

การศึกษาวเคราะห์นโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทยและ การนำนโยบายไปปฏิบัติในบริบทไทย

พณัฐ เชื้อประเสริฐศักดิ์*, สมบัติ ท้ายเรือคำ และนงลักษณ์ เขียนงาม
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 24 มีนาคม พ.ศ. 2567

วันที่แก้ไขบทความ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2567

วันที่ตอบรับบทความ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาของนโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทยในบริบทไทย และ 2) เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทยในบริบทไทย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) จากการศึกษาเอกสาร (documentary research) ได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) ในช่วงแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) ซึ่งคัดเลือกตามแนวทางการคัดเลือกเอกสารของ Scott (1990) โดยอาศัยหลักเกณฑ์ 1) เป็นเอกสารที่มีผลบังคับใช้ 2) มาจากแหล่งข้อมูลของภาครัฐ 3) เป็นตัวแทนที่ดีของเอกสารภาครัฐ และ 4) มีความชัดเจนและเผยแพร่สู่สาธารณะ ประกอบด้วยการศึกษานโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทย และการศึกษาวเคราะห์นโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทย จากการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ที่นำไปสู่การตีความและสรุปประเด็น โดยตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลกับทฤษฎีและแนวคิด (theory triangulation) โดยเทียบกับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า นโยบายทางสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทย มีหลักการที่ใกล้เคียงกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) แต่ขาดการกำหนดกลยุทธ์พื้นฐานของการสร้างเสริมสุขภาพ (basic strategies for health promotion) ที่ส่งเสริมความหลากหลายทางเพศ ซึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์นโยบายดังกล่าวร่วมกับแนวคิดและทฤษฎี รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงพบว่า แม้กระบวนการจัดทำนโยบายดังกล่าว เกิดจากการมีส่วนร่วมในทุกระดับ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม รวมทั้งมีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งใช้เป็นนโยบายที่รองรับกับเยาวชนส่วนใหญ่ได้เป็นอย่างดี แต่ไม่อาจรองรับกับเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งแม้เป็นกลุ่มน้อยในสังคมไทย แต่ก็ถือเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากนโยบายดังกล่าว เนื่องจากนโยบายดังกล่าวมีเพียงเนื้อหาที่ระบุว่า “เพศ” ในความหมายเพศตามกำเนิด (gender) เท่านั้น แต่ไม่ได้ระบุประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำทางเพศอันส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของเยาวชนในบริบทสังคมไทย อีกทั้งยังปรากฏการใช้ข้อความที่สะท้อนถึงการตีตราทางเพศในเอกสารนโยบายภาครัฐ เช่น การระบุว่าเพศเสรีเป็น “พฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชน” หรือครอบครัวที่มาจากเพศเดียวกันเป็นครอบครัวที่ “ขาดความอบอุ่น” เป็นต้น ผลการวิจัยดังกล่าว จึงสะท้อนถึงการติดกับกรอบเพศแบบสองขั้ว (gender binary) ซึ่งส่งผลให้การนำนโยบายไปใช้ ถูกจำกัดด้วยกรอบที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงของสังคม ทำให้การกำหนดกลยุทธ์พื้นฐานของการสร้างเสริมสุขภาพ (basic strategies for health promotion) ซึ่งเปรียบเสมือนเข็มทิศในการนำนโยบายไปใช้ ที่ไม่สอดคล้องกับบริบทจริงด้วย ผู้วิจัยจึงขอให้ออกเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้ 1) กรมสุขภาพจิตควรเพิ่มการระบุประเด็นความหลากหลายทางเพศในแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) และ 2) กรมกิจการเด็กและเยาวชนควรบรรจุเรื่องความหลากหลายทางเพศในหลักสูตรการศึกษาและกิจกรรมพัฒนาเยาวชน

คำสำคัญ: สุขภาพจิตของเยาวชน; การนำนโยบายไปปฏิบัติ; บทบาททางเพศ; การศึกษาวเคราะห์นโยบาย

* ผู้รับผิดชอบบทความ: panat.ch1992@gmail.com

DOI: 10.14456/tujournal.2025.17

The Analytical Study of Mental Health Policy for Thai Youths and Implementation in Thai Context

Panat Chueprasertsak*, Sombat Tayraukham and Nongluck Kienggam
Faculty of Education, Chiang Mai University

Received 24 March 2024

Received in revised 26 June 2024

Accepted 2 August 2024

Abstract

This research aims to: 1) analyze the content of mental health policies for Thai youth within the Thai context, and 2) propose guidelines for the development of mental health policies for Thai youth within the Thai context. It is a qualitative research study conducted through documentary research, which includes the National Mental Health Development Plan, Volume 1 (2018-2037), during the period of the National Child and Youth Development Plan, Volume 2 (2017-2021). The documents were selected according to Scott's (1990) document selection guidelines, based on the criteria that they: 1) are enforceable documents, 2) originate from government sources, 3) are good representatives of government documents, and 4) are clear and publicly disseminated. The study involves examining mental health policies for Thai youth and analyzing these policies through content analysis, leading to interpretation and summary of key issues. The quality of the data was verified by comparing it with theories and concepts (theory triangulation) aligned with the health promotion guidelines of the Ottawa Charter. The research results indicate that the principles of mental health policies for Thai youth are similar to the health promotion guidelines of the Ottawa Charter. However, they lack fundamental strategies for health promotion that support sexual diversity. When analyzing these policies in conjunction with related theories, concepts, and research, it was found that although the policy-making process involved participation at all levels (government, private sector, and civil society) and included empirical data analysis and synthesis, which effectively supported the majority of youth, it did not accommodate youth with diverse sexual orientations. Although they are a minority in Thai society, they are stakeholders in these policies. The policies only mention the term "gender" in the context of birth gender but do not address issues related to gender inequality that impact the mental health of youth in the Thai social context. Additionally, the policies contain statements that reflect sexual stigmatization, such as labeling free sexual orientation as "youth risk behavior" or same-sex families as "lacking warmth." This finding highlights the adherence to a gender binary framework, which restricts policy implementation to frameworks that do not align with societal realities, causing the basic strategies for health promotion to be misaligned with the actual context. Based on these findings, the researcher provides the following policy recommendations: 1) The Department of Mental Health should include issues of sexual diversity in the National Mental Health Development Plan, Volume 1 (2018-2037). 2) The Department of Children and Youth Affairs should incorporate sexual diversity topics into the education curriculum and youth development activities.

