

## จิตเวชศาสตร์ไทยในอนาคต\*

พิเชฐ อุดมรัตน์, พบ.\*\*

### บทคัดย่อ

จิตเวชศาสตร์ไทยในอนาคตจะเป็นเช่นใด ย่อมขึ้นกับปัจจุบันว่าเราจะดำเนินการอะไรและอย่างไร ผู้นิพนธ์ได้นำเสนอจิตเวชศาสตร์ไทยในอนาคตที่ผู้เขียนอยากให้เห็นใน 4 ด้านคือ ด้านการให้บริการ, ด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรม, ด้านการวิจัย, และด้านการจัดประชุมวิชาการนานาชาติ โดยเสนอให้สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ร่วมมือกับราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และกรมสุขภาพจิต เพื่อหาวิสัยทัศน์ร่วมและพันธกิจหลัก จัดทำแผนจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตแห่งชาติขึ้นทุก ๆ 5 ปี โดยวางแผนอิงตามหลักฐานหรือข้อมูลในปัจจุบัน, ดำเนินการตามแผน, และมีการทบทวนประเมินผลอยู่เป็นระยะ ทั้งนี้เพื่อผลักดันจิตเวชศาสตร์ของประเทศไทยให้ไปสู่ฝันหรือวิสัยทัศน์ร่วมที่ตั้งไว้ในที่สุด

คำสำคัญ จิตเวชศาสตร์ สุขภาพจิต อนาคต ประเทศไทย

---

\* ปรับปรุงจากคำบรรยายเรื่อง “จิตเวชศาสตร์ไทยในอนาคต” ในการประชุมนานาชาติวิชาการภาคฤดูร้อน ประจำปี 2552 ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง “120 ปีจิตเวชศาสตร์ไทย : เหลียวหลังไปแล้ว แลหน้าสู่อนาคต” ณ บ้านอัมพวารีสอร์ท จ.สมุทรสงคราม เมื่อวันที่ 21-22 มีนาคม 2552

\*\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

## Thai Psychiatry in the Future

Pichet Udomratn, M.D.\*

### Abstract

The future of Thai psychiatry depends on how and what we do in the present. The author proposed his opinion on the future of Thai psychiatry, which he would like to see into 4 aspects i.e. service, education and training, research, and organizing international congresses. The Psychiatric Association of Thailand should join with the Royal College of Psychiatrists of Thailand and the Department of Mental Health, Ministry of Public Health to determine a common vision and mission for Thai psychiatry. The 5-year plan or National Psychiatric and Mental Health Plan should be jointly developed by the above organizations based on current data and evidence. The implementation and periodic evaluation of this plan should be monitored. With all these measures, the dream of a brighter future for Thai psychiatry should come true.

**Keywords:** future, psychiatry, mental health, Thailand

---

\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University,  
Hat Yai, Songkhla 90110

ก่อนจะเริ่มบรรยายในวันนี้ ผมขออัญเชิญพระราชดำรัสบางตอนในสมเด็จพระรัตนราชสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี<sup>1</sup> ที่ได้พระราชทานเนื่องในวโรกาสเสด็จพระราชดำเนินทรงเป็นองค์ประธานในพิธีเปิดการประชุมวิชาการครั้งที่ 17 ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย เนื่องในโอกาสครบรอบ 100 ปีจิตเวชศาสตร์ไทย เมื่อวันพฤหัสบดี ที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2532 ณ โรงแรมแชนกรีตา กรุงเทพฯ ดังความตอนหนึ่งว่า

“.....จิตเวชศาสตร์มีประวัติและวิวัฒนาการยาวนานมาจึร้อยปี ย่อมแสดงให้เห็นว่าเป็นสาขาวิชาที่สำคัญ วิชานี้จะมีความสำคัญอยู่ตลอดไปตราบเท่าที่คนเรายังมีชีวิตใจเป็นส่วนสำคัญของชีวิต การส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้ที่ยังมิได้ป่วยและการบำบัดรักษาผู้ที่ป่วยแล้วให้ทุกคนสามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและสังคมได้ เป็นงานอันมีเกียรติและสร้างสรรค์ที่ท่านทั้งหลายปฏิบัติชอบแล้ว....”

