บรรณนิทัศน์

อ่านอนาคตสุขภาพจิตในสังคมไทย พ.ศ. 2576-การสื่อสารอยู่ตรงไหน ในฉากทัศน์ของการพัฒนา

นิธิดา แสงสิงแก้ว[1]

ชื่อหนังสือ: *เอกสารการศึกษา อนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. 2576 (Futures of Mental Health in Thailand 2033)*

ผู้แต่ง: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (NIA) สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (ETDA) และศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา FutureTales Lab by MQDC

ปีที่ตีพิมพ์: 2566

จำนวนหน้า: 77 หน้า

---

[1] รองศาสตราจารย์ ดร. กลุ่มวิชาวารสารศาสตร์ คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ครั้งหนึ่งก่อนเข้ามาเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย ผู้เขียนเคยบรรจุเป็นข้าราชการในหน่วยงานภายใต้กรมสุขภาพจิตชื่อ “กองสุขภาพจิตสังคม” ในฐานะนักวิชาการเผยแพร่ ตอนนั้นประมาณปี พ.ศ. 2544-2545 เป็นช่วงเวลาที่ประเทศไทยเพิ่งพ้นจากความบอบช้ำในวิกฤติค่าเงินบาทต้มยำกุ้งมาได้ไม่นาน ภาพรวมของสังคมตื่นตัวอย่างมากกับปัญหาสุขภาพจิต ฝ่ายนโยบายตั้งธงเร่งฟื้นฟูเยียวยาด้านจิตใจควบคู่ไปกับการสร้างความเข้มแข็งทางใจ การสื่อสารสาธารณะประเด็นสุขภาพจิตถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และให้กำลังใจประชาชนผ่านสื่อประเภทต่างๆ ทั้งสิ่งพิมพ์ รายการโทรทัศน์ รายการวิทยุให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต และสื่อบุคคลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ความรู้และให้คำปรึกษาในวงกว้าง ส่งผลให้เรื่องสุขภาพใจเป็นเรื่องที่เข้าถึงได้ง่ายขึ้น และใกล้ตัวมากขึ้นเมื่อเทียบกับอดีต เนื่องจากที่ผ่านมาคำว่าสุขภาพจิตอาจถูกตีกรอบความหมายให้เป็นเรื่องของปัญหาจิตเวช เป็นเรื่องการแพทย์ และเป็นเรื่องของผู้ป่วยทางจิตเท่านั้น

ในเวลาต่อมา ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพจิตกลายเป็นวาระแห่งชาติที่ไม่ได้ถูกมองว่าเป็นปัญหาของบุคคล แต่กลายเป็นปัญหาสาธารณะที่ทุกภาคส่วนต้องเข้ามาร่วมแก้ไข กองสุขภาพจิตสังคมถือกำเนิดภายหลังระยะเวลาที่กล่าวมา โดยพัฒนาขึ้นจากศูนย์สารนิเทศ ที่ทำหน้าที่เผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพจิตเป็นหลัก ถูกปรับภารกิจให้กว้างมากขึ้น กำหนดขอบเขตการทำงานเชิงรุกที่มุ่งสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพจิตสู่สังคม เน้นกลไกการสร้างเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยต่างๆ รวมทั้งสร้างเครือข่ายการสื่อสารร่วมกับสื่อมวลชนที่เกี่ยวข้อง ผลักดันข้อมูลสุขภาพจิตสู่สังคม

ภาพประวัติศาสตร์เล็กๆ ในอดีตจากที่เคยทำงานสุขภาพจิตกลายเป็นการสังเกตการณ์ในภาพใหญ่ของการทำงานในฐานะคนนอก มาถึงวันนี้เห็นการขับเคลื่อนสุขภาพจิตในระดับสังคมอย่างเป็นรูปธรรม หลากหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อผลักดันให้เรื่องสุขภาพจิตเป็นเรื่องของทุกคน ผนวกกับแนวทางความเข้าใจเรื่องสุขภาวะ (wellbeing) ที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. ได้ให้ความสำคัญที่สุขภาพจิตเป็นมิติสำคัญของ

การสร้างเสริมสุขภาวะ อันหมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมได้อย่างสมดุล สุขภาพจิตกลายเป็นทั้งประเด็นและวาระของชาติที่ถูกให้ความสำคัญมากขึ้น กลายเป็นเรื่องของสาธารณะในทุกมิติ ทั้งภาคนโยบาย ภาคประชาสังคม ภาคชุมชน และภาคประชาชน มากไปกว่านั้น สุขภาพจิตยังเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการพัฒนาความยั่งยืนด้านสุขภาวะขององค์การสหประชาชาติ ที่เป็นนโยบายระดับนานาชาติเสริมให้เรื่องสุขภาพจิตเป็นวาระโลกที่ทุกคนเกี่ยวข้อง

ในสังคมไทยมีความตื่นตัวเรื่องสุขภาพจิตมากขึ้นเป็นลำดับ สังเกตจากการเกิดขึ้นของแนวคิดสร้างสุขภาพจิตที่ดีผ่านสื่อที่หลากหลายมากขึ้น การขยายบทบาทของกรมกองที่เกี่ยวข้อง การบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับหน่วยงานทุกภาคส่วน และการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลใจกลุ่มคนต่างๆ รวมถึงงานศึกษาวิจัยที่มากขึ้น ช่วงกลางต่อปลายปี พ.ศ. 2566 ได้มีเอกสารการศึกษาวิจัยออกมาชิ้นหนึ่ง ความยาว 77 หน้า เป็นการศึกษาภายใต้ชื่อหัวเรื่องที่น่าสนใจว่า อนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. 2576 (*Futures of Mental Health in Thailand 2033*) เป็นการทำงานภายใต้ความร่วมมือของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (NIA) สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (ETDA) และศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา FutureTales Lab by MQDC เนื้อหามีความน่าสนใจในการฉายภาพความเชื่อว่า “สุขภาพจิตเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ยั่งยืนและสังคมที่อยู่บนพื้นฐานของสุขภาวะที่จะยั่งยืนจะพัฒนาต่อไปในอนาคตได้อย่างมั่นคง” (หน้า 3) หลังจากอ่านข้อมูลชุดนี้แล้วคิดว่า เนื้อหาสาระมีความน่าสนใจและเป็นตัวอย่างการบูรณาการความรู้สู่การพัฒนาแบบข้ามศาสตร์ที่อาจมีเป้าหมายเรื่องความยั่งยืน หรือ SDG (Sustainable Development Goals) โดยเฉพาะในเป้าหมายที่ 3 Good Health and Wellbeing ได้ค่อนข้างเป็นรูปธรรม การข้ามศาสตร์ที่ว่านี้มีทั้งศาสตร์ด้านการแพทย์ (สุขภาพจิต จิตวิทยา และจิตเวช) ศาสตร์ด้านเทคโนโลยี ประชากร สังคม การจัดการผังเมือง เศรษฐศาสตร์ กฎหมาย และอื่นๆ อีกมาก จึงนำมาซึ่งความสนใจในการส่งต่อเนื้อหาสาระ ตลอดจน

การพิจารณาอนาคตสุขภาพจิตสังคมไทยในอีกสิบปีข้างหน้า คู่ขนานไปกับมิติของการสื่อสารซึ่งเป็นแนวทางการทำความเข้าใจเนื้อหานี้ในอีกมุมมองหนึ่ง ตอกย้ำว่า ประเด็นสุขภาพจิตกำลังอยู่ในความสนใจ และอยู่ในกระบวนการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาสังคมได้อย่างชัดเจน

บรรณนิทัศน์เรื่องนี้มีวัตถุประสงค์สองส่วน ได้แก่ (1) สรุปและสกัดเนื้อหาสำคัญอันเป็นสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับสุขภาพจิตกับสังคมไทย ตัวเลขและสถิติที่การศึกษาได้ประมวลภาพให้เห็นเป็นต้นทุนหลักของภาวะสุขภาพจิตในสังคมไทย รวมทั้งสรุปภาพฉากทัศน์ในอนาคตและบทวิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อนเมกะเทรนด์ และข้อเสนอต่อการปฏิบัติเชิงนโยบาย ที่เป็นสาระสำคัญของชิ้นงานนี้ และ (2) ประกบภาพการสื่อสารในมิติคู่ขนานไปกับการวิเคราะห์ข้อ (1) ซึ่งเอกสารที่นำมาทบทวนในครั้งนี้อาจไม่ได้กล่าวถึงว่าเป็นปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญอย่างตรงไปตรงมา ทว่าในมุมมองของผู้เขียน เอกสารชิ้นนี้ยิ่งทำให้เห็นความสำคัญของ “การสื่อสาร” ในฐานะกลไกเชื่อมโยงกระบวนการทั้งระบบนำไปสู่ภาพอนาคตของสุขภาพจิตสังคมไทยที่พึงประสงค์ได้ในอีกสิบปีข้างหน้า

กายภาพของเอกสารภาพอนาคตสุขภาพจิตสังคมไทยฯ

เอกสารฉบับนี้เป็นผลผลิตจากโครงการวิจัยร่วมของหลายหน่วยงาน ได้แก่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (NIA) สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (ETDA) และศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา FutureTales Lab by MQDC ภายใต้การศึกษาหัวข้อ “อนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. 2576 (Futures of Mental Health in Thailand 2033)” เพื่อนำเสนอองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต ประเด็นปัญหาสำคัญ สถานการณ์ปัจจุบัน สัญญาณการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญ ภาพอนาคต และข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้เรื่องสุขภาพจิตและส่งเสริมการพัฒนา และพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งในมิติสังคม เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม กฎหมาย นโยบาย และค่านิยม เพื่อออกแบบอนาคตที่พึงประสงค์ต่อการดูแลสุขภาพจิตของประเทศไทยในอนาคต ตัวเอกสารแบ่งหัวเรื่องออกเป็นส่วนๆ ตามประเด็น

ที่คณะผู้ศึกษาต้องการเน้นย้ำและนำเสนอผลการศึกษา สรุปภาพข้อมูลโดยสังเขป ดังนี้

ในส่วนของบทนำให้ภาพเชิงแนวคิด การนิยามคำว่าสุขภาพจิตตามองค์การอนามัยโลกว่า “สภาพสุขภาวะที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์และเกิดความสร้างสรรค์ และทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนเองได้” (หน้า 11) การกล่าวถึงช่วงเวลาของมนุษย์และการพัฒนาด้านจิตใจตั้งแต่เกิดจนถึงสิ้นสุดอายุขัย โดยอ้างอิงทฤษฎีพัฒนาการจิตสังคมของ Erik Erikson แต่ละช่วงวัย ตั้งแต่ทารกแรกเกิดเป็นต้นไป เช่น วัยทารกจะพัฒนาความสามารถในการมีความหวังและความไว้เนื้อเชื่อใจ (trust vs mistrust) วัยเด็กจะเป็นเรื่องความมั่นใจในศักยภาพของตน (autonomy vs shame and doubt) วัยรุ่นจะเริ่มสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของตนเอง (identity vs confusion) วัยผู้ใหญ่ตอนกลางจะเป็นช่วงพัฒนาทักษะการดูแลเอาใจใส่ผู้อื่นและคิดเห็นเพื่อส่วนรวม (generativity vs stagnation) และวัยสูงอายุจะพัฒนาความสมดุลระหว่างความมั่นคงทางจิตใจและสิ้นหวังต่อตนเอง ส่งผลต่อการประเมินความสมบูรณ์แบบในชีวิตและการเตรียมความพร้อม ยอมรับต่อการจากไปของตนเองโดยปราศจากความกลัว (integrity vs despair) เป็นต้น จุดเน้นของเนื้อหาในบทนำตามความคิดของผู้เขียน คือการส่งต่อแนวคิดว่า สุขภาพจิตที่ดีไม่ได้หมายถึงการไม่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชเท่านั้น แต่ยังรวมถึงศักยภาพด้านจิตใจ คือความสามารถในการมีความสุขในชีวิต ความรู้สึกดีต่อตนเอง ความเห็นอกเห็นใจคนอื่น การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี การจัดการความเครียด ความรู้สึกสนุกกับชีวิต การแสดงออกทางอารมณ์ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการจัดการปัญหาอย่างเหมาะสม (หน้า 12)

