ACADEMIC FOCUS

เอกสารวิชาการ

ระบบจิตเวชทางไกล: ความสำคัญ สภาพปัญหา แนวนโยบายและการปรับปรุงมาตรการทางกฎหมาย

สำนักวิชาการ
สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

Academic Focus
มิถุนายน 2568

สารบัญ

บทนำ	1
ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางจิตเวชระหว่างเมืองและชนบท	2
ความสำคัญของระบบจิตเวชทางไกล	3
ปัญหาของระบบจิตเวชทางไกล	5
ระบบจิตเวชทางไกลในประเทศไทย	6
การปรับปรุงมาตรการทางกฎหมาย	10
บทสรุปและข้อเสนอแนะของผู้ศึกษา	11
บรรณานุกรม	12

เอกสารวิชาการอิเล็กทรอนิกส์

สำนักวิชาการ
สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร
https://www.parliament.go.th/librar

ระบบจิตเวชทางไกล: ความสำคัญ สภาพปัญหา แนวนโยบาย และการปรับปรุงมาตรการทางกฎหมาย

บทนำ

การมีสุขภาพจิตที่ดี มีชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี ถือเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศ โดยที่ผ่านมาประเทศไทยได้ปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประกาศใช้บังคับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 รวมถึงการบูรณาการบริการสุขภาพจิตร่วมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม หนึ่งในประเด็นสำคัญที่ยังคงท้าทาย คือ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต ซึ่งในปัจจุบันยังต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความครอบคลุมเท่าเทียม และมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานสากลมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น จึงได้มีการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้สำหรับการให้บริการทางสุขภาพจิตผ่านระบบจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry) ซึ่งสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการที่ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง รวมถึงลดปัญหาและอุปสรรคด้านระยะทางและค่าใช้จ่ายในการเดินทางสำหรับประชากรในพื้นที่ห่างไกล อย่างไรก็ตาม ระบบดังกล่าวยังคงประสบปัญหาและอุปสรรคหลายประการที่ต้องได้รับการแก้ไข ไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยี ปัญหาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย ตลอดจนความท้าทายในการรักษาคุณภาพและมาตรฐานการบริการให้เทียบเท่ากับการมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างยั่งยืน

ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางจิตเวชระหว่างเมืองและชนบท

ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญ โดยประชากรกลุ่มเปราะบางและผู้ที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล ล้วนประสบกับปัญหาด้านข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต ประกอบกับการขาดแคลนด้านบุคลากร ส่งผลให้ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตขยายตัวมากขึ้น โดยข้อมูลปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชสูงถึง 4.03 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.44 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 38.75 ที่เข้าถึงการรักษา และยังมีผู้ป่วยอีกร้อยละ 61.25 ที่ยังไม่ได้รับการรักษา (เร่งผลิต จิตแพทย์ รับมือสถานการณ์โรคจิตเวช, 2567) และในปี 2567 มีผู้ป่วยสุขภาพจิตในประเทศไทยทั้งหมดประมาณ 10 ล้านคน ในจำนวนนี้มีเพียง 2.9 ล้านคนที่เข้ารับการรักษา (แผนการผลิตกำลังคนสุขภาพจิต ปี 2567-2570 ความท้าทายรองรับผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มขึ้น, 2567)

ขณะที่ผลสำรวจจำนวนจิตแพทย์ปี 2565 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนจิตแพทย์โดยรวม 845 คน คิดเป็นอัตราส่วนจำนวนจิตแพทย์ 1.3 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งต่ำกว่าค่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ที่กำหนดอัตราส่วนจำนวนจิตแพทย์ไว้ที่ 1.7 ต่อประชากรแสนคน ชี้ให้เห็นว่าการกระจายตัวของจิตแพทย์มีความเหลื่อมล้ำอย่างมาก โดยจังหวัดที่มีจิตแพทย์สูงสุด คือ กรุงเทพมหานครที่มีอัตราส่วนจำนวนจิตแพทย์ 5.0 ต่อประชากรแสนคน ขณะที่บางจังหวัดไม่มีจิตแพทย์ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบอัตราจำนวนจิตแพทย์ต่อประชากรแสนคนของประเทศอื่น เช่น เกาหลีใต้ที่มีอัตราส่วน 7.9 ต่อประชากรแสนคน ญี่ปุ่นที่มีอัตราส่วน 12.6 ต่อประชากรแสนคน และสวิตเซอร์แลนด์ที่มีอัตราส่วน 47.5 ต่อประชากรแสนคน แสดงให้เห็นว่ายังมีช่องว่างทางด้านบุคลากรที่ต้องปรับปรุงอย่างมาก (คาดคนไทยป่วยสุขภาพจิต มากกว่าผู้รับการรักษา 5 เท่า, 2567)

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งในปี 2567 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายถึง 15 รายต่อวัน หรือ 5,217 รายต่อปี (Thailand faces mental health crisis with 15 suicide deaths daily, 2025) โดยข้อมูลจากการตรวจสุขภาพจิตทางแอปพลิเคชัน Mental Health Check-In ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันและแพลตฟอร์มออนไลน์ที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Mental Health Check In via QR Code, 2023) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นและคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเอง ในระหว่างปี 2563-2568 พบว่า ผู้ใช้งานมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9.14 หรือคิดเป็นจำนวนประมาณ 560,000 คน มีภาวะความเครียดสูง ร้อยละ 7.87 หรือคิดเป็นจำนวนประชากรประมาณ 480,000 คน และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.18 หรือคิดเป็นจำนวนประชากรประมาณ 300,000 คน โดยกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดในทุกด้าน (Thailand adapts WHO's Step-by-Step programme as part of national digital mental health platform, 2025)

ในขณะเดียวกันการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตจากการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีอัตราผู้เข้ารับบริการด้านโรคพิษสุราเรื้อรัง การติดสารเสพติด วิตกกังวล และโรคจิตเภทสูงกว่าภูมิภาคอื่น ในขณะที่ภาคเหนือ มีอัตราผู้เข้ารับบริการโรคซึมเศร้า วิตกกังวล ความบกพร่องทางสติปัญญาและการเรียนรู้สูงที่สุด (Rotejanaprasert, Thanuchapat, Phoncharoenwirot, Mekchaiporn, Chienwichai, & Maude, 2024) จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ

ปี 2566 โดยกลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการ กรมสุขภาพจิต พบว่า คนไทย 1.7 ล้านคน เคยเป็นโรคจิตเวชและมีปัญหาสุขภาพจิตครั้งใดครั้งหนึ่งในชีวิต โดยมีสัดส่วนสูงสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง 3 เท่า (วรวรรณ จุฑา และ ศศิธร บัวเผื่อน, 2567)

