

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง



ลักษณะทั่วไปของกรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานคร ตั้งขึ้นเป็นเมืองหลวงของประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2325 นับเป็นเมืองหลวงแห่งที่ 4 ต่อจากกรุงสุโขทัย กรุงศรีอยุธยา และกรุงธนบุรี โดยพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก โปรดเกล้าให้สร้างขึ้นทางฝั่งตะวันออกของแม่น้ำเจ้าพระยา ควบเหตุผลที่พื้นที่มีความเหมาะสมทางด้านยุทธศาสตร์ และพระราชวังเดิมที่กรุงธนบุรีคับแคบไม่สามารถขยายออกไปได้อีก เมื่อแรกสร้างกรุงเทพมหานครมีเนื้อที่ภายในกำแพงเมือง 2,163 ไร่ มีประชากรประมาณ 130,000 คน ต่อมาถึงสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้มีการติดต่อกับชาวตะวันตกอย่างกว้างขวางได้รับอิทธิพลแนวความคิดทางวิทยาการใหม่ ๆ เข้ามามาก กรุงเทพมหานครจึงมีการพัฒนาและขยายเมืองออกไปอีก มีถนนสายแรกคือถนนเจริญกรุง มีการขุดคลองใช้เป็นเส้นทางคมนาคม พื้นที่เมืองในสมัยนี้จึงขยายออกมากกว่า 3 เท่าตัว เมื่อถึงรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ซึ่งพระองค์ท่านเป็นนักพัฒนาที่ทรงพระปรีชาสามารถเป็นที่ยิ่ง พระองค์ได้โปรดให้จัดบริการสาธารณประโยชน์ต่าง ๆ เช่น สร้างถนน สะพาน รถไฟ รถราง การไปรษณีย์โทรเลข สถาปนาเรือนเปลี่ยนแปลงไปตามแบบยุโรปมากขึ้น ที่อยู่อาศัยของประชาชนหนาแน่นขึ้นกว่าเดิม ในปี พ.ศ. 2443 ประชากรในกรุงเทพมหานคร เพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 600,000 คน พื้นที่ขยายขึ้นเป็นประมาณ 8,330 ไร่ หรือประมาณ 13.3 ตารางกิโลเมตร ต่อมาในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 7 ในปี พ.ศ. 2479 พื้นที่กรุงเทพมหานครขยายออกเป็น 43.2 ตารางกิโลเมตร มีประชากรประมาณ 750,000 คน ซึ่งในขณะนั้นจำนวนถนน สวนสาธารณะ สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ และสาธารณูปโภคต่าง ๆ มีอยู่เพียงพอ

ปัญหาสังคมและภาวะแวดล้อมเป็นพิษต่าง ๆ ยังไม่เกิดขึ้น¹

ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานครได้รับความกระทบกระเทือนจากภัยสงคราม จึงได้มีการบูรณะ ปรับปรุง เมืองใหม่ ตัวเมืองได้ขยายออกไปอีก ตั้งแต่ระยะนี้เป็นต้นมา กรุงเทพมหานครได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาย มีการขยายตัวและพัฒนาในทุกด้าน จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2523 กรุงเทพมหานครมีประชากรทั้งสิ้น 5,139,825 คน และมีพื้นที่ทั้งหมด 1,568.737 ตารางกิโลเมตร² แบ่งเป็นพื้นที่บริเวณตัวเมืองและศูนย์กลางชุมชนบริเวณชานเมืองในกรุงเทพมหานครประมาณ 750 ตารางกิโลเมตร นอกนั้นเป็นพื้นที่ทำการเกษตรกรรม ความหนาแน่นของประชากรโดยเฉลี่ย 3,200 คน ต่อพื้นที่ 1 ตารางกิโลเมตร ซึ่งถือได้ว่าเป็นพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง และมีแนวโน้มจะสูงมากขึ้น เนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายของประชากรจากต่างจังหวัดเข้าสู่เมืองหลวง เพื่อแสวงหางานและเผชิญโชค ประกอบกับการขยายตัวของกรุงเทพมหานครเป็นการขยายตามธรรมชาติที่ขาดระเบียบ ไม่มีการกำหนดผังเมืองแต่ต้น ลักษณะเช่นนี้ทำให้ประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีพื้นฐานต่าง ๆ กัน มีทั้งประชากรที่มีรกรากอยู่เดิม ประชากรที่ย้ายเข้ามาอยู่ใหม่อย่างถาวร และประชากรที่อาศัยอยู่ชั่วคราว กรุงเทพมหานครจึงเป็นเมืองที่เป็นศูนย์กลางของความเจริญทางวัตถุและวิชาการ เป็นศูนย์กลางทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา การเมือง การอุตสาหกรรมและอื่น ๆ เป็นเมืองซึ่งแออัดไปด้วยผู้คนจากทุกสารทิศ ตลอดจนมากด้วยปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อม

¹ พรพรรณ สุรนันท์, การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในชุมชนเขตลาดกระบังศึกษากระบวนการและผลของการขยายชุมชนไปสู่ชานเมือง, (วิทยานิพนธ์ปริญญา-มหาบัณฑิต, ภาควิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พ.ศ. 2522), หน้า 12.

² กระทรวงมหาดไทย, กองปกครองและทะเบียน, จำนวนประชากร เนื้อที่ ความหนาแน่นของประชากร จำนวนบ้าน เกิด ตาย ย้ายเข้า ย้ายออก จำแนกตามแขวง เมื่อ 31 ธันวาคม 2523 ในเขตกรุงเทพมหานคร, (อัดสำเนา).

การแบ่งชุมชนในกรุงเทพมหานคร

ชุมชนในกรุงเทพมหานคร แบ่งได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

ก. แบ่งตามพื้นที่การปกครองกรุงเทพมหานคร

ตามพระราชกฤษฎีกา พ.ศ. 2516 ได้แบ่งพื้นที่การปกครองกรุงเทพมหานคร ออกเป็น 24 เขต และตามพระราชบัญญัติการผังเมืองกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2518 ได้จัดพื้นที่ 24 เขตการปกครองนี้ให้เป็นเขตใหญ่ 2 เขต คือ เขตชั้นในและเขตชั้นนอก

เขตชั้นในประกอบด้วยเขตต่าง ๆ 13 เขต ดังนี้

เขตพระนคร เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย เขตสัมพันธวงศ์ เขตปทุมวัน เขตบางรัก เขตยานนาวา เขตคูสิต เขตพญาไท เขตห้วยขวาง เขตธนบุรี เขตคลองสาน เขตบางกอกน้อย เขตบางกอกใหญ่

เขตชั้นนอก ประกอบด้วยเขตต่าง ๆ 11 เขตดังนี้

เขตพระโขนง เขตบางเขน เขตบางกะปิ เขตหนองจอก เขตมีนบุรี เขตลาดกระบัง เขตภาษีเจริญ เขตบางขุนเทียน เขตคลองสาน เขตราชวัตรบูรณะ เขตหนองแขม

ข. แบ่งตามลักษณะพื้นที่การใช้ที่ดินและความหนาแน่นของประชากร

การแบ่งตามลักษณะนี้ใช้เกณฑ์ความหนาแน่นของประชากร เกณฑ์ตั้งของชุมชนตามลักษณะพื้นที่การใช้ที่ดินของชุมชนนั้น ประกอบกับลักษณะการประกอบการทางเศรษฐกิจ การพาณิชย์และที่อยู่อาศัยเป็น เกณฑ์ร่วมพิจารณา ¹

¹สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย, หน่วยวิจัย, การเติบโตของเขตชุมชนในภาคกรุงเทพมหานคร, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2519), หน้า 217 - 218.

จากเกณฑ์ต่าง ๆ ดังกล่าว ได้แบ่งชุมชนในกรุงเทพมหานคร ออกเป็น 3 ชุมชน

คือ

1. ชุมชนชั้นใน แบ่งออกเป็น

1.1 ชุมชนชั้นในสุด

1.2 ชุมชนชั้นใน

2. ชุมชนชั้นกลาง

3. ชุมชนชั้นนอก



1. ชุมชนชั้นใน

1.1 ชุมชนชั้นในสุด คือ ชุมชนที่มีความหนาแน่นแออัดสูง เนื่องจากเป็นศูนย์กลางธุรกิจต่าง ๆ ซึ่งได้แก่บริเวณเขตพระนคร เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย และเขตสัมพันธวงศ์

1.2 ชุมชนชั้นใน คือ ชุมชนที่มีความหนาแน่นอยู่ในระดับระหว่างความหนาแน่นปานกลางถึงความหนาแน่นสูงได้แก่ บริเวณเขตปทุมวัน เขตบางรัก เขตพญาไท เขตดุสิต เขตห้วยขวาง เขตบางกอกใหญ่ เขตธนบุรี และเขตคลองสาน ชุมชนชั้นในมีระยะทางห่างจากศูนย์กลางเมืองในรัศมีระหว่าง 3.5 - 11 กิโลเมตร

2. ชุมชนชั้นกลาง หมายถึงชุมชนที่มีความหนาแน่นน้อย ได้แก่ บริเวณเขตราษฎร์บูรณะ เขตภาษีเจริญ เขตบางกอกน้อย เขตบางกะปิ เขตบางเขน เขตพระโขนง และเขตยานนาวา พื้นที่บางส่วนของชุมชนชั้นกลางนี้ยังคงเป็นสวนและพื้นที่นา ชุมชนนี้มีระยะทางห่างจากศูนย์กลางเมืองในรัศมีระหว่าง 5.0 - 27.5 กิโลเมตร

3. ชุมชนชั้นนอก หมายถึงชุมชนชานเมืองที่มีความหนาแน่นของประชากรต่ำมาก ประกอบด้วยพื้นที่ส่วนใหญ่ยังคงใช้เพื่อการเกษตรกรรมคือ ทำนา ทำสวน ทำไร่ และพื้นที่ที่ยังไม่ได้ทำประโยชน์ ลักษณะเป็นหมู่บ้านเกษตรกรรมและชุมชนขนาดเล็กกระจายอยู่ตามริมคลองหรือริมถนน เขตชุมชนชั้นนอกนี้ได้แก่ บริเวณเขตหนองจอก เขตมีนบุรี เขต-

บางขุนเทียน เขตลาดกระบัง เขตคลองสาน และเขตหนองแขม¹

นอกจากการแบ่งใน 2 ลักษณะดังกล่าวแล้ว อานนท์ อภาภิรม² ได้แบ่งเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครออกเป็น 3 เขตดังนี้

1. เขตในเมือง (Urban area)
2. เขตชานเมือง (Suburban area)
3. เขตชนบท (rural area)

1. เขตในเมือง ได้แก่วัฒนซึ่งเป็นที่ตั้งของสถานประกอบการธุรกิจการค้าและอุตสาหกรรม ซึ่งมีพลเมืองอยู่อาศัยหนาแน่น
2. เขตชานเมือง ได้แก่วัฒนรอบนอกของเขตในเมือง ซึ่งมีประชาชนอาศัยอยู่หนาแน่นน้อยกว่าเขตในเมือง ส่วนใหญ่เป็นย่านที่อยู่อาศัย มีบางแห่งที่ยังคงสภาพไร่นาและสวน
3. เขตชนบท ได้แก่ บริเวณบางส่วนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งอยู่ถัดเขตชานเมืองออกไป พลเมืองส่วนใหญ่ในเขตนี้ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีวิถีชีวิตเช่นเดียวกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในท้องดินชนบทของสังคมไทย

¹ พรพรรณ สุรนนท์, เรื่องเดียวกัน, หน้า 61 - 62.

² อานนท์ อภาภิรม, มนุษย์กับสังคม : สังคมและวัฒนธรรมไทย, (ภาควิชาสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2515), หน้า 234.