อีกประเด็นสำคัญหนึ่งที่เหมือนจะถูกเน้นย้ำในบทนำ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตหรือโรคจิตเวชว่า เป็นเรื่องที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้กับทุกคน และเป็นกลุ่มโรคที่ “สามารถรักษาให้อาการดีขึ้นหรือหายได้หากได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง” (หน้า 13) รวมทั้งการอธิบายวงล้อของสาเหตุปัญหาสุขภาพจิตในเชิงลึกที่ประกอบไปด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยทางร่างกาย (biological) เช่น

โรคทางกาย ปัญหาทางสมอง พันธุกรรม ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological) เช่น พื้นฐานอารมณ์ บุคลิกภาพ การจัดการปัญหา และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (social) เช่น ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และการให้ข้อมูลว่ามนุษย์สามารถมีรูปแบบสุขภาวะทางจิตได้หลายภาพ โดยใช้แบบจำลองดูอัล-คอนทินิวอัม (dual-continuum model of mental health) โดย Keyes and Lopez (2002) ที่มีแกนแนวนอนเป็นมิติของการเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช และแกนแนวตั้งเป็นมิติของการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีหรือไม่ดี มีจุดตัดตรงกลางที่จะแบ่งภาวะสุขภาพจิตของบุคคลเป็นพื้นที่ 4 ส่วน ได้แก่ ภาวะความสุขเบ่งบาน (flourishing) ภาวะระส่ำระสาย (floundering) ภาวะว่างเปล่า (languishing) และภาวะดิ้นรนต่อสู้ (struggling) แบบจำลองนี้ทำให้เห็นว่า สุขภาพจิตของมนุษย์มีความหลากหลาย และต้องการการดูแลที่แตกต่างกันออกไป เป้าหมายของการดูแลสุขภาพจิตจึงต้องแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

ถัดจากบทนำเป็นข้อมูลกรอบแนวคิดอนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย โดยแบ่งการทำงานด้านสุขภาพจิตออกเป็น 5 มิติ ได้แก่ มิติภายในบุคคล (intrapersonal) หมายถึงพฤติกรรมและอารมณ์ มิติระหว่างบุคคล (interpersonal) รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มิติองค์กร (organization) หมายรวมถึงระบบส่งเสริมและดูแลสุขภาพจิตขององค์กรต่างๆ มิติชุมชน (community) ได้แก่ สิ่งปลูกสร้าง สภาพแวดล้อม สภาพสังคม ค่านิยม การตีตรา เทคโนโลยีในชีวิตประจำวัน และมิติกฎหมายและนโยบายภาครัฐ รวมทั้งเอกสารได้อธิบายรายละเอียดของความหมายแต่ละปัจจัยภายใต้กรอบแนวคิด เพื่อให้เกิดความเข้าใจไปในทิศทางเดียวกันจากกรอบแนวคิดการศึกษา

ส่วนสถานการณ์ปัจจุบัน การศึกษาได้รวบรวมและสำรวจสถิติต่างๆ ในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยจิตเวช จำนวนผู้สูงอายุและปัญหาภาวะความจำเสื่อม ความรุนแรงกับผู้ป่วยจิตเวช เยาวชนกับปัญหาจิตประสาทและอารมณ์ ปัญหาการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ ปัญหาหนี้นอกระบบจากสถานการณ์โควิด-19 รวมถึงการสำรวจตัวเลขในมิติสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เช่น พื้นที่สีเขียว การใช้เวลากับอินเทอร์เน็ต

ตลาดที่พักอาศัยอัจฉริยะ พฤติกรรมการสวมใส่นาฬิกาอัจฉริยะ และสถิติการขอรับคำปรึกษาและบริการทางการแพทย์ผ่านอินเทอร์เน็ต รวมถึงอันดับของประเทศไทยในด้านศักยภาพด้านดิจิทัล สถิติการแชร์ข่าวปลอม การระรานทางไซเบอร์ และตลาดแอปพลิเคชันด้านสุขภาพจิตในภาพรวมของภูมิภาค เป็นต้น

นอกจากนั้น ยังนำเสนอข้อมูลที่น่าสนใจในส่วนถัดมา ได้แก่ สัญญาณการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่อาจส่งผลกระทบต่อปัญหาและการจัดการด้านสุขภาพจิต ทั้งในเรื่องวิถีชีวิต การแพร่ระบาดของข่าวปลอม อาชญากรรมและความรุนแรง ปัญญาประดิษฐ์เพื่อการดูแลจิตใจ บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน พื้นที่ปลอดภัยสำหรับจิตใจของเหยื่อ สัญญาณโลกล่มสลายจากธรรมชาติ สุขภาวะในที่ทำงาน ฯลฯ ควบคู่ไปกับสัญญาณการเปลี่ยนแปลงของสังคม (หน้า 31-35) รายงานฉบับนี้ยังให้ข้อมูลเสริมเกี่ยวกับแนวโน้มในอนาคตที่เป็นเมกะเทรนด์ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงใหญ่ในเชิงระบบ ไม่ใช่เพียงแต่จะเกิดขึ้นในประเทศไทย แต่ยังเป็นเทรนด์ของภูมิภาคและของโลก ที่ผู้ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิตจำเป็นต้องใช้เป็นข้อมูลเพื่อออกแบบนโยบายและกำหนดทิศทางในการทำงานในอนาคต เทรนด์ที่ว่านี้ เช่น แนวคิดเรื่องความหลากหลาย (diversity) การเปลี่ยนแปลงสู่ยุคดิจิทัล (digital transformation) แรงกดดันจากเศรษฐกิจโลก (global economic intensity) การขยายตัวของเมืองและการกระจายอำนาจ (urbanization and decentralization) เป็นต้น ข้อมูลชุดนี้ยิ่งตอกย้ำภาพการบูรณาการการทำงานด้านจิตใจว่ามีความเชื่อมโยงกับสรรพสิ่งรอบตัว และผู้เกี่ยวข้องจำเป็นต้องทำความเข้าใจและเห็นภาพเชื่อมโยงเหล่านั้นในการทำงาน

ข้อมูลถัดมาเป็นการวิเคราะห์ของคณะผู้วิจัยที่ระบุปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญ (driving forces) ในหน้า 39-40 ที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการพัฒนาสุขภาพจิต รายละเอียดเป็นภาพปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้เกิดนิเวศสุขภาพจิตที่ดี ทั้งด้านเทคโนโลยีสุขภาพจิต (mental health technology) ความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมดิจิทัล (readiness for digital age) นโยบายรัฐต่ออนาคตสุขภาพจิต (proactive mental health policy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการตีตรา (mental health literacy and stigmatization) ภาวะเศรษฐกิจและสถานการณ์

ความเหลื่อมล้ำทางสังคม (social and livelihood crises) พื้นที่และสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพจิต (mental wellbeing and happiness infrastructure) หัวข้อต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยขับเคลื่อนที่สำคัญ ตั้งข้อสังเกตได้ว่า เป็นพลังผลักดันในเชิงระบบหลายปัจจัย ทั้งในด้านเทคโนโลยี ภาวะเศรษฐกิจ นโยบาย และความพร้อมในภาพรวม เพื่อเข้าสู่สังคมดิจิทัลที่จะเข้ามามีบทบาทอย่างมากต่อนวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิตในอนาคต งานสร้างเสริมสุขภาพจิตจึงไม่ควรถูกจำกัดให้เป็นงานเฉพาะทางของแพทย์ พยาบาล และสถานพยาบาลเท่านั้น แต่ต้องถูกมองให้เป็นปัจจัยพัฒนาร่วมกับระบบและกลไกทางสังคมทุกภาคส่วนเพื่อเตรียมความพร้อม ไม่ใช่เพียงแต่เฉพาะความพร้อมระดับบุคคลและระดับสังคมที่จะสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตของสมาชิกได้อย่างยั่งยืน

ความน่าสนใจของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นอกเหนือจากการสร้างความตระหนักเรื่องสุขภาพจิตผ่านตัวเลข สถิติ การวิเคราะห์สถานการณ์ และการระบุปัจจัยเอื้อที่สนับสนุนการพัฒนาแล้ว จุดที่น่าสนใจอีกจุดหนึ่งของการฉายภาพอนาคตสุขภาพจิต ที่เป็นการสังเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อนและข้อมูลสถิติก่อนหน้านี้ให้เห็นเป็นฉากทัศน์สถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งสิ้น 5 ฉากทัศน์ (หน้า 43) บ้างเป็นฉากทัศน์เชิงบวกที่ให้ความหวังและความสุขจากการสร้างนิเวศสุขภาพจิตที่ดีในสังคมได้สำเร็จ บ้างเป็นการฉายภาพเชิงลบที่ต้องการกระตุกให้คนในสังคมเกิดการเตรียมพร้อมและรับมือกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ฉากทัศน์การระเบิดของความหวาดกลัว (terror outburst) วิกฤติที่แฝงด้วยโอกาส (opportunity in adversity) มวลชนผู้โดดเดี่ยว (packs of lone wolves) สุขภาพใจที่กระจายถึงกัน (decentralized mental wellbeing) และจุดหมายแห่งความสุข (land of smiling minds) โดยข้อมูลที่ปรากฏได้สำรวจความเป็นไปได้ของภาวะความรู้สึกทางใจที่อาจเกิดขึ้นในฉากทัศน์ต่างๆ และวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยขับเคลื่อน (driving forces) ด้านสุขภาพจิตที่ได้นำเสนอในส่วนที่แล้ว เสนอผลของระดับสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น ทั้งน่ายินดี (delighted) น่าพอใจ (satisfied) ไม่น่าพอใจ (dissatisfied) และน่าผิดหวัง (frustrated)

น่าสนใจด้วยว่า การศึกษาใช้เทคนิคการนำเสนอข้อมูลผ่านการสร้างบุคลิกลักษณะของบุคคลที่เป็นตัวแทนกลุ่มเป้าหมายในอุดมคติ (future personas) เพื่อช่วยในการสะท้อนภาพความคิด ความรู้สึก ค่านิยม และการแสดงออกเชิงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ที่มีต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากฉากทัศน์ในอนาคต “Future personas จึงเปรียบเสมือนตัวละครสมมติที่อาศัยอยู่ในภาพอนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย ในปี พ.ศ. 2576 โดยแต่ละตัวละครเป็นตัวแทนของคนในแต่ละช่วงวัย กลุ่มอาชีพ เศรษฐานะ ชนชั้นทางสังคม ที่สะท้อนลักษณะวิถีชีวิตและความเปราะบางที่แตกต่างกัน เพื่อให้เห็นภาพอนาคตที่ชัดเจนและมีอรรถรส ทำให้สามารถเข้าใจความคิด ความรู้สึก และค่านิยมของผู้คนในอนาคตมากขึ้น” (หน้า 47) เนื้อหาในส่วนนี้จึงให้ความรู้สึกเหมือนได้เห็น (และได้อ่าน) ชีวิตและสัมผัสได้ถึงประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายในอีกสิบปีข้างหน้า ที่ถูกวิเคราะห์ผ่านปัจจัยและตัวแปรที่ถูกกำหนดขึ้นมาจากการศึกษาครั้งนี้ได้อย่างเห็นภาพอนาคต

