

รายงานการวิจัย

เรื่อง

ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

Mental Health and Psychiatric Nursing

Service System in Communities

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย

บทคัดย่อ

ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน เป็นระบบหนึ่งของระบบบริการสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพเศรษฐกิจสังคมและนโยบายปฏิรูปสุขภาพไทย วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ คือ อธิบายลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน เพื่อปรับปรุงคุณภาพของระบบบริการตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งเขตภาคกลางของไทย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างและแบบบันทึกภาคสนาม ในการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ประเด็น

ผลการวิจัย พบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) เป็นการจัดบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีแบบแผน คำนึงถึงความต้องการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและผู้ให้บริการ เป็นบริการที่เข้าถึงง่าย มีแนวร่วมในการบริการ ใช้มาตรฐานเดียวกัน มีแนวปฏิบัติชัดเจน สามารถประเมินได้ จัดให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการส่งต่อ ติดตามดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริการรับยาจากสถานบริการสุขภาพที่สะดวก ได้รับคำแนะนำด้วยความเอาใจใส่และความเข้าใจผู้ป่วย ในการใช้คำพูด คำอธิบายที่เป็นมิตร 2) ลักษณะสำคัญ คือ การประเมินความต้องการและจัดรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม การเงินโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และการประเมินผลระบบบริการตามผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์เชิงคุณภาพ 3) ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน คือ ความยากลำบากในการเข้ารับบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วย ระบบการจ่ายยาที่แตกต่างกัน ความแตกต่างกันของศักยภาพของบุคลากรทางสุขภาพ ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการประสานงาน ขาดมาตรฐานในการประเมิน/ติดตามผล และขาดการให้ข้อมูลของผู้ป่วยป้อนกลับในระบบส่งต่อ 4) ความรู้สึกต่อการปฏิบัติงานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน โดยที่พยาบาลรู้สึกภาคภูมิใจที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวพ้นจากความทุกข์ ทำงานด้วยใจรัก ถึงแม้เป็นงานที่มีภาระหนัก เสี่ยงต่อความปลอดภัย ส่วนความรู้สึกด้านลบ คือ พยาบาลรู้สึกทุกข์ใจเมื่อแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้ ทำงานด้วยความลำบากที่ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่มีที่ปรึกษา และหัวหน้างานไม่เห็นความสำคัญ ส่วนผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกพอใจในการบริการสุขภาพจิตที่จัดให้ รู้สึกดีใจที่แพทย์และพยาบาลแสดงความห่วงใยสุขภาพแต่ในขณะเดียวกันรู้สึกเกรงใจที่พยาบาลมาเยี่ยมบ้าน ส่วนผู้ดูแลรู้สึกดีเมื่อได้รับการรวดเร็ว พยาบาลใช้คำพูดสุภาพ ให้กำลังใจ สนใจผู้ป่วย ให้การต้อนรับ ทักทายอย่างอบอุ่น และอธิบายอย่างเข้าใจ

ข้อค้นพบนี้ทำให้เกิดความเข้าใจลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนยิ่งขึ้นและนำมาปรับปรุงระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนให้มีคุณภาพเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและสมาชิกชุมชนได้ใช้บริการสุขภาพอย่างทั่วถึงทั้งประเทศ นำมาซึ่งการมีสุขภาพดีอย่างเท่าเทียมกัน

Abstract

The community psychiatric mental health nursing service system is one of the components of the health care system which has been impacted by the current socio-economic situation and Thailand's health care reform policy. This qualitative study sought to describe the essential attributes of the community psychiatric mental health nursing service system in order to improve the quality of its service. Towards this end, perceptions of nurses, psychiatric patients, and their family caregivers living in the mid-rural area of Thailand were gathered. A semi-structured interview guide and field notes were used for conducting two focus groups and in-depth interviews. Thematic analysis was used to analyze data.

Several major themes emerged: 1) System management of psychiatric mental health nursing services was considered important for meeting the mental health needs of psychiatric patients and their families including clients in the community setting. Also, the service system should provide easy access to care, collaborative services based upon a universal standard of care and clear practice guidelines, and undergo periodic process and outcome evaluation. Participants stated that this community psychiatric mental health nursing system provided referral to care and continuing care for psychiatric patients. Continuing care included medication management, counseling, and friendly communication at the community health center. 2) Participants stated that the essential functions of this psychiatric nursing service system included assessment of service needs; management of care models associated with service needs of stakeholders; fulfilling clients' needs for social support and financial support; participating in the care for psychiatric patients and their families; and evaluating the service system. 3) Problems and barriers to practice in the community were found. Patients participating in the study complained about difficulties accessing mental health services, variations in medication service, uneven practice between healthcare providers, lack of social support and collaboration, lack of standardized evaluation and monitoring, and lack of information feedback on referral. 4) Participants expressed both positive and negative feelings towards existing community mental health services. On the positive side, psychiatric nurses were proud when helping patients and families overcome suffering. Often nurses "worked by their hearts" and felt their jobs carried hard burdens, often including risks to safety. In terms of negative feelings, nurses experienced stress related to their inability to solve patients' problems, working without clear practice guidelines, lack of consultants, and lack of their colleague's support. Psychiatric patients in the community reported

positive feelings. They were satisfied with mental health nursing services. They were happy that physicians and nurses were concerned about their health and expressed positive feelings “Graengjai” towards nurses who made home visits. For family caregivers, they felt good about being able to obtain services immediately, hearing words of support and encouragement from the nurses, being able to gain a nurse’s attention, and receiving understandable explanations.

Findings of this study provide a better understanding the essence of the community psychiatric mental health nursing service system. These findings can be used to improve the quality of this nursing service system for psychiatric patients and families and community members throughout Thailand, leading to increased well-being in a system built upon equity of care.

เลขหมู่

เลขทะเบียน 018090

วัน, เดือน, ปี 4 พ.พ. 62

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้ประสบความสำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนจากทุนงบประมาณแผ่นดินปี พ.ศ.2551 และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ในที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรังษี นางจลิ เจริญสรรพ นางนงลักษณ์ วรลักษณ์ธนานันท์ นางศันสนีย์ พูนผล และนางกมลรัตน์ ช้วนินิ ที่ได้กรุณาตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงภาพและสาระของระบบบริการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาในการอ่านบทสัมภาษณ์เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล และให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นอย่างดี

พร้อมทั้งขอขอบคุณสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสงครามและจังหวัดสมุทรสาคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม นางวิลาสินี คุณณีเสณีย์ นางเดือนใจ คนงาม และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอัมพวารวมทั้งผู้ให้ข้อมูลทุกท่านทั้งผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายสุดนี้ขอขอบคุณค่าและประโยชน์จากงานวิจัยนี้ให้แก่ผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนทุกท่าน ขอให้มีความกำลังใจในการเผชิญปัญหาและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเข้มแข็งและมีความสุขต่อไป

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	3
แนวคิดเบื้องต้น.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	4
คำจำกัดความในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
ระบบบริการสุขภาพ.....	6
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน.....	9
ความต้องการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน.....	10
ระดับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน.....	11
รูปแบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน.....	11
ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน.....	12
บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน.....	18
แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ.....	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
ผู้ให้ข้อมูลหลักและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล.....	35
พื้นที่ศึกษา.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	37

	หน้า
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	37
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	38
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
ความน่าเชื่อถือของข้อมูล.....	40
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	43
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	72
สรุปผลการวิจัย.....	73
อภิปรายผล.....	74
ข้อเสนอแนะ.....	88
บรรณานุกรม.....	90
ภาคผนวก.....	95
ประวัติผู้เขียน.....	105

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1.....	44
ตารางที่ 2	45
ตารางที่ 3.....	46

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.....	8
ภาพที่ 2	16
ภาพที่ 3.....	87

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมา

ปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น เพราะการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่เพิ่มความสามารถของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพ และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการปรับเปลี่ยนเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งตนเองได้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ นั่นคือการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพมุ่งเน้นที่งานสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย (กรอบการวิจัยสุขภาพจิต 2548-2552)

การเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพนี้มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพจิตและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชกลับเข้าสู่ชุมชนมากขึ้น ถึงแม้ว่าความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2550 ลดลงจาก ปีพ.ศ. 2546 กล่าวคือ ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตเท่ากับ 2,125.8 ต่อแสนประชากร (พ.ศ. 2550) และ 2,887.8 ต่อแสนประชากร (พ.ศ.2545) ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม การรับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนยังคงเพิ่มขึ้น จากสถิติการบริการผู้ป่วยนอกจิตเวชของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากปีงบประมาณ 2544 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 2.1 และปี 2545 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 29.08 (กรมสุขภาพจิต, 2545) เป็นที่ทราบกันว่า โดยปกติผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ไม่ได้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง (WHO, 2007) เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา การเข้าถึงการบริการสุขภาพ (Bee, et al., 2008; Eley, et al., 2007; Jenson, 2004) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิต (Bee, et al., 2008) การขาดบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (Shanley, 2001) และการขาดความร่วมมือในการดูแลช่วยเหลือในชุมชน (Bee, et al., 2008; Jenson, 2004) ปัญหาและอุปสรรคต่างๆเหล่านี้ สะท้อนให้เห็นถึงระบบบริการสุขภาพจิตนั้นยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ใช้บริการได้อย่างพอเพียง

ถึงแม้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำและลดอัตราป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ โดยจัดให้มีศูนย์สุขภาพใกล้บ้าน เรียกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ให้บริการพยาบาลแบบบูรณาการทั้งร่างกายและจิตใจ แต่พบว่าประชาชนมาใช้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลใหญ่แทนสถานพยาบาลใกล้บ้าน เนื่องจากประชาชนขาดความเชื่อถือและไว้วางใจหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ทำให้การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนไม่ประสบความสำเร็จและยั่งยืนต่อเนื่อง (ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์และคณะ, 2546)

ภายในการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นบุคลากรวิชาชีพกลุ่มหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลให้บริการรวมทั้งประสานงานทั้งในทีม บุคลากรวิชาชีพและระหว่างองค์กรต่างๆในชุมชน ซึ่งจะเห็นได้จากการที่กรมสุขภาพจิตได้ให้การ สนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพให้ศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชเป็นจำนวนหนึ่งในระยะเวลาต่อเนื่อง นอกจากนั้น การบริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการบริการที่เท่าเทียมกันและการ ดูแลต่อเนื่อง การจัดบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน เป็นการดูแลสุขภาพทั้งร่างกาย ปัญญา จิตสังคม อารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ที่มุ่งเน้นคุณภาพการดูแล การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและ การใช้บริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ การจัดการพยาบาล หมายถึงระบบบริการพยาบาลในการจัดการ เกี่ยวกับการดูแลและค่าใช้จ่าย เพื่อวางแผนให้การดูแลเกิดขึ้นตามความจำเป็น ผู้ใช้บริการ ได้รับการดูแล อย่างพอเพียงและเหมาะสมกับค่าใช้จ่ายในการดูแล (Pelletier and Beaudin, 1999) การจัดการดูแล พยายามควบคุมให้มีการเข้าถึงสถานบริการ ควบคุมค่าใช้จ่าย การจัดการในการใช้บริการและแหล่ง บริการสุขภาพ รวมทั้งมีผลลัพธ์ให้เป็นที่พอใจของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

อย่างไรก็ตาม แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนยังไม่มี ความ เป็นเอกลักษณ์และชัดเจน ส่วนใหญ่จะอิงอยู่กับบริการด้านสุขภาพชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ ตรงกันระหว่างผู้ให้บริการและพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน จึง ต้องการคำอธิบายประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง และเน้นที่ความต้องการบริการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจึงจะสามารถนำไปสู่การ ปฏิบัติการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นปรัชญาการวิจัยและเป็นระเบียบวิธีวิจัยหนึ่งในการวิจัยที่ครอบคลุม ความหมายขององค์ความรู้ วิทยาศาสตร์ ความเป็นมนุษย์และการวิจัย ความเป็นศาสตร์หรือองค์ความรู้ ทางการพยาบาลเกี่ยวข้องกับการนำความรู้และการปฏิบัติอย่างเป็นระบบเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ของความเป็นมนุษย์ เช่น ทำให้มีสุขภาพกายและจิตดีขึ้น โดยการมองปัญหาการวิจัยที่ต่างไปจากการ มองตามกฎเกณฑ์ทางคณิตศาสตร์ แต่การวิจัยเชิงคุณภาพเอื้อประ โยชน์ในการค้นหาคำตอบ อธิบาย ปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเข้าใจ ความรู้สึกของบุคคล กลุ่มคน สังคมและเหตุผลของการแสดงพฤติกรรม การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล ซึ่งทำให้ได้มุมมองและคำตอบปัญหาวิจัยที่มีความละเอียดลึกซึ้ง สามารถ ตอบคำถามวิจัยได้เพิ่มเติมสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลหลัก รวมทั้งความต้องการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อนำมาพัฒนา ปรับปรุงระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนอย่างชัดเจนและนำ

องค์ความรู้นี้มาเป็นแนวทางการจัดระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างเหมาะสมต่อไป ซึ่งนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์โครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง รวมถึงวิเคราะห์ความต้องการและบริการที่สังคมได้รับอยู่
2. เพื่อเสนอแนะระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

แนวคิดเบื้องต้นในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ศึกษาหลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน แนวคิดระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนที่มีอยู่ และแนวคิดการได้มาซึ่งความรู้ตามหลักการของการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา รวมทั้งข้อมูลจากประสบการณ์ จากนั้นนำมาวิเคราะห์และสร้างรูปแบบระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน หลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ได้นำหลักการพยาบาลจิตสังคม ได้แก่ แนวคิดทางชีววิทยา จิตวิทยาและสังคมวัฒนธรรม มาเป็นแนวทางการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชโดยผ่านกระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินผู้ป่วยและครอบครัว วินิจฉัยวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาที่เน้นการเปิดเผยเรื่องราวและทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ชีวิต โดยการวิเคราะห์คำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล และใช้กระบวนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเป็นจริงส่วนบุคคลมากกว่าความเป็นจริงที่สังเกตวัดได้ ผลที่ได้เป็นคำตอบตามความเป็นจริงส่วนบุคคลจากหลายแหล่งมากกว่าเป็นคำตอบที่ถูกต้องอย่างเดียวนั้น โดยที่นักวิจัยดำเนินการศึกษาในสถานที่ตามธรรมชาติของปัญหาการวิจัย (Beyea and Nicoll, 1997; Creswell, 1994) นักวิจัยมีสัมพันธภาพเกี่ยวข้องกับบุคคลโดยการเข้าไปสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและสัมภาษณ์เชิงลึก ทำให้ได้ข้อมูลเชิงบรรยาย เป็นเรื่องราวของบุคคลโดยผ่านเหตุการณ์ในสถานการณ์หนึ่ง การศึกษาในลักษณะนี้ ทำให้ได้ข้อมูลตามประสบการณ์และตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงภายในสิ่งแวดล้อมขณะนั้น ข้อมูลที่ได้จึงมีความเข้มข้น ในสาระทั้งเชิงลึกและกว้าง มีความรู้สึก ทำให้ผู้วิจัยสามารถมองเห็นภาพรวมของการรับรู้จากประสบการณ์ที่เป็นจริง

ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน มีลักษณะผสมผสานเชื่อมโยงกับบริการพยาบาลที่มีอยู่แล้วในชุมชน คือ สร้างเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีการคัดกรองโรคเบื้องต้นเพื่อนำไปสู่การส่งต่อรักษาที่เหมาะสม นอกจากนั้น ระบบบริการพยาบาลสามารถเอื้อประโยชน์แก่ผู้ใช้บริการโดยสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือด้านทักษะ อาชีพในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีคุณภาพ การนำแนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนรวมกับการจัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ทั้งนี้เพื่อทำให้เกิดแนวทางการปฏิบัติการ

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนที่เหมาะสม มีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ นั่นคือ ผู้ป่วย
 ได้รับบริการอย่างทั่วถึง มีประสิทธิภาพ เกิดความเท่าเทียมกัน มีคุณภาพและมาตรฐานตามหลักการ
 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คำถามวิจัย

1. ลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนเป็นอย่างไร
2. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนเป็นอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาล
 สุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน และนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชใน
 ชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในสังคมไทย ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดเป็น
 ข้อมูลตามการรับรู้ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลโดยตรง การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (Focus group
)และสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล โดยใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended interview) ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการ
 บันทึกเสียงการสัมภาษณ์และจะหยุดการสัมภาษณ์ได้ทันทีเมื่อผู้ให้ข้อมูลต้องการ การคัดเลือกผู้ให้
 ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposeful sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบ
 งานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน, 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช, 3) ผู้ดูแลหลัก
 อาศัยอยู่กับผู้ป่วยและไม่ได้รับคำตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย, 4) สามารถสื่อสารได้ทั้งการใช้ภาษาพูด
 หรือไม่ใช้ภาษาพูด และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับฟังสถานที่ศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนและสถาน
 บริการหน่วยปฐมภูมิเขตชุมชนจังหวัดสมุทรสงคราม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน หมายถึง การจัดการบริการที่มีแบบแผนใน
 การดูแลรักษาพยาบาล การให้ความรู้เรื่องโรค การประเมินอาการทางจิต การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวช
 การฝึกทักษะของการดำเนินชีวิตประจำวัน ทักษะทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพจิต การฟื้นฟูสภาพ
 และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต สำหรับ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแล ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต
 และประชาชนทั่วไป ทุกกลุ่มวัยในชุมชน การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่าง
 ต่อเนื่อง การประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง และการประเมินผลลัพธ์ของการบริการอย่างต่อเนื่อง

พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน หมายถึง พยาบาลประจำการทำ
 หน้าที่ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและครอบครัว ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพจิตแก่
 ประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคทางจิต ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคระบบประสาท ผู้ป่วยสารเสพติด ภาวะปัญญาอ่อน เป็นต้น ได้รับการรักษาอาการทางจิตในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก ขณะนี้มีอาการสงบและแพทย์ลงความเห็นให้กลับไปดูแลรักษาต่อที่บ้านได้

ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่ เป็นโรคทางจิต ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ที่เป็นโรคทางจิต อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ที่เป็นโรคจิตเวช ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง สม่่าเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นในมโนคติหรือแนวคิดของระบบบริการสุขภาพจิต และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเขตชุมชนซึ่งสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางของการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชให้สอดคล้องกับ ความต้องการ และความเหมาะสม สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
2. ได้แนวคิดพื้นฐานในการจัดบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ที่สอดคล้องกับ ความต้องการบริการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่กลับไปดำเนินชีวิตในสังคมซึ่งสามารถพัฒนาให้เป็นรูปแบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชตามสภาพการณ์ในชุมชน หน่วยงานที่ใช้ประโยชน์ คือ โรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ เป็นการศึกษาลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนและพัฒนาปรับปรุงรูปแบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน คณะผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา หนังสือและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระบบบริการดูแลสุขภาพ

1.1 ความหมาย

1.2 องค์ประกอบ

2. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

2.1 ความหมาย

2.2 หลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

2.3 ความต้องการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

2.4 ระดับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

2.5 รูปแบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

3. ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

3.1 ความหมาย

3.2 องค์ประกอบ

3.3 ลักษณะสำคัญ

3.4 ผลลัพธ์และการประเมินผลระบบบริการพยาบาล

4. บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

5. แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ระบบบริการดูแลสุขภาพ

1.1 ความหมาย

ระบบบริการดูแลสุขภาพ หรือ ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง บริการต่าง ๆ ที่จัดขึ้น เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพอย่างผสมผสานหรือเฉพาะทาง ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกัน โรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในการดูแลระดับ ปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิ (Lee, et al., 2003) ทั้งนี้หากเป็นส่วนที่รัฐจัดขึ้น สนับสนุนให้จัดขึ้น หรือ

อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของรัฐ เพื่อประชาชน โดยทั่วไปจะเรียกในส่วนนั้นว่า บริการสาธารณสุข หรืออาจเป็นระบบเอกชน เช่น คลินิก ดังนั้น ระบบบริการสุขภาพจึงมีแนวคิดจากพื้นฐานแนวคิด หลากหลาย เช่น แนวคิดการดูแลทางชีววิทยา การดูแลตามแนวคิดพื้นฐาน การดูแลตามแนวคิด ตะวันออก เป็นต้น

การศึกษาศาสนาการณระบบบริการสุขภาพและวิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพไทยใน มุมมองของ พยาบาล โดยการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มในพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ภาคเหนือ จำนวน 1,269 คน พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ควรเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีความเสมอภาค บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ กระจายอำนาจ การสร้างสุขภาพที่เน้นการดูแล สุขภาพตนเอง กำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ กระบวนการสร้างความรู้และ งานวิจัยด้านสุขภาพ หลักประกันเพื่อการมีสุขภาพดี รัฐและประชาชนมีส่วนร่วมในค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพ การมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพในกระบวนการกำหนดนโยบายสุขภาพและประสิทธิภาพ ของระบบบริการสุขภาพต่างๆ (ประคิด สุจฉายา และคณะ 2545)

ระบบบริการสุขภาพมีความหมายครอบคลุมสุขภาพและการใช้ชีวิตในสังคม ศาสตราจารย์นาย แพทย์จรัส สุวรรณเวลา ได้ให้ความหมายของ “ระบบบริการสุขภาพ” ว่า คือ

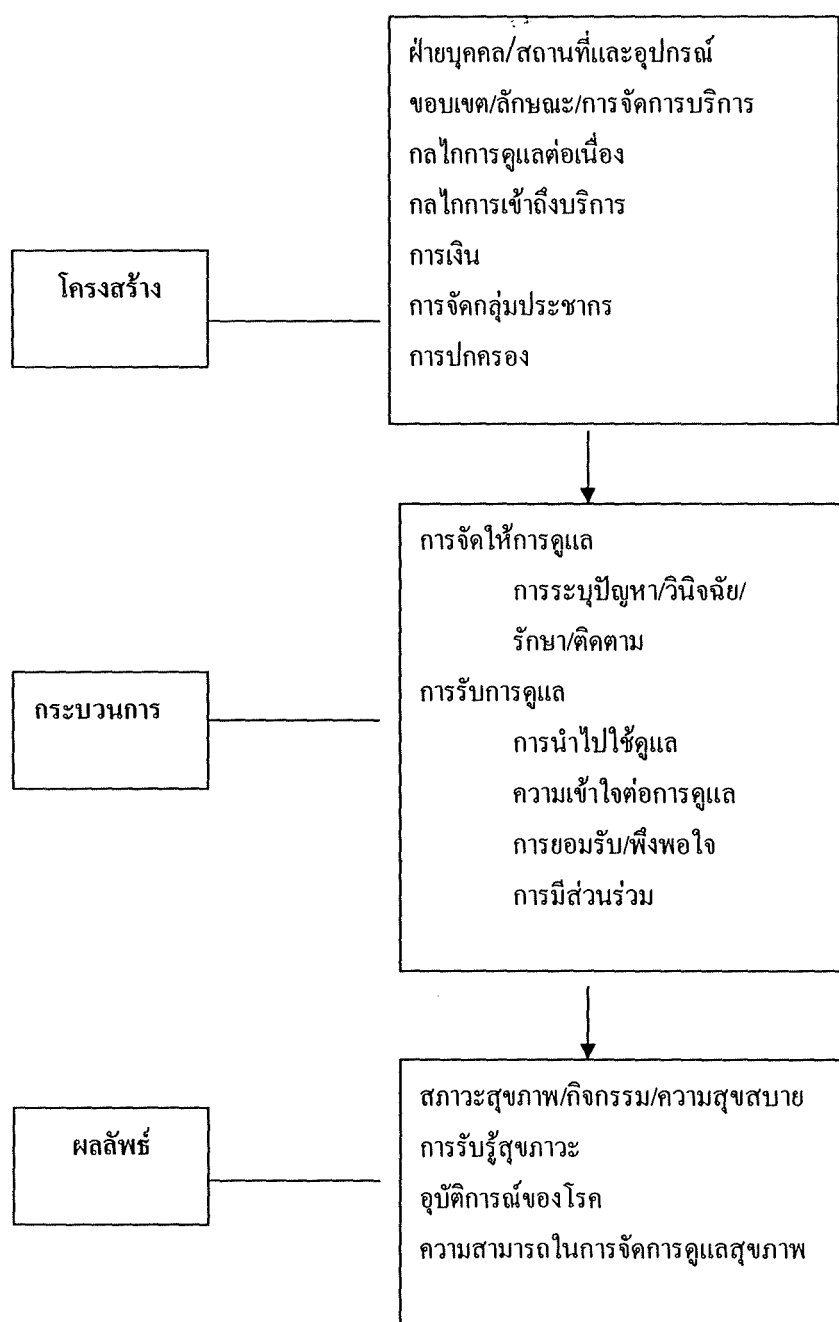
“...ระบบบริการสุขภาพ...ครอบคลุมตั้งแต่บริการเพื่อการใช้ชีวิต การร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อม ที่สร้างเสริมสุขภาพรวมถึงการสุขภาพิบาล การมีอาหาร น้ำและอากาศที่ปลอดภัย อาจรวมถึงการมี เศรษฐฐานะ ระบบการปกครอง ระบบการค้า ระบบการประกอบอาชีพที่ช่วยแก้ไขปัญหาคความยากจน ซึ่งส่งผลให้ช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพได้ การได้รับการศึกษาและข้อมูลเพื่อให้รู้เท่าทันโดยใช้ ชีวิตอย่างเหมาะสมและรักษาสุขภาพที่ดีไว้ได้ ระบบป้องกันโรคที่ป้องกันได้...เมื่อเกิดโรครุนก็มีการมี บริการรักษาโรค ซึ่งมีรูปแบบและระบบความซับซ้อนจากการใช้เทคโนโลยีต่างๆ มากมาย เมื่อพิการก็มี เทคโนโลยีในการลดความพิการและเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิต รวมไปถึงการปรับสภาพสังคม ทั้งด้านกายภาพ กฎเกณฑ์สังคม และค่านิยม เพื่อให้ผู้พิการทางกาย จิต และทางสังคม เช่น โรคที่สังคม รังเกียจ ฯลฯ ได้มีสุขภาพะที่ดีที่สุดที่พึงจะมีได้...” (จรัส สุวรรณเวลา 2543 : 35-36)

โดยสรุป ระบบบริการดูแลสุขภาพ หมายถึง บริการทั้งหลายที่จัดขึ้นจากระบบย่อยอื่นๆทาง สังคม เพื่อนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดของบุคคลให้สามารถดูแลตนเองและครอบครัว ครอบคลุมการ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เป็นระบบบริการ สุขภาพที่มีความเสมอภาค มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

1.2 องค์ประกอบ

องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ ทำให้สามารถจัดการบริการดูแลสุขภาพได้ อย่างครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาความเจ็บป่วยและลดความพิการ โดยคำนึงถึงค่าใช้จ่าย ทั้งเวลาและการเงิน (G. W. Stuart, 1999) องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ โครงสร้าง

บริการ กระบวนการบริหารจัดการและผลลัพธ์ของการดูแล (Starfield, 1992) ดังภาพที่ 1 แสดงองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ โครงสร้างของระบบบริการสุขภาพควรมีการออกแบบให้มีความเหมาะสมสอดคล้อง และสามารถตอบสนองต่อความจำเป็น ความต้องการทางด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นระบบบริการสุขภาพที่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีประสิทธิภาพ โดยมีการจัดสรรและการบริหารทรัพยากรสาธารณสุขอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ควรคำนึงถึงบริบทสภาพแวดล้อมของระบบสุขภาพ เช่น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเป็นต้น รวมทั้งควรมีการบริหารความเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม เพื่อให้ความเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นไปอย่างรวดเร็ว เกิดความยอมรับ เห็นพ้องต้องกันกับบุคคลและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องทำให้เป็นความเปลี่ยนแปลงที่มีความยั่งยืน



ภาพที่ 1 องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ (Starfield, 1992)

2. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

2.1 ความหมาย

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน หมายถึง การจัดการดูแลสุขภาพของบุคคล ในชุมชนทั้งในภาวะการเจ็บป่วยและภาวะที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต รวมทั้งบุคคลทั่วไป โดยใช้หลักการพยาบาลในระดับพื้นฐานและระดับความเชี่ยวชาญ ตามแนวคิดแบบผสมผสาน ของแนวคิดทางประสาทชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวัฒนธรรมวิทยา สำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้ำประกันถึงผลลัพธ์ของการดูแลร่วมกับการ ประเมินคุณภาพทางการพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิต ให้ได้รับและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ในระดับสูงสุด ตามศักยภาพของบุคคลนั้น และสามารถดำรงชีวิต อย่างเป็นอิสระในชุมชน (Fortinash & Holoday Worret, 2004) รวมทั้งค้ำประกันถึงการพยาบาลในระดับ การป้องกัน ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิซึ่งมีการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ เคารพซึ่งกันและกัน เป็นตัวของตัวเอง มีความยืดหยุ่น ประสานงานระหว่างฝ่ายเวชกรรมและระบบยุติธรรม (Beese & Turnbull, 1997) และการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการ (Anthony & Crawford, 2000)