จึงขอฝากให้จิตแพทย์ทุกท่าน ได้นึกถึงพระราชดำรัสนี้ทุกครั้งในการปฏิบัติงาน เพื่อจะได้มีพลังกาย พลังใจที่เข้มแข็ง และไม่ย่อท้อ ในการปฏิบัติงานอันมีเกียรติและสร้างสรรค์ต่อไป

### อนาคตของจิตเวชศาสตร์ไทยที่อยากเห็น

โจทย์ที่ผมได้รับมอบหมายให้มาบรรยายในวันนี้ คือให้ทำหน้าที่เป็น โหรหรือเป็นผู้ทำนายอนาคตของจิตเวชศาสตร์ไทย ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าหนักใจยิ่ง การพูดถึงเรื่องในอดีตดูจะง่ายกว่า เพราะพูดในสิ่งที่ได้เกิดขึ้นมาแล้ว ส่วนการจะพูดเรื่องในอนาคตนั้น คล้ายกับเป็นการทำนาย ซึ่งย่อมขึ้นกับข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน ผมจึงขอเปลี่ยนหัวข้อการบรรยายในวันนี้เสียใหม่ว่า จิตเวชศาสตร์ไทยในอนาคตที่ผมอยากเห็น โดยขอใช้คำของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ที่ว่า “ให้เรามาสร้างฝันใหญ่ (big dream) ร่วมกัน” ว่าอยากเห็นจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทยเป็นเช่นใดในอนาคตอันใกล้เช่นในระยะ 11 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2563 หรือ ค.ศ. 2020) โดยขอฝันไว้ใน 4 ด้านด้วยกันคือ ด้านการให้บริการ, ด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรม, ด้านการวิจัย, และด้านการจัดประชุมวิชาการนานาชาติ

### อนาคตของการให้บริการ

เมื่อ 4 ปีก่อน ผมได้รับเชิญจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ให้ไปร่วมอภิปรายเรื่อง “การพัฒนามาตรฐานระบบบริการจิตเวชในประเทศไทย” ในการประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เมื่อวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2548 ณ โรงแรมทวินทาวเวอร์ กรุงเทพฯ<sup>2</sup> ในวันนั้น

ผมกล่าวว่า ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ผมได้เห็นระบบบริการจิตเวชในประเทศไทยได้พัฒนาไปอย่างมาก ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากที่รัฐบาลได้ให้ความสำคัญ ในงานด้านสุขภาพจิตมากขึ้น จึงกำหนดให้มีดัชนีชี้วัดที่เกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตไว้ในนโยบายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ด้วย คือการติดตามระดับ I.Q. ของเด็กไทย และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทย โดยเรื่องแรกมีเป้าหมายให้เพิ่มขึ้น ส่วนเรื่องหลังมีเป้าหมายให้ลดลง อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ยังเป็นความท้าทาย (challenges) ในการพัฒนาการให้บริการทางจิตเวช (psychiatric services) และบริการทางสุขภาพจิต (mental health services) ก็ยังคงมีอยู่ที่ผมเรียกสั้น ๆ ว่า “5 ไม่” ได้แก่ ไม่ทั่ว, ไม่เท่า, ไม่มี, ไม่ต่อ, และไม่พอ แม้เวลาจะผ่านมา 4 ปีจนถึงปัจจุบัน ผมก็ยังเห็นว่าเรื่อง “5 ไม่” ก็ยังเป็นสิ่งที่ท้าทายอยู่ในปัจจุบันและในอนาคต ดังจะขอขยายความดังนี้

**1. ไม่ทั่ว** คือ การเข้าถึงระบบบริการ (accessibility) ยังไม่ทั่วถึง ในปัจจุบันนี้เรายังไม่ทราบว่ามีคนไทยอีกเท่าใดที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชแล้ว แต่ด้วยความที่ไม่รู้ (ซึ่งปัจจุบันเรียกว่า mental health illiteracy) จึงไม่ได้มารับบริการ หรือไปพึ่งบริการในระบบอื่น (เช่น สะเคาะเคราะห์, ซื่ออาหารเสริมจากตัวแทนบริษัทขายตรงที่อ้างว่าสามารถรักษาได้) จึงควรสนับสนุนให้มีการวิจัยถึง “เส้นทางการรับบริการทางสุขภาพจิต” (pathway to mental health care) เพื่อจะได้หาทางแก้ไขต่อไป

**2. ไม่เท่า** คือ คุณภาพ (quality) และมาตรฐาน (standard) ของการได้รับบริการยังไม่เท่าเทียมกัน ยกตัวอย่างงานวิจัยที่พบว่า แบบแผนการสั่งยาของจิตแพทย์ไทยในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่คือต่อการรักษา (treatment resistant schizophrenia, TRS) นั้นมีความแตกต่างกันมาก (variation) แม้จะมีแนวปฏิบัติในทางคลินิก (clinical practice guideline, CPG) ออกมาแล้วก็ตาม แต่จิตแพทย์ส่วนหนึ่งก็ยังไม่ทราบ หรือทราบว่า มี CPG แต่ไม่ทราบถึงเนื้อหาของ CPG ดังกล่าว<sup>3</sup> จึงเป็นเรื่องท้าทายว่าทำอย่างไรจึงจะให้คุณภาพและมาตรฐานของการให้บริการนี้เท่าเทียมกันและสามารถตรวจสอบได้ (accountability)

