

ทางออกสุขภาพจิต พิชิตปัญหาวัยรุ่น

ความเป็นธรรมทางสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย

ห้องแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕
ห้องย่อย BB๔๐๖ โรงแรมเซนทารา ศูนย์ราชการ ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ
วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.

เครือข่ายคนรุ่นต่อไป (Next Generation) ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นจำเป็นต้องขับเคลื่อนในเชิงนโยบายต่อไป ดังนั้น จึงเปิดพื้นที่ให้วัยรุ่นได้แสดงความคิดเห็น ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเด็น “ความเป็นธรรมทางสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย” จัดขึ้น ณ ห้องย่อย BB๔๐๖ โรงแรมเซนทารา ศูนย์ราชการ ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.

เริ่มต้นเวทีโดย คุณอัครปัทมา ยูโซะ นายกสมาคมเยาวชนพัฒนาบ้านเกิด (PPS) ได้นำเสนอเส้นทางการทำงานของเครือข่าย Next Gen ซึ่งประกอบด้วย กลุ่ม/องค์กรนักศึกษาและเยาวชนคนรุ่นใหม่ที่สามารถรวมตัวกันจากหลายกลุ่มหลายสถาบัน ซึ่งล้วนต่างก็มีความสนใจที่อยากขับเคลื่อนประเด็นตนเองสนใจ และภายใต้ประเด็นหลัก (Theme) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และ ๑๖ ซึ่งว่าด้วยเรื่องของการร่วมสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ จึงได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อร่วมกำหนดประเด็นสำคัญเพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และเห็นตรงกันโดยยกให้เรื่อง “สุขภาพจิตในวัยรุ่น” เป็นประเด็นที่ทุกคนอยากจะทำพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย และเป็นที่มาของการจัดเสวนาในวันนี้

ลำดับถัดมา คุณพริ้ม มณีโชติ ผู้ดำเนินรายการ ได้นำเสนอสถิติเกี่ยวกับโรควิตกกังวลในวัยรุ่น โดยผลการสำรวจออนไลน์ของโครงการยูริพอร์ต ประเทศไทย ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นกว่า ๒,๖๐๐ ราย พบว่า วัยรุ่นร้อยละ ๕๐ รู้สึกหดหู่ เศร้า สิ้นหวัง ท้อแท้ และร้อยละ ๓๐ รู้สึกเบื่อหรือทำอะไรไม่สนุก และ ๑ ใน ๔ เคยคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย ซึ่งข้อมูลนี้สอดคล้องกับข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ปี ๒๕๖๐ ที่ระบุว่า อัตราป่วยเป็นโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นไทย (อายุ ๑๐-๑๙ ปี) สูงถึงร้อยละ ๑๘ คิดเป็นจำนวนประมาณ ๑ ล้านคน จึงเป็นประเด็นที่ต้องร่วมหาทางออก

จากนั้นในเวทีเสวนาได้นำเสนอสถานการณ์ปัญหาวัยรุ่น โดย พญ.วิรัชพัชร กิตติระชะพันธุ์ จิตแพทย์จาก รพ.ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้กล่าวถึงสถานการณ์หลังโควิด-๑๙ พบว่า เด็กทั้งชายและหญิงมีภาวะซึมเศร้า และ

สามารถพบได้ตั้งแต่เด็กอายุ ๒ ขวบ จากการถูกทารุณกรรม การถูกแยกจากผู้เลี้ยงดู และในวัยประถมนพบร้อยละ ๒ - ๓ วัยรุ่นร้อยละ ๑๐ ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ถือเป็นความผิดปกติของสารเคมีในสมอง และสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ส่วนโรคซึมเศร้านั้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต จึงควรสังเกตวัยรุ่นที่มีความเจ็บปวดด้านจิตเวช เช่น มีปัญหาการเรียน มีปัญหาการถูกทารุณกรรม ติดพนัน ติดเกม รวมถึงการเป็นเด็กติเกินไป ซึ่งจะมี ความเปราะบางทางจิตใจ โดยวัยรุ่นที่อยู่กับความโกรธ ความเศร้า ไม่รู้จะหาทางออกอย่างไร ส่วนใหญ่จะลงโทษตัวเองด้วยการทำร้ายตัวเอง นอกจากนั้นผู้ปกครองก็มีส่วนในการกระตุ้นภาวะซึมเศร้า เช่น การต่อว่าเด็กเมื่อแสดงความคิดเห็นที่ก้าวร้าว ค่านิยมที่บอกว่าเด็กผู้ชายห้ามร้องไห้ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม โรคนี้เป็นแล้วหายได้ และเป็นซ้ำได้อีก **ดังนั้นต้องให้ความรู้ ดูแล และมีพื้นที่ปลอดภัยให้วัยรุ่นได้แสดงความคิดและความรู้สึก โดยไม่ตัดสิน รวมถึงสังเกตสัญญาณเตือนที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และควรส่งเสริมทักษะชีวิตให้พวกเขาด้วย**