ระบบการรักษาสุขภาพจิตในปัจจุบันกำหนดให้ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ก่อนจึงจะเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ในขณะที่จำนวนจิตแพทย์ในประเทศไทยมีเพียง 845 คน หรืออัตราส่วน 1.28 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐาน WHO ที่กำหนดไว้ที่อัตราส่วน 1.7 ต่อประชากรแสนคน (“วันสุขภาพจิตโลก 2023”, 2566) นอกจากนี้ จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต พบว่า ผู้ป่วยรับการรักษาจากบุคลากรสุขภาพจิตมีเพียงร้อยละ 3.7 เท่านั้น ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการจากทางเลือกอื่น ๆ เช่น หมอพื้นบ้าน หมอโบราณ พระ หรือหมอผีมีสูงถึงร้อยละ 4.9 (วรวรรณ จุฑา และ กมลลักษณ์ มากคล้าย, 2567)

ทั้งนี้ การรักษาโดยหมอพื้นบ้าน หมอโบราณ พระ หรือหมอผี ตามประเพณีไทย ที่เต็มไปด้วยความเชื่อเรื่องวิญญาณและพลังของสิ่งลี้ลับ แทรกซึมอยู่ในวิถีชีวิตของคนไทยมาอย่างยาวนาน โดยมีรากฐานมาจากความเชื่อพื้นบ้านและความเชื่อทางพุทธศาสนา ที่สะท้อนมุมมองทางจิตเวชผ่านกรอบแนวคิดเหนือประจักษ์ (supernatural framework) โดยเฉพาะการเชื่อมโยงปรากฏการณ์ทางจิตกับหลักกฎแห่งกรรม (law of karma) และการตีความโรคภัยไข้เจ็บว่าเป็นผลลัพธ์จากบุญกุศลและอกุศลกรรมในชาติปางก่อน แม้ว่าระบบจิตเวชสมัยใหม่เข้ามามีบทบาทในประเทศไทย แต่อิทธิพลของระบบความเชื่อดั้งเดิมยังคงมีนัยสำคัญต่อการรับรู้และการแสวงหาการรักษาของประชาชน (Rhein, 2023)

เมื่อพิจารณาภาพรวมของปรากฏการณ์ที่ประชาชนส่วนใหญ่อาศัยการแพทย์เสริมและการแพทย์ทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine: CAM) ในการรักษาอาการทางจิตเวช ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางจิตแพทย์ ส่งผลให้ระบบสุขภาพจิตเกิดช่องว่างในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและเหมาะสม (treatment gap) ภายใต้บริบทดังกล่าว เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารจึงเป็นหนึ่งกลไกทางเลือกที่มีศักยภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและเสริมสร้างความเท่าเทียมในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย

ความสำคัญของระบบจิตเวชทางไกล

ระบบจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry) เป็นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอีกหนึ่งรูปแบบเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพจิตของประชากรที่เพิ่มขึ้น โดยระบบจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry) เป็นการให้บริการด้านสุขภาพจิตผ่านระบบการสื่อสารทางไกล ในรูปแบบการประชุมทางวิดีโอ (videoconferencing) เพื่อให้บริการประเมิน วินิจฉัย และรักษาทางจิตเวชแก่ผู้ป่วย ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และกลุ่มประเทศในทวีปยุโรป ระบบจิตเวชทางไกลได้กลายเป็นเทคโนโลยีสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของประชากร โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่ไม่สามารถให้บริการทั่วถึงและมีจำนวนบุคลากรที่จำกัด (Benyakorn, 2016) ทั้งนี้ ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบบจิตเวชทางไกลได้กลายเป็นกระแสหลักในการให้บริการสุขภาพจิตทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ (Narvaez, 2022) ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชและจิตแพทย์ผู้ให้บริการ ล้วนมีความพึงพอใจต่อระบบดังกล่าว แต่ผู้ให้บริการบางรายยังมีข้อกังวลเกี่ยวกับผลกระทบต่อความสัมพันธ์เชิงบำบัดระหว่าง

จิตแพทย์และผู้ป่วย (Hubley, Lynch, Schneck, Thomas, & Shore, 2016) โดยจากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรจิตเวช รวมถึงผู้บริหารระดับอาวุโสและระดับกลางในระบบสาธารณสุขของรัฐอิสราเอล พบว่า หัวหน้าแผนกในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ได้แสดงความคิดเห็นในเชิงลบต่อระบบจิตเวชทางไกล โดยให้ความเห็นว่าการบำบัดที่ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที ทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ เพราะเวลาดังกล่าวไม่เพียงพอต่อการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังพบว่ามีผลกระทบต่อความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวของจิตแพทย์อีกด้วย โดยจิตแพทย์รายหนึ่งได้แสดงความคิดเห็นว่าการทำงานระหว่างเวลา 19.00-22.00 นาฬิกา เพื่อให้บริการปรึกษาผู้ป่วยผ่านระบบจิตเวชทางไกล ทำให้ไม่สามารถใช้เวลากับครอบครัวได้อย่างเพียงพอ ทั้งที่เวลาดังกล่าวควรเป็นเวลาส่วนตัว และพบปัญหาด้านการเชื่อมต่อระบบอินเทอร์เน็ตและเครือข่าย หรือปัญหาด้านประสิทธิภาพการทำงานของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ให้บริการ โดยบางครั้งการสื่อสารอาจมีการหยุดชะงักและต้องใช้เวลาในการเชื่อมต่อสัญญาณหรือมีอุปสรรคด้านคุณภาพเสียง ทำให้การรับฟังค่อนข้างยากลำบากและสูญเสียเวลาอย่างไม่มีประโยชน์ (Magal, Negev, & Kaphzan, 2021)