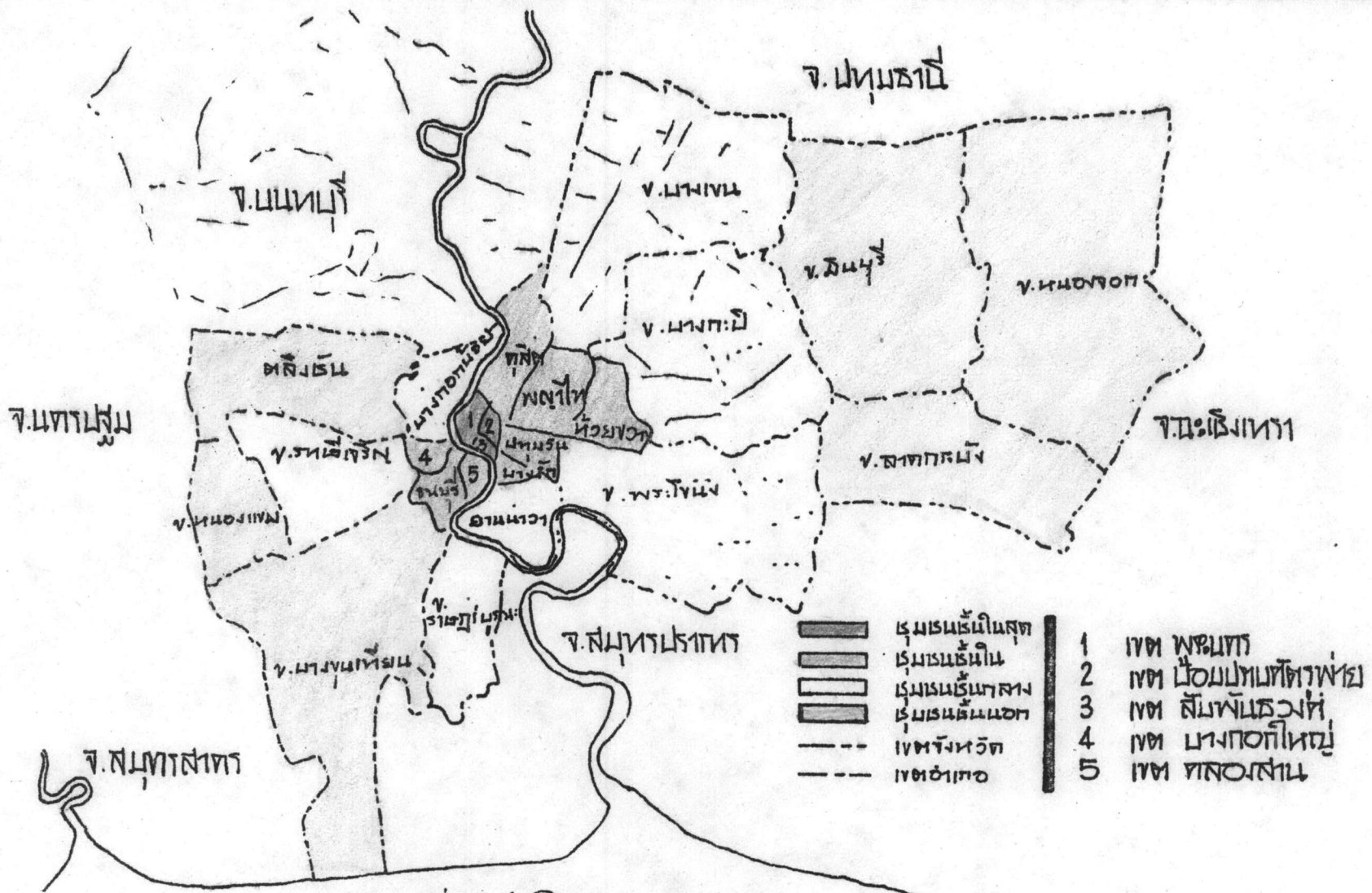
ตารางที่ 1 ความหนาแน่นของประชาชนในเขตต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานคร

เขต	เนื้อที่เป็น ตารางกิโลเมตร	ประชากรทั้งหมด	ประชากรต่อเนื้อที่ ตารางกิโลเมตร
พระนคร	5.536	123,258	22,265
ป้อมปราบศัตรูพ่าย	1.931	190,485	98,646
ปทุมวัน	8.369	235,244	28,109
สัมพันธวงศ์	1.416	77,156	54,489
บางรัก	5.536	130,956	23,655
ยานนาวา	36.909	380,205	10,301
ดุสิต	22.210	475,525	21,410
พญาไท	21.110	519,526	24,610
ห้วยขวาง	9.5	200,928	21,150
พระโขนง	143.559	522,576	3,640
บางเขน	169.310	386,961	2,286
บางกะปิ	158.781	252,987	1,593
หนองจอก	236.261	51,121	216
มีนบุรี	174.331	55,261	317
ลาดกระบัง	123.859	42,455	343
ชนบุรี	8.626	261,723	30,341
คลองสาน	6.051	140,132	23,158
บางกอกน้อย	23.304	382,433	16,411
บางกอกใหญ่	6.18	100,839	16,397
ภาษีเจริญ	53.947	182,965	3,392

ตารางที่ 1 ความหนาแน่นของประชาชนในเขตต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานคร (ต่อ)

เขต	เนื้อที่ ตารางกิโลเมตร	ประชากรทั้งหมด	ประชากรต่อเนื้อที่ ตารางกิโลเมตร
บางขุนเทียน	181.156	203,812	1,125
คลองตัน	79.698	67,581	848
ราษฎร์บูรณะ	42.874	113,462	2,646
หนองแขม	48.283	42,233	875

ที่มา : กองปกครองและทะเบียน ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร กระทรวงมหาดไทย 31 ธันวาคม 2523



แผนที่ แสดงเขตพื้นที่โครงการพัฒนาทางน้ำ
ที่มา : สำนักงานเขื่อนลุ่มน้ำมูลล่าง กรมชลประทาน กระทรวงมหาดไทย

ลักษณะการดำเนินชีวิตของประชาชนชุมชน เมืองและชุมชนชนบทในกรุงเทพมหานคร

ในการพิจารณาว่าชุมชนใดเป็นชุมชนเมืองและชุมชนใดเป็นชุมชนชนบทนั้น ต้องพิจารณาเปรียบเทียบถึงความแตกต่างของสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตของกลุ่มคนในชุมชนนั้นเป็นเกณฑ์ ในส่วนที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ของกรุงเทพมหานคร ได้กล่าวถึงความแตกต่างของชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมาแล้ว ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะลักษณะการดำเนินชีวิตของทั้งสองชุมชน ในส่วนที่เกี่ยวกับชุมชนเมืองได้มีผู้ให้แนวความคิดไว้ต่าง ๆ กันเช่น

พอล มิโอ ¹ (Paul Meadow) วิเคราะห์และให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของชาวเมืองว่า เป็นเรื่องของการปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรม ซึ่งมีรูปแบบโดยสรุปดังนี้

1. ลักษณะการประกอบอาชีพของบุคคลในชุมชนเมืองจะไม่ได้ทำการเกษตรกรรมแต่มีอาชีพอื่น ๆ เช่น อาชีพบริการ ผลิตภัณฑ์ พาณิชยกรรม เป็นต้น
2. ระบบเศรษฐกิจมีลักษณะเป็นระบบตลาด
3. มีการพัฒนาความก้าวหน้าของการเรียนรู้และศิลปวิทยาการต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง

เนลส์ แอนเดอร์สัน ² (Nels Anderson) ได้กล่าวถึงชีวิตชาวเมืองไว้โดยสรุปดังนี้

1. ลักษณะการประกอบอาชีพของประชาชนจะอาศัยความชำนาญเฉพาะอย่าง

¹ Paul Meadows, Urbanism, Urbanization and Change : Comparative Perspectives, 2 nd. ed. (Reading, Mass : Addison Wesley Pub., 1976), p.2.

² Nels Anderson, The Industrial Urban Community, Historical and Comparative Perspectives, (New York : Appleton-Century, 1976), pp.8-9.

และมีการประกอบอาชีพหลายๆ อาชีพซึ่งมีผลมาจากการแข่งขันกันทางเศรษฐกิจและเทคโนโลยีสมัยใหม่

2. วิธีการดำเนินชีวิตของชุมชนเมืองเกี่ยวข้องกับเครื่องจักร และใช้เทคโนโลยีมากขึ้นในการผลิตสินค้า

3. ชาวเมืองถือสถานภาพทางสังคมจากการประกอบอาชีพ การแต่งกาย สภาพที่อยู่อาศัย การศึกษา ซึ่งชาวชนบทมักไม่ยึดถือเรื่องเหล่านี้

4. ประชาชนชุมชนเมืองมักจะต่างคนต่างอยู่ มีการติดต่อกันแบบชั่วคราว ซึ่งต่างกับประชาชนในชุมชนชนบท ซึ่งมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน

5. ประชาชนในชุมชนเมือง พร้อมทั้งจะรับความเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ มีความคาดหวังในการเปลี่ยนแปลง และมีความริเริ่มที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

6. ในชุมชนเมือง เงินมีบทบาทในการกำหนดค่านิยมซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจ จากระบบเศรษฐกิจแบบครอบครัว เป็นระบบเศรษฐกิจที่ใช้เงินตรา

คิงสลีย์ เดวิส¹ (Kingsley Davis) ได้กล่าวถึงลักษณะบางประการของประชาชนในชุมชนเมืองไว้โดยสรุปดังนี้

1. ประชาชนในชุมชนเมืองมีความคิดที่กว้างขวาง ยอมรับสิทธิของผู้อื่นที่จะมีพฤติกรรมและความเห็นที่ต่างกันได้

2. ในสังคมเมืองมีกฎหมาย บทบัญญัติขององค์การต่าง ๆ คอยควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกในสังคม

3. ในสังคมเมืองมีทั้งการแข่งขันและการแบ่งแรงงาน จึงยึดสถานภาพทางความสามารถในการทำงานของบุคคลเป็นสิ่งที่เลื่อนชั้น เลื่อนตำแหน่ง ซึ่งเป็นผลถึงการเลื่อน-

¹

Kingsley Davis, "The Origin and Growth of Urbanization in the World", Population and Society, (Boston : Houghton Mifflin Company, 1968), p. 329 - 336.

ชั้นในสังคมด้วย

และเกี่ยวกับสังคมเมืองกรุงเทพมหานคร อานนท์ อากาภิรม¹ ได้กล่าวถึงลักษณะของสังคมเมืองกรุงเทพมหานครไว้โดยสรุปดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างคนกรุงเทพมหานคร เป็นไปในลักษณะทุติยภูมิ (Secondary) คือมีความสัมพันธ์กันตามลักษณะหน้าที่การงานและผลประโยชน์ตอบแทนเป็นสำคัญ
2. กรุงเทพมหานครเป็นจุดรวมของบุคคลที่มีลักษณะแตกต่างกัน เนื่องมาจากมีการอพยพย้ายถิ่นของชาวต่างจังหวัดเข้ามาอยู่ตลอดเวลา ตัวเมืองขยายออกไปเรื่อย ๆ บุคคลประกอบอาชีพต่าง ๆ กันหลายประเภท
3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นไปอย่างรวดเร็ว สืบเนื่องมาจากความก้าวหน้าของระบบอุตสาหกรรม และความเจริญทางวิทยาการ ึ่งเกิดการสร้างสรรค์และวิถีการใหม่ ๆ อยู่เสมอ เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมตลอดเวลา
4. การเคลื่อนไหวทางสังคมมีมาก เนื่องจากมีการแข่งขันในการดำเนินชีวิต และการประกอบอาชีพ มีการเลือกประกอบอาชีพและเปลี่ยนอาชีพอยู่เสมอ ประกอบกับการอพยพมีมากทำให้สังคมเคลื่อนไหวมาก
5. สังคมกรุงเทพมหานครมีความเจริญทางวัตถุมาก แต่ความเจริญทางด้านจิตใจไม่ทันทางวัตถุ จึงมีการล่าหลังทางวัฒนธรรม
6. ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว เนื่องจากภาวะการดำเนินชีวิตในกรุงเทพมหานคร ต้องพึ่งตัวเองอยู่ตลอดเวลา เมื่อสมาชิกในครอบครัวแต่งงาน จึงนิยมแยกออกไปจากครอบครัวเดิม
7. ครอบครัวไม่ค่อยมีความมั่นคง เนื่องจากสังคมกรุงเทพมหานครมีการแข่งขันกันสูงมาก สมาชิกของครอบครัวมีกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติเพิ่มขึ้นทุกวัน เวลาที่จะพบกันมีน้อย เพราะทุกคนต่างดิ้นรนเพื่ออนาคตของตนทำให้สมาชิกในครอบครัวขาดความใกล้ชิดและความ

¹ อานนท์ อากาภิรม, มนุษย์กับสังคม : สังคมและวัฒนธรรมไทย, หน้า 234-

เห็นอกเห็นใจ ซึ่งจะนำไปสู่ความไม่มั่นคงของครอบครัวในที่สุด

8. มีความก้าวหน้าในระบบการศึกษาสูง จึงเป็นศูนย์กลางของความเจริญก้าวหน้าและเป็นที่รวมของนักวิชาการสาขาต่าง ๆ

9. ความเห็นอกเห็นใจมีน้อย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงและความเคลื่อนไหวทางสังคมสูง คนกรุงเทพฯ หาดูกันจึงได้รับความกดดันจากผลของการแข่งขันในการประกอบอาชีพและการต่อสู้เพื่อความอยู่รอด ทำให้คนกรุงเทพฯ เห็นแก่ตัวและแค้นน้ำใจ

จากสภาพแวดล้อมและลักษณะของชุมชนเมืองในกรุงเทพฯ หาดูกันดังกล่าว จะเห็นว่า ชาวเมืองกรุงเทพฯ ต้องตกอยู่ในสภาวะความตึงเครียดทั้งจากสิ่งแวดล้อมภายนอกอันได้แก่ การต่อสู้ ถิ่นร่นเพื่อการดำรงชีพ สภาพมลพิษต่าง ๆ และความตึงเครียดจากภายในตนเอง ในอันที่จะต้องพบกับความวิตกกังวล จากความผันผวนเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ สภาพเช่นนี้ย่อมทำให้ประชาชนในชุมชนเมืองมีโอกาสที่จะมีปัญหาทางจิตเวช หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ได้ ส่วนในอีกด้านหนึ่งของกรุงเทพฯ ซึ่งยังมีลักษณะเป็นชุมชนชนบท เนื่องจากอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ และประกอบอาชีพทางการเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ นั้น ประชาชนในถิ่นนี้จะมีลักษณะการดำเนินชีวิตไปอีกแบบหนึ่ง ซึ่งในส่วนลักษณะการดำเนินชีวิตของชุมชนชนบทในสังคมไทยมีลักษณะทั่วไปโดยสรุปดังนี้

1. ครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันแบบปฐมภูมิ กล่าวคือสมาชิกของครอบครัวร่วมกันทำงาน และมีชีวิตความเป็นอยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิดในระบบงาน การเกษตรกรรม ผลผลิตในการเกษตรจะใช้สอยร่วมกันในค่านของการบริโภค และเป็นรายได้ให้แก่ครอบครัว การปกครองครอบครัวส่วนใหญ่ ผู้ชายเป็นใหญ่ เป็นผู้นำครอบครัว

2. มีความผูกพันในสถาบันศาสนามาก เนื่องจากสภาพแวดล้อมและการดำเนินชีวิตที่เป็นธรรมชาติและไม่มีพิธีรีตอง มีเวลาว่างเว้นจากการทำงานก็มักจะทำบุญทำกุศลเป็นที่รวมกลุ่มเพื่อประกอบกิจกรรมต่าง ๆ จึงทำให้วัดเป็นสถานที่ประกอบกิจกรรมสาธารณะของชุมชน เช่น เป็นสถานที่ศึกษา เป็นหน่วยการปกครองโดยถือว่าการอบรมศีลธรรมแก่ประชาชนในชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการควบคุมสังคม นอกจากนี้วัดยังเป็นสถานที่สันทนาการ และเป็นสถานที่พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่อง เศรษฐกิจ การเมืองและสังคมของ

ประชาชนในชุมชนอีกด้วย

3. มีการยึดมั่น ตีอมนั้นในประเพณี เนื่องจากสภาพงาน เกษตรกรรมอยู่ภายใต้ กฎธรรมชาติ ประกอบกับชาวชนบทส่วนใหญ่มีความรู้รอบรู้ จึงทำให้ชาวชนบทไม่กล้าปฏิบัติสิ่ง ใดนอกเหนือไปจากสิ่งที่ตนเคยได้รับการอบรมสั่งสอนมาจากบรรพบุรุษ ไม่กล้าพอที่จะตัดสินใจ เปลี่ยนแปลงวิธีการใหม่ ๆ มาปฏิบัติ จึงยังคงยึดมั่นประเพณีเดิม ซึ่งการยึดมั่นในประเพณีนี้ มีทั้งผลดีและผลเสีย กล่าวคือ ในด้านของผลดีทำให้การควบคุมสังคมทำได้อย่างแข็งขัน ไม่ มีผู้ฝ่าฝืนสังคม ทำให้สมาชิกในสังคมมีความผูกพันกันแน่นแฟ้น รักถิ่นที่อยู่และหวงแหนสังคม ของตน ในด้านของผลเสีย ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง ริเริ่มสร้างสรรค์สิ่งใหม่ การเปลี่ยนแปลงและความเคลื่อนไหวในสังคมจึงมีน้อย

4. ความสัมพันธ์ของสมาชิกในชุมชนชนบทอยู่ในลักษณะของกลุ่มปฐมภูมิ (Primary group) กล่าวคือสมาชิกรู้จักคุ้นเคยกัน สนใจในเรื่องเดียวกัน และมีความร่วมมือกันเป็น อย่างดี

5. สังคมชนบทส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เนื่องจากความผูกพันอย่าง ใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ ดังนั้นสิ่งแวดล้อมเหล่านี้จึงมีอิทธิพลเหนือความรู้สึกนึกคิด และชีวิตความเป็นอยู่ของชาวชนบท ดังนั้นจึงเกิดความเชื่อเกี่ยวกับ เจ้าป่า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และอิทธิฤทธิ์ต่าง ๆ ตามคำบอกเล่า จึงมีประเพณีต่าง ๆ เช่น การเซ่นไหว้เพื่อขอพร ขอ- หวยเบอร์ ขอฝน และอื่น ๆ

6. สังคมชนบทสนใจในเรื่องงานพิธี สืบเนื่องมาจากความเชื่อถือในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และโชคลาง ดังนั้นงานพิธีต่าง ๆ จึงมีการปฏิบัติกันอย่างเคร่งครัด โดยหวังผลใน 2 ประการคือ เพื่อความเจริญรุ่งเรือง ความสงบสุขของตน และเพื่อทำลายอุปสรรคสิ่งชั่วร้าย ต่าง ๆ อันจะเกิดแก่ชีวิตและทรัพย์สินของตนและสังคม

จากความแตกต่างของสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์และลักษณะสังคมของชุมชนเมือง และชุมชนชนบทในกรุงเทพมหานคร จึงกล่าวโดยสรุปว่า ชุมชนชั้นในและชั้นกลางซึ่งเป็นย่าน อุตสาหกรรม พาณิชยกรรม ย่านที่อยู่อาศัยที่หนาแน่นจะมีลักษณะสังคมเป็นแบบสังคมเมือง ซึ่ง มีสภาพแวดล้อมที่เป็นผลมาจากการประดิษฐ์คิดค้นทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่

มีการดำเนินชีวิตที่สลับซับซ้อน รีบเร่งและแก่งแย่งกัน มีความสัมพันธ์กันแบบกลุ่มทุติยภูมิ (Secondary group) คือมีความสัมพันธ์กันตามหน้าที่การงาน ต่างคนต่างอยู่ ส่วนชุมชนชั้นนอกของกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นย่านเกษตรกรรม จะมีลักษณะสังคมไปอีกแบบหนึ่ง โดยมีลักษณะเป็นชุมชนชนบท ดังนั้นวิถีความเป็นอยู่ของประชาชนในย่านนี้จึงยังคงคล้ายกับสังคมชนบทซึ่งมีสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติเป็นส่วนใหญ่ มีวิถีการดำเนินชีวิตแบบกลุ่มปฐมภูมิ (Primary group) คือรู้จักคุ้นเคยกับเพื่อนบ้านดี ได้รับความช่วยเหลือร่วมกัน ออมชอมและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ซึ่งลักษณะสังคมที่แตกต่างกันดังกล่าวมานี้จึงทำให้ประชาชนในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทในกรุงเทพมหานคร มีปัญหาที่แตกต่างกันในที่นี้จะได้อธิบายเฉพาะปัญหาค่าสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุข ความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจของประชาชนในทั้งสองชุมชนดังนี้ ปัจจัยด้านสวัสดิการสังคม ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพ ปัจจัยด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ปัจจัยด้านความผูกพันทางศาสนา

ก. ปัจจัยด้านสวัสดิการสังคม

1. ชุมชนเมือง มีปัญหาด้านสวัสดิการสังคมดังนี้

1.1 ปัญหาที่อยู่อาศัย ปัญหานี้เกิดขึ้นเนื่องมาจากการขยายเมืองไม่มีผังเมืองที่ถูกต้องและมีการเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดแหล่งเสื่อมโทรม ที่อยู่อาศัยแออัดและสภาพการไร้ที่อยู่อาศัย

1.2 ปัญหาการคมนาคม เนื่องมาจากการจราจรที่ติดขัด ทำให้การคมนาคมติดต่อกันไม่สะดวก มีการสูญเสียทางด้านการธุรกิจ และมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนที่ต้องใช้ยานยนต์หรือการติดต่อสื่อสารอื่น ๆ

1.3 ปัญหาการศึกษา การเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็ว การขยายตัวของสถาบัน การศึกษาไม่ได้อัตราส่วนกับการเพิ่มของประชากร ทำให้ไม่มีสถานศึกษาเพียงพอกับจำนวนนักเรียนและคุณภาพการศึกษาก็ไม่ดี

1.4 ปัญหาการขาดสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ เมื่อประชาชนต้องพบกับความเครียดเนื่องจากความแออัด ความผิดเคืองของการประกอบอาชีพและอื่น ๆ ทำให้บุคคลต้อง

การสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ หากความสงบร่มเย็นและความปลอดภัย เพื่อเป็นการพักผ่อน คลายความตึงเครียด แต่สภาพเมืองกรุงเทพมหานคร มุ่งจะพัฒนาความเจริญของสถานที่และ วัตถุประสงค์อื่น ๆ โดยให้ความสำคัญต่อการจัดสถานที่พักผ่อนหย่อนใจให้ประชาชนน้อยจนเกินไป ที่มี อยู่ก็ไม่ปลอดภัยจากการจี้ปล้น ทำให้ประชาชนในเมืองขาดที่พักผ่อน

1.5 ปัญหาอากาศเสียและสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ การที่ประชาชนอยู่ร่วมกัน อย่างหนาแน่น ทำให้ขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูลไม่สามารถกำจัดออกได้ทัน รวมทั้งน้ำเสียจากบ้าน เรือน โรงงานอุตสาหกรรมก็ไม่สามารถระบายออกได้ทัน เกิดการหมักหมมของของเสีย เกิด ภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ น้ำเสีย อากาศเสีย เป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยเป็นอย่างมาก

1.6 ปัญหาด้านสาธารณสุข จากการแออัดและความเสื่อมโทรมของแหล่ง ที่อยู่อาศัย ความเสื่อมของภาวะแวดล้อมทำให้ประชาชนในชุมชนเมืองมีโรคร้ายไข้เจ็บมาก เป็นพิเศษและมีหลายชนิด ประกอบกับสถานบริการสาธารณสุขและบุคลากรทางด้านสุขภาพ มีจำนวนไม่เพียงพอที่จะให้บริการอย่างทั่วถึง ประชาชนจึงได้รับบริการด้านสุขภาพอนามัย ไม่ดีเท่าที่ควร

1.7 ปัญหาสาธารณูปการ ที่สำคัญคือ ถนน ไฟฟ้า น้ำประปา โทรศัพท์ ส่วนที่เป็นปัญหาทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพที่ไม่เพียงพอคือ ถนน น้ำประปาและโทรศัพท์ ส่วนไฟฟ้านั้นกำลังเป็นปัญหาสำคัญในอันที่ประเทศชาติกำลังประสบปัญหาขาดแคลนพลังงาน จึงทำให้ต้องประหยัดการใช้พลังงานในทุกวิถีทาง

1.8 ปัญหาคนชราและคนพิการ ปัญหานี้เป็นปัญหาที่สืบเนื่องมาจากความ เจริญทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทำให้คนอายุยืนมากขึ้น จึงมีคนชราเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกัน ปัญหาอุบัติเหตุต่าง ๆ ก็ทำให้มีคนพิการเพิ่มขึ้น จากภาวะการดำเนินชีวิตและการครองชีพ ในสังคมเมืองที่ต้องแข่งขัน ช่วยตัวเอง และต่างคนต่างอยู่ คนชราและคนพิการส่วนใหญ่ช่วย ตัวเองได้น้อย ต้องกลายเป็นภาระของครอบครัวและสังคมในที่สุด

1.9 ปัญหาด้านบริการของรัฐ ประชาชนในชุมชนเมืองต้องมีภาระติดต่อกับสถานราชการหลายแห่งในชีวิตประจำวัน เช่น ที่ทำการอำเภอ เทศบาล สถานีตำรวจ โรงพยาบาล ไปรษณีย์และอื่น ๆ ซึ่งสถานบริการของรัฐส่วนใหญ่ให้บริการที่เต็มไปด้วยระเบียบ

ทำให้ลาซา ความประพฤตินี้ไม่เหมาะสมของเจ้าหน้าที่ ตลอดจนจำนวนเจ้าหน้าที่และสถาน
บริการไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการรับบริการเป็นความขุ่นข้องเคืองเครียดทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

1.10 ปัญหาคนการเมืองและการปกครอง ความตึงเครียดทางการเมือง
และการปกครอง การประท้วง การนัดหยุดงาน มีผลกระทบต่อการค้าในชีวิตประจำวัน
ของคนเมืองเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะถ้าเป็นการนัดหยุดงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการ
ดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชน เช่น รถเมล์ ไฟฟ้า ยิ่งจะสร้างความเดือดร้อนให้กับ
คนเมืองมากขึ้น

2. ขุมชนชนบทมีปัญหาด้านสวัสดิการสังคมดังนี้

2.1 ปัญหาด้านการศึกษา ประชาชนในชนบทส่วนใหญ่ยังมีการศึกษาคำเมือง
จากสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่มีสถานที่เรียน ฐานะยากจน ขาดแคลนครูและอุปกรณ์
การสอน ตลอดจนประชาชนมีการเคลื่อนไหวติดต่อกับสังคมภายนอกน้อย

2.2 ปัญหาด้านอนามัย ในชนบทส่วนใหญ่ยังอยู่ในภาวะที่มีโรคภัยไข้เจ็บเบียด
เบียนอยู่มาก เนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น

- ขาดแคลนความรู้เกี่ยวกับคุณภาพของอาหาร
- ขาดแคลนน้ำบริโภคที่สะอาด
- การจับบ้านเรือนไม่ถูกสุขลักษณะ
- ขาดแคลนบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล
- นิยมรักษาโรคด้วยวิธีแผนโบราณและตามประเพณี

