านั้น ตลอดจนจนถึงให้แนวทางที่เหมาะสมสำหรับครอบครัว ชุมชน และโรงเรียนต่อไป

2) กระบวนการจัดบริการสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต

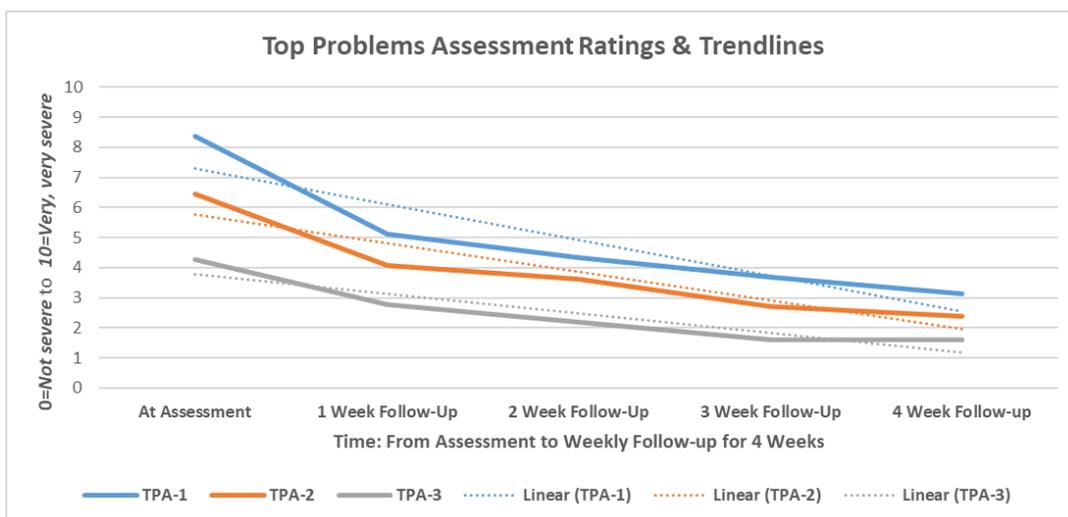
ทีมสหวิชาชีพของศูนย์การป้องกันแห่งมิสซูรีมีจุดแข็งเกี่ยวกับคุณภาพงานวิจัยและข้อค้นพบที่สำคัญข้ามองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหลายสาขาวิชาโดยเฉพาะจิตวิทยาการพัฒนา การจัดการพฤติกรรมในห้องเรียน โรงเรียน และครัวเรือน การสนับสนุนผู้ป่วยในการศึกษาและบริการด้านสุขภาพจิต และการจัดการตนเองในกลุ่มเด็กและเยาวชน ทั้งนี้กระบวนการทำงานของทีมสหวิชาชีพในศูนย์การป้องกันแห่งมิสซูรีสามารถจำแนกออกเป็น 4 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ 1) การจำแนกปัญหาเริ่มต้นที่นำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิต เช่น ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และสังคม 2) สถานการณ์ความเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม 3) การเปลี่ยนแปลงเชิงป้องกันเพื่อปกป้องปัจจัยอันเป็นสาเหตุของปัญหา และ 4) การติดตามต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล (Herman et al., 2019) โดยสาระสำคัญของแต่ละกระบวนการมีดังต่อไปนี้

