

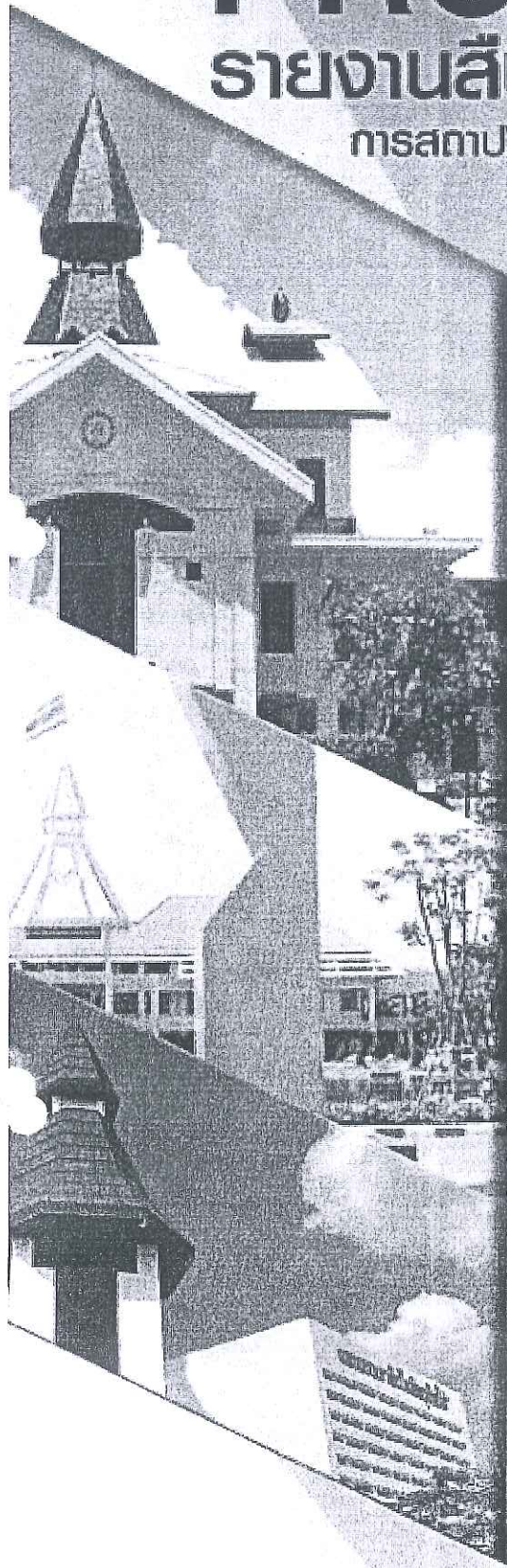


PROCEEDINGS

รายงานสืบเนื่องการสัมมนาวิชาการ

การสถาปนาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ ครบรอบ 63 ปี

วันพุธที่ 25 มกราคม 2560



คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Faculty of Social Administration Thammasat University

การจัดบริการสุขภาพจิต : โรงพยาบาลเป็นฐานหรือชุมชนเป็นฐาน
Mental Health Care Service : Hospitalization or Community-Based Care

ชัยพร อุโฆษจันทร์¹
 Chaiyaporn Ukosachant²

Abstract

This article basically mentions about "Deinstitutionalization" of the hospitalization as an influencing notion leading to the result of closing down the Psychiatric Hospital in many countries of Europe. Moreover, this idea also leads to the new type of mental health care service management which is the establishment of the psychiatric department in general hospital performing as a community based mental health care as a center. By having the deinstitutionalization idea adopted in the community, this thus, replaced the notion the conventional idea of getting the treatment in a hospital or a so-called "Hospitalization". Thereby, in this study, the researcher explains and discusses about the whole top-down view of what the mental health care service management is, and how does it act as a basic elemental foundation of the community. In addition, differences of the deinstitutionalization and community social work are also highlighted in this research including the criticism relating the community-based mental care management. Overall, the researcher aims to investigate about the notion and process of developing mental health services in Thailand happening nowadays and in the future.

Keywords : Mental Illness, Community-Based Care

บทคัดย่อ

บทความชิ้นนี้มีกล่าวถึงแนวคิดการลดความเป็นสถาบันจิตเวชขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ทรงอิทธิพลและส่งผลกระทบให้เกิดการปิดโรงพยาบาลจิตเวชในหลายประเทศของทวีปยุโรป มากไปกว่านั้น แนวคิดนี้ไปสู่การจัดบริการสุขภาพจิตรูปแบบใหม่ คือ การเกิดขึ้นของแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปและการจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในช่วงเวลาหนึ่ง กระบวนการลดความเป็นสถาบันได้กลายเป็นแนวคิดกระแสหลักในการจัดบริการสุขภาพจิตแทนที่การรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นในบทความนี้ ผู้เขียนพยายามอภิปรายให้เห็นภาพของการจัดบริการสุขภาพจิตแบบใช้ชุมชนเป็นฐานว่าคืออะไร มีความแตกต่างจากการทำงานสังคมสงเคราะห์ชุมชน และชุมชนบ้างหรือไม่ รวมไปถึงการวิพากษ์แนวคิดเรื่องการจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ทั้งนี้ผู้เขียนมีจุดมุ่งหมายเพื่อตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับจุดยืนและแนวทางในการพัฒนาบริการสุขภาพจิตของสังคมไทยในปัจจุบันและอนาคต

คำสำคัญ : ความเจ็บป่วยทางจิต การจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ที่มาและความสำคัญ

บทความวิชาการชิ้นนี้เกิดจากความสนใจที่เกิดจากการเรียนวิชา สังคมสงเคราะห์จิตเวชในสังคมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งเนื้อหาจะกล่าวถึงพัฒนาการของแนวคิดเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์ รวมถึงรูปแบบการบำบัดรักษาที่เป็นผลมาจากแนวคิดนั้น

¹ นักศึกษานิเทศศาสตร์ สาขาวิชานิเทศศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

² Ph.D. Student, Faculty of Social Administration, Thammasat University, Thailand

นอกจากนี้ยังเป็นการศึกษาที่เรียกได้ว่าเป็นบันไดอีกขั้นต่อจากการศึกษาในระดับปริญญาโทของตัวผู้ศึกษาที่ผลการศึกษาคะท้อนให้เห็นมิติของความรู้ทางของครอบครัวผู้ป่วยในชุมชนในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย ภายใต้นโยบายที่หันเหมาให้ความสำคัญกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การใช้ชุมชนเป็นฐานในการทำงานสุขภาพจิต เน้นคือหนึ่งในการจัดการบริการสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นภายใต้วิสัยทัศน์ของการลดความเป็นสถาบัน (Deinstitutionalization) สำหรับผู้ศึกษาให้รู้คุณค่าว่าเป็นแนวคิดทางสังคมหนึ่งเลยทีเดียว ดังนั้นในบทความชิ้นนี้จึงขอลำถึงการจัดการบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในฐานะเครื่องมือหนึ่งของกระบวนการลดความเป็นสถาบันจิตเวชขนาดใหญ่

แนวคิดเรื่องการลดความเป็นสถาบันขนาดใหญ่เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศทางยุโรป จึงทำให้ ณ ปัจจุบันการจัดการบริการสุขภาพจิตของยุโรปและอเมริกาเปลี่ยนรูปแบบไป คือให้ความสำคัญกับการบริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลทั่วไปและให้ชุมชนเป็นฐานในการดำเนินงานแทนที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเจตนาที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้สามารถวิเคราะห์ได้จากหลายแง่มุม ซึ่งหากวิเคราะห์โดยสรุป ผู้ศึกษามองว่าเป็นเพราะแนวโน้มของแนวคิดมนุษยนิยมที่เกิดขึ้นในช่วงนั้น (ค.ศ.1960) เรื่องอาชญากรรมทั้งปัจจุบัน และเหตุผลทางการเงิน ที่การจัดการบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้นมีค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่าการรักษาแบบรวมศูนย์แบบที่เคยเป็นมา