2.3 ปัญหาด้านบริการของรัฐ เนื่องจากงานบริหารราชการส่วนท้องถิ่นชนบท
ยังไม่เป็นผล เจ้าหน้าที่ของรัฐขาดความรู้ความสามารถในการเข้าถึงประชาชน ทำให้
ประชาชนไม่ค่อยได้เข้าติดต่อกับบริการของรัฐบาล



ข. ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพ

1. ชุมชนเมือง

1.1 ปัญหาคนว่างงาน เนื่องจากการเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็ว การขยายตัวของตลาดแรงงานและอาชีพไม่เพียงพอที่จะรองรับความต้องการที่เพิ่มขึ้น ทำให้คนไม่มีงานทำเป็นจำนวนมาก ซึ่งการว่างงานนี้มีส่วนให้เกิดปัญหาสังคมอื่น ๆ ตามมา

1.2 ปัญหาการครองชีพ ค่าครองชีพในเมืองสูงกว่าในชนบทมาก แครยไคของชาวเมืองบางส่วนไม่สอดคล้องกับรายจ่ายทำให้เกิดปัญหาค่าครองชีพขึ้น

1.3 ปัญหาการทำงานไม่ตรงกับความรู้ความสามารถ เนื่องจากตำแหน่งงานมีน้อย แต่คนมาก ดังนั้นจึงไม่ค่อยมีโอกาสเลือกงาน คนบางคนจึงต้องทำงานอย่างหนึ่งโดยที่ศึกษามาอีกอาชีพหนึ่ง จึงทำให้เกิดความขัดแย้งและความไม่พึงพอใจในการประกอบอาชีพของตน

2. ชุมชนชนบท

2.1 รายได้ต่ำ เนื่องจากขาดความรู้เรื่องการตลาดจึงเสียเปรียบพ่อค้าคนกลาง อีกทั้งระดับความต้องการของสินค้าเกษตรของไทยในตลาดต่างประเทศยังต่ำ การจำหน่ายจึงไม่กว้างขวาง เกษตรกรจึงรายได้ไม่ดี

2.2 ผลผลิตต่ำ เนื่องจากขาดความรู้ในเรื่องการผลิตแผนใหม่ ขาดแคลนน้ำ เงินทุนและแรงงาน

2.3 ขาดแคลนที่ดิน เนื่องจากไม่มีทุน และเนื้อดินเสื่อมคุณภาพ

2.4 ขาดแคลนแรงงาน เนื่องจากคนหนุ่มคนสาวอพยพเข้าเมืองกันเป็นส่วนใหญ่ เพื่อหางานและแสวงหาโชคลาภ แรงงานที่มีอยู่จึงไม่เพียงพอ

ค. ปัจจัยด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

1. ชุมชนเมือง

1.1 ปัญหาอาชญากรรม ปัญหานี้สืบเนื่องมาจากการว่างงาน การขาดการศึกษา ความยากจน และความเสื่อมโทรมทางด้านศีลธรรมจรรยา ทำให้สังคมเมืองมีคดีอุกฉกรรจ์ในอัตราสูงมาก มีคดีแปลกใหม่เกิดขึ้นเสมอ ทำให้ประชาชนในสังคมเมืองมีวิถีที่อยู่ด้วยความหวาดผวาเนื่องจากขาดความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินตนเอง

1.2 ปัญหาโสเภณี เนื่องจากการดำเนินชีวิตที่สับสน การผิดเคืองในการหารายได้และการแพร่หลายของสถานเริงรมย์ เช่น บาร์ ไนต์คลับ สถานอาบอบนวด จึงทำให้หญิงจำนวนมากสมัครใจที่จะหารายได้จากการเป็นโสเภณี และในบางส่วนทำให้เกิดคดีล่วงละเมิดทางเพศเพื่อค่าประเวณีกันมากขึ้น ปัญหานี้มีส่วนทำให้เกิดปัญหาอาชญากรรมที่ร้ายแรงอื่น ๆ เช่น ปัญหายาเสพติด

1.3 ปัญหายาเสพติด เนื่องจากความเครียดในการดำเนินชีวิต ภาวะบ้านแตกสาแหรกขาด เด็กขาดความอบอุ่นจากครอบครัว ตลอดจนความนิยมในการใช้ยาเสพติดที่แพร่หลายมาจากต่างประเทศ ทำให้คนไทยโดยเฉพาะในสังคมเมืองมีปัญหาค้นคดียาเสพติดกันมากขึ้น ปัญหานี้เป็นที่มาของปัญหาความเสื่อมของสุขภาพอนามัยทั้งทางกายและทางจิต ปัญหาการประกอบอาชญากรรม

2. ชุมชนชนบท

ปัญหาการขาดความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินในชนบทส่วนใหญ่มาจากการลักขโมย การขาดกำลังเจ้าหน้าที่ซึ่งทำหน้าที่คุ้มครองประชาชนอย่างแท้จริง

ง. ปัจจัยด้านความผูกพันทางศาสนา

1. ชุมชนเมือง

จากการดิ้นรนเพื่อการดำรงชีวิตและความรีบเร่งในชีวิตประจำวันทำให้คน

ในชุมชนเมืองห่างจากสถาบันศาสนามากขึ้น การประกอบกิจกรรมทางศาสนาจะทำเฉพาะในพิธีการพิเศษเท่านั้น ความผูกพันในด้านความสัมพันธ์กับธรรมเนียมต่าง ๆ มองเห็นไม่ชัดเจน

2. ชุมชนชนบท

เนื่องจากคนในชนบทยังถือวัดเป็นศูนย์กลาง สถาบันทางศาสนายังเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นความรู้สึกรู้สึกถึงความเชื่อจึงยังยึดมั่นอยู่ในเรื่องของศาสนา พิธีการต่าง ๆ มากกว่าชาวเมือง

สิ่งแวดล้อมกับสุขภาพจิต

ตามความหมายของคำว่า สุขภาพจิตตามความหมายในพจนานุกรม ซึ่งให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ หมายถึง ความไม่มีโรค ความเป็นสุข ส่วนจิต หมายถึง ความนึกคิด ดังนั้น สุขภาพจิต จึงหมายถึง ความนึกคิดที่เป็นสุขปราศจากโรค แพทย์หญิง สุภา มาลากุล¹ กล่าวว่า สุขภาพจิตไม่ใช่เรื่องของโรคจิต โรคประสาทเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับ ความนึกคิด ความรู้สึก และการกระทำของบุคคล ซึ่งยากจะให้คำจำกัดความสั้น ๆ ได้ นอกจากจะกล่าวโดยความหมายจากสิ่งที่มองเห็นได้ว่า สุขภาพจิตคือ ความมั่นคงทางใจ นั่นเอง

ณรงค์ศักดิ์ ทะละภักดิ์² ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพจิตว่า คือ สุขภาพของความคิด และจากผลการประชุมวิชาการทางสุขภาพจิตระหว่างวันที่ 21 มกราคม ถึงวันที่

¹ สุภา มาลากุล, "สุขภาพจิต," ใน สุขภาพจิตศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3 หน้า 1 (พระนคร: โรงพิมพ์มิตรสยาม, 2521).

² ณรงค์ศักดิ์ ทะละภักดิ์, "การผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้าสู่ชุมชนทั่วประเทศ," ศูนย์สุขภาพจิต (กรุงเทพมหานคร : กองสุขภาพจิต, 2522), (อัคราเนาว)

25 มกราคม พ.ศ. 2523¹ ได้ให้ความหมายและขอบเขตของคำว่า สุขภาพจิตไว้ว่า ลักษณะของสุขภาพจิตที่ดี หมายถึงลักษณะที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่อไปนี้

1. สภาวะทางอารมณ์ อารมณ์ปกติมั่นคง ไม่เจ้าอารมณ์หรือถูกกระทบกระเทือนง่าย ปราศจากความเครียดหรือความวิตกกังวล
2. สภาวะทางสังคมและการปรับตัว สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเป็นปกติสุข ไม่สร้างพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเคืองแค้นแก่ตนเองและผู้อื่น
3. สภาวะทางสติปัญญา สามารถเผชิญปัญหาหรือแก้ปัญหาได้และดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ
4. สภาวะทางกาย ปราศจากอาการของโรคที่มีผลจากความเครียดและความวิตกกังวลทางจิตใจ

ขอบเขตของสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้เฉพาะตัวของบุคคล การอบรมเลี้ยงดู และสภาพแวดล้อม

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพจิตนั้น ฟรีแมน² (Freeman) ได้กล่าวถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพจิตว่า ยังไม่มีความสัมพันธ์แบบเหตุและผล (Course and effect) โดยตรงระหว่างสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจิต แต่สิ่งแวดล้อมก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาการปรับตัว โดยที่ยังไม่รู้ว่าทั้งสองทางานควบคู่กันอย่างไร ซึ่งการศึกษาสัมพันธ์ภาพของสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพจิตนี้มีปัจจัยในการศึกษา 3 ประการคือ

¹ สุขภาพจิต, กอง, "รายงานการประชุมวิชาการทางสุขภาพจิต," (กรุงเทพมหานคร : กองสุขภาพจิต, 2523), (โรเนียว).

² Hugh Freeman, "Mental Health and the Environment", British Journal of Psychiatry 132 (1978) : 113 -124.

1. ตัวสิ่งแวดล้อมแท้ ๆ อันเป็นวัตถุหรือบุคคลในสังคม
2. บุคคลรับรู้สิ่งแวดล้อมนั้นอย่างไร
3. ปฏิกริยาทางสรีรศาสตร์ อารมณ์และความประพฤติกี่เกิดขึ้นแก่บุคคล

จิรา สาคกรพันธ์¹ กล่าวว่า ความคิดเรื่องผลกระทบของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อสุขภาพจิตของประชาชนมีมาตั้งแต่สมัยศตวรรษที่ 18 โดยเห็นว่าความเครียดต่าง ๆ เป็นสาเหตุให้คนเสียบรรยากาศและได้อางคำกล่าวของ อเล็กซานเดอร์ ไลตัน (Alexander Leighton) ที่กล่าวว่า สาเหตุที่ทำให้ประชาชนสุขภาพไม่ดีเนื่องจากระบบสังคม นอกจากจะไม่สนองความต้องการของประชาชนในสังคมนั้น ๆ ยังสร้างความเครียด ความคับข้องใจให้เกิดขึ้นอีกด้วย นอกจากนั้น จิรา สาคกรพันธ์ ยังได้อีกกล่าวถึงสภาพของกรุงเทพมหานครที่มีการขยายเมือง มีการเพิ่มของประชากรจนขาดความสมดุลย์ทางนิเวศวิทยา คนอยู่กันอย่างหนาแน่นยึดเยียด กล่าวได้ว่าคนในกรุงเทพมหานครต้องแย่งกันอยู่ แย่งกันกิน แย่งกันทำมาหากิน แย่งกันเดินทาง แย่งกันในทุก ๆ อย่างเช่นนี้ จะทำให้คนในกรุงเทพมหานครมีความสุขได้อย่างไร มีสุขภาพจิตดีได้อย่างไร

อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่มีผลการวิจัยที่เสนอชัดเจนออกมาว่า สภาพแวดล้อมเป็นสาเหตุโดยตรงของปัญหาสุขภาพจิต แต่สภาพแวดล้อมก็เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ดังตัวอย่างผลการวิจัยของ รัชนี้ ขวัญบุญจัน พัทธา กาญจนารัตน์ และพรรณราย ทรัพย์ประภา² ได้ศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของประชากรในบริเวณพื้นที่ชลประทาน

¹จิรา สาคกรพันธ์, "การเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่มีผลต่อสุขภาพจิตของประชาชน," (เสนอต่อที่ประชุมสุขภาพจิตประจำปี ครั้งที่ 34 ระหว่างวันที่ 19 -23 มกราคม 2523 กรมการแพทย์), (อัครสำเนา)

²รัชนี้ ขวัญบุญจัน, พัทธา กาญจนารัตน์ และพรรณราย ทรัพย์ประภา, "การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของประชากรพื้นที่ชลประทานโครงการป่าสักใต้และบริเวณกรุงเทพมหานคร," รายงานการวิจัย, (กรุงเทพมหานคร : 2522), (อัครสำเนา)

โครงการป่าสักใต้ และบริเวณกรุงเทพมหานคร ศึกษาประชากรบริเวณละ 200 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ปัญหาสุขภาพจิต SCL -90 (^{Symptom} Systemic Checklist-90) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าที (t-test) ได้ผลการศึกษาวา ประชากรในพื้นที่เขตประทานโครงการป่าสักใต้ และประชากรที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครมีปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกัน และประชากรในเขตกรุงเทพมหานครที่อาศัยในย่านอุตสาหกรรม แหล่งเสื่อมโทรม หมู่บ้านจัดสรร เขตชานเมือง และย่านการค้า มีปัญหาด้านสุขภาพจิตแตกต่างกัน

ในการวิจัยเรื่องเดียวกันนี้ กล่าวเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกรุงเทพมหานคร ได้ตีความหมายปัญหาสุขภาพจิตของประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครว่า มีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกกังวล ภาระจนระวาย กลัว และความรู้สึกตึงเครียด มีความรู้สึกหรือการกระทำที่เป็นลักษณะของความรู้สึกโกรธแค้น ขุนเคือง ก้าวร้าวอยากทำลาย มีความรู้สึกระแวงสงสัย ไม่เป็นมิตร หลงผิดและโทษผู้อื่น รวมไปถึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมโรคจิตอีกด้วย และจากการเปรียบเทียบแต่ละกลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างจากแหล่งเสื่อมโทรมมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ แทบทุกด้าน ยกเว้นด้าน ความคิดระแวง (Paranoid Ideation), ซึ่งเป็นแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในย่านธุรกิจการค้า ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในย่านอุตสาหกรรม กลับมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าทุกกลุ่ม

นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์¹ ได้ศึกษาสุขภาพจิตของคนในชุมชนระดับกลางย่านชานเมืองของกรุงเทพมหานคร โดยการศึกษากรณีเฉพาะรายที่ชุมชนคลองจั่น พบว่าคนฐานะระดับชั้นกลางของชุมชนคลองจั่น มีความกดดันด้านจิตใจมาก ประสาทเครียด และอยู่อย่างตัวใครตัวมัน ดังนั้นเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาโรคจิต โรคประสาท จึงมักจะมีอาการรุนแรงมาก

¹ นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์, "สุขภาพจิตของคนในชุมชนระดับกลางย่านชานเมืองของกรุงเทพมหานคร," วารสารจิตวิทยาคลินิก 9 (ธันวาคม 2521) : 5 -16.