ลำดับต่อมา คุณจอมเทียน จันสมรัก ผู้แทนเยาวชนกับประสบการณ์ของโรคซึมเศร้า กล่าวถึง ประสบการณ์ของตนที่มีคุณแม่ซึ่งเป็นผู้ป่วยทางจิต ทำให้ตนเองถูกขังอยู่ในบ้าน ไม่สามารถเข้าถึงการศึกษาและ สิทธิที่ควรได้รับ รวมทั้งยังถูกทำร้ายจากคนในบ้านและถูกล่วงละเมิดทางเพศ เกิดภาวะวิกฤติและความ เปลี่ยนแปลงหลายครั้ง ทำให้เคยทำร้ายตัวเองตอนเด็ก แต่ก็ไม่ได้รับการติดตามช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง กระทั่งเมื่อ เป็นนิสิตที่จุฬาฯ ซึ่งที่นี่มีชมรมนักจิตวิทยา ทำให้สามารถเข้าถึงความรู้ เข้าถึงสวัสดิการ มีพื้นที่ส่วนตัวในการดูแล ตัวเอง และได้รับคำแนะนำในการดูแลตัวเองและแม่ แต่ก็ยังเป็นคำแนะนำที่เด็กต้องถามจนถึงที่สุดจึงจะได้คำตอบ ไม่ใช่ข้อมูลที่มีให้แก่ผู้รับคำปรึกษาอยู่แล้ว จึงกล่าวไม่ได้ว่าตนไม่ได้ร้องขอความช่วยเหลือ ต่อมาได้รับการเยี่ยม บ้าน ทำให้รู้สึกได้รับความช่วยเหลือที่แท้จริง จึงคิดว่า **“ถ้ามีการติดตามตั้งแต่ต้น มีระบบการดูแลที่ดีกว่านี้ เด็ก คนนั้นอาจไม่ต้องได้รับความรุนแรง ไม่ต้องออกนอกระบบการศึกษา และไม่ต้องออกจากบ้าน”** ดังนั้น การ เข้าถึงการดูแลรักษาสุขภาพทางจิตไม่จำเป็นต้องรอจนป่วยก่อนจึงค่อยดูแล แต่สามารถทำได้ก่อนและทั้งชุมชน ต้องช่วยกัน ไม่ใช่แค่ในโรงเรียน หรือโรงพยาบาล และค้นพบว่าสิ่งที่ทำให้ตนสามารถผ่านเรื่องราวเหล่านี้มาได้คือ **“อำนาจ”** จะเห็นได้ว่าตั้งแต่การใช้อำนาจผ่านการบอกครู ทำให้ไม่เกิดเหตุการณ์ขึ้นอีก การใช้อำนาจในการเข้าถึง สิทธิการศึกษาทำให้ตนมีข้อมูลความรู้เพิ่มขึ้น ได้รู้ว่ามีเพื่อน มีผู้ใหญ่ให้ปรึกษาได้ การมีพื้นที่ การได้เข้าถึงองค์ ความรู้ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติว่า **“สิ่งต่างๆ ที่ผ่านมามีไม่ใช่ความผิดของตนเอง”** อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันแพทย์และนักจิตวิทยาที่เข้าใจความแตกต่างหลากหลายหายากมาก และ รพ.จิตเวชในประเทศไทยมีน้อย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ และได้ชี้ให้เห็นว่าสิ่งสำคัญที่ทำได้คือ **“การฟังโดยไม่ตัดสิน”**

ลำดับต่อมา คุณปราชญา ศิริมหาอารีย์โพธิ์ญา ผู้แทนเยาวชนผู้ผลักดันการแก้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต ได้ กล่าวถึงการทำงานในฐานะประธานสภาเด็กและเยาวชนเขตบางกะปิ เมื่อหลายปีก่อน ซึ่งเห็นว่าบ้านเรายังไม่มี แผนงานเกี่ยวกับสุขภาพจิต จึงได้ลงไปสำรวจข้อมูลจากหลายโรงเรียน พบว่า เด็ก ๒-๓ คนต่อห้องเรียนเคยคิดฆ่า