ถึงแม้ว่าแนวคิดการลดความเป็นสถาบันจะไม่ใช่นโยบายที่ถูกรูปเป็นนโยบายอย่างตรงไปตรงมา แต่ว่าถือเป็นแนวคิดที่อยู่เบื้องหลังการกำหนดนโยบายสาธารณะสุขของประเทศต่างๆ ผ่านการเกิดขึ้นของการให้ความสำคัญกับชุมชนมากขึ้น เช่นในประเศพม่าเลเซีย ที่จัดการบริการสุขภาพจิตโดยเน้นไปที่การรักษาแบบผู้ป่วยนอกและการดูแลของครอบครัวผู้ป่วย เอมามาตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ.2545 (ศูนย์พัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ในขณะที่ทั้งงานสุขภาพจิตของไทยมีจุดยืนที่ต่างจากตะวันตก เพราะไทยยังคงมีโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางดำรงอยู่ยังคงมีการรักษาแบบผู้ป่วยในอยู่ ทว่าเป็นการทำงานควบคู่กันไปกับการส่งเสริมความเข้มแข็งของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลประจำอำเภอ และงานสุขภาพจิตชุมชน และด้วยความแตกต่างของวิธีการจัดการบริการสุขภาพจิตของไทยและต่างประเทศนี้เอง ทำให้ผู้ศึกษาเกิดความคิดว่า ถ้าไทยมีบริการในชุมชนที่น้อยกว่าในประเทศเพราะว่าเรายังคงรูปแบบการรวมศูนย์การบริการเอาไว้ แต่ขณะเดียวกันก็เร่งจำหน่ายผู้ป่วยให้ครอบครัวและชุมชนดูแลเช่นนี้แล้ว จะเป็นวิธีการจัดการที่มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด

ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานในการจัดการสุขภาพจิตมากขึ้น ผู้ศึกษาจำเป็นต้องอธิบายแนวคิดเรื่องการลดความเป็นสถาบัน ซึ่งผู้ศึกษาให้รู้ค่าว่าเป็นโมทัศน์ใหญ่ที่อยู่เบื้องหลังการเกิดขึ้นของการบำบัดรักษาทางเลือกต่างๆ รวมทั้งแนวคิดการจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเช่นกัน

การลดความเป็นสถาบันขนาดใหญ่ : นโยบายกระแสหลักเบื้องหลัง Community-Based Care

งานจิตเวชศาสตร์นั้นมีต้นกำเนิดจากยุโรป ซึ่งในยุคเริ่มแรกนั้น จะเน้นแยกผู้ป่วยออกจากชุมชน และเอาไปไว้ในรวมกันไว้ในสถานที่ที่เรียกว่าสถานกักกัน (Asylum) ซึ่งมักจะถูกสร้างเอาไว้แยกออกไปจากเมืองใหญ่ (Helen Killaspy, 2006) และผู้ป่วยที่อยู่ในนั้นจะตกอยู่ในสภาพโดดเดี่ยว ทั้งจากชุมชนและต้องใช้ชีวิตอยู่ด้วยตนเอง (Self Sufficient) ในด้านต่างๆ เพราะฉะนั้นในช่วงปี ค.ศ.1890 ภายใต้พระราชบัญญัติชื่อว่า The Lunacy Act ของประเทศอังกฤษ ผู้ใดที่ถูกตัดสินว่าบ้า/เสียสติ (Insane) ก็จะถูกส่งตัวไปมาอยู่ที่สถานกักกันเหล่านี้ จากนั้นจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับวิธีการรักษาผู้ป่วยจิตเวช กล่าวคือผู้ป่วยจิตเวชจะถูกนำบำบัดรักษาในโรงพยาบาลแทนที่จะแยกเอาไว้ใน Asylum ทั้งนี้ ในอังกฤษพบว่า Asylum บางแห่งได้เปลี่ยนโฉมตัวเองเป็นโรงพยาบาลแทน Colney Hatch Asylum ซึ่งเป็นสถานกักกันที่ใหญ่ที่สุดที่เปลี่ยนชื่อเป็น Friern Hospital ในเวลาต่อมา (Helen Killaspy, 2006) การค้นพบยารักษาโรคจิต (Phenothiazine Drug) ขององค์กรนามว่า Nation Health Service สภาพสังคมการเมืองในช่วงปี ค.ศ.1950s โดยเฉพาะงานศึกษาของกอฟฟ์แมน (Goffman), วิง

รายงานสืบเนื่องการสัมมนาวิชาการเชิงนโยบายและการพัฒนาชุมชนสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มส. ปีที่ 63

(Wing) และบราวน์ (Brown) เรื่อง Institutionalization of psychiatric patients and the poor standard of care and quality of life เป็นปัจจัยที่เกื้อหนุนให้เกิดการปิดสถานกักกันและในปี ค.ศ.1959 ได้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (Mental Health Act) ขึ้นในอังกฤษ ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติฉบับแรกที่ระบุถึงสาเหตุที่ต้องนำบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล (Helen Killaspy, 2006)

ดังนั้นจึงสามารถสรุปในขั้นต้นได้ว่า พัฒนาการของการบำบัดรักษา (หรืออาจเรียกว่าการจัดการกับผู้ป่วยจิตเวช) นั้นเกิดขึ้นในยุโรป เช่นในตัวอย่างที่กล่าวถึงคือในอังกฤษ โดยเริ่มจากการแยกผู้ป่วยเอาไว้ในสถานกักกันจากนั้นจึงเปลี่ยนมาสู่การบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และต่อจากนั้นจะเป็นการนำเสนอเรื่องราวของงานจิตเวช/การเคลื่อนไหวทางจิตเวชของยุโรปไปในอิตาลี นำมาสู่การรณรงค์ให้ปิดโรงพยาบาลจิตเวช อย่างเช่นที่สถานกักกันเคยถูกปิดมาก่อน

แนวคิดการลดความเป็นสถาบันของตะวันตก

งานจิตเวชหรือสุขภาพจิตในตะวันตกได้ให้ความสำคัญกับประเด็นเรื่องการลดความเป็นสถาบัน (Deinstitutionalization) และอย่างที่เราได้กล่าวขึ้นต้นว่าการลดความเป็นสถาบันที่เกิดขึ้นในอิตาลีนั้น อาจเรียกว่าเป็นแนวคิดหรือเพียงคำสำคัญที่สะท้อนให้เห็นกระบวนการของงานด้านจิตเวชศาสตร์ก็ได้ อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้ เป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดที่ใหญ่กว่าที่ถูกเรียกว่า จิตเวชประชาธิปไตย (Democratic Psychiatry)

จิตเวชประชาธิปไตยเป็นขบวนการทางสังคมที่มุ่งปลดปล่อยผู้ป่วยจากการแบ่งแยกกีดกัน (Segregation) ในโรงพยาบาลผ่านจิตของประเทศอิตาลี โดยกลุ่มจิตแพทย์ที่มีจุดยืนก้าวหน้า (Left-Oriented Psychiatrists) ร่วมมือกับนักสังคมวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์จำนวนหนึ่ง โดยได้ขับเคลื่อนผลักดันการปฏิรูปจิตเวชในอิตาลี (กิติพัฒน์ นนทปัทมสุลย์, 2555 น.56) โดยจุดกำเนิดของจิตเวชประชาธิปไตยนั้นเกิดขึ้นที่อิตาลี ภายใต้การทำงานของนายแพทย์ฟรอนโก นาซเชเกลีย (จิตแพทย์) ที่พยายามผลักดันให้เกิดการลดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถาบัน มาสู่การทำงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based) ในการบำบัดรักษา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ก้าวไปถึงการเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทของแพทย์ประจำครอบครัว