ส่วนสุดท้ายของเนื้อหา เป็นการสังเคราะห์ข้อเสนอต่อการปฏิบัติ (guide to action) เป็นข้อเสนอแนะต่อภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคชุมชน และภาคประชาชน โดยมีรายละเอียดทั้งในระดับโครงสร้าง การจัดการและการนำไปใช้ที่แตกต่างกัน ในส่วนภาครัฐ ภาพรวมเป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ที่จะวางประเด็นสุขภาพจิตให้อยู่ในลำดับต้น ผลักดันประเด็นให้อยู่ในทุกนโยบายและการดำเนินงานของรัฐ รวมทั้งข้อเสนอในการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโครงสร้างพื้นฐานของประเทศ เช่น การเพิ่มพื้นที่สีเขียวในเมือง พัฒนาพื้นที่ในการทำกิจกรรมของชุมชน ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองด้านสุขภาพจิตและความปลอดภัยด้านจิตใจของประชาชน รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่อย่างจริงจัง เช่น พระราชบัญญัติสุขภาพจิต และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบริการสุขภาพจิตให้ทันสมัยและเข้าถึงได้ โดยอาศัยเทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต เช่น ระบบการตรวจรักษาทางไกล ปัญญาประดิษฐ์ ฯลฯ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในทุกระดับ รวมถึงการกระจายอำนาจการจัดการเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างเท่าเทียม

ข้อเสนอสำหรับภาคเอกชนคือ การให้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพจิตที่ดีของบุคลากรและผลกระทบของสุขภาวะทางจิตที่มีต่อสวัสดิภาพและการทำงานของบุคลากร ให้ความสำคัญกับพื้นที่ และสภาพแวดล้อมของการทำงานที่สามารถส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดี ตระหนักว่าปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนในทุกช่วงชีวิต องค์กรจึงควรเน้นการอยู่ร่วมกัน ธำรงรักษาบุคลากรที่กำลังประสบปัญหา ร่วมสร้างภาพลักษณ์เชิงบวกขององค์กรที่มีต่อบุคลากร มีสวัสดิการพื้นฐานด้านสุขภาพจิตหรือบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตกับผู้เชี่ยวชาญ แสดงออกถึงการเป็นแบบอย่างที่ดีในการออกแบบมาตรการ และการนำนวัตกรรมมาใช้ในการส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิตของบุคลากร เช่น แอปพลิเคชันฝึกทักษะด้านสุขภาพจิตของพนักงาน อุปกรณ์พกพาอัจฉริยะเพื่อการประเมินสุขภาพจิตของพนักงาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะต่อภาคชุมชนให้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพจิตที่ดีของคนในชุมชน โดยมีการทำข้อตกลงร่วมกันในการส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสม ร่วมสร้างชุมชนที่มีสุขภาพจิตที่ดี เช่น ลดปัญหายาเสพติด ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาความไม่เท่าเทียม ฯลฯ พร้อมส่งเสริมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความรอบรู้ด้านดิจิทัลแก่สมาชิกในชุมชน ส่งเสริมการสร้างค่านิยมและวัฒนธรรมท้องถิ่น ที่แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจและความร่วมแรงร่วมใจของคนในชุมชนให้มีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น สร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตโดยผู้นำหรือแกนนำชุมชนทั้งในช่วงเวลาปกติ และช่วงที่มีสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทันท่วงที เช่น วิกฤติสุขภาพจิต และประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญได้อย่างไร้รอยต่อ ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรด้านอาสาสมัครและผู้รับฟัง พัฒนาองค์ความรู้ร่วมกันและสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวช ไม่นิ่งเฉยต่อการตีตราและเลือกปฏิบัติ สร้างค่านิยมในการเปิดใจและยอมรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ฯลฯ

สำหรับภาคประชาชน เป็นข้อเสนอแนะเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพจิต และมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสัญญาณเตือน

และอาการแสดงต่างๆ รู้จักช่องทางช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตที่มีอยู่ในสังคม ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิตของตนเอง พัฒนาทักษะด้านสุขภาพจิตต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดการความเครียด การจัดการอารมณ์ การฝึกสติ การฝึกหายใจ ฯลฯ รวมทั้งหมั่นสำรวจดูแลจิตใจตัวเอง หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและการสะสมความเครียด พยายามเชื่อมต่อและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น สร้างบทสนทนาด้านสุขภาพจิตให้เป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน เข้าสู่กระบวนการช่วยเหลือหากพบว่าตนเองประสบปัญหาสุขภาพจิตหรือสงสัยว่าป่วยจิตเวช เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการผลักดันการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตของประเทศ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาด้านสุขภาพจิต และสนับสนุนการส่งต่อพลังบวก และความเอื้ออาทรในสังคม

จับสัญญาณสุขภาพจิตกับสถานการณ์ปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลง

ปฏิเสธไม่ได้เลยว่า ในระยะเวลาบวกลบ 20 ปีที่ผ่านมา สถานการณ์สุขภาพจิตและที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ด้วยสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป เทคโนโลยีที่เข้ามามีบทบาทกับผู้คนในระดับชีวิตประจำวัน การเปิดเสรีทางการค้าการขาย ตลอดจนการเปลี่ยนผ่านของรัฐบาลแต่ละชุด รวมทั้งวิกฤติของโรคระบาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้คนทั่วโลก นำมาซึ่งความตื่นตัวต่อประเด็นสุขภาพจิตทั้งในมิติของการรักษา เยียวยา ฟื้นฟู และส่งเสริมป้องกัน

เอกสารฉบับนี้ประมวลภาพสถานการณ์ปัจจุบัน (current situation) (หน้า 21-30) โดยนำเสนอสถิติตัวเลขที่น่าสนใจ เพื่อรับรองคำกล่าวว่าสังคมไทยมีความแตกต่างจากอดีต ทั้งในด้านความสัมพันธ์ส่วนบุคคล พัฒนาการทางเทคโนโลยี สภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของผู้คน เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมกับสุขภาพจิตคนไทย รวมถึงความชุกของการพบโรคจิตเวชก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่การเข้าถึงบริการเป็นไปในทิศทางที่แปรผันกันในภาพรวม เมื่อเทียบกับแนวโน้มของสังคมที่เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบเต็มรูปแบบ โดยมีตัวเลขที่น่าสนใจที่

เกี่ยวข้องกับสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย ที่อาจจับสถิติที่เป็นข้อมูลเพื่อให้เห็นภาพปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงชีวิตต่างๆ สรุปดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 1.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 2.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2564

2. ผู้สูงอายุกว่า 800,000 คน กำลังใช้ชีวิตอยู่กับภาวะความจำเสื่อม และในจำนวนนี้มีร้อยละ 90 ที่มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย

3. 1 ใน 4 ของเด็กอายุ 5-9 ปี และ 1 ใน 7 ของวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี มีความผิดปกติด้านจิตประสาทและอารมณ์ โดยมีการประมาณการว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 1.5 ล้านคน

4. ผู้ก่อเหตุรุนแรงเป็นผู้ป่วยจิตเวชรวมกว่า 3,815 คน โดยเป็นผู้ก่อเหตุความรุนแรงซ้ำร้อยละ 13 ในขณะที่โรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของคนไทย

5. ร้อยละ 17.6 ของวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับ 3 ของวัยรุ่นไทย

6. องค์การอนามัยโลกกำหนดอัตราส่วนจำนวนจิตแพทย์ต่อประชากรหนึ่งแสนคนที่ 1.7 คน ประเทศไทยมีเพียง 1.25 ในขณะที่สวิตเซอร์แลนด์มี 47.47 และญี่ปุ่นมี 12.55

7. บุคลากรทางการแพทย์มีภาวะหมดไฟเพิ่มขึ้นเกือบ 5 เท่า คิดเป็นร้อยละ 12.2 ในปี 2565

8. ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไตรมาสที่ 2 ของปี 2564 พบว่า คนไทยมีหนี้นอกระบบรวม 8.5 หมื่นล้านบาท คาดการณ์ว่าแรงงานตกงานมากกว่า 8 ล้านคน 1 ใน 3 ของผู้มีรายได้น้อยและผู้ประกอบการธุรกิจขนาดเล็กมีความคิดฆ่าตัวตายจากผลกระทบของโรคระบาด

9. อัตราส่วนของพื้นที่สีเขียวต่อประชากรในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 มีสัดส่วนพื้นที่สีเขียวต่อประชากรในเมืองเพียง 7.49 ตารางเมตรต่อคน

10. คนไทยสวมใส่นาฬิกาอัจฉริยะในชีวิตประจำวันถึงร้อยละ 19.1

11. ตลาดหุ่นยนต์เพื่องานบริการในประเทศไทยมีแนวโน้มเติบโตอย่างต่อเนื่อง และคาดว่า จะมีมูลค่าถึง 68 ล้านเหรียญสหรัฐ และเติบโตอย่างต่อเนื่อง

12. คนไทยใช้เวลาไปกับอินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 7 ชั่วโมง 4 นาที โดยเจเนอเรชันวายเป็นผู้ใช้งานมากที่สุดโดยเฉลี่ยวันละ 8 ชั่วโมง 55 นาที

13. คนไทยเข้าถึงอินเทอร์เน็ตร้อยละ 85.3 ของประชากรทั้งหมด และรับข่าวสารออนไลน์มากเป็นอันดับ 2 ของโลก

14. ประเทศไทยถูกจัดอันดับให้เป็นอันดับที่ 33 จาก 63 ประเทศในด้านศักยภาพด้านดิจิทัลในปี 2565

15. การระรานทางไซเบอร์เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมากขึ้นในประเทศไทย รูปแบบการกลั่นแกล้งส่วนใหญ่คือ การส่งข้อความเสียดสีด่าทอ หรือล้อเลียนให้อับอาย ร้อยละ 29.6 ในระดับมัธยมศึกษา และร้อยละ 39.6 ในระดับปริญญาตรี

16. ตลาดแอปพลิเคชันด้านสุขภาพจิตในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกจะเติบโตขึ้นจาก 3.1 ร้อยล้านเหรียญสหรัฐฯ ในปี 2563 เป็น 7.8 ร้อยล้านเหรียญสหรัฐฯ ในปี 2570

ฯลฯ

ภาพสถิติข้างต้นชี้ให้เห็นถึงทิศทางของประเทศไทยในเชิงการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ อย่างชัดเจน ซึ่งแน่นอนย่อมส่งผลต่อวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เนื้อหาของการรายงานได้กล่าวถึงสัญญาณการเปลี่ยนแปลงหรือ signals of change ที่ให้ภาพการเกิดขึ้นของอนาคตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตคนไทยโดยตรง ซึ่งเป็นการจับสัญญาณทั้งในมิติสุขภาพ ผนวกกับสถานการณ์สังคม วัฒนธรรม เทคโนโลยี และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. Overwhelming Disinformation การแพร่ระบาดของข่าวปลอม

การส่งต่อข่าวสารผ่านช่องทางออนไลน์ที่รวดเร็ว ประกอบการทำงานของสื่อที่รวดเร็วแต่ไม่ได้ตรวจสอบความถูกต้อง อาจทำให้ผู้รับข้อมูลเกิดความสับสน นำไปสู่ความเข้าใจผิดและความเสียหายในวงกว้าง ประชาชนจึงต้องระมัดระวัง