การจำแนกปัญหาเริ่มต้นที่นำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิต โดยทำการสำรวจเกี่ยวกับปัญหาทั่วไป เช่น พฤติกรรม สังคม อารมณ์ โดยปัญหาเหล่านั้นต้องพิจารณาร่วมกันเสมือนปมปัญหาที่ขมวดรวมกัน เป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิต งานศึกษาของ Stringaris and Taylor (2020) พบว่า มีความเกี่ยวเนื่องกันของปัญหาสุขภาพจิตกับ ปัญหาการศึกษา ความใส่ใจการเรียน ความเครียด ความโดดเดี่ยว จากนั้นจึงนำกลุ่มของปัญหามาจำแนกเป็นประเด็นต่าง เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการศึกษา ปัญหาเกี่ยวกับ พฤติกรรม ปัญหาทางสุขภาพ และปัญหาเกี่ยวกับความเครียด เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อเด็ก และเยาวชน เช่น ผลการเรียนต่ำ การออกจากโรงเรียน การกระทำผิดกฎหมาย การจำคุก การทะเลาะวิวาท เป็นต้น งานศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นความสำคัญของความคาบเกี่ยวของเงื่อนไขเชิงสาเหตุของพฤติกรรม ก่อทวนและความเครียด ยิ่งกว่านั้นข้อค้นพบยังช่วยสาธิตและเสนอแนะว่ามืองค์ประกอบของปัญหาหลาย แง่มุมที่ผ่านการคัดกรองและการจัดหมวดหมู่ของสาเหตุแต่ด้านอย่างเชื่อมโยงกัน

สถานการณ์ความเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม โดยพื้นฐาน เกี่ยวกับแนวทางด้านสาธารณสุขและศาสตร์การป้องกันในการลดปัญหาความเจ็บป่วยของโรคเป็นสิ่งที่จำเป็น และมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการประเมินรูปแบบของการเจ็บป่วยและความเกี่ยวเนื่องของปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับอาการของโรค การประยุกต์ใช้แนวทางดังกล่าวช่วยชี้ให้เห็นถึงเงื่อนไขทางจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทาง ระบาดวิทยา (Epidemiological approach) เพื่อรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทีมสหวิชาชีพจึงได้พัฒนา เครื่องมือที่เป็นประโยชน์อย่างหลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการให้ค้นหาสาเหตุเพื่อจำแนกความเสี่ยง ด้วยการคิดค้นระบบการคัดกรองโดยใช้โรงเรียนเป็นศูนย์กลาง (A School-based Universal Screening System) ซึ่งเรียกอย่างง่ายว่า ระบบการจำแนกอย่างทันท่วงที (the Early Identification System) เครื่องมือ ดังกล่าวถูกพัฒนาผ่านการทำงานร่วมกันของนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักบริหารจัดการ นักแนะแนว ครู ผู้เชี่ยวชาญเชิงปริมาณ นักออกแบบระบบ เป็นต้น ผลของเครื่องมือดังกล่าวจะช่วยสร้างเงื่อนไขการทำงาน แบบยืดหยุ่น ประหยัดค่าใช้จ่าย และเชื่อมโยงกับข้อมูลเชิงประจักษ์อันมาจากตัวชี้วัดเกี่ยวกับพฤติกรรม อารมณ์ และสังคมไปพร้อมกัน

การเปลี่ยนแปลงเชิงป้องกันเพื่อปกป้องปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา โดยทีมสหวิชาชีพของศูนย์ การป้องกันแห่งมิสซูรีได้พัฒนา ประเมิน และขยายผลของโครงการเชิงป้องกันโดยการฝึกอบรมระดับบุคคล เพื่อสร้างคุณลักษณะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม โดยการอบรมได้ให้คำชี้แนะ เช่น 1) การทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับเงื่อนไขอันเป็นสาเหตุเริ่มแรกของปัญหาจะเป็นเสมือนการป้องกันก่อนเกิดปัญหา และ 2) ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันทีก่อให้เกิดความเสี่ยงและหาแนวทางการรับมืออย่างเหมาะสม และยืดหยุ่น นอกจากนี้ นักวิชาการในทีมสหวิชาชีพของศูนย์การป้องกันแห่งมิสซูรียังได้ศึกษาประสิทธิผล ของโรงเรียนในการป้องกันและสนับสนุนให้เยาวชนเกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง การปฏิบัติตามกฎระเบียบ ด้วยตนเอง การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี การสร้างสภาพแวดล้อมในชั้นเรียน และยิ่งกว่านั้นยังมีการสร้างผู้นำ การเปลี่ยนแปลงในโรงเรียนที่ผ่านการฝึกอบรมจากโครงการ