หลักของจิตเวชศาสตร์ประชาธิปไตยอย่างหนึ่งคือ ผู้ที่ปฏิบัติงานด้วยแนวคิดนี้จะไม่มองผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตว่าเป็นเพียงผู้ป่วย แต่มองว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้นเป็นบุคคลที่มีความสามารถ เป็นมนุษย์ที่มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และเราสามารถให้การสนับสนุนเพื่อให้เขา/เธอพัฒนาตนเองจนสามารถเอาชนะปัญหาของตนเองได้ และด้วยความเชื่อมั่นนี้เอง เป็นผลให้เกิดการขึ้นข้อเสนอมิให้โรงพยาบาลจิตเวชในอิตาลีรับคนไข้เอาไว้ในโรงพยาบาล (Hospitalization) นอกจากนั้นนายแพทย์นาซเชเกลียยังตระหนักว่าการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนั้น เป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้บุคคลกลายเป็นคนชายขอบ (Marginalization) รวมถึงถูกประหัตประหาร (Stigmatization) จึงนำไปสู่การเคลื่อนไหวทางสังคมที่นำไปสู่การประกาศใช้กฎหมายรื้อถอน (180 laws) ที่ประกาศให้ยุติการรับผู้ป่วยใน (Inpatient) โรงพยาบาลและให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยสังคมแทน (Double, 2006 cited in Ralley, 2012 อ้างถึงใน กิติพัฒน์ นนทปัทมสุลย์, 2555) โดยกฎหมายรื้อถอนนั้นมีเนื้อหาที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับงานบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช ดังต่อไปนี้

ข้อที่ 1 การเปลี่ยนรูปแบบของการช่วยเหลือทางจิตเวชจากโรงพยาบาลมาเป็นศูนย์สุขภาพจิตชุมชน โดยการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพจิตชุมชนจะเป็นการจัดระเบียบองค์การแบบภาคส่วน (กิติพัฒน์ นนทปัทมสุลย์, 2555 น.63) ซึ่งน่าจะคล้ายกับการเกิดการทำงานสุขภาพจิตชุมชน รวมถึงการเกิดขึ้นของเครือข่ายผู้ป่วยจิตเวชในสังคมไทย อย่างไรก็ตามอาจต้องทำการศึกษาบริการทางสุขภาพจิตของไทยเพิ่มเติมว่า มีบริการใดบ้างที่สามารถจัดกลุ่มให้สอดคล้องกับพัฒนาการของการลดความเป็นสถาบันอันเป็นส่วนหนึ่งของจิตเวชประชาธิปไตย

ข้อที่ 2 โรงพยาบาลจิตเวชเก่าที่มีอยู่ จะไม่ได้รับอนุญาตให้เปิดรับคนไข้ใหม่อีกต่อไป การก่อสร้างโรงพยาบาลจิตเวชแห่งใหม่ถูกระงับโดยทันที

ข้อที่ 3 กฎหมายอนุญาตให้มีการเปิดหน่วยจิตเวชภายในโรงพยาบาลทั่วไป โดยจำกัดจำนวนเตียง ไม่ให้เกิน 14-16 เตียงต่อหนึ่งแห่ง ซึ่งหมายถึงเมื่อมีการปิดโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางแล้ว การบำบัดรักษาทางจิตเวชจะถูกรวมไปเป็นแผนก (Ward) หนึ่งของโรงพยาบาลฝ่ายกาย

ข้อที่ 4 การบำบัดรักษาที่เป็นการบังคับ (Compulsory Treatments) ถือเป็นภาระดำเนินการบนข้อยกเว้น ที่ให้ใช้ได้เฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงบริการที่เหมาะสมในชุมชนและขณะเดียวกันผู้ป่วยไม่ยอมรับการบำบัดรักษานอกโรงพยาบาล ซึ่งผู้ศึกษาเห็นว่า การบำบัดรักษาที่เป็นการบังคับนั้น อาจสะท้อนให้เห็นผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพจิต 2551 ดังนั้นจึงจะต้องเข้าไปทำการวิเคราะห์เนื้อหาของ (Content) ของพระราชบัญญัติ เพื่อทำความเข้าใจทางสังคมว่าพระราชบัญญัติสุขภาพจิต 2551 ของไทยนั้นมีความสัมพันธ์มาจากแนวคิดทางสังคมใด

เมื่อกล่าวว่าการลดความเป็นสถาบันมีความเป็นประวัติศาสตร์ เท่ากับว่ามันต้องเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ ซึ่ง Patricia Sealy and Paul C. Whitehead (2003) กล่าวถึงกระบวนการของการลดความเป็นสถาบันในบทความวิชาการเรื่อง Forty Years of Deinstitutionalization of Psychiatric Service in Canada: An Empirical Assessment ว่าประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การลดการพึ่งพาโรงพยาบาลจิตเวช
2. Transinstitutionalization การเพิ่มจำนวนเตียงของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป
3. การเติบโตของการบำบัดโดยมีชุมชนเป็นฐาน

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า การลดความเป็นสถาบันจิตเวชนั้นเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอันหนึ่งที่เกิดขึ้นจากพยายามใช้แนวคิดมนุษยนิยมในการมองผู้ป่วยทางจิต รวมถึงเป็นก้าวสำคัญในการจัดการประทับมติดังกล่าว (Social Stigma) ที่มีกระแสดังขึ้นกับผู้ป่วยทางจิตที่เข้าไปสัมพันธ์กับสถาบัน (โรงพยาบาลจิตเวช) ซึ่งการลดความเป็นสถาบันนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเป็นประวัติศาสตร์ ซึ่งแน่นอนว่าขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของแต่ละสังคม ในอีกด้านอาจเกิดขึ้นมาบนบริบทแบบหนึ่งของไทยที่อาจจะเห็นอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งยังไม่มีงานศึกษาที่เจาะเรื่องนี้อย่างตรงไปตรงมามากนัก แนวคิดการลดความเป็นสถาบันในงานสุขภาพจิตไทย

หากจะวิเคราะห์เรื่องการลดความเป็นสถาบัน ตามแนวทางของแพทริเซียและ ไวท์เฮด เท่ากับว่าต้องเป็นการศึกษาในเชิงประวัติศาสตร์ เพื่อให้เห็นขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพจิตในสังคมไทย เพื่อที่จะชี้ให้เห็นคุณสมบัติของงานสุขภาพจิตในสังคมไทยโดยใช้การลดความเป็นสถาบันเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา

ในภาพรวม งานสุขภาพจิตในสังคมไทยนั้นอาจไม่ได้มีพัฒนาการเหมือนกับอิตาลี หรือยุโรปและอเมริกาไปทั้งหมด ถึงแม้ว่าจะมีแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลฝ่ายกาย มีระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในศูนย์สุขภาพจิตชุมชนและสถานบริการสาธารณะต่างๆ และมีเครือข่ายสุขภาพจิตมากมาย แต่ในสังคมไทยก็ยังปรากฏโรงพยาบาลจิตเวชสมัยใหม่ที่เปลี่ยนชื่อมาเป็นสถาบันจิตเวช มากกว่านั้นสำหรับโรงพยาบาลจิตเวชบางแห่งก็ยังไม่ปรับบทบาทของตนเองให้เป็นสถาบันอย่างที่ยอมรับ ทำกัน จึงอาจมองได้ว่า นี่เป็นการแสดงถึงจุดยืนของงานสุขภาพจิตไทยค่อนข้างในระดับโลกภายใต้ชื่อว่า การลดความเป็นสถาบันขนาดใหญ่ ที่จะไม่ตามนานาชาติ แต่จะพยายามใช้พลังของโรงพยาบาลจิตเวชที่มีอยู่ไปพัฒนาโรงพยาบาลทั่วไป และชุมชนให้มีศักยภาพเพียงพอ

ถึงแม้ว่างานสุขภาพจิตของไทยไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การลดความเป็นสถาบันขนาดใหญ่เสียทั้งหมด แต่อย่างน้อยที่สุด การเกิดแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป และการเกิดขึ้นของสมาคมสายใยครอบครัว และเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน เป็นปัจจัยภายนอกที่แสดงให้เห็นการดำรงอยู่ของแนวคิดการลดความเป็นสถาบันที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ที่เริ่มให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนจากการรักษาในโรงพยาบาลและการแยกผู้ป่วยไว้ที่ฝั่งไว้ในสถานสงเคราะห์มาเป็นการให้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วย ที่เรียกว่า การจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

