

บทที่ 2

เอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนเอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องในบทนี้ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ ความหมายของสุขภาพจิตและสุขภาพจิตเด็ก การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็ก การดำเนินงานสุขภาพจิตในประเทศไทย บทบาทหน้าที่และมาตรฐานการให้บริการสุขภาพจิต เด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของสุขภาพจิต

ฝน แสงสิงแก้ว (2518) ให้ความหมายสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิตคือสภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงมาก ๆ ได้ มีสมรรถภาพในการทำงาน และอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ⁹

สุจริต สุวรรณชีพ (2528) ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นสภาพของจิตใจที่มีความเข้มแข็ง สามารถแก้ปัญหาและปรับจิตใจให้มีความสุขได้อย่างเหมาะสมกับสภาพที่เป็นจริงในการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีต้องปราศจากโรคภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถผูกพันกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น วางตัวในสังคมได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ และทำตนให้มีคุณค่าในสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เมื่อมีอุปสรรคขัดขวางก็สามารถผ่อนปรนหาทางออกที่ถูกต้องตามทำนองคลองธรรมได้ และสามารถปรับจิตใจให้พอใจในผลที่จะได้รับนั้น ๆ ด้วย¹⁷

ผกา สัตยธรรม (2540) ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า หมายถึงการมีจิตใจที่ดีแจ่มใส อยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข มีความเชื่อมั่นในตนเอง ยอมรับสภาพความเป็นจริง มีความกระตือรือร้น สนใจในสิ่งรอบตัว¹⁸

อัมพร โอตระกูล (2540) ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า หมายถึงสภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางกายและทางวาจา สามารถปรับตัวหรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เข้ากับบุคคลที่อยู่ร่วมและกับสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย¹⁰

เกลสเซอร์ (Glasser, 1960) ให้ความหมายของสุขภาพจิตคือว่า ความสามารถที่บุคคลจะสนองความต้องการของตนได้สำเร็จ โดยไม่ขัดกับความต้องการของคนอื่น มีความรู้สึก

ตนเองมีค่าทั้งต่อตนเองและคนอื่น การปรับตัวเป็นสภาวะที่ซับซ้อน มีอยู่ตลอดชีวิต และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมีสุขภาพจิตที่ดี¹⁹

มูลี (Mouly, 1965) ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า การกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อสนองความต้องการของบุคคล เป็นการลดความเครียดทางอารมณ์ เพื่อการปรับตัวของบุคคล ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในด้านวัฒนธรรม เพศ เศรษฐกิจ และสภาพสังคม²⁰

เบอร์นาร์ด (Bernard, 1970) ให้ความหมายสุขภาพจิตคือ ความสามารถในการปรับตัวของบุคคลให้เข้าสภาวะของโลกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ตนเองได้รับประโยชน์ มีความสุขและความพึงพอใจสูงสุด โดยคำนึงถึงพฤติกรรมทางสังคม และสามารถจะกล้าเผชิญและยอมรับความจริงของชีวิต²¹

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1976) ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า เป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับผู้อื่น และดำรงชีพอยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่างสุขสบาย รวมทั้งสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลง โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และมีได้หมายความร่วมมือเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น²²

จากความหมายของสุขภาพจิตดังกล่าวข้างต้น พอที่จะสรุปตามแนวคิดของผู้วิจัยได้ว่าสุขภาพจิตหมายถึง ความสมบูรณ์ของจิตใจจากการที่สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพ โดยปราศจากความผิดปกติใดๆ ทางจิตใจ

ความหมายของสุขภาพจิตเด็ก

एका สัตยธรรม (2540) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตเด็กว่า หมายถึง การที่เยาวชนของชาติตั้งแต่แรกเกิดจนอายุประมาณ 12-13 ปี มีชีวิตที่ปกติสุข คือมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในด้านจิตใจ ควรจะมีทัศนคติที่ดีต่อครอบครัว สังคม บุคคลอื่น และหน้าที่ มีความสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่จะต้องพบได้อย่างเหมาะสมตามวัยของเด็ก¹⁸

ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กจะมีลักษณะหรืออาการแสดงแตกต่างไปจากปัญหาสุขภาพจิตของผู้ใหญ่ โดยทั่วไป เมื่อเด็กมีปัญหาสุขภาพจิตเด็กมักจะไม่บอกกล่าวออกมาโดยตรง แต่มักจะแสดงออกในเชิงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตประจำวันไป ซึ่งค่อนข้างยากที่จะบอกได้ว่าเด็กมีปัญหาทางอารมณ์หรือจิตใจหรือไม่ ต้องอาศัยความใกล้ชิดเด็กและความช่างสังเกตในพฤติกรรมนิสัยที่แสดงออกในชีวิตประจำวันว่าเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่ นอกจากนี้ยังต้องความรู้ใน

เรื่องพัฒนาการเด็กและประสบการณ์ที่รู้จักนิสัยและอารมณ์เด็กในวัยต่าง ๆ เป็นพื้นฐานในการประเมินอีกด้วย

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็ก

การดูแลรักษาสุขภาพให้คงสภาพดีเรื่อยไปนั้น จำเป็นต้องมีความรู้ในการป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ ซึ่งการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนี้ก็คือหัวใจของงานสุขภาพจิตนั่นเอง การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้^{28, 29}

1. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรก (Primary prevention) คือการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ หรือปัญหาสุขภาพไม่ให้เกิดขึ้น เป็นการป้องกันโรคที่เกิดกับสมอง ได้แก่ โรคติดเชื้อที่เกี่ยวกับสมอง อุบัติเหตุทางสมอง และโรคไร้เชื้อที่เกิดกับสมอง รวมทั้งการป้องกันไม่ให้เกิดความพิการต่าง ๆ เช่นภาวะปัญญาอ่อน โดยในวัยทารก เน้นการให้การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพื่อไม่เกิดผลกระทบต่อเซลล์สมองของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ป้องกันความพิการต่อเด็กที่จะเกิดมา เช่น ทารกน้ำหนักน้อย ทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น และป้องกันไม่ให้หญิงตั้งครรภ์กระทบกระเทือนทางจิตใจ เช่น การถูกสามีทอดทิ้ง หรือสามีไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ เพราะจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สนใจดูแลสุขภาพของตนเองหรือพยายามหาทางทำแท้ง เช่น กินยาขับเลือด ส่วนในวัยเด็กและวัยรุ่น ก็จะส่งเสริมป้องกันโดยให้พ่อแม่ตระหนักถึงการเลี้ยงดูให้เหมาะสมตามวัย โดยให้โอกาสเด็กได้เรียนรู้ ได้ฝึกหัดระเบียบวินัย พ่อแม่ควรเข้าใจการให้อาหารเด็กที่มีคุณภาพและการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดแก่เด็ก โดยสรุปก็คือ การศึกษาให้เข้าใจจิตวิทยาของพัฒนาการเด็ก การศึกษาต่อพ่อแม่ให้เข้าใจถึงการเลี้ยงทารกให้ถูกต้อง อย่างน้อยก็เข้าใจจิตวิทยาของเด็กว่าต้องการพ่อแม่ ต้องการความรักและต้องการการปกป้อง ถ้าให้แก่เขาในทางที่ถูกต้อง ก็ป้องกันโรคจิตโรคประสาทได้