และมีวิจารณญาณที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจนำไปสู่ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความรู้สึกผิด ความเครียด และความไม่เชื่อใจได้

2. Urban Lifestyle วิถีชีวิตคนเมือง

การขยายตัวของเมืองทำให้พฤติกรรมการใช้ชีวิตและความสัมพันธ์ของคนในสังคมเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้อารมณ์และความคิดเปลี่ยน แม้ว่าจะมีความสะดวกสบายในชีวิตที่มากขึ้น แต่กลับมีความกดดันจากสังคมรอบข้าง และรูปแบบการใช้ชีวิตที่มีความเกี่ยวเนื่องกันทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดปัญหาความเครียดและปัญหาสุขภาพจิต

3. Crime and Violence อาชญากรรมและความรุนแรง

ปัญหาอาชญากรรมและความรุนแรงในสังคมมีแนวโน้มมากขึ้นต่อเนื่อง ทำให้คนในสังคมรู้สึกไม่ปลอดภัย ทั้งนี้ การเพิกเฉยต่อปัญหาเป็นเรื่องปกติของสังคมที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมเลียนแบบ และก่อให้เกิดสังคมที่เต็มไปด้วยอาชญากร

4. AI Mindfulness ปัญญาประดิษฐ์เพื่อการดูแลจิตใจ

ปัญญาประดิษฐ์เข้ามามีบทบาทสำคัญในทางการแพทย์ ด้วยศักยภาพการเรียนรู้และการจัดการข้อมูลโดยไม่ต้องหยุดพัก ทำให้สามารถแบ่งเบาภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น โปรแกรมสนทนาหรือแชทบอทเพื่อคัดกรองอาการผู้ป่วย เป็นต้น

5. Aging in Place and Home-based Healthcare Service บริการสุขภาพผู้สูงอายุจากที่บ้าน

เทคโนโลยีอัจฉริยะในบ้านถูกนำมาประยุกต์เพื่อใช้อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลสุขภาพ ติดตามและตรวจสอบอาการ รวมทั้งการแจ้งเตือนผู้สูงอายุโดยไม่จำเป็นต้องเดินทางออกจากบ้าน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยให้ทั่วถึงและสะดวกสบายมากขึ้น

6. Passion Economy เศรษฐกิจจากความหลงใหล

การนำความสนใจ ทักษะ และประสบการณ์ส่วนบุคคลมาสร้างรายได้ ส่งผลให้บุคคลเกิดความเติมเต็มความต้องการในจิตใจพร้อมกับกระตุ้นกิจกรรม

ทางเศรษฐกิจ รูปแบบการทำงานจะมีอิสระและสร้างสรรค์มากขึ้น เศรษฐกิจจากความหลงใหลจะเป็นปัจจัยเสริมให้งานในอนาคตถูกแบ่งเป็นชิ้น เพื่อจ้างงานผู้เชี่ยวชาญแต่ละด้านแทนการรับผิดชอบงานชิ้นใหญ่ตลอดทั้งโครงการโดยพนักงานในองค์กร

7. Mental Health in All Policies สุขภาพจิตและนโยบายรัฐ

สวัสดิการเพื่อการดูแลสุขภาพจิตและโรคจิตเวช เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรได้รับโอกาสการเข้าถึงอย่างเท่าเทียม การให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตในทุกกลุ่มนโยบายจะช่วยยกระดับสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตประชากรในประเทศให้ดีขึ้น เช่น การผ่อนปรนการชำระหนี้สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในประเทศอังกฤษ เป็นต้น

8. Safe Space for Mental Health Victim พื้นที่ปลอดภัยสำหรับจิตใจของเหยื่อ

การจัดพื้นที่พักพิงชั่วคราวเพื่อสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้กับเหยื่อที่ผ่านเหตุการณ์รุนแรงมา จะช่วยฟื้นฟูจิตใจ ลดโอกาสในการเผชิญหน้าต่อผู้ก่อเหตุและสภาพแวดล้อมแบบเดิม รวมถึงลดอัตราการเกิดเหตุซ้ำ ทำให้สามารถดำเนินการช่วยเหลือเยียวยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9. Vital Signs of the Planet สัญญาณโลกล่มสลายจากธรรมชาติ

ผลกระทบของภัยธรรมชาติและวิกฤติอากาศที่รุนแรงขึ้นส่งผลต่อสุขภาพจิต และมีความเชื่อมโยงกับอัตราการเสียชีวิตจากปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.2 เกิดภาวะความวิตกกังวลเรื้อรัง และเป็นความจำเป็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีแผนรับมือภัยพิบัติควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพจิต

10. Hybrid Mental Healthcare Model การดูแลสุขภาพจิตรูปแบบผสมผสาน

การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมการบริการสุขภาพจิตเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงและตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพจิต ทั้งในสถานที่จริงและแบบทางไกลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และ

ช่วยอำนวยความสะดวกของบุคลากรทางการแพทย์และการรับบริการ เพื่อการเข้าถึงที่เท่าเทียมมากขึ้น

11. Ultimate Entertainment Space for Everyone พื้นที่สร้างสุขเพื่อปลุกรอยยิ้มทุกคน

การสร้างพื้นที่ความสุขที่ตอบโจทย์ความต้องการของประชาชนอย่างสร้างสรรค์ ทั้งในรูปแบบสถานที่จริงและแบบออนไลน์ สร้างความเพลิดเพลินและยกระดับสุขภาพจิตของประชาชน และเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเติบโตทางเศรษฐกิจการท่องเที่ยวและธุรกิจบริการ

12. Public-Private Partnership and Collaboration ความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน

ความร่วมมือระหว่างองค์กรและหน่วยงานรัฐ เอกชน และประชาสังคมจะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน เช่น การจัดหาและลงทุนด้านสุขภาพจิต การผลักดันและยกระดับโครงสร้างพื้นฐาน โครงการและบริการสาธารณะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต เป็นต้น

13. Workplace Wellness สุขภาวะที่ดีในที่ทำงาน

การให้คุณค่างานที่กำกับความต้องการใช้ชีวิตให้มีความหมายของพนักงาน ทำให้องค์กรที่ตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลง โดยเริ่มออกแบบนโยบายและสวัสดิการเพื่อส่งเสริมสุขภาวะภายในองค์กร เช่น การเพิ่มความคุ้มครองด้านสุขภาพจิตในแผนการดูแลสุขภาพของพนักงาน นโยบายการจัดสรรเวลาทำงานที่ยืดหยุ่น เป็นต้น เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในงาน และประสิทธิภาพการทำงานภายในองค์กร และเป็นการลดค่าใช้จ่ายขององค์กรกรณีพนักงานลาป่วยหรือลาออกด้วย

14. Diversity, Equity, Inclusion and Belonging (DEI&B) การให้ความสำคัญกับความหลากหลายและการนับรวม

ความหลากหลาย ความเสมอภาค การนับรวม และความเป็นอันหนึ่งอันเดียว กลายเป็นค่านิยมที่ปัจเจกบุคคลและสังคมในทุกระดับชั้นให้ความสำคัญ เพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางจิตใจและสังคมที่ผู้คนสามารถเป็นตัวของตัวเอง

เคารพซึ่งกันและกัน ปราศจากการเลือกปฏิบัติ เกิดการหล่อหลอมที่สร้างสรรค์ของสังคมตลอดชีวิต เช่น วัฒนธรรมชุมชน นโยบายองค์กร ขอกำหนดนโยบาย เป็นต้น

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ชัดเจนถึงสถานการณ์ปัจจุบันของสุขภาพจิต และแนวโน้มสุขภาพจิตในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับทิศทางในอนาคต ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นแนวโน้มสำหรับประเทศไทยเท่านั้น แต่ยังเป็นแนวโน้มของสถานการณ์โลกที่มีภาพของความหวัง ความฝัน และความเป็นจริงร่วมกันอยู่ในหลายมิติ

ฉากทัศน์และปัจจัยขับเคลื่อนเมกะเทรนด์ด้านสุขภาพจิต

Megatrends (เมกะเทรนด์) เป็นแนวโน้มระดับมหภาคที่กำหนดทิศทางความเป็นไปของโลกในหลากหลายมุมมอง รายงานฉบับนี้ได้นำเสนอเมกะเทรนด์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะและชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คน โดยสามารถวิเคราะห์กลุ่มก้อนของเทรนด์ได้หลายกลุ่ม ทั้งเรื่องสภาพแวดล้อม ระบบสังคม ค่านิยม ตลอดจนมุมด้านเศรษฐกิจและเทคโนโลยี ตามประเด็นหลักๆ ได้แก่ diversity (ความหลากหลายในสังคม) human-machine symbiosis (การอยู่ร่วมกันของมนุษย์และเครื่องจักรกล) digital transformation (การเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัล) global economic intensity (แรงกดดันจากเศรษฐกิจโลก) climate polycrisis (ปัญหาที่ซับซ้อนจากวิกฤติสิ่งแวดล้อม) urbanization and decentralization (การขยายตัวของเมืองและการกระจายอำนาจ) values of wellbeing (การให้คุณค่ากับสุขภาวะที่ดี)

คงยากจะปฏิเสธภาพของเมกะเทรนด์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และคงเห็นด้วยว่า ถึงแม้จะเป็นภาพในวันข้างหน้า แต่ปัจจุบันผู้คนในสังคมก็เห็นเค้าลางของการปรากฏของเมกะเทรนด์ในหลายด้านเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยจากนี้ไปความเข้มข้นของการเกิดขึ้นคงจะมีมากขึ้น และจำเป็นอย่างยิ่งที่คนในสังคมต้องเรียนรู้ปรับตัวเพื่อให้อยู่รอดกับความซับซ้อนต่างๆ ซึ่งย่อมส่งกระทบต่อสุขภาพจิตไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง โดยปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญที่จะทำให้เกิดการพร้อมรับมือกับเมกะเทรนด์ดังกล่าว เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ เป็น driving forces ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเสมือนเครื่องมือสำคัญที่จะนำไปสังคมไปสู่ภาพอนาคตได้อย่าง

ราบรื่นเรียบร้อย ในรายงานการศึกษากล่าวถึง 6 ปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญสำหรับสังคมไทย ดังนี้

1. Mental Health Technology เทคโนโลยีสุขภาพจิต คือการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต มีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาจากบริการรูปแบบเดิม เช่น ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ความถี่และความต่อเนื่องของการรักษาเวลาและค่าใช้จ่ายของการเดินทางไปรักษา ระยะเวลา และการเก็บรักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูล เป็นต้น เทคโนโลยีที่ว่านี้อาจใช้ได้ทั้งสมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์ แอปพลิเคชัน ปัญญาประดิษฐ์ ฯลฯ ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวก ใช้งานง่าย ประหยัดเวลาและแก้ไขปัญหาต่างๆ ในอดีต ส่งผลต่อการรักษาสุขภาพจิตในเชิงบวก