อย่างไรก็ตาม ระบบจิตเวชทางไกลมีศักยภาพเชิงบวก ดังนี้

1. ด้านการเข้าถึงบริการจากที่บ้าน โดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า การใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพ เพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพในพื้นที่ชนบทสามารถลดต้นทุน ทั้งค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางของบุคลากร พร้อมทั้งเพิ่มศักยภาพในการเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการการแพทย์เฉพาะทางให้กับประชาชน สำหรับผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลและมีอุปสรรคในการเดินทาง (Butzner & Cuffee, 2021) นอกจากนี้ ระบบจิตเวชทางไกลมีข้อได้เปรียบที่สำคัญ ได้แก่ ความยืดหยุ่นในการให้บริการและการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด ซึ่งผู้รับบริการสามารถจัดตารางการนัดหมายได้โดยไม่มีข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ ส่งผลให้สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางและลดความจำเป็นในการลาหยุดงาน ทั้งนี้ ระบบจิตเวชทางไกลรองรับการดูแลรักษาได้อย่างต่อเนื่อง แม้ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงสถานที่อยู่อาศัยหรือมีความจำเป็นในการเดินทาง (Top 10 Benefits of Telepsychiatry, 2025) ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาบงชี้ว่า โรงพยาบาลที่นำระบบแพทย์ทางไกลมาใช้แทนการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยถึงบ้าน สามารถประหยัดเวลาเดินทางได้ถึง 43,560 นาที ภายในระยะเวลา 14 เดือน และพบว่าขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลดีขึ้นกว่าเดิมถึงสองเท่า (Snoswell, Taylor, Comans, Smith, Gray, & Caffery, 2020)

2. ด้านการขจัดอุปสรรคทางจิตสังคม (Psychosocial Barriers) ระบบจิตเวชทางไกลมีความสำคัญอย่างยิ่งในบริบทสังคมไทย เพราะปัญหาสุขภาพจิตเป็นตราบาปทางวัฒนธรรมที่ฝังรากลึก ทำให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหลีกเลี่ยงที่จะเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา โดยระบบจิตเวชทางไกลสามารถบรรเทาความรู้สึกอับอายในการขอรับบริการสุขภาพจิต (McGinty, Saeed, Simmons, & Yildirim, 2006) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีความวิตกกังวลทางสังคมหรือกลัวการถูกตีตราในชุมชน การบำบัดรักษาผ่านระบบจิตเวชทางไกลทำให้ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องปรากฏตัวในสถานพยาบาลหรือคลินิกสาธารณะ และได้รับการบำบัดในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเป็นส่วนตัว (Five Benefits of Telemental Health, 2022)

3. ด้านการเสริมสร้างระบบการดูแลฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของกระบวนการตัดสินใจทางคลินิกและการจัดสรรทรัพยากร เพราะหน่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่มีจิตแพทย์ประจำการเพื่อให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ดังนั้น การนำระบบจิตเวชทางไกลมาใช้จึงช่วยเสริมสร้างศักยภาพในการให้การดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งนอกจากช่วยลดต้นทุนของระบบบริการสุขภาพ ยังสามารถลดความแออัดและลดระยะเวลารอรับบริการในหน่วยฉุกเฉิน เพิ่มประสิทธิภาพการไหลเวียนของผู้ป่วย และสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในการตัดสินใจทางคลินิกที่มีความซับซ้อนสูง โดยเฉพาะการประเมินความจำเป็นในการรับรักษาเป็นผู้ป่วยใน ส่งผลให้การใช้เตียงผู้ป่วยมีความเหมาะสมและสามารถจัดสรรให้ผู้ที่มีความจำเป็นเร่งด่วนได้มากขึ้น ทั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยมาถึงหน่วยฉุกเฉินพร้อมอาการทางจิตเวช เจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินจะทำการประเมินเบื้องต้นก่อนและจิตแพทย์จะตรวจรักษาผู้ป่วยผ่านระบบจิตเวชทางไกลเพื่อทำการประเมินสภาพผู้ป่วย และให้การดูแลจนสามารถกลับสู่สภาวะที่มั่นคง รวมถึงประสานกับทีมแพทย์เพื่อกำหนดแผนการรักษาในอนาคต (Why Telepsychiatry Is So Crucial for Mental Health Treatment, 2021)

ปัญหาของระบบจิตเวชทางไกล

ระบบจิตเวชทางไกล ยังคงมีปัญหาและอุปสรรคที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยสรุปได้ดังนี้

1. ด้านโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยี พบว่า ในส่วนของผู้รับบริการมีความกังวลด้านความปลอดภัยของข้อมูลสารสนเทศที่อาจมีการรั่วไหลและคุณภาพของการดูแลรักษาแบบการมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลที่อาจบกพร่อง เนื่องจากจิตแพทย์และผู้ป่วยไม่ได้มีการปฏิสัมพันธ์กันโดยตรง (Zumani, 2024) รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ในพื้นที่ชนบทและพื้นที่เขตภูมิภาค ซึ่งประชากรส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรหรือเป็นผู้ใช้แรงงานที่มีรายได้ต่ำ โดยโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีในพื้นที่เหล่านี้ไม่ได้รับการพัฒนาที่เพียงพอ เมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่เขตเมืองที่มีความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีมากกว่า (Kar, 2023)

2. ด้านการยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพจิตขาดความเชื่อมั่นและมีอคติต่อระบบจิตเวชทางไกล (Magal, et al., 2021) โดยผู้ให้บริการสุขภาพจิตมักแสดงความกังวลต่อการรักษาโดยปราศจากการเชื่อมสายสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยในขณะบำบัดรักษา (rapport) ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญที่สุดของการรักษาทางจิตเวช (Cowan, McKean, Gentry, & Hilty, 2019) เพราะเป็นกระบวนการบำบัดที่สามารถสร้างความผูกพันทางอารมณ์เชิงบวกผ่านความร่วมมือระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วย (Baier, Kline, & Feeny, 2020) ซึ่งอาศัยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของตนเองอย่างเปิดเผย (Opland & Torrico, 2024) โดยสายสัมพันธ์เชิงบำบัดที่แข็งแกร่งระหว่างผู้ป่วยกับจิตแพทย์ มีความเกี่ยวข้องกับอัตราการออกจากการรักษาของผู้ป่วยที่ลดลง เมื่อผู้ป่วยรู้สึกผูกพันกับจิตแพทย์จะเพิ่มโอกาสการมีส่วนร่วมในการบำบัดอย่างต่อเนื่อง (Martin, Garske, & Davis, 2000; Horvath & Greenberg, 1989) ทั้งนี้ การปฏิบัติจิตเวชศาสตร์พึ่งพาการสื่อสารแบบไม่ใช้คำพูด (nonverbal communication) ในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 65 ของการสื่อสารระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วย องค์ประกอบเหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในระดับจิตไร้สำนึก (unconscious level) และการเข้าใจเชิงอารมณ์ (empathy) ถือเป็นกลไกสำคัญในการประเมินและทำความเข้าใจจิตพยาธิวิทยา (psychopathology) ซึ่งแตกต่างจากสาขา

ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์อื่น ๆ ที่อาศัยการตรวจทางกายภาพและข้อมูลทางห้องปฏิบัติการเป็นหลัก (Perera, Gambheera, & Williams, 2020) หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนข้อสรุปว่าการรักษาสุขภาพจิตผ่านระบบทางไกล มีศักยภาพในการสร้างสายสัมพันธ์เชิงบำบัด (therapeutic alliance) ได้อย่างมีประสิทธิผล แต่ลักษณะและกลไกของการพัฒนาสายสัมพันธ์นี้มีความแตกต่างจากการบำบัดแบบการมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอย่างชัดเจน (face-to-face therapy) โดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะเวลาที่ใช้ในการสร้างความไว้วางใจและความเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งต้องใช้เวลามากกว่าเมื่อเทียบกับการบำบัดภายใต้การอยู่ร่วมในพื้นที่เดียวกัน (shared physical space) ด้วยเหตุนี้ จิตแพทย์จึงจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์และใช้เวลาร่วมกับผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อสร้างรากฐานของความสัมพันธ์เชิงบำบัดในลักษณะเดียวกันกับการบำบัดแบบการมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล (Finley, Shea, Gallagher, & Taylor-Piliae, 2024)

อย่างไรก็ตาม นักจิตวิทยาส่วนหนึ่งได้พัฒนากลยุทธ์การสื่อสารเฉพาะทางเพื่อสร้างการเข้าใจเชิงอารมณ์ในการรักษาผ่านระบบจิตเวชทางไกล โดยการยกระดับการใช้โทนเสียงให้กลายเป็นเครื่องมืออันทรงพลังในการถ่ายทอดความเข้าใจและความเอาใจใส่ของผู้บำบัด รวมถึงการพัฒนาความไวทางสายตาและการสังเกตโทนเสียงของผู้รับการรักษา เพื่อประเมินและทำความเข้าใจทางจิตพยาธิวิทยาได้มากยิ่งขึ้น (Glass & Bickler, 2021) ซึ่งการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของการมองตาแสดงถึงระดับความสบายใจและความไว้วางใจ การเลี่ยงสายตาแสดงถึงความอับอาย ความรู้สึกผิด หรือความวิตกกังวล หรือการจ้องมองอย่างดุดันแสดงถึงความตื่นเต้น ความโกรธ หรือการพยายามสื่อสารบางสิ่ง (Grondin, Lomanowska, Poire, & Jackson, 2022) ในขณะที่การใช้เสียงสูงหรือต่ำแสดงถึงสถานะทางอารมณ์ ความตื่นเต้น หรือความกังวล การสั่นของเสียงแสดงถึงความประหม่า ความกลัว หรือความเศร้า และการเปลี่ยนแปลงของโทนเสียงกลางประโยคบ่งบอกถึงการต่อสู้ทางอารมณ์หรือความขัดแย้งภายใน (Soma, Knox, Greer, Gunnerson, Young, & Narayanan, 2023)

3. ด้านการสนับสนุนจากภาครัฐที่ไม่เพียงพอเป็นอุปสรรคในการพัฒนาระบบจิตเวชทางไกลให้มีประสิทธิภาพ โดยจากการศึกษา พบว่า การที่ผู้บริหารระดับสูงให้การสนับสนุนและแสดงความมุ่งมั่นอย่างจริงจัง ถือเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้ระบบจิตเวชทางไกลประสบความสำเร็จและสามารถดำเนินต่อไปได้ในระยะยาว เมื่อผู้นำองค์กรให้การสนับสนุนอย่างเป็นทางการและแสดงเจตจำนงที่ชัดเจน จะช่วยให้ระบบจิตเวชทางไกลมีความเข้มแข็ง นอกจากนี้ การมีผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Champions) ช่วยรณรงค์และขับเคลื่อนนวัตกรรมการแพทย์ทางไกลภายในชุมชนวิชาชีพ จะสามารถลดแรงต้านการเปลี่ยนแปลง สร้างการยอมรับในระดับรากหญ้า และเป็นกลไกสำคัญในการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติจริงได้มากขึ้น (Kho, Gillespie, & Martin-Khan, 2020)

ระบบจิตเวชทางไกลในประเทศไทย

การนำระบบจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry) มาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยยังคงเป็นนวัตกรรมทางเทคโนโลยีที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมากขาดความคุ้นเคยและประสบการณ์ในการใช้งาน ส่งผลให้เกิดทั้งโอกาสในการพัฒนาระบบสุขภาพและความท้าทายในการดำเนินการเชิงปฏิบัติ แม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศ

และการสื่อสารในระดับที่น่าพอใจ แต่ปรากฏการณ์ความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล (Digital Divide) ระหว่างพื้นที่เขตเมืองและพื้นที่ชนบทยังคงมีอยู่โดยทั่วไปและเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม

จากข้อมูลทางสถิติปี 2568 (ข้อมูล ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2568) ประเทศไทยมีประชากรที่สามารถเข้าถึงและใช้งานระบบเครือข่ายออนไลน์จำนวน 65.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 91.2 ของประชากรทั้งหมด (ปรีดี นุกุลสมปรารถนา, 2568) ซึ่งมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นจากปี 2567 ที่มีผู้ใช้งานระบบเครือข่ายออนไลน์จำนวน 63.21 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 88 ของประชากรทั้งหมด การเพิ่มขึ้นดังกล่าวสะท้อนถึงแนวโน้มการพัฒนาเชิงบวกของการรู้เท่าทันเทคโนโลยีดิจิทัลในสังคมไทย

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของประชากรตามลักษณะภูมิศาสตร์และการตั้งถิ่นฐาน ณ ต้นปี 2567 พบว่า ประชากรไทยมีถิ่นที่อยู่ในเขตชุมชนเมืองร้อยละ 53.9 ในขณะที่ประชากรอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทร้อยละ 46.1 รูปแบบการกระจายตัวของประชากรดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายเชิงโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีในการจัดหาและเข้าถึงบริการเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเท่าเทียมและครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้บริการด้านสุขภาพและการแพทย์ทางไกลที่ต้องการความแม่นยำและความต่อเนื่องสูง

แม้ว่าจะมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง แต่จากสถิติ ณ ต้นปี 2567 ยังคงมีประชากรจำนวน 8.64 ล้านคนในประเทศไทยที่ไม่สามารถเข้าถึงหรือใช้งานระบบอินเทอร์เน็ตได้ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 12.0 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งยังคงอยู่ภายใต้สภาวะการตัดขาดทางดิจิทัล (Digital Exclusion) เนื่องจากสภาพพื้นที่ชนบทและภูมิภาคห่างไกล ทำให้ประสบปัญหาด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เช่น ความไม่เสถียรของระบบเครือข่ายการเชื่อมต่อ การเข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง การขาดแคลนโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีที่เหมาะสมและเพียงพอ ปัญหาเหล่านี้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพเชิงดิจิทัล (Digital Health Services) อย่างมีนัยสำคัญ และแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนที่ภาครัฐต้องพัฒนานโยบายและกลยุทธ์ เพื่อลดช่องว่างทางดิจิทัลและส่งเสริมการเข้าถึงระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) อย่างครอบคลุมและยั่งยืนมากขึ้น (Kemp, 2024)