**3. ไม่มี** คือการบริการพิเศษ (specialized care) ที่ต้องการความชำนาญเฉพาะด้าน เช่น การรักษาแบบ cognitive behavior therapy (CBT) ที่แม้จะยอมรับกันทั่วโลกแล้วว่าเป็นการรักษามาตรฐานที่มีประสิทธิผลพอ ๆ กับยาในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค เช่น major depression (mild to moderate degree), panic disorder, และโรคอื่น ๆ แต่ยังไม่มีความชำนาญใดในประเทศไทยที่ได้รับการยอมรับระดับชาติ (national recognition) หรือมีศูนย์ระดับชาติ (National Center of CBT) เพื่อให้การรักษาในด้านนี้โดยเฉพาะ นอกจากนี้ หากคิดว่าเรื่องของจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (geriatric psychiatry) และประสาทจิตเวชศาสตร์ (neuropsychiatry) เป็นเรื่องที่ต้องการจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดูแลโดยเฉพาะ ประเทศไทยก็ยังไม่มีการฝึกอบรมและให้การรับรอง (board certified) ผู้เชี่ยวชาญในสาขานี้

4. **ไม่ต่อ** คือ ความไม่ต่อเนื่องของการได้รับบริการ (discontinuity) ปัจจุบัน คนไทยมีการเคลื่อนย้ายที่อยู่ เนื่องจากเปลี่ยนสถานที่ทำงานหรือเปลี่ยนสถานศึกษาอยู่พอสมควร แต่ระบบข้อมูลของประวัติการเจ็บป่วย ยาที่เคยได้รับ ตลอดจนแผนการรักษาต่อของผู้ป่วยรายนั้นไม่ได้มีการส่งต่อไปให้สถานบริการแห่งใหม่ได้ทราบ เพราะระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในปัจจุบันยังไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ทั้งประเทศ แม้ขณะนี้ทุกโรงพยาบาลจะได้รับคำขอให้มีการกำหนดหมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก ควบคู่ไปกับ hospital number (HN) ของโรงพยาบาลแล้วก็ตาม

5. **ไม่พอ** คือ ความขาดแคลนของบุคลากรทางสุขภาพจิต ในประเทศไทยจิตแพทย์ต้องทำงานหลายด้าน ไม่เพียงแต่จะทำงานด้านบริการเท่านั้น แม้แต่จิตแพทย์ในสังกัด กรมสุขภาพจิตเอง ปัจจุบันก็มีบทบาทแทบจะไม่แตกต่างกับจิตแพทย์ที่ปฏิบัติอยู่ในมหาวิทยาลัย เพราะต้องสอนทั้งแพทย์ประจำบ้าน (บางแห่งก็สอนนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาลด้วย) ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วย และขณะนี้ยังทำงานวิจัย รวมทั้งงานบริหาร (ทั้งโดยตำแหน่ง และในฐานะกรรมการต่าง ๆ) อีกด้วย จึงทำให้ไม่สามารถพัฒนาบริการให้ถึงขั้นชำนาญพิเศษเฉพาะด้าน เฉพาะเรื่องได้ ไม่เพียงแต่จิตแพทย์เท่านั้น แต่บุคลากรอื่น ๆ ทางด้านสุขภาพจิตก็ยังคงมีความขาดแคลนเช่นเดียวกัน

อนาคตของการให้บริการงานทางด้านสุขภาพจิต จึงไม่น่าฝากไว้กับจิตแพทย์แต่เพียงกลุ่มเดียว เพราะแม้จะให้สถาบันที่เปิดการฝึกอบรมในขณะนี้ เพิ่มปริมาณให้เต็มตามศักยภาพ ก็คงไม่สามารถผลิตจิตแพทย์ได้ทันและพอจนได้สัดส่วนจำนวนจิตแพทย์ต่อประชากรได้ตามมาตรฐานของประเทศที่พัฒนาแล้วได้ ประเทศไทยจึงควรพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพจิตของตัวเอง โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ไม่ว่าจะเป็นพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์ทั่วไป โดยแต่ละกลุ่มควรมีบทบาทและขอบเขตที่ชัดเจนของความรับผิดชอบ ในการให้บริการเพื่อให้สามารถแก้ปัญหา 3 ไม่ ได้คือ ไม่ทั่ว, ไม่เท่า, และไม่ต่อ