2 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สอง (Secondary prevention) คือความสามารถตรวจสอบโรคได้ในระยะเริ่มแรก การวินิจฉัยโรคได้โดยไม่ล่าช้า เพื่อไม่ให้โรคหรือการเจ็บป่วยนั้นลุกลามเป็นมากจนแก้ไขหรือรักษาไม่ได้ โดยถือหลักการดำเนินงานที่ว่า การรักษาแต่เริ่มแรกก็คือการป้องกันที่ดี โดยในวัยทารกและเด็กเล็ก จะเน้นการสร้างความตระหนักและเข้าใจในปัญหาทางอารมณ์และจิตใจของเด็ก เช่น อาการลงมือลงเท้า (temper tantrum) ความกลัวไม่ยอมไปโรงเรียน ปัญหาการพูดในเด็ก เป็นต้น ซึ่งถ้าเราเข้าใจว่าเป็นเรื่องที่สามารถแก้ไขได้และรีบให้ความช่วยเหลือก็จะป้องกันการลุกลามไม่ให้เป็นรุนแรงหรือเรื้อรังได้ ในวัยเด็กและวัยรุ่นก็ต้องสามารถตรวจและให้การรักษาดังแต่เริ่มแรกของการเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆ ทั้งทางกายและทางจิตของเด็ก เพื่อจะได้รีบให้ความช่วยเหลือ ปัญหาจะไม่ลุกลามจนถึงขั้นก่อให้เกิด

ปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ ต่อไป โดยสรุปก็คือให้เข้าใจอาการของโรคในระยะต้น ๆ แล้วรีบรักษาให้ทัน่วงที โดยถือหลักการวิชาการสาธารณสุขว่า “การรักษาแต่เริ่มแรกคือการป้องกันที่ดีที่สุด” ดังนั้นการมีบริการคนไข้นอกที่โรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลทั่วไป โดยไม่ต้องเข้าอยู่โรงพยาบาลจิตเวช จึงนับเป็นการป้องกันระยะที่สอง

3. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่ 3 (Tertiary prevention) คือการดูแลรักษาเด็กที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพจิตให้หายหรือทุเลาขึ้นจนมีสมรรถภาพจนสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้ โดยการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถตรึงผู้ที่มีอาการดีขึ้นและออกจากโรงพยาบาลแล้วให้คงดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่กลับมาป่วยซ้ำอีกด้วยวิธีการเฝ้าระวังดูแลติดตามสม่ำเสมอ โดยสรุปก็คือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้คนพิการทั้งทางกายและจิต ได้กลับฟื้นฟูสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตในสังคมปกติได้

การดำเนินงานสุขภาพจิตในประเทศไทย

การดำเนินงานสุขภาพจิต เป็นการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการยกระดับสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชน และลดจำนวนผู้เจ็บป่วยจากความผิดปกติของจิตใจของประชาชนเหล่านั้น ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช และการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการเจ็บป่วยเพื่อให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามอัตภาพ

การบริการสุขภาพจิตในประเทศไทยได้ถือกำเนิดเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2432 โดยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชดำริให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลคนเสียจริตขึ้น ตั้งอยู่บริเวณด้านเหนือของป้อมปิจจามิตร ริมฝั่งตะวันตกของแม่น้ำเจ้าพระยาปากคลองสาน อยู่ภายใต้การดูแลของกรมพยาบาล กระทรวงธรรมการ ซึ่งได้ย้ายมาก่อสร้างในที่ดินของตระกูลสมเด็จพระเจ้าพระยาสุริยวงศ์ไวยวัฒน์ จึงได้เปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลสมเด็จพระยาในปัจจุบัน ต่อมาโอนไปขึ้นอยู่กับกรมสุขาภิบาล กระทรวงนครบาล ในปี พ.ศ. 2448 และโอนย้ายไปขึ้นกับกองตรวจการบำบัดโรค กรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ในปี พ.ศ. 2461 นับเป็นสถานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตในลักษณะโรงพยาบาลอย่างแท้จริงเป็นแห่งแรกซึ่งให้บริการรักษาด้านรักษาพยาบาล และวิชาการ สนับสนุนด้านวิชาการโดยส่งแพทย์ไปศึกษาอบรมยังต่างประเทศ และในปี พ.ศ. 2475 ได้มีการพัฒนาด้านการบำบัดรักษาแบบตะวันตกมากขึ้น รวมทั้งมีการเผยแพร่ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ สุขภาพจิต และจิตวิทยา ตลอดจนขยายงานสุขภาพจิตไปยังสถาบันการศึกษา โดยบรรจุวิชาโรคจิตเข้าในหลักสูตรการสอนของมหาวิทยาลัยครั้งแรกในปี พ.ศ. 2476 ที่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล โดยสอนนักศึกษาแพทย์ปีสุดท้าย และเริ่มสอนวิชา

จิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์แก่พยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมทั้งสอนครูด้วย ในระยะต่อมาก็ได้มีการสร้างโรงพยาบาลจิตเวชขึ้นทั่วทุกภาคของประเทศ คือ โรงพยาบาลคนโรคจิตภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี (พ.ศ. 2480) (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ในปัจจุบัน) โรงพยาบาลโรคจิตภาคเหนือ จังหวัดลำปาง (พ.ศ. 2482 ต่อมาย้ายไปจังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลสวนปรุงในปัจจุบัน พ.ศ. 2489) โรงพยาบาลศรีรัษฎา นนทบุรี (พ.ศ. 2485) และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี (พ.ศ. 2489)^{23, 24}

ในช่วงปี พ.ศ. 2485 - 2500 บริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลจิตเวชได้รับการพัฒนามากขึ้นและเริ่มให้ความสนใจในเรื่องการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพจิต เกิดหน่วยบริการสุขภาพจิตขึ้นใหม่ ซึ่งเน้นบริการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน คือคลินิกสุขวิทยาจิต (ศูนย์สุขวิทยาจิต ปัจจุบัน) บริการสุขภาพจิตในยุคนี้เป็นยุคบุกเบิกไปสู่บริการอันทันสมัย เป็นครั้งแรกที่มีการนำเทคนิคการรักษาใหม่ ๆ จากตะวันตกเข้ามา เช่น การรักษาด้วยยากล่อมประสาทชนิดต่าง ๆ จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด รวมทั้งปรับที่มบุคคลากรที่ให้บริการเป็นการให้บริการเป็นทีมร่วมกัน การดำเนินงานมีความเจริญก้าวหน้ามาเป็นลำดับ ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบพร้อมกับการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ²⁴