โดยจากการประมาณการมูลค่าตลาดและแนวโน้มการเติบโตของการบริการสุขภาพดิจิทัลในประเทศไทยตามการวิเคราะห์และการคาดการณ์ทางเศรษฐกิจ พบว่า มูลค่าตลาดของการเปลี่ยนผ่านระบบบริการสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Transformation Market) มีแนวโน้มจะขยายตัวถึงระดับ 1.4 พันล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ภายในปี 2568 โดยปัจจัยขับเคลื่อนหลัก ประกอบด้วย ความก้าวหน้าและนวัตกรรมทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารด้านการแพทย์ รวมถึงการขยายตัวของความต้องการบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีคุณภาพจากประชาชนในทุกระดับ

ในส่วนของตลาดการแพทย์ทางไกล (Telemedicine Market) จากการศึกษาเชิงประมาณการมีศักยภาพในการขยายตัวทางเศรษฐกิจประมาณ 90 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ โดยมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยทบต้นต่อปี (Compound Annual Growth Rate-CAGR) ที่ระดับร้อยละ 19.3 ตามการคาดการณ์ระหว่างปี 2564-2570 ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มการเติบโตที่แข็งแกร่งและมีความยั่งยืนของอุตสาหกรรมเพื่อการสนับสนุนบริการทางสุขภาพในประเทศไทย (Ongsakul, 2023)

รัฐบาลไทยได้ริเริ่มและดำเนินการโครงการเชิงนโยบายหลากหลายมิติเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการนำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาผ่านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล เช่น โครงการสถานีสุขภาพ (Health Station) ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มการให้บริการปรึกษาทางการแพทย์ผ่านระบบการแพทย์ทางไกลด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารผ่านวิดีโอแบบเรียลไทม์ (Real-time Video Consultation) โดยมีขอบเขตการให้บริการครอบคลุมการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาทางการแพทย์ในภาวะโรคและอาการทางคลินิกจำนวน 42 ประเภท การดำเนินงานของระบบดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มโอกาสและความสะดวกในการเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลทางไกลสำหรับประชาชน พร้อมทั้งมีส่วนสำคัญในการบรรเทาภาระและความกดดันต่อระบบบริการสุขภาพในสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่เขตเมืองที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง เช่น กรุงเทพมหานคร ซึ่งมักประสบปัญหาการให้บริการเกินจำนวนที่กำหนดไว้และใช้ระยะเวลานานในการรอตรวจ นวัตกรรมระบบการแพทย์ทางไกลจึงมีบทบาทสำคัญในการกระจายการให้บริการสุขภาพและส่งเสริมประสิทธิภาพของระบบสุขภาพโดยรวม (Dhamaraj, 2024)

ในบริบทของระบบจิตเวชทางไกล สถานพยาบาลภายใต้การกำกับดูแลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ริเริ่มการนำระบบสุขภาพจิตทางไกล (Telepsychiatry System) มาประยุกต์ใช้ในการให้บริการตั้งแต่ช่วงการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในรูปแบบการมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล (Face-to-face Consultation) ไม่สามารถดำเนินการได้ตามปกติ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการป้องกันการแพร่ระบาดและมาตรการทางสาธารณสุข

ในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาสนับสนุนการให้บริการสุขภาพจิตในรูปแบบแพลตฟอร์ม “ต่อ-เติม-ใจ” (Tor-Tuem-Jai Platform) ซึ่งเป็นโครงการสุขภาพจิตดิจิทัลแห่งชาติ โดยได้ดำเนินการอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2568 ในงาน National Mind Month แพลตฟอร์มดังกล่าวสามารถเข้าถึงได้ทางเว็บไซต์ www.ต่อเติมใจ.com ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ ส่วนต่อ (Tor) เพื่อจัดการความเครียด ขยายทักษะในการจัดการความเครียดเบื้องต้น และส่วนเติม (Tuem) เพื่อการฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้า โดยดัดแปลงมาจากโปรแกรม WHO Step by Step (SBS) ซึ่งเป็นโปรแกรมเชิงจิตวิทยา 5 สัปดาห์ โดยมุ่งเป้าไปที่การรักษาอาการซึมเศร้า (Thailand adapts WHO’s Step-by-Step programme, 2025) นอกจากนี้ยังมีบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ซึ่งเป็นบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมงของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยในช่วงแรกมีนักจิตวิทยาให้บริการ 50 คน ทำงานเป็น 15 คู่สาย หมุนเวียนตลอด 24 ชั่วโมง ต่อมาเมื่อต้นปี 2566 สายด่วน 1323 ได้เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้สามารถให้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 สำหรับการปรึกษาทั่วไป รวมถึงสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์สามารถเรียกเก็บค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ เมื่อให้บริการประชาชนที่ถือสิทธิบัตรทอง (สายด่วนสุขภาพจิต 1323, 2566)

การให้บริการจิตเวชทางไกลในระยะเริ่มต้นสามารถดูแลสุขภาพจิตได้อย่างครอบคลุมหลากหลายมิติ ได้แก่ การให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยเดิมที่มีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยนักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ และพยาบาลจิตเวชเฉพาะทาง การดำเนินการ

คัดกรองเบื้องต้น เพื่อประเมินความจำเป็นและความเร่งด่วนในการเข้ารับการรักษา การให้คำปรึกษาทางวิชาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนกับจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลศูนย์ และการจัดระบบการจัดส่งยาสำหรับผู้ป่วยจิตเวชผ่านระบบไปรษณีย์

โครงการดังกล่าวได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีการขยายขอบเขตการให้บริการ แม้ว่าวิกฤติการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะผ่านพ้นช่วงวิกฤติแล้วก็ตาม ด้วยเหตุนี้ กรมสุขภาพจิตจึงได้กำหนดนโยบายเชิงรุกในการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการให้บริการสุขภาพจิต (Digital Mental Health Technology Policy) เพื่อสนับสนุนระบบดังกล่าวอย่างยั่งยืน โดยมีการเชื่อมโยงกับแพลตฟอร์มกลางอื่น ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึง การให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Consultation) และการบำบัดกลุ่มทางไกล (Remote Group Therapy) สำหรับพื้นที่บางแห่งที่มีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยี

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบจิตเวชทางไกลในประเทศไทย แต่ยังคงมีปัญหาและอุปสรรคเชิงระบบที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขในหลายมิติ ตามที่กล่าวมาก่อนหน้านี้ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านการเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีและความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลในพื้นที่ห่างไกลและชุมชนชนบท ความท้าทายด้านความปลอดภัยทางไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องมีมาตรการรักษาความปลอดภัยระดับสูง (Benyakorn, 2016) ปัญหาการยอมรับและความสามารถในการใช้เทคโนโลยีของประชากรและบุคลากรทางการแพทย์ ความซับซ้อนในการสร้างและรักษาสัมพันธภาพเชิงบำบัด (Therapeutic Alliance) ผ่านสื่อกลางทางเทคโนโลยี ข้อจำกัดในการประเมินและวินิจฉัยทางจิตเวชเชิงลึกที่ต้องการการสังเกตพฤติกรรมและการประเมินความเสี่ยงอย่างละเอียด (Smith, Ostinelli, Macdonald, & Cipriani, 2020) และความท้าทายในการบูรณาการระบบสารสนเทศและการจัดการภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากร ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขผ่านการดำเนินงานแบบบูรณาการจากทุกภาคส่วน เพื่อให้การนำระบบจิตเวชทางไกลมาใช้ในการบำบัดรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และยั่งยืน

โดยใช้กลยุทธ์เชิงนโยบายที่ครอบคลุม 3 มิติหลัก ประกอบด้วย การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่สนับสนุนการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงและอุปกรณ์เทคโนโลยีสำหรับกลุ่มประชากรเปราะบาง รวมถึงการพัฒนาแพลตฟอร์มที่มีความเสถียร ปลอดภัย และเป็นมิตรกับผู้ใช้ทุกกลุ่มอายุ (User-friendly Interface) ภายใต้มาตรฐานความปลอดภัยของข้อมูลระดับสากล เช่น การปฏิบัติตามมาตรฐาน HIPAA Compliance หรือมาตรฐานที่เทียบเท่าในบริบทของประเทศไทย (Smith, et al., 2020) การบูรณาการระบบเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพอื่น เพื่อให้การส่งต่อข้อมูลและการดูแลต่อเนื่องเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งการจัดทำมาตรฐานและแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจน (Standardization and Clinical Guidelines) เพื่อรับประกันคุณภาพและความปลอดภัยของบริการ (Wannasewok, Suraaroonsamrit, Jeungsiragulwit, & Udomratn, 2022) และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการจัดโครงการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถใช้ระบบจิตเวชทางไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ (Shaw, et. al., 2013)

ซึ่งการดำเนินการตามกลยุทธ์เหล่านี้จะเป็นรากฐานสำคัญในการส่งเสริมการเข้าถึงระบบจิตเวชทางไกลได้อย่างมีคุณภาพ และยั่งยืนสำหรับประชาชนไทยทุกกลุ่ม

การปรับปรุงมาตรการทางกฎหมาย

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับช่องว่างทางกฎหมายที่สำคัญในการพัฒนาระบบจิตเวชทางไกล แม้ว่าจะประกาศใช้บังคับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 แต่ยังขาดกฎหมายเฉพาะ (Specific Provisions) ที่ครอบคลุมขอบเขตการปฏิบัติงาน (Scope of Practice) มาตรฐานวิชาชีพ (Professional Standards) และข้อกำหนดด้านเทคโนโลยี (Technological Requirements) ซึ่งกฎระเบียบที่มีอยู่ส่วนใหญ่เป็นเพียงแนวทางปฏิบัติ (Guidelines) ที่ไม่มีผลใช้บังคับทางกฎหมาย (Legal Enforceability) ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกัน (Inconsistent Implementation) การขาดกลไกความรับผิดชอบ (Lack of Accountability Mechanisms) และความไม่แน่นอนในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์

ทั้งนี้ จากการขาดกฎหมายเฉพาะ ส่งผลกระทบต่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในหลายมิติ ทั้งด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Concerns) จากการขาดมาตรฐานที่มีผลใช้บังคับทางกฎหมาย (Mandatory Standards) การประเมินความเสี่ยงที่ไม่เพียงพอ (Inadequate Risk Assessment) และแนวปฏิบัติการแทรกแซงภาวะวิกฤติ (Crisis Intervention Protocols) ที่ไม่เพียงพอ รวมถึงด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและความลับทางการแพทย์ (Privacy and Confidentiality Issues) จากการขาดมาตรฐานการรักษาคุณภาพ (Quality Assurance Deficits) และการไม่มีระบบติดตามผลลัพธ์ (Outcome Monitoring Systems) ที่เป็นมาตรฐาน

การปรับปรุงกฎหมายเพื่อพัฒนาระบบจิตเวชทางไกลมีความจำเป็น เนื่องจากประเทศไทยยังขาดกฎหมายเฉพาะ (Absence of Specialized Regulatory Framework) ที่กำกับควบคุมการปฏิบัติจิตเวชทางไกล ซึ่งมีความแตกต่างจากการดูแลรักษาทางการแพทย์ทั่วไปในด้านความซับซ้อนทางจิตวิทยาและความจำเป็นในการประเมินสภาพจิตใจอย่างละเอียด ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ระบุว่าการพัฒนากฎหมายเฉพาะสำหรับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพจิต (Digital Mental Health) เป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนสำหรับประเทศกำลังพัฒนา (Recommendations on digital interventions for health system strengthening, 2019)

นอกจากนี้ ต้องมีการปรับปรุงกฎหมายเพื่อคุ้มครองข้อมูลสุขภาพจิต (Inadequate Mental Health Data Protection Measures) แม้ว่าประเทศไทยจะประกาศใช้บังคับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล, 2565) แต่ข้อมูลสุขภาพจิตมีลักษณะเป็นข้อมูลชีวมิติที่มีความอ่อนไหวค่อนข้างสูง (Highly Sensitive Biometric Data) จึงต้องมีมาตรการคุ้มครองเพิ่มเติมที่เข้มงวดกว่ามาตรฐานทั่วไป ตามที่สมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (American Psychiatric Association) ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามมาตรฐานสากลสำหรับการคุ้มครองข้อมูลสุขภาพจิต เช่น หลักเกณฑ์ที่สอดคล้องกับการปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมายว่าด้วยการเคลื่อนย้ายและความรับผิดชอบในการประกันสุขภาพ (Health Insurance Portability and Accountability Act: HIPAA Compliance) การกำหนดการเข้ารหัสแบบต้นทางถึงปลายทาง (End-to-End Encryption