รายงานสืบเนื่องการสัมมนาวิชาการเชิงนโยบายและการพัฒนาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มส. ปีที่ 63

การจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

การลดความเปราะบางด้านจิตเวชขนาดใหญ่ อาจวิเคราะห์ได้ว่าเป็นการจัดทรัพยากรของบริการสุขภาพจิตเสียใหม่ โดยให้ความสำคัญกับชุมชนมากขึ้น ทั้งนี้ คำว่า “ชุมชน” ถูกกล่าวถึงอย่างหลากหลายในงานสุขภาพจิต เช่น ชุมชนบำบัด, สังคมสงเคราะห์ชุมชน และสุขภาพจิตชุมชน ในทิวทัศน์นี้จะขออธิบายให้เห็นความแตกต่างระหว่างคำว่าชุมชนบำบัด ซึ่งเป็นคำที่คุ้นเคยในขอบเขตของวิชาสังคมสงเคราะห์ว่าต่างจากการจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานอย่างไร

การจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานกับชุมชนบำบัด

ชุมชนบำบัดเป็นแนวทางหนึ่งในบรรดาการรักษาทางเลือก (Alternative Treatment) ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช โดยในที่นี้ชุมชนบำบัดคือการรักษาทางสังคม ที่ตั้งอยู่บนฐานความเชื่อที่ว่าสิ่งแวดล้อมทางสังคมเป็นกระบวนการที่มีผลต่อบุคลิกภาพของบุคคล ดังนั้นชุมชนบำบัดจึงให้ความสำคัญกับครอบครัวและชุมชน ซึ่งมีความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสภาวะแวดล้อมแบบครอบครัวหรือสังคมที่ดี นอกจากนั้น ชุมชนบำบัดยังถูกแบ่งออกเป็น 2 ชุดคำอธิบาย (George De Leon, 2001 p 79 อ้างถึงใน จานนท์ โกมลมาลย์, 2555) ได้แก่ชุมชนบำบัดที่เป็นวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชนอกโรงพยาบาล (Outpatient) และชุมชนบำบัดที่มุ่งบำบัดฟื้นฟูบุคคลที่เสียดยาเสพติดหรือปัญหาอื่น ๆ

ชุมชนบำบัดไม่ใช่งานทางจิตเวชชุมชน และไม่มีความหมายใกล้เคียงกับการจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน แม้แต่น้อย เพราะชุมชนบำบัดเป็นวิธีการจัดสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล (หรือสถาบัน) เสียใหม่ รวมถึงรูปแบบของความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน และด้วยที่มีแนวคิดมนุษยนิยมมาเป็นพื้นฐาน ทำให้เกิดเป็นความเชื่อที่ว่าชุมชนบำบัดมีผลต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ดีกว่า (จานนท์ โกมลมาลย์, 2555) และได้เรียกวิธีการบำบัดนี้ว่า ชุมชนบำบัดหรือ นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) นอกจากนั้นการเกิดขึ้นของแนวคิดชุมชนบำบัดนี้ยังถูกเรียกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกรปฏิบัติครั้งที่ 3 ของงานจิตเวชด้วย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ลักษณะของชุมชนในชุมชนบำบัดนั้นเป็นชุมชนจำลอง ที่จัดตั้งขึ้นในอาณาเขตของโรงพยาบาลและสถาบันอื่นๆ เช่น เรือนจำ ซึ่งเป็นแนวการบำบัดที่ยังคงเป็นแบบการทำให้เป็นสถาบัน (Institutionalization) มีการจัดการแบบรวมศูนย์ แต่การจัดบริการแบบสุขภาพจิตแบบชุมชนเป็นฐานนั้น คือการนำผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มาอยู่ในชุมชนที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ไร้รั้วรั้วกันอิสระภาพของผู้ป่วย ทว่าเขียบพร้อมไปด้วยบริการต่างๆ ที่คอยรองรับ

การจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในต่างประเทศ

การจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเป็นวิธีการ (Approach) ซึ่งมีลักษณะกระจายศูนย์ (Decentralization) มากกว่ารวมศูนย์ (Centralization) อย่างเห็นการรักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization) ในการจัดบริการให้กับกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย แต่ในที่นี้จะหมายถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเท่านั้น เนื่องจากไม่มีโรงพยาบาลจิตเวชตติยภูมิ ดังนั้นจึงรัฐที่ใช้แนวคิดนี้จึงต้องจัดทรัพยากรทั้งหมดที่เคยมีอย่างกระจุกตัวไปที่โรงพยาบาลทั่วไปและชุมชน โดยประเทศที่ใช้วิธีการจัดบริการเช่นนี้ก็คือกลุ่มประเทศที่นำแนวคิดการลดความเป็นสถาบันมาใช้เริ่มจากอิสราเอลและขยายไปสู่ประเทศต่างๆ เช่น อังกฤษ ออสเตรเลีย อิสราเอล สหรัฐอเมริกา และแคนาดาเป็นต้น โดยกระบวนการลดความเป็นสถาบันในประเทศที่กล่าวมานี้เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ช่วงก่อนปี ค.ศ.2000 เท่ากับว่าเกิดการจัดบริการแบบชุมชนเป็นฐานมาแล้วอย่างน้อย 17 ปี

จุดมุ่งหมายของวิธีการจัดบริการแบบใช้ชุมชนเป็นฐานนั้นสามารถมองได้หลายมิติ ในส่วนต้นของบทความได้กล่าวเอาไว้ว่าเป็นเพราะแนวคิดมนุษยนิยมที่ได้กลายมาเป็นที่ยอมรับในขณะนั้น ซึ่งเป็นกระแสของแนวคิดระดับโลกที่ขยายไปยังหลากหลายปริมาตรของความรู้ ตัวอย่างเช่น ในทฤษฎีจิตวิทยาก็สามารถมองเห็นการเปลี่ยนผ่านของแนวคิดจากพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) มาสู่ความเชื่อในการรู้คิดของมนุษย์ (Cognitive) หรือทฤษฎีทางสังคมเชิงความรู้ จากแค่เดิมที่ถูกสร้างขึ้นจากฐานคิดแบบปฏิฐานนิยม มองสังคมแบบกลไกเชิงชีว หรือการมีฐานคิดแบบพวกคาร์วินนิสม์ (Darwinism) ที่มักมีมุมมอง

ต่อมนุษย์อย่างสหพจน (Reduction) มาสู่พหุวิถีทางสังคมที่ให้ความสำคัญกับความหลากหลาย (Diversity) ของความเป็นมนุษย์ ให้ความสำคัญกับความเป็นมนุษย์มากขึ้น

เช่นเดียวกับบริบทงานสุขภาพจิตของประเทศที่เปลี่ยนผ่านมาสู่การลดความเป็นสถาบันที่ให้ความสำคัญกับความเป็นมนุษย์มากกว่าในสมัยที่จัดบริการแบบรวมศูนย์หรือการพึ่งพาสถาบัน (WHO 2001, อ้างใน David McDaid and Graham Thornicroft, 2005:1) ผู้ป่วยทางจิตสามารถเลือกใช้บริการด้วยตนเอง ไม่เพียงเท่านั้นด้วยรูปแบบของบริการที่เปลี่ยนไป นำมาซึ่งอำนาจที่เปลี่ยนไปเช่นกัน เนื่องจากมีรูปแบบของชุมชนเป็นฐานและมากกว่านั้น มีรูปแบบการรักษาที่บ้าน (Home based care) ทำให้บุคลากรสุขภาพจิตจะต้องตระหนักอยู่เสมอว่าพวกเขาไม่มีอำนาจในตัวผู้ช่วยมากไปกว่าผู้ดูแล ซึ่งหมายถึงสมาชิกในครอบครัว (Carol Hall, Ellen Becker, Linda Samia, Margaret J. Cushman and Kristine Alster, 2008)