2.2 หลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

การนำหลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาใช้ในระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชนมีหลักการ 3 ประการ คือ การดำเนินชีวิตที่เป็นปกติ อยู่ได้ในสภาพแวดล้อมของ ตนเอง และการให้บุคคลมีทางเลือก (ริงส์มันต์ สุนทรไชยา 2550) กล่าวคือ ประการแรก การดำเนินชีวิต ที่เป็นปกติหรือการคงไว้ซึ่งความปกติ เป็นการดูแลช่วยเหลือบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิต ครอบครัว และ ชุมชน ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติตามศักยภาพของตนเองโดยทำให้เกิดการผสมผสานการ ดำเนินชีวิตร่วมกับชุมชนเช่น มีการจัดการด้านที่อยู่อาศัย การผ่อนผันสำหรับครอบครัว และการให้ โอกาสบุคคลในการทำงาน รวมทั้งการให้ความรู้ สอนทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และ สมาชิก ในชุมชนด้วย การผสมผสานในลักษณะนี้ ช่วยในการลดอคติทางสังคมที่มีต่อผู้ป่วยทางจิต และครอบครัว รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความเป็นปกติ คือการให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างอิสระ เป็นการให้ โอกาสบุคคลพัฒนาความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองและช่วยเหลือตัวเองได้

ประการต่อมา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนนั้น พยายามจึงต้องคำนึงถึง สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวและสิ่งแวดล้อมต่างๆในชุมชน ได้แก่ ลักษณะความเป็นอยู่ ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและบุคคลอื่น การอาชีพ ลักษณะสังคม วิถีชีวิตในชุมชน ความเชื่อของชุมชน แหล่งทรัพยากรที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต และแหล่งความช่วยเหลือด้านต่างๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน และประการสุดท้าย การเสนอทางเลือกช่วยให้บุคคลสามารถ จัดการ หรือ เผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตได้และช่วยเพิ่มความรู้สึก มี ความสามารถในตนเอง การช่วยเหลือสนับสนุนตนเองโดยการมีทางเลือกจะได้ผลอย่างยิ่งเมื่อบุคคล

สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง นั่นคือ พยาบาลสามารถช่วยให้บรรลุเป้าหมายในการรักษา และผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเองเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา

โดยสรุป การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนเป็นการดูแลกลุ่มบุคคลทุกวัยที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติในสภาพแวดล้อมของตน และมีทางเลือกด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระ โดยใช้แนวคิดแบบผสมผสานตามแนวคิดทางชีวประสาทวิทยา จิตวิทยาและสังคมวัฒนธรรมวิทยา ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพจิต และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยทางจิต ซึ่งเป็นการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตของครอบครัวและสมาชิกชุมชน

2.3 ความต้องการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ความต้องการบริการพยาบาลของบุคคลเกิดจากความต้องการจัดความเครียดหรือการเสริมสร้างการทำหน้าที่ในสังคมของบุคคลมากกว่าความต้องการการวินิจฉัยว่าเป็นโรค (WHO, 2003) ความต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของบุคคลในชุมชนมีความหลากหลายตามกลุ่มวัย ตามอาการเจ็บป่วยหรือความพร้อมของสุขภาพ

การศึกษาความต้องการบริการสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Toward, 2002) โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านที่อยู่อาศัย ภาวะจิตสังคม ผู้ให้บริการ บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 41 คน และวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการบริการสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 5 ประเภท คือ 1) ความต้องการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิต 2) ความต้องการเข้าถึงบริการเนื่องจากขาดความรู้ สภาพสิ่งแวดล้อมไม่อำนวยและขาดความสะดวกในการเดินทาง 3) ความต้องการวางแผนจำหน่าย บริการสนับสนุนจากผู้ดูแลและการดูแลที่บ้าน 4) ความต้องการให้บุคลากรสุขภาพได้รับการฝึกอบรมความรู้ในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และ 5) ความต้องการได้รับการส่งเสริมด้านทุนสนับสนุนในการบริการผู้สูงอายุทั้งในหน่วยบริการและที่บ้าน

นอกจากนั้น ความต้องการการบริการจากพยาบาลที่มีคุณสมบัติด้านความรู้และสมรรถนะของพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญต่อการบริการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลและประชาชนในชุมชน จากการศึกษาของจันทร์อัมพร รุณดี (2544) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติของผู้ให้บริการในระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิว่าจะต้องมีความเชี่ยวชาญที่เฉพาะและทั่วไปในการดูแลทั้งปัญหาทางร่างกาย จิตสังคม มีความรู้ความสามารถที่หลากหลายในการปฏิบัติงานทั้งในเรื่องเวชปฏิบัติครอบครัวการทำงานร่วมกับชุมชน ซึ่งต้องใช้ทักษะในการติดต่อสื่อสารเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม ซึ่งต้องมีการประสานงานกันเป็นอย่างดีทั้งภายในหน่วยบริการ ผู้นำชุมชน บุคคลอื่นในระบบสาธารณสุขและนอกหน่วยงาน ทั้งนี้ผู้ให้บริการจะต้องมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน สามารถบริหารจัดการได้ด้วยตนเองทั้งเรื่องยา เวชภัณฑ์ การบริหารจัดการคน รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรทีมสุขภาพในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน

สำหรับในประเทศอังกฤษได้มีการศึกษาถึงคุณสมบัติของผู้ให้บริการที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลว่าต้องมีความสามารถในการค้นหาความต้องการบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ มีบทบาทที่เหมาะสมทั้งในบทบาทของผู้รักษาและผู้บำบัด มีสมรรถนะครบถ้วนตามคุณสมบัติของผู้ชำนาญการและร่วมวางแผนการพัฒนา โครงสร้างต่างๆทั้งบทบาทและรูปแบบการบริการ (Kinderman et al., 2008)

2.3 ระดับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนนอกจากเป็นการจัดการบริการดูแลตามมาตรฐานการดูแล จากการใช้ความรู้การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขั้นพื้นฐาน และขั้นความเชี่ยวชาญแล้วนั้น ยังเป็นการดูแลป้องกันทั้งสามระดับ คือระดับปฐมภูมิ ทุติภูมิและตติภูมิ โดยที่การป้องกันระดับปฐมภูมิ คือ การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเกิดโรคและความพิการทางจิต เป็นการพยาบาลที่ใช้สิ่งแวดล้อมหรือภูมิปัญญาในชุมชนสร้างเสริมศักยภาพ ความเข้มแข็งของประชาชน ครอบครัวและชุมชนในการจัดการกับเหตุการณ์โรคต่างๆ เช่น การให้ความรู้ในการป้องกันหรือสร้างความตระหนักในความเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยทางจิต การช่วยเหลือในการสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นในครอบครัวเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

ระดับทุติภูมิ คือ การบำบัดรักษา เพื่อลดระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต เป็นการพยาบาลที่ช่วยลดความชุกของการเจ็บป่วยทางจิตในชุมชน ได้แก่ การวินิจฉัยเบื้องต้น การบำบัดรักษาทันที การระบุความต้องการทางสุขภาพ ระบุปัญหาทางจิตของผู้ใช้บริการและบุคคลกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งการสำรวจคัดกรองเพื่อค้นหาบุคคลที่มีแนวโน้มการเจ็บป่วยทางจิต หรือมีสุขภาพจิตบกพร่อง และการพยาบาลภาวะวิกฤตทางจิต

ระดับตติภูมิ คือ การพยาบาลที่ลดอัตราความเจ็บป่วยทางจิตที่หลงเหลืออยู่ เป็นการฟื้นฟูสภาพ และลดความรุนแรง ความไม่สุขสบาย หรือความพิการทางจิต ได้แก่ การสอนและฝึกทักษะการเรียนรู้ทางปัญญาและทางอารมณ์ การฝึกงานอาชีพ การฝึกทักษะทางสังคม การฝึกควบคุมอารมณ์ เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ระดับต่างๆของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผน และปฏิบัติการพยาบาล ที่ถูกต้องเหมาะสมกับ การเจ็บป่วยของประชากรกลุ่มเป้าหมายและเหมาะสมกับการแหล่งช่วยเหลือตามสถานการณ์

2.4 รูปแบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนมีการดำเนินการที่หลากหลาย เนื่องจากปัจจัยทางบุคลากร สถานการณ์การเจ็บป่วย สภาพสิ่งแวดล้อมในแต่ละชุมชนมีความคล้ายและแตกต่างกัน รวมทั้งการกำหนดเป้าหมาย แผนการดำเนินงานและข้อจำกัดของสถานบริการสุขภาพในชุมชนแต่ละแห่ง การทบทวนตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนมีรูปแบบดังนี้

1. การจัดการรายกรณี (Case management)
2. การดูแลแบบมีส่วนร่วม (Collaboration model)
3. การดูแลแบบผสมผสาน (Integrated care)
4. การดูแลแบบเชิงรุก (Assertive community treatment)
5. การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตและฉุกเฉิน
6. การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3.ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

การพัฒนาสุขภาพประชาชนชาวไทยไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงเพื่อสร้างสุขภาพดี บริการดี สังคมดีชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียงสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวคิดของ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว กรมสุขภาพจิตได้กำหนดเป้าประสงค์หลักให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดี มีความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต สามารถดูแลจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตทั้งของตนเอง ครอบครัวและผู้ที่อยู่ในชุมชนได้ นำไปสู่การอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุขที่ยั่งยืน (กรมสุขภาพจิต 2550) นอกจากนั้น ยังกำหนดให้มีเครือข่ายบูรณาการงานสุขภาพจิต เพื่อการดูแลสุขภาพจิตให้แก่ประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง การพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นผลต่อเนื่องสอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ที่ให้ประชาชนใช้ บริการสุขภาพอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ด้วยการบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ คุ่มค่าราคาที่จ่าย ชุมชนมีส่วนร่วมและตรวจสอบได้ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ 2543) ผลจากการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยมีผลสืบเนื่องต่อระบบบริการดูแลสุขภาพต่างๆ รวมทั้งระบบบริการพยาบาล

3.1 ความหมาย

ระบบบริการพยาบาลเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพ ซึ่งมีการทำงานแบบร่วมมือกัน ในแต่ละระบบย่อย เช่น ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ เป็นต้น ระบบย่อยต่างๆมีการทำงานเกี่ยวข้อง สัมพันธ์กัน ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพหรือสุขภาพะของประชาชน ในความหมายของคำว่า “ระบบ” หมายถึง ชุดของส่วนต่างๆที่ประกอบกันขึ้น โดยที่แต่ละส่วนนั้นมีความสัมพันธ์และพึ่งพาซึ่งกันและกัน เพื่อให้ได้รับเป้าหมาย (Milton, 1991; Bertalanffy, 1968) เช่นเดียวกับ ในทฤษฎีระบบทั่วไป ซึ่งกล่าวถึงการนำหลักการที่หลากหลายในการบรรลุเป้าหมายตามสภาพการณ์ที่แวดล้อมอยู่ ระบบทำหน้าที่เสมือนเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนแหล่งทรัพยากร พลังงาน และผลลัพธ์ที่ได้ปรับตัวในพื้นที่นั้น (Bertalanffy, 1968) การทำงานในชุมชน ซึ่งมีมุมมองว่า ชุมชนเป็นระบบสังคมระบบหนึ่ง ประกอบด้วยส่วนต่างๆที่สัมพันธ์และเกี่ยวข้องระหว่างกัน ถ้ามีส่วนประกอบใดเกิดการเปลี่ยนแปลง ย่อมทำให้เกิดผลกระทบต่อส่วนประกอบอื่นๆไปด้วย ในที่สุด การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ขยายผลไปสู่การเปลี่ยนแปลงของระบบทั้งหมดนั้น นั่นคือ ถ้าเกิดการเปลี่ยนแปลงในส่วนประกอบต่างๆที่สอดคล้องกัน การเปลี่ยนแปลงนั้นจะได้รับการยอมรับและระบบนั้นจะมีความ

มันคงจากส่วนประกอบเหล่านั้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากว่า การปฏิสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบต่าง ๆ นั้นไม่สอดคล้องกัน การเปลี่ยนแปลงนั้นไม่ได้รับการยอมรับให้เป็นระบบ ผลก็คือสภาพของส่วนประกอบต่างๆจะจัดกระจายนำไปสู่ความเสียหายของระบบและต้องการสร้างระบบใหม่ ซึ่งระบบสังคมลักษณะนี้เรียกว่า ความเท่าเทียมสุดท้าย (Hearn, 1969) นั่นคือ แนวโน้มภายในระบบสังคมทำให้เกิดผลที่เป็นเอกลักษณ์ ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบในระบบก็ตาม

การบริการพยาบาล คือ การวางแผนการดูแลซึ่งมีเป้าหมายให้เกิดผลลัพธ์ของการทำหน้าที่ต่างๆของบุคคลมากกว่าการรักษาโรค เป็นการทำงานร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและประชากรในชุมชน จากบุคลากรวิชาชีพสุขภาพหลายสาขาที่มีความสามารถเฉพาะทางและดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยที่มันต้องมีผู้เชี่ยวชาญทั้งทางจิตเวช อาชีวบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์โดยมีบทบาทเป็นทั้งที่ปรึกษาและผู้นำการพัฒนาระบบบริการ และเมื่อได้รับการดูแลที่ครบถ้วนจะทำให้สามารถฟื้นฟูสภาพได้ การบริการพยาบาลต้องมีการพัฒนาทั้งระบบมากกว่าการพัฒนาแบบรายบุคคลทั้งนี้เนื่องจากการบริการพยาบาลมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการซึ่งเป็นการให้บริการ โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีเป้าหมายเป็นที่พึงพอใจ (Kinderman et al, 2008) ดังนั้น การบริการพยาบาลที่เป็นระบบนั้นจำเป็นต้องมีส่วนต่างๆประกอบกันเป็นระบบย่อยและทำงานสอดคล้องสัมพันธ์ซึ่งกันและกันจึงสามารถส่งผลถึงประสิทธิภาพของระบบสุขภาพได้

การศึกษาของจันทรอัมพร รุณดี (2544) ที่ศึกษาถึงการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี 2553 โดยการศึกษาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ทิศทางของระบบบริการสุขภาพต้องมีการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม โดยเป็นบริการในเชิงรุก เน้นการทำงานร่วมกันในลักษณะสหสาขาวิชาชีพที่เจ้าหน้าที่สุขภาพทุกคนมีส่วนร่วม รวมทั้งผู้ใช้บริการและประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองโดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและรักษาคุณภาพของการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอังกฤษที่ศึกษาถึงการพัฒนาระบบการบริการทางสุขภาพจิตโดยการพัฒนาทีมการดูแลให้มีลักษณะพิเศษ กล่าวคือการพัฒนาทักษะ การเสริมสร้างสมรรถนะผู้ชำนาญการ รวมทั้งการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ (Kinderman et al, 2008)

โดยสรุป ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน คือ การจัดบริการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมของประชากรกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ทั้งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแล ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต และประชาชนทั่วไป ทุกกลุ่มวัย โดยใช้ความรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องมาจัดการดูแลที่ตอบสนองความต้องการบริการพยาบาลและความต้องการพื้นฐานของบุคคล ครอบครัวและชุมชนทั้งผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้อง และมีการบริหารจัดการระบบย่อยต่างๆ เช่น รูปแบบการ

พยาบาลจิตเวช ระบบการจัดการเรื่องยา ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระบบบริการทางสังคม ให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและมีความเท่าเทียม เป็นธรรมในสังคม

3.2 องค์ประกอบ

องค์ประกอบของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ได้นำแนวคิดของ Starfield (1992) มาดัดแปลง ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยต่างๆ ดังนี้

1. โครงสร้างของระบบบริการ

โครงสร้างของการดูแลประกอบด้วย ฝ่ายบุคคลที่จัดการดูแลบริการ การศึกษาและการฝึกอบรม การจัดหาอุปกรณ์ สถานที่ในการบริการดูแลสุขภาพ เช่น ห้องบำบัดที่มีความเป็นส่วนตัว ห้องและอุปกรณ์การตรวจรักษา รูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมการส่งเสริม รักษา ป้องกันฟื้นฟู เช่น บริการคัดกรอง บริการให้ความรู้สุขภาพ บริการให้คำปรึกษา บริการเยี่ยมบ้าน บริการดูแลที่บ้านและการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพ ทักษะทางสังคม องค์การบริการ/แหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น แกนนำชุมชน โรงเรียน วัด มูลนิธิทางสังคม หน่วยงานต่างๆ เช่น สังคมสงเคราะห์ สถานีตำรวจ กลไกการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อ การเข้าถึงการบริการ เช่น หน่วยบริการเคลื่อนที่ หน่วยจัดการภาวะวิกฤติ หน่วยบริการเดินทางสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว หน่วยบริการการสื่อสารการจัดการด้านการเงิน เช่น หน่วยบริการบัตรประกันสังคม ดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ การจัดกลุ่มผู้ใช้บริการเพื่อให้ทราบแหล่งการบริการ เช่น บริการสำหรับเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวชรวมทั้ง การให้สิทธิในการตัดสินใจรักษาแก่ผู้ป่วย

2. กระบวนการบริการ

องค์ประกอบด้านกระบวนการบริการ เป็นกระบวนการทั้งด้านผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการดูแล ด้านผู้ให้บริการมีการประเมินความต้องการของผู้ใช้บริการ เช่น ความต้องการพื้นฐาน ความต้องการการบริการพยาบาล ผู้ให้บริการต้องระบุความต้องการของผู้ใช้บริการและชุมชน หรือสามารถระบุปัญหาหรือความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพจิต เช่น อาการและอาการแสดง ผลทดสอบที่ผิดปกติ หรือข้อมูลที่สะท้อนถึงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาในชุมชน หลังจากสามารถระบุปัญหาจึงรวบรวมข้อมูลต่างๆเป็นการวินิจฉัย ตลอดจนการจัดการกับปัญหาและการบำบัดรักษา ซึ่งต้องการการจัดการพยาบาลที่นำความรู้มาใช้ สร้างแนวปฏิบัติและนำไปใช้แก้ปัญหาการพยาบาลสุขภาพจิต รวมทั้งการประเมินปัญหาอีกครั้งเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของปัญหาว่าได้แก้ไขหรือไม่ อย่างไร ซึ่งเป็นกระบวนการในการดูแลของการเฝ้าระวังและการมีชีวิตรอด

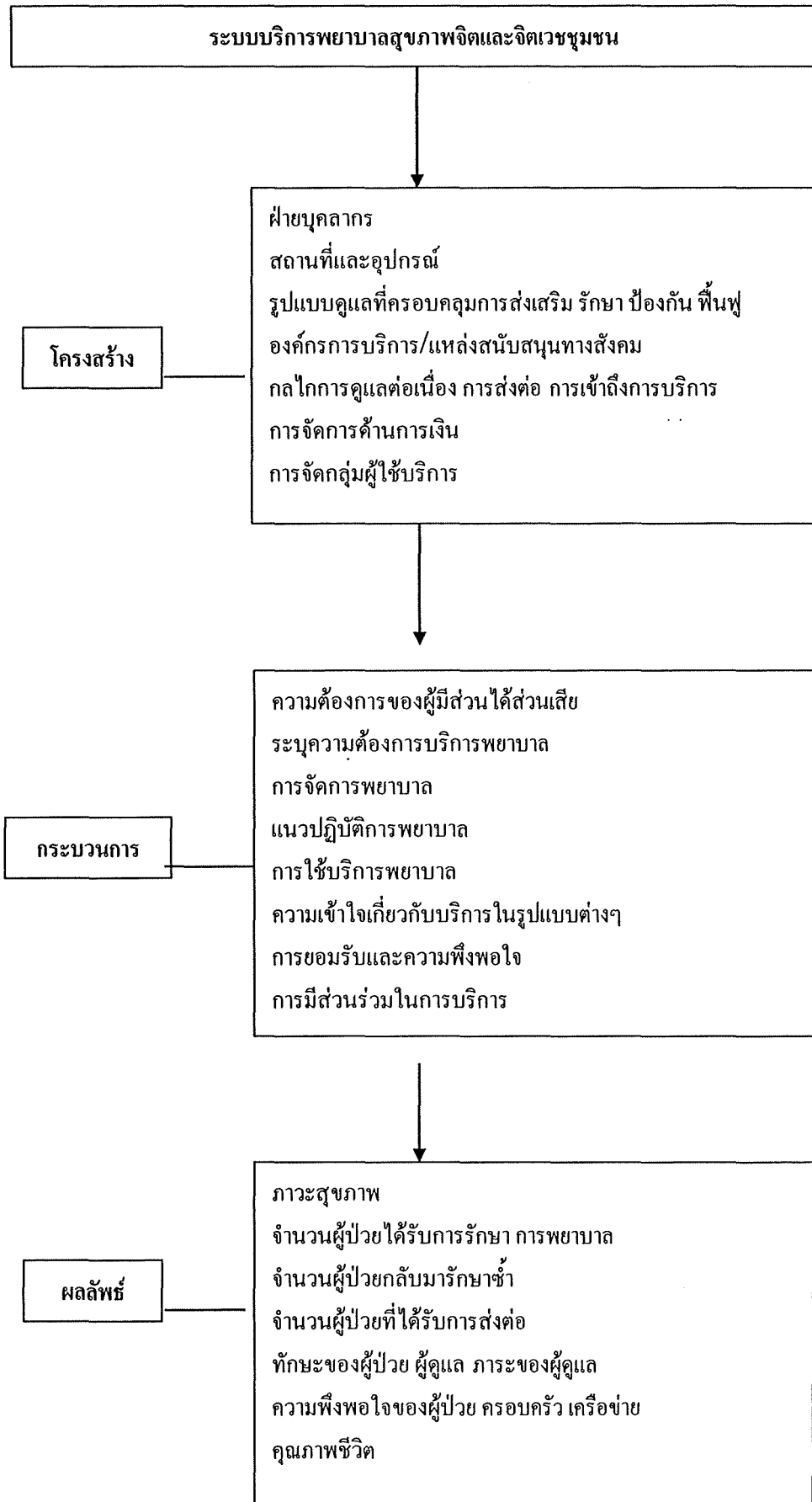
นอกจากนั้น กระบวนการบริการสะท้อนให้เห็นปฏิสัมพันธ์ของประชาชนที่มีต่อระบบบริการดูแล ประการแรก ประชาชนสามารถตัดสินใจว่าจะใช้บริการพยาบาลหรือไม่ เมื่อไรที่ต้องการใช้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ประชาชนสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับบริการในรูปแบบต่างๆว่าจะได้รับบริการพยาบาลอะไรบ้าง สามารถตัดสินใจยอมรับการมีส่วนร่วมการใช้บริการเหล่านั้นตามคำแนะนำ ซึ่งเป็นบริการที่เหมาะสมกับตนเองและครอบครัว เช่น โปรแกรมการให้ความรู้และฝึกทักษะ

การจัดการกับอาการจิตเวชที่บ้าน โปรแกรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การพยาบาลร่วมกับการปรับพฤติกรรมความคิดเพื่อลดอาการซึมเศร้า เป็นต้น หรือสามารถปฏิเสธ หรือยอมรับการบริการแต่เพียงบางส่วน ในที่สุด ทำให้เกิดการยอมรับและความพึงพอใจต่อการใช้บริการเหล่านั้น

3. ผลลัพธ์ของการดูแล

ในระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ผลลัพธ์ของการดูแลเป็นการทดสอบที่สำคัญของการบริการทั้งระบบซึ่งประกอบด้วยดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพที่หลากหลาย ทั้งระดับบุคคล ระดับองค์กรและระดับสังคม ดัชนีชี้วัดระดับบุคคลด้านสุขภาพ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ จำนวนปีของช่วงอายุ กิจกรรมในชีวิต ความสุขสบายทางร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ทักษะของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการทางจิต การรับประทานยาจิตเวช ทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ภาวะของผู้ดูแล อัตราการเกิดโรค ความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วย ครอบครัว ดัชนีชี้วัดระดับองค์กร ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล จำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ หรือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อจำนวนผู้ป่วยหรือต่ออาการ ดัชนีชี้วัดระดับสังคม ได้แก่ ความสุขมวลรวม ความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพ คุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นต้น

เมื่อระบบบริการพยาบาลได้มีการพัฒนาไปในทิศทางที่เหมาะสมสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมาคือ การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในด้านสังคม จิตสังคม หรือการพัฒนาบทบาทหน้าที่ในการทำงานซึ่งแสดงว่าการรักษาได้ผลเป็นที่น่าพอใจนำไปสู่การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การเพิ่มความตระหนักเรื่องปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ จะเป็นการสร้างกลยุทธ์เพื่อพัฒนาไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ นั่นคือการสร้างจุดแข็งและลดอัตราการป่วยซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ทำงานในชุมชน (Birlsorn et al., 2000)



ภาพที่ 2 องค์ประกอบของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
(ที่มา: Starfield, 1992)

3.3 ลักษณะสำคัญ

ลักษณะของระบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ มีลักษณะ ดังนี้ (ทัศนา บุญทอง, 2543)

1. กำหนดรูปแบบการพยาบาลที่ชัดเจนเพื่อสามารถวางแผน ให้การพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน รูปแบบการพยาบาล ได้แก่ การพยาบาลรายกรณี การพยาบาลตามหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่ง การพยาบาลแบบทีม การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ เป็นต้น
2. การจัดอัตรากำลังของบุคลากรพยาบาล ที่เหมาะสม ทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ รวมทั้งระบบการคัดเลือก ระบบกำหนดตำแหน่ง ระบบการมอบหมายงาน โดยคำนึงถึงปัจจัยคือ จำนวนผู้ป่วย ระดับความรุนแรง ความซับซ้อนของผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยตามการวินิจฉัย ระบบการจัดประเภทผู้ป่วย ประเภทของบุคลากร เวลาที่ใช้ทำกิจกรรมพยาบาล และงบประมาณ เป็นต้น
3. ระบบการจัดการคุณภาพทั้งหมด พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการทำงานเป็นทีม การรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของผู้ใช้บริการ การวัดคุณภาพเชิงโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ การแสวงหา ควบคุมการจัดบริการพยาบาลและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า การคิดค้นทุนและค่าใช้จ่ายทางการพยาบาล อย่างมีคุณภาพสอดคล้องกับระบบคุณภาพขององค์กร
4. ระบบบริการพยาบาลที่มีมาตรฐานและประสิทธิภาพ มีบุคลากรที่มีคุณภาพ ปฏิบัติการพยาบาลได้มาตรฐาน ถูกต้อง รวดเร็ว ประหยัด ให้การบริการแก่ผู้ใช้บริการด้วยมาตรฐานเดียวกันและเป็นบทบาทอิสระ
5. ระบบพัฒนาบุคลากรและระบบพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ มีความก้าวหน้าในงาน มีความเป็นวิชาชีพ และมีขวัญกำลังใจ ในการปฏิบัติงานสามารถทำงานอย่างมีความสุข การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานและสุขภาพ และมีความปลอดภัย
6. ระบบสารสนเทศทางการพยาบาลที่ทันสมัย ในการจัดเก็บข้อมูล พัฒนาการปฏิบัติงานและสร้างองค์ความรู้ รวมทั้งระบบการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลและสุขภาพผู้ใช้บริการพยาบาล และร่วมมือทางวิชาการกับหน่วยงานต่างๆ
7. ระบบการสอน แนะนำ สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคและการบาดเจ็บสำหรับผู้ใช้บริการและครอบครัวให้ดูแลสุขภาพในภาวะปกติ ระบุเจ็บป่วยและระบุเรื้อรังหรือพิการ รวมทั้งการตรวจพบความผิดปกติเบื้องต้น และแสวงหาความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

3.4 ผลลัพธ์และการประเมินผลระบบบริการพยาบาล

ผลลัพธ์ของระบบบริการการพยาบาลเป็นเครื่องแสดงถึงคุณภาพของการจัดการระบบบริการ การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพจะช่วยให้สามารถอธิบายการป่วย ลดอาการป่วย ลดความพร่องในหน้าที่และหลังจากฟื้นสภาพจะสามารถลดการกลีบเป็นซ้ำ โดยสิ่งต่างๆเหล่านี้สามารถประเมินได้จากเครื่องมือที่น่าเชื่อถือ นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญคือการแสดงถึงความพึงพอใจของผู้ใช้บริการมากกว่า

ความเหมาะสมของการบริการเพราะการประเมินผลระบบบริการพยาบาลมุ่งเน้นการลดภาวะโรคจากการเจ็บป่วยทางจิต (Andrews, 1999) รวมทั้งการอธิบายการเจ็บป่วยทางจิต การบำบัดที่ใช้และผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Canham, Mao, Yoder, Connolly, & Dietz, 2008)

ดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ในระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อาการวิทยา แบบแผนการจัดการปัญหา การป่วยซ้ำ พฤติกรรมการร่วมมือ อัตราตาย ผลลัพธ์ทางการทำหน้าที่ ได้แก่ สถานะการทำหน้าที่หรือทักษะในการฟื้นฟูสภาพ (Berry & Poorhady, 2007) การมีปฏิสัมพันธ์ กิจกรรมประจำวัน คุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลลัพธ์ความพึงพอใจ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ให้การดูแลสุขภาพ กระบวนการดูแลของผู้ดูแล ผลลัพธ์ด้านการเงิน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่ออาการ รายได้ของการรักษา จำนวนการเยี่ยมบ้าน การใช้แหล่งช่วยเหลือและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับความพิการ (Starfield, 1992; G.W. Stuart, 1998) รวมทั้งค่าแรงและค่าลงทุนของการบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (จลิต เจริญสุรพร, 2551)

การศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ระบบการบันทึกสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชวัยผู้ใหญ่และผู้ป่วยสูงอายุในการเยี่ยมบ้าน เรียกว่า “The Omaha System” โดยนักเรียนพยาบาล เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมดที่บ้าน จำนวน 195 คน ในสัปดาห์ที่ 1 และ 5 และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 13 และ 14 ของภาคการศึกษา ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ระบุปัญหาของผู้ป่วย ประเภทของการบำบัดและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที่ พบว่า ข้อมูลจากการบันทึกสามารถระบุปัญหาของผู้ป่วย การบำบัดที่ใช้และผลลัพธ์ของการบำบัดก่อนและหลังการบันทึกได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในความรู้ พฤติกรรมและภาวะสุขภาพ ดังนั้น ระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพสามารถเป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพ การปรับปรุงการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพของ โปรแกรม (Canham, et al., 2008)

3. บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนเป็นการทำงานในลักษณะบูรณาการของคณะทำงาน อาศัยความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย (Simpson, 2005) นอกจากผู้ป่วย ครอบครัวและสมาชิกชุมชน บุคลากรวิชาชีพ บุคลากรหน่วยงานต่างๆของชุมชน ฝ่ายกฎหมาย รวมทั้งองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับความ เป็นอยู่ของมนุษย์ บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิต หรือพยาบาลจิตเวชชุมชนจึงมีลักษณะเป็นบทบาทวิชาชีพอิสระ อยู่ในขอบเขตของสมรรถนะหลักตามระดับพื้นฐานหรือระดับผู้เชี่ยวชาญ และการปฏิบัติตามมาตรฐานของการพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ และคุ้มค่าใช้จ่าย

บทบาทพยาบาลวิชาชีพระดับพื้นฐาน (The generalist nurse)

ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในชุมชน ใช้พื้นฐานความรู้และทักษะของกระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินและพัฒนากิจกรรมการพยาบาล กลยุทธ์การพยาบาล แนวทางปฏิบัติ

ผลลัพธ์และการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและ ผู้ใช้บริการสุขภาพจิตจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต โรคจิตเวชซึ่งมีผลต่อการไว้ที่อยู ความรุนแรง การทารุณกรรม บาดแผลทางใจและการติดยาหรือสารเสพติดที่เกี่ยวข้องทางร่างกายและ จิตใจของผู้ใช้บริการ พยาบาลวิชาชีพเป็นส่วนหนึ่งของทีมบุคลากรการดูแลสุขภาพในการประเมิน อาการและการเจ็บป่วยทางจิตทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับปัญหา สุขภาพกาย ตามความต้องการบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยง ต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น ส่งเสริมการตอบสนองต่อการรักษาและผลลัพธ์ของการ รักษาพยาบาล การบริหารจัดการเรื่องยา การเฝ้าระวังการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา การจัดการ ภาวะวิกฤติและการให้ความรู้ทางจิตเวช รวมทั้งบริการชุมชนอื่นๆ ทั้งนี้ พยาบาลร่วมมือกับผู้ป่วยและ ครอบครัวในการพัฒนาความรู้ทางจิตเวชเฉพาะรายและการดูแลแบบองค์รวม

บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (Advanced Practice Psychiatric Registered Nurse -APPRN)

ในชุมชน การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง มีลักษณะที่เน้นด้านการปฏิบัติ พยาบาลในบทบาทที่มีอำนาจในตนเองและร่วมมือกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและกลุ่ม ประชากรที่เฉพาะเจาะจงด้วยโรค หรือภาวะการเจ็บป่วย หรือช่วงวัยต่างๆ ซึ่งเป็น กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน บทบาทที่มีความชำนาญในการบำบัดทางจิตที่หลากหลายร่วมกับการจัดการราย กรณี และทำให้เกิดผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่มีคุณภาพและคุ้มค่ากับค่าใช้จ่าย สถานพยาบาล(2551)ได้ กำหนดสมรรถนะและขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ดังต่อไปนี้

1. พัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน เฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะโรค ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย สร้างและจัดระบบทีมการดูแล ประเมินผลลัพธ์ของระบบการดูแล เป็นต้น
2. ดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อนโดย ผสมผสานแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวชและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งความรู้และทักษะความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวชมาปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต การบำบัดทางจิตรูปแบบต่างๆ เป็นต้น
3. สามารถประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ ครอบครัว และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ที่มีปัญหาทางจิตอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ดำรงชีวิตอยู่ใน สังคมได้อย่างปกติสุข
4. เสริมสร้างพลังอำนาจ สอน ให้ความรู้ ฝึกทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์แก่ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

รวมทั้งเป็นที่เล็งในการปฏิบัติพยาบาลแก่นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลประจำการ

5. เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมงานในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตเฉพาะรายที่ซับซ้อน สร้างทางเลือกเพื่อจัดระบบการดูแล บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและการปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยทางจิต และครอบครัวและช่วยให้เกิดการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม

6. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศสำหรับผู้ป่วยและผู้ที่มีปัญหาทางจิตเฉพาะรายที่ซับซ้อนอย่างคุ้มค่าและมีคุณภาพ พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและเครือข่ายปฐมภูมิ

7. ให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยใช้ความรู้ จริยธรรมวิชาชีพและหลักจริยธรรมในการปฏิบัติพยาบาล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล มีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล

8. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการร่วมทำวิจัย รวบรวมผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง พัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลโดยพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เผยแพร่แนวปฏิบัติที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล

9. จัดการและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยกำหนดตัวชี้วัด ผลลัพธ์ทางการพยาบาล พัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ตามกระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จัดทำฐานข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล และเผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน ต้องการพยาบาลผู้ได้รับการพัฒนาความรู้ในระดับมหาบัณฑิตเพื่อสามารถวิเคราะห์ปัญหาทางจิตที่ซับซ้อน วางแผนออกแบบและสามารถปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุม ถูกต้องตามหลักวิชาการ หลักจริยธรรมและวิชาชีพ นอกจากนี้ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในชุมชนย่อมต้องมีความเข้าใจในสภาพ หรือสถานการณ์ของชุมชนนั้นๆ ลักษณะการทำงานในชุมชน วิธีการดำเนินงาน องค์ประกอบของชุมชน เพื่อสามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตชุมชน ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเสี่ยง ได้สอดคล้องกับสถานการณ์ของชุมชนมากที่สุด

4. แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ

ปรัชญาของการวิจัยเชิงคุณภาพให้ความสำคัญของข้อมูลตามการรับรู้และประสบการณ์ในชีวิตจริงของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่ได้ต้องเป็นข้อมูลที่มีความเข้มข้นของเนื้อหา รวมทั้งบริบทของปรากฏการณ์ที่สนใจและครอบคลุมตามปัญหาการวิจัย นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้เป็นความเข้าใจ ความเชื่อที่มีความหมายที่ลึกซึ้งของผู้ให้ข้อมูล การวิจัยเชิงคุณภาพเน้นการมองปรากฏการณ์ให้เห็นภาพรวมมองจากหลายมุม ซึ่งมุ่งที่ความเข้าใจความหมายของปรากฏการณ์ที่สนใจไม่ใช่การหาความถูกต้องของ

สิ่งที่ปรากฏอยู่ (สุภางค์ จันทวานิช, 2539) ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของบุคคลในสังคม ซึ่งประสบกับเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือ ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์จากผู้ให้ข้อมูลต้องถูกพรรณนา อธิบายและตีความได้ การตีความเป็นสิ่งสำคัญในการทำความเข้าใจประสบการณ์ที่เกิดขึ้น (Patton, 2002) ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ บทบาทของผู้วิจัยเป็นเสมือนเครื่องมือที่ใช้ในการค้นหา เปิดเผยความหมาย ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งของปรากฏการณ์ที่สนใจที่อยู่ภายในของผู้ให้ข้อมูล ส่วนบทบาทของผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งในปรากฏการณ์ที่สนใจ สามารถถ่ายทอดออกมาได้ตรงตามความเป็นจริง

ความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพ

นักวิจัยเชิงคุณภาพได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างหลากหลาย ได้แก่ Denzin and Lincoln (1994) อธิบาย การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการนำวิธีการหลายวิธีที่เกี่ยวข้องด้านการตีความ อย่างธรรมชาติต่อเรื่องราวที่สำคัญ เป็นวิธีที่นักวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาสิ่งต่างๆตามธรรมชาติในสถานที่นั้นๆ เป็นความพยายามที่จะเข้าใจหรือตีความปรากฏการณ์ในเชิงความหมายต่อผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนั้น เป็นศึกษาการใช้และการรวบรวมหลักฐานจากการสังเกตในเอกสารรายกรณี ประสบการณ์ส่วนบุคคล สิ่งที่เกิดขึ้นภายในบุคคล จากความคิดใคร่ครวญ การสัมภาษณ์เรื่องราวในชีวิต การสังเกต ประวัติ การมีปฏิสัมพันธ์ และข้อความที่เห็นในการอธิบายเรื่องราว ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและมีความหมายในชีวิตของบุคคล

Creswell (1994) ให้ความหมายของ การวิจัยเชิงคุณภาพ คือ กระบวนการสืบหาความเข้าใจที่อยู่บนพื้นฐานของวิธีการดั้งเดิมอย่างชัดเจนในการค้นหาปัญหาของความเป็นมนุษย์และสังคม นักวิจัยทำให้เกิดภาพองค์รวมที่ซับซ้อน วิเคราะห์คำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่รายงานมุมมองอย่างละเอียด และนักวิจัยดำเนินการศึกษาในสถานที่ตามธรรมชาติของปัญหาการวิจัย

Beyea and Nicoll (1997) ให้ความหมายของ การวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การศึกษาที่เน้นการเปิดเผยเรื่องราวและทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ชีวิต โดยการวิเคราะห์คำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล และใช้กระบวนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเป็นจริงส่วนบุคคลมากกว่าความเป็นจริงที่สังเกตวัดได้ ผลที่ได้เป็นคำตอบตามความเป็นจริงส่วนบุคคลจากหลายแหล่งมากกว่าเป็นคำตอบที่ถูกต้องอย่างเดียวนั้น

โดยสรุป การวิจัยเชิงคุณภาพ หมายถึง การศึกษาเกี่ยวกับการสร้างความหมายและการตีความ โดยกระบวนการทำความเข้าใจในเรื่องที่สำคัญของงานวิจัยที่สนใจและนำมาซึ่งความรู้ใหม่ มีลักษณะที่ซับซ้อน มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันในแนวคิดและความเชื่อพื้นฐาน โดยใช้คำถามที่มาจากความเป็นองค์รวม ตระหนักรู้ความเป็นจริงของมนุษย์เป็นสิ่งที่ซับซ้อน เน้นที่ประสบการณ์ของบุคคล มีความเป็นส่วนบุคคลหรืออัตนัย ด้วยวิธีการที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคลในสถานที่ที่บุคคลเหล่านั้นใช้เวลาอยู่ตามธรรมชาติ นักวิจัยมีสัมพันธภาพเกี่ยวข้องกับบุคคล โดยการเข้าไปสังเกตอย่าง

มีส่วนร่วมและสัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่มีโครงสร้าง ทำให้ได้ข้อมูลเชิงบรรยาย เป็นเรื่องราวของบุคคลโดยผ่านเหตุการณ์ในสถานการณ์หนึ่ง

ลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ

Patton (2002) สรุปลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. ศึกษาเหตุการณ์ที่เป็นจริงตามธรรมชาติ เป็นประสบการณ์ส่วนตัวที่ยังไม่ได้เปิดเผย ไม่มีการจัดการและควบคุม สุดแต่ว่าจะอะไรจะปรากฏออกมา และการเข้าถึงปรากฏการณ์ที่สนใจ เข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคม ผู้วิจัยติดต่อโดยตรง ใกล้ชิดกับบุคคล เหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา ประสบการณ์และความเป็นตัวตนของผู้วิจัยมีความสำคัญต่อการได้มาซึ่งข้อมูล
2. มีความเปลี่ยนแปลงในแบบของปรากฏการณ์ได้ มีรูปแบบที่ยืดหยุ่น พร้อมทั้งจะมีการเปลี่ยนแปลงระบบ การเปิดกว้างของการสืบค้นที่ปรับเปลี่ยนให้เกิดความเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งต่อสถานการณ์ที่จะเปลี่ยนแปลง ข้อค้นพบมีความใหม่ ผู้วิจัยหลีกเลี่ยงกรอบการวิจัยที่ยึดติดที่จำกัดการตอบสนองหรือชัดเจนวิถีทางใหม่ของการค้นพบที่จะปรากฏออกมา
3. เลือกรูปแบบตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กรณีศึกษา เช่น บุคคล องค์กร ชุมชน วัฒนธรรม เหตุการณ์ อุบัติการณ์วิกฤติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้เป็นข้อมูลที่เต็มไปด้วยรายละเอียด สะท้อนให้เกิดความกระจ่าง แสดงให้เห็นถึงปรากฏการณ์ที่สนใจ เป็นตัวอย่างที่เกิดจากภายในปรากฏการณ์ ไม่ใช่เกิดจากการสังเกตหลักกว้างๆของตัวอย่างสู่ประชากร
4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสังเกตจากรายละเอียด พรรณนาอย่างเข้มข้น สังเกตแบบมีส่วนร่วม หมายถึง นักวิจัยร่วมสังเกตหรือมีบทบาทร่วมหรืออยู่ในเหตุการณ์ของปรากฏการณ์นั้นเท่าที่จะเป็นไปได้ การสืบค้นอย่างลึกซึ้ง สัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก จากการสัมภาษณ์คำพูดของผู้ให้ข้อมูลโดยตรงเกี่ยวกับมุมมองส่วนตัวและประสบการณ์ส่วนบุคคล ความนึกคิด จิตใจ ความรู้สึก และความหมายที่บุคคลกำหนดรวมทั้งกรณีศึกษา การทบทวนเอกสารอย่างระมัดระวัง
5. ประสบการณ์ส่วนบุคคลและการเกี่ยวพัน ผู้วิจัยติดต่อโดยตรงและสัมพันธ์ใกล้ชิดกับประชาชน สถานการณ์ และปรากฏการณ์ที่ศึกษา ประสบการณ์ของผู้วิจัยและความเป็นตัวตนภายในของผู้วิจัยเป็นส่วนสำคัญของการสืบค้นและเข้าใจปรากฏการณ์อย่างคิดวิเคราะห์
6. ความเห็นใจอย่างเป็นกลางและมีสติ การสัมภาษณ์อย่างเห็นใจ ผู้วิจัยมีความเห็นใจ มีความคิดเปิดกว้าง มีการรับความรู้สึกที่ไวในเรื่องราว เข้าใจอย่างเป็นกลาง ไม่ตัดสิน ให้ความสำคัญและเคารพความเป็นบุคคล ความรับผิดชอบต่อผู้ให้ข้อมูลและปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา อย่างมีสติ

7. ระบบเคลื่อนไหวได้ เป็นความใส่ใจในกระบวนการ การเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้นทั้งในบุคคล องค์กร ชุมชนหรือทางด้านวัฒนธรรม นั่นคือ ผู้วิจัย ใช้สติ มีความใส่ใจต่อระบบและความเคลื่อนไหวของสถานการณ์

8. การรับรู้ความเป็นกรณีที่มีเอกลักษณ์ ในแต่ละกรณีมีความเฉพาะและไม่เหมือนใคร ระดับแรกของการวิเคราะห์ คือ ความเป็นจริง นำนับถือและสกัดรายละเอียดของกรณีศึกษา การวิเคราะห์ข้ามกรณีติดตามจากคุณภาพของแต่ละกรณีศึกษา

9. วิเคราะห์เชิงอุปนัยและสังเคราะห์อย่างสร้างสรรค์ การจมอยู่ในรายละเอียดที่เฉพาะของข้อมูล เพื่อเปิดเผยแบบแผน ประเด็นและความเชื่อมโยงที่สำคัญ เริ่มจากการค้นหา การตรวจสอบ การแนะนำโดยหลักการวิเคราะห์ไม่ใช่เป็นกฎ และสุดท้ายได้การสังเคราะห์อย่างสร้างสรรค์

10. การมองในภาพรวม มองจากหลายมิติ ความเข้าใจปรากฏการณ์ทั้งหมดที่ศึกษาเป็นระบบที่ซับซ้อน เป็นมากกว่าส่วนหนึ่งของปรากฏการณ์ เน้นที่การขึ้นอยู่ซึ่งกันและกันอย่างซับซ้อนและการเคลื่อนไหวของทั้งระบบโดยไม่สามารถแยกออกเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันในแต่ละส่วน

11. ความไวต่อบริบท สภาพของข้อค้นพบที่เกิดขึ้นในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น บริบททางสังคม ประวัติศาสตร์ และทางโลก มีความเฉพาะในบริบท เป็นเรื่องเฉพาะเจาะจง ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมหรือสภาพเหตุการณ์โดยรวมของผู้ให้ข้อมูลต่อปรากฏการณ์ที่สนใจศึกษา คำนึงถึงความเป็นไปได้หรือการให้ความเห็นที่มีความหมายโดยทั่วไปข้ามผ่านเวลาและที่ว่าง เน้นการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายการตัวอย่างระมัดระวัง แบบแผนที่แตกต่างกันสุดขั้วสำหรับการเชื่อมโยงที่เป็นไปได้ และการปรับตัวต่อสถานที่ใหม่ๆ

12. เสี่ยงสะท้อน มุมมองและการมองย้อนกลับ นักวิเคราะห์เชิงคุณภาพเป็นเจ้าของเสียงสะท้อนและมุมมองของตนเอง เสี่ยงที่นำเชื่อถือถ่ายทอดความเป็นจริงและความน่าเชื่อถือ ความเป็นกลางอย่างสมบูรณ์เป็นสิ่งที่เป็นไปได้และความเป็นส่วนบุคคลเท่านั้นที่น่าเชื่อถือ ความเด่นชัดของนักวิจัยกลายเป็นความสมดุลของความเข้าใจและการพรรณนาให้เห็นภาพที่แท้จริงในความซับซ้อนขณะที่วิเคราะห์ตนเอง การตระหนักรู้ตัวและการสะท้อนความมีสติ การเขียนบรรยายและตีความความเป็นความเรียงเพื่ออธิบายหรือพรรณนาลักษณะสำคัญของปรากฏการณ์นั้นหรือเขียนเป็นรูปแบบแนวคิด

หรือทฤษฎีที่ได้จากข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลซึ่งมีความเฉพาะเจาะจง ผลการวิจัยเป็นการสะท้อนความคิดเห็นและมุมมองของผู้ให้ข้อมูลโดยตรง

การเลือกบุคคลหรือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

การเลือกตัวบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเพื่อใช้เป็นตัวอย่างในการศึกษา โดยทั่วไปแล้วมีหลักเกณฑ์กว้างๆอยู่ 2 ประการด้วยกัน คือ (ชาย โปธิสิดา 2550)

1. เลือกแบบสุ่มโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็นทางสถิติ (probability sampling) เป็นการเลือกที่เป็นระบบ มีโครงสร้างชัดเจน โดยแต่ละคนแต่ละหน่วยในประชากรที่กำหนดมีโอกาสหรือมีความน่าจะเป็นในการที่จะถูกเลือกเท่ากัน

2. เลือกแบบยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (purposeful sampling) เป็นการเลือกแบบไม่มีโครงสร้างที่เคร่งครัด มีขั้นตอนและวิธีดำเนินการที่ไม่ซับซ้อน จุดมุ่งหมายหลักของการเลือกตัวอย่างแบบนี้ไม่ใช่เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทน แต่เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เหมาะสมกับแนวคิด จุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การสร้างแนวคำถาม

ขั้นตอนของการสร้างแนวคำถามจะต้องกระทำก่อนที่จะเริ่มลงมือปฏิบัติการวิจัยจริง โดยมีขั้นตอนดังนี้ (เบญญา ยอดคำเนิน-เอ็ดดิกจ์และคณะ 2541)

1. กำหนดปัญหา ขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อจะเป็นแนวทางให้การสัมภาษณ์หรือการสนทนาสามารถครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย

2. สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ตัวแปรและข้อมูลที่ต้องการ โดยสร้างจากการค้นคว้าทางทฤษฎี การทบทวนผลงานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ประสบการณ์ในอดีต แนวคิดที่สร้างขึ้น เป็นต้น เพื่อเป็นแนวคิดเบื้องต้น

3. สร้างแนวคำถาม โดยแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกหรือในการสนทนากลุ่มเป็นแนวทางให้ผู้วิจัย ใช้ตรวจสอบว่าการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่มครอบคลุมทุกเรื่องที่ต้องการแล้ว แนวคำถามที่ใช้โดยทั่วไปนั้นควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

3.1. แนวคำถามจะมีลักษณะเป็นเค้าโครง (Outline) หรือหัวข้อการสนทนาโดยในแต่ละหัวข้อจะมีคำถามย่อยๆเพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นรายละเอียด ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

3.2. แนวคำถามจะต้องมีความยืดหยุ่นได้ (Flexible) โดยในการปฏิบัติจริงผู้วิจัยจะต้องใช้วิจารณญาณของตนเองในการพิจารณาว่าจะใช้คำพูดใดจึงจะเหมาะสม คำถามใดควรจะถามเมื่อไร แม้ว่าจะกำหนดหัวข้อและลำดับของเนื้อหาไว้ในแนวคำถามแต่การกำหนดนั้นไม่ใช่สิ่งตายตัวอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อถึงเวลาปฏิบัติจริง

3.3. การเรียงลำดับคำถามในแนวคำถาม ควรจะเรียงลำดับหัวข้อคำถามให้เนื้อหาที่มีความต่อเนื่อง สามารถดำเนินการสนทนาได้อย่างราบรื่น ควรเริ่มคำถามที่สร้างความคุ้นเคยกันระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์หรือผู้ร่วมกลุ่มสนทนากับผู้วิจัย หลังจากนั้นเริ่มคำถามเกี่ยวกับความคิดต่างๆไปในเรื่องนั้นๆก่อน แล้วค่อยเน้นคำถามหลัก คำถามเจาะ จากนั้นจึงกลับสู่คำถามที่ผ่อนคลาย

3.4. เนื้อหาของแนวคำถามในการวิจัยเรื่องเดียวกันที่ใช้กับตัวอย่างหรือกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มอาจไม่เหมือนกัน กล่าวคือในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้วิจัยอาจต้องการข้อมูลจากบุคคลหลายประเภท หรือการจัดสนทนากลุ่มในการวิจัยแต่ละเรื่องอาจแบ่งการสนทนาออกเป็นหลายกลุ่มขึ้นกับตัวแปรอิสระที่นำมาใช้ในการพิจารณา

3.5. ความยาวของแนวคำถาม โดยปกติแนวคำถามควรมีความยาวไม่มากนัก คือ ประมาณ 2-3 หน้ากระดาษเท่านั้น เพราะเป็นเพียงแนวคำถามที่จะช่วยเรียบเรียงลำดับการสนทนาและช่วยให้ผู้สัมภาษณ์ไม่ลืมประเด็นที่ต้องการศึกษา

4. การทดลองใช้ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลหลักที่ต้องการศึกษาเพื่อพิจารณาว่าแนวคำถามมีความเหมาะสม สามารถได้ข้อมูลครอบคลุมตามที่ต้องการศึกษาและสร้างความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างทำให้สามารถตอบคำถามได้ครอบคลุม ชัดเจน เมื่อทดลองใช้แล้วยังไม่สามารถเป็นแนวคำถามที่ดีหรือได้ข้อมูลไม่ครอบคลุม ครบถ้วนให้นำมาปรับข้อคำถามใหม่ให้เหมาะสมขึ้น

5. นำไปปฏิบัติจริง

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews)

การสัมภาษณ์พูดคุยในสนามเป็นวิธีการสำคัญและนิยมใช้มากที่สุด ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถโต้ตอบ ซักถามในภาคสนามหรือชุมชนที่ผู้วิจัยเลือกมาเนื่องจากมีคุณสมบัติพิเศษที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่ผู้วิจัยต้องการได้ หรือมีประสบการณ์พิเศษที่แตกต่างไปจากคนอื่นๆ (ศิริพร จิรวัดน์กุล 2546) โดยอธิบายจนเกิดความชัดเจน เพื่อให้ได้ข้อมูลลึกซึ้งและสมบูรณ์ นอกจากนี้ผู้สัมภาษณ์ยังมีโอกาสสังเกต กิริยาท่าทาง สิ่งแวดล้อมต่างๆของผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อประกอบในการตีความและอธิบายถึงปรากฏการณ์ต่างๆได้ อันเป็นวัตถุประสงค์สำคัญในการได้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการสนทนา (นิศา ชูโต 2545)

ขั้นตอนการสัมภาษณ์ประกอบด้วย (ศิริพร จิรวัดน์กุล 2546; นิศา ชูโต 2545)

1. การเตรียมตัว ในการสัมภาษณ์เชิงลึกนอกจากเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์บันทึกเสียงแล้ว ผู้วิจัยต้องมีการเตรียมตัวของผู้วิจัย นั่นคือ การมีความรู้ดีในเรื่องหรือแก่นของเรื่องที่ทำการวิจัย ค้นเคยและรู้ประเด็นคำถาม การเตรียมใจที่ต้องปฏิบัติคือการสร้างความสัมพันธ์ สร้างความไว้วางใจ เชื่อใจ โดยมีกลยุทธ์การใช้ผู้แนะนำ/ติดต่อ กิริยามารยาทอ่อนน้อม นอกจากนี้ผู้วิจัย

ต้องเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guideline) ซึ่งเน้นประเด็นสำคัญๆและเป็นคำถามปลายเปิดที่มุ่งให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบาย ให้ความเห็น หรือเล่าประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นๆ

2. เริ่มการสัมภาษณ์ นักวิจัยแนะนำตัว ขออนุญาตและได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นจึงอธิบายเกี่ยวกับงานวิจัย รูปแบบ เวลาที่ใช้ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์ อธิบายถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับใคร ระดับใด ขออนุญาตและอธิบายเหตุผลของการบันทึกเสียงในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่อนุญาตให้บันทึกเสียง นักวิจัยอาจต้องบันทึกโดยการเขียนในขณะสัมภาษณ์หรือทันทีหลังสัมภาษณ์ อธิบายให้ความมั่นใจและรับรองเกี่ยวกับการรักษาความลับ หรือถ้าจะเปิดเผยข้อมูลจะอยู่ในรูปแบบใดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

3. ดำเนินการสัมภาษณ์ ขณะดำเนินการสัมภาษณ์นักวิจัยต้องทำตัวตามสบายและเป็นธรรมชาติ สร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่รู้สึกเกร็งหรือหวาดระแวง ใช้ภาษาที่เข้าใจตรงกันทั้ง 2 ฝ่าย นอกจากนี้ต้องใช้เวลาอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูงสุด

4. สิ้นสุดการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพส่วนใหญ่มักไม่สัมภาษณ์ครั้งเดียว นักวิจัยอาจต้องสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักและรองมากกว่า 1 ครั้ง ดังนั้นในการสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้งนอกจากการแสดงความขอบคุณแล้วนักวิจัยต้องกรูยทางไว้สำหรับการพบปะครั้งต่อไปด้วย

การบันทึกข้อมูลสัมภาษณ์ ถึงแม้ว่าจะมีการบันทึกเสียงแล้วก็ตามผู้วิจัยต้องจดประเด็นที่น่าสนใจและปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งต้องรีบทำทันทีหลังจากการสัมภาษณ์เสร็จ เพราะบันทึกจะช่วยเตือนความจำเรื่องสำคัญที่จะอ้างอิงในการตีความหมายข้อมูลสัมภาษณ์ หรือการอ้างอิงคำพูดจากการสัมภาษณ์

สำหรับข้อมูลที่บันทึกเสียงไว้นั้นต้องได้รับการถอดเทปแบบพิมพ์คำต่อคำ ห้ามตกแต่งปรับแก้ เพราะข้อมูลดิบเหล่านี้จะนำมาใช้เพื่อการวิเคราะห์และอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูลแบบคำต่อคำ ดังนั้นผู้วิจัยต้องตรวจสอบบันทึกสัมภาษณ์และถอดเทปด้วยตนเอง

การสนทนากลุ่ม (Focus groups)

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มเป็นที่นิยมใช้เป็นวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลแบบหนึ่งที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย การสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม หมายถึง วิธีการสนทนาที่ใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มบุคคลให้ดำเนินไปอย่างมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน เพื่ออธิบาย หรือทำความเข้าใจกับการรับรู้ การตีความ และความเชื่อในเรื่องที่เฉพาะเจาะจงของกลุ่มคนที่มีลักษณะภูมิหลังทางสังคมหรือวัฒนธรรมใกล้เคียงกันหรือแตกต่างกันที่สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความเชื่อ ความรู้สึก ความคิด เจตคติ ซึ่งกันและกันภายในกลุ่มการสนทนาได้ การสนทนากลุ่มให้ข้อมูลรายละเอียดของการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และความประทับใจของกลุ่มคนตามคำพูดของตนเอง โดยทั่วไปการสนทนากลุ่มเกี่ยวข้องกับกลุ่มคน จำนวน 6-10 คน และผู้ดำเนินรายการช่วยเอื้อให้เกิดการสนทนา อภิปราย แสดงและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสถานที่และบรรยากาศที่น่าสบาย รวมทั้งมีผู้ช่วยในการช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการดำเนินการสนทนากลุ่ม (Holloway & Wheeler, 1996; Liamputtong & Ezzy, 2005)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการสนทนากลุ่ม