Requirements) การจำกัดการเข้าถึงข้อมูล (Access Control Limitations) และการกำหนดระยะเวลาการเก็บรักษาข้อมูล (Data Retention Periods) ที่เหมาะสมสำหรับข้อมูลจิตเวช (Guidance on Risk Analysis Requirements, 2010)

บทสรุปและข้อเสนอแนะของผู้ศึกษา

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับวิกฤติสุขภาพจิตที่มีความรุนแรง ขณะที่การเข้าถึงการรักษายังคงจำกัด เนื่องจากการขาดแคลนจิตแพทย์ และความเหลื่อมล้ำของการกระจายตัวของบุคลากรระหว่างพื้นที่เขตเมืองและชนบท ดังนั้น จึงได้มีการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้สำหรับการให้บริการทางสุขภาพจิตผ่านระบบจิตเวชทางไกล ทำให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตสำหรับพื้นที่ห่างไกล ช่วยลดต้นทุนและเวลาในการเดินทาง ขจัดอุปสรรคทางจิตสังคมที่เกิดจากตราบาปทางวัฒนธรรม และการเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบการดูแลฉุกเฉิน

อย่างไรก็ตาม ระบบจิตเวชทางไกลในประเทศไทยยังมีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ ด้านโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีในพื้นที่ชนบท ปัญหาความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย ความท้าทายในการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด (therapeutic alliance) ผ่านสื่อกลางทางเทคโนโลยี และการขาดกฎหมายเฉพาะที่ครอบคลุมการปฏิบัติงานจิตเวชทางไกล ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. รัฐบาลควรพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีและการลดความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล โดยพัฒนาแพลตฟอร์มที่เป็นมิตรกับผู้ใช้ทุกกลุ่มอายุและมีระบบความปลอดภัยระดับสูง

2. รัฐบาลควรปรับปรุงพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ให้รองรับการปฏิบัติจิตเวชทางไกล พร้อมเสริมมาตรการคุ้มครองข้อมูลสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล

3. รัฐบาลควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการพัฒนาหลักสูตรการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดทางเทคโนโลยี รวมถึงสร้างเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Champions) เพื่อขับเคลื่อนการยอมรับในระดับรากหญ้า

4. รัฐบาลควรจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกและมาตรฐานการให้บริการที่ชัดเจน รวมถึงสร้างระบบติดตามประเมินผลและการรับประกันคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จัดทำโดย
นายรณชัย โตสมภาค
วิทยากรชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานบริการวิชาการ 3
โทร 0 2242 5900 ต่อ 5751

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

คาดคนไทยป่วยสุขภาพจิต มากกว่าผู้รับการรักษา 5 เท่า. (27 พฤษภาคม 2567). สืบค้น 22 พฤษภาคม 2568 จาก https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-35

ปรีดี นุกุลสมปรารถนา. (5 มีนาคม 2568). **รวมสถิติ Digial และการใช้ Social Media ในไทยประจำปี 2025**. สืบค้น 22 พฤษภาคม 2568 จาก https://www.popticles.com/trends/thailand-digital-and-social-media-2025/

แผนการผลิตกำลังคนสุขภาพจิตปี 2567-2570 ความท้าทายรองรับผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มขึ้น. (18 กรกฎาคม 2567). สืบค้น 22 พฤษภาคม 2568 จาก https://www.hfocus.org/content/2024/07/31117

เร่งผลิต จิตแพทย์ รับมือสถานการณ์โรคจิตเวช. (3 เมษายน 2567). สืบค้น 22 พฤษภาคม 2568 จาก https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-27

“วันสุขภาพจิตโลก 2023” พบแนวโน้มคนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ขณะที่จิตแพทย์มีไม่เพียงพอต่อสัดส่วนประชากร. (10 ตุลาคม 2566). สืบค้น 22 พฤษภาคม 2568 จาก https://workpointtoday.com/news-9709/

วรวรรณ จุฑา, และ กมลลักษณ์ มากคล้าย. (9 ตุลาคม 2567). **ความชุกของความผิดปกติการควบคุมตัวเอง: ผลสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566**. สืบค้น 22 พฤษภาคม 2568 จาก https://dmh-elibrary.org/items/show/1742

วรวรรณ จุฑา, และ ศศิธร บัวเผื่อน. (17 มิถุนายน 2567). **ความชุกของความผิดปกติการควบคุมตัวเอง: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566**. สืบค้น 22 พฤษภาคม 2568 จาก https://dmh-elibrary.org/items/show/1684

สายด่วนสุขภาพจิต 1323 พัฒนาระบบจองคิวรับคำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต. (8 พฤษภาคม 2566). สืบค้น 22 พฤษภาคม 2568 จาก https://www.hfocus.org/content/2023/05/27615

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล. (2565). **กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล**. สืบค้น 22 พฤษภาคม 2568 จาก https://www.mdes.go.th/mission/detail/2319-%E0%B8%81%E0%B8%8E%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B9%89%E0%B8%A1%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%B9%E0%B8%A5%E0%B8%AA%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%99%E0%B8%9A%E0%B8%B8%E0%B8%84%E0%B8%84%E0%B8%A5

ภาษาต่างประเทศ

Baier, A. L., Kline, A. C. & Feeny, N. C. (2020, December). Therapeutic alliance as a mediator of change : A systematic review and evaluation of research. **Clinical Psychology Review**, 82, 1-55

Benyakorn, S. (2016). Implementing Telepsychiatry in Thailand Benefits and Challenges. **Journal of the Medical Association of Thailand**, 99(8), 260-265

Butzner, M., & Cuffee, Y. (2021). Telehealth Interventions and Outcomes Across Rural Communities in the United States : Narrative Review. **Journal of Medical Internet Research**, 23(8), 1-9

Cowan, K .E., McKean, A. J., Gentry, M. T., & Hilty, D.M. (2019). Barriers to Use of Telepsychiatry : Clinicians as Gatekeepers. **Mayo Clinic Proceedings**, 94(12), 2510-2523

Dharmaraj, S. (2024, December 11). **Thailand's Telemedicine Solution to Improve Healthcare Access**. Retrieved May 22, 2025 from https://opengovasia.com/2024/12/11/ thailands-telemedicine-solution-to-improve- healthcare-access/

Finley, B. A., Shea, K. D., Gallagher, S. P., & Taylor-Piliae, R. (2024, April). Psychiatric mental health nurse practitioners experiencing therapeutic alliance while using tele-mental health: A phenomenological study. **Archives of Psychiatric Nursing**, 49, 56–66