Keywords: youths mental health; policy implementation; gender role; analytical study of policy

* Corresponding author: panat.ch1992@gmail.com

DOI: 10.14456/tujournal.2025.17

บทนำ

ที่ประชุมนานาชาติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 1986 ณ เมือง ออตตาวา ประเทศแคนาดา ประชุมร่วมกัน 134 ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก เพื่อบรรลุเป้าหมายสำคัญ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ภายในปี 2000 มีมติกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกัน ต้องเน้นไปที่การส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้ข้อตกลง “Ottawa charter for health promotion” ประกอบไปด้วย 3 กลยุทธ์พื้นฐาน ได้แก่ 1) เสริมสร้างความสามารถ 2) เป็นสื่อกลาง 3) ชี้แนะ และกิจกรรมสำหรับส่งเสริมและ 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) เสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล 5) ปรับระบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (WHO, 1986) ซึ่งหลักการและแนวทางของการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตร ออตตาวาดังกล่าวแสดงถึงความร่วมสมัยและเหมาะต่อการนำไปประยุกต์ใช้ได้ในบริบทที่หลากหลาย จึงเป็นหลักการและแนวคิดที่นักนโยบาย ตลอดจนนักส่งเสริมสุขภาพนิยมนำพัฒนาไปทางสุขภาพอย่างกว้างขวางจนถึงปัจจุบัน (Thompson et al., 2018)

การส่งเสริมสุขภาพจิตนับว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพ (Sturgeon, 2006) โดยกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาที่เป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skills) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเสริมพลังอำนาจให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักสำคัญ ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีสุขภาพจิตดี ความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตและการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และการแสวงหาความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม (Kutcher et al., 2016a; Kutcher et al., 2016b)

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) เป็นนโยบายสุขภาพจิตที่ถูกขับเคลื่อนโดยคณะทำงานจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ 20 ปี คณะอนุกรรมการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ คณะทำงานจัดทำนโยบายที่มาจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดทิศทางระยะยาว 20 ปี ในการพัฒนาสุขภาพจิตของประชาชนไทยให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับคนไทยทุกช่วงวัย โดยเชื่อมโยงเข้ากับแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่พร้อมแผนปฏิบัติการรับมือกับวิกฤติการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง โดยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของประชาชน รวมถึงการสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการพัฒนาสุขภาพจิต และการสร้างความตระหนักรู้ในสังคมเกี่ยวกับสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ หรือ กรมสุขภาพจิต (ม.ป.ป.) ที่ได้คาดการณ์แนวโน้มอนาคตสุขภาพจิตคนไทยสู่จุดพลิกผันแห่งความสุขที่ทำนายใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2567) พบว่า ท่ามกลางวิกฤติทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่จะทวีความรุนแรงขึ้น ทำให้การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตถูกละเลย จนส่งผลให้บุคคลต้องปรับตัวเพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง

อย่างไรก็ตาม ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (2566) ได้เผยแพร่รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ประจำปี 2023 จากการตอบแบบประเมินสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น ผ่านระบบออนไลน์ Mental Health Check ในช่วงเดือนมีนาคม 2565 ถึงเมษายน 2566 รวมทั้งสิ้น 180,000 คน ผลการประเมิน พบว่า กว่าร้อยละ 4 ของเยาวชน เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงโรคซึมเศร้าหรือฆ่าตัวตาย ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากอิทธิพลทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคาดหวังจากสังคมต่อการแสดงบทบาททางเพศตามเพศกำเนิด อันเป็นอุปสรรคต่อการขอรับความช่วยเหลือทางจิตใจ (Rhein & Sukawatana, 2015) ประกอบกับ Thailand Policy Lab Team (2022) ได้เสนอนโยบายทางสุขภาพจิตจากการรวบรวมข้อมูลเชิงลึกจากเยาวชนในระบบการศึกษาไทยมากกว่า 1,000 คน และนำข้อมูลเชิงลึกดังกล่าวมาสู่กระบวนการระดมสมองร่วมกับเยาวชน วัยรุ่น และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องใน 4 มิติ ประกอบด้วย การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และอนาคตของระบบการศึกษาที่ใส่ใจสุขภาพจิตของผู้เรียน โดยข้อมูลจาก Thailand Policy Lab Team (2022) พบว่า เยาวชนยังต้องการได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะทางสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนาความรู้และทักษะดังกล่าว ไม่เพียงแต่เป็นเรื่องเฉพาะตัวเยาวชนเท่านั้น แต่ยังเป็นหน้าที่ของผู้กำหนดนโยบายและสังคมที่จะต้องร่วมกันสร้างระบบการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจที่เหมาะสมกับเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ (Ojanen et al., 2023) อย่างไรก็ตาม บริบทของประเทศไทย ที่จัดอยู่ในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลาง (middle-income country) มักประสบกับปัญหาสุขภาพจิตไม่บรรลุลตามความคาดหวัง อันเนื่องมาจากการขาดการเชื่อมโยงมุมมองทางเพศที่หลากหลายเข้ากับนโยบายทางสุขภาพจิต (Kapungu et al., 2018) ซึ่งเกิดจากการที่ประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางมุ่งออกนโยบายที่เร่งพัฒนาเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว จนละเลยการพัฒนาทางสังคม (Zhou et al., 2020) โดยได้เสนอแนะให้ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพจิตของประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ให้กำหนดนโยบายภายใต้การสร้างการรับรู้ใหม่ต่อสังคมที่เกิดความตระหนักต่อประเด็นความไม่เท่าเทียมทางเพศที่เชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพจิตของเยาวชน อันจะนำไปสู่นโยบายที่ใช้ได้อย่างตรงความต้องการของเยาวชน ดังนั้น ความไม่เท่าเทียมทางเพศจึงเป็นประเด็นท้าทายสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการนำนโยบายสุขภาพจิตไปใช้กับเยาวชนในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง

จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเอกสารแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาของนโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทยในบริบทไทย และเสนอแนะแนวทางการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทยในบริบทไทยไปยังภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. เยาวชนไทย หมายถึง บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และมีสัญชาติไทย
2. สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะทางจิตใจของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไปตามสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัว บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี จึงสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้

3. นโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทย หมายถึง แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ในช่วงแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) เพื่อเป็นแนวทางให้ภาคส่วนต่าง ๆ ดำเนินการด้านสุขภาพจิตสำหรับเยาวชน

4. บริษัทไทย หมายถึง ความคาดหวังที่สังคมมีต่อบทบาททางเพศตามเพศกำเนิดของเยาวชน ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของเยาวชน

5. การศึกษาวิเคราะห์นโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทยและการนำนโยบายไปปฏิบัติในบริษัทไทย หมายถึง การวิเคราะห์เนื้อหาที่ปรากฏในนโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทย เพื่อศึกษาข้อจำกัดต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ และให้เสนอแนะแนวทางการนำนโยบายดังกล่าวไปใช้กับบริษัทไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาของนโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทยในบริษัทไทย
2. เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทยในบริษัทไทย

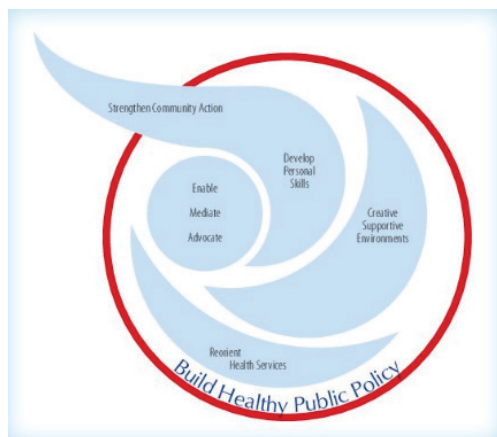
การทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัย ขออธิบายแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ตามลำดับ ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา
2. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ในช่วงแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564)
3. อิทธิพลทางเพศต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตในบริษัทไทย

1. การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา เกิดขึ้นจากมติที่ประชุมร่วมกัน 134 ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 1986 ณ เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา มีมติกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพแนวใหม่ ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้ข้อตกลง “การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter for health promotion)” ซึ่งให้นิยามของการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การเพิ่มพลังอำนาจแก่บุคคลในการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบไปด้วย 3 กลยุทธ์พื้นฐาน (basic strategies for health promotion) และ 5 กิจกรรม (action areas for health promotion) ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา

ที่มา: Sherriff et al. (2014)

กลยุทธ์พื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพ (basic strategies for health promotion) มี 3 ประการ ดังนี้

1. เสริมสร้างความสามารถ (enable) ส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางสุขภาพ ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือทางสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม
2. เป็นสื่อกลาง (mediate) การทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ตามบริบทของแต่ละพื้นที่

3. ชี้แนะ (advocate) ให้ทางเลือกสุขภาพที่ดีที่สุด โดยคำนึงถึงปัจจัยทางชีวสังคม

และกิจกรรมสำหรับส่งเสริมสุขภาพ (action areas for health promotion) มีทั้งสิ้น 5 กิจกรรม ดังนี้

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (build healthy public policy) สร้างความตระหนักแก่ผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายทางสุขภาพในทุกระดับ ให้คำนึงถึงการส่งเสริมสุขภาพในเชิงรุกมากกว่าการให้บริการสุขภาพในเชิงรับ

2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (create supportive environment) สิ่งแวดล้อมรอบตัวมีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพดี ดังนั้น ครอบครัว ชุมชน และสังคม มีบทบาทอย่างยิ่งต่อการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

3. สร้างชุมชนเข้มแข็ง (strengthen community action) ให้โอกาสชุมชนในการเข้าถึงองค์ความรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้ชุมชนมีระบบการสนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้

4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skills) นำกระบวนการเรียนรู้เป็นเครื่องมือในการสร้างพลังอำนาจแก่บุคคลในการกำหนดทางเลือกด้วยตนเอง ท่ามกลางบริบททางสิ่งแวดล้อมที่มีความผันผวนอยู่ตลอดเวลา

3. อิทธิพลทางเพศต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตในบริบทไทย

บริษัทสํักมไทย ให้คุณค่าต่อถูกประเมินจากสํักมมากกว่าการประเมินตนเอง ส่งผลให้คุณค่าในตนเองขึ้นอยู่กับการยอมรับทางสํักม อันเป็นอุปสรรคต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตใจ ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับประเด็นบทบาททางเพศอย่างมาก (Rhein & Sukawatana, 2015) การแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตใจ จึงแตกต่างกันไปตามเพศวิถีของเยาวชน (Haavik et al., 2019) ในเพศชาย ได้รับแรงกดดันจากสํักมบนความคาดหวังจากสํักมที่ต้องการให้เพศชายเป็นผู้แข็งแกร่ง ไม่อ่อนไหว ทำให้เยาวชนเพศชายให้คุณค่ากับการพึ่งพาตนเองมากกว่าการพึ่งพาผู้อื่น (Clark et al., 2018) เยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ เผชิญความยากลำบากในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือทางจิตใจใกล้ตัว เช่น เพื่อน ครอบครัวได้ (Elizabeth et al., 2015) เนื่องจากข้อจำกัดในการแสดงออกซึ่งเพศวิถีของตนเอง ทำให้มีประสบการณ์ด้านลบต่อการขอรับความช่วยเหลือทางจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นการเลือกปฏิบัติ การถูกคุกคามทางคำพูด อันขัดขวางการเปิดเผยปัญหาสุขภาพจิตโดยตรงไปตรงมา (Crockett et al., 2022)

1. ช่องว่างทางเพศในนโยบายทางสุขภาพจิต ในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง จำเป็นต้องออกแบบนโยบายทางสุขภาพจิตที่ปิดช่องว่างทางเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่องว่างทางเพศที่เกิดจากค่านิยมทางสังคมที่ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจิต เช่น การออกแบบนโยบายทางสุขภาพจิตที่เพิ่มพลังอำนาจแก่เพศหญิงในการรับมือกับภาวะสุขภาพจิตของตนเอง ภายใต้บริบททางสังคมที่เพศหญิงเสี่ยงต่อการได้รับความไม่เท่าเทียมทางเพศมากกว่าเพศชาย

วารสารธรรมศาสตร์ 141

3. ความไม่เพียงพอของโปรแกรมทางสุขภาพจิตที่สนับสนุนความหลากหลายทางเพศ โปรแกรมทางสุขภาพจิตส่วนใหญ่ ไม่สามารถบูรณาการร่วมกับประเด็นทางเพศได้ นำมาซึ่งความท้าทายต่อการแสดงอัตลักษณ์ทางเพศอย่างเปิดเผย

4. อิทธิพลของวัฒนธรรมและค่านิยมทางสังคม การประทับตราปัญหาสุขภาพจิตและเพศ เป็นอุปสรรคอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพจิต การตระหนักและระบุประเด็นทางเพศในนโยบายสุขภาพจิต จึงเป็นผลดีต่อการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

5. การคำนึงถึงมิติทางเพศในนโยบาย นโยบายสุขภาพจิตในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ส่วนใหญ่ ยังมองข้ามประเด็นทางเพศ ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมากต่อภาวะสุขภาพจิต

ดังนั้น การออกแบบนโยบายทางสุขภาพจิตในบริบทไทย จากแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) จำเป็นต้องคำนึงถึงกลยุทธ์พื้นฐานของการสร้างเสริมสุขภาพ (basic strategies for health promotion) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมความเท่าเทียมทางสุขภาพจิตท่ามกลางความหลากหลายทางเพศ ซึ่งเป็นประเด็นอ่อนไหวที่ประเทศรายได้ปานกลาง รวมถึงประเทศไทยกำลังเผชิญ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเอกสาร (documentary research) ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผู้วิจัยขออธิบายตามรายละเอียด ดังนี้

การคัดเลือกเอกสาร

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) และแผนพัฒนาเด็กและเยาวชน ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) ถูกใช้เป็นเอกสารในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งคัดเลือกตามแนวทางการคัดเลือกเอกสารของ Scott (1990) โดยอาศัยหลักเกณฑ์ 1) เป็นเอกสารที่มีผลบังคับใช้ 2) มาจากแหล่งข้อมูลของภาครัฐ 3) เป็นตัวแทนที่ดีของเอกสารภาครัฐ และ 4) มีความชัดเจนและเผยแพร่สู่สาธารณะ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสกัดข้อมูล (data extraction) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการตีความและสรุปประเด็น จากการศึกษาแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ในช่วงแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) โดยแบบสกัดข้อมูลดังกล่าว ประกอบด้วยการจัดกลุ่มเนื้อหาสำคัญที่ปรากฏตามเอกสารที่ใช้ในการศึกษาเข้ากับกลยุทธ์พื้นฐานของการสร้างเสริมสุขภาพ (basic strategies for health promotion) ทั้ง 3 ประเด็น ได้แก่ 1) เสริมสร้างความสามารถ (enable) 2) เป็นสื่อกลาง (mediate) และ 3) ชี้แนะ (advocate) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการศึกษากับทฤษฎีและแนวคิด (theory triangulation) โดย การเทียบเคียงข้อมูลที่ได้จากการตีความกับกลยุทธ์ตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)

การดำเนินการวิจัย

จากวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ตามขั้นตอนการวิเคราะห์นโยบายของ Patton et al. (2012) ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุปัญหา 2) การประเมินผล และ 3) การกำหนดข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยจึงแบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษานโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทย

ผู้วิจัยศึกษาแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ในช่วงแผนพัฒนาเด็กและเยาวชน ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) โดยใช้แบบสกัดข้อมูลนำไปสู่การตีความเนื้อหาในเอกสารที่ใช้ในการศึกษาดังกล่าว ออกเป็นประเด็นย่อย ๆ ตามกลยุทธ์ในแนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ซึ่งเป็นเครื่องยืนยันถึงการระบุปัญหาเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์นโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทย

ผู้วิจัยทำการกำหนดคำสำคัญ (keywords) ที่จะใช้ในการวิเคราะห์ความถี่ (frequency analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามตัวอักษรที่ปรากฏแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ในช่วงแผนพัฒนาเด็กและเยาวชน ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) โดยพิจารณาจากผลการระบุปัญหาการกำหนดกลยุทธ์ตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ในระยะที่ 1 ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1) เตรียมเอกสารนโยบายที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยดาวน์โหลดแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) จาก <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/450> และแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) จาก <https://www.dcy.go.th/multimedias/1646025245219/1646035748208>

2) ระบุขอบเขตการวิจัย ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์วิจัย ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการวิจัยโดยมุ่งศึกษาประเด็นที่ไม่ได้ถูกกล่าวถึงในเอกสารที่ใช้ในการศึกษา

3) ระบุคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยกำหนดคำสำคัญ (keywords) ที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากนั้นทำการตรวจสอบแบบสามเส้า (investigator triangulation) ระหว่างผู้วิจัย เพื่อคัดเลือกคำสำคัญ (keywords) ที่ผู้วิจัยมากกว่าหนึ่งในสามเห็นด้วยตรงกัน

4) นับความถี่ของคำสำคัญที่ปรากฏในเอกสารที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยทำการนับความถี่ของคำสำคัญที่ปรากฏในเอกสาร โดยใช้โปรแกรมทางคอมพิวเตอร์ จากนั้นเรียงจากความถี่มากที่สุดไปยังน้อยสุด

5) นำผลการนับความถี่คำสำคัญ ไปทำการอภิปราย และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยตามระยะของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 การศึกษานโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทย

จากการตีความเนื้อหาในเอกสารแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ในช่วงแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) จากนั้นนำกลยุทธ์สำคัญที่ปรากฏในเอกสารที่ใช้ในการศึกษามากลุ่มเป็นประเด็นย่อย ๆ ตามกลยุทธ์ในแนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ปี ค.ศ. 1986 ทั้ง 3 ประเด็น ได้แก่ 1) เสริมสร้างความสามารถ (enable) 2) เป็นสื่อกลาง (mediate) และ 3) ชี้นำ (advocate) ได้ผลการวิจัย ดังนี้

1) การเสริมสร้างความสามารถ (enable)

“พัฒนาระบบเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ” (กรมสุขภาพจิต, 2561)

“จัดระบบบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ” (กรมสุขภาพจิต)

2) เป็นสื่อกลาง (mediate)

“สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย” (กรมสุขภาพจิต, 2561)

“เสริมสร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการจัดบริการสุขภาพจิตในชุมชน” (กรมสุขภาพจิต, 2561)

3) ชี้นำ (advocate)

“สร้างความตระหนักและความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิต และปัญหาสุขภาพจิต ที่ทุกคนในสังคมมีส่วนร่วมรับผิดชอบ (awareness)” (กรมสุขภาพจิต, 2561)

“เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ (resilience) ให้กับประชาชนในการรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นในอนาคต” (กรมสุขภาพจิต, 2561)

“สร้างความเข้มแข็งของประชาชนในการปรับเปลี่ยนมุมมองการดูแลสุขภาพจิตที่สร้างสรรค์เพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพจิต (Mental Health Literacy)” (กรมสุขภาพจิต, 2561)

ผลการวิจัย ระยะที่ 2 การวิเคราะห์นโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทย

จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 พบว่า เนื้อหาในเอกสารที่ใช้ในการศึกษาหาการกำหนดกลยุทธ์พื้นฐานของการสร้างเสริมสุขภาพ (basic strategies for health promotion) ที่ส่งเสริมความหลากหลายทางเพศของเยาวชน การวิเคราะห์เนื้อหาตามเอกสารแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ในช่วงแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) จึงเป็นที่มาของการกำหนดคำสำคัญ (keyword) ที่ใช้ในการวิเคราะห์ความถี่ (frequency analysis) จำนวน 10 คำ ได้แก่ เพศ (gender) ความเท่าเทียมทางเพศ (gender equality) ความไม่เท่าเทียมทางเพศ (gender inequality) มุมมองทางเพศ (gender perspective) สิทธิเพศ (gender rights) การละเมิดสิทธิเพศ (gender discrimination) บทบาทเพศ (gender roles) การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเท่าเทียม

(equal access to mental health services) การพัฒนานโยบายที่มีมุมมองทางเพศ (gender-sensitive policy development) การคุ้มครองสิทธิเพศ (gender rights protection) ได้ผลการวิจัย แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์เนื้อหาของนโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทยในบริบทไทย

ที่	คำที่เกี่ยวข้อง	จำนวน (คำ)
1	เพศ (gender)	14
2	ความเท่าเทียมทางเพศ (gender equality)	-
3	ความไม่เท่าเทียมทางเพศ (gender inequality)	-
4	มุมมองทางเพศ (gender perspective)	-
5	สิทธิเพศ (gender rights)	-
6	การละเมิดสิทธิเพศ (gender discrimination)	-
7	บทบาทเพศ (gender roles)	-
8	การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเท่าเทียม (equal access to mental health services)	-
9	การพัฒนานโยบายที่มีมุมมองทางเพศ (gender-sensitive policy development)	-
10	การคุ้มครองสิทธิเพศ (gender rights protection)	-

ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต (2019) และ กรมกิจการเด็กและเยาวชน (ม.ป.ป.)

