



“เติมเต็มช่องว่าง” การเข้า (ไม่) ถึงบริการของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

เอกสารฉบับนี้กล่าวถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย เน้นไปที่ “ช่องว่าง” ของการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ภาครัฐจัดขึ้น รวมทั้งปัจจัยอันเป็นอุปสรรคต่างๆ โดยมุ่งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องหันมาให้ความสนใจพัฒนา นโยบายและการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการ “เติมเต็ม” ช่องว่างดังกล่าว



8% ของผู้ป่วยสุขภาพจิตเท่านั้นที่ได้รับการรักษา

ปฏิบัติการค้นหา “ช่องว่าง” ที่เข้าไม่ถึง

ในปี 2555 กรมสุขภาพจิตและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ดำเนินการสำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการสถานพยาบาล (CUP)¹ ใน 5 จังหวัด คือ CUP รพ.น่าน จ.น่าน รพ.นครพิงค์ จ.เชียงใหม่ รพ.ตาคลี จ.นครสวรรค์ รพ.ชุมพวง จ.นครราชสีมา และรพ.ดอนสัก จ.สุราษฎร์ธานี โดยครอบคลุม โรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง ภาวะไฮโปแมนเนีย² ภาวะแมนเนีย³ โรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย⁴ ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และการเสพติด เสพสารเสพติด โรคจิต โรคสมองเสื่อม และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มประชาชนในชุมชน อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 4,120 คน รวมทั้งค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าไม่ถึงบริการ。

“ปัญหาสุขภาพจิต” ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ ต่อตัวผู้ป่วย เช่น ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีโรคร่วมทางกายรุนแรง ตกงาน และถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม อีกทั้งมีผลต่อเนื่องไปถึงญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เช่น ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิต ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและการชดเชยค่าเสียหายจากการกระทำผิดของผู้ป่วย รวมถึงถูกรังเกียจจากคนในชุมชน เป็นต้น

ทั้งหมดนี้สร้างความสูญเสียต่อระบบสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศอย่างมหาศาล คาดว่า ในประเทศไทยมีผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า 10 ล้านคนที่ต้องได้รับการเยียวยา ในขณะที่มีเพียง 8 แสนคนเท่านั้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา นั่นคือขนาดของ “ช่องว่าง” หรือปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขโดยเร็ว。

¹ Contracting Unit of Primary Care: CUP

² ภาวะไฮโปแมนเนีย เป็นภาวะที่มีอารมณ์เศร้าครั้งมากกว่าปกติแต่ยังไม่รุนแรงเท่าภาวะแมนเนีย

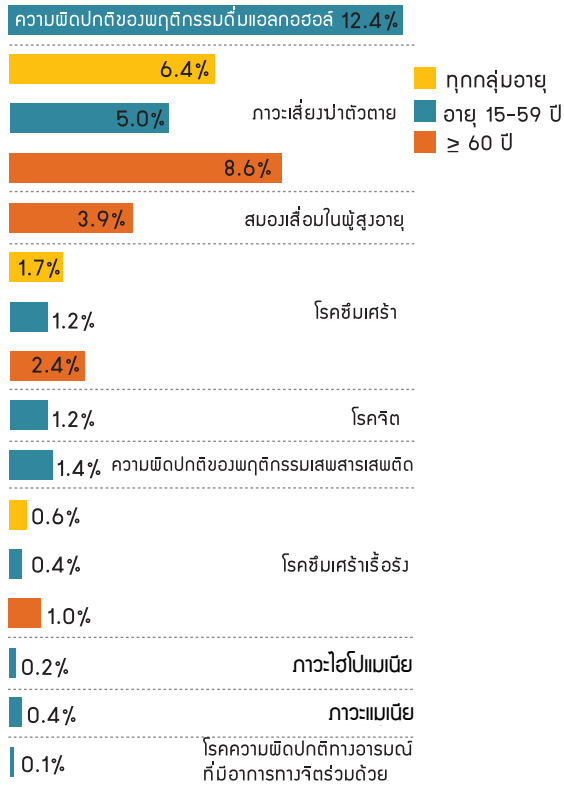
³ ภาวะแมนเนีย เป็นภาวะที่มีอาการอารมณ์สูงเกินกว่าปกติ มีกำลังวังชาเพิ่มขึ้น ความต้องการนอนลดลง ความคิดแล่นเร็ว มีความคิดแปลกใหม่มากมาย และมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นมากเกินไป จนทำให้เสียหน้าที่การงาน เป็นลักษณะกลุ่มอาการที่สำคัญในโรคอารมณ์แปรปรวนหรือโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorders)

⁴ โรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย (Mood disorder with psychotic features) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ที่อาจจะเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคอารมณ์แปรปรวน (โรคอารมณ์สองขั้ว) ที่มีอาการรุนแรงและมีอาการทางจิต เช่น หลงผิด หูแว่ว หรือประสาทหลอนร่วมด้วย

อายุน้อย ‘เต็มหนักจนป่วย’ – อายุมาก ‘เสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย’

สามปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดในประชาชนอายุ 15-59 ปี ได้แก่ ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย และความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด ส่วนปัญหา 3 ลำดับแรกในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้แก่ ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย สมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า (รูปที่ 1)

รูปที่ 1: อัตราความชุกปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (%)*



* จำนวนประชากรที่สำรวจทั้งหมด 4,120 คน ได้แก่

CUP สว.บ้าน	952 คน	CUP สว.นครพิงค์	742 คน
CUP สว.ตากสิน	928 คน	CUP สว.ชุมชนพวง	813 คน
CUP สว.ดอนสัก	685 คน		

ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ การสำรวจนี้ใกล้เคียงกับข้อมูลจากการสำรวจระดับประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2551 คือประมาณ 12% และหากไม่มีมาตรการลดการดื่มแอลกอฮอล์อย่างจริงจัง ก็มีแนวโน้มที่จะพบความผิดปกตินี้สูงขึ้นในทำนองเดียวกัน ขนาดของปัญหาภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่แตกต่างจากค่าเฉลี่ยของประเทศที่พบเมื่อ 4 ปีก่อนมากนัก แต่ที่ควรระมัดระวังเป็นพิเศษ คือ ประชาชนในจังหวัดภาคเหนือ และกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย ทั้งโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง และโรคทางกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

รูปที่ 2 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

กลุ่มโรคทางอารมณ์

2,001/10,875 (18.4%)

โรคจิต

2,248/ 4,645 (48.4%)

โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

37/ 2,195 (1.7%)

ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์

1,084/ 33,884 (3.2%)

ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด

321/ 3,826 (8.4%)

ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย

1,248/ 21,900 (5.7%)

- เข้าถึงการตรวจวินิจฉัยและรักษา
- ประมาณจำนวนผู้ป่วย

‘ผู้ป่วยมากมาย’ แต่เข้าไม่ถึงบริการ

ในจำนวนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมดที่พบในการสำรวจนี้ มีผู้เข้าถึงบริการตรวจรักษาเพียง 13% ถึงแม้ผู้ป่วยโรคจิตจะได้รับบริการตรวจรักษาในอัตราที่สูงที่สุด แต่ก็มีสัดส่วนเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้น และที่น่าตกใจมากไปกว่านั้น ก็คือ ผู้ป่วยที่เหลือ ได้แก่ ผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ และโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ต่างก็เข้าถึงบริการน้อยกว่า 10% ทั้งสิ้น (รูปที่ 2) อีกทั้งยังพบว่ามีปัญหาอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามที่แพทย์สั่ง หรือไม่ไปรับยาที่สถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น (รูปที่ 3) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยถึง 1 ใน 5 รายมีอาการไม่ดีขึ้นหรือดีขึ้นเล็กน้อย แม้จะเข้าถึงบริการก็ตาม

รูปที่ 3: การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช



- 4,120 คนได้รับการสำรวจ
- 530 คนมีปัญหาสุขภาพจิต
- 65 คนเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยทางจิตเวช
- 62 คนเคยได้รับการตรวจและรักษาโรคทางจิตเวช
- 40 คนรับยาไปต่อเนื่อง
- 30 คนไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- 13 คนรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือดีขึ้นเล็กน้อย

ภาครัฐจัดบริการให้แล้ว ทำไมจึง ‘เข้าไม่ถึง’ ?

การสำรวจครั้งนี้พบหลากหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง หรือมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยและการรักษาพยาบาล เช่น เข้าใจว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และประกันสังคมไม่ครอบคลุมการรักษาทางจิตเวช เข้าใจผิดหรือไม่ทราบว่ามีปัญหาหรือโรคจิตเวชเกิดจากสาเหตุใด มีอาการแสดงอย่างไรบ้าง นอกจากนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพจิตประเภทใดมักจะถูกมองว่าเป็น “คนบ้า” คนทั่วไปจะมีความรู้สึกหวาดกลัว ไม่อยากเข้าใกล้หรือร่วมกิจกรรมด้วย แม้แต่ญาติหรือบุคคลในครอบครัวก็ไม่อยากพาผู้ป่วยออกไปนอกบ้าน เพราะรู้สึกอับอายเกรงว่าจะพลอยถูกรังเกียจไปด้วย หรือกลัวว่าผู้ป่วยจะไปทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น



หากจะเติมเต็ม ‘ช่องว่าง’

ควรให้ความสำคัญกับคนกลุ่มใด?