เอ คาเมล¹ (A. Kamel) กล่าวถึงเรื่องสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพจิตว่า จากการที่ชุมชนขยายตัวขึ้นกลายเป็นชุมชนเมือง สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปนี้จะทำให้เกิดภาวะจิตแปรปรวนได้หรือไม่นั้น คาเมล ได้ยกคำกล่าวของ ดีวีย์ (Dewey) ที่ว่า "ในการแก้ปัญหาสังคมเมืองนั้น เราไม่สามารถแยกพฤติกรรมของบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมที่เขามีชีวิตอยู่ได้" คำกล่าวนี้ แสดงให้เห็นถึงความเชื่อว่าสิ่งแวดล้อมย่อมมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล

จากผลการศึกษาและการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ย่อมเป็นข้อสนับสนุนว่า สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตแก่ประชาชนได้ แต่เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตชุมชนนั้น เป็นปัญหาที่สลับซับซ้อนเกี่ยวเนื่องมาจากหลายสาเหตุ เช่น บุคลิกภาพ เศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง วัฒนธรรมและลักษณะเฉพาะของชุมชนนั้น ดังนั้นประชากรที่อยู่ในชุมชนที่มีลักษณะเฉพาะต่างกัน ย่อมมีปัญหาแตกต่างกัน เช่นเดียวกับชุมชนเมืองและชุมชนชนบทของกรุงเทพมหานคร ที่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน และกรุงเทพมหานคร เป็นเมืองที่มีประชากรมีปัญหาสุขภาพจิตมากและเพิ่มขึ้นทุกปี คงจะเห็นได้จากสถิติต่อไปนี้²

¹A.Kamel, "The Delivery of Mental Health Care : Principles of Preventive Action in Mental Health Care", Mental Health Service in Developing Countries, (Geneva : World Health Organization, 1970), p.54

² กองสุขภาพจิต, กรมการแพทย์, "จำนวนผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2517 - 2522," (อัครสำเนา).

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช กรมการแพทย์ ทั่วประเทศ
ระหว่างปี พ.ศ. 2517 - 2522

พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยนอก	จำนวนผู้ป่วยใน	รวม
2517	284,376	28,318	312,694
2518	307,920	27,726	335,646
2519	340,082	29,229	369,311
2520	376,523	31,871	403,394
2521	435,629	46,195	481,824
2522	463,801	47,737	511,538

ที่มา : กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์

จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มขึ้นทุกปี แสดงให้เห็นว่าบุคคลมีความเครียด ความ
กังวลมากขึ้นจนมีปัญหาด้านจิตเพิ่มขึ้น

เนื่องมาจากความแตกต่างของชุมชนเมืองและชุมชนชนบทดังกล่าว ปัญหาและ
ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตย่อมมีลักษณะและระดับที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามแม้ว่า
ชุมชนเมืองและชุมชนชนบทจะมีสภาพแวดล้อมและวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน แต่ประชาชน
ในแต่ละชุมชนก็มีความกดดัน ซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียดในจิตใจที่จะก่อให้เกิดปัญหา
สุขภาพจิตได้เช่นเดียวกัน แม้ในชุมชนชนบทในกรุงเทพมหานครจะแออัด มีปัญหาสังคมน้อยกว่า
ชุมชนเมือง แต่ชุมชนชนบทก็เป็นชุมชนที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการขยายตัวเมือง
และการพัฒนาทางวิทยาการสมัยใหม่ สิ่งเหล่านี้ทำให้วิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมของชนบท
เปลี่ยนไป ซึ่งอาจเป็นปัญหาคำณการปรับตัวแก่ประชาชนได้ ในชุมชนใดก็ตามหากประชาชน
ในชุมชนนั้นมีปัญหาสุขภาพจิตและไม่ได้รับการป้องกันแก้ไข ปัญหานั้นก็จะเพิ่มขึ้น กลายเป็น
สาเหตุของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาทของประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นปัญหาสังคม

ที่มีความสำคัญและยากต่อการแก้ไข

แนวความคิดในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน

จากการเห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดโรคจิต โรคประสาทในชุมชน จึงทำให้เกิดแนวความคิดในการจัดบริการสุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health Service) ซึ่งนายแพทย์ณ แสงสิงแก้ว¹ ได้ให้ความหมายของงานสุขภาพจิตชุมชนไว้ว่า "เป็นงานที่ป้องกันโรคจิตในชุมชน ซึ่งชุมชนในที่นี้หมายถึง หมู่บ้าน ตำบลหรือชาวบ้านนอกโรงพยาบาลนั่นเอง" นอกจากนี้ นายแพทย์ณ แสงสิงแก้ว ยังได้ยกคำกล่าวของ ดร. ริวาโนเวว่า "สุขภาพจิตชุมชน เป็นแขนงหนึ่งของวิชาจิตเวชศาสตร์ ซึ่งนำเอาเทคนิคสาธารณสุขไปประยุกต์ในการป้องกันปัญหาคนไข้จิตเวช"

เฟรด เอช แฟรงเคิล² (Fred H. Frankel) กล่าวว่ามีความสัมพันธ์กัน อยู่เสมอระหว่างคำว่า จิตเวชกับสุขภาพจิต โดยความเป็นจริงแล้ว จิตเวช หมายถึง การวินิจฉัยและการรักษา ดังนั้นจิตเวชชุมชนจึงเป็นเรื่องของการนำการวินิจฉัยและการตรวจรักษาเข้าสู่ชุมชนเพื่อวินิจฉัยและรักษาผู้ที่มีอาการทางจิต โดยเร็วที่สุดก่อนที่จะเรื้อรัง ซึ่งยากต่อการรักษา ส่วนสุขภาพจิตชุมชนจะเน้นที่การป้องกันการเกิดโรคจิต ดังนั้นงานหรือบริการที่ให้อำนาจเน้นที่การป้องกัน

จากความหมายต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า บริการสุขภาพจิตชุมชนคือ กระบวนการในการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้แก่ประชาชนในชุมชนนั่นเอง

¹ ณ แสงสิงแก้ว, "จิตเวชชุมชนและสุขภาพจิตชุมชน", ในสุขภาพจิตศึกษา, หน้า 11 (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มิตรสยาม, 2521).

² Fred H. Frankel, "Perspective on Community Mental Health and Community Psychiatry", Mental Hygiene 54 (January 1970) :

ความเป็นมาของบริการสุขภาพจิตชุมชน

มีหลักฐานแน่ชัดว่าได้มีการมองเห็นความสำคัญของบริการสุขภาพจิตชุมชนกันอย่างแพร่หลายและจริงจังในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1949¹ โดยรัฐบาลสหรัฐอเมริกาได้เริ่มเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการป้องกันโรคทางจิตควบคู่ไปกับการรักษา จึงได้ให้งบประมาณแก่สถาบันต่าง ๆ เพื่อศึกษาวิจัยและปฏิบัติการทดลองต่าง ๆ เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพจิตชุมชนแก่ประชาชน ซึ่งได้ผลเป็นที่น่าพอใจ จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเวชลดน้อยลง ประชาชนพึงพอใจในบริการ ค.ศ. 1961² ได้มีรายงานการประชุมเกี่ยวกับการปฏิบัติการทางสุขภาพจิตของ Joint Commission on Mental Illness and Health ว่าได้มีการพัฒนาโครงการทางสุขภาพจิตใหม่ โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนค่านางประมาณและบุคลากร จัดให้มีศูนย์สุขภาพจิตที่ให้บริการอย่างสมบูรณ์แบบ 5 ประเภทคือ บริการผู้ป่วยนอก (Out-Patient) บริการผู้ป่วยใน (In-Patient) บริการโรงพยาบาลเฉพาะเวลา (Partial Hospitalization) บริการฉุกเฉิน (Emergency) และบริการให้คำปรึกษาและการศึกษา (Consultation-education) ซึ่งการปฏิบัติจะเน้นให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคม ค.ศ. 1963³ ได้มีกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชนขึ้นในสหรัฐอเมริกาโดยกำหนดให้ตั้งหน่วยสุขภาพจิตชุมชนขึ้นหนึ่งหน่วยในทุกชุมชนที่มีประชากร 50,000 คน หลังจากนั้นนางานบริการสุขภาพจิตชุมชนก็เจริญก้าวหน้าพัฒนาการเป็นรูปแบบต่าง ๆ มากมายโดยความร่วมมือของรัฐและประชาชน ตลอดจนองค์การเอกชน

¹Gerald Caplan, An Approach to Community Mental Health, (New York: Grune & Stratton Inc., 1961), p. 7.

²Woloshin and Goldbery, "Community Mental Health in the Civil Area", Mental Hygiene 54 (January 1970) : 16

³Gerald Caplan, An Approach to Community Mental Health, p. 8.

ในยุโรปจากรายงานของ เอ. อาร์. เมย์¹ (A.R. May) กล่าวว่าในการปฏิบัติงานทางจิตเวชสมัยใหม่ของยุโรปได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เน้นให้การรักษาผู้ป่วยและเก็บผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโรคจิต มาเป็นการจัดตั้งบริการป้องกันและรักษาขึ้นในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมเดิม หรือใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลให้น้อยที่สุด หลายประเทศในยุโรปได้จัดทำโครงการสุขภาพจิตชุมชนขึ้นโดยมีนโยบายเพื่อเป็นหลักปฏิบัติดังนี้

1. หลีกเลี่ยงการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล
2. ลดจำนวนเตียงรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลโรคจิต
3. ผสมผสานงานสุขภาพจิตชุมชนให้กระจายไปในงานบริการสังคมทั้งในและนอกระบบงานสาธารณสุข
4. ร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ในการป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคจิตในสังคม

นอกจากนั้นได้มีการเสนอแนะว่า ควรจะมีสถานบริการด้านสุขภาพจิตชุมชนซึ่งมีบุคลากรทางจิตเวชครบทีม 1 แห่งในชุมชนที่มีขนาดประชากร 100,000 - 350,000 คน หรือถ้าเป็นไปได้ อาจจะทำหน่วยบริการย่อย 1 หน่วยในพื้นที่ที่มีประชากร 60,000 - 80,000 คน

ในประเทศอื่น ๆ เช่น รัสเซีย ได้มีรายงานเกี่ยวกับการจัดตั้งโรงพยาบาลกลางวัน (Day Hospital) ของโรงพยาบาลจิตเวชแห่งแรกของประเทศรัสเซียขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1937 โดยที่เห็นความจำเป็นที่จะต้องจัดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่จะออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการกลับเข้าสู่โรงพยาบาลอีกครั้ง² ในเอเชียและแอฟริกา มีรายงาน

¹ A.R. May, "Patterns of Service," Mental Service in Europe, (Geneva : World Health Organization, 1976), p. 43.

² Donna C. Aguilera and Janice M. Mesick, Crisis Intervention, (Saint Louis : The C. C. Mosby, 1978), p. 7.

ขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1980¹ ว่า จากการขยายงานด้านสุขภาพจิตเข้าไป
ในสาขาต่าง ๆ ในประเทศอินเดีย ศรีลังกา ซินคัลและซูดาน พบว่าเป็นประโยชน์อย่าง-
ยิ่งในการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน (Primary Health Care)
แก่ประชาชนโดยเฉพาะประชาชนในประเทศที่กำลังพัฒนา

ส่วนในประเทศไทยนั้นงานสุขภาพจิตเริ่มมาจากในโรงพยาบาลจิตเวช² ดังนั้น
บริการส่วนใหญ่จึงเน้นอยู่ที่การรักษา ประกอบกับไม่มีกฎหมายหรือข้อบัญญัติใดที่บ่งให้ความ
สำคัญแก่งานด้านนี้อย่างจริงจัง งานสุขภาพจิตชุมชนของไทยแต่เดิมจึงแทบจะไม่มี การเคลื่อน-
ไหว งานสุขภาพจิตชุมชนที่แท้จริงงานแรกของไทยคือ การจัดตั้งศูนย์สุขภาพจิตเมื่อ พ.ศ.
2496³ (ค.ศ. 1953) มีนโยบายหลักในการปฏิบัติงานคือการป้องกันปัญหาและส่งเสริม
สุขภาพจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการเกิดโรคจิต โรคประสาท ด้วยวิธีการรักษา
ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ปกครองที่มีเด็กและเยาวชนมีปัญหาด้านอารมณ์ สังคมและความ-
ประพฤติ ต่อมางานด้านนี้ขยายออกมาเป็นศูนย์สุขภาพจิตเคลื่อนที่ ตลอดจนบริการให้คำแนะ-
นำปรึกษาด้านสุขภาพจิต ในศูนย์สาธารณสุขบางแห่งของกรุงเทพมหานคร

จากการประชุมขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 30 ในปี ค.ศ. 1977 ได้มีประ-
กาศนโยบาย "Health for All by the Year 2000" ประเทศไทยในฐานะ
สมาชิกหนึ่งขององค์การได้นำนโยบายนี้มาเป็นหลักในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ
ในส่วนที่เกี่ยวกับงานสุขภาพจิตชุมชน กองสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย
โครงการการผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบการให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานขึ้นทั่ว

¹ C.E. Climent, et al. "Mental health in primary health care",
WHO Chronicle 34 (September 1980) : 231-236.

² ณ แสงสิงแก้ว, สุขภาพจิตศึกษา, หน้า 15.

³ สุภา มาลากุล, สุขภาพจิตศึกษา, หน้า 3.

ประเทศ จึงเห็นได้รายงานสุขภาพจิตชุมชนของประเทศไทย เริ่มมีการตื่นตัวและมีการปฏิบัติกันอย่างจริงจังมาประมาณ 4 ปี โดยกำหนดโครงการสุขภาพจิตไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) ¹ ซึ่งมีหลักการและเหตุผลว่า บริการสุขภาพจิตประกอบด้วยหลักการในการดำเนินการ 3 ประการ คือ ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี รักษา พื้นฟูสมรรถภาพ

และได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ 7 ประการคือ

1. ปรับปรุงและขยายบริการที่มีอยู่เดิมให้ดีขึ้นทั้งปริมาณและคุณภาพ โดยเพิ่มจำนวนเตียงในมอัคราส่วน 1 เพียงต่อประชากร 400 คน เป็นอย่างต่ำ และให้มีอัคราส่วนผู้ป่วย 25 คนต่อแพทย์ 1 คน พยาบาล 4 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คนและนักจิตวิทยา 1 คน
2. ผลสมณสถานบริการสุขภาพจิตชุมชนเข้ากับบริการสาธารณสุข ปีละประมาณร้อยละ 10 ของบริการสาธารณสุขที่มีอยู่แล้ว เพื่อขยายบริการให้เข้าถึงประชาชนในชนบทมากที่สุด
3. ร่วมใช้การฝึกอบรมกับฝ่ายผู้ผลิตบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากรตามโครงการ
4. เพิ่มการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตให้เข้าถึงประชาชนและผู้ทำงานกับประชาชน
5. ติดตามผลการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่หมดอาการให้กลับเข้าสู่สังคมอย่างมีประโยชน์ และไม่เป็นภัยต่อสังคม
6. ศึกษา ค้นคว้า และวิจัยเรื่องต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ในการป้องกันและรักษา
7. รวบรวมสถิติ ข้อมูล และการประเมินผลในด้านการบริหาร วิชาการและบริการ

¹ เทพนม เมืองแมน, "งานสุขภาพจิตและการพัฒนาบ้านสาธารณสุข," วารสารรามาศิขิ 10 (สิงหาคม 2522) : 26.

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) ได้มีแนวทาง
ดำเนินงานด้านสุขภาพจิตดังนี้¹

- ✓ 1. จะเน้นหนักในด้านการส่งเสริมและป้องกัน
- ✓ 2. เร่งรัดพัฒนาบุคลากรที่มีอยู่ทุกระดับให้มีความเหมาะสมที่จะให้ไป
ปฏิบัติงานในชุมชนได้
- ✓ 3. สอดแทรกงานสุขภาพจิตเข้ากับงานสาธารณสุขมูลฐาน
- ✓ 4. จะเน้นหนักด้านบริการตั้งแต่ระดับอำเภอลงไป และจำกัดการขยาย
บริการในเขตเมือง
- ✓ 5. ส่งเคราะห์ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย
- ✓ 6. กลุ่มเป้าหมายของงานสุขภาพจิต คือ กลุ่มเยาวชน ซึ่งมีปัญหา
ที่สุด รวมทั้งสตรีและผู้สูงอายุ
- ✓ 7. การพัฒนาหน่วยบริการต่าง ๆ เน้นเรื่อง นโยบาย การวางแผน
การกระจายอำนาจและการบริการ

จากแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 และที่ 5 แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญและพัฒนาการของงานสุขภาพจิตชุมชนของประเทศไทยมีการแพร่หลายขึ้นตามลำดับ ประกอบกับปริมาณความต้องการบริการสุขภาพจิตของประชาชนเพิ่มขึ้น โดยมีข้ออ้างอิงจากผลการศึกษาของ สมทรง สุวรรณเลิศ, วิภา อินทรีย์งค์ และวรรณช มีทรัพย์² เรื่อง ผู้ป่วยจิตเวชกับงานป้องกัน โดยศึกษาข้อมูลจากสถิติจำนวนผู้ป่วยและงานป้องกัน ส่งเสริม

¹ อุดม ลักษณะวิจารณ์, งานสุขภาพจิต, เอกสารประกอบการประชุมสุขภาพจิตประจำปี ครั้งที่ 34, วันที่ 19 - 23 มกราคม 2523, กรมการแพทย์, (อัคราเนหา)

² สมทรง สุวรรณเลิศ, วิภา อินทรีย์งค์ และวรรณช มีทรัพย์, "ผู้ป่วยจิตเวชกับงานป้องกัน," วารสารจิตวิทยาคลินิก 10 (สิงหาคม 2522) : 25 - 36.

สุขภาพจิตของศูนย์สุขภาพจิตระหว่างปี พ.ศ. 2518 - 2520 จากการศึกษาส่วนหนึ่งพบว่า ประชาชนทั่วไปรู้จักบริการทางจิตเวชและสุขภาพจิตดีขึ้นว่าเป็นเรื่องของปัญหาทางจิตใจ และจำนวนผู้ขอรับบริการด้วยตนเอง มีจำนวนมากที่สุดและเพิ่มขึ้นทุกปี ผลการศึกษานี้สนับสนุนข้อคิดที่ว่า ระดับความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นของประชากร มีส่วนให้บริการสุขภาพจิตชุมชนแพร่หลายยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามบริการสุขภาพจิตชุมชนที่มีอยู่ในปัจจุบัน (พ.ศ. 2524) ซึ่งอยู่ในรูปของศูนย์สุขภาพจิต สถานรับเลี้ยงเด็กเวลากลางวัน (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) บริการให้คำปรึกษา แนะนำ เหล่านี้เป็นบริการที่จัดขึ้นโดยรัฐ เป็นผู้หยิบยื่นให้กับประชาชน และเป็นบริการที่แพร่หลายในบางส่วนของชุมชนเท่านั้น มีโครงการบางโครงการเท่านั้นที่กำลังดำเนินงานทั่วประเทศ เช่น "โครงการผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้าสู่ชุมชนทั่วประเทศ" ของศูนย์สุขวิทยาจิต โดยจัดร่วมกับศูนย์แนะแนวการศึกษาและอาชีพ กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการในโครงการ "อบรมความรู้บุคลากรแนะแนวทั่วประเทศ" ทางศูนย์สุขวิทยาจิต ใ้ขอเวลา 1 ชั่วโมงในหัวข้อเรื่อง "การส่งเสริมประสิทธิภาพในการเรียน" เพื่อเผยแพร่ความคิดด้านสุขภาพจิตออกสู่ชุมชนชนบท โดยผ่านบุคลากรระดับผู้นำโรงเรียน ซึ่งจากการประเมินผลนับว่า งานรุดหน้าไปด้วยดี เป็นที่พึงพอใจและได้รับประโยชน์เป็นอย่างดี¹ ซึ่งนอกเหนือจากโครงการนี้ยังไม่ปรากฏโครงการใดที่ปฏิบัติอย่างกว้างขวางและสนองต่อความต้องการของชุมชนนั้น ๆ อย่างแท้จริง

ลักษณะและรูปแบบของบริการสุขภาพจิตชุมชน

จากความเชื่อในค่านิยมของการเจ็บป่วยทางจิตในส่วนหนึ่งซึ่งเห็นว่า ความไร้สมรรถภาพของบุคคลเกิดจากการไร้สมรรถภาพของครอบครัวและของสังคม ดังนั้นการ

¹ ณรงค์ศักดิ์ ทะละภักดิ์, "การผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้าสู่ชุมชนทั่วประเทศ,"

รักษาและการป้องกันจึงไม่ควรที่จะมุ่งให้แต่เฉพาะบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเท่านั้น แต่จะต้องให้ความสนใจแก่ครอบครัวและชุมชนนั้นด้วย แนวความคิดนี้จึงทำให้เกิดลักษณะงานของสุขภาพจิตชุมชนขึ้น มายส์ เอฟ ชอร์¹ (Miles F. Shore) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับงานป้องกันปัญหาสุขภาพจิตว่า งานด้านจิตเวชเป็นงานที่หนักที่สุดในด้านของชุมชน เนื่องจากจุดเริ่มต้นของการป่วยทางจิตทุกชนิดมาจากสาเหตุที่ต่อเนื่องและต้องใช้เวลานาน ดังนั้นงานทางด้านงานป้องกันก็ต้องดำเนินติดต่อกันนาน

เฟรด เฮช. แฟรงเกิล² (Fred H. Frankel) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับงานสุขภาพจิตชุมชนว่า ในด้านคลินิก กล่าวได้ว่างานสุขภาพจิตชุมชนจะอยู่ใน 3 มิติด้วยกัน คือ

1. มิติด้านการรักษา มิตินี้เป็นการทำให้สมาชิกทุกคนในชุมชนสามารถที่จะประเมินอาการ วินิจฉัย ให้การรักษาเบื้องต้น และให้การดูแลภายหลังป่วยได้เป็นอย่างดี ซึ่งจากวัตถุประสงค์นี้ ต้องปรับปรุงรูปแบบใหม่ของการรักษาในโรงพยาบาลว่า ต้องให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลจะกระทำเท่าที่จำเป็นเท่านั้น และจะต้องให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชนเร็วที่สุด นอกจากนั้นให้มีการเปลี่ยนการรักษาผู้ป่วยนอก เป็นผู้ป่วยโรงพยาบาลกลางวัน จากผู้ป่วยในให้เป็นผู้ป่วยนอก และกระจายงานด้านการรักษาไปยังบุคลากรและสถาบันอื่น ๆ ให้มากขึ้น

2. มิติด้านการป้องกัน มิตินี้หมายถึงการให้คำแนะนำ ปรีกษาและการชี้แนะ ซึ่งโครงการนี้ ควรจัดให้มีในโรงเรียนประจำท้องถิ่น ในโรงงาน ในสถาบันศาสนา ศูนย์-

¹Miles F. Shore, "Public Psychiatry : The Public View", Hospital and Community Psychiatry 30 (November 1979): 768-771.

²Fred H. Frankel, Mental Hygiene 54, pp. 155-156.