ส่วนเรื่องจำนวนจิตแพทย์ไม่พอนั้น คงต้องยอมรับว่าคงไม่สามารถแก้ด้วยการเร่งผลิตเพิ่มได้ในอนาคตอันใกล้ และเรื่องไม่มีการให้บริการพิเศษในบางเรื่องนั้น คงต้องขึ้นกับนโยบายระดับชาติ ตัวอย่างเช่นในเรื่องการรักษาด้วย CBT นั้น แม้ผู้บำบัดในแนว CBT จะมีน้อย แต่ประเทศไทยก็มีผู้บำบัดแนวซาเทียร์อยู่มาก อาจใช้ทดแทนกันได้หรือไม่ และควรพิจารณาเรื่องประยุกต์การรักษาให้เหมาะกับบริบทของประเทศไทยด้วย ดังเช่นงานวิจัยประเมินการให้บริการ (service evaluation) การรักษาด้วย CBT ที่เพิ่มเข้าไป (add on) ในผู้ป่วย major depression ที่ได้ยาแก้อาการซึมเศร้า 4 สัปดาห์แล้วไม่ได้ผล ปรากฏว่ามีผู้ป่วยที่มาติดตามครบตามนัดทุกครั้ง จนถึงสัปดาห์ที่ 16 มีเพียงแค่ 1 รายจาก 15 รายเท่านั้น ซึ่ง

คณะผู้วิจัยเชื่อว่าส่วนหนึ่งเป็นเพราะ CBT ที่พัฒนามาจากต้นฉบับในต่างประเทศ โดยมีจำนวน session ที่มากถึง 16 session นั้น อาจไม่เหมาะกับคนไทย<sup>4</sup> เป็นต้น

อนาคตของการให้บริการทางจิตเวชศาสตร์ ที่ผมอยากจะเห็น ก็คือสามารถให้บริการได้ทั่วถึง, เท่าเทียมกันตามมาตรฐานและคุณภาพที่กำหนด, ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกำเริบ (relapse) หรือป่วยซ้ำ, มีบริการพิเศษเฉพาะด้านในศูนย์บริการจิตเวชระดับตติยภูมิ, และมีผู้ให้บริการทางจิตเวชและสุขภาพจิตที่เพียงพอและเหมาะสมในพื้นที่นั้นๆ หรือเรียกสั้นๆ ว่า “5 ได้” นั่นเอง (ได้ทั่ว, ได้เท่า, ได้มี, ได้ต่อ, ได้พอ) และควรเป็นบริการที่ได้ผลกับคนไทยด้วย

### อนาคตด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรม

ปัจจุบันนี้การเรียนการสอนในระดับนักศึกษาแพทย์ได้มีการสอนวิชาจิตเวชศาสตร์กันในทุกโรงเรียนแพทย์อยู่แล้ว ประเด็นก็คือว่า สิ่งที่เราสอนใช้สิ่งที่เมื่อจบเป็นแพทย์ทั่วไปแล้วได้เจอหรือได้ใช้หรือไม่ ผู้ป่วยที่จิตแพทย์ตรวจที่ OPD จิตเวชในโรงเรียนแพทย์หรือในโรงพยาบาลจิตเวช จะเป็นผู้ป่วยกลุ่มเดียวกับที่แพทย์ทั่วไปจะได้เจอที่โรงพยาบาลชุมชนหรือไม่ และแพทย์เหล่านี้ควรมีทักษะอะไรในการคัดกรองผู้ป่วยจำนวนมากที่มาตรวจที่คลินิกทั่วไปได้

รัตนา สายพานิชย์และคณะ<sup>5</sup> ได้เคยสำรวจแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน และตีพิมพ์ผลงานวิจัยเมื่อปี พ.ศ.2541 พบว่าปัญหาที่พบบ่อยในโรงพยาบาลชุมชน 4 อันดับแรกคือ Psychological problem in physical health, Anxiety disorders, กลุ่มโรคที่คิดว่ามีปัญหาทางด้านจิตเวชแต่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ (Suggested psychiatric problems) และ Somatization disorders คณะผู้วิจัยชุดเดียวกัน<sup>6</sup> ยังได้รายงานการสำรวจการใช้ยาทางจิตเวชของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าแพทย์อาจไม่มั่นใจในการใช้ยาและปรับขนาดยา ส่วนใหญ่แพทย์จะให้ยาจิตเวชในขนาดต่ำกว่าที่จะรักษาโรคทางจิตเวชได้