จากตารางที่ 1 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เนื้อหาที่ปรากฏในนโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทย ได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) และแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) โดยนับคำสำคัญที่ปรากฏในเอกสารดังกล่าว พบว่า เอกสารดังกล่าว มีเพียงเนื้อหาที่ระบุคำว่า “เพศ” จำนวน 14 คำ โดยให้ความหมายทั่วไปเท่านั้น แต่ไม่ได้ระบุประเด็น การส่งเสริมความหลากหลายทางเพศ และการลดความเหลื่อมล้ำทางเพศที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตในบริบทสังคมไทยอย่างชัดเจน ผู้วิจัยขออธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะของนโยบายดังกล่าว ดังนี้

1) ด้านเนื้อหา นโยบาย

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) มุ่งเน้นการสร้างระบบสุขภาพจิตที่เข้มแข็งและครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ โดยมีการวางยุทธศาสตร์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดี การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การรักษาและฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และการพัฒนาระบบบริหารจัดการสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน ในแผนดังกล่าว ได้กล่าวถึงการพัฒนาระบบสุขภาพจิตให้มีความเข้มแข็งและครอบคลุม อย่างไรก็ตาม ไม่ได้มีการระบุถึงประเด็นความเหลื่อมล้ำทางเพศที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตในบริบทสังคมไทยโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นการขาดมุมมองที่สำคัญในการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตที่ครอบคลุมและเป็นธรรมต่อทุกกลุ่มประชากร

แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) เน้นการพัฒนาเยาวชนให้มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ รวมถึงการส่งเสริมการศึกษาและพัฒนาทักษะชีวิต ตัวอย่างหนึ่งของการเน้นเพศศึกษาและทักษะชีวิตในแผนนี้คือการบรรจุวิชาเพศศึกษาในหลักสูตรทุกระดับการศึกษา และการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาแก่นักเรียนที่มีปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์และการตั้งครรภ์ โดยในแผนดังกล่าว ได้กล่าวถึงการพัฒนากลไกกลางสำหรับการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาและทักษะชีวิตในการศึกษาทุกระบบ และสถานศึกษามีการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษานักเรียนที่มีปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์และให้การช่วยเหลือนักเรียนที่ตั้งครรภ์แล้ว อย่างไรก็ตาม ในแผนนี้ก็ไม่ได้มีการพูดถึงประเด็นของเพศทางเลือก ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการสร้างความเข้าใจและการยอมรับในความหลากหลายทางเพศ

2) ด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติ

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) มีการกำหนดการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพจิต และการฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพจิต เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในแผนดังกล่าวได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสุขภาพจิต โดยคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ แต่ขาดการระบุถึงการมีส่วนร่วมของกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศในการร่วมกำหนดนโยบายหรือการให้บริการสุขภาพจิตที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะของพวกเขา

สำหรับแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) มีการเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อให้การดูแลและพัฒนาเยาวชนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีการจัดทําระบบแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการส่งต่อเยาวชนที่มีปัญหาไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยในแผนดังกล่าวได้กล่าวถึงระบบและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการส่งต่อวัยรุ่นที่มีปัญหาไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ก็ยังขาดการระบุถึงการให้ความช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งเป็นกลุ่มที่อาจเผชิญกับความท้าทายและปัญหาเฉพาะที่ต้องการการดูแลที่เข้าใจและตอบสนองตรงตามความต้องการ

3) ด้านกลไกการดำเนินงานตามนโยบาย

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ใช้กลไกการดำเนินงานที่มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐ เอกชน และชุมชน รวมถึงการพัฒนากลไกสนับสนุนการบริหารจัดการ เช่น การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การฝึกอบรมบุคลากร การวิจัย และการประเมินผล การดำเนินงาน แต่ยังขาดการสร้างกลไกของกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายทางเพศ เช่น การจัดอบรมและสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศทางเลือกให้กับบุคลากรด้านสุขภาพจิต

ในส่วนของแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) มีกลไกการดำเนินงานที่รวมการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาในสถานศึกษา เพื่อให้คำแนะนำแก่นักเรียนที่มีปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์และการตั้งครรภ์ รวมถึงการสร้างระบบการให้คำปรึกษาและการส่งต่อวัยรุ่นที่มีปัญหาไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังมีโครงการ To Be Number One ซึ่งเป็นโครงการ

ที่มีเป้าหมายในการลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการเสพยาเสพติด โดยระบุว่า โครงการ To Be Number One เป็นหนึ่งในกลไกสำคัญที่ช่วยในการแก้ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์และการเสพยาเสพติด แต่ยังขาดการระดมถึงกลไกการช่วยเหลือและสนับสนุนเด็กและเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากการถูกกีดกันในสังคม ที่อาจขับเคลื่อนผ่านโครงการ To Be Number One ได้

จากที่กล่าวมา แม้ว่าแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ในช่วงแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) จะมีความมุ่งมั่นในการสร้างระบบการพัฒนาที่ครอบคลุมและเป็นระบบเพื่อบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชนไทย แต่ยังขาดการเน้นประเด็นความเหลื่อมล้ำทางเพศที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตในบริบทสังคมไทยอย่างชัดเจน ทั้งนี้ การเพิ่มมุมมองและการให้ความสำคัญกับความหลากหลายทางเพศจะเป็นการสร้างนโยบายที่ครอบคลุมและเป็นธรรมต่อทุกกลุ่มประชากร

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัย ขอสรุปและอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