2. Readiness for Digital Age ความพร้อมในการก้าวสู่สังคมดิจิทัล สังคมดิจิทัลทำให้ชีวิตของผู้คนเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเทคโนโลยีส่งผลกระทบต่อมนุษย์ได้ทั้งทางบวกและทางลบ ในด้านบวก เทคโนโลยีทำให้ผู้คนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจและจัดการสุขภาพจิตของตัวเองได้ดียิ่งขึ้น และเป็นช่องทางเชื่อมต่อสู่เครือข่าย การสนับสนุนทางสังคมรูปแบบต่างๆ ในทางกลับกัน การอยู่กับเทคโนโลยี โดยเฉพาะโซเชียลมีเดียมากเกินไป จะทำให้เกิดภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม วิตกกังวล ซึมเศร้า การรับข้อมูลมากเกินไปจะเป็นการเพิ่มความเครียด โดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นเท็จ หลอกลวง หรือที่อาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อ รวมไปถึงการสร้างความขัดแย้ง กลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ การเตรียมความพร้อมเรื่องนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้ผู้คนเชื่อมต่อกับโลกออนไลน์ได้อย่างมีวิจารณญาณในทุกกลุ่มวัย ทั้งวัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน หรือวัยสูงอายุ ที่สำคัญคือการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่ดีต่อสุขภาพจิต

3. Mental Wellbeing and Happiness Infrastructure พื้นที่และสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพจิต การสร้างพื้นที่และสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี คือการพัฒนาพื้นที่ของเมืองในทุกจุดให้มีความปลอดภัยและเข้าถึงง่าย

สำหรับคนทุกกลุ่ม ในการออกแบบนั้นต้องมีคนเป็นศูนย์กลางในการออกแบบ มีระบบโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพและดิจิทัลที่ดี มีระบบรักษาความปลอดภัย ระบบสาธารณูปโภคที่ได้มาตรฐาน มีสภาพแวดล้อมที่สมบูรณ์ มีความยั่งยืนของทรัพยากรธรรมชาติและปัจจัยในการดำรงชีวิต รวมไปถึงการสร้างพื้นที่ที่ส่งเสริมกิจกรรมแห่งความสุขที่สอดคล้องกับความต้องการของคนทุกกลุ่ม ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ สร้างและรักษาความสัมพันธ์เชิงบวก และสร้างพื้นที่ปลอดภัยด้านสุขภาพจิต

4. Social and Livelihood Crises ภาวะเศรษฐกิจและสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำของสังคม ภาวะนี้ส่งผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพจิต ทั้งเรื่องการทำงาน การศึกษา การดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนจากสังคม ปัญหาความเหลื่อมล้ำเป็นปัญหาที่ซับซ้อนอยู่ในสังคม โดยมีหลายปัจจัยเป็นสาเหตุอยู่ ส่งผลให้คนจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงโอกาสและรายได้ที่มั่นคงเพียงพอต่อการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพดี การเลือกปฏิบัติและกีดกันให้คนบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงโอกาสบางอย่าง สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหนทางและเป็นการบั่นทอนสุขภาพจิต

5. Proactive Mental Health Policy นโยบายของรัฐต่ออนาคตสุขภาพจิต การกำหนดรูปแบบของรัฐเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดีของผู้คนในสังคมเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดอนาคตของประเทศ โดยรัฐต้องมีการบูรณาการทุกภาคส่วนอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการทำงานเชิงรุก กำหนดกลยุทธ์ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต หรือการแก้ไขปัญหาที่สะสมค้างคามาเป็นเวลานานก่อนที่จะทวีความรุนแรง ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน จัดสรรงบประมาณให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและข้อมูลขนาดใหญ่ และการสร้างนวัตกรรมเชิงนโยบายเพื่อเตรียมพร้อมให้ผู้คนพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงการปรับกฎระเบียบและนโยบายต่างๆ ด้วยให้เหมาะสมกับยุคสมัย รวมทั้งการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต ลดการถูกรังแกและความโดดเดี่ยว นอกจากนั้นยังต้องเสริมทักษะความยืดหยุ่นทางจิตใจเพื่อรับมือกับภาวะวิกฤติที่อาจเกิดขึ้น

6. Mental Health Literacy and Stigmatization ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการตีตรา หมายถึงความรู้และความเชื่อของบุคคลในการตระหนัก และสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีความสามารถและทักษะการสนับสนุนช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตนี้ จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยป้องกันผลกระทบจากปัญหาสุขภาพจิต และลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ นอกจากนั้น การตีตราผู้ป่วยจิตเวชคือการที่ผู้คนในสังคมมีเจตคติเชิงลบและมีทัศนคติที่ตัดสินผู้ป่วยจิตเวช ทำให้เกิดการปฏิเสธ รังเกียจ แบ่งแยกกีดกัน ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกไม่มีคุณค่า อับอาย ฯลฯ รวมทั้งไม่กล้ารับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิตกลายเป็นอาการป่วยเรื้อรัง รักษาได้ยากมากขึ้น ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและการลดการตีตราจะมีผลสำคัญต่อให้ผู้คนในสังคมดูแลสุขภาพจิตของตนเอง และยอมรับส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้อื่นได้มากขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

ข้อมูลปัจจัยขับเคลื่อนอนาคตสุขภาพจิตคนไทยข้างต้น เป็นเสมือนเครื่องส่งสัญญาณที่จะทำให้เห็นว่า ในอนาคตนั้นสุขภาพจิตของคนไทยจะเป็นอย่างไรในความเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรวดเร็ว และการไหลบ่าของข้อมูลที่ท่วมท้นนำมาซึ่งการปรับตัว เปลี่ยนแปลงในทุกระดับ ทั้งระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชน องค์กร สังคม และโลก จากที่รายงานฉบับนี้ได้ประมวลภาพให้เห็นมาตั้งแต่ต้น จะเห็นได้ว่า ภาพที่ปรากฏอาจไม่เกินจริงนัก ที่ทำให้ผู้เกี่ยวข้องเห็นแนวโน้มวิกฤติของปัญหาสุขภาพจิต หากไม่ได้รับการจัดการและดูแลให้เหมาะสม ความน่าสนใจของการศึกษาครั้งนี้ในส่วนสุดท้าย เป็นการฉายภาพอนาคตสุขภาพจิตในอีกสิบปีข้างหน้า ในลักษณะของการสร้างฉากทัศน์ (scenarios) ทั้งหมด 5 สถานการณ์ และวิเคราะห์ภาพปรากฏเหล่านั้นร่วมกับความหลากหลายของผู้คนที่เป็นแนวโน้มของอนาคต (future personas) ซึ่งเป็นการใช้เทคนิคการสร้างบุคลิกที่เป็นตัวแทนกลุ่มเป้าหมายในอุดมคติที่จะเกิดขึ้น เพื่อช่วยให้เห็นภาพชัดเจนยิ่งขึ้นในการสะท้อนความคิด ความรู้สึก ค่านิยม และการแสดงออกเชิงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากฉากทัศน์ที่จำลองขึ้นมา โดย

ในการศึกษานี้จะใช้ตัวละครทั้งหมด 5 บุคลิก แตกต่างกันทางอายุ เพศสภาพ อาชีพ ถิ่นที่อยู่ รายได้ รูปแบบครอบครัว ลักษณะปัญหาทางสุขภาพกายและจิต รวมทั้งคุณค่าที่ยึดถือ เช่น ทัศนคติต่ออนาคต ความเชื่อ ความหมายของความสุข ความมั่นคง เป็นต้น

นอกจากนี้ ภาพเหล่านั้นจะนำมาวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญทั้ง 6 ด้าน ดังที่กล่าวไปแล้ว เสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบการสร้างสรรค์ทางเลือกตามลักษณะเชิงสัณฐาน (morphological box) ซึ่งเป็นคุณลักษณะเฉพาะเชิงโครงสร้างที่ออกแบบภาพอนาคตที่หลากหลาย และให้ผลลัพธ์ที่มองเห็นภาพอนาคตต่อความพึงพอใจในการใช้ชีวิตอนาคต ใน 4 ระดับ ได้แก่ น่ายินดี (delighted) น่าพอใจ (satisfied) ไม่น่าพอใจ (dissatisfied) และน่าผิดหวัง (frustrated)

ในบรรณนิทัศน์ฉบับนี้ อาจไม่มีพื้นที่เพียงพอที่จะฉายภาพผลลัพธ์จากลักษณะเชิงสัณฐานที่คณะผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ไว้ แต่จุดที่น่าขยายความต่อเป็นฉากทัศน์ในอนาคต (scenarios) ที่ถูกแบ่งออกเป็น 5 สถานการณ์ ซึ่งมีความน่าสนใจ และน่าจะเป็นจุดตั้งต้นสู่การต่อยอดศึกษาสำหรับผู้ที่สนใจต่อไป ภาพอนาคตที่เป็นผลจากการวิเคราะห์ที่ปรากฏในรายงาน (หน้า 51-67) ประกอบด้วย

Scenario 1 Terror Outburst การระเบิดของความหวาดกลัว เป็นการระเบิดของความรู้สึกเจ็บปวดที่สะสมมานานจนกลายมาเป็นความหวาดกลัว และก่อตัวเป็นปรากฏการณ์ความรุนแรงที่ต้องการแก้ไขจากทุกฝ่ายแบบบูรณาการ เช่น ปัญหาความรุนแรงในโรงเรียน ยาเสพติด สุรา จริยธรรมสื่อ กระบวนการยุติธรรม เป็นต้น ปรากฏการณ์นี้ส่งผลให้สังคมนิยมการเอาตัวรอด หวาดระแวง ขาดความเห็นอกเห็นใจ ผู้คนไม่กล้าออกไปร่วมกิจกรรมกับคนแปลกหน้า อยู่กับแพลตฟอร์มออนไลน์และดิจิทัลในการสร้างความสุข แต่กลับพบแต่เนื้อหาความรุนแรง และสื่อที่เต็มไปด้วยการเหมารวมต่างๆ การแก้ไขปัญหาในระดับสังคมเป็นไปได้ยาก ถึงแม้จะมีความพยายามก่อนหน้า แต่ด้วยปัญหาที่มีความซับซ้อนหลายมิติ จึงทำให้การทำงานเป็นไปได้ค่อนข้างยากและใช้เวลานาน ผู้คน

จำนวนมากจึงอยากย้ายถิ่นฐานไปยังสถานที่ที่จะรู้สึกปลอดภัยกว่า และสามารถสร้างความสุขได้ในชีวิต

Scenario 2 Opportunity in Adversity วิกฤติที่แฝงด้วยโอกาส สถานการณ์ที่ผันผวนต่อเนื่องของสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี ส่งผลให้ผู้คนเกิดความกังวล และพยายามเริ่มต้นสร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง ในส่วนของสุขภาพจิต เป็นปัญหาสำคัญที่สั่งสมเป็นเวลายาวนานและเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน ถึงแม้จะเห็นความพยายามของภาครัฐ แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่า ปัญหาต่างๆ ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประชาชนเริ่มเกิดความรู้สึกไม่เชื่อถือต่อการจัดการของภาครัฐ โดยเฉพาะในภาวะวิกฤติ จะเห็นภาพประชาชนเริ่มเคลื่อนไหวที่จะเปลี่ยนแปลงด้วยตนเองมากขึ้นผ่านการเรียกร้องออนไลน์ และความร่วมมือกับองค์กรต่างๆ การเกิดขึ้นของสตาร์ทอัพเพื่อสังคม การระดมทุนเพื่อสร้างพื้นที่และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มากขึ้น รวมทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพจิตที่ดี ถึงแม้จะรู้ว่าเป็นเรื่องยากและมีความเพ้อฝันอยู่ แต่ก็อยู่กันด้วยความหวังว่าจะมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