การติดตามต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล โดยทีมสหวิชาชีพของศูนย์การป้องกันแห่งมิสซูรีได้ทำการประเมินผลเพื่อเป็นสารสนเทศป้อนกลับ (Feedback) แก่ผู้นำโครงการไปปฏิบัติ ซึ่งเป็นแนวทางพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการดูแลเด็กและเยาวชนให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดตามความต้องการ งานวิจัยหลายเรื่องยังชี้ให้เห็นว่าการประเมินกิจวัตรประจำวันและผลสะท้อนกลับได้สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการพัฒนาทักษะการรับมือกับปัญหาในระดับที่กว้างขวางทั้งจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นและขอบข่ายของทักษะที่ได้รับการพัฒนา ผลสะท้อนกลับจึงเป็นหลักฐานของการดำเนินโครงการฝึกอบรม การจัดการตนเอง และกลยุทธ์ด้านกฎระเบียบ (Self-Management Training And Regulation Strategy: STARS) และการตรวจตราห้องเรียน (Classroom Check-up) ที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงปรารถนาของการนำไปปฏิบัติบนพื้นฐานของข้อมูลโดย Herman et al. (2019) ได้พัฒนาระบบการวัดผลป้อนกลับสำหรับนักคลินิกวิทยาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ภายในตัวระบบจะมีการประเมิน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ความต่อเนื่องในการรักษาสำหรับเด็กและเยาวชน (TPA-1) 2) การทำงานและอาการเชิงพฤติกรรมของเด็กและเยาวชน (TPA-2) และ 3) การประเมินปัญหาสำคัญ (TPA-3) ซึ่งผลการประเมินอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สัปดาห์แรกจนถึงสัปดาห์สุดท้ายพบว่าความเจ็บป่วยลดลงโดยสังเกตจากการเข้ารับบริการน้อยลง (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 ผลการประเมินโครงการป้องกันปัญหาสุขภาพทางจิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน แหล่งที่มา: Herman et al. (2019)

จากที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กและเยาวชนของศูนย์การป้องกันแห่งมิสซูรี สหรัฐอเมริกา อาศัยการวิจัยเชิงพัฒนาเป็นฐานในการออกแบบเครื่องมือประเมินเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต เครื่องมือดังกล่าวเป็นที่ยอมรับร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพที่ทำงานภายในศูนย์การป้องกันแห่งมิสซูรีและชุมชนผู้นำไปใช้ โดยมีการนำไปประเมินในสถาบันที่มีความใกล้ชิดกับเด็กและเยาวชนมากที่สุด คือ โรงเรียน ข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยงจะถูกเก็บไว้ในระบบฐานข้อมูลกลางเพื่อนำไปใช้ประกอบการวางแผนการช่วยเหลือ ดูแล รักษาสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้วยสภาพแวดล้อมการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพและประสิทธิผลของโครงการจึงก่อให้เกิดการยอมรับ

และขยายผลไปยังพื้นที่ชุมชนใกล้เคียงและมลรัฐอื่น ๆ เช่นกัน นอกจากนี้แนวคิดหลักของการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับเด็กและเยาวชนกลุ่มเสี่ยงยังถูกขยายผลด้วยการจัดฝึกอบรมเป็นแนวปฏิบัติสำหรับครูผู้ปกครอง คนในชุมชนเพื่อช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการดูแลและช่วยเหลือบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อไป