นอกจากนั้น การจัดบริการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานยังมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการลดต้นทุนประคับประคองซึ่งมักจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวช ทั้งที่ผู้ป่วยเข้ามาในพื้นที่ของโรงพยาบาลจิตเวชที่ย่อมสัมพันธ์กับผลต้นทุนประคับประคองที่ถูกระบุว่าต้นทุนประคับประคองสถาบัน (ชัยพร อุไรชนินทร์, 2558 น.169) มากไปกว่านั้น ในประเทศที่มีการทำงาน การจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานอย่างเต็มรูปแบบเช่นอิสราเอล ได้ออกแบบวิธีการฟื้นฟูผู้ป่วย ภายใต้การทำงานแบบการจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มุ่งเน้นการจัดการกับมลพิษประคับ และพยายามที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเป็นส่วนหนึ่งกับชุมชน (Inclusion) (Shulamit Ramon, Wes Shera, Bill Healy, Max Lachman, and Noel Rencouf, 2009) และผู้ศึกษาพบว่า สาเหตุที่ต้องให้ความสำคัญกับทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับในฐานะสมมติของชุมชนก็เพราะว่า รูปแบบของการจัดบริการสุขภาพจิตที่ผ่านมาตั้งอยู่สถานกักกัน และการรักษาโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐานนั้นเป็นการแยกคนออกจากชุมชน ซึ่งเป็นวิธีการกีดกันทางสังคม (Social Exclusion) อย่างหนึ่ง

การเกิดขึ้นของการจัดบริการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้นช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น การจัดบริการแบบโรงพยาบาลเป็นฐานมีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่กลับไปรับยา และยังเป็นการสนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและอาการทางจิตรุนแรง ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกส่งมาที่ชุมชนก็จะเป็นผู้ป่วยที่เผชิญปัญหาการเป็นคนไร้บ้าน (Homeless), ปัญหาความยากจน (Poverty) และการไร้ความรุนแรง ดังนั้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่มีที่อยู่อาศัย ทำให้ในชุมชนนั้นๆ ต้องประกอบไปด้วยองค์ประกอบต่างๆ คือ 1) บริการที่พักอาศัย (Housing services) หมายถึงผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุนเงินค่าที่พักอาศัย 2) การมีผู้จัดการจัดการรายกรณี (Case Manager) ทำงานตัวต่อตัวในพื้นที่ โดยอาจใช้คาเฟ่ในชุมชนเป็นที่นัดพบ โดยพันธกิจของผู้จัดการรายกรณีคือ การประสานเรื่องการรักษาทางการแพทย์, การฝึกฝนทักษะ, ช่วยผู้ป่วยค้นหาตำแหน่งงาน หรือแม้กระทั่งการช่วยเหลือเรื่องการสร้างสัมพันธภาพอันดีกับคนอื่น 3) การบำบัดรักษา (treatment) โดยทีมสหวิชาชีพจัดการการบำบัดรักษาต่างๆ ให้ผู้ป่วยถึงที่พัก 4) กลุ่มช่วยเหลือต่างๆ (Peer Support & Self-Help Group) 5) บริการฉุกเฉิน (Crisis Service) ในชุมชนจะต้องมีหน่วยบริการในภาวะที่ผู้ป่วยมีความเร่งด่วนต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์, การให้คำปรึกษา และนำส่งโรงพยาบาลในกรณีจำเป็น 6) บริการฉุกเฉินเคลื่อนที่ (Mobile crisis service) เป็นบริการที่พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อตอบสนองความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น 7) โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับงานยุติธรรม (Court Diversion Program) 8) คลับเฮาส์ (Club House) เป็นสถานที่ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องไปอย่างสม่ำเสมอ 5 วันต่อสัปดาห์ในฐานะสมาชิกของคลับ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฝึกฝนทักษะต่างๆ รวมทั้งทักษะในการทำงานเป็นต้น 9) Employment Service ก็จะต้องจัดหาเครือข่ายทางอาชีพในชุมชนให้กับผู้ป่วยที่มีความพิการ

โดยกลุ่มคนที่ทำงานในชุมชนเรียกว่า ทีมสุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health team) ซึ่งเป็นทีมที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษ (Specialized Team) ซึ่งจะมีบทบาทหน้าที่สำคัญ 3 ด้านด้วยกันคือ ทีมสำหรับผู้ป่วยที่มีความรุนแรง (Assertive Outreach Team) โดยกลุ่มผู้ป่วยนี้มีปัญหาเรื้อรัง ซ้ำซ้อน เช่น พฤติกรรมใช้ความรุนแรง มีแนวโน้มจะห้ำหั่นตนเอง ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดรักษา หรือเป็นคนไร้บ้าน ต่อมาคือทีมสำหรับผู้ป่วยที่เพิ่งเจ็บป่วยครั้งแรก (Early

รายงานสืบเนื่องการสัมมนาวิชาการเรื่องนโยบายการสถาปนาและถึงกองสงเคราะห์ฯ นร. ปีที่ 63

Intervention Team) และทีมในสภากาญจนาภิเษก (Crisis Resolution Team) ซึ่งทีมนี้ประกอบด้วยสหวิชาชีพต่างๆ และสามารถให้การช่วยเหลือและบำบัดรักษาตลอด 24 ชั่วโมงถึงบ้านของผู้ป่วย (Home-Based Care) (Shulamit Ramon, Wes Shera, Bill Healy, Max Lachman, and Noel Renouf, 2009)

วิพากษ์แนวคิดการลดความเป็นสถาบันและการจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ประเทศต่างๆ เช่น ยุโรป รวมถึงออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา แคนาดา แม้กระทั่งประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อย่างมาเลเซียต่างพากันเดินทางเปิดโรงพยาบาลจิตเวชและมุ่งเน้นการทำงานสุขภาพจิตแบบกระจายศูนย์ กลายเป็นกระแสทฤษฎีและการปฏิบัติในระดับนโยบายที่ได้รับความนิยมมากกว่า 17 ปี แต่งานสุขภาพจิตของไทยกลับไม่ได้ดำเนินนโยบายตามแบบตะวันตกเสียทั้งหมด ยังคงเป็นการทำงานสุขภาพจิตที่ผสมผสานกันระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลควบคู่กับการทำงานชุมชน

อย่างไรก็ตาม การจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้นมีมากกว่า 17 ปี ดังนั้นจึงเริ่มมีงานวิชาการที่ออกมาวิพากษ์วิธีการจัดบริการสุขภาพจิตเช่นนี้เอาไว้ค่อนข้างน่าสนใจ โดยแบ่งได้เป็น 2 ระดับคือ ข้อวิพากษ์ในระดับคลินิกและระดับโครงสร้าง

ข้อวิพากษ์ในระดับคลินิก

การจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานได้ส่งผลกระทบต่อมุมมองที่มีต่อผู้ป่วย คือมองว่าผู้ป่วยเป็นการระงับของครอบครัวตนเอง (Family burden) (Huenig & Hamilton, 1969 อ้างถึงใน Robert Bland and Michele Foster, 2012) ซึ่งจุดนี้ ผู้ศึกษาเห็นว่าการมีผู้ป่วยอยู่ในครอบครัว ซึ่งเป็นผลจากการนำแนวคิดการลดความเป็นสถาบันและการจัดบริการสุขภาพจิตโดยชุมชนเป็นฐานไปส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัว การต้องเผชิญกับมลพิษประจำบ้าน และความเครียดที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่ต้องเผชิญกับในขณะออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผู้ป่วยแล้ว นอกจากนั้นยังพบว่า สมาชิกในครอบครัวบางรายเสี่ยงต่อการตกเป็นเหยื่อความรุนแรงที่ผู้ป่วยสร้างขึ้น ต้องใช้ชีวิตด้วยความหวาดระแวงตลอดเวลา โดยเฉพาะช่วงที่เริ่มสังเกตได้ว่าผู้ป่วยขาดยาในระยะยาวๆ ผู้ดูแลต้องตกอยู่ในสภาวะไร้อำนาจ (Powerless) ไม่สามารถต่อรองอะไรกับผู้ป่วยได้