(Krueger & Casey, 2000) กล่าวถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการสนทนากลุ่มดังต่อไปนี้

1. จุดประสงค์ที่ชัดเจน ในการดำเนินการสนทนากลุ่ม
2. สิ่งแวดล้อมเหมาะสม หมายถึง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและการเมือง-สังคม ทางกายภาพ เช่น สถานที่ในการทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มมากที่สุด ไม่มีสิ่งคุกคามและความขัดแย้งระหว่างผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มและผู้สนับสนุน หรือ นักวิจัย การจัดที่นั่งควรเป็นวงกลม

เนื่องจากต้องการให้ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างทั่วถึง ผู้ดำเนินการสนทนา และผู้เข้าร่วมสนทนามองเห็นซึ่งกันและกัน

3. แหล่งช่วยเหลือที่เพียงพอ ได้แก่ เวลา งบประมาณ งานวิจัยมักใช้เวลานานกว่าที่นักวิจัยวางแผนไว้ และการวิจัยแบบสนทนากลุ่มอาจมีความซับซ้อนมากกว่ารายบุคคล
4. ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มที่เหมาะสม การเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่ถูกต้อง ที่สามารถตอบคำถามวิจัยได้ จึงมีความสำคัญในการสนทนากลุ่ม
5. ทักษะของผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม เป็นผู้สามารถทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพ
6. คำถามที่มีประสิทธิภาพ คำถามหลายคำถามที่อาจถามอย่างไม่เฉพาะเจาะจง และถ้าไม่มีการถามติดตามเพื่อความชัดเจน นักวิจัยจะไม่ได้รับข้อมูลที่มีคุณภาพ
7. การให้เกียรติผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ถ้าผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ไม่ได้รับการยอมรับหรือให้เกียรติ อาจมีผลกระทบต่อข้อมูล รวมทั้งไม่ได้ตั้งใจพูดแสดงความคิดเห็นหรือประสบการณ์ที่สำคัญกับเรื่องที่สนใจ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ตั้งใจให้ข้อมูล

วิธีจัดสนทนากลุ่ม

1. การจัดเตรียม ผู้วิจัยจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ ซึ่งค่อนข้างสบาย เป็นส่วนตัวในการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ อุปกรณ์ที่ใช้ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง เทปบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก ปากกาหรือดินสอ แบบบันทึกข้อมูลของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม แนวคำถามตั้งแต่เริ่มการสนทนา คำถามหลัก คำถามรอง คำถามที่เฉพาะเจาะจง รวมทั้งอาหารว่าง เป็นต้น

2. การวางแผนอย่างรอบคอบ การจัดผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวนกลุ่ม การติดต่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มล่วงหน้าและการเตือนให้เข้าร่วมกลุ่มก่อนวันเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม 2-3 วัน รวมทั้งการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Holloway & Wheeler, 1996) การประชุมวางแผนของคณะผู้วิจัยเพื่อทำความเข้าใจ กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้ช่วยวิจัยช่วยอำนวยความสะดวก จัดเตรียมสิ่งต่างๆ ให้พร้อม ผู้ช่วยวิจัยบันทึกประเด็นสำคัญ คำพูดที่จับใจประเด็นที่ยังไม่กระจ่าง รวมทั้งบรรยากาศ ปฏิกริยาของกลุ่ม ในระหว่างการดำเนินการสนทนากลุ่ม

3. การถามคำถามเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก อย่างเป็นธรรมชาติที่สุด การถามคำถามอาจไม่เป็นไปตามลำดับของคำถาม สามารถย้อนกลับมาถามใหม่ได้ คำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด สร้างจากมโนทัศน์ที่กำหนดขึ้นในการวิจัย ภายในมโนทัศน์หนึ่งควรมีคำถามประมาณ 5-6 ประเด็น แนวคำถามเป็นแบบมีโครงสร้างหรือไม่มีโครงสร้างก็ได้ (ชาย โพธิ์สีดา, 2547)

4. การเริ่มต้นการสนทนา ผู้ดำเนินการสนทนาเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา บอกวัตถุประสงค์ของการสนทนา ระยะเวลาของการสนทนาหรือข้อมูลต่างๆ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนาทราบว่าทำอะไร สนทนาเรื่องอะไร ใช้เวลาเท่าไร มีการบันทึกเสียงการสนทนา เป็นต้น ควร

ชี้แจงให้ชัดว่าผู้ดำเนินการกลุ่มต้องการรับฟังความคิดเห็นและประสบการณ์ของแต่ละคนในเรื่องที่กำลังศึกษา ขอให้พูดกันอย่างเปิดเผย เป็นกันเอง ถึงแม้จะไม่ตรงกันกับความคิดเห็นของผู้อื่น ไม่มีการตีค่าว่าถูกหรือผิด (ชาย โปธิสิตา, 2547) เมื่อเริ่มถามคำถามควรเริ่มคำถามง่ายๆในเรื่องที่ต้องการสนทนา เริ่มถามคำถามเกี่ยวกับหัวข้อสนทนาด้วยคำถามทั่วไป กว้างๆ (Holloway & Wheeler, 1996) แล้วค่อย คืบคำถามเข้าสู่ประเด็นและมีคำถามที่เฉพาะเจาะจงเพื่อถามติดตามเรื่องราว เพื่อขยายความ เพื่อให้ ชัดเจน เป็นต้น ลักษณะคำถามเหล่านี้ เป็นลักษณะคำถามที่ใช้เช่นเดียวกับการวิจัยคุณภาพประเภทอื่นๆ

5. ในระหว่างการสนทนา ผู้ดำเนินการสนทนาพูดให้ผู้เข้าร่วมสนทนาทุกคนได้แสดงความคิดเห็นในประเด็นคำถามอย่างทั่วถึง กว้างขวาง ไม่ปล่อยให้ผู้หนึ่งผู้ใด พูดอยู่คนเดียวหรือชี้นำกลุ่ม การถามคำถามช่วยให้เกิดบรรยากาศของการถกเถียง การคล้อยตาม มุมมองที่หลากหลาย การสนทนากลุ่ม ไม่ได้มุ่งหาข้อสรุป แต่เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนาแสดงความคิดเห็น มีปฏิริยาโต้ตอบของ ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ การให้คุณค่า ตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในประเด็นที่ศึกษามากที่สุด

6. การปิดการสนทนากลุ่ม เมื่อได้ถาม-ตอบ-อภิปรายกันภายในกลุ่มอย่างทั่วถึง ทุกประเด็น อย่างชัดเจน ไม่เกิดประเด็นใหม่แล้ว ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มกล่าวสรุปเรื่องที่ได้ร่วมกันสนทนา กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมสนทนาอีกครั้ง ยืนยันถึงคุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการสนทนา (ศิริพร จิรววัฒน์กุล, 2548) จากนั้นจึงกล่าวปิดการสนทนา ภายหลังจากการสนทนากลุ่ม คณะผู้วิจัยต้องตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลที่บันทึกลงเครื่องบันทึกเสียง ร่วมกันสรุปบรรยากาศโดยรวม ความรู้สึก ข้อคิดเห็นต่อการสนทนากลุ่ม ปฏิริยาของกลุ่ม เพื่อช่วยในการตีความหมายของคำพูดในตอนวิเคราะห์ข้อมูล

การสังเกต (Observation)

การสังเกต หมายถึง การเฝ้าดูหรือศึกษาเหตุการณ์ เรื่องราว โดยละเอียด การสังเกตในการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการสังเกตอย่างมีระบบในสภาพธรรมชาติของสนาม เพื่อดู ฟังและรับรู้ สภาพการณ์ในสนาม เป็นวิธีการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสังเกตที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้จากความสามารถในการดู เก็บ จด จำ นำมาเขียน อ่าน ทำบันทึกแล้วนำมาเรียบเรียงเขียนสะท้อนประสบการณ์ที่ได้จากสนาม

ประเภทของการสังเกตแบ่งได้เป็น 5 ประเภท ดังนี้ (Denzin, 1971 อ้างถึงใน นิศา ชูโต, 2545)

1. การสังเกตกายภาพภายนอก เช่น สัญลักษณ์ รูปสัญลักษณ์หรือคุณลักษณะภายนอกที่แสดงออกเป็นเครื่องหมายสื่อไปยังบุคคลหรือพฤติกรรมของบุคคล เช่น การแต่งกาย เครื่องแบบ เครื่องหมาย เครื่องประดับ สามารถบ่งชี้บุคคลและกลุ่มได้ สิ่งเหล่านี้นอกจากสังเกตภายนอกแล้ว ผู้วิจัยควรตรวจสอบด้วยการถามเพื่อให้แน่ใจ แต่ต้องระวังการตอบแบบเหมารวม (Response Set) ของผู้ที่เรา สอบถาม รวมทั้งความรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยด้วย

2. การสังเกตการแสดงออก ของกิริยาท่าทางหรือภาษาท่าทางอันเป็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย หน้าตา แขนขา และรูปแบบร่างกายของบุคคลโดยธรรมชาติ ตลอดจนความสอดคล้อง หรือขัดแย้งของการแสดงออกกับคำพูด การส่งสัญญาณต่างๆเหล่านี้ผู้วิจัยต้องแปลรหัสให้ออกจึงจะเข้าใจความหมายที่ถูกต้อง

3. การสังเกตตำแหน่งแหล่งที่ทางกาย โดยปกติมนุษย์จะสงวนอาณาเขตรอบๆตนเองไว้เป็นส่วนตัว และจะยอมให้บุคคลเข้าใกล้ชิดตามระดับความสัมพันธ์ระหว่างกัน ดังนั้น ระยะห่างระหว่างบุคคลทางกายภาพจึงสามารถบ่งบอกความสัมพันธ์ของบุคคลได้ กล่าวคือ ถ้าอยู่ในระยะใกล้ แสดงว่ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิด แต่ถ้าอยู่ระยะห่างกันรูปแบบความสัมพันธ์ก็จะห่างออกไป

4. การสังเกตการใช้ภาษา การใช้คำพูดในการสนทนาซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้พูด วิธีการพูดและเวลาพูดอันเป็นเรื่องที่สังเกตเห็น ได้ชัดเจน เนื่องจากภาษาที่ใช้จะแสดงความเป็นกันเองแตกต่างกันไปตามความสัมพันธ์ หรือกลุ่มคนที่อยู่ใกล้เคียงกัน แวดวงอาชีพเดียวกันก็จะมีรหัสภาษา และวิธีการแสดงออกที่เหมือนกันแตกต่างจากกลุ่มอื่น ดังนั้นการสังเกตและการวิเคราะห์จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการถามหรือสัมภาษณ์ควบคู่ไป ในกรณีที่ไม่แน่ใจหรือต้องการจะตรวจสอบโดยการถามความหมายจากคนใน กรณีที่ภาษาพูดแตกต่างกัน ผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษาภาษาถิ่นให้เข้าใจและฝึกใช้ให้เกิดความคุ้นเคยเพื่อจะจับรหัสและตีความหมายได้แตกฉาน

5. การสังเกตบริบท เวลาและการใช้เวลา การใช้เวลาของบุคคลและกลุ่มต่างๆในกิจกรรมทางสังคมล้วนแตกต่างกันทั้งเวลาและช่วงเวลา

บันทึกภาคสนาม (Field Note)

การจดบันทึกข้อมูลสนามเป็นสิ่งจำเป็นในการเก็บข้อมูลสนาม เนื่องจากในขณะที่ผู้วิจัยศึกษาสนามมีเหตุการณ์หลายอย่างเกิดขึ้น การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในสนามทำให้ความรู้สัญชาตญาณของผู้วิจัยผันแปร ปรับเปลี่ยนได้ ในแต่ละวันเรื่องราวและความรู้สึกนึกคิดต่างๆที่เกิดขึ้นและผ่านมาเหล่านี้ ถ้ามิได้เขียนหรือจดบันทึกไว้จะทำให้ลืมได้ การจดบันทึกนอกจากจะช่วยให้ผู้วิจัยไม่ลืมเรื่องราวต่างๆ ยังเป็นหลักฐาน ช่วยเตือนให้ผู้วิจัยรวมทั้งผู้ให้ข้อมูลระลึกเรื่องราวทำให้การเก็บข้อมูลเป็น ไปอย่างต่อเนื่องและช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

บันทึกข้อมูลสนามที่ผู้วิจัยต้องจัดทำสามารถแยกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ในสนามเกี่ยวกับบุคคล กิจกรรม จาก เรื่องราวต่างๆเรียงตามวัน เวลา บันทึกรายละเอียดนี้สามารถทำได้ทั้งแบบที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยเขียนบรรยายรายละเอียดต่างๆให้ครบถ้วน แต่ในบางกรณีการบรรยายสิ่งที่ป็นรูปธรรมอาจต้องบันทึกด้วยภาพ การใช้ภาพจะช่วยให้ผู้วิจัยเห็นภาพของเหตุการณ์ อันจะช่วยกระตุ้นให้ระลึกถึงเรื่องราวในสนามได้ดียิ่งขึ้น

2. บันทึกความรู้สึกส่วนตัวของผู้วิจัย เป็นบันทึกที่ผู้วิจัยเขียนเพื่อทบทวนความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับงาน สิ่งแวดล้อม ทั้งทางกายภาพและทางสังคม เรื่องส่วนตัวและอารมณ์ของผู้วิจัย บันทึกดังกล่าวต้องทำทุกวันเพื่อตรวจสอบประสบการณ์ภายในของตนเองว่าเปลี่ยนแปลง ผันแปรไปอย่างไร เพื่อช่วยผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ประเด็นซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ (Creswell, 2003)

1. จัดเตรียมข้อมูลโดยการถอดเทปและพิมพ์เป็นบทสัมภาษณ์ อ่านทบทวนข้อมูลทั้งหมดรวมทั้งบันทึกภาคสนาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาพรวมของการรับรู้ระบบบริการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

2. อ่านข้อมูลจากบทบันทึกข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปบันทึกเสียงเข้าไปเข้ามาของข้อมูลทั้งหมดและข้อมูลเฉพาะส่วนเพื่อให้ได้ลักษณะและรูปแบบการเชื่อมโยงของข้อมูล

3. เริ่มวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดโดยกำหนดรหัสของข้อมูลจากการอ่านบทบันทึกข้อมูลทั้งหมด เพื่อสามารถแยกประเภทของข้อมูลเป็นประเด็น ซึ่งมักใช้ภาษาคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

4. จัดรูปแบบเปรียบเทียบและเชื่อมโยงของประเภทข้อมูลและประเด็นของข้อมูลที่บอกถึงลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนที่เกิดขึ้น

5. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ โดยกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

6. เปรียบเทียบประเด็นของการรับรู้ที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูล กับผลวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาสรุปเป็นความเรียงหรือรูปแบบของประเด็นลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพ (Trustworthiness)

ในบริบทของการวิจัยเชิงคุณภาพ ความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพ มุ่งเน้นในเรื่องความเข้าใจและยอมรับธรรมชาติและความเป็นจริงของปรากฏการณ์ ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ (Lincoln and Guba, 1985) การประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัย มีดังต่อไปนี้ (Patton, 2002; นิสา ชูโต, 2545)

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) หมายถึง การตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล และการตีความของผู้วิจัยเกี่ยวกับความจริงระดับต่างๆ กับความคิดของผู้ให้ข้อมูลว่าสอดคล้องต้องกันหรือไม่ ความน่าเชื่อถือของผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งในการรายงานวิจัย ในเรื่องประสบการณ์วิจัย การฝึกอบรมมุมมองของผู้วิจัยในการนำความรู้ในการทำวิจัย (Patton, 2002) ซึ่งสิ่งที่นักวิจัยควรจะทำเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือได้ของการวิจัย มีดังนี้

1.1 อยู่ในสนามเป็นช่วงระยะเวลาานาน (Prolonged engagement) นานจนสามารถจัดอคติและตรวจสอบความเข้าใจในประเด็นสำคัญๆให้ถูกต้อง

1.2 สังเกตอย่างต่อเนื่องจริงจัง (Persistent observation) การสังเกตอย่างต่อเนื่อง จริงจัง เพื่อเข้าใจคุณลักษณะสำคัญๆที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่ปกติหรือผิดปกติ พร้อมทั้งทำความเข้าใจในความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ

1.3 ถ่ายทอด เล่า ตรวจสอบระหว่างเพื่อนร่วมวิจัย (Peer debriefing) เพื่อดูความเข้มแข็งและพัฒนาการของความเข้าใจ ปรีกษาหรือเกี่ยวกับแนวทางการวิจัย

1.4 ตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ตาม Denzin (1989) เป็นการรวมกันของผู้สังเกตทั้งหลาย ในการใช้หลายทฤษฎี หลายวิธี และแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อลดความลำเอียงภายในที่เกิดจากการศึกษาวิธีเดียว ผู้สังเกตคนเดียวและทฤษฎีเดียว การตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่มาต่างๆกัน คือ จากข้อมูลหลายแหล่งในวิจัยเชิงคุณภาพ (Data source triangulation) เพื่อได้คำอธิบายหลายๆสภาพการณ์ หลายๆช่วงเวลาและมิติที่ต่างกัน เช่น การสังเกตและการสัมภาษณ์ คำพูดของผู้ให้ข้อมูลในที่สาธารณะและในที่ส่วนตัว คำพูดในเรื่องเดียวกันแต่ต่างเวลากัน คำพูดจากหลายมุมมอง เช่น การสัมภาษณ์เรื่องเดียวกันจากมุมมองของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพและมุมมองของผู้ใช้บริการสุขภาพ จากผู้สืบสวนหลายๆคน หลายๆกลุ่ม (Investigation Triangulation) การสังเกตสนามหลายๆครั้งและประชุมปรึกษาหารือกันที่จะทำให้ลดความลำเอียงส่วนตัวลงได้ การใช้มุมมองจากหลายๆทฤษฎี (Theory Triangulation) อันหมายถึงนักวิจัยมองข้อมูลด้วยสมมติฐานจากหลายๆทฤษฎีด้วยความยุติธรรมว่าควรสรุปเป็นทฤษฎีใดจากข้อมูลรูปธรรมนั้นๆ และประการสุดท้ายคือการตรวจสอบจากหลายวิธีวิจัย (Methodological Triangulation) เช่น การใช้แบบสอบถามของวิจัยเชิงปริมาณ และแบบสัมภาษณ์ของวิจัยเชิงคุณภาพ

1.5 มีสารสนเทศต่างๆครอบคลุมเพียงพอ ทั้งเอกสาร ภาพถ่าย รูปภาพ เทป วีดีโอ เป็นต้น สารสนเทศต่างๆเหล่านี้ต้องตรวจสอบความถูกต้องก่อนใช้เป็นหลักฐานอ้างอิง

1.6 การตรวจสอบร่วมกับผู้ให้ข้อมูล ภายหลังการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ประเด็นที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยนำข้อมูลและประเด็นเหล่านั้นมาให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง ทั้งเนื้อหาความรู้สึก ความเชื่อ เจตคติของประเด็นและสาระสำคัญที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเสนอความเห็น เปิดการอภิปรายร่วมกัน และปรับประเด็นรายละเอียดของข้อมูลให้มีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

1.7 ข้อมูลต่างๆ ที่ใช้ประกอบการวิจัยและการตีความเรื่องราวต่างๆจะต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบเป็นระยะๆ โดยผู้เกี่ยวข้องทุกชั้นตอนตั้งแต่ต้นจนจบการศึกษา

2. การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) หมายถึง ความสอดคล้องของกระบวนการศึกษาที่มีความคงที่ ถึงแม้เมื่อเวลาผ่านไป หรือความสอดคล้องของการร่วมมือในการศึกษาของนักวิจัยและวิธีการต่างๆในการวิจัย นักวิจัยสามารถอธิบายขั้นตอนต่างๆของการศึกษาวิจัย จนกระทั่งได้ผลการวิจัย

ได้อย่างชัดเจน การใช้วิธีการหลายวิธีเข้าร่วมกันตรวจสอบความตรงของข้อมูลของแนวคิดทฤษฎี ซึ่งอาจใช้นักวิจัยหลายคนร่วมสังเกตสิ่งเดียวกัน เพื่อดูว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะไปในทิศทางเดียวกันหรือขัดแย้งกัน เป็นต้น นักวิจัยเก็บบันทึกภาคสนามและเขียนขั้นตอนการดำเนินวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อให้ นักวิจัยอื่นๆสามารถติดตามกระบวนการวิจัยได้

3. การถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) หมายถึง ความสามารถอ้างผลการวิจัยไปยังสภาพการณ์ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน ควรใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sample) ที่ครอบคลุมแนวคิดและมุมมองของทฤษฎีที่กำลังจะเกิดจากข้อมูล (Grounded Theory) ค้นหาข้อสนเทศในทุกๆด้านอย่างครบถ้วนเพื่อสรุปคำตอบของสมมติฐานที่วางไว้แล้วสร้างแนวทาง หรือรูปแบบอันอาจทำให้เกิดการถ่ายโอนผลวิจัยไปสู่บริบทอื่นๆที่คล้ายคลึงกันได้

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) หมายถึง ความสามารถในการยืนยันผลอันเกิดจากข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ในหลายๆด้าน เช่น ตรวจสอบแนวคิด สมมติฐาน เปรียบเทียบกับงานวิจัยคนอื่นที่ทำการคล้ายคลึงกัน บันทึกสาเหตุและเหตุผล แนวทางในการมองปัญหาของผู้วิจัยอย่างชัดเจน รวมทั้งตรวจสอบแนวคิดกับผู้เชี่ยวชาญหลายๆคน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จันทร์อัมพร รุณดี (2544) ศึกษาถึงการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี 2553 โดยการศึกษาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ทิศทางของระบบบริการสุขภาพต้องมีการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม โดยเป็นบริการในเชิงรุก เน้นการทำงานร่วมกันในลักษณะสหสาขาวิชาชีพที่เจ้าหน้าที่สุขภาพทุกคนมีส่วนร่วม รวมทั้งผู้ใช้บริการและประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและรักษาคุณภาพของการดูแล

อัจฉริยา ปทุมวันและคณะ (2548) ศึกษาถึงสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาในภาคกลาง โดยศึกษาพบว่า สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามมุมมองของพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ในเขตภาคกลาง มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาที่อื่น ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพยังมีปัญหาในด้านสุขภาพและประสิทธิภาพ ไม่ได้มาตรฐาน ผู้ใช้บริการมีความไม่พอใจต่อสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะการใช้บัตรสุขภาพ ผู้ให้บริการมีปัญหาในการบริหารจัดการทั้งทางด้านจำนวนบุคลากร ด้านภาระงาน ความขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และผู้ให้บริการ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพประสบปัญหา คือ เกิดความเครียด ขาดความมั่นคง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับการปรับเปลี่ยน โครงสร้างของระบบบริการสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนบทบาทและขอบเขตวิชาชีพพยาบาลพบว่า เน้นการรักษา มีบทบาทหลักในการรักษาโรคเบื้องต้น ส่วนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหน้าที่หลักของเจ้าพนักงานสาธารณสุข บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพยังไม่ชัดเจน ระบบ

บริการพยาบาลยังขาดแคลนจำนวนพยาบาลในสถานบริการระดับปฐมภูมิ พยาบาลยังได้รับการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน ไม่เพียงพอ ขาดระบบประกันคุณภาพการพยาบาล

จติ เจริญสรรพ (2551) ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยทำการศึกษาการใช้ต้นทุน ค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุนของการบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในมุมมองของผู้ปฏิบัติ ทำการศึกษาย้อนหลัง 1 ปีระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2547 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2548 เก็บรวบรวมข้อมูลจากต้นทุนรวมทางตรง ได้แก่ ต้นทุน ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการจำนวน 72 ราย ได้รับบริการ 360 ครั้ง และมีการใช้ต้นทุนทั้งสิ้น 616,422.09 บาท คิดเป็นค่าแรงร้อยละ 62.41 ค่าลงทุน ร้อยละ 30.05 และค่าวัสดุร้อยละ 7.54 โดยมีสัดส่วนของค่าแรง ค่าลงทุนและค่าวัสดุเท่ากับ 6.24 ต่อ 3.00 ต่อ 0.75 ซึ่งเมื่อคำนวณต้นทุนการใช้ทีมพยาบาลและค่าวัสดุพบว่า มีค่าวัสดุเท่ากับ 1,197.68 บาท จึงสรุปได้ว่าค่าแรงและค่าลงทุนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ต้นทุนต่อหน่วยเพิ่มขึ้น

Shaw (1997) ศึกษาถึงคุณภาพของระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช โดยพบว่าการทำงานสุขภาพจิตและจิตเวชจะมีคุณภาพต้องจะต้องมีพยาบาลที่มีคุณภาพที่เข้าใจถึงลักษณะสำคัญของระบบบริการพร้อมทั้งได้รับการพัฒนาทักษะต่างๆ โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพของงานบริการเป็นสำคัญ

Sokhela (1999) ศึกษาถึงการบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยพบว่า พยาบาลมีศักยภาพในการซักประวัติอย่างสมบูรณ์ 89% สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง 63% ให้ยาที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย 92% และให้การรักษาในระยะยาวได้อย่างเหมาะสม 60%

Andrews (1999) ศึกษาถึงความคุ้มค่าคุ้มทุนในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช โดยพบว่าความต้องการแพทย์กับผู้ป่วยไม่มีความเหมาะสมเนื่องจากจำนวนแพทย์มีไม่เพียงพอ การให้การรักษาไม่เหมาะสมเนื่องจากไม่ได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

Birleson et al. (2001) ศึกษาถึงคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับวัยรุ่น โดยคำนึงถึงความรับผิดชอบ ผู้มีส่วนร่วมและโครงการต่างๆ โดยพบว่า โครงการหรือโปรแกรมต่างๆในระดับปฐมภูมิได้รับการพัฒนาเนื่องจากได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนร่วมต่างๆ โดยใช้วิธีการปรับปรุงงานให้มีคุณภาพมากขึ้น

Judd et al. (2002) ศึกษาถึงรูปแบบการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน โดยพบว่า การให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชต้องคำนึงถึงจำนวนประชากร ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ความสามารถเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางการแพทย์

Deans (2005) ศึกษาถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความซับซ้อนในชุมชนของประเทศออสเตรเลีย โดยศึกษาจากประสบการณ์ของบุคลากรทางจิตเวชพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความซับซ้อนสร้างความเครียดให้กับบุคลากรเนื่องจากต้องมีการพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อคุณภาพการบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช

Masterson and Owen (2006) ศึกษาถึงผู้ใช้ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในระดับบุคคล และระดับสังคม โดยพบว่า การใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถพัฒนาการให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้

Mahendram et al. (2006) ศึกษาการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสามารถลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาที่ต้องมาตรวจตามนัด ลดจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Cleary et al. (2007) ศึกษาถึงการรับรู้ของบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชโดยศึกษาจากประสบการณ์ ความรู้และทัศนคติโดยศึกษาพบว่า การทำงานร่วมกันเป็นทีม การพัฒนาความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย การนำหลักฐานเชิงประจักษ์และรูปแบบการบำบัดต่างๆมาพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทำให้เกิดคุณภาพและความพึงพอใจในการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

Crawford et al. (2007) ศึกษาถึงทักษะของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน โดยพบว่า ในมุมมองของผู้ป่วยต้องการบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะทาง ในมุมมองของบุคลากรพบว่าต้องมีการพัฒนากลยุทธ์และศึกษาหาความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาระบบการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

Kindreman et al. (2008) ศึกษาถึงนโยบายการใช้รูปแบบดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยพบว่า รูปแบบการดูแลแบบ “manifesto” เป็นรูปแบบที่ผสมผสานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้รับบริการ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเสี่ยง การดูแลสุขภาพทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคม รวมทั้งโครงสร้างและการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการ

Shattell et al. (2008) ศึกษาถึงความต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของประชากรเชื้อชาติละติน โดยศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชต้องมีการพัฒนาทีมในชุมชนให้ เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้โดยต้องมีความร่วมมือในระดับบุคคล องค์กรและชุมชน

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายลักษณะสำคัญ และพัฒนาปรับปรุงระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ให้สอดคล้องกับความต้องการบริการพยาบาลและเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ได้ทราบถึงแนวทางในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล เป็นพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านจิตเวชชุมชน ผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการสงบอาศัยอยู่ในเขตอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มารับบริการทางสุขภาพจากโรงพยาบาลชุมชนสถานบริการสุขภาพในชุมชน และผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยและไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูล มีคุณลักษณะ ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านจิตเวชชุมชนเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการสงบและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีประสบการณ์เกี่ยวกับการรับบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
3. สามารถสื่อสารได้ทั้งการใช้ภาษาพูดหรือไม่ใช้ภาษาพูด
4. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับฟัง
5. สัมผัสใจและยินดีในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลจากการสอบถามความสมัครใจและประสบการณ์เรื่องการบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนผู้ให้ข้อมูล แบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยผู้วิจัยติดต่อกับพยาบาลประจำโรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการปฐมภูมิ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยขอพบและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตามข้อความในใบพิทักษ์สิทธิ (ภาคผนวก) ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง หลังจากผู้เข้าร่วมการวิจัยยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล จึงให้เซ็นชื่อในใบยินยอม