รวมชาวบ้าน บริการในโครงการเหล่านี้จะมีส่วนในการช่วย เหลือบุคคลในภาวะที่เกิด
วิกฤติการณ์ของการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. ด้านการป้องกันขั้นต้นหรือการป้องกันก่อนเกิดโรคจิต มิตินี้เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับ
สุขภาพจิตของชุมชนอย่างแท้จริง โดยบริการที่จัดให้จะเกี่ยวข้องกับ ปัญหาสังคมเมือง ความ
ยากจน การว่างงาน การไร้การศึกษา การไร้ที่อยู่อาศัยและการแข่งขันแก่งแย่งกัน

ที่ ดับบลิว ฮาร์ดิง¹ (T.W. Harding) ได้กล่าวถึงรูปแบบใหม่ของการ
สุขภาพจิตในยุโรปว่า บริการสุขภาพจิตชุมชนที่ให้แก่ประชาชนนั้นจะมีรูปแบบซึ่งอยู่บนหลักการ
ป้องกัน 5 ประการคือ

1. บริการที่ให้อาศัยอยู่กับลักษณะพื้นฐานของชุมชนนั้น สิ่งอำนวยความสะดวกและ
บริการจะจัดเฉพาะแก่ชุมชนที่ไม่ใหญ่จนเกินไป ดังนั้นผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้
ง่ายและไม่ไกลจากที่อยู่
2. บริการที่ให้อาศัยต้องเป็นบริการที่ครบถ้วนสมบูรณ์แบบตามความต้องการของ
ชุมชนหรือตามปัญหาของชุมชนนั้น ๆ บริการพิเศษเฉพาะที่จัดขึ้นโดยองค์การทางศาสนาจะ
ต้องเกี่ยวข้องกับบริการของชุมชน
3. ประชาชนทุกคนจะต้องได้รับบริการที่มีมาตรฐานและคุณภาพเท่าเทียมกัน
4. คุณภาพและปริมาณความสม่ำเสมอของบริการทางฝ่ายจิต จะต้องไม่มีมาตรฐานต่ำกว่าบริการฝ่ายกาย
5. บริการทางด้านสุขภาพจิตจะต้องมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพในทุกส่วน
ของระบบ ซึ่งจะทำให้บริการกระจายไปยังประชาชนอย่างทั่วถึงตามความต้องการของผู้รับ
บริการและครอบครัว ซึ่งรวมทั้งต้องมีการส่งต่อ (Referral) ที่ดีระหว่างบริการแต่ละ
ส่วนด้วย

¹ T.W. Harding and W.J. Curren, "Changing patterns in
Mental health care in Europe, " WHO Chronicle 33 (May 1979) :

เอ็น ซาร์ทอเรียส¹ (N.Sartorius) ผู้อำนวยการฝ่ายสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก กล่าวถึงผลการประชุมขององค์การอนามัยโลกเมื่อ ค.ศ. 1974 ว่าได้มีการตกลงเกี่ยวกับการริเริ่มอย่างจริงจังในการจัดโครงการสุขภาพจิตแบบใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ป้องกันและลดอัตราการป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาท ปัญหาทางจิตซึ่งรวมทั้งปัญหาการใช้สุรา ยาเสพติด
2. เพิ่มประสิทธิภาพของบริการสุขภาพโดยทั่วไป โดยการปรับปรุงการให้ทักษะและความรู้ทางจิตสุขภาพจิตของบุคลากร
3. พัฒนากลวิธีในการปฏิบัติ โดยให้บริการที่จัดนั้นเหมาะสมกับสภาพสังคมและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

แนวทางในการปฏิบัติของโครงการใหม่อยู่บนฐาน 3 ประการคือ

1. ให้แนวความคิดเรื่องของสุขภาพจิต และบทบาทของบุคลากรวิชาชีพในทีมสุขภาพจิตให้เป็นไปในแนวเดียวกัน
2. โครงการสุขภาพจิตจะต้องร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับสถาบันอื่น ๆ เช่น สถาบันการศึกษา การสังคมสงเคราะห์ สหภาพแรงงาน และสถาบันสุขภาพ
3. ให้แต่ละประเทศร่วมมือกันในการแก้ปัญหาสุขภาพจิต

นายแพทย์ ฝน แสงสิงแก้ว² ได้กล่าวถึงลักษณะงานของสุขภาพจิตชุมชนว่าประกอบด้วยภารกิจ 3 ระยะคือ

¹N.Sartorius, "WHO's new mental health programme", WHO Chronicle 32 (February 1978) : 60-61

²ฝน แสงสิงแก้ว, สุขภาพจิตศึกษา, หน้า 13.

1. การป้องกันระยะแรก (Primary Prevention)
2. การป้องกันระยะที่สอง (Secondary Prevention)
3. การป้องกันระยะที่สาม (Tertiary Prevention)

ระยะที่ 1 การป้องกันระยะแรก

ตามความหมายของ เจอร์ดี แคปแลน¹ (Gerald Caplan) กล่าวว่า การป้องกันระยะแรกคือ โครงการที่บุคลากรทางจิตเวชจัดทำขึ้นเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยทางจิต จากนิยามนี้ การป้องกันระยะแรกจึง เป็นการป้องกันตั้งแต่โรคนั้นยังไม่เกิดแก่บุคคล ทั้งนี้ได้ หมายถึงการป้องกันที่ให้แก่บุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น แต่จะเป็นกระบวนการที่จัดขึ้นเพื่อคนทั้งชุมชนโดยจะกระทำใน 2 วิธีคือ

1. ต่อสู้กับภาวะเสื่อมโทรมของสังคม โดยการแยกให้ได้ว่าอะไรคือสิ่งที่ก่อให้เกิดภาวะจิตใจเสื่อมโทรมที่อาจนำไปสู่การมีสภาพอารมณ์ที่ผิดปกติ และหาสาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะแรงต้านทานต่อภาวะความตึงเครียดในตัวบุคคล
2. คือการพยายามที่จะชดเชยภาวะที่จะเกิดขึ้นนั้นโดยตรง โดยการส่งเสริมให้เกิดระบบประคับประคอง (Supporting System) ในชุมชน เช่น จัดแหล่งบริการทางสุขภาพจิตที่ทุกคนสามารถไปใช้บริการได้ และร่วมมือกับหน่วยงานในชุมชน สถาบันต่าง ๆ เช่น โรงเรียน วัด บุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้นำทางการเมืองและการบริหารทุกระดับ ตลอดจนครอบครัว

ระยะที่ 2 การป้องกันในระยะที่สอง

คือการลดอัตราการไร้ความสามารถซึ่งเกิดจากภาวะความเจ็บป่วยทางจิตใจและ

¹Gerald Caplan, Principle of Preventive Psychiatry, (New York : Basic Book Inc., Publishers, 1964). p.4.

อารมณ์ โดยการเข้าใจอาการของโรคในระยะต้น ๆ แล้วรีบให้การรักษาทันที ตามหลักการนี้ จึงมุ่งที่จะรักษาผู้ป่วยในระยะรุนแรงอย่างรวดเร็วในระยะเริ่มแรกที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งนี้จะหลีกเลี่ยงการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างที่สุด เพื่อป้องกันการแยกตัวของผู้ป่วยออกจากครอบครัวและชุมชน หากจำเป็นต้องรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลก็ต้องพยายามให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลน้อยวันที่สุด เพื่อให้คืนสู่สังคมเร็วที่สุด

ลักษณะงานในการป้องกันระยะนี้จึงเริ่มที่การให้ความรู้ในเรื่องความผิดปกติของอารมณ์และจิตใจแก่ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแก่บุคคลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนส่วนใหญ่ เช่น ครู กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระ ตำรวจ เป็นต้น เพื่อให้บุคคลเหล่านี้ช่วยชี้แนะ แก่ผู้มีปัญหาให้ไปพบบุคลากรทางจิตเวช เพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาโดยเร็วที่สุด

งานต่อมาก็คือการรับให้คำวินิจฉัยและรักษาแก่ผู้มีปัญหาโดยไม่แยกเขาออกจากสังคม หรือที่จำเป็นต้องแยกก็ต้องพยายามให้เขากลับเข้าสู่สังคมเร็วที่สุด เพื่อป้องกันภาวะการพึ่งโรงพยาบาล และภาวะการไร้สมรรถภาพจากการตัดขาดจากความรับผิดชอบและหน้าที่ที่เคยมี

ระยะที่ 3 การป้องกันในระยะที่สาม

เป็นขั้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดและขจัดความพิการที่เกิดขึ้นภายหลังความเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ ภาวะพิการดังกล่าวจะแสดงให้เห็นดังนี้ เช่น ความสามารถในการทำงานลดน้อยลง การสมาคมกับผู้อื่นลดน้อยลง ความเป็นตัวของตัวเองลดลงและมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งภาวะเหล่านี้หากไม่ได้รับการฟื้นฟู ก็จะเป็นภาระแก่ผู้อื่น และเป็นสาเหตุของความแปรปรวนทางจิตขั้นใหม่ก็ได้

งานป้องกันในขั้นนี้จึงมุ่งใหญ่ที่ผู้มีปัญหาสามารถอารมณ์และจิตใจได้ปรับปรุง ฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อการดำรงชีวิตในสังคมใดตามปกติ ลักษณะงานในขั้นนี้จึงมิได้เน้นที่จะป้องกันผู้ป่วยเพียงคนเดียว แต่จะป้องกันทุกคนที่มีปัญหาไม่ให้เกิดความเสื่อมมากขึ้น ส่งเสริมให้คืนสู่สภาพเดิมให้เร็วที่สุด



ในส่วนที่เกี่ยวกับรูปแบบของบริการสุขภาพจิตชุมชน มีผู้ให้แนวความคิดไว้ต่าง ๆ กัน เช่น

เมลวิน เดลกาโด¹ (Melvin Delgado) กล่าวถึงรูปแบบของบริการสุขภาพจิตชุมชน ในเรื่องของการให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตนั้นจะต้องขึ้นอยู่กับลักษณะ เฉพาะของชุมชน นั้น ๆ ที่จะกำหนดความต้องการ ดังนั้น หัวข้อเรื่อง วิธีการ ตลอดจนข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติก็จะมาจากชุมชนนั้น ๆ นั้นเอง การจะทำให้บริการให้ความรู้สุขภาพจิตให้ได้ผล มีประสิทธิภาพเพียงใดนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะจัดบริการให้สนองต่อปัญหาและความต้องการของชุมชนนั้น ๆ

เรย์มอน เอ็ม. แกลสโคทและคณะ² (Raymon M. Glasscote and others) ได้เสนอว่า เนื่องจากงานป้องกันและการรักษาต้องดำเนินควบคู่ไปด้วยกันเสมอ รูปแบบของบริการสุขภาพจิตชุมชนจึงรวมอยู่ในรูปแบบของบริการจิตเวชชุมชน ซึ่งในศูนย์บริการหนึ่งศูนย์ จะให้บริการต่าง ๆ ที่จำเป็นดังนี้

1. บริการผู้ป่วยใน (In-patient Service) จัดไว้เพื่อรับบริการผู้ที่จำเป็นต้องอยู่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือศูนย์
2. บริการผู้ป่วยนอก (Out-patient Service) จัดสำหรับบริการสำหรับผู้ป่วยเพื่อการตรวจวินิจฉัยให้การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตแก่ผู้ที่ไม่จำเป็นต้องรักษาในสถาบัน
3. บริการพิเศษ (Partial Hospitalization) เป็นบริการสำหรับผู้ป่วย

¹Melvin Delgado, "A Model for Mental Health Education in Hispanic Communities," JPN and Mental Health Service (August 1980) : 16-19.

²Raymond M. Glasscote, et al., "The Essential Service", The Community Mental Health Center. (Washington : The Joint Information Service of the A.P.A., 1969) pp. 22-27.

ในเวลาเฉพาะ เช่น บริการโรงพยาบาลกลางวัน (Day Hospital) ผู้มีปัญหาจะมาโรงพยาบาลในเวลากลางวัน ส่วนกลางคืนอยู่บนตามปกติ โรงพยาบาลกลางคืน (Night Hospital) เป็นที่พักตอนกลางคืนสำหรับผู้มีปัญหา ส่วนกลางวันไปปฏิบัติงานได้ตามปกติ หรือบริการเฉพาะวันสุดสัปดาห์ (Weekend Care) โดยให้ผู้ปัญหามารับบริการได้เฉพาะวันหยุด

4. บริการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง (Emergency Care) เป็นบริการที่จัดให้บุคลากรทางจิตเวชประจำอยู่ตลอดเวลาเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือทันที เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติทางอารมณ์ บริการนี้อาจจะเป็นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

5. บริการให้คำปรึกษาและแนะแนว และให้การศึกษา (Consultation and Education Service) เป็นบริการที่ให้คำปรึกษา และให้ความรู้แก่ประชาชนโดยทั่วไปเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานทางจิตเวชศาสตร์ และหน่วยบริการจิตเวชในชุมชนที่ควรทราบ เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นมีความรู้ทางจิตเวชพอที่จะวินิจฉัยว่าผู้ใดมีความผิดปกติ สามารถนำตัวไปรับการรักษาแต่ระยะเริ่มแรก

นอกจากบริการที่จำเป็น 5 ประการนั้นแล้ว ยังมีบริการอื่น ๆ ที่จัดขึ้นเพิ่มเติม

เช่น

- บริการให้การตรวจวินิจฉัย
- บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและฝึกอาชีพ
- บริการให้การศึกษาอบรมบุคลากรจิตเวช
- บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล เช่น การเยี่ยมบ้าน การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบ้านกึ่งวิถี (Half-way house) เป็นต้น
- การค้นคว้าวิจัยและการประเมินผล

จากรายงานการศึกษาของ สมทรง สุวรรณเลิศ วิณา อินทรีย์งค์ และวรรณช มีทรัพย์¹ เรื่องผู้ป่วยจิตเวชกับงานป้องกัน ว่างานป้องกันซึ่งศูนย์สุขภาพจิตได้จัดบริการ แก่ประชาชนทั่วไปในกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2518 - 2520 แบ่งตามชั้นได้ดังนี้

1. งานป้องกันขั้นต้น คือ

- 1.1 การศึกษา อบรม และเผยแพร่แก่วิชาชีพต่าง ๆ ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ
- 1.2 งานบรรยาย สัมมนา เผยแพร่ทางสื่อมวลชน การฉายภาพยนตร์ การเผยแพร่ทางเอกสารและแก่ผู้เยี่ยมชมศูนย์ในเรื่องของสุขภาพจิตศึกษา
- 1.3 บริการโรงพยาบาลกลางวัน หน่วยพัฒนาเด็กเล็ก และการให้ความรู้ เรื่องการอบรมเลี้ยงดูเด็กแก่ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการ

2. งานป้องกันขั้นที่สอง คือ

- 2.1 การให้คำแนะนำ ปรึกษา แก่ผู้ขอรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก
- 2.2 บริการตรวจรักษาในงานจิตเวชชุมชน

3. งานป้องกันขั้นที่สาม คือ งานติดตามผลผู้เข้ารับบริการในระหว่างและหลัง การรักษา

นางลักษณ์ เทพสวัสดิ์² กล่าวว่า งานสุขภาพจิตชุมชนมีขอบเขตและกิจกรรมที่ กว้างขวาง ครอบคลุมในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี และป้องกันโรคจิต รูปแบบของบริการ จึงมีหลายลักษณะ และรวมมือกันหลายวิชาชีพ หลายหน่วยงาน รูปแบบหนึ่งของบริการสุขภาพ- จิตชุมชนคือ บริการรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนเวลากลางวัน บริการนี้จัดขึ้นในรูปของศูนย์ที่ ู่นงพัฒนาเด็กให้มีสุขภาพที่แข็งแรง มีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ มีบุคลิกภาพที่ดี

¹สมทรง สุวรรณเลิศ, วิณา อินทรีย์งค์ และวรรณช มีทรัพย์, "ผู้ป่วยจิตเวชกับ งานป้องกัน," หน้า 25 - 36.