บัดนี้เวลาล่วงเลยมาสิบปีแล้ว น่าจะได้มีการสำรวจซ้ำในเรื่องนี้ว่าสถานการณ์เป็นเช่นใดในปัจจุบัน เนื่องจากที่ผ่านมา กรมสุขภาพจิตได้ใช้งบประมาณส่วนหนึ่งในการฝึกอบรมแพทย์ทั่วไปให้มีความรู้ในการวินิจฉัย major depression และให้การรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้าได้ ผมเคยไปเป็นวิทยากรให้กับกรมสุขภาพจิต และได้มีโอกาสพูดคุยกับแพทย์ทั่วไป ซึ่งส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการจัดอบรมให้ ความรู้ในเรื่องดังกล่าว แพทย์หลายคนบอกว่า ช่วงที่เป็นนักศึกษาแพทย์นั้นไม่ค่อยได้พบผู้ป่วยจิตเวช จึงไม่เห็นความสำคัญของวิชาจิตเวชศาสตร์เท่าใดนัก และอยากให้กรมสุขภาพจิตได้จัดการฝึกอบรมในเรื่องนี้ให้กับแพทย์ทั่วไปทุกคน ภายหลังที่ได้มีประสบการณ์ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแล้ว อย่างน้อย 6 เดือน - 1 ปี

ส่วนเรื่องการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านนั้น เราคงต้องช่วยกันมาสร้างฝันใหญ่ร่วมกันว่าควรมีการฝึกอบรมจิตเวชศาสตร์สาขาใดเพิ่มเติมอีกบ้างในอนาคตอันใกล้ เช่น ถ้าอยากให้มีการฝึกอบรมในสาขาจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ควรจะเริ่มเกิดขึ้นในปีใด และควรดำเนินการอย่างไร จึงจะทำให้เกิดขึ้น

กล่าวโดยสรุปสำหรับอนาคตที่ผมอยากให้เห็นในเรื่องการเรียนการสอน สำหรับนักศึกษาแพทย์คือ นักศึกษาแพทย์ได้เรียนในสิ่งที่เขาจะได้ไปพบในชีวิตจริง เรียนจิตเวชศาสตร์ด้วยความสนุกสนาน และสามารถจดจำเอาไปใช้งานได้ นอกจากนี้ ควรมีการฝึกอบรมระยะสั้นซ้ำให้ (booster) หลังจบไปเป็นแพทย์ทั่วไปแล้ว 6 เดือน - 1 ปี ส่วนการเปิดการฝึกอบรมจิตเวชศาสตร์ในสาขาใหม่ ๆ นั้น ควรมีการกำหนดร่วมกันว่าควรเปิดในสาขาใดบ้าง จะเปิดเมื่อใด และควรดำเนินการอย่างไร

### อนาคตด้านการวิจัย

ในระยะ 4-5 ปีที่ผ่านมา พบว่ากรมสุขภาพจิตได้มีโครงการวิจัยเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะโครงการวิจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนหลายสิบล้านบาทจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) นอกจากนี้บุคลากรของกรมสุขภาพจิตบางคนก็ได้รับสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) หลายสิบล้านบาทเช่นกัน ให้วิจัยเกี่ยวกับเรื่องปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้สุราหรือยาเสพติด งานวิจัยที่ใช้งบประมาณสูงเช่นนี้ ส่วนใหญ่เป็นงานที่ต้องวิจัยพร้อมกันหลายแห่ง (multi-center) และทำร่วมกับคณาจารย์จากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ของโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ รวมทั้งโรงพยาบาลจิตเวชด้วย

ขณะเดียวกันประเทศไทยก็ได้รับการยอมรับมากขึ้นให้เข้าร่วมในโครงการวิจัย clinical trial ของยาจิตเวชขนานใหม่ ทั้งใน phase สองและสาม โดยเป็นการวิจัยพร้อม ๆ กันหลายศูนย์ (multi-center) และหลายประเทศ งานวิจัยเช่นนี้ก็ต้องอาศัยคณาจารย์จากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ของโรงเรียนแพทย์และจิตแพทย์ของโรงพยาบาลจิตเวชต่าง ๆ ด้วยเช่นกัน