เข้าร่วมในการวิจัย และผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย โดยมีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 20 คน ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวนกลุ่มละ 25 คน รวมเป็น 50 คน จำนวนผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 70 คน

พื้นที่ศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด อาศัยอยู่ในเขตอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งมีลักษณะเป็นชุมชนชนบทแห่งหนึ่งของประเทศไทย ตั้งอยู่ริมฝั่งตะวันออกของแม่น้ำแม่กลอง มีพื้นที่ประมาณ 170.16 ตารางกิโลเมตร ห่างจากจังหวัดสมุทรสงครามตามถนนสมุทรสงคราม – บางแพ ระยะทาง 6 กิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพมหานคร ประมาณ 71 กิโลเมตร เป็นพื้นที่ราบลุ่มแม่น้ำมีโรงพยาบาลอัมพวาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง งานจิตเวชอยู่ในฝ่ายเวชกรรมซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นหัวหน้างาน โรงพยาบาลอัมพวา มีเครือข่ายสาธารณสุขในความดูแล ได้แก่ สถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 17 แห่ง ลักษณะที่ตั้งของสถานบริการทางสุขภาพหลายแห่ง ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ติดริมแม่น้ำแม่กลองและคลองย่อยต่างๆ การเดินทางด้วยทางเรือจึงสะดวก ปัจจุบันมีการสร้างถนนสำหรับการเดินทางด้วยรถยนต์เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ใช้บริการสุขภาพ นิยมใช้การเดินทางด้วยรถยนต์มากกว่าการเดินทางด้วยเรือ ในบางพื้นที่ มีสถานีอนามัยตั้งอยู่แต่ในระยะทางห่างไกลจากบ้านของผู้ใช้บริการสุขภาพ เนื่องจากบ้านของผู้ใช้บริการอยู่ในสวนมะพร้าว การเยี่ยมบ้านหรือการจัดการบริการสุขภาพจึงเกิดขึ้นที่บ้านของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านโดยนัดมารวมกันที่นี่ มากกว่าการเดินทางไปสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล

ในส่วนของวิถีชีวิตของประชากร มีอาชีพเกษตรกรรม เช่น สวนผลไม้ สวนผัก การประมงเป็นต้น คิดเป็น ร้อยละ 39.6 อาชีพรับจ้าง คิดเป็น ร้อยละ 38.7 อาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 7.6 และอื่นๆ คิดเป็น ร้อยละ 14.1 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 99.11 รองลงมาคือศาสนาอิสลามร้อยละ 0.62 ศาสนาคริสต์ร้อยละ 0.27 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภออัมพวา โรงพยาบาลอัมพวา 2550) นอกจากนั้นวิถีชีวิตของประชาชนมีลักษณะหาเช้ากินค่ำ ทำงานเพื่อเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว ทำให้ความสัมพันธ์ การสื่อสารในครอบครัวลดลง ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลขาดความรู้และความเข้าใจในการจัดการกับอาการและการรับยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายในการรับประทานยา หุยครีประทานยาเองในขณะเดียวกันผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อเนื่อง ในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (รายงานการเยี่ยมบ้านสถานีอนามัย 2550)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ชนิดปลายเปิด (open-ended, in-depth interview) ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ ความรู้สึก ความคิดเห็นต่อระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เป็นต้น

2. แบบบันทึกภาคสนาม เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต เช่น ลักษณะปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูล สิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ บรรยากาศขณะสัมภาษณ์ ความรู้สึกของผู้สัมภาษณ์ ความคิดเห็นการแก้ไขปรับปรุง เป็นต้น

3. เครื่องบันทึกเสียงและแถบบันทึกเสียง

การสร้างแนวคำถาม

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพในชุมชน บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน และบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตชุมชน เป็นแนวคิดเบื้องต้น ซึ่งในแนวคิดเบื้องต้นของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน กล่าวถึงลักษณะสำคัญของระบบบริการสุขภาพ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนและบทบาทของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้น จึงกำหนดข้อคำถามในลักษณะกว้างๆ เรียงลำดับคำถาม แบ่งข้อคำถามตามลักษณะผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ชุดคำถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ชุดคำถามสำหรับผู้ป่วยจิตเวช และชุดคำถามสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

แนวคำถาม เริ่มจากการศึกษาระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนที่เป็นอยู่ ณ ที่มีลักษณะสำคัญอย่างไร ผู้ให้ข้อมูลรับรู้อะบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนอย่างไร ประสิทธิภาพตรงในการใช้บริการพยาบาลเป็นอย่างไร มีความรู้สึก ความคิดเห็นต่อการใช้บริการพยาบาลอย่างไร และต้องการเสนอแนะให้ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนเป็นอย่างไร เป็นต้น ดังรายละเอียดในภาคผนวก

หลังจากการทดลองถามคำถามผู้ให้ข้อมูลตามลักษณะของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช คณะผู้วิจัยได้นำมาปรับภาษาให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างคณะผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด และเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตอบคำถามแบบการอธิบายตามการรับรู้มากที่สุดเท่าที่สามารถอธิบายได้

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยขอแนะนำ วันเวลาสถานที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือ และอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถขอยกเลิกการ

สัมภาษณ์ในขณะที่ระหว่างการดำเนินการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการบริการรักษาพยาบาล ระหว่างดำเนินการวิจัย หากผู้ให้ข้อมูลเกิดความไม่สบายใจหรือต้องการความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือและส่งต่อไปยังจิตแพทย์ หรือ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลจึงให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอม เข้าร่วมในการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลได้รับค่าเดินทางในการสัมภาษณ์ต่อคน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก รายบุคคล พร้อมแถบบันทึกเสียง และแบบบันทึกภาคสนาม ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ

1. ขอนหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ พร้อม โครงร่างวิจัยฉบับสังเขป เพื่อนำเสนอถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สมุทรสงคราม และผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา เพื่อขอความร่วมมือและอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ดำเนินการขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อได้รับอนุมัติจึงได้ดำเนินการวิจัย
3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยดำเนินการอบรมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลจิตเวช หรือเป็นนิสิตหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ระดับบัณฑิตศึกษา มีประสบการณ์การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม ให้สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์ และสถานที่ ในการสัมภาษณ์
4. ขอบพบหัวหน้าแผนกเวชกรรม โรงพยาบาลอัมพวา เพื่อขอแจ้งประกาศรับสมัครผู้สนใจเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในโครงการวิจัย
5. เลือกผู้ให้ข้อมูลจากการสอบถามความสมัครใจและประสบการณ์การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนของผู้ให้ข้อมูล ตามคุณลักษณะที่กำหนด แบบเฉพาะเจาะจง
6. ขอนัดหมาย วันเวลาสถานที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือ และอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของ ผู้ให้ข้อมูล หลังจากผู้ให้ข้อมูลลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอม จึงเริ่มดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การสัมภาษณ์รวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เพื่อค้นหาลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชตามประสบการณ์ของพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานจิตเวชในชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการสงบและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

1. คณะผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านจิตเวชชุมชน จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน โดยมีผู้ช่วยวิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ร่วมกันจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์การบันทึกเสียง ระหว่างการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นต่างๆที่เกิดขึ้นและบันทึกปฏิบัติการ สภาพแวดล้อม บรรยากาศของกลุ่ม

2. คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกชนิดปลายเปิด (open-ended, in-depth interview) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการสงบ จำนวน 25 คน และผู้ดูแลที่สถานีอนามัย หรือที่บ้านของผู้ป่วย จำนวน 25 คน พร้อมแถบบันทึกเสียง และแบบบันทึกภาคสนาม ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประมาณ 60-90 นาที ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการบันทึกเสียงลงในแถบบันทึกเสียง การบันทึกข้อมูลภาคสนามบันทึกภายหลังการสัมภาษณ์เพื่อไม่ให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกถูกรบกวนขณะสัมภาษณ์ การถอดข้อมูลจากแถบบันทึกเสียงเป็นการถอดแบบคำต่อคำหลังจากจากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ได้อีกเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุม หรือจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว ไม่มีประเด็นใดเพิ่มขึ้น หลังจากผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสามารถทำการตรวจสอบและแก้ไขผลการวิเคราะห์ได้เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือของข้อมูลมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 การร่างภาพระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

1. นำผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลมาร่างเป็นภาพระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนร่วมกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม

2. นำเสนอร่างภาพระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนต่อผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อขอคำแนะนำและตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม

3. ปรับปรุงร่างภาพระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและนำเสนอเป็นภาพที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ประเด็น Diekelman and Allen (1989) and Leonard (1989) and Creswell (2003) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. จัดเตรียมข้อมูล โดยการถอดเทปและพิมพ์เป็นบทสัมภาษณ์ อ่านบทสนทนาข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งบันทึกภาคสนาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาพรวมของการรับรู้ระบบบริการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

2. อ่านข้อมูลจากบทบันทึกข้อมูล ที่ได้จากการถอดแถบบันทึกเสียงเข้าไปซ้ำมาของข้อมูล ทั้งหมดและข้อมูลเฉพาะส่วนเพื่อให้ได้ลักษณะและรูปแบบการเชื่อมโยงของข้อมูล

3. เริ่มวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดโดยกำหนดรหัสของข้อมูลจากการอ่านบทสัมภาษณ์ทั้งหมด เพื่อสามารถแยกประเภทของข้อมูลเป็นประเด็น ซึ่งมักใช้ภาษาคำพูดของผู้ให้ข้อมูล โดยคณะผู้วิจัย 2 ท่าน แต่ละท่านกำหนดรหัสและจัดประเด็นของข้อมูลด้วยตนเองอย่างอิสระ เพื่อป้องกันความลำเอียง

4. จัดรูปแบบเปรียบเทียบและเชื่อมโยงของประเภทข้อมูลและประเด็นของข้อมูลที่บอกถึง ลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนที่เกิดขึ้น โดยนำประเด็นทั้งหมด มารวมกัน ตรวจสอบความตรงกันของประเด็น และส่วนประเด็นที่ไม่ตรงกัน คณะผู้วิจัยได้ประชุม ปรึกษาหารือกัน แล้วเห็นว่า ให้เก็บไว้เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์ในภายหลัง คณะผู้วิจัยเลือก ประเด็นที่ตรงกันมาจัดกลุ่ม และเรียกชื่อประเด็นใหม่ที่เกิดขึ้น หลังจากนั้น จัดทำตาราง กลุ่มประเด็น และคำพูดของผู้ให้ข้อมูลจากบทสัมภาษณ์ ที่มีความเชื่อมโยงกันมาไว้ด้วยกัน

5. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่วิเคราะห์ กลุ่มประเด็นที่เกิดขึ้นทั้งหมด ที่จัดกลุ่มใน ตารางกลุ่มประเด็น โดยกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล โดยสุ่มตรวจจากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน ผู้ป่วยจิตเวช 2 ท่าน และผู้ดูแล 2 ท่าน ซึ่งเป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ของข้อมูล

6. เปรียบเทียบประเด็นของการรับรู้ที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูล กับผลวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาสรุปเป็นความเรียงหรือรูปแบบของประเด็นลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพ มุ่งเน้นในเรื่องความเข้าใจและยอมรับธรรมชาติและความเป็นจริงของปรากฏการณ์ ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ (Lincoln and Guba, 1985) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความเชื่อถือได้

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเชื่อถือได้ทั้งในด้านคุณลักษณะ ประสบการณ์ ความสามารถในการทำวิจัย ความรู้ในเรื่องระบบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนของ คณะผู้วิจัย และคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งความสัมพันธ์ของคณะผู้วิจัย ผู้ให้ข้อมูลและผู้ ประสานงานในพื้นที่ ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันในฐานะศิษย์เก่า ของคณะพยาบาลศาสตร์ และเพื่อนร่วม วิชาชีพพยาบาล ในงานวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ความน่าเชื่อถือของผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งในรายงานวิจัย นั่นคือ

ผู้วิจัยคำนึงถึงประสบการณ์ของผู้วิจัยในการทำวิจัยเชิงคุณภาพและความรู้ในการพยาบาลสุขภาพจิต ชุมชน (รายละเอียดในประวัติผู้วิจัย) สิ่งที่ผู้วิจัยระลึกรวมคือการตรวจสอบตนเองในการทบทวน ความคิด ความรู้สึกในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยละความรู้เดิมและความคิดเบื้องต้นต่อความรู้เรื่องระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชไว้ ไม่วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความรู้เดิมเพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปตามธรรมชาติ ลด ความลำเอียงของผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1.1 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงตามคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านจิตเวชชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการสงบ และ ผู้ดูแล ที่มีประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป สถานบริการปฐมภูมิ หรือสถานเอนามัย หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความตรงกับ ปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่เป็นจริง

1.2 การให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ในรายละเอียดของข้อมูล และข้อค้นพบที่สำคัญโดยการอ่านและอภิปรายร่วมกับผู้วิจัย ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายเพิ่มเติมซึ่งทำให้ ข้อมูลมีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 และภายหลังการวิเคราะห์กลุ่มประเด็น ที่ได้จากบทสัมภาษณ์

1.3 การเข้าอยู่ในพื้นที่วิจัยเป็นระยะเวลานานพอในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ ข้อมูล ให้เปิดเผยเรื่องราวที่ทำให้เข้าใจถึงประสบการณ์ ความรู้สึก ความคิดเห็นที่มีต่อการใช้บริการ สุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน โดยคณะผู้วิจัยได้เข้าไปเยี่ยมบ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับ พยาบาลวิชาชีพ และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เพื่อประเมินสุขภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการ กับอาการและการรับประทานยาจิตเวชอย่างถูกต้อง เป็นระยะๆ เป็นเวลา 1 ปี ทั้งนี้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมี ความรู้สึกเป็นกันเอง ให้ความนับถือคณะผู้วิจัยเสมือนเป็นผู้ช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา และเป็นเพื่อน เช่นเดียวกับคณะผู้วิจัย มีความรู้สึกเข้าใจ เห็นใจผู้ให้ข้อมูล ในการใช้บริการระบบสุขภาพชุมชนของ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการจัดการบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนั้น คณะผู้วิจัย ได้เรียนรู้ ความคิด ความรู้สึก และการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลทั้งในที่สาธารณะ ที่เป็นทางการในสถานเอนามัย และในที่ส่วนตัว เช่น ที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

1.4 การถ่ายทอด เล่าเรื่อง ตรวจสอบและการปรึกษาหารือกันระหว่างดำเนินการ วิจัย คณะผู้วิจัยตรวจสอบความรู้สึก ความคิดของแต่ละคนอย่างสม่ำเสมอในการระมัดระวังไม่นำ ความคิด ความรู้ ความรู้สึกส่วนตัว มาเกี่ยวข้องกับกรวิจัยไม่ว่าในด้านการถามคำถาม การตีความหมาย และการวิเคราะห์การวิจัย ในช่วงแรกๆ ของการถามคำถามสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล คณะผู้วิจัย พบว่า บางคำถาม มีการใช้ภาษาที่ยากต่อความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูล จึงมีการถามกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลว่าควรใช้ คำถามแบบใด และปรึกษากันในคณะผู้วิจัย จนสามารถปรับการใช้ภาษาที่เหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลสามารถ ตอบตามความเข้าใจของตนเองได้ ในระหว่างกรวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้วิจัยได้ทำการให้รหัสข้อมูล

และนำมาปรึกษากันถึงภาษาที่สามารถสื่อให้เกิดความเข้าใจกันได้ ทั้งคณะผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลในขณะทำการตรวจสอบข้อมูล

1.5 การตรวจสอบแบบสามเส้าในหลายวิธีของงานวิจัยเชิงคุณภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยตรวจสอบจากหลายวิธี ได้แก่ วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิธีสนทนากลุ่ม วิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ข้อมูลจากบันทึกภาคสนาม ซึ่งทำให้ได้มุมมองที่สมบูรณ์ มีหลายมิติเพิ่มขึ้น

2. การพินิจกับเกณฑ์อื่น เป็นการอธิบายถึงกระบวนการทำวิจัยว่ามีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างไร ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวางแผนและดำเนินการตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างระมัดระวังเป็นขั้นตอนตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ มีการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ ตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์ โดยการฟังซ้ำ ร่วมกับบันทึกข้อมูลภาคสนามที่มีรายละเอียดของสถานการณ์ สภาพแวดล้อมของสถานที่ สถานื่อนามัย โรงพยาบาลชุมชน บริเวณรอบๆบ้านของผู้ป่วย ขณะทำการสัมภาษณ์ และบันทึกบรรยายรายละเอียดของปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลระหว่างการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล เช่น การสบตา การร้องไห้ การยิ้ม การพูดและแสดงท่าทางประกอบ เป็นต้น สิ่งที่น่าสนใจของผู้สัมภาษณ์ หรือคำพูดที่เด่น ก็นใจ มีความหมายตรงใจของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลจากบันทึกภาคสนามนำมาประกอบการตีความและการอธิบายความตามประเด็นที่เกิดขึ้น เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง การเขียนขั้นตอนตามระเบียบวิธีวิจัยช่วยให้เป็นแนวทางในการดำเนินการและติดตามการวิจัยได้อย่างถูกต้อง

3. การยืนยันผลการวิจัย เป็นการตรวจสอบผลการวิจัยซ้ำเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ การยืนยันผลการวิจัย ได้แก่ การตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลจากเทปบันทึกเสียง บทสัมภาษณ์ และบันทึกภาคสนาม การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล การให้รหัสและวิเคราะห์กลุ่มประเด็นที่สมเหตุสมผล การตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์และผลที่คาดไว้ รวมทั้งแนวทางการสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม จากแนวคิดเบื้องต้น

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนและเพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน โดยมีผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านจิตเวชชุมชน จำนวน 20 ราย ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการสงบอาศัยอยู่ในเขตอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงครามและอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาครที่มารับบริการทางสุขภาพจาก โรงพยาบาลชุมชน สถานบริการสุขภาพในชุมชน จำนวน 25 ราย และผู้ดูแลหลักซึ่งอาศัยอยู่กับผู้ป่วยและไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 25 ราย คณะผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลอย่างเฉพาะเจาะจง และสัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคลในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล และสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มสำหรับพยาบาลวิชาชีพ การวิเคราะห์ข้อมูลทำภายหลังการถอดข้อความจากเครื่องบันทึกเสียง จนกระทั่งได้ข้อมูลอิ่มตัว จึงยุติการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิเคราะห์ประเด็น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 การให้ความหมายของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ส่วนที่ 3 ลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ส่วนที่ 4 ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ส่วนที่ 5 ความรู้สึกต่อการปฏิบัติงานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

จากการวิจัยนี้ผู้ให้ข้อมูลแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ คือ กลุ่มที่ 1 คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านจิตเวชชุมชน กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการสงบอาศัยอยู่ในเขตอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงครามและอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาครที่มารับบริการทางสุขภาพจากโรงพยาบาลชุมชน สถานบริการสุขภาพในชุมชน และกลุ่มที่ 3 คือ ผู้ดูแลหลักอาศัยอยู่กับผู้ป่วยและไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย ดังตารางที่ 1, 2, และ 3

ตารางที่ 1 กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านจิตเวชชุมชน

ลักษณะทั่วไป	จำนวน(20 ราย)
เพศ	
หญิง	17
ชาย	3
อายุ	
28-35 ปี	12
36-40 ปี	8
41-50 ปี	5
ระดับการศึกษา	
ปริญญาโท	7
ปริญญาตรี	13
ประสบการณ์การทำงาน	
5-10 ปี	7
11-15 ปี	6
16-20 ปี	8
21-26 ปี	4

กลุ่มที่ 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านจิตเวชชุมชน จำนวน 20 ราย โดยเป็นเพศหญิง 17 ราย เพศชาย 3 ราย มีอายุระหว่าง 28-48 ปี ระดับการศึกษาปริญญาโท 7 ราย ปริญญาตรี 13 ราย ประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 8-26 ปี ได้ทำงานคลุกคลีกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจนเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว รวมทั้งระบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนด้วย

ตารางที่ 2 กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการสงบอาศัยอยู่ในเขตอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม และอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ที่มารับบริการทางสุขภาพจากโรงพยาบาลชุมชน สถานบริการสุขภาพในชุมชน

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (25ราย)
เพศ	
หญิง	8
ชาย	17
อายุ	
25-30 ปี	3
31-40 ปี	7
41-50 ปี	10
51-60 ปี	1
61-70 ปี	2
70 ปีขึ้นไป	2
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษาปีที่ 4	4
ประถมศึกษาปีที่ 6	7
มัธยมศึกษาปีที่ 3	4
มัธยมศึกษาปีที่ 6	4
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	3
ไม่ได้รับการศึกษา	3
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13
รับจ้างทั่วไป	9
ทำสวน	2
ค้าขาย	1
ประสบการณ์การป่วย	
5-10 ปี	13
11-15 ปี	5
16-20 ปี	2
20 ปีขึ้นไป	5

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการสงบอาศัยอยู่ในเขตอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงครามและอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาครที่มารับบริการทางสุขภาพจากโรงพยาบาลชุมชน สถานบริการสุขภาพในชุมชน จำนวน 25 ราย โดยเป็นเพศหญิง 8 ราย เพศชาย 17 ราย มีอายุระหว่าง 26-72 ปี ระดับการศึกษาส่วนมากมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา คือ ประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 4 ราย ประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 7 ราย ระดับมัธยมศึกษา คือ ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 4 ราย ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 4 ราย เรียนสายอาชีพในระดับ ปวส. จำนวน 3 ราย และไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 3 ราย ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 13 ราย ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 9 ราย อาชีพทำสวน จำนวน 2 ราย อาชีพค้าขาย จำนวน 1 ราย ประสบการณ์การเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 5-50 ปี เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนส่วนใหญ่มีอาการป่วยตั้งแต่อายุยังเข้าสู่วัยรุ่นทำให้ไม่สามารถเรียนหนังสือต่อและด้วยการขาดความรู้ ความเข้าใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยส่งผลให้ไม่มีงานทำหรือไม่สามารถทำงานได้ต้องอาศัยอยู่กับครอบครัว

ตารางที่ 3 กลุ่มที่ 3 ผู้ดูแลหลักอาศัยอยู่กับผู้ป่วยและไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลัก			
ลักษณะทั่วไป	จำนวน(25ราย)	ลักษณะทั่วไป	จำนวน(25ราย)
เพศ		ประสบการณ์การดูแล	
หญิง	21	ผู้ป่วยจิตเวช	
ชาย	4	5-10 ปี	16
อายุ		11-15 ปี	2
41-50 ปี	5	16-20 ปี	5
51-60 ปี	6	20 ปีขึ้นไป	2
60 ปีขึ้นไป	14	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
ระดับการศึกษา		จิตเวช	
ประถมศึกษาปีที่ 4	17	มารดา	16
ประถมศึกษาปีที่ 6	2	บิดา	1
มัธยมศึกษาปีที่ 6	2	ภรรยา	3
ไม่ได้รับการศึกษา	4	สามี	2
อาชีพ		น้องสาว	1
ค้าขาย	5	ตา	1
ทำสวน	8	หลานสาว	1
รับจ้าง	6		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6		

กลุ่มที่ 3 ผู้ดูแลหลักอาศัยอยู่กับผู้ป่วยและไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 25 ราย โดยเป็นเพศหญิง 21 ราย เพศชาย 4 ราย มีอายุระหว่าง 58-80 ปี ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 17 ราย ประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 2 ราย ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 2 ราย ไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 4 ราย ประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 5 ราย ทำสวน จำนวน 8 ราย รับจ้าง จำนวน 6 ราย ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 6 ราย ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ระหว่าง 2-30 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากเป็นมารดา จำนวน 16 ราย บิดา จำนวน 1 ราย ภรรยา จำนวน 3 ราย สามี จำนวน 2 ราย น้องสาว จำนวน 1 ราย ตา จำนวน 1 ราย หลานสาว จำนวน 1 ราย ส่วนมากผู้ป่วยจิตเวชจะมีอาการป่วยตั้งแต่อายุยังเข้าสู่วัยรุ่นทำให้ผู้ที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ มารดา ซึ่งปัจจุบันมีอายุมากแต่ยังต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเนื่องจากมีความใกล้ชิดและเข้าใจผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องทำงานเนื่องจากต้องนำเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอีกด้วย

ส่วนที่ 2 การให้ความหมายของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนเป็นระบบบริการพยาบาลที่ให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงความต้องการและความมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล ชุมชนและบุคลากรทางการแพทย์ โดยบูรณาการสหสาขาวิชาชีพและใช้กระบวนการพยาบาลมาประกอบในการจัดบริการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในแต่ละชุมชนและดูแลอย่างเป็นองค์รวม มีการค้นหา คัดกรอง ประเมิน ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย และการส่งต่อที่เป็นระบบทั้งข้อมูลการรักษาและการส่งข้อมูลย้อนกลับ รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสมรรถนะทั้งกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและครอบคลุม โดยมี 3 ประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1 การให้ความหมายของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนของพยาบาล

พยาบาลให้ความหมายของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนว่า คือการจัดการดูแลอย่างเป็นระบบแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้กระบวนการพยาบาลมาประกอบในการจัดบริการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในแต่ละชุมชนและดูแลอย่างเป็นองค์รวม ทั้งนี้มีแผนการดูแลที่ชัดเจนเป็นรายบุคคลโดยบูรณาการสหสาขาวิชาชีพในพื้นที่นั้นๆ มีการค้นหา คัดกรอง ประเมิน ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และการส่งต่อที่เป็นระบบทั้งข้อมูลการรักษาและการส่งข้อมูลย้อนกลับ รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสมรรถนะทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและครอบคลุม โดยสรุปการให้ความหมายของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนของพยาบาลคือ ระบบ

ที่ดี เข้าถึงง่าย มีแนวร่วม มาตรฐานเดียวกัน แนวปฏิบัติชัดเจน ประเมินได้ ผู้ป่วยได้รับการรักษา ส่งต่อ ติดตามดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“คือการค้นหา/คัดกรอง”

“การดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีแนวทางชัดเจน มีตัวชี้วัด เครื่องช่วยที่ดี”

“การได้รับการดูแลแบบองค์รวม”

“การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้น ยกตัวอย่างเช่น ให้คำปรึกษา/คำแนะนำเรื่อง การดูแล”

“การช่วยเหลือเรื่องการรักษาพยาบาล เช่น ดูเรื่องการกินยา การไปหาหมอ การรักษา ต่อเนื่อง”

“การฟื้นฟูเน้นการการดูแล/ช่วยเหลือตนเอง ลดภาระญาติ”

“น่าจะมีติดต่อ/ประสานงาน/ส่งต่อด้วยทำทั้งในและนอกชุมชน”

“เน้นการให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตในสังคมเหมือนคนปกติอยู่กับสังคมอย่างมีความสุข ไม่เป็นภาระต่อคนอื่น”

ประเด็นที่ 2 การให้ความหมายของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยให้ความหมายของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนว่า คือการรับการดูแลทางจิตโดยการรับยามาทานหรือฉีดยาให้ถูกต้องกับอาการเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่ดี คือ การดูแลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วยทางจิต รักษาให้หายเครียด นอกจากนี้ยังมีการสอน/แนะนำเรื่องการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการรับประทานยาให้ต่อเนื่อง หมอและ/หรือพยาบาลมีการแสดงออกทางวาจาและท่าทางเป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส ใช้คำพูดสุภาพ ไพเราะ นุ่มนวล อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในเรื่องต่างๆ เช่น การรับประทานยา จุดที่รับยา ขั้นตอนการติดต่อใบส่งตัว เป็นต้น รวมทั้งเป็นบริการที่สะดวกใกล้บ้าน ทำได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังมีเยี่ยมบ้านเป็นการติดตามดูแลต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการทำงานที่ทำด้วยใจรัก รักอาชีพ ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“เป็นการจัดยา ให้ยา คอยดูแลเป็นที่ปรึกษาเวลาเครียดช่วยทำให้สบายใจ แล้วเราก็ดูหนัง กินข้าวได้ มา แนะนำพูดคุยที่บ้านเพื่อไม่ให้คิดมาก ไม่มีอะไร เป็นกันเอง...บริการไว มียาครบ”

“การได้รับยาที่ถูกต้อง ได้คุยกับพยาบาลแล้วรู้สึกดีขึ้น”

“พยาบาลพาออกกำลังกาย พาไปเอายา ให้เอายาให้ อย่างอื่นเขาก็พูดคืออยู่แล้ว ก็มาทักตัวเรา เป็นภัยหายแล้วนี่”

“ให้ช่วยเราให้กินยา หาย จะได้ทำงานได้ แต่ที่นี่เราอยากทำงานได้ จะได้มีเงินใช้ หรือจะแนะนำอะไรก็ได้”