นอกจากนี้การมีผู้ป่วยอยู่ในบ้าน ทำให้สมาชิกในครอบครัวบางครอบครัวไม่สามารถมีกิจกรรมร่วมกับคนอื่น ๆ เช่น การออกไปทำงาน หรือการมีกิจกรรมนันทนาการ (Huenig & Hamilton, 1969 อ้างถึงใน Robert Bland and Michele Foster, 2012) นอกจากนั้น จากประสบการณ์ของผู้ศึกษาเองพบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชบางครอบครัวต้องหารายได้โดยการรับจ้างทำงานที่บ้านของตนเอง เช่น การรับจ้างเย็บผ้าไหม รวมถึงครอบครัวต้องเผชิญกับการถูกตั้งคำถามถึงความสามารถในการควบคุมและควบคุมความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วยด้วย (จันทพร ฤทธิชัยจันทร์, 2558 น.187)

เพราะฉะนั้นการจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีช่องว่างของการบริการโดยเฉพาะการระบบการรับผู้ป่วยเข้ารักษาตัว จึงเป็นเสมือนการถ่วงดุลของวงจรที่ซ้ำซาก หมายถึงครอบครัวและชุมชนต้องเผชิญกับปัญหาเดิมๆ ที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นไม่สิ้นสุด เพราะโรงพยาบาลได้ลดบทบาทการรักษาแบบคนไข้ในโรง

ข้อวิพากษ์ในระดับโครงสร้าง

งานวิจัยของต่างประเทศที่ได้กล่าวถึงผลกระทบในเชิงโครงสร้างรวมถึงวิพากษ์วิจารณ์การบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานไว้อย่างน่าสนใจคือ การเกิดขึ้นของนโยบายการลดความเป็นสถาบันนั้นเกิดขึ้นเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลจิตเวชที่มากขึ้นทุกขณะตามจำนวนคนไข้ที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงมีความเชื่อว่าการปิดโรงพยาบาลจิตเวชและปรับรูปแบบไปสู่การให้บริการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้นน่าจะมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล หวังกลับไม่ได้เป็นอย่างนั้นเสมอไป ในแคนาดาพบว่าค่าใช้จ่ายในการทำงานรูปแบบการจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้นไม่ได้ถูกไปกว่าการรักษาในโรงพยาบาลเลย ยิ่งพื้นที่ใดมีการจัดบริการอย่างเข้มข้น หรือมีผู้เจ็บป่วยทางจิตขึ้นรุนแรงอาศัยอยู่ก็ยิ่งใช้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น (Helen Killaspy, 2006)

เช่นเดียวกับงานขององค์การอนามัยโลกเรื่อง What are the arguments for community-based mental health care ที่บอกว่า ถ้าใช้ประโยชน์ของการรักษาด้วยการจัดการบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน นั้นไม่ได้ต่างไปจากการรักษาในโรงพยาบาลที่ได้ถูกแทนที่เท่าใดนัก (Thornicroft & Tansella M, 2003) หรือ การจัดการบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน นั้นมีความคุ้มค่า มากกว่าการรักษาในโรงพยาบาล (Barbara Dickey, William Fisher, Carole Siegel, Frederic Altshuler, and Hocine Azenzi, 1997: 559)

ในขณะเดียวกัน ก็มีการสร้างข้อโต้แย้งเกี่ยวกับ กระบวนการลดความเป็นสถาบันและการจัดการบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเอาไว้อย่างรุนแรง เช่น การกล่าวหาว่าการลดความเป็นสถาบันนั้นล้มเหลวที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าเป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับแนวคิดมนุษยนิยม และคุ้มค่ากว่าการรักษาในโรงพยาบาล (Lamb and Bachrach, 2001: 1040 อ้างถึงใน Patricia Sealy & Paul C. Whitehead, 2008: 75)

นอกจากนั้น Sealy and Whitehead (2004) ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับการลดความเป็นสถาบันที่ดำเนินในแชนนอนมากกว่า 40 ปีว่า การดำเนินนโยบายการลดความเป็นสถาบันในไอร์แลนด์ใช้เวลาที่ยาวนาน, ไม่ทั่วถึง, เกิดการลดการพึ่งพาโรงพยาบาลจิตเวชแบบรวมศูนย์ (ที่เรียกว่ารวมศูนย์ เพราะว่าการถ่ายเทพยาภิบาลมาที่ชุมชนเป็นโครงสร้างแบบกระจายอำนาจ) ซึ่งจุดนี้ผู้ศึกษาวิเคราะห์ต่อไปว่าอาจจะนำมาซึ่งการสูญเสียทักษะทางจิตเวชศาสตร์กระแสหลักไป

เช่นเดียวกับที่ Helen (2006) กล่าวถึงเหตุผลหลักของนโยบายการปิดโรงพยาบาลจิตเวช ได้วิพากษ์นโยบายนี้อย่างรุนแรงว่า ถูกนำมาใช้ด้วยเหตุผลเรื่องการประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าเห็นความสำคัญของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งยังมองนโยบายนี้ว่าเป็นเพียงการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่โรงพยาบาลมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการที่จะจัดซื้ออุปกรณ์และจ้างเจ้าหน้าที่เพิ่มเป็นสิ่งที่ดีเพื่อให้เงินจำนวนมาก ไม่เพียงเท่านั้น ในขณะที่ยาจ่ายที่ใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชลดลง แต่เงินที่ลงไปช่วยเหลืองาน community based care กลับถูกอนุมัติล่าช้า ข้อสงสัยเรื่องความครอบคลุมบริการ (Estroff 1981; Johnson 1990; Torrey 1997 อ้างถึงใน Patricia Sealy & Paul C. Whitehead, 2008: 78)

งานวิจัยของตัวผู้ศึกษาในระดับปริญญาโท พบว่าเครือข่ายสุขภาพจิตนั้นไม่ได้เข้าถึงทุกพื้นที่ โดยเฉพาะชุมชนที่ห่างไกลจากตัวเมืองในจังหวัดเชียงใหม่ทั้งหลาย รวมถึงคนที่ได้รับผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่สุดก็คือครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเอง ซึ่งผู้ศึกษาเองตอบว่า เพราะการจัดระบบแบบผสมผสานระหว่างสถาบันขนาดใหญ่และชุมชนนั้น เริ่มให้มีการนำมาใช้เมื่อก่อนของชุมชนมากขึ้น นั่นหมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ารักษาในสถานพยาบาลผู้ป่วยไม่ยอมเกิดขึ้นน้อยลง ดังนั้น การจัดบริการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของบริบทสังคมไทย ณ ขณะนี้ผู้ศึกษาถือว่าเป็นเสมือนการผลักภาระการรับผิดชอบให้ชุมชนและครอบครัวผู้ป่วย (ชัยพร อุโฆษจันทร์, 2558)

สุดท้าย การจัดการบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานไม่ได้ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของการจัดการทรัพยากรในชุมชนแต่อย่างใด ซึ่งข้อสุดท้ายนี้สะท้อนผ่านในงานของสตีล คัมพรีพอนันต์ (2552) ที่กล่าวถึงการจัดการบริการสุขภาพจิตในชุมชน ซึ่งในแต่ละพื้นที่ไม่ได้มีโครงสร้างการจัดการแบบเครือข่ายทั้งหมด เพราะบางพื้นที่ก็มีลักษณะเป็นระบบลำดับชั้นปกครอง (Hierarchy)