ตัวตายภายใน ๗ วันที่ผ่านมา จึงได้เข้าพบรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยื่นจดหมายเปิดผนึก เสนอให้มีการแก้ไขมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ เพื่อให้ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี สามารถเข้ารับการรักษาบำบัดได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ร่วมกับการแสดงออกเชิงสัญลักษณ์ว่า “ใบยินยอมของผู้ปกครอง” เปรียบเหมือน “โซ่ที่ผูกมัดเด็กไว้” นอกจากนั้นมีการทำงานร่วมกับสื่อ มีการพูดคุยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข โดยการพูดคุยครั้งนั้นได้ใช้ความรู้และข้อมูลจากงานวิจัยในต่างประเทศเป็นเครื่องมือผลักดัน ซึ่งในประเทศที่ยินยอมให้เด็กเข้าพบจิตแพทย์ได้ด้วยตนเองจะมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่า หลังจากนั้น ๓ ปี ก็ทำให้เกิดแนวทางการดำเนินงานของแพทย์พยาบาลในการปฏิบัติและให้คำปรึกษาแก่เด็ก โดยการเข้าถึงบริการที่ไม่ใช่แค่การพบแพทย์ เพราะบางรายไม่สามารถบอกครอบครัวได้เนื่องจากครอบครัวมีปัญหา และบางรายไม่มีชุดคำพูดที่จะสื่อสารกับพ่อแม่จึงอยากให้แพทย์หรือนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้บอกแทน ซึ่งจากการทำงานนี้ได้ข้อคิดว่า หากอยากให้ผู้ใหญ่ฟัง เราต้องฟังเหตุผลของผู้ใหญ่ก่อน และได้เข้าเจตนาที่ต้องระบุงฎเกณฑ์ว่าต้องให้ผู้ปกครองยินยอม นั่นคืออะไร นอกจากนี้ เรื่องสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ **“อำนาจของเด็กมีอยู่จริง”** โดยการเพิ่มความรู้เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกับผู้ใหญ่ และสำหรับก้าวต่อไปที่จะขับเคลื่อนคือ **“โครงการหลักสูตรภูมิคุ้มกันทางอารมณ์”** เพื่อให้เด็กเรียนรู้วิธีการจัดการอารมณ์ของตนเอง ซึ่งจะเข้าไปอยู่ในวิชาสุศึกษาเป็นหลักสูตรเชิงปฏิบัติ ของโรงเรียนต่อไป

ลำดับต่อมา ผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อเสนอเพื่อนำไปสู่ทางออกสุขภาพจิต ทั้งจากผู้ฟังในห้องประชุมและทางออนไลน์ โดยมีข้อเสนอสู่ที่สำคัญดังนี้

๑. ผู้แทนจากจังหวัดสุรินทร์ เสนอให้มี **“กลไกครอบครัวเข้ม”** โดยมองว่า **“เด็กทุกคนคือลูกของชุมชน”** ชุมชนควรโอบอุ้ม ระวัง และจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ให้เขาพร้อมเรียนรู้ และเคารพสิทธิและเสรีภาพของเด็ก ซึ่งเสนอให้มีทำงานผ่านกลไกพัฒนาระดับตำบล แต่เพิ่มความรู้เพื่อลดช่องว่าง จึงเสนอให้พัฒนากลไกตำบล และระบบของกลไกหลักต้องไม่เทอะทะ เพื่อสนับสนุนคนได้ทันท่วงที
๒. เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ถูกตีตราและถูกทิ้งไว้ข้างหลัง จึงอยากให้สร้างความเข้าใจที่ตรงกัน โดยเสนอให้มี **“นักรบสุขภาพจิต”** รวมถึง **“เพิ่มทักษะ empathy”** รวมถึง **“พัฒนาสวัสดิการที่รองรับมากขึ้น”** เพราะคนรายได้น้อยเข้าถึงยาได้ยาก สิทธิประกันสังคมยังไม่ครอบคลุม และการบำบัดทางเลือกยังมีค่าใช้จ่ายสูง รวมถึงสัดส่วนผู้ป่วยกับจิตแพทย์ไม่เหมาะสม
๓. ควรเสริมศักยภาพการคัดกรองเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้แก่ครู และต้องปรับทัศนคติต่อการบริการด้านสุขภาพจิตของครูและเจ้าหน้าที่ด้วย