ในชุมชนที่นักวิจัยเข้าไปสำรวจ คนกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมากกว่าคนกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ เพศชาย อายุระหว่าง 25-44 ปี ผู้ที่มีสถานภาพหย่า/แยก/หม้าย มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีประวัติเคยป่วยเป็นโรคจิตเวชมาก่อน มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด หรือประสบเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง เป็นต้น และยังพบว่าคนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจรักษาเลย ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุขในการนำไปใช้ค้นหากลุ่มเสี่ยง ตลอดจนดำเนินมาตรการทั้งด้านการป้องกัน เฝ้าระวัง และคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

“ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง
หรือมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยและการรักษาพยาบาล”

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เนื่องจากผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารหน่วยบริการด้านสุขภาพจิต จะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการป้องกันและบรรเทาปัญหาที่กล่าวข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มการเข้าถึงบริการที่จำเป็นทุกระดับ นักวิจัยจึงพัฒนาข้อเสนอแนะเพื่อประกอบการพิจารณา กำหนดเป็นนโยบาย ดังนี้

- กำหนดเป้าหมาย ในการดำเนินงานอย่างชัดเจน โดยมุ่งลดขนาดของปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ และต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ได้แก่ ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพสารเสพติด ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้า และโรคสมองเสื่อม

- ส่งเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตให้กับประชาชนทั่วไป เช่น สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและพฤติกรรมที่เป็นสัญญาณบ่งชี้ การดูแลรักษาเบื้องต้น ข้อมูลของสถานที่ที่ให้บริการ และสิทธิการได้รับการตรวจรักษา เป็นต้น
- สร้างเสริมทัศนคติที่จะเป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตทั้งระดับตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน/สังคม
- พัฒนาระบบคัดกรองเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการรักษาเพิ่มขึ้น โดยเน้นปัญหาสุขภาพจิตที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก และมีอัตราการเข้าไม่ถึงบริการสูงในแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการสร้างทัศนคติที่ดีใน 3 ระดับต่อการแก้ปัญหาสุขภาพจิต

ตัวผู้ป่วย

สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยสร้างการยอมรับต่อผู้ป่วยจิตเวช และสร้างทัศนคติที่ว่าโรคจิตเวชสามารถรักษาได้เหมือนโรคทางกาย

ชุมชน สังคม

สร้างทัศนคติของคนในชุมชนเพื่อให้เกิดการยอมรับผู้ป่วยจิตเวช เช่น ไม่คิดว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นคนบ้า ไม่กลัวที่จะเข้าไปสนทนา จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเกิดความภูมิใจหรือเห็นคุณค่าของตนเอง เป็นต้น

ครอบครัว

ส่งเสริมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวยอมรับในตัวผู้ป่วยและเสริมพลังผู้ป่วยให้รู้สึกภูมิใจ เห็นคุณค่าของตนเอง เช่น การทำกิจกรรมร่วมกัน หรือให้ผู้ป่วยช่วยงานหรือกิจวัตรประจำวัน ในครอบครัว โดยทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยไม่คิดว่าการป่วยทางจิตเวชเป็นภาระของครอบครัว



ชื่อ: ดร. พญ. เบญจมาศ พงษ์กานนท์
ตำแหน่ง: ผู้อำนวยการฯ
หน่วยงาน: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการ
สุขภาพจิตแห่งชาติ



ชื่อ: สกาวรัตน์ พงษ์ลดดา
ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการ
สุขภาพจิตแห่งชาติ



ชื่อ: กนกวรรณ สุตศรีวิไล
ตำแหน่ง: นักวิชาการสถิติชำนาญการ
หน่วยงาน: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการ
สุขภาพจิตแห่งชาติ



ชื่อ: อีระ ศิริสมุค
ตำแหน่ง: นักวิจัย
หน่วยงาน: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ



ชื่อ: สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล
ตำแหน่ง: ผู้ช่วยนักวิจัย
หน่วยงาน: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program หรือ HITAP) ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2550 เป็นหน่วยงานที่ไม่แสวงหากำไร มีภารกิจหลักด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพโดยครอบคลุมยา เครื่องมือแพทย์ หัตถการ มาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งส่วนบุคคลและสังคม รวมถึงนโยบายสาธารณะอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

แหล่งข้อมูลเพิ่มเติม

1. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2553. Available from: <http://www.plan.dmh.go.th/>.
2. Saraceno B, Van Ommeren M, Batniji R, Cohen R, Gureje O, Mahoney J, Sridha D, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Lancet.2007; 370:1164–1174.
3. เบญจมาศ พงษ์กานนท์, อีระ ศิริสมุค, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, กนกวรรณ สุตศรีวิไล และสกาวรัตน์ พงษ์ลดดา. การสำรวจระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายดำเนินการเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร). กรมสุขภาพจิต และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2555.
4. หวาน ศรีเรือนทอง, ธงชัย ทวีชาติ, วชิระ เพ็งจันทร์, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, รุ่งมณี ยิ่งยืน, และคณะ. ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554;56(4):413-24.

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย การสำรวจระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายดำเนินการเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร)

ติดตามรายงานฉบับสมบูรณ์ได้ที่ <http://www.hitap.net/research/10666>

ติดต่อ:

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง นนทบุรี 11000
โทร: 02-590-4549, 02-590-4374-5
แฟกซ์: 02-590-4369
อีเมล: hitap@hitap.net
เว็บไซต์: www.hitap.net

© โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)