“ให้หมอพูดขามาเยี่ยม เพราะหมออนามัยเขาไม่ค่อยว่าง อยากให้อาจารย์มาเยี่ยมดูอย่างนี้ เพราะว่ามันตรงกับที่เราเป็น แล้วจะทำให้หนูหาย และมีงานทำ อยากทำงาน”

“พอไปถึงอยากได้ยา แล้วก็กลับบ้าน เพราะว่าเราไปเดินมันง เขาไปส่งตัวไปแล้วไม่รู้จะไป ทำตรงจุดไหน ต้องให้คนที่เขาพาไปให้ เราไม่รู้จะรับยาจ่ายยาตรงไหน”

ประเด็นที่ 3 การให้ความหมายของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนของผู้ดูแล

ผู้ดูแลให้ความหมายของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนว่า คือ การทำให้ผู้ป่วยเดินทางมารับยาได้สะดวก มีอาการดีขึ้นจนสามารถทำงานได้ ฟังตัวเองได้ เป็นการทำงานด้วยใจรักและเมตตาผู้ป่วย มีพยาบาลที่บอกข้อมูล อธิบายให้เข้าใจในการช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาหรือฉีดยาได้ถูกต้อง รวมทั้งเวลามาติดต่อที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ และการบอกผู้ป่วยให้เข้าใจร่วมมือในการรับประทานยา ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“เป็นการให้การดูแลดี พุดดี... ชอบไปอนามัย เพราะใกล้บ้าน... ช่วยเหลือให้รับยา ฉีดยาให้ เขาดีขึ้นตามอาการคนไข้”

“การลดค่าเดินทางไปรับยา หรือการเอายามาให้ที่บ้าน เราไม่ต้องไป จันว่ามันดี...การบอกให้คนไข้กินยาไม่ให้ขาดไม่เอาอะไรแล้วอยากให้ออกหาย”

“ทักทายกัน เป็นไงสบายดีมั๊ย กินข้าวยัง กับ(พยาบาล)คนนี้เขา(ผู้ป่วย)อารมณ์ดีมากมาหาทุกเดือน”

“ก็รู้สึกจะไปปรึกษาถ้าเขาดีขึ้นแม่ก็สบายใจ ถ้าไม่หายแม่ก็กลัว เพราะไม่ต้องคอยระวังว่าลูกจะทำตัวเอง จะฆ่าตัวตาย ก็อยากให้เขาอยู่เป็นเพื่อนแม่”

“เขาก็ดี การต้อนรับดี พุดจาดี”

“พยาบาลที่เขาเรียนจบแล้วดูแล พยาบาลที่พูดกับเราดีๆ ได้ทั้งนั้น เวลาไปเอายาเขาก็สบายใจ ไม่ค่อยเครียด เอาคนที่เขาเรียนจบมา แล้วก็อยากช่วย ที่ตั้งใจมาทำงานก็ได้ทั้งนั้น”

“พยาบาลช่วยเรื่องยา ได้รับการปรึกษาที่ดี ช่วยให้เขา (ผู้ป่วย) ดีกว่านี้”

“เขาบอกว่ายานี้แก้อันนี้นะ กินอย่างไร”

“แต่เขาก็บริการดีอยู่แล้ว แต่ถ้าหากส่งยามาให้ตามศูนย์ก็ดี หรือ ที่อนามัย บอกว่าหมดแล้วนะ ให้ไปเอาตรงนี้(ที่ศูนย์) แล้วก็น่าจะมาคุย พยาบาล โรคจิตน่าจะมาคุยกับคนไข้ ที่มาคุยอย่างนี้ก็ดี”

ส่วนที่ 3 ลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

จากการศึกษาข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลพบว่าการจัดบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนในรูปแบบเดิมนั้นยังไม่มียุทธศาสตร์ที่แน่นอน ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการให้และรับบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชก่อให้เกิดความคับข้องใจ ความไม่พึงพอใจในระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นจากการวิเคราะห์จึงพบประเด็นสำคัญดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความต้องการระบบบริการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ซึ่งแบ่งประเด็นย่อยตามความต้องการบริการของพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล

ประเด็นที่ 2 รูปแบบบริการพยาบาลสอดคล้องกับความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ประเด็นที่ 3 แหล่งสนับสนุนทางสังคมในบริการพยาบาล

ประเด็นที่ 4 การประเมินผลระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ประเด็นที่ 1 ความต้องการระบบบริการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ประเด็นย่อยที่ 1 ความต้องการระบบบริการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนของพยาบาล

พยาบาลมีความต้องการในการจัดระบบบริการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน ดังนี้

1. การให้ความสำคัญของงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

งานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนเป็นงานที่ได้รับความสนใจน้อย เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการแตกต่างกับโรคทางกาย บางรายมีอาการรุนแรงทำร้ายทั้งตนเองและผู้อื่น ดังนั้นจึงต้องการผู้ที่มีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้บุคลากรยังมีภาระงานมากจึงจำเป็นต้องทำงานที่เห็นผลลัพธ์ชัดเจนก่อน และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องใช้แรงกายแรงใจอย่างมากแต่ได้รับค่าตอบแทนน้อย

“ไม่มีกรอบหรือทีมเหมือนโรคอื่นๆ ยังไม่ต่อเนื่องไปถึงชุมชน เจ้าหน้าที่ที่ไปเยี่ยมในชุมชนไม่มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ญาติ”

“ภาระงานมากจนท. ไม่ได้ทำงานสุขภาพจิตอย่างเดียว”

“เจ้าหน้าที่ไม่ทราบเป้าหมายที่ชัดเจน”

“เจ้าหน้าที่ทำงานอย่างโดดเดี่ยว พอเกิดปัญหาที่รู้สึกหนักใจที่จะแก้”

1.1 มีนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร

ประเด็นนี้ หมายถึง การมีนโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหารลงสู่ผู้ปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

“ควรมีนโยบายการทำงานด้านสุขภาพจิต เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนของทีมสุขภาพจิต”

“หน่วยงานระดับจังหวัด ไม่มีการแจ้งข้อมูลของระบบเครือข่ายอย่างถูกต้อง ครบถ้วน หรือประสานงานระบบเครือข่าย”

“ส่วนใหญ่การทำงานให้คล่องก็จะใช้ความรู้จากคุ้นเคยมากกว่า ไม่อย่างนั้นก็รอไปเถอะไม่ได้สักที”

1.2 การทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน

หมายถึง การร่วมกันจัดทำแผนการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุขในเขตพื้นที่ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

“ต้องการข้อมูลเพื่อวางแผน”

“ไม่มีกรอบหรือทีมเหมือนโรคอื่นๆ ยังไม่ต่อเนื่อง ไปถึงชุมชน เจ้าหน้าที่ที่ไปเยี่ยมในชุมชนไม่มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ญาติ”

“เจ้าหน้าที่ไม่ทราบเป้าหมายที่ชัดเจน”

1.3 การจัดงบประมาณอย่างชัดเจน

หมายถึง การดำเนินการด้านงบประมาณสำหรับงานสุขภาพจิตและจิตเวชโดยตรง เช่น งบประมาณการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน งบประมาณเรื่องยา เป็นต้น

“บางครั้งเวลาที่คนไข้ต้องเข้าไปรักษาที่ โรงพยาบาลแม่กลอง เราต้องเป็นคนไปส่ง เบิกรถไม่ได้แล้วค่าเดินทางจะเบิกกับใคร”

“ไม่มีงบประมาณเหมือนโรคเบาหวาน ความดัน ออกไปเยี่ยมบ้านก็เหนื่อยได้งานก็น้อย เพราะกว่าจะได้คุยกับคนไข้ต้องใช้เวลาและไม่ใช่ไปครั้งเดียวได้คุยต้องไปบ่อยกว่าจะไว้ใจ”

“ไม่มีการตั้งงบประมาณ”

“ไปเยี่ยมแต่ละครั้งก็ต้องมีค่าน้ำมัน ค่าจ่ายแต่เบิกไม่ได้ เราเงินเดือนน้อยหมกกับคนไข้ไปเยอะก็ไม่ไหว”

1.4 การจัดอัตรากำลังคนให้เหมาะสม

หมายถึง การจัดอัตรากำลังทั้งแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความสามารถและทักษะทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสมกับภาระงานและจำนวนผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่

“หมอน้อยที่อัมพวาไม่มีจิตแพทย์เลย ถ้าจะให้หมอมารวดต้องจ้างพิเศษซึ่งที่อัมพวาไม่มีงบตรงนี้”

“ภาระงานมากเจ้าหน้าที่ไม่ได้ทำงานสุขภาพจิตอย่างเดียว”

“ไม่ได้เรียนสาขาเฉพาะทาง ทำให้ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าทำงานเมื่อได้รับมอบหมายให้ดูแลเรื่องจิตเวช”

“มีข้อจำกัดทางเจ้าหน้าที่เนื่องจากไม่มีคน ไม่มีทีมทำงาน”

1.5 การประชาสัมพันธ์งานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

หมายถึง การให้ความรู้เรื่องงานสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้นำชุมชน แกนนำ คนในชุมชน ผู้ดูแลและผู้ป่วยเพื่อเกิดความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญและให้ความร่วมมือในการพัฒนาสุขภาพจิตและจิตเวช

“บางบ้านไม่ต้อนรับเนื่องจากไม่เข้าใจ”

“จนท.ทำงานอย่างโดดเดี่ยว พอเกิดปัญหาที่รู้สึกหนักใจที่จะแก้”

“ชุมชนไม่ค่อยรู้เรื่องจิตเวช การมีส่วนร่วมของชุมชนน้อย”

“ญาติยังอายที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ที่บ้านทำให้ยังไม่รู้จำนวนผู้ป่วยที่แน่นอน”

“บางชุมชนยังไม่ต้อนรับผู้ป่วย เห็นก็ไล่ไม่คุยด้วย”

2. ควรมีการจัดสถานที่สำหรับงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึง ควรมีการจัดสถานที่ที่เป็นหน่วยงานทางสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ไม่ว่าจะเป็นในโรงพยาบาลหรือในชุมชนเพื่อให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้ทั่วถึงครอบคลุม ดังเช่น คำกล่าวที่สะท้อนถึงความต้องการบริการด้านสถานที่ ดังตัวอย่าง

“จิตเวชไม่มีห้องตรวจแน่นอนต้องแบ่งใช้ที่กับอายุรกรรม”

“ก็รวมๆกับคนไข้อื่นทำให้คนไข้จิตเวชต้องรอนานกว่าจะได้พบหมอ”

2.1 จัดตั้งคลินิกบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ควรมีการจัดตั้งคลินิกบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้คำปรึกษาแก่บุคลากรที่ดูแลงานสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ดูแลและผู้ป่วย หรือจัดตั้งในชุมชน ออกหน่วยเคลื่อนที่ชุมชน เป็นต้น

“ถ้ามีคลินิกจิตเวชที่อัมพวาก็ดีจะได้ไม่ต้องไปนภาดลย์ มันไกล เสียค่ารถ”

“ร.พ.อัมพวาน่าจะมีจิตเวชเนื่องจากมีพื้นที่ที่จบ โทมาจะ ได้รับปรึกษาทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย”

2.2 การจัดอุปกรณ์ คู่มือ เอกสารการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

หมายถึง ควรการมีแนวทางปฏิบัติหรือคู่มือในการดูแล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลแก่บุคลากรทางสาธารณสุขทั้งพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามบทบาทหน้าที่ของตน

“มีความรู้ทางจิตเวชน้อยทำตามประสบการณ์มากกว่า”

“ไม่มีแนวทางหรือคู่มือ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงทำตามความเข้าใจของตัวเอง ไม่รู้ว่าถูกหรือเปล่า”

“น่าจะมีคู่มือหรือแนวทางอะไรก็ได้เกี่ยวกับคนไข้จิตเวช”

3. มีบุคลากรที่มีความรู้ สมรรถนะในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง บุคลากรสุขภาพจิตและจิตเวช ควรมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรทางสาธารณสุขให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการส่งเรียนต่อปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การเรียนต่อสาขาการพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชหรือการอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้จิตเวช

“ควรมีพยาบาลที่มีความรู้ทางจิตเวชอย่างพี่วิหลายๆคนเพื่อเป็นที่ปรึกษาได้”

“น่าจะมีการส่งไปเรียนเฉพาะทางหรือเรียนโทจิตเวช”

“มีการประชุมหรืออบรมแบบนี้ก็จะได้มีความรู้เรื่องจิตเวช”

3.1 พัฒนาบุคลากรตามสมรรถนะ

ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึง ต้องการให้บุคลากรได้มีการพัฒนาความรู้ ทักษะบุคลากรทางสาธารณสุขตามบทบาทหน้าที่ของตนเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ถูกต้องตามมาตรฐาน

“น่าจะมีการอบรมเสริมทักษะบ่อยๆ”

3.2 สร้างทัศนคติที่ดีต่องานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

หมายถึง ควรให้บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชมีมุมมองที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช และมีความพร้อมในการให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเต็มใจ

“คนไข้จิตเวชน่ากลัวบางครั้งก็ไม่กล้าไปคุยถ้ามาคนเดียว”

“ขนาดญาติคนไข้ยังไม่เชื่อแล้วเรารคนไข้จะเชื่อหรือ”

3.3 มีจิตแพทย์ประจำที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชที่ชุมชน

หมายถึง ควรมีจิตแพทย์หรือพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชมาตรวจรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลอัมพา

“ร.พ.น่าจะมึงบจ้างหมोजิตเวชมาตรวจผู้ป่วยอาทิตย์ละครั้งก็พอ”

“น่าจะมียาบาลอย่างพี่... หลายนๆคนจะได้ช่วยกันทำงาน”

4. มีทีมและเครือข่ายสุขภาพในการดำเนินงาน

หมายถึง ควรมีทีมในการดำเนินงานทางสุขภาพจิตและจิตเวชโดยตรง โดยมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือเครือข่ายสุขภาพทั้งสถานพยาบาลแบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมินอกจากนี้ต้องประสานความร่วมมือกับชุมชนด้วย

“การดูแลคนไข้จิตเวชต้องช่วยๆกันถ้าได้ชุมชนช่วยจะดีมาก อบต.น่าจะมีส่วนร่วม”

“เราดูเรื่องรักษาให้อบต.ดูเรื่องเงินก็จะทำให้คนไข้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น”

“ควรมีการประสานงานกับร.พ.เฉพาะทางด้วยเพื่อจะได้ส่งต่อคนไข้ได้”

4.1 จัดทีมบุคลากรงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

หมายถึง ควรมีการสร้างทีมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยร่วมกันระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขกับแกนนำชุมชนเพื่อให้เกิดความตระหนักและความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

“ต้องมีทีมลงไปช่วยให้สอ.ทำคนเดียวไม่ไหวงานประจำก็เยอะอยู่แล้ว”

“มีทีมลงชุมชนแบบเบาหวาน ความดัน”

4.2 สร้างเครือข่ายการทำงาน มีแกนนำจิตเวชชุมชน

หมายถึง ควรมีการสร้างความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการสร้างเครือข่ายในชุมชน จัดตั้งแกนนำจิตเวชชุมชนและกลุ่มทำงานที่ให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม

“การมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน มาช่วยดูแลคนไข้ก็ดีนะ อสม.เขาแบ่งครัวเรือนกันดูแล ไม่หนักเกินไป”

“มีกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่นี่ก็ดีจะได้ช่วยกันทั้งคนไข้และคนดูแล บางทีเครียดไม่รู้จะคุยกับใคร ไปหาหมอก็เกรงใจ”

4.3 การบูรณาการงานสุขภาพจิตและจิตเวชกับหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงในมนุษย์ องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

หมายถึง ควรมีการประสานความร่วมมือในการดูแลงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและมีหน้าที่รับผิดชอบเพื่อให้เกิดความครอบคลุมและเข้าถึงบริการ รวมทั้งได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานก่อให้เกิดความเสมอภาคในสังคมของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

“เรื่องเงินให้ องค์การบริหารส่วนตำบลช่วยเพราะองค์การบริหารส่วนตำบล มีเงินเยอะ หรือไม่ก็ให้กระทรวงพัฒนาสังคมและมนุษย์ ช่วยไม่อย่างนั้นคนไข้ก็ลำบาก”

“กระทรวงพัฒนาสังคมและมนุษย์ หรือหน่วยงานอื่นน่าจะเข้ามาบ้างไม่ใช่ให้เราทำอยู่คนเดียว”

“เน้นการได้รับการดูแลแบบองค์รวม คือ ผู้ป่วย/ครอบครัว/สังคมสงเคราะห์/สวัสดิการต่างๆ”

5. ควรมีระบบการดูแล รักษา การเป็นที่ปรึกษา การส่งเสริมสุขภาพจิต การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ

หมายถึง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติและเป็นองค์รวม โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในรูปแบบต่างๆตามความเหมาะสม รวมทั้งการพัฒนาระบบส่งต่อให้มีแนวทางชัดเจนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

“การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ”

“การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้น คือ ให้คำปรึกษา/คำแนะนำเรื่อง การดูแลแก่ผู้ป่วย และญาติ นอกจากนี้ พยาบาลสามารถโทรศัพท์ปรึกษาพยาบาลจิตเวชเรื่องการดูแลได้เมื่อมีปัญหา”

“ควรมีการพัฒนากระบวนการส่งต่อเพื่อให้การรักษาต่อเนื่องตามคนไข้ได้ ไม่ใช่ว่าคนไข้ไปอยู่โรงพยาบาลเมื่อไรเราก็ไม่รู้ กลับเมื่อไรก็ไม่รู้”

5.1 ควรมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชน ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม การดูแลผู้ป่วยรายกรณี การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน/การรักษาเบื้องต้น การบำบัดทางจิต การบำบัดด้วยยาจิตเวช การดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ดังตัวอย่าง

“มีแนวทางการดูแลแบบเบื้องต้นว่าต้องทำอะไรบ้าง ฉุกเฉินต้องทำอะไรบ้าง สอ. จะได้ทำถูก ถ้าไม่มีแนวทางต่างคนต่างทำก็ไม่รู้สักที”

“ที่ร.พ. สมเด็จพระเทพฯ ใช้การดูแลแบบผู้ป่วยรายกรณีมาระยะหนึ่งแล้ว ได้ผลดี”

“ถ้ามีคลินิกจิตเวชที่ดีเราสามารถให้คำปรึกษาคคนไข้ได้แต่เนิ่นๆ ไม่มีก็ลำบากต้องขอใช้สถานที่คนอื่นเขา”

“การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ”

5.2 ควรมีระบบส่งต่อ/การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ การมีคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการส่งต่อสำหรับผู้ป่วยจิตเวชโดยตรงแบบทางด่วน ทางลัด ซึ่งมีขั้นตอนชัดเจน จำนวนขั้นตอนน้อย ติดตามได้อย่างต่อเนื่อง หรือ การมีหนังสือส่งต่อแบบสองทางเพื่อการสื่อสารการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง

และเก็บข้อมูลผู้ป่วยเป็นความลับ ระบบการส่งต่อบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนยังไม่มีกรอบหรือทีมที่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่องไปถึงชุมชน เนื่องจากการใช้สิทธิการรักษาต่างๆเจ้าหน้าที่ขาดการประสานงาน นอกจากนี้ยังขาดการประสานงานกับโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ไม่มีใบส่งต่อหรือใบติดตามเยี่ยมของจิตเวชโดยเฉพาะ การเยี่ยมดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางสุขภาพ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชนไม่มีความต่อเนื่อง

“ควรมีการพัฒนากระบวนการส่งต่อเพื่อให้การรักษาต่อเนื่องตามคนไข้ได้ ไม่ใช่ว่าคนไข้ไปอยู่ร.พ.เมื่อไรเราก็ไม่รู้ กลับเมื่อไรก็ไม่รู้”

“เวลาเจ้าหน้าที่ สถานีอนามัย ไปรับยาแทนคนไข้ น่าจะมีช่องทางด่วน ไม่ต้องรอ เพราะเราไปรับยาเดิมไม่ได้พบหมอ ไม่อย่างนั้นเสียเวลาไปที่ใช้เวลาเป็นวันไม่ได้ทำงานอื่นเลย”

“เวลาอัมพวา refer คนไข้ไปขอให้รับเลยเพราะว่าอาการหนักแล้ว ไม่ใช่ให้รอหรือให้เอากลับเพราะไปยาก”

“น่าจะมิใบส่งตัวของจิตเวชเองจะได้รู้เรื่องเพราะจิตเวชไม่ได้มีแต่เรื่องอาการมีเรื่องอื่นๆอีก”

“ขาดคนเยี่ยมบ้านเพราะไปที่ใช้เวลาเป็นวัน ได้อย่างมาก 2 case ไม่มีผลงาน”

5.3 ควรมีระบบการเป็นที่ปรึกษาของบุคลากรผู้ดูแลสุขภาพ หมายถึง พยาบาลประจำสถานีอนามัย หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถขอคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากแพทย์หรือพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัดได้เสมอ

“พยาบาลสามารถโทรศัพท์ปรึกษาพยาบาลจิตเวชเรื่องการดูแลได้เมื่อมีปัญหา”

ประเด็นย่อยที่ 2 ความต้องการบริการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนของผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวชกล่าวถึงความต้องการบริการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ แบ่งเป็น 7 ประเด็น ดังนี้

1. ควรมีบริการดูแลอย่างครบถ้วน ทัวถึง

ผู้ให้ข้อมูล อธิบายการดูแลอย่างทั่วถึง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชสามารถได้รับบริการพยาบาลอย่างถูกต้องครบถ้วนทั้งในด้านดูแล รักษา ส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูเพื่อให้มีความสุขสบายและดำเนินกิจกรรมต่างๆได้ เช่น การจัดให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ตรงเวลา ไม่ถูกเอาเปรียบในการรอเรียกตรวจ การพยาบาลอย่างครบถ้วน ได้แก่ การให้ผู้ป่วยได้รับยาและคำอธิบายการรับประทานยาหรือการฉีดยารวมทั้งการเกิดอาการข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน โดยพยานำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล เช่น

“การรับบริการทางจิตเป็นการรับยามาทาน หรือฉีดยา สอน/แนะนำ ขึ้นอยู่กับการกินยา การตรวจรักษา การไปรับยามาทานให้ถูก (ถูกกับยา)เป็นสิ่งดี”

“การมีใบนัดก็คิดว่าวันนี้ได้ตรวจแน่แต่ต้องรอน้อยเพราะหมอคนไข้เยอะ”

“เมื่อก่อนมีที่เจ้าหน้าที่หีบบัตรให้คนรู้จักเราไปเขาก็ต้องรอแต่พอเขาให้มีร้องเรียนพอบอกเขาไปก็ไม่มีแล้วก็ตีหน้อย อยากให้เห็นใจคนไข้บ้างบางคนมาแต่มีด”

“การบริการที่ตรงไปตรงมาให้ความเท่าเทียมกันทุกคนไม่เอาเปรียบ เช่น การจองบัตรคิว”

“บริการที่หมอปรับยาให้ถูกกับอาการ ตรงนัดหมาย”

“พยาบาลที่เขาเรียนจบแล้วดูแล พยาบาลที่พูดกับเราดีๆ ได้ทั้งนั้น เวลาไปเอายาเขาก็สบายใจไม่ค่อยเครียด เอาคนที่เขาเรียนจบมา แล้วก็อยากช่วย ที่ตั้งใจมาทำงานก็ได้ทั้งนั้น”

“อยากให้ช่วยเราให้กินยา หาย จะได้ทำงานได้ แต่ที่นี้เราอยากทำงานได้ จะได้มีเงินใช้ หรือจะแนะนำอะไรก็ได้”

“เขาบอกว่ายานี้แก้อันนี้นะ กินอย่างไร”

“พยาบาลแนะนำให้มาหาหมอถ้าเกิดอาการข้างเคียงจากยา”

“การบริการอยากให้ทำเชิงรุก ตามถึงอาการ มาเยี่ยมเดือนละครึ่ง”

2. ควรมีสถานบริการที่สะดวก รวดเร็ว

ผู้ให้ข้อมูล อธิบายถึงความต้องการการบริการพยาบาลที่สถานบริการที่มีความสะดวก รวดเร็ว หมายถึง การมารับบริการที่สถานบริการใกล้บ้าน เช่น การมารับยาที่สถานีอนามัย เนื่องจากมารับยาที่อนามัยสะดวก รวดเร็วกว่าการไปโรงพยาบาล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมของสถานบริการ ให้มีความสะอาด ร่มเย็น ทำให้เพลิดเพลินใจผู้ป่วยไม่รู้สึกรำคาญ ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว ขึ้นต่อน้อย

“ถ้าเขาส่งมาให้ไปรับที่นี่ได้ก็ดี เพราะใกล้บ้าน พอกินยาแล้วอาการดีแม่ก็สบายใจ เพราะถ้าเครียดก็ต้องกลับไปอีก มันเป็นปัญหาตรงนี้”

“แต่เขาก็บริการดีอยู่แล้ว แต่ถ้าหากส่งยามาให้ตามศูนย์ ที่อนามัยบอกว่าเอานางเชื่อมหมดแล้วนะให้ไปเอาตรงนี้”

“มารับยาที่อนามัยดีกว่า ง่ายกว่าเร็วกว่าในโรงพยาบาล”

“สะดวกดีมากที่อนามัยนี้ รับยาเร็ว ใกล้ด้วย”

“รับยาที่ร.พ.ต้องรอนาน ถ้าจะให้ดีให้มารับยาที่ สถานีอนามัยจะเร็วกว่า”

“อยากได้ยาแล้วกลับบ้าน”

“มันเย็นดี อยู่ข้างใน”

“ผมเคยพาแฟนไป โรงพยาบาลจิตเวชที่ทางอีสานเขาบรรยากาศดีนะมีต้นไม้เข้าไปแล้วไม่
เครียด”

“สิ่งแวดล้อมที่ทำให้เพลิดเพลิน สะอาด ร่มเย็น”

“อยากให้ที่ติดต่อใบส่งตัวมาอยู่ใกล้ห้องตรวจจะได้ไม่ต้องเดินไกลถ้าคนไข้ไปเองสงสัยไป
ไม่ถูก”

“แยกเป็นตรวจจิตเวชอย่างเดียวก็ดีนะไม่ต้องไปตรวจร่วมกับ โรคอื่น ไม่อย่างนั้นรอ
เสียเวลา”

3. ควรมีพยาบาลที่มีความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช และแสดงความห่วงใย

ผู้ให้ข้อมูล อธิบายการที่พยาบาลมีความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง พยาบาลเป็นผู้มี
ความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดูแล การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจและช่วยลดความเครียด
รวมทั้งประเมินอาการผิดปกติต่างๆของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อดำเนินการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป
ซึ่งการที่พยาบาลจะสามารถเข้าใจผู้ป่วยจิตเวชได้ พยาบาลจำเป็นต้องผ่านการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะ
ต่างๆขององค์ความรู้ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเชี่ยวชาญ จนกระทั่งสามารถให้การ
พยาบาลผู้ป่วยด้วยความเป็นบุคคล ไม่ใช่ให้การพยาบาลโรคใดโรคหนึ่ง และสามารถแสดงออกได้ถึง
ความห่วงใยบุคคลที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วยทางจิต ทั้งด้วยภาษาท่าทางและด้วยวาจา

“ต้องการให้พยาบาลแนะนำเรื่องการทำงาน การรักษาตัวเอง การแต่งตัวให้สะอาด
หรือนัดมาคุย แนะนำช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย รู้เรื่อง สามารถปรับตัวได้ ”

“พยาบาล โรคจิตนำมาคุยกับคนไข้เหมือน ที่มาคุยอย่างนี้ก็ดี”

“พยาบาลที่เขาเรียนจบแล้วดูแล พยาบาลที่พูดกับเราดีๆได้ทั้งนั้น เวลาไปเอายาเขาก็
สบายใจไม่ค่อยเครียด เอาคนที่เขาเรียนจบมา แล้วก็อยากช่วย ที่ตั้งใจมาทำงานก็ได้ทั้งนั้น”

“พูดกันง่าย ๆ ว่ามีแต่หมอเนี่ยที่เขาสนิทกัน ทักทายกัน เป็นใจสบายดีมี๊ยะ กินข้าวยัง กับ
คนนี่เขาอารมณ์ดีมากมาหาทุกเดือน”

“เขาก็น่า การต้อนรับดี พูดจาดี”

“ต้องการความรักความอบอุ่นจากบุคลากร”

“ดูแลให้ยากินหรือให้ช่วยเหลือตนเองได้”

“ถามไถ่อาการ ไม่สบาย การนอนหลับ การทานอาหาร แสดงว่าเขาสนใจผู้ป่วย
เป็นห่วง”

4. ควรมีการได้รับข้อมูลถูกต้อง มีทักษะการสื่อสาร

ผู้ให้ข้อมูล อธิบายถึงการได้รับข้อมูลถูกต้อง หมายถึง การสื่อสารเพื่อสร้างความ
ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น อาการป่วยเพื่อให้เกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือในการรักษา
รวมทั้งสามารถช่วยลดความเครียดได้

“ผมว่าน่าจะเป็นคุณหมอบอกนะ ว่าคนไข้เป็นโรคอะไร อาการเป็นยังไง วิธีการรักษา เป็นแบบไหน”

“อยากให้หมอชุดขาวมาเยี่ยม เพราะหมอนามัยเขาไม่ค่อยว่าง อยากให้อาจารย์มา เยี่ยมดูอย่างนี้ เพราะว่ามันตรงกับที่เราเป็น แล้วจะทำให้หนูหาย และมีงานทำ อยากทำงาน”