๔. ในภาคเหนือยังขาดความรู้ และมีทัศนคติเชิงลบในเรื่องนี้ ดังนั้น เสนอว่าควรทำให้ระดับชุมชนเกิดความเข้าใจก่อน และต้องทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งพัฒนาระบบคัดกรอง โดยใช้กลไกชุมชนเพื่อลดเคสหนัก และลดผู้ป่วยรายใหม่
๕. จากการวิจัยในขณะที่เรียนปริญญาเอก พบว่า เด็กส่วนใหญ่ร้องขอให้มีนักจิตวิทยาในโรงเรียน จึงอยากให้เปิดตำแหน่งในด้านนี้โดยเฉพาะรวมถึงความก้าวหน้าในสายงาน ในขณะที่เดียวกันพบว่าผู้ปกครองมีความกังวลว่าลูกจะถูกล้อเลียนหากเข้ารับการศึกษาด้านจิตวิทยา

ในช่วงท้ายของการเสวนา วิทยากรได้สะท้อนความคิดเห็นโดย พญ.วิรัชพัชร กิตติระพันธ์ จิตแพทย์ รพ.ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กล่าวถึง แนวทางที่สำคัญคือ **“เราจะรบกับสุขภาพจิต ต้องรับฟังอย่างไม่ตัดสิน เข้าใจ และให้โอกาส และชีวิตที่ดีต้องมีสุขภาพจิตที่ดี”** ดังนั้นจึงขอให้เรื่องสุขภาพใจได้เข้าไปอยู่ในทุกๆ เรื่องของสังคม ลำดับต่อมา คุณจอมเทียน จันสมรัก ผู้แทนเยาวชน กล่าวถึงข้อเสนอแนะที่น่าสนใจว่า อยากให้เกิดการสนับสนุนเจ้าหน้าที่ด้านหน้าให้ทำงานได้เต็มที่ และสนับสนุนงบประมาณในการฝึกอบรม รวมถึงมีสวัสดิการดูแลสุขภาพจิตของคนทำงานหน้าด่าน อีกประเด็นที่อยากฝากไว้คือ เสนอให้มีการรวบรวมความรู้ที่กระจัดกระจายจัดให้เป็นระบบ Case Manager หรือผู้จัดการรายกรณีส่วนกลางประจำชุมชน ที่มองเห็นภาพรวมของเคสไม่ให้เคสหนี้อยู่กับการที่ต้องคุยหลายภาคส่วน ที่สำคัญควรกระจายความรู้สู่ประชาชน โดยรัฐส่งเสริมให้มีพื้นที่หรือชมรมด้านสุขภาพจิตในทุกชุมชน รวมถึงองค์ความรู้ที่แตกต่างหลากหลาย

จากนั้น คุณปราชญา ศิริมหาอารีย์โพธิ์ญา ผู้แทนเยาวชนผู้ผลักดันการแก้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต ได้เสนอให้มีการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการแยกกันทำงานจะทำให้ไปได้ไม่ไกล จึงควรมีการนำความรู้และเครื่องมือของแต่ละหน่วยงานมาใช้ประโยชน์ร่วมกันจะเป็นประโยชน์มาก และอยากให้ปรับมุมมองของคนรอบข้าง โดยพ่อแม่ต้องเป็นเพื่อนและผู้นำให้เด็กเมื่อมีปัญหา และเด็กมีสิทธิเข้าถึงการรับคำปรึกษาสุขภาพจิต และได้ย้ำว่า **“การรับฟังอย่างไม่ตัดสิน ไม่พูดแทรก ไม่ใส่ความคิดเห็นส่วนตัว เป็นสิ่งสำคัญ”**

จากข้อเสนอแนะต่างๆ จะเห็นว่าต้องมีการพัฒนาไปพร้อมกันในทุกภาคส่วน ตั้งแต่หน่วยย่อยในชุมชน ซึ่งไม่เพียงแต่ในโรงเรียนหรือโรงพยาบาล แต่ต้องมองไปถึงระดับโครงสร้างเชิงนโยบายของภาครัฐ และที่สำคัญคือการปรับสุขภาพใจของตนเองให้แข็งแรง เพื่อตั้งหลักและตั้งรับกับสถานการณ์ความซับซ้อนของสังคมในปัจจุบัน