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ปัญหาสุขภาพจิตมีความสำคัญและจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา โดยสะท้อนได้จากการที่ภาครัฐได้กำหนดให้มีแนวทางการป้องกัน บำบัด ฟื้นฟู และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมนุษย์เผชิญกับปัจจัยเสี่ยงอันเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดปัญหาทางจิตหลายประเภท ทั้งสาเหตุจากปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม และปัจจัยทางจิตสังคม ทว่าการป้องกันปัญหาก่อนเกิดขึ้นยังมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการรักษาและฟื้นฟู จากการทบทวนรูปแบบการป้องกันกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตโดยกรมสุขภาพจิตของไทย และศูนย์การป้องกันแห่งมิสซูรีของสหรัฐอเมริกา ได้กลายมาเป็นบทเรียนสำคัญ และมีประโยชน์ต่อการเสนอแนะการพัฒนาเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว โดยผู้เขียนได้ประมวลเชิงเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างองค์ประกอบของกระบวนการป้องกันความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากทั้งสองประเทศดังตารางที่ 1 และข้อค้นพบที่เป็นจุดแข็ง และจุดอ่อนสำคัญเพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับไทย ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบองค์ประกอบของการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กและเยาวชนของสหรัฐอเมริกาและไทย

ประเด็นเปรียบเทียบ	สหรัฐอเมริกา	ไทย
1. ผู้มีบทบาทหลัก	ทีมสหวิชาชีพหลายแขนง	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. การประสานงาน	แนวราบหรือเครือข่าย	แนวดิ่งหรือตามลำดับชั้น
3. เครื่องมือ	แบบประเมินเชิงสถานการณ์และบุคคล	แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (SDQ)
4. ประเภทการวิเคราะห์	เน้นหาสาเหตุ	เน้นปฏิสัมพันธ์แบบองค์รวม
5. แนวทางการทำงาน	การพัฒนาเชิงป้องกัน	การรักษาและฟื้นฟู
6. หัวใจของการบริการ	การวิจัยเป็นฐาน	การปฏิบัติเป็นฐาน
7. ระบบ	มีระบบเฉพาะ	ไม่มี
8. การประเมินผล	มีการวัดประสิทธิผล	ไม่มี
9. การขยายผล	มีการจัดฝึกอบรม	ไม่มี

จุดแข็ง การดำเนินการป้องกันความเสี่ยงสุขภาพจิตของกลุ่มเด็กและเยาวชนโดยการใช้ทีมสหวิชาชีพถูกพบทั้งในต่างประเทศมากกว่าไทยที่มีเพียงทีมวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากคุณลักษณะของความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจะก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนและนำเอาจุดเด่นทางวิชาชีพมาเป็น

แนวทางวางแผนและจัดการให้ตรงกับสภาพปัญหาของผู้รับบริการมากที่สุด การใช้รูปแบบการทำงานแบบ ทีมสหวิชาชีพยังเป็นกลไกการประสานผลประโยชน์และดึงกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับประเด็นปัญหาเดียวกัน เข้ามาทำงานร่วม อันเป็นคุณลักษณะของความเป็นประชาธิปไตยด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดโอกาส ให้ผู้รับบริการได้เสนอแนะปัญหาของตนเองในเชิงปฏิบัติแก่นักวิชาการซึ่งเป็นผู้คิดค้นองค์ความรู้เพื่อแก้ไข ทั้งสององค์ประกอบนั้นจึงเป็นเสมือนสะพานเชื่อมให้เกิดการผสานช่องว่างที่เกิดขึ้นจากการวิจัยและการพัฒนา ให้เป็นหนึ่งเดียวกัน