การดำเนินงานสุขภาพจิตได้มีการพัฒนาปรับปรุงเรื่อยมาเป็นลำดับ จากการที่มีหน่วยสุขภาพจิตเคลื่อนที่ตระเวนไปให้บริการตามจังหวัดต่าง ๆ ในปี พ.ศ. 2524 ได้ริเริ่มโครงการสุขภาพจิตชุมชนขึ้น โดยมีการฝึกอบรมครู ในปี พ.ศ. 2527 ที่อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเนื้อหาในการอบรมเป็นเรื่องของความรู้สุขภาพจิตและโรคจิตเวชง่าย ๆ ปี พ.ศ. 2530 มีนโยบายว่างานสุขภาพจิตไม่ควรตั้งรับแต่ควรเป็นฝ่ายเข้าไปหาชุมชนเพื่อให้การส่งเสริมป้องกัน จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพจิตจังหวัดขึ้น โดยโรงพยาบาลจิตเวชจะจัดทีมสับเปลี่ยนกันไปให้การส่งเสริมป้องกันทางด้านสุขภาพจิตในเขตจังหวัดเป้าหมาย เช่น โรงพยาบาลสวนปรุง รับผิดชอบศูนย์สุขภาพจิตที่จังหวัดลำพูน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์รับผิดชอบศูนย์สุขภาพจิตที่จังหวัดชุมพร และโรงพยาบาลประสาทสงขลารับผิดชอบศูนย์สุขภาพจิตที่จังหวัดตรัง เป็นต้น และในปี พ.ศ. 2538-2539 ได้ให้ความสำคัญกับการรณรงค์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญในเรื่องสุขภาพจิตอย่างกว้างขวาง²⁵

งานสุขภาพจิตของประเทศไทย ได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลามากกว่า 100 ปีแล้ว ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาแนวคิดและทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตที่แตกต่างกันไป โดยสอดคล้องกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการในแต่ละยุคสมัย การดำเนินงานสุขภาพจิตในประเทศไทยมีแนวคิดและแนวทางการดำเนินงานแบ่งตามระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 - 8 ดังนี้

1. ระยะก่อนเริ่มแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (พ.ศ. 2432 - 2503)

งานสุขภาพจิตในระยะก่อนเริ่มแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแบ่งได้เป็น 3 ยุคคือ²⁶

1.1 ยุคดั้งเดิม (พ.ศ. 2432 - 2467) เป็นช่วงเริ่มต้นของงานบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย มีการจัดตั้งโรงพยาบาลจิตเวชแห่งแรกในปี พ.ศ. 2432 คือ โรงพยาบาลคนเสียจริต ที่ตำบลปากคลองสาน ธนบุรี และได้มีการปรับแนวคิดและการดำเนินงานสุขภาพจิต จากเดิมที่ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งในชุมชนหรือถูกดูแลในโรงพยาบาลในลักษณะการปกครอง กักขัง ควบคุม ทารุณ ไปเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในลักษณะของการให้การรักษายาบาล (Hospital care) แบบ Moral treatment ทั้งในด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยและการปฏิบัติต่อผู้ป่วย

1.2 ยุคโรงพยาบาลจิตเวชแผนใหม่ (พ.ศ. 2468-2484) เป็นระยะที่มีการเผยแพร่ความรู้ทางด้านจิตเวชศาสตร์ สุขภาพจิต จิตวิทยา และนำมาพัฒนาวิชาการและบุคลากรในโรงพยาบาล โดยหลวงวิเชียรแพทยาคม นอกจากนั้น ยังมีการสร้างโรงพยาบาลจิตเวชตามภาคต่าง ๆ เพิ่มขึ้นเพื่อรองรับผู้ป่วยให้เพียงพอและทั่วถึง ได้แก่ โรงพยาบาลคนโรคจิตภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ในปัจจุบัน) โรงพยาบาลโรคจิตภาคเหนือ จังหวัดลำปาง (ย้ายไปจังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลสวนปรุงในปัจจุบัน) โรงพยาบาลศรีรัษฎา นนทบุรี และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี

1.3 ยุคของงานสุขภาพจิต (พ.ศ. 2485-2503) เริ่มมีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุข โดยมีกรมการแพทย์ดูแลโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่งคือ สมเด็จพระเจ้าพระยา สวนสราญรมย์ สวนปรุง ศรีรัษฎา และพระศรีมหาโพธิ์ ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเวชเริ่มมีมากขึ้น จึงได้ริเริ่มการดำเนินงานด้านส่งเสริม / ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเพื่อลดปัญหาจำนวนผู้ป่วยจิตเวชดังกล่าว นอกจากนั้นยังได้ขยายบริการคลินิกสุขวิทยาจิต เพื่อให้บริการแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น โดยที่มงานสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจิตเวช และนักสังคมสงเคราะห์ มีการนำเทคนิคการบำบัดรักษาแบบตะวันตกมาใช้ เช่น การบำบัดด้วยยากล่อม ประสาท จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด เป็นต้น

2. ระยะการดำเนินงานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (พ.ศ. 2504-ปัจจุบัน)

การดำเนินงานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติประกอบด้วย 8 ระยะดังนี้^{24, 27}

2.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) การพัฒนา ด้านสาธารณสุขมุ่งเน้นด้านการรักษาพยาบาล ในช่วงครึ่งแรกของแผนฯ และเน้นความสำคัญที่ การป้องกันโรคและขยายบริการสาธารณสุขไปยังชนบทห่างไกลในช่วงครึ่งหลังของแผนฯ งาน สุขภาพจิตได้เข้าสู่ชุมชนเป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2507 โดยโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ได้จัดหน่วย จิตเวชเคลื่อนที่ออกให้บริการสุขภาพจิตแก่ประชาชนตามโรงพยาบาลทั่วไปและสถานีอนามัย ครอบคลุมพื้นที่ 18 จังหวัด โดยมุ่งเผยแพร่ความรู้สุขภาพจิต รวมถึงการสำรวจระบาดวิทยาทาง จิตเวช

2.2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2510-2514) เร่งรัดเพิ่ม บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในชนบทที่ห่างไกล และปรับปรุงประสิทธิภาพของการ บริการ ในส่วนของงานสุขภาพจิตได้เริ่มดำเนินการด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตใน กลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน โดยเริ่มงานสุขภาพจิตโรงเรียน และเริ่มมีการตั้งหน่วยจิตเวชใน โรงพยาบาลทั่วไป

2.3 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) เน้นการ ขยายขอบเขตการปฏิบัติงานให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นที่ห่างไกลได้รับบริการ สาธารณสุขอย่างทั่วถึง งานสุขภาพจิตเน้นเรื่องจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน โดยได้ตั้งศูนย์ สุขภาพจิตขึ้น 2 ศูนย์ คือศูนย์ที่กรุงเทพมหานครและที่จังหวัดชัยนาท เพื่อทำหน้าที่ในด้านการ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต บริการผู้ป่วยนอก และติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายจาก โรงพยาบาลจิตเวช บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน และเป็นฐานสนับสนุนหน่วยจิตเวชเคลื่อนที่ นอกจากนี้ยังได้ปรับเปลี่ยนบริการ โดยเน้นให้ความรู้แก่ครู อาจารย์ และนักเรียนเพื่อให้สามารถ แก้ไขปัญหาตนเองและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ คือครูในโรงเรียนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