เมื่อเป็นเช่นนี้ ทำให้จิตแพทย์ผู้ร่วมวิจัยในหลายสถาบัน ไม่สามารถจัดสรรเวลาได้อย่างเหมาะสม ส่วนการจัดสรรงบประมาณในการวิจัยก็ขึ้นกับนโยบายของรัฐบาล เช่นในระยะ 4-5 ปีที่ผ่านมา ทางวช. ได้จัดสรรงบให้กับกรมสุขภาพจิตเป็นหลัก จากนั้นกรมสุขภาพจิตได้ไปร่วมมือกับจิตแพทย์ของโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ และจัดแบ่งงบไปให้ตามปริมาณงานที่ตกลงกันในแต่ละปี ครั้งมาถึงปี พ.ศ.2552 รัฐบาลต้องการผลักดันให้เกิดมหาวิทยาลัยวิจัย จึงจัดสรรงบวิจัยไปลงที่มหาวิทยาลัยวิจัย 9 แห่ง ที่ได้ทำข้อตกลงไว้กับกระทรวงศึกษาธิการ งบวิจัยที่เคยจัดสรรให้กับกรมสุขภาพจิตจึงถูกลดทอนลงไปมาก

เนื่องจากประเทศไทยยังไม่เคยมีแผนงานวิจัยด้านจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตระดับชาติ จึงไม่ทราบว่าจะควรทำเรื่องอะไรก่อนหลัง (priority setting) และใครควรเป็นเจ้าภาพหลักในโครงการวิจัยประเภท

ใด จิตแพทย์ในแต่ละแห่งควรจัดสรรเวลาทำงานวิจัยในเรื่องใดก่อน บางครั้งพบว่าจิตแพทย์ในโรงพยาบาลต่างกันแต่สนใจทำวิจัยเรื่องเดียวกัน ในช่วงเวลาเดียวกัน โดยที่ต่างคนต่างไม่ทราบ เช่นสนใจศึกษาภาวะ metabolic syndrome จากการใช้ยารักษาโรคจิต เป็นต้น ทำให้ต่างคนต่างพัฒนา protocol และใช้ criteria ที่ต่างกัน

ดังนั้นอนาคตที่ผมอยากเห็นในเรื่องงานวิจัยก็คือ การมีแผนงานวิจัยด้านจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตระดับชาติ การพัฒนาจิตแพทย์รุ่นเยาว์ที่สนใจงานวิจัยให้เข้ามาร่วมงานกับจิตแพทย์อาวุโส เพื่อการบ่มเพาะและพัฒนาศักยภาพ (ผู้เขียนเคยบรรยายเรื่องนี้ไว้แล้วในหัวข้อเรื่อง จิตแพทย์รุ่นเยาว์กับความฝันใหญ่เพื่อจิตเวชศาสตร์ไทยในอนาคต) การมีงานวิจัยที่ตอบสนองต่อการพัฒนาบริการทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต (from research to routine) การประเมินการให้บริการ (service evaluation) การพัฒนารูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย รวมทั้งงานวิจัยทางด้านคลินิก งานวิจัยเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ งานวิจัยที่เกี่ยวกับการเรียนการสอนทางด้านจิตเวชศาสตร์ และการฝึกอบรม รวมทั้งควรมีศูนย์รับจดทะเบียนโครงการวิจัยที่สามารถสืบค้นข้อมูลจากทาง website ได้ว่า ใครกำลังทำอะไรอยู่ และการมีฐานข้อมูลผลงานวิจัยทางด้านจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต ซึ่งปัจจุบันกรมสุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ก็พอมีข้อมูลอยู่บ้าง แม้จะยังไม่ครบถ้วนทั้งหมด และมีแต่บทคัดย่อก็ตาม

### อนาคตในการจัดประชุมวิชาการนานาชาติ

ประเทศไทยกำลังฉลองครบ 120 ปี จิตเวชศาสตร์ไทยในปีนี้ โดยในช่วง 120 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมวิชาการนานาชาติระดับภูมิภาคอาเซียน (ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health Congress หรือ AFPMH Congress) ไปแล้ว 3 ครั้ง ซึ่งล้วนแต่เป็นการจัดตามภาคบังคับหรือข้อตกลงที่จะต้องหมุนเวียนกันจัดตามประเทศสมาชิก รวมทั้งได้จัดการประชุมระดับภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกอีก 2 ครั้งคือ The First Asia Pacific Regional Conference of International Association for Suicide Prevention ร่วมกับ IASP และ The Second Asia Pacific Regional Meeting of CINP โดยร่วมกับ CINP

ส่วนการประชุมระดับโลก (world congress) นั้น ประเทศไทยยังไม่เคยเสนอตัวเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมใด ๆ เรื่องนี้ทางสมาคมจิตแพทย์ฯ ควรจะต้องถามตัวเองก่อนว่า อยากจะจัดหรือไม่ เพราะสมาคมวิชาชีพอื่นๆ ของไทย เช่นสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารฯ ก็เคยจัด world congress มาแล้ว หรือล่าสุดในปีนี้ก็คือสมาคมประสาทวิทยาฯ ที่จัด World Congress of Neurology