Five Benefits of Telemental Health. (2020). Retrieved May 22, 2025 from https://www.waldenu.edu/ programs/psychology/resource/five-benefits-of-telemental-health

Glass, V. Q., & Bickler, A. (2021). Cultivating the Therapeutic Alliance in a Telemental Health Setting. **Contemporary Family Therapy**, 43, 189–198

Grondin, F., Lomanowska, A. M., Poiré, V., & Jackson, P. L. (2022). Clients in Simulated Teletherapy via Videoconference Compensate for Altered Eye Contact When Evaluating Therapist Empathy. **Journal of Clinical Medicine**, 11(12), 1-14

Guidance on Risk Analysis Requirements under the HIPAA Security Rule. (2010, July 14). Retrieved May 22, 2025 from https://www.hhs.gov/sites/default/files/ ocr/privacy/ hipaa/administrative/securityrule/rafinalguidancepdf.pdf

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. **Journal of Counseling Psychology**, 36(2), 223-233

Hubley, S., Lynch, S. B., Schneck, C., Thomas, M., & Shore, J. (2016). Review of key telepsychiatry outcomes. **World Journal of Psychiatry**, 6(2), 269-282

Kar, S. (2023, August). Data for Better Lives: World Development Report 2021 by World Bank Group. **Journal of Data Science Informetrics and Citation Studies**, 2(2), 136-139

Kemp, S. (2024, February 23). **Digital 2024: Thailand**. Retrieved May 22, 2025 from https://datareportal.com/reports/digital-2024-thailand

Kho, J., Gillespie, N., & Martin-Khan, M. (2020). A systematic scoping review of change management practices used for telemedicine service implementations**. BMC Health Services Research**, 20, 1-16

Magal, T., Negev, M., & Kaphzan, H. (2021). Attitudinal Barriers Hindering Adoption of Telepsychiatry among Mental Healthcare Professionals : Israel as a Case-Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 18, 1-13

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 68(3), 438-450

McGinty, K. L., Saeed, S. A., Simmons, S. C. & Yildirim, Y. (2006). Telepsychiatry and e-mental health services: potential for improving access to mental health care. **Psychiatric Quarterly,** 77(4), 335-342

Mental Health Check In via QR Code. (2023, August 7). Retrieved May 22, 2025 from https://thailand.go.th/useful-information-detail/009_167

Narvaez, R. A. (2022). Benefits and challenges of telepsychiatry services in Southeast Asian nations during the COVID-19 era: An integrative review. **Asian Journal of Psychiatry**, 73, 1-4

Ongsakul, S. (2023, June 2). **Digital health trend rapidly accelerating Value of Thai market to hit $1.4bn in 2025**. Retrieved May 22, 2025 from https://www.bangkokpost.com/life/tech/2583669/digital-health-trend-rapidly-accelerating

Opland, C., & Torrico, T. J. (2024, October 6). **Psychotherapy and Therapeutic Relationship**. Retrieved May 22, 2025 from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK608012/

Perera, S. R., Gambheera, H., & Williams, S. S. (2020). **"Telepsychiatry" in the time of COVID-19: Overcoming the challenges**. Retrieved May 22, 2025 from https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7659790/

Recommendations on digital interventions for health system strengthening. (2019, June 6). Retrieved May 22, 2025 from https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505

Rhein, D. (2023, June 9). **Mental health as public health in Thailand : Lack of resources and public misperceptions mean that psychological services remain a notable gap in Thailand's health care system**. Retrieved May 22, 2025 from https://www.newmandala.org/mental-health-as-public-health-in-thailand/

Rotejanaprasert, C., Thanutchapat, P., Phoncharoenwirot, C., Mekchaiporn, O., Chienwichai, P. & Maude, R. J. (2024). Investigating the spatiotemporal patterns and clustering of attendances for mental health services to inform policy and resource allocation in Thailand. **International Journal of Mental Health Systems**, 18(19), 1-12

Shaw, R. J., Kaufman, M. A., Bosworth, H. B., Weiner, B. J., Zullig, L. L., Lee, D., ... Jackson, G. L. (2013). Organizational factors associated with readiness to implement and translate a primary care based telemedicine behavioral program to improve blood pressure control: the HTN-IMPROVE study. **Implementation Science**, 8(106), 1-13

Smith, K., Ostinelli, E., Macdonald, O. and Cipriani, A. (2020). COVID-19 and Telepsychiatry: Development of Evidence-Based Guidance for Clinicians. **The Journal of Medical Internet Research Mental Health**, 7(8), 1-1919

Snoswell, C. L., Taylor, M. L., Comans, T. A., Smith, A. C., Gray, L. C. & Caffery, L. J. (2020). Determining if Telehealth Can Reduce Health System Costs : Scoping Review. **Journal of Medical Internet Research**, 22(10), 1-22

Soma, C. S., Knox, D., Greer, T., Gunnerson, K., Young, A. & Narayanan, S. (2023, March). It's not what you said, it's how you said it: An analysis of therapist vocal features during psychotherapy. **Counselling and Psychotherapy Research**, 23(1), 258-269

Thailand faces mental health crisis with 15 suicide deaths daily. (2025, May 9). Retrieved May 22, 2025 from https://www.nationthailand.com/health-wellness/40049787

Thailand adapts WHO's Step-by-Step programme as part of national digital mental health platform. (2025. May 20). Retrieved May 22, 2025 from https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailand-adapts-who-s-step-by-step-programme-as-part-of-national-digital-mental-health-platform#:~:text=The%20Step%20by%20Step%20program,and%20help%20users%20stay%20engaged.

Top 10 Benefits of Telepsychiatry. (2025). Retrieved May 22, 2025 from https://www.azaleahealth.com/blog/top-10-benefits-of-telepsychiatry/

Wannasewok, K., Suraaroonsamrit, B., Jeungsiragulwit, D. & Udomratn, P. (2020). Development of Community Mental Health Infrastructure in Thailand : From the Past to the COVID-19 Pandemic. **Consortium Psychiatricum**, 3(3), 98-109

Why Telepsychiatry Is So Crucial for Mental Health Treatment. (2021, September 15). Retrieved May 22, 2025 from https://tstelemed.com/why-telepsychiatry-is-so-crucial/

Zumani, K. (2024, October 15). **The Future of Telemedicine: Overcoming Barriers to Widespread Adoption**. Retrieved May 22, 2025 from file:///C:/Users/User/AppData/Local/ Temp/ MicrosoftEdgeDownloads/b8b56786-b46f-45d2-b678-68baad42c7e5/preprints202410.1147.v1.pdf