“เวลาไปหาหมอพยาบาลจะถามอาการว่าเป็นยังไงดีขึ้นไหม ทำให้เราต้องรู้ว่าอาการ เราเป็นยังไงเดี๋ยวตอบหมอไม่ถูก”

“พยาบาลเขาจะแนะนำนะว่าลูกเรามีอาการอย่างนี้ๆถ้ามีมากให้พามา ร.พ. ก็ดีจะได้มีความรู้”

“เดี๋ยวนี้เขามีสอน มีถาม ไม่เหมือนเมื่อก่อนถามอะไรก็ไม่ตอบ”

5. ควรมีที่ปรึกษาที่มีความรู้ความสามารถ

ผู้ให้ข้อมูล อธิบายถึงการมีที่ปรึกษา หมายถึง การที่สามารถขอคำปรึกษาจากผู้ที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้ตลอดเวลา บุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล โดยทั่วไป ผู้ป่วยเรียกว่า “หมอ” ซึ่งหมายถึงทั้งแพทย์ และพยาบาล

“เราไปหาหมอ หรือหมอมามา มาเยี่ยมถึงบ้าน มาคุยดูแล เรียกว่าการปรึกษา”

6. ควรมีการดูแลต่อเนื่อง

ผู้ให้ข้อมูล อธิบายถึงการดูแลต่อเนื่อง หมายถึง ความต้องการให้พยาบาลฝึกทักษะ สังคมโดยแนะนำเรื่องการทำงาน การดูแลตัวเอง การแต่งตัวให้สะอาด แนะนำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย สามารถปรับตัวได้ ระหว่างนั่งรอตรวจควรมีการจัดกิจกรรม เช่น ชวนให้ออกกำลังกายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ ไม่หงุดหงิด นอกจากนี้ ควรให้พยาบาลมาเยี่ยมบ้านอาทิตย์ละครั้งหรือ 2 เดือน/ครั้ง

“ต้องการให้พยาบาลจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วยและเพื่อน”

“อยากให้พยาบาลพาออกกำลังกาย”

“การทำกิจกรรมที่สนุก พอใจ เช่น เล่นกีฬาร่วมกัน บำเพ็ญประโยชน์ การมีเพื่อนคุย”

“จัดกิจกรรมเมื่อมานั่งรอจะได้ไม่หงุดหงิด การชวนให้ออกกำลังกายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ”

“ฝึกทักษะสังคม เช่น การแบ่งปัน”

“อยากให้พยาบาลมาเยี่ยมบ้านอาทิตย์ละครั้งหรือ 2 เดือน/ครั้ง”

“การบริการอยากให้ทำเชิงรุก ถามถึงอาการ มาเยี่ยมเดือนละครั้ง”

“คือการดูแลเรา รักษาเรา ให้คนที่ป่วยหายจากโรคภัย”

7. ควรมีการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ผู้ให้ข้อมูล อธิบายถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการสนับสนุนเรื่องค่ายาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา รวมทั้งความสะดวกในการติดต่อเรื่องสิทธิต่างๆ

“การรักษาคนเจ็บป่วยให้ได้ยาฟรี”

“ค่าใช้จ่ายมาก ค่าเดินทาง ค่ากิน”

“มันต้องเสียค่ารถไปเอาใบส่งตัว”

“เขียนใบส่งตัวให้ไปเอา คือ หกเดือนหรือว่าไงเมื่อตอนนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แกเช่นตั้ให้เองให้ผมไปเอาได้สามเดือนครึ่ง โดยไม่ต้องไปขอที่อัมพวาบ่อยๆ ทีนี้ต้องไปเอาเพราะไม่ใช่หมอ ออกให้ก็เลยต้องไปเอาบ่อย แล้วก็ต้องไปเอาส่งตัวที่อัมพวาก่อนทุกครั้งเพราะเป็นคนไข้นอกเขต”

“ค่ายาไม่เสีย เสียแต่ค่าเดินทาง แม่จ่ายให้”

“ไม่ต้องจ่ายค่ายาเพราะได้บัตรทอง”

ประเด็นย่อยที่ 3 ความต้องการบริการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนของผู้ดูแล

ผู้ดูแลมีความต้องการบริการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนดังนี้ มีสถานบริการ/ หมอใกล้บ้านจะได้รับยาได้สะดวก ระบบการบริการเรื่องสิทธิต่างๆของผู้ป่วยที่ดี นอกจากนี้ให้พยาบาลชี้แจงข้อมูล เช่น ความรู้เรื่องโรค อาการของผู้ป่วยเพื่อญาติสามารถสังเกตอาการแปลกๆและอาการเตือนได้ และการสื่อสารกับผู้ป่วยทำให้เข้าใจผู้ป่วย รู้สึกใจเย็นขึ้นที่ต้องดูแลผู้ป่วย

“อยากให้ถามว่าเป็นอย่างไร การกินยาถูกต้องไหม ไม่เปลี่ยนยาบ่อย”

“อยากได้คำแนะนำเรื่องการกินยาจะได้ไม่ป่วย”

“ต้องการความใจเย็น ให้อภัยผู้ป่วยเสมอ ไม่ดุว่ากล่าว”

“ให้ความรู้เรื่องโรค อาการของผู้ป่วยทำให้เราเข้าใจผู้ป่วยและใจเย็นขึ้นที่ต้องดูแลเขา”

“ให้คำแนะนำเรื่องการคุยกับคนไข้จะได้คุยกันรู้เรื่องเหมือนหมอ”

“ให้คำแนะนำปรึกษาถึงวิธีที่จะไม่ให้ผู้ป่วยเครียด”

“ญาติสามารถสังเกตอาการแปลกๆได้จะได้พาไปโรงพยาบาลทัน”

ประเด็นที่ 2 รูปแบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน คือ การจัดรูปแบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน โดยคำนึงถึงมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และผลลัพธ์เป็นที่พอใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงรูปแบบการดูแลที่มีแนวคิดมาจากความต้องการพื้นฐานที่สอดคล้องกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลตนเองทั้งของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตเบื้องต้น การดูแลต่อเนื่อง เน้นการพึ่งตนเอง การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษา การดูแลผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวที่บ้าน การฟื้นฟู/ส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต

“การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ”

“การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้น คือ ให้คำปรึกษา/คำแนะนำเรื่องการดูแลแก่ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ พยาบาลสามารถโทรศัพท์ปรึกษาพยาบาลจิตเวชเรื่องการดูแลได้เมื่อมีปัญหา”

“มีแนวทางการดูแลแบบเบื้องต้นว่าต้องทำอะไรบ้าง ฉุกเฉินต้องทำอะไรบ้าง สถานือนามัยจะได้ทำถูก ถ้าไม่มีแนวทางต่างคนต่างทำก็ไม่รู้สักที”

“ที่โรงพยาบาล สมเด็จพระพุทธเลิศหล้าใช้การดูแลแบบผู้ป่วยรายกรณีมาระยะหนึ่งแล้ว ได้ผลดี”

“ถ้ามีคลินิกจิตเวชที่ดีเราสามารถให้คำปรึกษาคนไข้ได้”

“การสร้างทีมจิตเวชลงชุมชน ไปเลย แต่ต้อง กำหนดบทบาทความรับผิดชอบให้ชัดเจนนะ เพื่อลดปัญหาเรื่องภาระงานและค่าตอบแทน”

“สร้างแกนนำจิตเวชในชุมชนจะ ช่วยเราดูคนไข้ในชุมชน ชุมชนจะได้มีส่วนร่วม ดึงอบต.มาด้วยก็ดี”

“น่าจะมีการตั้งแกนนำจิตเวชในชุมชนเพื่อช่วยดูแลอย่างจริงจังและติดตามต่อเนื่อง สมาชิกทีมก็ให้มาจากชุมชน เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล บุคลากรจากสถานือนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งผู้ป่วยและญาติ น่าจะดีจะได้เป็นเครือข่าย”

ประเด็นที่ 3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

ประเด็นย่อยที่ 1 ระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงระบบประกันสุขภาพไม่ครอบคลุมเนื่องจากขาดความรู้เรื่องสิทธิทางการรักษาต่างๆ นอกจากนี้การออกสมุดประจำตัวผู้พิการ สำหรับผู้ป่วยจิตเวทยังมีข้อจำกัดในการออก นั่นคือ ต้องให้จิตแพทย์เป็นผู้ลงความเห็นซึ่ง โรงพยาบาลชุมชนไม่มีจิตแพทย์ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการสมุดประจำตัวผู้พิการ ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อดำเนินการเอง แต่ในขณะที่เดียวกันมีผู้ป่วยจิตเวชบางรายที่ไม่ต้องการสมุดประจำตัวผู้พิการ เนื่องจากก่อให้เกิดอคติทางสังคมทำให้ผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถหางานทำหรือทำนิติกรรมต่างๆ ได้ นอกจากนี้เมื่อต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้สิทธิได้เพียง 15 วันซึ่งต่างจากผู้ป่วยโรคทางกายอื่นๆ ที่สามารถใช้สิทธิได้ตลอดการรักษา และผู้ป่วยจิตเวชขาดความมั่นใจในเรื่องการได้รับยาเนื่องจากว่ายาในแต่ละโรงพยาบาลที่ได้รับไม่เหมือนกันทำให้ประสิทธิภาพการรักษาแตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยจิตเวชบางราย

เลือกที่จะไปรักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชซึ่งอยู่ไกลและต้องเสียค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด การมีเงินสนับสนุนจากรัฐบาลในลักษณะให้เป็นรายเดือน เดือนละ 500 บาทแก่ผู้ป่วยจิตเวชสร้างความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ไม่มีงานทำเป็นภาระแก่ผู้ดูแลการมีเงินสนับสนุนสามารถช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้

ในประเด็นนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง ความไม่ครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเนื่องจากขาดการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ต่างๆที่ผู้ป่วยจิตเวชพึงได้รับ ในขณะที่เดียวกันขาดแนวทางที่ชัดเจนเป็นมาตรฐานเดียวกัน การให้ความรู้และประสานงานกับบุคคลากรสาธารณสุขในการดำเนินการเรื่องสิทธิต่างๆในระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช

“การใช้สิทธิการรักษาต่างๆเจ้าหน้าที่ขาดการประสานงานทำให้ผู้ป่วย/ญาติต้องดำเนินการเองติดต่อกหลายครั้ง”

“พอเราไปเอายาที่สมเด็จฯแกกินแล้วก็ฟังชาน เราเป็นคนดูแลก็จะบอกอาการพี่ชายไป ก็ดูว่าไม่ไหวแล้ว เรารอจาก โรงพยาบาลที่กรุงเทพฯดีกว่าก็เลยต้องเก็บตัวไปให้ดู”

“หมอบางคนไม่เข้าใจไม่ยอมตีความ ท.74 ให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยก็ใช้สิทธิไม่ได้”

“คนไข้จิตเวชเวลาอยู่โรงพยาบาลใช้เวลาเป็นเดือนกว่าอาการจะดีขึ้นนี้ให้สิทธิแค่ 15 วันนอกนั้นจ่ายเองผู้ป่วยไม่มีเงินหรอก ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จน”

“ได้เงินจากรัฐบาลเดือนละ 500 บาท. เอามาให้คืนอย่างน้อยมันก็มีเงินกิน ไม่ต้องขอเราบ่อยๆ บางทีก็เก็บนะ 100-200”

ประเด็นย่อยที่ 2 ควรมีการช่วยเหลือจากชุมชนมีส่วนร่วม

การจัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว มีลักษณะสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างเครือข่ายการดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นตรงกันในเรื่องความช่วยเหลือจากชุมชนในการร่วมกันดูแล ประคับประคองผู้ป่วยจิตเวชขณะเจ็บป่วย ให้โอกาสทำงานเพื่อให้มีรายได้บ้าง ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน การสร้างแกนนำจิตเวชชุมชนที่เข้มแข็ง เพื่อช่วยในการติดตามอาการของผู้ป่วย หรือการนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึง การจัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยการให้ชุมชนร่วมกันตั้งแกนนำจิตเวชในชุมชนเพื่อดำเนินการจัดตั้งกลุ่มการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนซึ่งมีการดำเนินการด้านการช่วยเหลือ ติดตาม ดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การสร้างอาชีพ การสร้างโอกาสทางสังคมให้กับผู้ป่วยจิตเวชและที่สำคัญคือการลดอคติของชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวชซึ่งจะนำมาซึ่งความผาสุกของชุมชน ดังตัวอย่าง

“น่าจะมีการตั้งแกนนำจิตเวชในชุมชนเพื่อช่วยดูแลอย่างจริงจังและติดตามต่อเนื่อง สมาชิกทีมก็ให้มาจากชุมชน เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล บุคลากรจากสถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งผู้ป่วยและญาติ น่าจะดีจะได้เป็นเครือข่าย”

“มีผู้ใหญ่ในชุมชนคอยสังเกตอาการและแนะนำให้ไปโรงพยาบาลก็ดีบางที่เราไม่รู้”

“สร้างแกนนำจิตเวชในชุมชนจะได้ช่วยเราดูคนไข้ในชุมชน ชุมชนจะได้มีส่วนร่วม คึงองค์กรบริหารส่วนตำบล มาด้วยก็ดี”

“การมี อสม. (อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน) มาช่วยดูแลคนไข้ก็ดีนะ อสม.เขาแบ่ง ครั้วเรื้อนกันดูคงไม่หนักเกินไป”

“มีกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่นี่ก็จะได้ช่วยกันทั้งคนไข้และคนดูแล บางที่เครียดไม่รู้จะคุย กับใคร ไปหาหมอก็เกรงใจ”

ประเด็นที่ 4 การประเมินผลระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

การประเมินผลระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนจะพบจากการให้ข้อมูลของพยาบาลเท่านั้นโดยกล่าวว่า การประเมินผู้ป่วยไม่มีมาตรฐานเดียวกัน บุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพขาดความชำนาญเนื่องจากไม่ได้เรียนเฉพาะทางจิตเวชทำให้ขาดความมั่นใจในการทำงาน ทำให้งานไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่น่าพึงพอใจ รวมทั้ง รูปแบบในการประเมินผลระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนยังไม่มีมาตรฐานเดียวกัน ขาดความชัดเจนทั้งนี้เนื่องจากความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ของบุคลากรที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังขาดความร่วมมือจากบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆเนื่องจากไม่ตระหนักถึงความสำคัญของงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ดังตัวอย่าง

“การประเมินผู้ป่วยยังไม่มีมาตรฐานเดียวกันเนื่องจากผู้ปฏิบัติขาดความชำนาญไม่ได้เรียน สาขาเฉพาะทาง ทำให้ขาดความมั่นใจประเมินผู้ป่วยไม่ได้”

“ไม่มีใครช่วยเก็บข้อมูลมีแต่สอ. พยาบาล นอกนั้นมีแต่มาขอข้อมูลจากเรา”

“ทำงานมาหลายปีก็จริงแต่ดูคนไข้จิตเวชน้อย ประเมินลำบากไม่มั่นใจ”

“คนไข้จิตเวชดูยากต้องมีประสบการณ์หรือไม่ก็มีแนวทางการดู”

ส่วนที่ 4 ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ในส่วนของปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นส่งผลให้การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรือการที่ผู้ป่วยและครอบครัว หรือผู้ใช้บริการได้รับการดูแลไม่ทั่วถึงในระบบบริการ ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยโรคจิตเวช และผู้ดูแล ได้กล่าวถึง ปัญหาและอุปสรรคของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แบ่งออกเป็น 7 ประเด็นย่อย ดังนี้

1. ความยากลำบากในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึงการเข้าถึงบริการที่ไม่สะดวก ไม่สอดคล้องกับความต้องการและ ความคาดหวังของผู้ป่วย ดังนี้

- 1.1 การเดินทางของผู้ป่วยและครอบครัวใช้เวลาและเสียค่าใช้จ่ายมาก
- 1.2 ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับข้อมูล
- 1.3 การติดต่อหลายจุดทำให้ล่าช้า
- 1.4 การเสียเวลานั่งคอยตรวจ

ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เดินทางลำบาก แม่เป็นห่วง”

“ไป-กลับแล้วรู้สึกอ่อนเพลีย ใจกังวล”

“ไม่รู้ว่ายาคที่ได้รับเป็นยาอะไร ไม่กล้าถามหมอ”

“ไม่สอนเรื่องการทานยา เขาเขียนที่ซองยา ผมก็กินตามนั้น”

“เราไปเดินมันงง เอาใบส่งตัว ไปแล้วไม่รู้ว่าจะไปทำตรงจุดไหน ต้องให้คนที่เขา พาไปให้ เราไม่รู้จุดรับยาจ่ายยาตรงไหน”

“งยิ่นไม่ถูก เซ็นต์ไม่ถูก เวลารักษาชามเขตเขามีห้องผู้ป่วยนอกที่ต้องไปยื่น ไม้จัน เสียตั้งค์”

“เขียนใบส่งตัวให้ไปเอา คือหกเดือนหรือว่าไงเมื่อตอนนั้น ผอ.ร.พ.แกเซ็นต์ให้เอง ให้ผมไปเอาได้สามเดือนครึ่ง โดยไม่ต้องไปขอที่อัมพวาบ่อยๆ ที่นี้ต้องไปเอาเพราะไม่ใช่ผอ.ออกให้ก็ เลยต้องไปเอาบ่อย แล้วก็ต้องไปเอาส่งตัวที่อัมพวาก่อนทุกครั้งเพราะเป็นคนใช้นอกเขต”

“รอนาน นั่งคอยตรวจนานทำให้รู้สึกกระสับกระส่าย”

“รอบบัตรคิว รอเขาเรียกตัว บางทีก็ครึ่งชั่วโมง หรือเป็นชั่วโมงก็มีเหมือนกัน เพราะ บางที่บัตรคิวไปตกที่หมายเลขเรื่อยๆก็รอหลายคน”

“รอนาน ครึ่งวันได้”

2. ระบบการจ่ายยาที่แตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยา

ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึง การจ่ายยาที่แตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการได้รับยา ของโรงพยาบาลที่ต่างกันส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เช่น

- 2.1 ผู้ป่วยได้รับยาแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล
- 2.2 ผู้ป่วยไปรับยาจากสถานบริการสุขภาพหลายที่เนื่องจากกลัวไม่ได้รับยาที่ ถูกต้อง ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“พอเราไปเอาที่สมเด็จฯ แกกินแล้วก็ฟุ้งซ่าน เราเป็นคนดูแลก็จะบอกอาการ พี่ชายไป ก็ดูว่าไม่ไหวแล้ว เรารอจาก รพ. ที่กรุงเทพฯ ดีกว่า ก็เลยต้องเก็บตัวยาไปให้ดู”

“ไปปรับยา 2 ที่เนื่องจากกลัวไม่ได้ยา ไม่รู้ว่ายยาเหมือนกันไหม”

“ย้ายร. พ. ยาก็เปลี่ยนทั้งสีทั้งจำนวนทำให้คนไข้ไม่กิน อาการก็กำเริบ”

3. ศักยภาพของบุคลากรทางสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึง สมรรถนะ ความรู้ ความสามารถและทักษะเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งภาระงานไม่สอดคล้องกับจำนวนแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนี้

- 3.1 จำนวนแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชไม่เพียงพอกับภาระงาน
- 3.2 สมรรถนะและทักษะเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
- 3.3 ขาดความรู้เฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
- 3.4 ขาดความมั่นใจในการดำเนินงาน การตัดสินใจประสานงาน
- 3.5 ความไม่เหมาะสมของภาระงานและค่าตอบแทน

ตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ภาระงานมากเจ้าหน้าที่ไม่ได้ทำงานสุขภาพจิตอย่างเดียว”

“มีข้อจำกัดทางเจ้าหน้าที่เนื่องจากไม่มีคน ไม่มีทีมทำงาน”

“เจ้าหน้าที่ทำงานอย่าง โดดเดี่ยว พอเกิดปัญหาที่รู้สึกหนักใจที่จะแก้”

“มีความรู้ทางจิตเวชน้อยทำตามประสบการณ์มากกว่า”

“ไม่มีแนวทางหรือคู่มือ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงทำตามความเข้าใจของตัวเอง
ไม่รู้ว่าจะถูกหรือเปล่า”

“น่าจะมียุ่่มือหรือแนวทางอะไรก็ได้เกี่ยวกับคนไข้จิตเวช”

“ควรมีพยาบาลที่มีความรู้ทางจิตเวชอย่างพี่วิหลายคนเพื่อเป็นที่ปรึกษาได้”

“น่าจะมีการส่งไปเรียนเฉพาะทางหรือเรียนโทจิตเวช”

“มีการประชุมหรืออบรมแบบนี้ก็ดีจะได้มีความรู้เรื่องจิตเวช”

“บางครั้งเวลาที่คนไข้ต้องเข้าไปรักษาที่ ร.พ.แม่กลอง เราต้องเป็นคนไปส่งเบิกรถ
ไม่ได้แล้วค่าเดินทางจะเบิกกับใคร”

“ไม่มีงบประมาณเหมือนโรคเบาหวาน ความดัน ออกไปเยี่ยมบ้านก็เหนื่อยได้งานก็น้อย เพราะกว่าจะได้คุยกับคนไข้ต้องใช้เวลาและไม่ใช่ไปครั้งเดียวได้คุยต้องไปบ่อยกว่าจะไว้ใจ”

“ไม่มีการตั้งงบประมาณ”

“ไปเยี่ยมแต่ละครั้งก็ต้องมีค่าน้ำมัน ค่าจ่ายแต่เบิกไม่ได้ เราเงินเดือนน้อยหมกกับคนไข้ไปเยอะก็ไม่ไหว”

“หมอน้อยที่อัมพาไม่มีจิตแพทย์เลย ถ้าจะให้หมอมารวดต้องจ้างพิเศษซึ่งที่อัมพาไม่มีงบตรงนี้”

4. แหล่งสนับสนุนทางสังคม

ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึง แหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทั้งบุคคลและชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช โดยช่วยเหลือทั้งที่เป็นรายได้และไม่ใช่ว่ารายได้แต่เป็นการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดูแลตนเองได้ลดภาระของผู้ดูแลและชุมชน

4.1 ขาดการทำความเข้าใจระหว่างสมาชิกในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

4.2 ขาดการสร้างเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

4.3 บทบาทของแกนนำจิตเวชในชุมชนไม่ชัดเจน

ตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การดูแลคนไข้จิตเวชต้องช่วยๆ กันถ้าได้ชุมชนช่วยจะดีมาก องค์การบริหารส่วนตำบล น่าจะมีส่วนร่วม”

“เราดูเรื่องรักษาให้อบต.ดูเรื่องเงินก็จะทำให้คนไข้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น”

“การมี อสม. มาช่วยดูแลคนไข้ก็ดีนะ อสม.เขาแบ่งครัวเรือนกันดูคงไม่หนักเกินไป”

“มีกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่นี่ก็จะได้ช่วยกันทั้งคนไข้และคนดูแล บางทีเครียดไม่รู้จะคุยกับใคร ไปหาหมอกี่เกรงใจ”

“สร้างแกนนำจิตเวชในชุมชนจะได้ช่วยเราดูคนไข้ในชุมชน ชุมชนจะได้มีส่วนร่วมดังอบต.มาด้วยก็ดี”

“น่าจะมีการตั้งแกนนำจิตเวชในชุมชนเพื่อช่วยดูแลอย่างจริงจังและติดตามต่อเนื่องสมาชิกทีมก็ให้มาจากชุมชน เช่น อบต. บุคลากรจากสอ.หรือร.พ.ชุมชนหรือจนท.สาธารณสุขรวมทั้งผู้ป่วยและญาติ น่าจะได้เป็นเครือข่าย”

5. ความร่วมมือในการประสานงาน

ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึง ความไม่ชัดเจนของโครงสร้างงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน การขาดทีมงาน การประสานความร่วมมือ และการส่งต่อข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

5.1 โครงสร้างของงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนไม่ชัดเจน

5.2 ขาดทีมงานบุคลากรสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

5.3 ขาดการติดต่อสื่อสารข้อมูลในการส่งต่อ การดำเนินงานต่อเนื่อง

5.4 ขาดระบบการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ไม่มีกรอบหรือทีมเหมือน ไรค์อื่นๆ ยังไม่ต่อเนื่องไปถึงชุมชน จ.น.ท.ที่ไปเยี่ยมในชุมชนไม่มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย, ญาติ”

“มีข้อจำกัดทางเจ้าหน้าที่เนื่องจากไม่มีคน ไม่มีทีมทำงาน”

“หน่วยงานระดับจังหวัด ไม่มีการแจ้งข้อมูลของระบบเครือข่ายอย่างถูกต้องครบถ้วน หรือประสานงานระบบเครือข่าย”

“ควรมีการประสานงานกับร.พ.เฉพาะทางด้วยเพื่อจะได้ส่งต่อคนไข้ได้”

“ต้องมีทีมลงไปช่วยให้สอ.ทำคนเดียวไม่ไหวงานประจำก็เยอะอยู่แล้ว”

“มีทีมลงชุมชนแบบเบาหวาน ความดัน”

6. การประเมิน/ติดตามผล

ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึง รูปแบบในการประเมินผลระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชนยังไม่มีมาตรฐานเดียวกัน ขาดความชัดเจนทั้งนี้เนื่องจากความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ของบุคลากรที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังขาดที่ปรึกษาที่มีความรู้ ความสามารถและจำนวนที่เพียงพอ ดังนี้

6.1 ขาดมาตรฐานการประเมิน/ติดตามผล

6.2 ขาดความรู้ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน

6.3 ขาดที่ปรึกษาในการปฏิบัติ/กำกับ/ประเมินผลงาน

ตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การประเมินผู้ป่วยยังไม่มีมาตรฐานเดียวกันเนื่องจากผู้ปฏิบัติขาดความชำนาญ ไม่ได้เรียนสาขาเฉพาะทาง ทำให้ขาดความมั่นใจประเมินผู้ป่วยไม่ได้”

“ทำงานมาหลายปีก็จริงแต่คุณไข้จิตเวชน้อย ประเมินลำบากไม่มั่นใจ”

“คนไข้จิตเวชดูยากต้องมีประสบการณ์หรือไม่ก็มีแนวทางการดู”

“ควรมีพยาบาลที่มีความรู้ทางจิตเวชอย่างพี่วิหลายๆคนเพื่อเป็นที่ปรึกษาได้”

“พยาบาลสามารถโทรศัพท์ปรึกษาพยาบาลจิตเวชเรื่องการดูแลได้เมื่อมีปัญหา”

7. การให้ข้อมูลของผู้ป่วยป้อนกลับในระบบส่งต่อ

ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึง ปัญหาของระบบบริการพยาบาลอีกประเด็นหนึ่ง คือ การขาดระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยขาดการได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

7.1 ขาดการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยป้อนกลับ หรือหนังสือส่งต่อแบบสองทาง

7.2 ขาดการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการปฏิบัติงาน

ตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ควรมีการพัฒนากระบวนการส่งต่อเพื่อให้การรักษาต่อเนื่องตามคนไข้ได้ ไม่ใช่ว่าคนไข้ไปอยู่ร.พ.เมื่อไรเราก็ไม่รู้ กลับเมื่อไรก็ไม่รู้”

“น่าจะมิใบส่งตัวของจิตเวชเองจะ ได้รู้เรื่องเพราะจิตเวชไม่ได้มีแต่เรื่องอาการมีเรื่องอื่นๆอีก”

ส่วนที่ 5 ความรู้สึกต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ในภาพรวมของความรู้สึกต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ตามการรับรู้ของพยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วยความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ สำหรับพยาบาล ได้รายงานความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ ส่วนผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่รายงานความรู้สึกด้านบวก ดังนั้น ประเด็นย่อยจึงแบ่งตามการรับรู้ของพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 ความรู้สึกต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนของพยาบาล

สำหรับความรู้สึกของพยาบาลต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนนั้นมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยความรู้สึกทางด้านบวก เป็นความรู้สึกที่พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจ มีความสุขที่แท้จริงในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวให้ก้าวพ้นจากความทุกข์ สร้างความเข้าใจในครอบครัว ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการทำงานด้วยใจและจิตสำนึก หมายถึง การทำงานที่ทำด้วยใจรักในงานอาชีพ มีความเต็มใจ ทุ่มเทในการทำงาน ถึงแม้เป็นงานที่เป็นภาระหนัก เสี่ยงต่อความปลอดภัยของพยาบาล ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“ภูมิใจที่ได้ช่วยใครสักคน เป็นความรู้สึกเล็กๆทำให้เขาก้าวพ้นหรือมีความสุขสบายใจขึ้นทุกกิจกรรมที่ทำ ไม่ใช่ผู้ป่วยคนเดียวครอบครัวด้วย สร้างความเข้าใจในครอบครัว”

“จิตเวชทำด้วยใจ ทำด้วยจิตสำนึก”

“ต้องทำงานต่อไป”

“เศร้า หนัก เต็มใจทำ”

“เป็นงานที่ทำด้วยใจ ท้อหลายอย่าง”

“เกิดความภาคภูมิใจกับความไม่ปลอดภัย”

“ทำแล้วได้บุญ แต่บางครั้งทำไม่ต้องเป็นเรา”