สำหรับประเทศในเอเชียที่ได้จัดการประชุมระดับโลก ทางด้านจิตเวชศาสตร์มากที่สุดน่าจะเป็น ญี่ปุ่น แม้แต่ World Congress of Psychiatry ที่มาจัดที่ทวีปเอเชียเป็นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 2002 ก็จัดที่ประเทศญี่ปุ่น

หากประเทศไทยสนใจจะจัดบ้าง ก็อยู่ในวิสัยที่จะทำได้ แต่จะต้องจัดการประชุมไปที่ระดับ ให้ทางสมาคมจิตแพทย์โลก (World Psychiatric Association, WPA) เห็นศักยภาพของเราก่อน เช่น จัด WPA co-sponsored meeting แล้วขยับ ไปจัด WPA Regional Meeting แล้วขยับเสนอตัวไปจัด WPA International Congress สุดท้ายจึงเสนอตัวเพื่อขอ bid จัดการประชุม World Congress of Psychiatry ซึ่งในขณะนี้ประเทศในเอเชียที่ได้จัดการประชุมระดับ WPA Regional Meeting ไปแล้วมีอยู่ 2 ประเทศคือเกาหลี และ จีน ดังนั้นเขาน่าจะมีโอกาสที่จะได้จัดก่อนเรา

อย่างไรก็ตาม ผมเชื่อว่าศักยภาพในการจัดประชุมนั้น คงไม่เกินความสามารถของเราเป็นแน่ แต่สิ่งที่จะอวดคนอื่นในการประชุมระดับโลกนั้นคือการมีผลงานของจิตแพทย์ไทยนำเสนอในที่ประชุม ทั้ง oral และ poster presentation ในปริมาณที่มากพอควร ซึ่งเรื่องนี้คงต้องเตรียมการล่วงหน้าไว้นาน ๆ

#### ข้อเสนอเพื่อนาคค

จิตเวชศาสตร์ในอนาคตของประเทศไทยจะเป็นเช่นใด ย่อมขึ้นกับปัจจุบันขณะนี้ว่าเราจะดำเนินการอะไรอย่างไร หรือไม่ หรือปล่อยให้มีการพัฒนาไปแบบตามธรรมชาติ โดยอาศัยความเชื่อว่ามีจิตแพทย์ที่เก่งและที่อยู่จำนวนมากทั่วประเทศ ที่ได้รังสรรค์ผลงานซึ่งเป็นประโยชน์ให้กับวงการอย่างต่อเนื่อง และยังสามารถปรับตัวทำงานอยู่ในระบบราชการต่อไปได้

อย่างไรก็ตาม ผมอยากชวนให้คิดว่า จะดีกว่านี้หรือไม่ หากสามองค์กรหลักของประเทศคือ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ, สมาคมจิตแพทย์ฯ, และกรมสุขภาพจิต ที่ผมขอเรียกว่า ทีมจิตเวชประเทศไทย (Team Psych. – Thailand) จะได้มาร่วมกันนำจิตเวชไทยให้ไปสู่ฝัน โดยผนึกกำลังร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ของโรงเรียนแพทย์ทุกแห่ง และหน่วยงานจิตเวชในสังกัดอื่น ๆ เป็น 5 แรงแจ้งขัน มาร่วมสร้างฝันใหญ่ด้วยกัน โดยตั้งวิสัยทัศน์ร่วม (core vision) หาพันธกิจหลัก แล้วแบ่งกระจายพันธกิจต่าง ๆ เหล่านั้น ไปยังกลุ่มผู้รับผิดชอบหลัก มีแผนงานจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตแห่งชาติ (National Psychiatric and Mental Health Plan) ทุก ๆ 5 ปี โดยวางแผนอิงตามหลักฐาน (evidence based) และข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน, ดำเนินการตามแผน, และมีการทบทวนประเมินผลอยู่เป็นระยะ

ทั้งนี้ผมขอเสนอรูปแบบของแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาจิตเวชศาสตร์ไทยในอนาคตดังแผนภูมิข้างล่างนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงรูปแบบของแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาจิตเวชศาสตร์ไทยในอนาคต

โดยรูปแบบของแผนการดำเนินงานดังกล่าว ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดวิสัยทัศน์ร่วม (set the common vision) ว่าเราต้องการพัฒนาจิตเวชศาสตร์ของไทยในแต่ละด้านไปในทิศทางใด