Scenario 3 Packs of Lone Wolves มวลชนผู้โดดเดี่ยว ในขณะที่ผู้คนมีความสะดวกสบายในทุกด้าน ทั้งในเขตเมืองและต่างจังหวัด สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้ง่าย มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในชีวิตประจำวันและด้านการแพทย์เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพใจและกายในหลายรูปแบบ แต่ผู้คนกลับรู้สึกเหงา เครียด และกดดันมากขึ้น การใช้ชีวิตในเมืองที่ทันสมัยในโลกดิจิทัลกลายเป็นการบีบบังคับให้ผู้คนเผชิญกับการแข่งขันที่สูงและมีวิถีชีวิตที่โดดเดี่ยว เกิดความรู้สึกกดดันในทุกช่วงวัย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันลดลง ครอบครัวเกิดความห่างเหิน ไม่รู้สึกผูกพัน รวมทั้งกับที่ทำงาน นำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคมและปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่สังคมให้คุณค่ากับการประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็ว และให้ความสำคัญกับการสร้างความร่ำรวยมากกว่าการสร้างความสุข แข่งขันกันสูง และเกิดความเหลื่อมล้ำสูง ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องขาดความตระหนักในการแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้าง ขาดการขับเคลื่อนที่ทำให้เกิดความปลอดภัยของการใช้เทคโนโลยี การให้ความรู้ทักษะดิจิทัลและการดูแล

สุขภาพจิตในสังคม ตลอดจนความรอบรู้เรื่องสุขภาพจิตยังเป็นเรื่องที่ไม่ถูกให้ความสำคัญ ในขณะที่ผู้คนโหยหาชีวิตที่สมดุล

Scenario 4 Decentralized Mental Wellbeing สุขภาพใจที่กระจายถึงกัน ผู้คนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เกิดความรู้สึกสุขใจและภูมิใจในท้องถิ่น ซึ่งเป็นผลมาจากการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นและเขตสุขภาพโดยสมบูรณ์ เป็นลักษณะของการสร้างนโยบายแบบล่างขึ้นบนของภาครัฐ โดยหน่วยงานส่วนกลางทำหน้าที่สนับสนุนและติดตามกำกับ กระจายอำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพจิตให้ขึ้นกับแต่ละเขตสุขภาพเป็นหลัก เน้นการสร้างความร่วมมือร่วมใจของชุมชนท้องถิ่นที่จะร่วมแก้ปัญหาชุมชน ด้วยหลักความเข้าใจพื้นที่และภูมิปัญญาท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีช่องว่างที่อาจเป็นอุปสรรคในการปรับตัว และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มเติม ความรอบรู้ด้านดิจิทัลที่อยู่ในระดับปานกลาง และก็มีการสร้างนวัตกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างง่ายจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่ละชุมชนยังต้องพึ่งตัวเองด้านเศรษฐกิจอยู่มาก ยังเกิดความเหลื่อมล้ำ การกระจายอำนาจไปยังท้องถิ่นจะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมได้ ผู้คนจะรู้สึกได้ถึงความสุข และปลอดภัยจากชุมชนเข้มแข็ง ความสามัคคี และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Scenario 5 Land of Smiling Minds จุดหมายแห่งความสุข สังคมในทุกภาคส่วนให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพจิต มีการบูรณาการเรื่องสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของทุกกระบวนการ ผู้คนมีความตระหนักรู้เรื่องสุขภาพจิตและมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช สังคมเปิดรับความหลากหลาย ระบบการดูแลสุขภาพจิตครอบคลุมผู้คนทุกกลุ่ม ให้ความสำคัญตั้งแต่การส่งเสริมป้องกันไปจนถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟู สุขภาพจิตเป็นเรื่องของทุกคน ภาครัฐมีการนำข้อมูลขนาดใหญ่มาใช้ประโยชน์ในการวางแผนนโยบายมากขึ้น และร่วมมือกับองค์กรเอกชนในการนำเทคโนโลยีล้ำสมัยมาใช้ มีการใช้งานระบบดูแลความปลอดภัยทางไซเบอร์และข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาจมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ไม่ถนัดในการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ แต่หลายภาคส่วนก็พยายามสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและดิจิทัล และทำให้เทคโนโลยีด้าน

สุขภาพจิตสามารถปรับใช้ได้กับทุกคนในสังคม นอกจากนั้น ภาครัฐยังใช้ข้อมูลขนาดใหญ่เพื่อวางแผนคาดการณ์สถานการณ์สุขภาพจิต และกำหนดนโยบายในอนาคตร่วมกับสังคมส่วนอื่นๆ กำหนดให้สุขภาวะทางจิตเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานขอประชาชนตั้งแต่แรกเกิด ครอบคลุมถึงการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอย่างชัดเจน มีระบบการจัดเก็บภาษีจากองค์กรที่พัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต จัดตั้งกองทุนขนาดใหญ่ด้านสุขภาพจิตเพื่อศึกษาวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้

บทสรุปการอ่าน: สเปกตรัมของการสื่อสารและการร่วมสร้างอนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย

เอกสาร *อนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. 2576* (*Futures of Mental Health in Thailand 2033*) ในมุมมองผู้เขียนบรรณนิทัศน์ เปรียบเสมือนแผนที่ส่องทางที่ทำให้เห็นแนวโน้มของสถานการณ์และปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยในอนาคตอันใกล้ ผลการศึกษาสะท้อนความเชี่ยวชาญของคณะทำงานที่มีลักษณะเป็นสหวิทยาการ กล่าวคือ เป็นคนทำงานด้านสุขภาพจิตโดยตรง ได้แก่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ด้านนวัตกรรม ได้แก่ สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (NIA) ด้านระบบธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ จาก สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (ETDA) และด้านการศึกษาอนาคต โดยศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา FutureTales Lab by MQDC ใช้ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาแบบผสมผสาน เพิ่มคุณค่าของการศึกษาด้วยมุมมองที่สดใหม่ สร้างการรับรู้แบบมีส่วนร่วม ใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีเป็นกรอบการศึกษาและวิเคราะห์ ผลการศึกษาจึงมีภาพการบูรณาการของปัจจัยที่ค่อนข้างรอบด้าน เชื่อมโยง และมีแนวโน้ม “แม่นยำ” เพื่อการคาดการณ์อนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย

จากแนวทางการวิเคราะห์ของคณะผู้วิจัยทำให้เห็นว่า สุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับผู้คน ชุมชน และสิ่งแวดล้อม และผสมเป็นเนื้อเดียวกันกับชีวิตประจำวันของผู้คน หลายครั้งตัวงานทำให้เห็นว่า สุขภาพจิตที่ดีเป็นตัวแปรต้นของการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขในสังคมที่ยุ่งเหยิง เต็มไปด้วยสื่อ นวัตกรรมสุขภาพ วิกฤติ และเทคโนโลยี รวมทั้งมองเห็นว่า การที่จะทำให้สมาชิกในสังคมมีสุขภาพจิตที่ดี

จะต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะในภาคนโยบายแต่ละระดับที่ต้องลำดับงานสุขภาพจิตให้ขึ้นมาเป็นยุทธศาสตร์และเป้าหมายของการทำงานให้ได้ อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับแนวทางและผลการศึกษาอยู่บ้าง กล่าวคือ ภาพส่วนใหญ่ของการทำนายอนาคตสุขภาพจิตไทยถูกวิเคราะห์และสะท้อนปัญหาจากภาพทัศน์ของความเป็นเมือง และโดยเฉพาะจากมุมมองชนชั้นกลางในสังคมขึ้นไป ที่บริบทการใช้ชีวิต การศึกษา เศรษฐสถานะ และการเข้าถึงเทคโนโลยี ตลอดจนโอกาสในการเป็นส่วนหนึ่งของศูนย์กลางของความเจริญอยู่ไม่ไกลจากชีวิตจริง สามารถโอบรับความเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรมสุขภาพในหลากมิติได้ ดังนั้น หากจะมีการต่อยอดการศึกษาชิ้นนี้ หน่วยงานที่ดูแลเรื่องสวัสดิการ สวัสดิภาพ คุณภาพชีวิตแรงงาน และการพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ รวมทั้งหน่วยงานที่ดูแลครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่เป็นชุมชนท้องถิ่น เกษตรกร แรงงาน และกลุ่มสังคมที่ขาดโอกาส อาจใช้ผลของการศึกษาชุดนี้สวมเข้ากับกรอบการทำงานที่มีอยู่ เพื่อทำให้เห็นฉากทัศน์ของอนาคตสุขภาพจิตไทยที่ครอบคลุม และให้ผลการศึกษาตลอดจนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เป็นรูปธรรมในการขับเคลื่อนได้มากขึ้น สามารถเข้าถึงกลุ่มคนที่หลากหลายมากขึ้น ภายใต้แนวคิดสังคมที่ไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง (inclusive society) ที่แบ่งผู้คนออกจากกันด้วยโอกาสของการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล หรือ digital divide

นอกจากนั้น ประเด็นเรื่องสื่อและการสื่อสาร คือมุมสะท้อนย้อนคิดที่ชวนอภิปรายต่อจากการรายงานผลครั้งนี้ ถึงแม้ว่าภาพการสื่อสารรวมทั้งประเด็นสื่อและสื่อมวลชนจะไม่ได้ถูกกำหนดให้เป็นปัจจัยขับเคลื่อนที่สำคัญเพื่อการพัฒนาสุขภาพจิตอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม หากมองในมุมนักการสื่อสารจะมองเห็นบทบาทของการสื่อสารที่สามารถเป็นกลไกการดำเนินงาน ประสานงาน และร่วมสร้างงานพัฒนาสุขภาพจิตในสังคมไทยได้ในหลายระดับ เปรียบเสมือนสเปกตรัมของแสงอาทิตย์ที่สามารถครอบคลุมท้องฟ้า ในบทบาทเดียวกับที่สื่อและการสื่อสารเป็นสเปกตรัมที่สามารถเข้าไปหนุนเสริมเข้าถึงงานสุขภาพจิตได้ในทุกระดับ ทั้งมิติของการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ในภาพเมกะเทรนด์

รวมถึงฉากทัศน์สถานการณ์สุขภาพจิตทั้ง 5 ได้แก่ (1) การระเบิดของความหวาดกลัว (2) วิกฤติที่แฝงด้วยโอกาส (3) มวลชนผู้โดดเดี่ยว (4) สุขภาพใจที่กระจายถึงกัน และ (5) จุดหมายแห่งความสุข รวมทั้งมีทิศทางของการวิเคราะห์ที่ผสมผสานงานสุขภาพจิตทั้งเชิงรุกและเชิงรับท่ามกลางความเป็นสังคมที่เปลี่ยนแปลง วิกฤติ และมีความอ่อนไหวอย่างยิ่งในอนาคต

"ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต" (mental health literacy) เป็นแนวคิดที่มีการเอ่ยถึงในรายงานหลายครั้ง และเป็นแนวคิดหลักจากการอ่านที่น่าขยายความสำหรับบรรณนิทัศน์นี้ โดยเฉพาะหากวิเคราะห์จากฉากทัศน์ข้างต้น จะเห็นได้ว่าความรอบรู้เพื่อการเท่าทันสุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องเร่งสร้าง โดยความรอบรู้ดังกล่าว หมายความถึง "ความรู้และความเชื่อของบุคคลในการตระหนัก และสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีความสามารถและทักษะการสนับสนุนช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาได้" (หน้า 41) ซึ่งกล่าวได้ว่า เป็นปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพจิตคนไทย ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตจากที่รายงานกล่าวถึงจะทั้งความรอบรู้ที่จะเป็นกำแพงป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น อันเป็นปัญหาเร่งด่วน เช่น ความเครียดและการฆ่าตัวตาย ตลอดจนเป็นแนวทางสร้างสุขภาวะที่เชื่อมโยงบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่ให้ผลทิศทางบวกในระยะยาว เช่น เรื่องความเข้าใจของพัฒนาการเด็ก สังคมสูงอายุ ความเหงา ซึ่งภาพรวมๆ ของฉากทัศน์ในอนาคต ทำให้เห็นถึงความหวาดกลัว โดดเดี่ยวที่จะเกิดขึ้นชัดเจน ชวนให้คิดถึงงานเรื่อง "สภาวะแปลกแยก" (alienation) ที่ Bertell Ollman (1976) อ้างอิง Marx ที่อธิบายความเป็นมนุษย์ในสังคมทุนนิยม ในหนังสือที่ชื่อ *Alienation: Marx's Conception of Man in a Capitalist Society* โดยสังคมแห่งความโดดเดี่ยวและความเหงาก่อให้เกิดสภาวะแปลกแยกที่ทำให้บุคคลไม่รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่อาศัยอยู่ ก่อให้เกิดความรู้สึกลบ สั่นคลอน และเป็นสาเหตุสำคัญต่อปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแบบต่างๆ นอกจากนั้น ปัญหาเกี่ยวกับข้อมูลปลอม ข้อมูลลวง การเข้ามาแทนที่ของ AI และปัญญาประดิษฐ์ ตลอดจนลักษณะสังคมที่เป็นปัจเจกมากขึ้น ขาดความสัมพันธ์เชื่อมโยง ยังนำมาซึ่งความต้องการที่จะพัฒนาการ

สื่อสารภายในสังคมเอื้อให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ (empathetic communication) ซึ่งหากมองในมุมนี้ การสื่อสารจะกลายเป็นทั้งเครื่องมือสร้างสุขภาพจิตและสร้างทักษะสำคัญที่จะทำให้ผู้คนเข้าใจและเกื้อกูลกัน ลดช่องว่างทางความรู้สึก ภายใต้สังคมที่มีสภาวะแปลกแยกสูง

นอกจากนั้น ปัญหาเรื่องการตีตรา (stigmatization) ต่อผู้ป่วยจิตเวชก็ยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่ปรากฏในผลการศึกษาอนาคตสุขภาพจิตไทย รวมทั้งภาพลักษณ์ด้านลบของงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่ยังคงอยู่จากอดีต ปัจจุบัน อนาคต หากมองในยุคสมัยปัจจุบันที่ทุกคนเป็นสื่อได้ สิ่งที่สังคมต้องการเพื่อเอื้อต่อการสร้างสุขภาวะคือการลบ รื้อ หรือทำลาย (deconstruct) ภาพเหมารวมแบบเก่า (เช่น ผู้ที่มีปัญหาจิตเวชอันตราย น่ากลัว น่ารังเกียจ น่าอับอาย ฯลฯ) ในทางกลับกัน ก็ต้องการแนวทางการสื่อสาร การเล่าเรื่องและท้องเรื่อง (narratives) ใหม่ๆ ที่จะรื้อสร้าง (re-construct) ความหมาย ความเข้าใจและการเข้าถึงผู้ป่วยจิตเวช ตลอดจนงานสุขภาพจิตที่ป้องกันปัญหาของผู้คนในสังคมให้มากขึ้น ซึ่งหากผู้ที่มีสื่ออยู่ในมือ ทั้งที่เป็นสื่อสถาบัน สื่ออาชีพ และผู้ใช้สื่อที่ผลิตสารผ่านช่องทางของตัวเองมองเห็นความสำคัญของการสร้างท้องเรื่องเพื่อให้เกิดความหมายใหม่ในสังคม ก็จะมีส่วนพลิกภาพความเข้าใจให้เรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นเรื่องที่สื่อสารกันได้โดยปกติ เป็นเรื่องสำคัญของทุกคน ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อแนวทางการจัดการปัญหาในภาพใหญ่ของประเทศต่อไป ซึ่งน่าจะเป็นไปในทิศทางเดียวกับที่ตัวรายงานได้นำเสนอ “สัญญาณ” ของสังคมในมิติสุขภาพที่ผนวกเข้ากับสถานการณ์ทางสังคม วัฒนธรรม เทคโนโลยี และเศรษฐกิจ ทั้งในส่วนของผลกระทบจากข่าวปลอม อาชญากรรมและความรุนแรง การสร้างพื้นที่ปลอดภัย การดูแลผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย การดูแลสุขภาพจิตแบบผสมผสาน การให้ความสำคัญกับความหลากหลาย ความเสมอภาค เป็นต้น

ทั้งหมดที่กล่าวมาอาจจะพอทำให้มองเห็นได้ว่า การสื่อสารเป็นปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญที่จะทำหน้าที่สร้างและหนุนเสริมงานสุขภาพจิตให้ชัดเจนขึ้นในสังคมไทย หากจะมองต่อถึงบทบาทการสื่อสารในมิติการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพจิตเพื่อสร้างสังคมแห่งความสุขในอนาคต อาจอภิปรายร่วมไปกับ Denis

McQuail (2010) ที่กล่าวถึงบทบาทสื่อ โดยเฉพาะเรื่อง correlation (บทบาทการประสานส่วนต่างๆ ของสังคม) และ mobilization (บทบาทการสร้างความเคลื่อนไหวในสังคม) ในส่วนของการประสานนั้นเป็นการเชื่อมร้อยสังคมให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในการตอบสนอง รับรู้และเข้าใจความหมายของสุขภาวะ โดยเน้นไปที่การสนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ที่ทำให้สังคมเกิดความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช ลดตราบาป และลดช่องว่างของความรู้สึกผลักไสให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นคนอื่น (the other) รวมทั้งเอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วม สร้างพื้นที่แห่งการพูดคุย เกิดความเคลื่อนไหวร่วมมือของสังคม ตลอดจนการรณรงค์เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิต ทั้งในระดับชีวิตประจำวัน ระดับปัจเจก ครอบครัว ที่ทำงาน ชุมชน และสังคม

นอกจากนั้น ยังทำให้คิดถึงบทบาทสื่อแบบคลาสสิกที่กล่าวถึงบทบาทสื่อในการทำหน้าที่ให้ข้อมูล ให้ความรู้ (information and education) สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพจิต รวมทั้งคำแนะนำเพื่อการเข้าถึงนวัตกรรมสุขภาพในโลกอนาคต และเพิ่มความสามารถของบุคคลต่อการมีความสุข ทั้งนี้รวมไปถึงตัวสื่อประเภทต่างๆ ในทุกแพลตฟอร์มดิจิทัลที่กลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของผู้คนในการสืบค้นข้อมูลที่ต้องการ แสวงหาคำแนะนำหรือแบบอย่างเพื่อกำหนดอัตลักษณ์ของตนเองด้านสุขภาพ รวมถึงการทำหน้าที่เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด เป็นพื้นที่ปลดปล่อยความกดดัน สร้างความบันเทิงให้กับคนในสังคม (entertainment) เช่น การฟังเพลง ดูภาพยนตร์ ละคร ซีรีส์ การ์ตูน คอนเสิร์ตต่างๆ

ทั้งหมดนี้จึงทำให้สื่อและการสื่อสารเป็นส่วนผสมสำคัญต่อการสร้างอนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย ไม่ว่าจะสำหรับปีนี้หรืออีกสิบปีข้างหน้า หากมองลงไปถึงภาคปฏิบัติจากข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากเอกสารการศึกษาฉบับนี้ จะเห็นได้ว่า สื่อและการสื่อสารสามารถเชื่อมโยงอยู่ได้ในงานแทบจะทุกมิติ ทำหน้าที่สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจในประเด็นสุขภาพจิตและบริบททางสังคมที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนขับเคลื่อนนำพาเอาเรื่องสุขภาพจิตให้กลายเป็นประเด็นสาธารณะที่ทุกคนสามารถมีส่วนร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับก้าวใหญ่ของปัจจุบันที่ตั้ง

เป้าหมายไว้ที่การลดตราบาป หรือ stigma ของตัวประเด็นเอง ซึ่งเป็นปัญหาเชิงทัศนคติและความเข้าใจผิดมาเป็นระยะเวลายาวนาน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระบบบริการได้ง่ายขึ้น ลดโอกาสของความสูญเสียและผลกระทบที่จะมีต่อสุขภาพจิตกับครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

ในท้ายสุด เพื่อให้เห็นว่า สัญญาณการขับเคลื่อนประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพจิตของโลกมีความชัดเจนขึ้นในปัจจุบัน และผู้เกี่ยวข้องทั้งในภาคนโยบายและภาคปฏิบัติยังคงต้องทำงานอย่างหนักเพื่อลดอคติและตราบาปในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อนำไปสู่อนาคตสุขภาพจิตสังคมไทยที่สมดุล ผู้เขียนบรรณนิทัศน์ขอยกคำพูดของ Lady Gaga ศิลปินเพลงระดับโลกที่สื่อสารสาธารณะผ่านบันทึกความคิดที่ได้รับการพูดถึงทั่วโลกว่าทรงพลัง ในวาระที่เธอร่วมรณรงค์ไปกับองค์การอนามัยโลกเพื่อสร้างความตระหนักในปัญหาสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายเมื่อปี 2561 ใน *The Guardian* ไว้ว่า "*เราไม่สามารถนิ่งเฉยได้อีกต่อไปกับตราบาปหรือความคิดผิดๆ ที่ทำให้เราเชื่อว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องของความอ่อนแอหรือความล้มเหลวทางศีลธรรม*" - "*We can no longer afford to be silenced by stigma or stymied by misguided ideas that portray mental health conditions as a matter of weakness or moral failing*"

บรรณานุกรม

ภาษาอังกฤษ

Keyes, C. and Lopez, S. (2002), "Toward a Science of Mental Health: Positive Directions in Diagnosis and Interventions", in Snyder, C. and Lopez, S. (eds.), *Handbook of Positive Psychology*, New York: Oxford University Press.

McQuail, D. (2010), *McQuail's Mass Communication Theory*, Los Angeles: Sage.

Ollman, B. (1976), *Alienation: Marx's Conception of Man in a Capitalist Society*, Los Angeles: Cambridge University Press.