2.4 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) งาน สุขภาพจิตมีแผนพัฒนาที่สำคัญคือ โครงการสุขภาพจิตชุมชน โดยมุ่งปรับปรุงและขยายบริการ สุขภาพจิตแก่ประชาชนมากยิ่งขึ้น โดยกองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ (กรมสุขภาพจิต ปัจจุบัน) เป็นผู้ดำเนินการประสานงาน โดยจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบผสมผสานเพื่อการรักษา พยาบาลควบคู่ไปกับการส่งเสริม การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้สามารถ ครอบคลุมประชากรและข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกที่ให้ไว้ว่า ควรให้มีบริการสุขภาพจิต โดยพยายามกระจายงานจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาคให้มากที่สุด (Decentralization) หาก สามารถทำให้ชุมชนสามารถให้บริการสุขภาพจิตเอง ก็จะสามารถตรึงผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ไว้ในชุมชนนั้น ๆ ได้ เช่น การส่งเสริมให้มี Psychiatric Unit ในโรงพยาบาลทั่วไป เป็นต้น นอกจากนี้ ควรผสมผสานงานสุขภาพจิตไปกับงานสาธารณสุขอื่นๆ กล่าวคือ จะต้องให้บริการ สุขภาพจิตร่วมไปกับการบริการสาธารณสุขด้วย และที่สำคัญคือจะต้องมีการร่วมมือกันระหว่าง

บุคคลอื่น ๆ ภายในชุมชนนั้น เช่น ผู้นำท้องถิ่น พระ ครู เพื่อที่จะได้ประโยชน์จากบุคคลเหล่านี้ในการเผยแพร่ความรู้สุขภาพจิต ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก กองสุขภาพจิตจึงได้เริ่มดำเนินการขยายบริการสุขภาพจิตในรูปแบบของการผสมผสานอย่างจริงจัง โดยกำหนดแผนงานเร่งรัดดำเนินการผสมผสานงานสุขภาพจิตเมื่อปลายปี พ.ศ. 2521 โดยการจัดสัมมนาจิตแพทย์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นในการดำเนินการขยายบริการสุขภาพจิต อบรมนักวิชาการสุขภาพจิตโดยนำเอานักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช มารับการอบรมความรู้ด้านจิตเวชเพื่อเป็นวิทยากรในการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับตำบล การจัดฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล อันเป็นเป้าหมายหลัก การผสมผสานเพื่อให้บุคลากรดังกล่าวเข้าใจวิธีการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตและให้การรักษาเบื้องต้นได้ การจัดสัมมนาจิตเวชศาสตร์ระยะสั้นแก่แพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนภูมิภาค เพื่อให้แพทย์ทั่วไปที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด ได้มีโอกาสฟื้นฟูวิชาการจิตเวชศาสตร์ และการจัดฝึกอบรมครู อาจารย์ ที่ให้การฝึกสอนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

2.5 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) งานสุขภาพจิตได้มุ่งเน้นความสำคัญของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตมากขึ้นและเน้นการผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเริ่มที่อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมาเป็นครั้งแรกกลวิธีประกอบด้วย การอบรม สัมมนาผู้นิเทศงานระดับจังหวัด / อำเภอ เพื่อเป็นครูฝึก ระดับจังหวัด / อำเภอ ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล โดยใช้ครูฝึก ระดับจังหวัด / อำเภอเป็นวิทยากรในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และจัดอบรม ผสส. และ อสม. ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากท้องถิ่นโดยใช้ครูฝึก ระดับตำบลเป็นวิทยากร รูปแบบการดำเนินงานนี้ได้ขยายผลต่อไปยังจังหวัดสงขลา ชัยนาท อุบลราชธานี เชียงใหม่ ชัยภูมิ สุราษฎร์ธานี และขอนแก่น นอกจากนี้ยังได้กำหนดบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้บริการสุขภาพจิตในหน่วยงานสาธารณสุขระดับต่าง ๆ คือศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน สถานีอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2.6 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ความสำคัญของงานสุขภาพจิตยังมุ่งเน้นการปรับปรุงและขยายบริการสุขภาพจิตทั้งด้านส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนให้ครอบคลุมทั่วประเทศได้มากขึ้น รวมทั้งมุ่งพัฒนาคุณภาพของระบบการให้บริการสุขภาพจิตและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้สุขภาพจิตเบื้องต้น และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นกองสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีโครงการสุขภาพจิตชุมชน โดยมีกิจกรรมหลักคือ

การสร้างคู่มือด้านสุขภาพจิตทุกระดับ ได้แก่ คู่มือฝึกสอนกลาง คู่มือระดับจังหวัด / อำเภอ คู่มือระดับตำบล ให้มีความรู้และสามารถถ่ายทอดความรู้สุขภาพจิตแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามลำดับจนถึงอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในชุมชน รวมทั้งการฝึกอบรมความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฏิบัติการ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้ครอบคลุมในทุกเขตพื้นที่อย่างต่อเนื่องและครบวงจร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เป้าหมายได้รับบริการทางด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องในระดับสาธารณสุขมูลฐานตามอัตรภาพ

2.7 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) สถาบันสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต - ปัจจุบัน) ได้เห็นชอบให้มีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมเดิมของงานสุขภาพจิต จากการอบรมความรู้สุขภาพจิตแก่บุคลากรสาธารณสุข มาเป็นโครงการค้นหาผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อนแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อค้นหาและติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2537 กรมสุขภาพจิตเป็นผู้สนับสนุนด้านงบประมาณและด้านวิชาการ ดังจะเห็นได้จากนโยบายการพัฒนาสุขภาพจิตที่ได้กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

2.7.1 พัฒนาและสนับสนุนให้มีการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยร่วมมือกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน มุ่งเน้นความสำคัญของสถาบันครอบครัว อันเป็นกลไกเบื้องต้นที่จะก่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ เกิดภาวะสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2.7.2 ดำเนินการสนับสนุนให้มีการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต แก่กลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยมุ่งเน้นกลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง

2.7.3 พัฒนาและสนับสนุนการบริการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในสถานบริการสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนการบริการในชุมชนให้ครอบคลุมและทั่วถึงมากขึ้น

2.7.4 สนับสนุนและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพจิต เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ

2.7.5 พัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศให้เอื้อประโยชน์ต่อการดำเนินงานสุขภาพจิต

2.7.6 แสวงหาและพัฒนาบุคลากร เพื่อสนับสนุนงานสุขภาพจิตให้มีความพอเพียง และมีคุณภาพในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

2.7.7 ปรับปรุงระบบและประสิทธิภาพในการบริหารงาน และการประสานความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ

2.8 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) งานสุขภาพจิตได้เน้นการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการ ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยมีการพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต เพื่อให้การสนับสนุนระบบบริการสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ ประมาณและด้านวิชาการ ดังจะเห็นได้จากนโยบายการพัฒนาสุขภาพจิตที่ได้กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