²นางลักษณ์ เทพสวัสดิ์, วารสารจิตเวชคดี 9, หน้า 5 -16.

อีกรูปแบบหนึ่งของบริการสุขภาพจิตชุมชนคือ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Hot line Service) ซึ่งมีองค์การเอกชนกลุ่มหนึ่งชื่อ บางกอก ซาลมาลิตาน (Bangkok Salmalitan) ได้จัดให้มีบริการ เช่นนี้ขึ้นโดยมีกระบวนการในการดำเนินงานดังนี้¹

1. จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับพื้นฐานทางด้านจิตเวชศาสตร์แก่ประชาชนผู้สนใจทั่วไป โดยเน้นถึงความรู้ในการแก้ไข วิกฤติทางอารมณ์ และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร
2. รับสมัครอาสาสมัครจากผู้เข้ารับการอบรม เพื่อรับหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยการคัดเลือกจากการสัมภาษณ์ผู้สมัคร ผู้ที่ผ่านการคัดเลือก จะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่ขอรับบริการทางโทรศัพท์ โดยไม่รับค่าตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น
3. เผยแพร่บริการนี้ทางหนังสือพิมพ์ เพื่อให้ผู้มีปัญหาได้ขอรับคำปรึกษาได้ โดยการหมุนโทรศัพท์ไปยังหมายเลขที่ประกาศ

บริการนี้จัดว่าเป็นบริการสุขภาพจิตชุมชนที่สะดวก และได้รับความนิยมมากบริการหนึ่ง

โดยสรุปสถานบริการสุขภาพจิตและลักษณะรูปแบบของบริการสุขภาพจิตชุมชนที่มีอยู่ในกรุงเทพมหานครในปัจจุบันคือ ศูนย์สุขภาพจิต แผนกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจิตเวช บริการรับปรึกษาและแนะแนวในโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็ก บริการรับปรึกษาทางโทรศัพท์และการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยทางสื่อมวลชนประเภทต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ซึ่งในสถานบริการสุขภาพจิตแต่ละแห่งก็จะมีรูปแบบการให้บริการต่างกันตามวัตถุประสงค์ของสถาบัน เช่น ศูนย์สุขภาพจิต จัดบริการในรูปแบบที่เน้นในด้านป้องกัน การเผยแพร่ความรู้ แผนกจิตเวช และโรงพยาบาลจิตเวชให้บริการเน้นในด้านการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการรับปรึกษาและแนะแนวในโรงเรียนเน้นการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเรียนเป็นใหญ่ เหล่านี้เป็นต้น

¹Bangkok Salmalitan, Groups, "Hot line Service" (Bangkok : Group, 1978)。

แนวความคิดและรูปแบบที่กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่าส่วนใหญ่เป็นบริการที่จัดขึ้นในชุมชนเมืองเป็นส่วนใหญ่ ในส่วนที่เกี่ยวกับชุมชนชนบท ช่าง ทัศนัญชดี¹ ได้อ้างถึงรายงานขององค์การอนามัยโลกว่า องค์การอนามัยโลกให้คำแนะนำการจัดบริการสุขภาพจิตในชุมชนชนบทดังนี้

1. ให้กระจายงานจากส่วนกลางสู่ส่วนปลายมากที่สุด ทำให้ชุมชนนั้น ๆ สามารถให้บริการสุขภาพจิตได้เอง และสามารถสร้างปัญหาทางจิตเวชไว้รักษาในชุมชนนั้น ๆ
2. ควรให้บริการสุขภาพจิตรวมไปกับงานสาธารณสุขอื่น ๆ ทั้งงานสาธารณสุขเบื้องต้นและงานสาธารณสุขชุมชน
3. มีการร่วมมือกันระหว่างบุคลากรกับผู้นำท้องถิ่นในชุมชนนั้น ๆ เช่น พระ ครู ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อให้บุคคลเหล่านี้รู้งานสุขภาพจิต และเป็นประโยชน์ในการร่วมบริการต่อไป

ในส่วนของชุมชนชนบทของกรุงเทพมหานคร ยังไม่มีรายงานการศึกษาที่ชัดเจน ซึ่งแสดงถึงรูปแบบบริการทางสุขภาพจิตชุมชน แต่มีรายงานของต่างจังหวัดและชุมชนชนบทต่างประเทศ กล่าวโดยสรุปดังนี้

จากรายงานของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น² ซึ่งได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัยในเขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยการสัมภาษณ์ผู้เข้ารับบริการ ขณะให้บริการตรวจรักษาและให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิต ในรูปของบริการสุขภาพจิตเคลื่อนที่ ในท้องที่ 8 ตำบล 43 หมู่บ้าน ตั้งแต่วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2521 ถึงวันที่ 31 มกราคม

¹ช่าง ทัศนัญชดี, "การกระจายงานจิตเวชสู่ชุมชน" วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 24 (กันยายน 2522) : 399 - 400.

²โรงพยาบาลขอนแก่น, "โครงการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัยในเขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น," (ขอนแก่น : กองสุขภาพจิต, 2522), (ชื่อสำเนา)

พ.ศ. 2522 พบว่า จากจำนวนผู้รับบริการด้านสุขภาพจิต 1,861 คน มีผู้มีปัญหาด้านความวิตกกังวล 68.62 % ปวดศีรษะ 18.05 % นอนไม่หลับ 8.70 % และอื่น ๆ 4.43 %

ในระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2522¹ ได้มีการปฏิบัติงานในโครงการทดลองผสมผสานงานสุขภาพจิตและจิตเวช เข้ากับระบบการให้บริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ที่อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยทีมจิตเวชของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จากการประเมินผลในส่วนของความพอใจและความสนใจของประชาชน พบว่า ประชาชนมีความพอใจในบริการที่ให้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริการการตรวจรักษาและแนะนำผู้นำในชุมชน มีความพอใจและพอใจต่อการบริการเหล่านี้ แม้ว่าจะยังไม่ค่อยเข้าใจจุดมุ่งหมายของโครงการนี้เท่าใดนัก

จากรายงานของนายแพทย์วีระ ชูรุจิพร² เรื่องความต้องการทางจิตเวชของชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม ตามกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 282 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มนักเรียน กลุ่มข้าราชการ กลุ่มเอกชน และกลุ่มประชาชน พบว่า ชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้และความเข้าใจต่อการปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ ในระดับกว้างดีพอสมควร ในส่วนที่เกี่ยวกับการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจิต ชุมชนส่วนใหญ่ต้องการให้ออกคำแนะนำตามโรงเรียนและหน่วยงานต่าง ๆ ส่วนที่ต้องการรองลงมาคือเผยแพร่ตามสื่อมวลชน เอกสาร และหนังสือพิมพ์

¹โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, "โครงการทดลองผสมผสานงานสุขภาพจิตและจิตเวช เข้ากับระบบให้บริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี," (อุบลราชธานี, กองสุขภาพจิต, 2522), (อัครสำเนา).

²วีระ ชูรุจิพร, "ความต้องการทางจิตเวชของชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี," (รายงานการวิจัย, กรุงเทพมหานคร : 2522), (อัครสำเนา).

จากการศึกษาของ โบริส เกิร์ท จิล ไมเดอร์ และมาร์กาเรท พัลคแฮน

(Boris Gertz, Jill Meider and Margaret L. Pluckhan) เรื่องการสำรวจความต้องการและทรัพยากรด้านสุขภาพจิตชุมชนในชุมชนชนบท โดยการส่งแบบสอบถามไปยังศูนย์สุขภาพจิตในชนบททั่วอเมริกา ได้รับคำตอบมา 92 แห่ง ผลการศึกษาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความต้องการบริการสุขภาพจิตชุมชนของชุมชนชนบทที่เหมือนกันหมดคือ บริการให้คำแนะนำปรึกษาและรักษาผู้ป่วยนอกบริการรับรักษาผู้ป่วยใน บริการโรงพยาบาลเฉพาะเวลา บริการให้การศึกษาระดับมัธยมศึกษาและแนะนำบริการจิตเวชฉุกเฉิน ส่วนบริการที่ต้องการรองลงมาตามลำดับคือ โครงการสุราและยาเสพติด สถานรับเลี้ยงเด็ก บริการให้คำปรึกษาก่อนแต่งงาน และโครงการปัญญาอ่อน

สรุป

กรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวงของประเทศ เป็นเมืองที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นศูนย์กลางของความเจริญทางด้านวัตถุและวิทยาการต่าง ๆ แต่ขณะเดียวกันกรุงเทพมหานครก็เป็นเมืองที่รวมของปัญหาทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยที่กรุงเทพมหานคร มีการขยายตัวเมืองออกไปมาก ซึ่งทำให้เกิดชุมชนขึ้น 2 ลักษณะคือ ชุมชนเมืองและชุมชนชนบท โดยชุมชนเมืองจะอยู่ในบริเวณที่เป็นย่านอุตสาหกรรม พาณิชยกรรมและย่านที่อยู่อาศัยที่หนาแน่น ซึ่งได้แก่ บริเวณชั้นในและชั้นกลางของกรุงเทพมหานคร ส่วนชุมชนชนบทคือย่านเกษตรกรรมเดิมที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีแบบแผนการดำเนินชีวิตคล้ายสังคมชนบทอันได้แก่ บริเวณชั้นนอกสุดของกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นชุมชนเล็ก ๆ อยู่ตามริมถนนและริม-

¹ Lawrence C. Kolb, "Community Psychiatry", 1977 year book of Psychiatry and Applied Mental Health, (Chicago: year book Medical Publishers Inc., 1977), Quote in Boris Gertz, Jill Meider and Margaret L. Pluckhan, "Survey of Rural Community Mental Health Needs and Resources", Hospital and Community Psychiatry 26 (December 1975): 816 - 819.

คลอง ชุมชนทั้งสองแห่งนี้มีความแตกต่างกันทั้งในด้านของสิ่งแวดล้อม และวิถีการดำเนินชีวิต
 ผู้วิจัยจึงเชื่อว่า อิทธิพลของความแตกต่างนี้จะเป็นปัจจัยให้ประชากรทั้งสองชุมชนนี้มีปัญหา
 สุขภาพจิตในระดับที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามแม้ว่าระดับปัญหาสุขภาพจิตในทั้งสองชุมชนจะ
 แตกต่างกัน ผู้วิจัยเชื่อว่า แนวความคิดในการจัดบริการสุขภาพจิตชุมชนจะช่วยให้ชุมชนที่มี
 ปัญหาน้อยหรือไม่มีปัญหาได้ป้องกันการเกิดปัญหาหรือลดการเพิ่มของปัญหา ขณะเดียวกันใน
 ชุมชนที่มีแนวโน้มจะมีปัญหาด้านสุขภาพจิตสูง บริการสุขภาพจิตชุมชน ก็จะช่วยยับยั้งปัญหา
 เหล่านั้นไม่ให้ลุกลามไป กลายเป็นปัญหาโรคจิต โรคประสาท ซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรังยากต่อ
 การแก้ไข และในการจัดบริการสุขภาพจิตชุมชนให้แก่ชุมชนใดนั้น ปัญหาและความต้องการ
 ของแต่ละชุมชนจะเป็นเครื่องกำหนดวิธีการ ตลอดจนรูปแบบของบริการที่เหมาะสมกับชุมชน
 นั้น ๆ ดังนั้นการศึกษาเรื่องปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพจิตชุมชนของประชาชน
 ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทในกรุงเทพมหานคร จะเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบของ
 บริการสุขภาพจิตชุมชนที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชนที่แตกต่างกัน ได้เป็น
 อยางดี