จุดอ่อน การใช้ประโยชน์จากงานวิจัยอันเป็นองค์ความรู้สำคัญในการสนับสนุนการพัฒนายังคงถูกพบ น้อยสำหรับการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตของไทย แม้จะอาศัยเครื่องมือหรือแบบวัดอันมาจากรากฐาน เชิงทฤษฎีแต่ยังพบว่ามีการใช้อย่างจำกัดเท่านั้น โดยเครื่องมือดังกล่าวมาจากนักวิชาการเพียงบางกลุ่มเท่านั้น โดยขาดผู้มีความรู้ด้านอื่น ๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนา นักวิเคราะห์นโยบาย เป็นต้น ผลดังกล่าวอาจ ก่อให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน (Misconception) ในการนำองค์ความรู้จากภายนอกสาขามาปรับใช้ ในสาขาของตนเอง ความห่างไกลจากการนำไปใช้เพื่อกำหนดนโยบาย นอกจากนี้ระบบการบริหารจัดการ ปัญหาสุขภาพจิตของไทยยังมีลักษณะคล้ายระบบราชการ (Hierarchy) ที่มีลำดับชั้นของการคัดกรอง และจำแนกผู้รับบริการทุกวงจรของการบริการ รูปแบบดังกล่าวทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานซับซ้อน และล่าช้า ดังนั้นการดำเนินงานประเด็นปัญหาเดียวกันอาจจำเป็นต้องมีระบบการบริหารจัดการแบบเบ็ดเสร็จ จะช่วยลดระยะเวลา และนำส่งผู้รับบริการให้เข้าถึงระบบการป้องกันและบำบัดโดยเร่งด่วนที่สุดจึงจะช่วยให้ คุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชนได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2020). Gene-environment interplay in psychiatric disorders: The current evidence and future directions. *Molecular Psychiatry*, 25(1), 1-13.
- Department of Children and Youth. (2025). Report on the situation of children and youth for fiscal year 2025, quarter 1 (Oct.-Dec. 2024). Department of Children and Youth.
- Department of Mental Health. (2017). Guidelines for the care of early childhood children from adolescent mothers (Revised edition). Manadee Media Co., Ltd.
- Department of Mental Health. (2022). Report on the mental health situation of Thai children and adolescents 2022. Department of Mental Health, Ministry of Public Health.
- Hfocus News Agency. (2024). MOPH reveals mental health survey results for children and adolescents 2022-2024: 51,789 at risk of depression. https://www.hfocus.org/content/2024/10/32003?utm_source=chatgpt.com

- Herman, K. C., Reinke, W. M., Thompson, A. M., & Hawley, K. M. (2019). The Missouri Prevention Center: A multidisciplinary approach to reducing the societal prevalence and burden of youth mental health problems. *American Psychologist*, 74(3), 315–328.
- Lam, V. L., & O’Driscoll, M. F. (2023). On return to school: Disorder symptoms, stress at home and evaluations of school COVID-19 measures. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 35(1–3), 13–24.
- Munusamy, S., Ramasamy, S., & Sukir, N. I. (2024). A systematic review on mental health and its associated factors among educators in Malaysia. *BMC Public Health*, 24(1), 1–15.
- Polrak, A., Mekwilai, W., & Juensiragulwit, D. (2024). Development and psychometric testing of a 9-item surveillance tool for mental health problems in Thai children and early adolescents (9 Symptoms: 9S). *Journal of Mental Health of Thailand*, 33(1), 24–33.
- Solís García, P., Real Castelao, S., & Barreiro Collazo, A. (2024). Trends and challenges in the mental health of university students with disabilities: A systematic review. *Behavioral Sciences*, 14(2), 1–18.
- Stringaris, A., & Taylor, E. (2020). What is the role of neurobiology in understanding child and adolescent mental health problems? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(1), 1–3.
- UNICEF. (2021). *The state of the world’s children 2021: On my mind – Promoting, protecting and caring for children’s mental health*. UNICEF.
- UNICEF. (2024). *Global annual results report 2023: Mental health*. UNICEF.
<https://www.unicef.org/reports/global-annual-results-report-2023-mental-health>
- van Nieuwenhuizen, A., Hudson, K., Chen, X., & Hwong, A. R. (2021). The effects of climate change on child and adolescent mental health: Clinical considerations. *Current Psychiatry Reports*, 23(1), 1–9.
- WHO. (2023). *Mental health of children and adolescents: Global evidence and action*. World Health Organization.
- WHO. (2025). *Mental health*. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1
- Wongsa, S. (2020). A confirmatory factor analysis of factors related to working behavior of social welfare state in social workers. *Journal of Social Work and Social Administration*, 28(1), 153–196.

Wongsa, S. (2021). Problems and solutions on a protecting process of destitute persons: Comparative study between destitute people homes and self-help settlements. *KKU Research Journal of Humanities and Social Sciences (Graduate Studies)*, 9(1), 104–119.