2.8.1 พัฒนาระบบการวางแผน การประสานงาน ประสานการปฏิบัติการ ตลอดจนการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.8.2 พัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหา ตลอดจนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีคุณภาพ และมีความเหมาะสมมากขึ้น มีความสอดคล้องกับสภาพวัฒนธรรมและสังคมไทย สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพจิตได้

2.8.3 พัฒนาระบบบริการทุกระดับให้มีความพร้อมในการให้บริการ และมีความครอบคลุมทั่วถึง ให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้โดยเท่าเทียมกัน

2.8.4 ให้ประชาชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง และมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสุขภาพจิตของชาติมากขึ้น

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-8 จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานสุขภาพจิตได้มีการพัฒนางานมาโดยตลอด ทั้งนี้เพื่อให้สามารถบริการสุขภาพจิตให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายและทุกพื้นที่

ปัจจุบันแนวคิดของการดำเนินงานสุขภาพจิตที่สำคัญคือสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางจิตใจแก่ประชาชน เพื่อให้สามารถที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การปรับภาวะทางจิตใจให้สามารถรองรับความกดดันของสภาพแวดล้อมในสังคม อันอาจก่อให้เกิดความตึงเครียดทางจิตใจ ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ เพื่อให้บุคคลเหล่านี้สามารถกลับคืนสู่สังคมและใช้ชีวิตอย่างปกติสุขได้ การดำเนินงานดังกล่าวแบ่งตามลักษณะหลักการดำเนินงานได้ 4 งานคือ ²⁸ งานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ งานบำบัดรักษาสุขภาพจิตและจิตเวช งานฟื้นฟูสมรรถภาพทางสุขภาพจิตและจิตเวช และการดำเนินงานสุขภาพจิตในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ การดำเนินงานจะเน้นไปที่งานแรกคืองานส่งเสริมและป้องกัน โดยมุ่งเพิ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจากเดิมที่มีอัตราส่วนของบุคลากรที่ให้บริการส่งเสริมป้องกันต่อบุคลากรที่ให้การบำบัดรักษาเท่ากับ

5 : 95 เป็น 40 : 60 พัฒนาบุคลากรสาธารณสุข โดยสนับสนุนให้มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการพัฒนาเครือข่ายด้านสุขภาพจิตทั้งในและนอกระบบของกระทรวงสาธารณสุขให้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ²⁵ และขยายกลุ่มเป้าหมายไปยังประชากรกลุ่มเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส¹⁶ เพื่อให้ได้รับบริการและการดูแลสุขภาพจิตอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงนำไปสู่การจัดตั้งโครงการสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและด้อยโอกาสขึ้น

บทบาทหน้าที่และมาตรฐานการให้บริการสุขภาพจิต

เพื่อให้การดำเนินงานสุขภาพจิตมีลักษณะการดำเนินงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และเป็นแบบแม่บทสำหรับจังหวัดที่พร้อมจะดำเนินการสามารถนำไปปฏิบัติได้ จึงได้มีการกำหนดกิจกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิตในระดับหน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้^{14, 24, 29}

ภาพที่ 1 แสดงกิจกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิตแยกตามระดับหน่วยงาน

ระดับหน่วยงาน	กิจกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิต	ผู้รับผิดชอบ
- โรงพยาบาลชุมชน	<p>บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการด้านการป้องกัน ส่งเสริม และตรวจบำบัด และติดตามผลการรักษา - แนะนำและให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนส่งต่อตามระบบ <p>บริหาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการตามนโยบาย - ประสานงาน - นิเทศงาน - ติดตามและประเมินผล - สนับสนุนกิจกรรมสภาตำบล <p>วิชาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครูฝึกอบรม - ให้การสนับสนุนด้านการรักษาพยาบาล 	- ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

ภาพที่ 1 (ต่อ)

ระดับหน่วยงาน	กิจกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิต	ผู้รับผิดชอบ
จังหวัด - โรงพยาบาล ศูนย์/ โรงพยาบาล ทั่วไป	บริการ - ดำเนินการด้านป้องกัน ส่งเสริม ตรวจฯ บำบัดรักษา - รวมทั้งติดตามประเมินผลการรักษา - ค้นหาปัญหาสุขภาพจิต - ค้นหาผู้ป่วยจิตเวชใหม่ - ตรวจรักษา - ส่งต่อตามระบบ - บริการสุขภาพจิตในโรงเรียน บริหาร - ดำเนินการตามนโยบาย - ประสานงาน - นิเทศงาน - ติดตามและประเมินผล วิชาการ - ฝึกอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต - จัดนิทรรศการ ทำเอกสาร และ/หรือเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจิต	- ฝ่ายจิตเวช ร่วมกับฝ่าย เวชกรรม สังคม
- สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด (สสจ.)	บริหาร - จัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีให้สอดคล้องกับนโยบาย - สนับสนุน/ประสานงานกับหน่วยปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง - จัดหางบประมาณ - นิเทศงาน ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลของหน่วยงานปฏิบัติ วิชาการ - ฝึกอบรม พื้นความรู้ด้านบริหารและแผนงาน - จัดนิทรรศการ - จัดทำและ / หรือเผยแพร่เอกสารด้านวิชาการ	- นายแพทย์ สาธารณสุข จังหวัด

นอกจากนี้ยังได้กำหนดมาตรฐานการให้บริการสุขภาพจิตตามโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) ไว้ดังนี้^{14, 24, 29}

1. งานบริการ

ก. การส่งเสริมป้องกัน ประกอบด้วย ให้สุขภาพจิตศึกษาและให้คำปรึกษาในกลุ่มหญิงมีครรภ์ ให้ความรู้แก่ประชาชน เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ค้นหาปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ให้คำปรึกษาและช่วยแก้ปัญหาสุขภาพจิตแก่ประชาชน ให้ความรู้ คำปรึกษา และช่วยแก้ปัญหาสุขภาพจิตในงานอนามัยโรงเรียน บริการประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญา ส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กปัญญาอ่อนอายุ 0-5 ปี

ข. การบำบัดรักษา ประกอบด้วย คัดกรองโดยให้การรักษาผู้ป่วยตามระดับความพร้อมของสถานบริการ ติดตามผลการรักษา

ค. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย สอนญาติให้ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตามคู่มือที่มอบให้ ให้ความรู้และกระตุ้นชุมชนช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

2. งานบริหารและงานวิชาการ ประกอบด้วย การรายงานโรค การนิเทศงาน การฝึกอบรมบุคลากร งานด้านวิชาการ เช่น การผลิตเอกสาร ตำรา คู่มือ อุปกรณ์การเรียนการสอน การค้นคว้าวิจัย การประเมินผล

ในส่วนของกรมสุขภาพจิตได้กำหนดมาตรฐานกิจกรรมการให้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ไว้ดังนี้⁵

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 2 แสดงกิจกรรมให้บริการสุขภาพจิตแยกตามสถานบริการ