จากการวิเคราะห์เนื้อหาของนโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทยจากคำสำคัญ (keywords) พบว่า นโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทย มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ เนื่องจากการกำหนดกลุ่มเป้าหมายครอบคลุม 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตในเชิงป้องกัน สอดรับกับทฤษฎีความเป็นธรรมในนโยบายสาธารณะของ Jeremy Bentham (ใน Burns & Hart, 1996) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะที่มีความเป็นธรรม ต้องก่อให้เกิดประโยชน์แก่คนส่วนใหญ่มากที่สุด ยกตัวอย่างเช่น การกำหนดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนในสังคมมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ และเฝ้าระวัง (กรมสุขภาพจิต, 2561) อย่างไรก็ตามนโยบายสาธารณะที่ดีจะต้องกระจายความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นกับทุกคน โดยควรมีช่องว่างหรือความแตกต่างกันของการได้รับประโยชน์จากนโยบายให้น้อยที่สุด (Brock, 1973) หรืออย่างน้อยที่สุดก็ควรไม่ทำให้คนใดคนหนึ่งรู้สึกแย่มากกว่านโยบายใด ๆ ก็ตาม (Pareto et al., 1935) เมื่อพิจารณาเนื้อหาในนโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทย ยังมีข้อจำกัดในการนำบริบทสังคมไทยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของเยาวชนมาเป็นส่วนหนึ่งในการออกแบบนโยบาย ซึ่งสามารถเพิ่มเติมการใช้กลยุทธ์พื้นฐานของการสร้างเสริมสุขภาพ (basic strategies for health promotion) ด้านการส่งเสริมความเท่าเทียมทางสุขภาพจิตในมิติทางเพศ ตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) เนื่องจากเป็นประเด็นอ่อนไหวที่มักพบในประเทศรายได้ปานกลางอย่างประเทศไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ojanen et al. (2016) พบว่ายังมีความสับสนในการนำนโยบายทางสุขภาพจิตไปปฏิบัติ เนื่องจากเป็นผลสะท้อนจากความคาดหวังที่สังคมมีต่อบทบาททางเพศ ให้เยาวชนแสดงออกทางเพศตรงตามเพศกำเนิด ในขณะที่ความรู้เชิงประจักษ์ยืนยันว่าความหลากหลายทางเพศไม่ใช่เป็นโรคทางจิตเวช ส่งผลให้เนื้อหาที่ปรากฏในนโยบาย

ทางสุขภาพจิตยังสะท้อนถึงการตีตราทางเพศ สะท้อนถึงการพัฒนาทางความคิดที่ไม่ทันต่อการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์

ดังนั้น การพัฒนานโยบายสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนไทยในบริบทไทย จึงควรเพิ่มกลยุทธ์พื้นฐานของการสร้างเสริมสุขภาพ (basic strategies for health promotion) ด้านการส่งเสริมความเท่าเทียมทางสุขภาพจิตในมิติทางเพศ ตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) โดยให้ความสำคัญกับมิติความหลากหลายทางเพศของเยาวชน และเน้นการสนับสนุนความเท่าเทียมทางเพศ การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือทางสุขภาพจิต ตลอดจนการมีส่วนร่วมของเยาวชนในการออกแบบนโยบายสุขภาพจิต ซึ่งอยู่ภายใต้หลักการของการกำหนดนโยบายสาธารณะที่นอกจากต้องเป็นนโยบายที่ได้ประโยชน์แก่คนส่วนใหญ่แล้ว ยังต้องไม่ทำให้คนส่วนน้อยรู้สึกแค้นด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้วิจัย ขอเสนอแนะไปยังกรมสุขภาพจิต และกรมกิจการเด็กและเยาวชน ในฐานะหน่วยงานที่บทบาทสำคัญในการจัดทำและประสานให้เกิดการปฏิบัติตามนโยบาย ดังนี้

1. กรมสุขภาพจิตควรระบุประเด็นความหลากหลายทางเพศในแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) ให้ชัดเจน เพื่อสร้างผลกระทบในเชิงปฏิบัติ ดังนี้

1.1 เกิดการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพจิตให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพจิตแก่เยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ

1.2 เกิดการสร้างบรรยากาศการให้บริการสุขภาพจิตที่เป็นมิตรกับเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ

1.3 เกิดการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่คำนึงถึงความหลากหลายทางเพศของเยาวชน นำไปสู่การวิเคราะห์และปรับปรุงการให้บริการสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. กรมกิจการเด็กและเยาวชนควรผลักดันประเด็นความหลากหลายทางเพศ ในหลักสูตรการศึกษาและกิจกรรมพัฒนาเยาวชน โดยบรรจุในแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565-2569) เพื่อสร้างผลกระทบในเชิงปฏิบัติ ดังนี้

2.1 เกิดการเพิ่มเนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายทางเพศในหลักสูตรการศึกษา เพื่อสร้างความเข้าใจและยอมรับในความหลากหลายทางเพศในกลุ่มเยาวชน

2.2 เกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างกรมกิจการเด็กและเยาวชน และหน่วยงานการศึกษา เพื่อให้การดูแลและพัฒนาเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2.3 เกิดกิจกรรมและการรณรงค์ต่าง ๆ ที่ส่งเสริมความเข้าใจและยอมรับในความหลากหลายทางเพศ

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. กรมสุขภาพจิต สามารถนำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไปปรับปรุงแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) เพื่อให้นโยบายเกิดการนำไปใช้กับเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ

2. กรมกิจการเด็กและเยาวชน สามารถนำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไปปรับปรุงแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565-2569) เพื่อรองรับเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการสัมภาษณ์ผู้แทนจากกรมสุขภาพจิต และกรมกิจการเด็กและเยาวชน ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) และแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) เพื่อประกอบผลการวิจัยเอกสารเพิ่มเติม
2. ควรมีการศึกษาความต้องการจำเป็นในการได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อสะท้อนปัญหาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายสุขภาพจิตไปใช้กับเยาวชนไทย

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมกิจการเด็กและเยาวชน (ม.ป.ป.). แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2564). กรมกิจการเด็กและเยาวชน, สืบค้น 16 มิถุนายน 2567, <https://www.dcy.go.th/multimedias/1646025245219/1646035748208>