สื่อออนไลน์

Lady Gaga and Adhanom, T. (2018), "800,000 People kill themselves every year. What can we do?", *The Guardian*, 9 October 2018 retrieved 31 October 2023 from https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/oct/09/lady-gaga-mental-health-global-emergency-suicide

ใบสมัครสมาชิกวารสารศาสตร์

คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว _____

(ชื่อ-นามสกุล)

ประสงค์จะ ☐ สมัครสมาชิก “วารสารศาสตร์” ตั้งแต่เล่มที่_____

☐ ต่ออายุสมาชิก เลขที่สมาชิก_____

☐ เปลี่ยนที่อยู่ในการจัดส่ง

โดยชำระเงินค่าสมาชิก

☐ จำนวน 320 บาท (วารสารวิชาการ “วารสารศาสตร์” 3 เล่ม รวมค่าจัดส่ง)

เข้าบัญชี ***คณะวารสารศาสตร์ฯ มธ. (กองทุนวิจัย)***
ธนาคารกรุงเทพ สาขามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์-รังสิต
เลขที่บัญชี 091-0-59902-6

สถานที่จัดส่ง

☐ บ้าน ที่อยู่_____

_____

โทรศัพท์_____โทรศัพท์มือถือ_____

☐ ที่ทำงาน ที่อยู่_____

_____

โทรศัพท์_____โทรศัพท์มือถือ_____

โทรสาร_____E-mail_____

+++

กรุณากรอกรายละเอียดพร้อมส่งหลักฐานการชำระเงิน

ส่งกลับมายัง **ฝ่ายสมาชิก “วารสารศาสตร์”**
คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
เลขที่ 99 ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทรสาร 02-696-6218 อีเมล oilsumol@hotmail.com

การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ “วารสารศาสตร์”

วารสารศาสตร์ เป็นวารสารวิชาการรายสี่เดือนของคณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีกำหนดปิดรับต้นฉบับดังนี้ ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน) ปิดรับต้นฉบับวันที่ 30 พฤศจิกายน ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) ปิดรับต้นฉบับวันที่ 28 กุมภาพันธ์ และฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม) ปิดรับต้นฉบับวันที่ 30 มิถุนายน ทั้งนี้ไม่มีการจัดเก็บค่าธรรมเนียม

คุณลักษณะของบทความ

1. เป็นบทความที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ของ อ.ก.ม. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งได้แก่
   - บทความวิเคราะห์วิจัย (Research Article)
   - เอกสารกรณีศึกษา (Case Material)
   - บทความสำรวจวิชา (Survey Article)
   - บทความวิจารณ์ (Review Article)
   - บทความทางวิชาการ (Theoretical Article)
   - รายงานสำรวจ (Survey Report)

   ทั้งนี้ ไม่รวมงานวิทยานิพนธ์ของผู้เขียนบทความ บทความประเภทงานแปล และเอกสารประกอบคำบรรยาย
2. ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างรอการพิจารณาจากสำนักพิมพ์อื่น
3. หากเป็นงานวิจัยดีเด่นที่เคยตีพิมพ์มาก่อนแล้ว ต้องมีการนำมาวิเคราะห์ด้วยมุมมองใหม่ นำเสนอข้อมูลใหม่โดยได้รับอนุญาตจากผู้เขียน
4. ผู้เขียนหรือผู้เขียนร่วมได้รับอนุญาตให้ตีพิมพ์เผยแพร่ข้อมูลในวารสารวิชาการ
5. ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 คน และ/หรือ การอ่านเพื่อปรับแก้ไขจากบรรณาธิการ หรือบรรณาธิการรับเชิญ ตามกำหนดเวลาของกองบรรณาธิการ ทั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิจะคัดเลือกตามสาขาวิชาหรือประเด็นเนื้อหาที่อยู่ในบทความนั้นๆ และหากเป็นบทความจากผู้เขียนภายในมหาวิทยาลัย จะต้องได้รับพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหน่วยงาน จำนวน 3 คน และไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียน โดยชื่อของผู้เขียนและผู้ประเมินจะเป็นไปในลักษณะปกปิด หรือ double blinded

การส่งต้นฉบับเนื้อหา

1. จัดพิมพ์เนื้อหาด้วยอักษร Cordia New ขนาด 15 pt ในโปรแกรม Microsoft Word (ไฟล์ .doc)
2. ควรมีความยาว 15-20 หน้ากระดาษ A4 พร้อมจัดเรียงภาพประกอบลงในไฟล์ Microsoft Word
3. ส่งพร้อมบทคัดย่อและคำสำคัญ เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. ระบุชื่อ นามสกุล ตำแหน่งวิชาการ และสังกัดของผู้เขียนเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5. ส่งต้นฉบับพร้อมไฟล์ที่เกี่ยวข้อง (เช่น ภาพประกอบ ตาราง แผนภูมิ) ลงในแผ่นซีดีทางไปรษณีย์ หรืออีเมลมายังกองบรรณาธิการ หรือส่งผ่านระบบออนไลน์ทาง https://tci-thaijo.org/index.php/jcmag

การส่งไฟล์ภาพประกอบ

1. ส่งไฟล์ภาพประกอบ (เช่นไฟล์ .jpg) แยกจากไฟล์เนื้อหาของบทความ
2. ความละเอียดภาพไม่ต่ำกว่า 300 dpi/inch หรือไม่ต่ำกว่า 2 MB ต่อภาพ
3. ระบุชื่อไฟล์ให้ตรงตามหมายเลขภาพในเนื้อหาบทความ

จริยธรรมการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานและบทความวิชาการ

1. **จริยธรรมของผู้เขียนบทความ** บทความที่นิพนธ์ขึ้นและตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ *วารสารศาสตร์* ต้องเป็นงานเขียน ความคิด หรืองานสร้างสรรค์ ที่มิใช่การลอกเลียนผลงานวิชาการ (plagiarism) และต้องจัดทำการอ้างอิงผลงานในเนื้อหาหรือบรรณานุกรมอย่างชัดเจน
2. **จริยธรรมของผู้อ่านประเมินบทความ** การอ่านประเมินต้นฉบับบทความในวารสารวิชาการ *วารสารศาสตร์* เป็นการประเมินแบบปิด (blind evaluation) ผู้ประเมินจักต้องไม่เปิดเผยผลการประเมินของตนต่อสาธารณะ และให้ถือว่าการประเมินดังกล่าวเป็นความลับ
3. **จริยธรรมของกองบรรณาธิการ** กองบรรณาธิการมีความรับผิดชอบวารสารวิชาการ *วารสารศาสตร์* ให้ตรงตามกำหนดและวาระในการตีพิมพ์

การเขียนเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรม

- **การอ้างอิงในบทความ** กรณีผู้เขียนต้องระบุแหล่งที่มาของข้อมูลในเนื้อหาบทความ ให้ใช้วิธีการอ้างอิงในส่วนของเนื้อเรื่องแบบนาม-ปี (author-date in text citation) โดยระบุชื่อผู้แต่งที่อ้างอิง (ถ้าเป็นคนไทยระบุทั้งชื่อและนามสกุล ส่วนต่างชาติใช้ระบุเพียงชื่อสกุลเท่านั้น) พร้อมปีที่พิมพ์เอกสาร และอ้างอิงไว้ข้างหน้าหรือข้างหลังข้อความเพื่อบอกแหล่งที่มาของข้อความนั้น และควรระบุเลขหน้าของเอกสารที่อ้างอิงไว้ด้วย กรณีที่อ้างมาแบบคำต่อคำ ต้องระบุเลขหน้าของเอกสารที่อ้างอิงทุกครั้ง
- **การอ้างอิงท้ายบทความ** หากมีการอ้างอิงในบทความ ให้จัดทำรายการเอกสารอ้างอิงเป็นบรรณานุกรม (bibliography) ท้ายเรื่องไว้ด้วย โดยรวบรวมเอกสารทั้งหมดที่ผู้เขียนอ้างอิงในบทความ ในการเขียนบทความให้จัดเรียงรายการตามลำดับตัวอักษรผู้แต่งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychology Association) ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง, (ปีที่พิมพ์), *ชื่อเรื่อง*, ครั้งที่พิมพ์ (ถ้ามี), สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

กิติมา สุรสนธิ (2548), *ความรู้ทางการสื่อสาร*, พิมพ์ครั้งที่ 4, กรุงเทพฯ: คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พิศิษฐ์ ชวาลาธวัช และคณะ (2539), *การรายงานข่าวชั้นสูง*, กรุงเทพฯ: ดอกหญ้า.

สุวรรณา สถาอานันท์ และเนื่องน้อย บุณยเนตร (2537), *คำ: ร่องรอยความคิดความเชื่อไทย,* พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

McQuail, D. (2005), *McQuail's Mass Communication Theory*, 5th ed., London: Sage.

Sharrock, W. et al. (2003), *Understanding Modern Sociology*, London: Sage.

Windhal, S. and Signitzer, B. (2009), *Using Communication Theory: An Introduction to Planned Communication,* Los Angeles: Sage.

2. บทความในวารสาร หนังสือพิมพ์ และหนังสือรวมเล่ม

2.1 บทความในวารสาร

ชื่อผู้เขียน (ปีที่พิมพ์), "ชื่อบทความ", *ชื่อวารสาร*, ปีที่(ฉบับที่): เลขหน้า (ถ้ามี).

เกศราพร ทองพุ่มพฤกษา (2561), "การนำเสนอภาพความเป็นแม่ในหนังสือเด็กในประเทศไทย", *วารสารศาสตร์*, 11(2): 113-160.

2.2 บทความ ข่าว หรือคอลัมน์จากหนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียน (ปีที่พิมพ์), "ชื่อบทความหรือชื่อหัวข้อในคอลัมน์", *ชื่อหนังสือพิมพ์*, วันที่/เดือน: เลขหน้า.

สุจิตต์ วงษ์เทศ (2548), "กระทะปฏิวัติอาหารไทย", *มติชน*, 22 กันยายน: 34.

2.3 บทความในหนังสือรวมเล่ม

ชื่อผู้เขียน (ปีที่พิมพ์), "ชื่อบทความ/งานเขียน", ใน ชื่อผู้แต่งหนังสือ (บ.ก.), *ชื่อเรื่องหนังสือ,* ครั้งที่พิมพ์ (ถ้ามี), สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ภัทธีรา สารากรบริรักษ์ (2558), "ธุรกิจเพลง", ใน สมสุข หินวิมาน และคณะ (บ.ก.), *ธุรกิจสื่อสารมวลชน*, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

3. รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ หรือสารนิพนธ์

ชื่อผู้วิจัย (ปีที่พิมพ์), *ชื่อรายงานวิจัย วิทยานิพนธ์ หรือสารนิพนธ์*, สถาบันต้นสังกัดหรือรายละเอียดของระดับวุฒิปริญญาของรายงานวิจัยดังกล่าว.

ไวยวุฒิ วุฒิอรรถสาร (2556), *การสื่อสารกับการสร้างอัตลักษณ์ของคนหูหนวกไทย*, วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสื่อสารมวลชน คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

4. เอกสารที่ไม่เป็นเล่ม เช่น เอกสารประกอบการสอน เอกสารอัดสำเนา แผ่นพับ

ให้ผู้เขียนระบุคุณลักษณะของสิ่งพิมพ์ดังกล่าวไว้ท้ายการอ้างอิง เช่น

คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2561), *รายงานผลการดำเนินงานของหลักสูตรวารสารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสื่อสารมวลชน (ปรับปรุง พ.ศ. 2559)*, เอกสารอัดสำเนา.

5. ข้อมูลออนไลน์ หรือสารสนเทศบนอินเทอร์เน็ต

ให้ระบุข้อมูลจากหนังสือ บทความ หรือเนื้อหาที่อ้างอิง จากนั้นตามด้วยแหล่งที่มาและวันเดือนปีที่สืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ ดังตัวอย่าง

ระพีพรรณ พัฒนาเวช และคณะทำงานห้องสมุดไทยคิด (มปป.), *คู่มือการคัดเลือกหนังสือสำหรับเด็กแต่ละวัย*, สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2560, จาก https://www.tkpark.or.th/stocks/extra/000597.pdf

Flood, A. (2011), "Study Finds Huge Gender Imbalance in Children's Literature", *The Guardian,* retrieved 24 July 2016, from https://www.theguardian.com/books/2011/ may/06/gender-imbalance-children

<u>ส่งบทความหรือติดต่อสอบถาม</u>

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการ "วารสารศาสตร์"

คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เลขที่ 99 ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121

โทรศัพท์ 0-2696-6267 อีเมล jaruneejc@gmail.com

พิมพ์ที่: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, พ.ศ. 2567
โทรศัพท์ 0-2564-3104 ถึง 6
โทรสาร 0-2564-3119
http://www.thammasatprintinghouse.com