กิจกรรม	สถานบริการ				
	10 เตียง	30 เตียง	60 เตียง	รพท.	รพศ.
1. การตรวจสภาพจิต (mental status examination)	/	/	/	/	/
2. Psychological test	-	-	-	-	/
3. การให้บริการคลายเครียดแบบพื้นฐาน	/	/	/	/	/
4. การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กและให้คำแนะนำเบื้องต้น	/	/	/	/	/
5. การทำกิจกรรมบำบัด	-	-	-	-	/
6. การทำจิตบำบัด (Psychotherapy)	-	-	-	-	/
7. จิตเวชทั่วไป	-	-	-	/	/
8. คลินิกพิเศษ					
- คลินิกสารเสพติด	-	-	-	/	/
- คลินิก consultation และ counseling	-	-	-	/	/
- คลินิกฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต	-	-	-	-	/
- คลินิกส่งเสริมพัฒนาการ	-	-	-	-	/

ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ตามแผนภูมิโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข มี 5 กลุ่มงาน คือ³⁰

1. กลุ่มสนับสนุนบริการ ประกอบด้วยงานบริหารและงานแผนงาน
2. กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยงานทันตสาธารณสุข งานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป และงานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค
3. กลุ่มสนับสนุนงานสาธารณสุข ประกอบด้วยงานพัฒนาบุคลากรและการสาธารณสุขมูลฐาน และงานสุขศึกษา
4. กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
5. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

สำหรับการดำเนินงานสุขภาพจิตในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่ได้กำหนดให้เป็นความรับผิดชอบของกลุ่มงานใดโดยเฉพาะ ขึ้นกับแต่ละ สสจ. จะกำหนดให้อยู่ในความรับผิดชอบของงานใด บางแห่งให้อยู่ในความดูแลของงานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล บางแห่งอยู่ใน

งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป บางแห่งกำหนดงานขึ้นใหม่เป็นงานสุขภาพจิตและโรคไม่ติดต่อ แต่อย่างไรก็ตามภาระหน้าที่ในการดำเนินงานสุขภาพจิตประกอบด้วยงานป้องกันส่งเสริมสุขภาพจิต งานสนับสนุนบริการสุขภาพจิต งานสนับสนุนพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพจิต³¹

เด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

เด็กพิการ (The Handicapped Children)

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ให้ความหมายคนพิการว่า หมายถึง คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง³²

กฎกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 กำหนดประเภทของคนพิการดังนี้³³

1. คนพิการทางการมองเห็น ได้แก่คนที่มีสายตาข้างที่ดีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้วมองเห็นน้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไปจนมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือคนที่มีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

2. คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ได้แก่คนที่ได้ยินเสียงที่ความถี่ 500 เฮิรตซ์ 1000 เฮิรตซ์ หรือ 2000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ดีกว่าที่มีความดังเฉลี่ย โดยสำหรับเด็กอายุไม่เกิน 7 ปีเกิน 40 เดซิเบลขึ้นไปจนไม่ได้ยินเสียง สำหรับคนทั่วไปเกิน 55 เดซิเบลขึ้นไปจนไม่ได้ยินเสียง หรือคนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเข้าใจหรือการใช้ภาษาพูดจนไม่สามารถสื่อความหมายกับคนอื่นได้

3. คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจนและไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้ หรือคนที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคข้อ หรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันหรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้

4. คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติ หรือความบกพร่องทางจิตใจ หรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ ความคิด จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น

5. คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางสติปัญญาหรือสมอง จนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้

เด็กด้อยโอกาส (The Disadvantaged Children)

คำว่าเด็กด้อยโอกาส (Underprivileged children หรือ Disadvantaged children) ซึ่งอาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเด็กที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก (Children in Especially Difficult Circumstance) นั้นได้มีผู้ให้คำนิยามไว้ดังนี้

องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) (2539) ให้ความหมายของเด็กด้อยโอกาสว่า หมายถึงเด็กซึ่งอยู่ในสภาพที่เป็นปัญหาของสังคม เช่น เด็กพิการ เด็กที่มาจากครอบครัวที่ยากจน เด็กที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือในชุมชนแออัด เด็กที่ต้องอพยพย้ายถิ่นตามพ่อแม่ ความด้อยโอกาสของเด็กเหล่านี้ ครอบคลุมทั้งในเรื่องของการศึกษา สภาพแวดล้อม ภาษาศาสตร์วัฒนธรรม และโอกาสในการได้รับบริการ³⁴

คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2544) ให้ความหมายเด็กด้อยโอกาสว่าหมายถึง เด็กที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก และไม่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์สภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก อันได้แก่ เด็กที่ถูกทอดทิ้ง เด็กเร่ร่อน เด็กพิการ เป็นต้น³⁵

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2541) ให้ความหมายเด็กด้อยโอกาสว่า หมายถึงกลุ่มเด็กที่ประสบกับปัญหาต่างๆ หรือตกอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโต มีสภาพจิตใจและพัฒนาการที่ด้อยกว่าเด็กทั่วไป จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้การช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีพัฒนาการที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัย จนสามารถบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดได้ ตามความหมายดังกล่าวนี้ อาจเรียกเด็กด้อยโอกาสว่าเป็น “เด็กที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก” ซึ่งเป็นวลีที่มาจากภาษาอังกฤษที่ว่า “Children in Especially Difficult Circumstances” ตั้งขึ้นโดยองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (ยูนิเซฟ) และใช้กันแพร่หลาย³⁶

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติได้จำแนกเด็กด้อยโอกาสออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ประกอบด้วย³⁶

1. เด็กถูกละเมิดสิทธิ

เด็กถูกละเมิดสิทธิ เป็นเด็กที่ถูกกระทำทารุณกรรมหรือถูกเอาเปรียบในลักษณะต่าง ๆ และไม่ได้รับการเคารพในสิทธิอันพึงมี พึงได้ ได้แก่

เด็กที่ถูกกระทำทารุณกรรม หมายถึงเด็กที่ถูกทำร้าย หรือถูกคุกคามต่อสุขภาพหรือสวัสดิภาพ โดยบุคคลอื่นด้วยการกระทำที่มีลักษณะเป็นการประทุษร้ายต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา ตลอดจนการกระทำทารุณทางเพศและการข่มขืนกระทำชำเรา

เด็กที่ถูกใช้แรงงานก่อนวัยอันสมควรหรือแรงงานเด็ก หมายถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี (ตามข้อเสนอแนะขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ) ซึ่งทำงานโดยได้รับค่าตอบแทนในการ

ทำงานหรือไม่ก็ตาม ทั้งในภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรมการผลิต พาณิชยกรรมและการบริการ และงานขนส่ง เด็กเหล่านี้จะมีโอกาสถูกเอาเปรียบจากนายจ้างในเรื่องการใช้แรงงาน ค่าจ้าง สภาพการกินอยู่ และโอกาสพัฒนาความก้าวหน้าในชีวิต

เด็กในธุรกิจบริการทางเพศ หมายถึง เด็กที่ประกอบอาชีพหารายได้จากการให้บริการทางเพศ อาจมาอยู่ในธุรกิจบริการทางเพศด้วยความสมัครใจหรือถูกบังคับขู่เข็ญ กักขังหน่วงเหนี่ยวไว้ให้บริการ