กรมสุขภาพจิต (ม.ป.ป.). *อนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. 2576 Future of Mental Health in Thailand 2033*. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (NIA) สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (ETDA) และศูนย์วิจัยอนาคตศึกษาฟิวเจอร์เทลส์ แล็บ ภายใต้บริษัทแมกโนเลีย ควอลิตี้ดีเวลอปเมนต์ คอร์पोเรชั่น จำกัด (FutureTales Lab by MQDC) สืบค้น 16 มิถุนายน, 2567., จาก <https://www.nia.or.th/bookshelf/view/237>

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580)*. กรมสุขภาพจิต, สืบค้น 16 มิถุนายน 2567, <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/450>

ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (2566, 17 พฤษภาคม). *รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ประจำปี 2023*. คิด for คิดส์. <https://kidforkids.org/child-family-situation-report-2023/>

ภาษาอังกฤษ

Brock, D. W. (1973). The Theory of Justice. *The University of Chicago Law Review*, 40(3), 486-499. <https://doi.org/10.2307/1599245>

Burns, J. H. & Hart, H. L. A. (Eds.). (1996). *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. Clarendon Press.

- Calear, A. L., Batterham, P. J., Torok, M., & McCallum, S. (2021). Help-seeking attitudes and intentions for generalised anxiety disorder in adolescents: the role of anxiety literacy and stigma. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 243-251. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01512-9>
- Clark, L. H., Hudson, J. L., Dunstan, D. A., & Clark, G. I. (2018). Barriers and facilitating factors to help-seeking for symptoms of clinical anxiety in adolescent males. *Australian Journal of Psychology*, 70(3), 225-234. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12191>
- Crockett, M. A., Martinez, V., & Caviedes, P. (2022). Barriers and Facilitators to Mental Health Help-Seeking and Experiences with Service Use among LGBT+ University Students in Chile. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16520. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/24/16520>
- Elizabeth A. M., Michelle A. B., and Brian, M. Z. (2015). Typologies of Social Support and Associations with Mental Health Outcomes Among LGBT Youth. *LGBT Health*, 2(1), 55-61. <http://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0051>
- Haavik, L., Joa, I., Hatloy, K., Stain, H. J., & Langeveld, J. (2019). Help seeking for mental health problems in an adolescent population: the effect of gender. *Journal of Mental Health*, 28(5), 467-474. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340630>
- Hellström, L., & Beckman, L. (2021). Life Challenges and Barriers to Help Seeking: Adolescents' and Young Adults' Voices of Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13101.
- Kapungu, C., Petroni, S., Allen, N. B., Brumana, L., Collins, P. Y., De Silva, M., Dua, T., Haj-Ahmad, J., Lechner, A., Patton, G., Pringle, B., Omigbodun, O., Silver, K. L., Estrin, G. L., Singh, S., Zaka, N., & Zeck, W. (2018). Gendered influences on adolescent mental health in low-income and middle-income countries: recommendations from an expert convening. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(2), 85-86. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(17\)30152-9](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30152-9)
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Can J Psychiatry*, 61(3), 154-158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N., & Sourander, A. (2016b). Enhancing mental health literacy in young people. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25(6), 567-569. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0867-9>

- Ojanen, T. T., Freeman, C., Kittiteerasack, P., Sakunpong, N., Sopitarchasak, S., Thongpibul, K., Tiansuwan, K., & Suparak, P. (2023). *Mental health and well-being of children and youth with diverse SOGIESC in Thailand*. Save the Children Thailand.
- Ojanen, T. T., Ratanashevorn, R., & Boonkerd, S. (2016). Gaps in responses to LGBT issues in Thailand: Mental health research, services, and policies. *Psychology of Sexualities Review*, 7(1), 41-59.
- Pareto, V., Livingston, A., Bongiorno, A., & Rogers, J. H. (1935). *The Mind and Society: Trattato Di Sociologia Generale*. Harcourt, Brace. <https://books.google.co.th/books?id=rc7ZzAEACAAJ>
- Patton, C., Sawicki, D., & Clark, J. (2012). *Basic Methods of Policy Analysis and Planning*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315664736>
- Rhein, D., & Sukawatana, P. (2015). Thai University Student Schemas and Anxiety Symptomatology. *International Education Studies*, 8(7), 108-126. <https://doi.org/10.539/ies.v8n7p108>
- Scott, J. (1990). *A Matter of Record: Documentary Sources in Social Research*. Polity Press. <https://books.google.co.th/books?id=3puRtAEACAAJ>
- Sherriff, N., Gugglberger, L., & Davies, J. (2014). *Reducing Health Inequalities through Health Promotion and Structural Funds*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2331.9441>
- Sturgeon, S. (2006). Promoting mental health as an essential aspect of health promotion. *Health Promotion International*, 21(suppl_1), 36-41. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal049>
- Thompson, S. R., Watson, M. C., & Tilford, S. (2018). The Ottawa Charter 30 years on: still an important standard for health promotion. *International Journal of Health Promotion and Education*, 56(2), 73-84. <https://doi.org/10.1080/14635240.2017.1415765>
- UNICEF. (2022). *Strengthening mental health and psychosocial support systems and services for children and adolescents in East Asia and the Pacific region*. Burnet Institute. <https://www.unicef.org/eap/media/11761/file/Regional%20Report%202022%20-%20Strengthening%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20Systems%20and%20Services%20.pdf>
- WHO. (1986). *Health Promotion*. Retrieved November, 2021 from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- Zhou, W., Ouyang, F., Nergui, O.-E., Bangura, J. B., Acheampong, K., Massey, I. Y., & Xiao, S. (2020). Child and adolescent mental health policy in low-and middle-income countries: challenges and lessons for policy development and implementation. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 150.