2. เลือกแนวทางในการพัฒนา (choose the path) โดยประเมินตัวเองว่าขณะนี้ประเทศไทยพัฒนาในแต่ละด้านมาได้แค่ไหนแล้ว เพื่อไปให้ถึงในทิศทางที่กำหนดไว้ในขั้นตอนแรก เราควรที่จะเลือกเดินในทิศทางใด หากมีงานที่ต้องพัฒนาหลายด้าน ควรจัดเรียงลำดับความสำคัญก่อนหลัง ว่างานใดควรพัฒนา ก่อน

3. ลงมือพัฒนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (make the change) โดยกำหนดเจ้าภาพหลักในงานนั้น ๆ เช่น งานวิจัยที่เกี่ยวกับนโยบายด้านสุขภาพจิต หรือการประเมินการให้บริการเช่น Matrix model ที่เป็นภาพรวมทั่วประเทศ ควรให้กรมสุขภาพจิตเป็นเจ้าภาพหลัก แต่ถ้าเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการเรียนการสอน หรือการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ก็น่าจะเป็นภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ของโรงเรียนแพทย์เป็นเจ้าภาพหลัก

4. ประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนา (assess the progress) โดยมีการทบทวนประเมินผลเป็นระยะ ๆ เช่นทุก ๆ ปี (formative evaluation) ควรประเมินว่าวงการจิตเวชของประเทศไทยสามารถพัฒนาได้ตามแผนหรือไม่ อะไรที่ยังทำไม่ได้ ที่ทำไม่ได้เป็นเพราะอะไร และสุดท้ายควรมีการประเมินผลโดยรวม (summative evaluation) เมื่อครบ 5 ปีตามแผน

## บทสรุป

ได้วาดฝันจิตเวชศาสตร์ของประเทศไทยในอนาคตไว้ 4 ด้านคือ ด้านการให้บริการ, ด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรม, ด้านการวิจัย, และด้านการจัดประชุมวิชาการนานาชาติ โดยเสนอว่าแทนที่จะปล่อยให้มีการพัฒนาการไปเองแบบตามธรรมชาติ สามองค์กรหลักของประเทศคือ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ, สมาคมจิตแพทย์ฯ, และกรมสุขภาพจิต น่าจะได้มาร่วมกันตั้งวิสัยทัศน์ร่วม หาพันธกิจหลักและกำหนดแผนงานจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตแห่งชาติขึ้นทุก ๆ 5 ปี โดยวางแผนอิงตามหลักฐาน, ดำเนินการตามแผน และมีการทบทวนประเมินผลอยู่เป็นระยะ เพื่อนำจิตเวชศาสตร์ของประเทศไทยให้ไปสู่ฝันหรือวิสัยทัศน์ร่วมที่ตั้งไว้ในที่สุด

## หมายเหตุ

บทความนี้ได้ปรับปรุงจากคำบรรยายเดิมของผมนั้นที่ได้บรรยายไว้ก่อนแล้ว และเป็นเพียงความเห็นส่วนตัวของผมเท่านั้น ไม่ได้เกี่ยวข้องกับสมาคมจิตแพทย์ฯ แต่อย่างใด และผมขอรับรองว่ามีความคิดเห็นจากจิตแพทย์ทุกท่านที่อาจเห็นแตกต่างกัน

## เอกสารอ้างอิง

1. พระราชดำรัสในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (ฉบับ ๑๐๐ ปีจิตเวชศาสตร์) 2532; 34 (4): 261-2.
2. พิเชฐ อุคมรัตน์. ระบบบริการจิตเวชในต่างประเทศ : มองเขาแล้วกลับมาดูเรา. ใน : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. การประชุมวิชาการประจำปี 2548 การพัฒนามาตรฐานระบบบริการจิตเวชในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 2548: 12-17.
3. Udomratn P, Srisurapanont M. Impact on Thai psychiatrists of passive dissemination of a clinical practice guideline on prescribing attitudes in treatment -resistant schizophrenia, *Neuropsychobiology* 2002; 45: 186-90.
4. มานิต ศรีสุรภานนท์, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. การรักษาโรคซึมเศร้าด้วย CBT ในคนไทย : การพัฒนาบุคลากรและประเมินการให้บริการ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (กำลังรอดำเนินพิมพ์)
5. รัตนา สายพานิชย์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. การสำรวจการให้บริการด้านจิตเวชในระดับโรงพยาบาลชุมชน, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541; 43 (4): 303-15.
6. รัตนา สายพานิชย์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. การสำรวจการใช้ยาทางจิตเวชของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541; 43 (4):316-24.