ดูเหมือนว่าในขณะที่กระแสของงานสุขภาพจิตจะเน้นไปที่การลดความเป็นสถาบัน แต่ในขณะเดียวกันก็มีการวิพากษ์ควบคู่กันไปด้วยทั้งมิติทางคลินิกและโครงสร้าง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงขอลำดับถึงจุดแข็งของวิธีการจัดการบริการแบบโรงพยาบาลเป็นฐานว่าดังต่อไปนี้ 1.การรักษาในโรงพยาบาลนั้นมีความสะดวกและมีความพร้อมในเรื่องของอุปกรณ์ทรัพยากรนั้นสามารถจัดเตรียมได้ง่าย เพราะโรงพยาบาลมีทุกอย่าง อยู่แล้ว 2.ประเด็นเรื่องการเรียกร้องสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันสุขภาพ 3.การควบคุมและอำนาจ 4.การรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลเป็นช่วงเวลาที่ครอบครัว/ผู้ดูแลได้พักผ่อน 5.ความไม่ลงรอยทางอุดมการณ์ของการเคลื่อนไหวการลดความเป็นสถาบัน ที่ถูกมองว่าเป็นนโยบายแฟชั่น "Policy fashion" (Eszioni 1976, อ้างถึงใน Charles A. Kiesler and Amy E. Sibulkin, 1987 p.182)

รายงานสืบเนื่องการสัมมนาวิชาการเชิงนโยบายและการพัฒนาสังคมสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มร. ปีที่ 63

การจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของไทย

เมื่อหาส่วนนี้จะสัมพันธ์กับเนื้อหาส่วนของการลดความเป็นสถาบันของงานสุขภาพจิตไทยที่ผู้ศึกษาได้กล่าวว่ายังคงเน้นไปที่การรักษาในโรงพยาบาล ทว่าก็พยายามให้ความสำคัญกับการทำงานชุมชนเช่นกัน

งานจิตเวชชุมชนหรือสุขภาพจิตชุมชนเองก็มีหลากหลาย และผู้ศึกษาเข้าใจว่าไม่เคยปรากฏคำว่า “การจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน” ในงานสุขภาพจิตไทยมากนักเพราะในเมื่อเรายังมีโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่อยู่ ความหมายของการจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานจึงต่างออกไปจากต่างประเทศ นั่นเพราะว่าในต่างประเทศนั้นได้มีการถ่ายเททรัพยากรสุขภาพจิตทั้งหมดมาสู่โรงพยาบาลทั่วไปและชุมชน โดยที่มีบริการต่างๆ ครอบคลุมสนับสนุนผู้ให้บริการอย่างเฉพาะเจาะจงในขณะที่ยังเน้นการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับหน่วยงานอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทาง ตำรวจ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สาธารณสุข โรงเรียน ศาสนา และกรมการปกครอง ยกตัวอย่างความแตกต่างระหว่างต่างประเทศและไทยคือ ในขณะที่ต่างประเทศที่มีสุขภาพจิตชุมชนที่มีความชำนาญพิเศษ หรือให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดเวลา มีบริการรักษาถึงที่บ้าน ซึ่งแตกต่างระดับปฐมภูมิ (Primary care) ในงานสุขภาพจิตในชุมชนของไทยเองเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้น คนในชุมชนต้องหาหนทางประสานทรัพยากรในพื้นที่ด้วยตนเอง เพื่อนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล และก็มีมือไม้รับประกันว่าทุกครั้งที่เกิดความเจ็บป่วยขึ้นจะมียานพาหนะสำหรับส่งตัวผู้ป่วยหรือไม่ เพราะการเข้าถึงถูกจัดสรรให้กันอย่างหลากหลาย

นอกจากนั้นผู้ศึกษาขอจำแนกการจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของไทยออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ หนึ่งเกิดขึ้นในชุมชนที่มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป็นจำนวนมาก ซึ่งจะเห็นชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวของตนเอง และสองคือการใช้สถานที่ทางศาสนาเป็นที่ตั้งของการจัดบริการสุขภาพจิตชุมชน ตัวอย่างเช่น วัดบวรนิเวศ จังหวัดนนทบุรี ซึ่งลักษณะที่สองนี้จะมีไว้สำหรับรองรับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่ไม่สามารถติดตามญาติได้ ผู้ป่วยก็จะถูกส่งมายังวัด เพื่อฟื้นฟูทางด้านสังคม (Social Recovery) ควบคู่ไปกับการฟื้นฟูทางกายภาพโดยการหาญาติหรือพี่เลี้ยงและทีมงานสุขภาพจิตลงมาตรวจอาการ และจ่ายยาเป็นประจำทุกเดือน

วิพากษ์การจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของไทย

ถึงแม้ว่าจะไม่ปรากฏแนวคิดการลดความเป็นสถาบันอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรในงานสุขภาพจิตไทย แต่รูปแบบการทำงานสุขภาพจิตของไทยก็พอจะทำให้เราเห็นว่าแท้จริงแล้วไทยเองได้รับอิทธิพลของแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้โดยลักษณะที่แตกต่างออกไป ผู้ศึกษาเห็นว่าแนวคิดการลดสถาบันเป็นสิ่งที่ดี เพราะเอื้อประโยชน์กับผู้เผชิญสภาวะความเจ็บป่วยทางจิต (ทั้งญาติและผู้ป่วย) มีความเป็นมนุษยนิยม ช่วยลดมลทินประทับ แต่การที่ไทยไม่ดำเนินนโยบายตามต่างประเทศแต่กลับคงไว้ซึ่งการรักษาในโรงพยาบาล พร้อมกับกำกับการเกิดแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป และดำเนินงานชุมชนไปด้วย ชี้ให้เห็นแนวทางการทำงานสำคัญคือลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้มากที่สุด ถ่ายเทผู้ป่วยสู่ชุมชน แต่ก็ยังไม่ถ่ายเททรัพยากรสุขภาพจิตมาให้ชุมชนอย่างเฉพาะเจาะจง จึงกลายเป็นจุดอ่อนสำคัญของการจัดบริการสุขภาพจิตไทย

อย่างทีกล่าวไปในเนื้อหาข้างต้นแล้วว่างานสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของไทยเน้นการบูรณาการงานเข้ากับงานของฝ่ายอื่นๆ ทำให้คนที่ทำงานในพื้นที่มีการะงับระงับขึ้น คนทำงานอาจต้องปฏิบัติหน้าที่หลายบทบาทในคนๆ เดียว

ผู้ศึกษามองว่าจุดแข็งของการจัดบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของไทยคือผู้คนที่อยู่ในชุมชนเข้าใจผู้ป่วย (ถือว่าเกิด Social Inclusion ในระดับหนึ่ง) ทำให้การรับยา และการตรวจรักษาเป็นเรื่องที่เข้าถึงง่ายกว่าการจัดบริการแบบรวมศูนย์เพียงอย่างเดียว แต่ก็เชื่อว่าทุกพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจิตเวชจะมีการนำแนวคิดนี้ไปปฏิบัติ

อีกสิ่งที่สำคัญและผู้ศึกษาสนใจเป็นอย่างมากคือผลกระทบ (Impact) ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในชุมชนซึ่งมีการดำเนินงานสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน กล่าวคือเนื่องจากการมีระบบสนับสนุนผู้ป่วยในชุมชนที่น้อย ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหา และอาการเจ็บป่วยที่ซ้ำซาก ยกตัวอย่างเช่น ไฉนคลับเฮาส์ (Club House) ที่จะช่วยดึงผู้ป่วยออกจากบ้าน ดังนั้นผู้ป่วยที่อยู่บ้าน (หมายถึงไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล) ก็จะขาดโอกาสที่ในชุมชน

อีกทั้งจะยังเพิ่มความรู้สึกเป็นภาระให้กับสมาชิกในครอบครัว ในชุมชนยังขาดบริการการจัดหางานสำหรับผู้ป่วย (Employment service)

สุดท้าย สำหรับการจัดการบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดไม่ได้ก็ไม่ควรเติบโตและพัฒนาเป็นสถานสงเคราะห์ ผู้ศึกษาขอยกตัวอย่างวัดบางระโง่ง ว่าเป็นวัดที่มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยจิตเวช มีทักษะและองค์ความรู้ในระดับหนึ่ง แต่ด้วยลักษณะของผู้ป่วยในวัดที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้วัดต้องดูแลผู้ป่วยคนเดิมๆ มาเป็นเวลานาน อีกทั้งสถานะของผู้ป่วยในวัดจะถูกกำหนดให้เป็น “เด็กวัด” ซึ่งก็เป็นประเด็นที่น่าคิดต่อไปว่า สอดคล้องกับแนวคิดมนุษยนิยมมากเพียงใด ไม่เพียงเท่านั้น ผู้ศึกษายังข้อสังเกตว่าการที่ชมรมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามารถตั้งอยู่ได้อย่างเป็นเหตุว่าตัวผู้นำชมรมเองมีความสนใจส่วนตัว เช่นผู้นำมีญาติเจ็บป่วยทางจิต แต่ถ้าหากว่าชมรมสุขภาพจิตไทยยังไม่มีระบบรองรับผู้ป่วยและการทำงานของชุมชนที่ตื่นตัว การจัดการบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานก็อาจจะไม่ยั่งยืนก็เป็นได้