2. เด็กเร่ร่อน

เด็กเร่ร่อน (Street Children) หมายถึงเด็กที่ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่งแน่นอน ไร้ที่พึ่งพาอาศัยอย่างเป็นสุข มีวิถีชีวิตที่ขาดปัจจัยพื้นฐานในการดำรงอยู่ อาศัยนอนตามใต้สะพาน สวนสาธารณะ ข้างถนน วัด ที่พักผู้โดยสารรถประจำทาง ชายหาดริมทะเล หรือบนโต๊ะขายของที่ว่างเปล่าในตลาด

3. เด็กที่อยู่ในบริการทางเพศ

เด็กที่อยู่ในบริการทางเพศ แต่เดิมมักเรียกกันว่า โสเภณีเด็ก หมายถึงบุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี สมัครใจหรือถูกบังคับล่อลวงให้ยึดอาชีพขายบริการทางเพศ ไม่มีโอกาสเข้ารับการศึกษาคือหลังเรียนจบชั้นประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษาตอนต้นแล้ว

4. เด็กที่ถูกทอดทิ้ง

เด็กที่ถูกทอดทิ้ง เป็นเด็กที่ผู้ให้กำเนิดคลอดทิ้งไว้ในโรงพยาบาลหรือตามสถานที่ต่างๆ รวมไปถึงเด็กที่พ่อแม่ปล่อยปละละเลย โดยพ่อแม่ไม่ให้การดูแลเอาใจใส่ เลี้ยงดูให้เหมาะสม เนื่องจากปัญหาการหย่าร้าง ครอบครัวแตกแยก ขาดความรัก ความผูกพัน และความเข้าใจกัน

5. เด็กที่ถูกทำร้ายทารุณ

เด็กที่ถูกทำร้ายทารุณ เป็นเด็กที่ถูกล่วงละเมิดสิทธิทั้งทางร่างกาย ทางเพศ และทางจิตใจ ไม่ได้ได้รับความอบอุ่นในวัยเด็ก ถูกทำร้ายทารุณ ถูกบีบบังคับกดดันจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง ซึ่งมีสภาพจิตใจและอารมณ์ไม่ปกติ รวมถึงการถูกล่วงละเมิดทางเพศในลักษณะต่าง ๆ จากบุคคลข้างเคียง

6. เด็กในสถานพินิจ

เด็กในสถานพินิจ เป็นเด็กที่ได้กระทำการด้านกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด ซึ่งศาลเยาวชนและครอบครัวตัดสินให้เข้ารับการฝึกอาชีพและอบรมที่สถานฝึกและอบรมในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม

7. เด็กในชนกลุ่มน้อย

เด็กในชนกลุ่มน้อย เป็นเด็กที่อยู่ในกลุ่มบุคคลที่มีวัฒนธรรมแตกต่างไปจากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ มีปัญหาเกี่ยวกับการถือสัญชาติไทย จนเป็นสาเหตุให้ไม่ได้รับการศึกษาหรือบริการอื่น ๆ ส่วนใหญ่อพยพเข้ามาตั้งหลักแหล่งอยู่ตามชายแดนของประเทศไทย

8. เด็กติดสารระเหยและยาเสพติด

เด็กติดสารระเหยและยาเสพติด เป็นเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการถูกชักจูงให้ประพฤติตนไม่เหมาะสม ผูกพันอยู่กับกลุ่มมิจอาชีพ หรือเด็กด้อยโอกาสกลุ่มอื่น ซึ่งมีแนวโน้มสูงที่จะนำไปสู่การสร้างปัญหาในสังคม

9. เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือมีพ่อแม่เป็นเอชไอวี

เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือมีพ่อแม่เจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยเป็นเอชไอวีมีโอกาสที่จะกลายเป็นเด็กกำพร้า หรือเป็นเด็กด้อยโอกาสประเภทอื่น แต่เป็นเด็กที่มักจะถูกมองอย่างรังเกียจ จนไม่สามารถเข้ารับการศึกษารับบริการอื่นๆ จากสังคมเหมือนเด็กปกติทั่วไปได้

10. เด็กที่ยากจนมากเป็นพิเศษ

เด็กที่ยากจนมากเป็นพิเศษ เป็นเด็กจากครอบครัวที่มีฐานะยากจนมาก อยู่ในท้องถิ่นทุรกันดารห่างไกลความเจริญ ไม่มีโอกาสเข้ารับการศึกษามือเหมือนเด็กปกติทั่วไปได้

การอบรมสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและด้อยโอกาส

จากการที่กรมสุขภาพจิตได้กำหนดแผนสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและด้อยโอกาสไว้ในแผนงานสุขภาพจิต ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 จึงทำให้เกิดโครงการสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและด้อยโอกาสขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อให้กลุ่มเด็กและวัยรุ่นในทุก ๆ กลุ่ม รวมทั้งครอบครัวได้รับบริการสุขภาพจิตทั้งในด้านการเฝ้าระวัง การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น บริการให้การปรึกษา และการช่วยเหลือในรายที่มีปัญหา
2. เพื่อให้กลุ่มเด็กในสถานศึกษาได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างทั่วถึง มีการคัดกรองปัญหา และการช่วยเหลือเบื้องต้น
3. เพื่อให้กลไกภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพจิตเด็กในด้านการกระตุ้นพัฒนาการ ส่งเสริมป้องกัน พื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ
4. เพื่อให้มีกลุ่ม / ชมรมครอบครัวที่เข้มแข็ง ศูนย์เด็กเล็กที่มีคุณภาพ ในพื้นที่ดำเนินการ
5. เพื่อให้เกิดรูปแบบในการทำงานด้านสุขภาพจิตเด็ก เป็นแหล่งศึกษา เรียนรู้ สำหรับบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องเพื่อการนำไปขยายผลต่อไป

เป้าหมาย/ตัวชี้วัดของโครงการสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและด้อยโอกาสประกอบด้วย

1. คลินิกสุขภาพเด็กดี (Well baby clinic : WBC) ในระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ดำเนินการทุกแห่งให้บริการคัดกรองพัฒนาการเด็ก และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น
 2. อัตราการดูแลช่วยเหลือนักเรียนและการให้การปรึกษาในสถานศึกษา
 3. มีเอกชนเข้ามามีบทบาทในระบบบริการสุขภาพจิตเด็กอย่างน้อย 1 แห่ง และมีกลุ่ม / ชมรมครอบครัวที่เข้มแข็งในพื้นที่ดำเนินการทุกแห่ง
 4. มีศูนย์เด็กเล็กที่มีคุณภาพในพื้นที่ดำเนินการทุกแห่ง
- กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ดำเนินการของโครงการสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและด้อยโอกาสประกอบด้วย
1. บุคลากรสาธารณสุข
 2. ครูในโรงเรียนระดับประถมศึกษา กรมสามัญศึกษา กรมการศึกษานอกโรงเรียน
 3. บุคลากรจากองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านเด็ก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงเรื่อง “สภาพ ปัญหา และความต้องการในการดำเนินงานสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและด้อยโอกาสของบุคลากรสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข” ยังไม่มีการศึกษาไว้ สำหรับงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพจิตมีดังนี้

ประณีตศิลป์ วงษ์ชมภู (2534)³⁷ ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนในภาคเหนือของประเทศไทย ตัวอย่างที่ศึกษาคือหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่ดำรงตำแหน่งมาอย่างน้อย 1 ปี และปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือของประเทศไทยจำนวน 138 คน เครื่องมือคือแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนเมื่อวัดตามเกณฑ์ที่สร้างขึ้นตามมาตรฐานบริการสุขภาพจิตที่กำหนดโดยกองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 84.1 อยู่ในระดับปานกลาง เจตคติต่องานสุขภาพจิต การรับรู้บทบาทในการดำเนินงานสุขภาพจิต ขนาดโรงพยาบาล จำนวนบุคลากร การได้รับการนิเทศงานสุขภาพจิต พฤติกรรมการสนับสนุนงานสุขภาพจิตของแพทย์ และพฤติกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตของพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ($p > 0.05$) การได้รับอบรมด้านสุขภาพจิต พฤติกรรมสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตของผู้อำนวยการโรงพยาบาล และพฤติกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตของผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ และพยาบาล มีความ

สัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ($p < 0.05$) และแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ($p < 0.01$) ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนคือปัจจัยเชื้อและปัจจัยเสริม โดยสามารถอธิบายได้ร้อยละ 14.8

สมหมาย เลานะจินดา และกรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ (2539)¹⁴ ได้ศึกษาปัญหาอุปสรรคและความต้องการของแพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนในเขตการสาธารณสุขที่ 8, 9, และ 10 ต่อการให้บริการสุขภาพจิต ประชากรประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และพยาบาลเทคนิคจำนวน 840 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบผสม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบและคำถามชนิดมาตราช่วง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น พบว่า ปัญหาหาการขาดแคลนปัจจัยในการดำเนินงานสุขภาพจิตประกอบด้วยหมวดคนหรือบุคลากรมีปัญหาในระดับปานกลาง หมวดงบประมาณ มีปัญหาอยู่ในระดับน้อย หมวดวัสดุอุปกรณ์มีปัญหาในระดับปานกลาง หมวดการจัดการมีปัญหาในระดับน้อย หมวดเทคโนโลยีมีปัญหาในระดับปานกลาง แพทย์และพยาบาลมีความต้องการในปัจจุบันด้านการดำเนินงานสุขภาพจิตทั้งหมดบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การจัดการ และเทคโนโลยีอยู่ในระดับมาก แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่องานสุขภาพจิตและไม่เป็นอุปสรรคต่อการบริการสุขภาพจิต ความแตกต่างของตำแหน่ง การได้รับการศึกษา/อบรมเพิ่มเติมด้านสุขภาพจิต และการมีหรือไม่มีแผนงานสุขภาพจิตเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานสุขภาพจิต ($p < 0.05$) ส่วนความแตกต่างของการนิเทศงานสุขภาพจิตไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานสุขภาพจิต ($p > 0.05$)

ศิริพร ทองบ่อ และศักดิ์ดา กาญจนาวโรจน์กุล (2541)²⁴ ได้ศึกษาสภาพการดำเนินงานสุขภาพจิตในหน่วยงานสาธารณสุข เขต 6 กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในหน่วยงานระดับ รพศ. / รพท. / รพช. ทุกแห่งในเขต 6 จำนวน 133 คน โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งทดสอบความเที่ยงโดยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.93 ผลการวิจัยพบว่า มีการดำเนินงานสุขภาพจิตในกิจกรรมด้านการบริการมากที่สุด รองลงมาคือด้านบริหาร และวิชาการตามลำดับ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการการสนับสนุน พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นด้านที่มีบุคลากรน้อย รับผิดชอบหลายหน้าที่ งบประมาณจำกัด สื่อต่าง ๆ ไม่เพียงพอทั่วถึง ความไม่ชัดเจนของนโยบาย / แผนงานด้านสุขภาพจิต ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานไม่เห็นความสำคัญของงานสุขภาพจิต และขาดความรู้ในบางเรื่อง ส่วนความต้องการการสนับสนุน ส่วนใหญ่ต้องการฟื้นฟูความรู้ด้านสุขภาพจิต งบประมาณ สื่อทางวิชาการ รวมทั้งคู่มือการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต

ภัทรา ธีรลาภ, นิวัติ เขียมเที่ยง และอริสสา ฤทธิกาญจน์ (2540)¹⁵ ได้ศึกษาการให้บริการสุขภาพจิต ของ รพศ. / รพท. / รพช. ในภาคกลางและภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

ด้วยผู้ปฏิบัติ / ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในกลุ่มงานจิตเวช กลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ใน รพศ. รพท. และ รพช. ในเขต 1, 2, 3 และ 4 จำนวน 394 คน โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง พบว่า การให้บริการสุขภาพจิตใน รพศ. รพท. และ รพช. ที่มีการดำเนินงานมากที่สุดคือ ด้านส่งเสริมสุขภาพ รองลงมาคือด้านป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและด้านบำบัดรักษาให้บริการในรูปแบบการตรวจรักษา ร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีการดำเนินงานน้อยที่สุด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการสุขภาพจิตคือการมีแผนงานสุขภาพจิต การมีบุคลากรรับผิดชอบงานสุขภาพจิต และการได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต ($p < 0.01$) ส่วนปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการสุขภาพจิตที่มากที่สุดคือ ขาดแคลนบุคลากร รองลงมาคือบุคลากรขาดความรู้และทักษะ

นฤมล ศรีทานันท์, สมสนุก พระอามาตย์ และรัตติยา ทองแสง (2541)²⁷ ได้ศึกษาทัศนคติ การปฏิบัติจริง ความต้องการ และปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดในเขตการสาธารณสุขที่ 7 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชนในเขตการสาธารณสุขที่ 7 จำนวน 76 คน เลือกประชากรและสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสำมะโน (Census) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามทัศนคติ การปฏิบัติจริง และความต้องการในการดำเนินงานสุขภาพจิต สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยและทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตส่วนใหญ่มีการปฏิบัติจริงในการดำเนินงานสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ความต้องการในการดำเนินงานสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ความแตกต่างของการปฏิบัติจริง ในการดำเนินงานสุขภาพจิตกับตำแหน่ง แผนงานสุขภาพจิต การได้รับการศึกษาและอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต และการได้รับการนิเทศงานสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีแผนงานสุขภาพจิตมีการปฏิบัติจริงในปัจจุบันด้านการบริการจัดการ โครงการ ด้านงบประมาณ และด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีแผนงานสุขภาพจิต ($p < 0.05$) ในด้านความต้องการในการดำเนินงานสุขภาพจิตกับตำแหน่ง แผนงานสุขภาพจิต การได้รับการศึกษา และอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต และการได้รับการนิเทศงานสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งต่างกันคือ พยาบาลวิชาชีพ มีความต้องการในการดำเนินงานสุขภาพจิตในปัจจุบันด้านสถานที่และวัสดุอุปกรณ์มากกว่าพยาบาลเทคนิค ($p < 0.05$)