ข้อเสนอของผู้ศึกษา

ผู้ศึกษาเห็นด้วยมีความเห็นเกี่ยวกับการวิพากษ์ที่ตะวันตกมีต่อการจัดการบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในแง่ที่ว่าเป็นการคำนึงถึงเรื่องงบประมาณมากกว่าการมองเห็นถึงผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ หรือนั้นเป็นเพียงการมองเพียงมิติเดียว การจัดการบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้นอาจเป็นการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสมในบริบทของต่างประเทศ ทว่าอาจจะไม่เหมาะสมเมื่อนำมาใช้กับบริบทของไทย ผู้ศึกษาขอเสนอว่าเราไม่สามารถเสี่ยงได้ที่จะละเลยนโยบายความแนวความคิดการลดความเป็นสถาบัน เพราะเป็นแนวคิดที่ถึงจะถูกมองว่ามุ่งหวังให้ความสำคัญกับงบประมาณที่ลดลงมากกว่าผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้ ทว่าในอีกมุมหนึ่งผู้ป่วยก็ได้รับประโยชน์จากการจัดสรรทรัพยากรในลักษณะนี้อย่างมากเช่นกัน แต่การทำงานสุขภาพจิตของไทยพยายามรักษาการรักษาในโรงพยาบาลเอาไว้ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้โรงพยาบาลทั่วไปมีแผนกจิตเวช และทำงานชุมชนที่มีลักษณะของการใช้ชุมชนเป็นฐานไปพร้อมๆ กันนั้นน่าจะไม่ใช่วิธีการที่เหมาะสม เพราะดูเหมือนว่าเป็นการผลักภาระให้กับครอบครัวและชุมชนที่ถูกจัดตั้งให้เป็นฐานการดูแลผู้ป่วย โดยที่ไม่มีระบบสนับสนุนที่เพียงพอ ที่จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิม

หากจะใช้แนวคิดการลดความเป็นสถาบันในนิยามที่ว่า ต้องการให้เกิดผลคือผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลน้อยลง แล้วไปอยู่ในชุมชนที่ถูกจัดตั้งให้เป็นฐานในการดูแลมากขึ้น ต้องตระหนักเสมอว่า การจัดการบริการสุขภาพจิตก็ต้องสร้างผลประโยชน์ให้กับครอบครัวผู้ป่วยและชุมชนด้วย ต้องสามารถจัดการกับมลทินประทับ (Stigma management) ต้องทำให้ผู้ป่วยไม่ถูกกีดกันจากสังคม ครอบครัวต้องไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ (Family burden) และครอบครัวก็ต้องสามารถพัฒนาศักยภาพ รวมไปถึงฟื้นฟูสภาพครอบครัวให้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ให้ได้ จึงจะถือว่าการจัดการบริการสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้นมีคุณค่าที่จะเกิดขึ้น ไม่ใช่เพียงของครอบครัวและชุมชนเป็นสถานสงเคราะห์ที่จ่ายอม

ในอีกทางเลือกหนึ่ง ถ้าไทยต้องการที่จะรักษาความรู้ทางจิตเวชและการจัดการแบบรวมศูนย์เอาไว้ที่โรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ ก็ควรจะกำหนดบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลจิตเวชนั้นๆ ให้ชัดเจน เช่นรับผิดชอบเรื่องการบำบัดรักษาทางการแพทย์เท่านั้น ส่วนบริการต่างๆ เช่นผู้จัดการรายกรณี คลับเฮาส์ บริการด้านการจัดหางาน ควรจะเป็นบริการที่ถูกจัดตั้งในชุมชน มากกว่าที่จะรวมศูนย์เอาไว้ที่โรงพยาบาลจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

กิติพัลล์ นนทพิทมะสุรีย์. (2555). แนวคิดจิตเวชยุคหลัง (Post psychiatry). เอกสารจำลองวิชา สศ.763 สังคมสงเคราะห์จิตเวชในสังคมที่เปลี่ยนแปลง. ภาควิชาจิตเวช / 2555.มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต. (อัครานา)

รายงานสืบเนื่องการสัมมนาวิชาการเนื่องในโอกาสการสถาปนาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มร. ปีที่ 63

- กิวิพัฒน์ นนทพิทยมธุลย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์ประชาชนโดยและกฎหมายหนึ่งร้อยแปดสิบ (Democratic Psychiatry and Law 180)*. เอกสารคำสอนวิชา สค.763 สังคมสงเคราะห์จิตเวชในสังคมที่เปลี่ยนแปลง. ภาคฤดูร้อน /2555. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. (อัครสำเน)
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *สุขภาพจิตชุมชน รายงานระดับประเทศ พ.ศ.2551*. นนทบุรี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2559 จาก <http://www.dmh.go.th/download/Ebooks/CommumH2551/rptCommunity2551th.pdf>
- ชัยพร อโษณจันทร์. (2558). *กระบวนการทำงานของสมมติประทีปของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย ผู้ดูแล และบุคคลแวดล้อมในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชานนท์ โกมลมาลย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์สังคมกับชุมชนบ้านดง*. เอกสารคำสอนวิชา สค.763 สังคมสงเคราะห์จิตเวชในสังคมที่เปลี่ยนแปลง. ภาคฤดูร้อน/2555. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. (อัครสำเน)
- กรมสุขภาพจิต. (2541). *ชุมชนบ้านดง : รายงานผลการสัมมนาวิชาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม วันที่ 8-12 มิถุนายน 2541 ณ ห้องประชุมศูนย์พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม / (จัดโดย) ศูนย์พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*.
- Carol Hall, Ellen Becker, Linda Samia, Margaret J. Cushman and Kristine Alster. (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurse*. Retrieved February 10, 2017 From <https://archive.ahrq.gov/professionals/cliniciansproviders/resources/nursing/resources/nursesbdbk/nursesbdbk.pdf>
- Charles A. Kiesler and Amy E. Sibulkin. (1987). *Mental Hospitalization : Myths and Fact about A National Crisis*. SAGA Pulishions, Inc 2111 West Hillcrest Drive Newbury Park, California 91320.
- David McDaid and Graham Thornicroft. (2005). *Policy Brief Mental Health II Balancing Institutional and Community-based care*. Retrieved February 10, 2017 From http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108952/E85488.pdf
- Thornicroft G Tansella M. (2003). *What are the argument of community-based mental health care?* Retrieved August 29, 2016 From www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/74710/E82976.pdf
- Helen Killaspy. (2006). *From the asylum to community care: learning from experience*. Retrieved October 25, 2016 From <http://bmb.oxfordjournals.org/content/79-80/1/245.full>
- Patricia Sealy and Paul C Whitehead. (2006). *The impact of Deinstitutionalization of Psychiatric Hospitals on Psychological Distress of the Community in Canada*, Journal of Health & Social Policy. Retrieved October 25, 2016. From <http://ir.lib.uwo.ca/nursingpub/125/>
- Patricia Sealy and Paul C Whitehead. (2003). *Forty Years of Deinstitutionalization of Psychiatric Services in Canada: An Empirical Assessment*. Retrieved October 25, 2016 From <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15147023>
- Robert Bland and Michele Foster. (2012). *Families and Mental Illness: Contested Perspectives and Implications for Practice and Policy*. Australian Social Work. Retrieved January 20, 2017 From www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0312407X.2011.646281