ส่วนความรู้สึกทางด้านลบ เป็นความรู้สึกที่พยาบาลรู้สึกทุกข์ใจ ในการปฏิบัติงาน เกิดความรู้สึกเครียดที่แก้ปัญหาให้ผู้ป่วยไม่ได้ การทำงานเต็มไปด้วยความยากลำบากเนื่องจากไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ผลงานจึงไม่ชัดเจนตามมา เป็นงานที่ทำแล้วเหมือนปิดทองหลังพระ ไม่ได้เป็นผลงานของพยาบาล ทำแล้วไม่ได้อะไรหรือไม่เกิดผลที่คาดหวัง การทำงานทำไปแบบไม่มีทิศทาง ไม่มีที่พึ่ง หรือที่ปรึกษาในการทำงาน หัวหน้างานไม่เห็นความสำคัญของงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“มองแต่ผู้รับบริการ ไม่มองผู้ให้บริการว่ามีความทุกข์กายทุกข์ใจอย่างไร”
 “คาดหวังอะไร ไม่ได้หรอกกับระบบ”
 “มันยาก แก่ ไขยาก ปัญหาหลายอย่าง”
 “งานไม่มีความสำคัญ ถ้าจะไปเยี่ยมบ้านแ่่งงานจิตเวชหัวหน้าค่า ผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญ ไม่มีเครือข่าย ท้อ ชี้แจง พูดอะไรก็ไม่ทำ ไม่สนใจ”
 “เหมือนปิดทองหลังพระ ไม่ได้เป็นผลงานของเราทำแล้วไม่ได้อะไร”
 “รู้สึกเครียดที่แก้ปัญหาให้เขาไม่ได้”
 “ไม่มีที่พึ่ง”
 “เป็นงานยากลำบาก ผลงานไม่ชัด”
 “มีทั้งทางบวกและลบ แต่ลบชัดกว่าเพราะสงสาร เวทนา ทางบวกดีใจที่เห็นเขาพ้นทุกข์ รู้สึกเป็นสุขแท้”

ประเด็นย่อยที่ 2 ความรู้สึกต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนของผู้ป่วย

ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน หมายถึง การรายงานความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการมีประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนทั้งในสถานีนอนมัย ศูนย์สุขภาพชุมชนและ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัด แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

1. รู้สึกพอใจในการบริการที่จัดให้

ผู้ให้ข้อมูลอธิบาย ความรู้สึกพอใจในการบริการที่จัดให้ เป็นบริการที่ดี คือได้รับการดูแล สอบถามอาการ ได้รับยาจิตเวชตรงตามอาการเจ็บป่วย เป็นการได้รับการดูแลที่มีความหวังให้อาการดีขึ้น ทำให้สังคมยอมรับ รู้สึกพอใจที่ได้รับการสอน คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการดูแลสุขภาพ การรับประทานยาและการทำให้ใจสบาย นอกจากนั้น บริการพยาบาลเยี่ยมบ้านทำให้ได้รับความรู้เพิ่มเติม ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“หมอ/พยาบาลสอนออกกำลังกายทำให้รู้สึกดีใจ”

“พยาบาลช่วยด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยไม่เครียด”

“ดีใจที่ได้รับการรักษา สังคมยอมรับ”

“การมารักษาทำให้ช่วยเหลือตนเองได้”

“หมอที่นั่นดีมาก ให้อาามาชุดหนึ่งหายเลย”

“เกิดความพอใจที่ได้ยาตามต้องการ”

“พยาบาลแนะนำให้ไปรับยาตามถึงอาการ แนะนำดีทำให้ผู้ป่วยประทับใจ”

“พยาบาลมาเยี่ยมบ้านรู้สึกดีใจถามถึงการกินยา อาการทำให้สบายใจ”

2. รู้สึกดีใจที่แพทย์และพยาบาลแสดงความห่วงใย

ผู้ให้ข้อมูลอธิบาย ความรู้สึกดีใจที่แพทย์และพยาบาลดูแลเอาใจใส่ ทักทาย ถามถึงอาการเจ็บป่วย เมื่อพยาบาลมาเยี่ยมบ้านรู้สึกดีใจและสบายใจที่พยาบาลถามเกี่ยวกับการรับประทานยา และอาการเจ็บป่วย รู้สึกชอบใจ สบายใจที่พยาบาลใช้คำพูดเรียบริ้ย สุภาพและท่าทางของพยาบาลเป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“พยาบาลมาเยี่ยมบ้านรู้สึกดีใจถามถึงการกินยา อาการทำให้สบายใจ”

“ดีใจที่พยาบาลถามถึงและให้ความสนใจการไปรับยา และอาการที่เกิดขึ้น”

“การบริการทำให้ดีใจเนื่องจากพยาบาลดูแลเอาใจใส่”

“หมอ/พยาบาลหวังดีกับผู้ป่วย”

“คนไข้ก็จะดี รู้สึกดีใจ พวกเขาจะได้มีความสุขเราก็จะได้มีความสุข”

3. รู้สึกเกรงใจที่พยาบาลมาเยี่ยมบ้าน

ผู้ให้ข้อมูลอธิบาย ความรู้สึกของผู้ป่วยว่าเป็นความรู้สึกที่รับรู้ว่ายพยาบาลให้การดูแลตนและครอบครัวอย่างมาก ถึงแม้จะเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่มาติดตามอาการผู้ป่วย แต่การเดินทางมาเยี่ยมถึงบ้านผู้ป่วย เป็นการกระทำที่ต้องใช้เวลามากกว่าปกติและต้องมีความตั้งใจจริงเรียกว่า ความเกรงใจ ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกเกรงใจพยาบาลในการมาเยี่ยมที่บ้านเพื่อให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาเรื่องการดูแลตนเอง การรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียง แต่ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยรู้สึกดีใจที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ต่อเนื่อง และบางครั้งรู้สึกเห็นใจพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ดังนั้น ในการนัดหมายกับผู้ป่วยแต่ละครั้ง ทำให้ผู้ป่วยต้องรอพยาบาลที่บ้าน และไม่สามารถไปทำงานหรือกิจกรรมนอกบ้าน ได้ พยาบาลจึงควรไปตามนัดเสมอ ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“เกรงใจพยาบาล/หมอที่มาเยี่ยมบ้าน”

“พยาบาลมาเยี่ยมบ้านรู้สึกดีใจถามถึงการกินยา อาการทำให้สบายใจ”

“รู้สึกเห็นใจที่พยาบาลเจอคนไข้ยวนหรือเอาแต่ใจ”

ประเด็นย่อยที่ 3 ความรู้สึกต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนของผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลรายงานความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ดีๆเกิดขึ้น เมื่อได้รับบริการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้อง แพทย์และพยาบาลกล่าวคำพูดนำฟัง สุภาพ แสดงการให้กำลังใจ สนใจผู้ป่วย ให้การต้อนรับ ทักทาย และอธิบายอย่างเข้าใจ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลรายงานความรู้สึกไม่ชอบการกระทำของเจ้าหน้าที่ในการจัดการเมื่อผู้ป่วยอาละวาดโดยการกักขัง ประเด็นความรู้สึกของผู้ดูแล แบ่งเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. ความรู้สึกดีเมื่อได้รับบริการรวดเร็ว

ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึง ความรู้สึกพอใจ เมื่อได้รับบริการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ได้พบแพทย์ ได้รับยาและ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ดีใจที่หมอเขาแนะนำเรารู้ได้ถูกวิธี พยาบาลเขาดี ถ้าเขาไม่แนะนำเราก็งมเข็ม”

“เมื่ออยู่ โรงพยาบาล มีอาหารดี นอนสบายลูกชอบ และแม่ได้เข้าประชุมได้ฟังเรื่องการดูแลผู้ป่วยทางจิตทำให้รู้สึกดี”

“บอกให้ผู้ป่วยนั่งคอยเดี๋ยวมาเรียกทำให้ไม่รู้สึกว่ารอนาน”

“ก็ดีที่เขานัดไปเอายา ถ้าเกิดยาหมดเราไม่รู้ ทีนี้เขาก็เอาไปเช็คเรื่อยๆ ใจว่าอาการเป็นอย่างไรบ้าง”

2. ความรู้สึกดีกับการใช้คำพูดของแพทย์ พยาบาล

ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึง ความรู้สึกพอใจ เมื่อแพทย์และพยาบาลกล่าวคำพูดน่าฟัง สุภาพ แสดงการให้กำลังใจ สนใจผู้ป่วย ให้การต้อนรับ ทักทาย และอธิบายอย่างเข้าใจ ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“เขาบริการดีทุกครั้งทีไปเอายา”

“รู้สึกดีที่มีคนเข้ามาสอบถามอาการผู้ป่วย”

“พยาบาลพูดจาดีไม่ไว้วางใจเย็น”

“ชอบพยาบาลพูดเพราะ ไม่ดุ”

“ดีใจที่พยาบาลทักทายผู้ป่วยแสดงว่าเขาสนใจเรา”

3. ความรู้สึกไม่ชอบการจัดการกับผู้ป่วยที่อาละวาด

ผู้ให้ข้อมูล กล่าวคำพูดแสดงความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการกระทำของเจ้าหน้าที่ในการจัดการเมื่อผู้ป่วยอาละวาด ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ไม่ชอบให้จับผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยอาละวาด น่าจะมีวิธีที่ดีกว่านี้”

บทที่ 5

สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนและเพื่อปรับปรุงรูปแบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 20 คน ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวนกลุ่มละ 25 คน รวมทั้งสิ้น 70 คน พื้นที่ศึกษา คือ ชุมชนในเขตความรับผิดชอบด้านสุขภาพของ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จำนวน 1 แห่ง สถานีอนามัย และศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 17 แห่ง ในเขตอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นสังคมชนบทแบบเกษตรกรรมและการท่องเที่ยว เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ชนิดปลายเปิด เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ ความรู้สึก ความคิดเห็นต่อระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เป็นต้น แบบบันทึกภาคสนาม เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูล สิ่งแวดล้อม และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สัมภาษณ์ และเครื่องบันทึกเสียงและแถบบันทึกเสียง โดยทำการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล สำหรับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ประมาณ 45- 90 นาที ในการสัมภาษณ์มีการบันทึกเสียงและจดบันทึกข้อความสั้นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและสามารถทำความเข้าใจได้มากที่สุด จนกระทั่งได้ข้อมูลที่มีประเด็นซ้ำๆกัน หรือข้อมูลอ้อมตัว

หลังจากนั้น คณะผู้วิจัยทำการถอดบทสัมภาษณ์ ตรวจสอบความถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์ประเด็น ซึ่งภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ถ้าพบข้อมูลยังไม่ชัดเจนหรือไม่ได้ข้อมูลซ้ำๆกัน ผู้วิจัยสามารถกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ได้อีกและนำข้อมูลกลับมาวิเคราะห์ประเด็นที่เกิดขึ้น เมื่อได้ผลวิเคราะห์ข้อมูล จึงตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ โดยกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล และผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งเป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลต่อมาคณะผู้วิจัยเปรียบเทียบประเด็นผลวิจัยที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูล กับผลวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาสรุปเป็นความเรียงหรือรูปแบบของประเด็นลักษณะสำคัญ ต่อจากนั้น ได้นำผลวิจัยมาสร้างเป็นระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และผ่านการวิพากษ์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ จำนวน 10 ท่าน

ประเด็นสำคัญของผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้เป็น 4 ประเด็นดังนี้

1. การให้ความหมายของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
2. ลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
3. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
4. ความรู้ต่อการปฏิบัติงานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

สรุปเนื้อหาในแต่ละประเด็นมีดังต่อไปนี้

1. การให้ความหมายของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน มีความหมายต่อผู้ให้ข้อมูลในมุมมองที่คล้ายและแตกต่างกัน กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพรายงานว่า เป็นการจัดการดูแลอย่างเป็นระบบในการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นบริการที่เข้าถึงง่าย มีแนวร่วมในการบริการ ใช้มาตรฐานเดียวกัน มีแนวปฏิบัติชัดเจน สามารถประเมินได้ ผู้ป่วยได้รับการรักษา ส่งต่อ ติดตามดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ป่วยและผู้ดูแลรายงานระบบบริการพยาบาลมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ มุ่งประเด็นในเรื่องการรับยาจากสถานบริการสุขภาพอย่างสะดวก รวดเร็ว เพื่อให้อาการดีขึ้น โดยมีหมอหรือพยาบาลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และการได้รับความเอาใจใส่ ความเข้าใจผู้ป่วย ในการใช้คำพูด คำอธิบายหรือท่าทางที่ยิ้มแย้ม เป็นมิตร

2. ลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

การจัดการดูแลบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนอย่างเป็นระบบที่ดีมีคุณภาพมีลักษณะสำคัญคือ 1) การประเมินความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน ผู้สนับสนุนทางสังคมและการเงิน ผู้กำหนดนโยบายและผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น 2) มีการจัดรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม คำนึงถึงการดูแลตนเอง มีบริการหลากหลาย เช่น การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตเบื้องต้น การดูแลต่อเนื่องเน้นการพึ่งตนเอง การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษา การดูแลผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวที่บ้าน การฟื้นฟู/ส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต 3) มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม การเงิน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และ 4) ลักษณะสุดท้ายคือมีการประเมินผลระบบบริการพยาบาล โดยประเมินการปฏิบัติงานที่มีมาตรฐาน ผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

3. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลถึงการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน กล่าวคือ มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย มีระบบการจ่ายยาที่แตกต่าง

กันทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยา ความแตกต่างกันของศักยภาพของบุคลากรทางสุขภาพ ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการประสานงาน ขาดมาตรฐานในการประเมิน/ติดตามผล และขาดการให้ข้อมูลของผู้ป่วยป้อนกลับในระบบส่งต่อ

4. ความรู้สึกต่อการปฏิบัติงานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

งานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนก่อให้เกิดความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ ตามการรายงานของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล ความรู้สึกตามการรายงานของพยาบาลต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนนั้นมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ส่วนความรู้สึกตามการรายงานของผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นความรู้สึกด้านบวก พยาบาลวิชาชีพรายงานความรู้สึกด้านบวก คือ เป็นความรู้สึกภาคภูมิใจที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวพ้นจากความทุกข์ ทำงานด้วยใจรัก ถึงแม้เป็นงานที่มีภาระหนัก เสี่ยงต่อความปลอดภัย ส่วนความรู้สึกด้านลบ คือ พยาบาลรู้สึกท้อใจเมื่อแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้ ทำงานด้วยความลำบากที่ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่มีที่ปรึกษา และเป็นงานบริการที่หัวหน้างานไม่เห็นความสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลรายงานความรู้สึกด้านบวกเป็นส่วนใหญ่ คือ พอใจในการบริการที่จัดให้ รู้สึกดีใจที่แพทย์และพยาบาลแสดงความห่วงใยแต่ในขณะเดียวกันรู้สึกเกรงใจที่พยาบาลมาเยี่ยมบ้าน ส่วนผู้ดูแลรายงานความรู้สึกดีเมื่อได้รับบริการรวดเร็ว แพทย์/พยาบาลใช้คำพูดสุภาพ แสดงการให้กำลังใจ สนใจผู้ป่วย ให้การต้อนรับ ทักทาย และอธิบายเรื่องต่างๆ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจ

การอภิปรายผล

คณะผู้วิจัยอภิปรายผลตามประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้น 4 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. การให้ความหมายของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนตามผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและชุมชนซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีมุมมองการจัดการดูแลในระดับองค์กรและชุมชน ส่วนผู้ป่วยและผู้ดูแลมีมุมมองในระดับบุคคล ซึ่งการจัดระบบบริการพยาบาลตามระดับต่างๆนี้สะท้อนจากความต้องการของบุคคลแต่ละระดับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับองค์กร ได้แก่ ปัญหาที่เกิดจากการเข้าถึงระบบการดูแลที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่าย รวมทั้งการจัดการงานและการประเมินของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งควรมีรูปแบบและเครื่องมือที่มีคุณภาพในการประเมินภาระงาน (Henderson, Willis, Walter, & L.Toffoli, 2008)และการดูแลตามลักษณะของวัฒนธรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องระดับชุมชน ได้แก่ ระยะทางการเดินทางในการใช้บริการ ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับใครควรได้รับการรักษาหรือไม่ (Shattell, 2008) ส่วนบริการจัดการดูแลที่สะดวก รวดเร็ว คำแนะนำ ที่สะท้อนถึงการเอาใจใส่ การใช้คำพูด การแสดงท่าที เป็นมิตร เป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล เนื่องจากผลของการดูแลที่เป็น

ระบบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้น ผู้ดูแลมีความรู้สึกสบายใจที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม

ถึงแม้การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่เฉพาะทางในปัจจุบัน มุ่งเน้นที่การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตรุนแรงและเป็นปัญหาในระยะยาว (Godin, 2003) อย่างไรก็ตาม การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงน้อยหรือนุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต เป็นสิ่งที่พยาบาลจิตเวชชุมชน ต้องให้การพยาบาลเช่นกัน โดยเฉพาะการบริการในพื้นที่ชุมชนในชนบทที่ห่างไกล

2. ลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ผลการวิจัยแสดงถึงลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนแบ่งเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

2.1 การประเมินความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในชุมชนเป็นลักษณะที่สำคัญในระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า ความต้องการของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแลเป็นความต้องการที่สอดคล้องกับระบบการดูแลตามแนวคิดของ (Starfield, 1992) ทั้งสามด้าน คือ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ โดยพยาบาลวิชาชีพต้องการการวางแผน ยุทธศาสตร์ จัดทำแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การจัดให้มีบุคลากรวิชาชีพที่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในทีมสุขภาพ และมีที่ปรึกษาเมื่อเผชิญกับกรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Shanley, Watson, and Cole (2001) ที่สำรวจความคิดเห็นของพยาบาลจิตเวชชุมชน โดยการสัมภาษณ์ พบว่า พยาบาลต้องการการพัฒนาทักษะด้านการประเมินปัญหาสุขภาพจิต ทักษะการสื่อสาร การให้คำปรึกษา การบำบัดทางพฤติกรรม การบำบัดแบบกลุ่ม ทักษะทางสังคม การป้องกันการกลับป่วยซ้ำ การจัดการภาวะวิกฤติทักษะการเป็นผู้นำ การจัดการองค์กร และการทำงานเป็นทีม เป็นต้น ในระยะเวลาการศึกษา อย่างน้อย 6 เดือน ขึ้นไป เช่นเดียวกับการศึกษาความต้องการพัฒนาการและฝึกอบรมสุขภาพจิตของทีมการทำงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลและเจ้าหน้าที่งานสุขภาพจิตในชุมชน พบความต้องการในด้านการขอคำปรึกษา การสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้องในสายงาน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากผู้ร่วมงานในทีมสหวิชาชีพ และต้องการได้รับการฝึกอบรมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต (Secker, 2002)

นอกจากนั้น ความต้องการของพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดกลุ่มผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพจิต แนวปฏิบัติการส่งต่อเพื่อบริการกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวโดยตรง กลไกการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว เช่น การเดินทาง การมีช่องทางพิเศษที่คลินิกจิตเวช เป็นต้น เช่นเดียวกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล ที่ต้องการได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง มีสถานบริการใกล้บ้าน พยาบาลมีความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช และแสดงความห่วงใย พยาบาลให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน มีที่ปรึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว รวมทั้งบริการพยาบาลต่อเนื่องและการได้รับการ

สนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับผลการวิจัยของ(สุพัตรา พุ่มพวง, 2547) ศึกษาความต้องการของ ผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การมีส่วนร่วม ทัศนคติที่ดีในการให้บริการ ครอบคลุมทุกมิติ การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การส่งต่อไปรักษา การได้รับการดูแลต่อเนื่อง การดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และการสนับสนุนทางสังคม

2.2 การจัดรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง เป็นการจัดการดูแลที่มีหลากหลายรูปแบบ โดยคำนึงถึงหลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนที่คำนึงถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว การประยุกต์แนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดชีววิทยา จิตวิทยา สังคมวิทยาและวัฒนธรรม รวมทั้งแนวคิดการพยาบาลองค์รวม เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพให้มีสุขภาพจิตดีเพื่อป้องกันและ/หรือลดการป่วยซ้ำ สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ตามศักยภาพของตนเอง และเป็นอิสระ นอกจากนั้น รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้กำหนดนโยบายหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายเรื่องยาสำหรับผู้ป่วยจิตเวช (จิติ เจริญสรรพ, 2551) รวมทั้งการทำงานในลักษณะที่เป็นทีมสหวิชาชีพซึ่งให้ความสำคัญในการทำงานร่วมกับพยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Cannigham, 2005; Kinderman, Sellwood, & Tai, 2008) ได้แก่ มีความเชี่ยวชาญพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเฉพาะ มีประสบการณ์และทักษะในการประเมินและให้การพยาบาลอย่างเฉพาะเจาะจง

การจัดรูปแบบการดูแลทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนตามความต้องการบริการพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การพยาบาลที่นำแนวคิดการดูแลตนเองในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อได้รับยา การสังเกตอาการเตือน โดยผู้ป่วยและผู้ดูแล การพัฒนาทักษะทางสังคม เป็นต้น การดูแลสุขภาพจิตต่อเนื่องที่บ้าน การให้คำปรึกษาครอบครัว การจัดการกับภาวะวิกฤติด้านสุขภาพจิต รวมทั้งการจัดทำแนวปฏิบัติในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ รูปแบบการปฏิบัติที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชสูงอายุในชุมชน (Chisholm, Howard, Boyd, Clement, Hendrix and Reiss-Brennan, 1997) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิธีการให้การบริการดูแล การประเมินกระบวนการและขอบเขตของการปฏิบัติ ซึ่งนำมาสู่ผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่เป็นเลิศทางสุขภาพ เป้าหมายเบื้องต้นของการปฏิบัติที่เป็นเลิศ คือ การประเมินการรักษาและแก้ไขปัญหายทางจิตในบ้านของผู้ใช้บริการมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แนวปฏิบัติเรื่องการไต่ถามทางจิตเวชโดยพยาบาลจิตเวช (Roe and Swarbrick, 2007) แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นต้น หรือแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา

2.3 การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ในระบบบริการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน เป็นลักษณะที่สำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่ง ในการทำงานร่วมกับชุมชน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประเด็นที่มีอิทธิพลต่อระบบบริการพยาบาล ได้แก่ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพที่ไม่ครอบคลุมเนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องสิทธิทางการรักษาต่างๆ และต้องการความช่วยเหลือจากชุมชนมีส่วนร่วม การศึกษาพบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ เนื่องจากเป็นพื้นฐานของการรับรู้ความเป็นเจ้าของของบุคคล ทำให้เกิดความรู้สึกเชื่อมโยง ความรู้สึกผูกพัน มีการให้ความเห็นย้อนกลับต่อพฤติกรรม ความเห็น และทัศนคติของบุคคล (Teed, 2007) และมีผลกระทบต่อผู้ใช้บริการทางสุขภาพจิตในการทำให้เกิดการรับรู้ความเชื่อมโยง ความเชื่อมั่นในการจัดการกับความต้องการจากสิ่งกระตุ้นรอบๆตัว และมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับอาการทางจิต เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า สิ้นหวัง ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความเชื่อมโยง คิดเป็นร้อยละ 12 (Langeland, 2009)ซึ่งอาจนำมาสู่การมีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบการดูแลและการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ต่อเนื่องในชุมชน เช่นเดียวกับการนำหลักการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพและระบบบริการทำให้เกิดความสัมพันธ์ในการร่วมมือระหว่างกลุ่มช่วยเหลือตนเองและกลุ่มวิชาชีพ (Riessman & Banks, 2001)

นอกจากนั้น ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้มีปัญหาด้านการเรียนรู้ได้รับประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิต ความเครียด ความยากลำบาก และแหล่งสนับสนุนทางสังคมของมารดาของเด็กโตที่มีความพิการทางพัฒนาการ จำนวน 100 คน พบว่า ภาวะสุขภาพจิต ความเครียด ความยากลำบากและแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยที่มารดาที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีอาการเครียดในระดับความรุนแรงเล็กน้อยและน้อยกว่ามารดาที่ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Ben-Zur, Duvdevany, & Lury, 2005) เช่นเดียวกับ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกรุงเทพมหานคร และความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับภาวะสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 120 ราย ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแบบประเมินด้วยตนเอง 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) Quality of Life Index Generic Version – III (QLI Generic Version - III), 2) Short Form 36 Health Survey (SF-36 Health Survey), 3) Questionnaire for Assessment of Social Support ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 66.67 ของผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ และพบว่า ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล การส่งเสริมสุขภาพที่ดีในผู้ดูแลและการเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ดูแลจะมีส่วนช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้ดีขึ้น การส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย นำไปสู่ความสำเร็จในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท (พีรพันธ์ ถีอนุญธวัชชัย และอรพรรณ ถีอนุญธวัชชัย 2549) การทบทวนวรรณกรรม พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคม ถือได้ว่า

เป็นปัจจัยปกป้องซึ่งช่วยให้บุคคลจัดการและมีความสามารถในการรักษาภาวะสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ได้แก่ การระบุนความเครียด การรู้จักประเภทของแหล่งสนับสนุนทางสังคม การใช้เครือข่ายแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการลดความเครียด ลดอาการเจ็บป่วยและเพิ่มการแก้ปัญหา และสร้างความภาคภูมิใจ (Buchanan, 1995) ดังนั้น การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดทั้งในระบบประกันสุขภาพ การพัฒนาอาชีพ การบริหารเงินทุนจากองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งเป็นการวางแผนระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด ลดการเป็นภาระแก่ผู้อื่น

2.4 การประเมินผลระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน เป็นอีกลักษณะหนึ่งที่มีความสำคัญในการปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและประชาชนมีสุขภาพกายและจิตที่ปกติสุข ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าการประเมินผู้ป่วยในระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนไม่มีมาตรฐานเดียวกัน บุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพขาดความชำนาญเนื่องจากไม่ได้เรียนเฉพาะทางจิตเวชทำให้ขาดความมั่นใจในการทำงาน ทำให้งานไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่น่าพึงพอใจ ดังนั้น การจัดให้บุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจึงเป็นสิ่งจำเป็น การศึกษาของ(Simpson, 2007)ศึกษาการประเมินผลโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการโดยพยาบาลและบุคลากรสุขภาพในหน่วยผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ผ่านการอบรมในเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 113 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 86 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 27 คน ประเมินผลความรู้และทักษะของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการฝึกอบรม 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และทักษะการป้องกันการฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่า การอบรมความรู้การป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับพยาบาลและบุคลากรสุขภาพสามารถเพิ่มความรู้และทักษะของบุคลากรในการดูแลป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง

การประเมินผลลัพธ์ไม่ได้มุ่งเฉพาะผลของการปฏิบัติหรือผลกระทบที่เกิดขึ้น แต่ทำให้เกิดการคำนึงถึงความเข้าใจ ในธรรมชาติและการปฏิบัติงานที่หลากหลาย อุปสรรคของการปฏิบัติหรือผลที่ไม่ได้คาดหวัง (G. W. Stuart, 1999) องค์ประกอบของผลลัพธ์ทางระบบการดูแลสุขภาพประกอบด้วยตัวชี้วัดสถานะทางสุขภาพที่หลากหลาย ได้แก่ ระยะเวลาการมีชีวิตรอด ยาว กิจกรรมการดำเนินชีวิตตามปกติ ความสุขสบายทั้งทางร่างกายและอารมณ์ ความพึงพอใจและการรับรู้ภาวะสุขภาพดี สถานะการเป็นโรค การได้รับศักยภาพในการพัฒนาภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดำรงภาวะสุขภาพดี การศึกษาเกี่ยวกับตัวชี้วัดคุณภาพของระบบการบริการสุขภาพจิต เช่น ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการได้มีผู้ศึกษาไว้ (Howard, 2007) ศึกษาการรับรู้คุณภาพการบริการสุขภาพจิตและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการสุขภาพจิตที่มีระบบประกันสังคม เป็นการวิจัยแบบ cross-sectional retrospective โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มมีชั้นตอน กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีรายได้น้อย และมีความพิการ เช่น ผู้ป่วยจิตเวช

รุนแรง ที่มีอายุระหว่าง 18-85 ปี จำนวน 787 คน ได้รับบริการสุขภาพจิตและเสียค่าใช้จ่ายในระบบประกันสังคม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและส่งกลับทางไปรษณีย์ แบบมีหลายขั้นตอน ระยะเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ แบบสอบถามเป็นมาตรวัด 5 ระดับ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินบริการสุขภาพจิต และแบบประเมินภาวะสุขภาพกายและจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา แบบทดสอบทีและวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจในความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ แต่ไม่พึงพอใจกับผลลัพธ์จากการรักษา ความพึงพอใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับบริการการดูแลสุขภาพจิตและองค์ประกอบของการบริการ การบริการสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพโดยรวมสามารถทำนายความพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพจิตได้ ร้อยละ 44 ($p < .001$) และทำนายคุณภาพของการบริการสุขภาพจิตได้ ร้อยละ 52 ($p < .001$)

3. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

จากผลการวิจัยตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล พบว่า ปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลถึงการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน คือ ความยากลำบากในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยจิตเวช เช่น ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการไกล ความไม่สะดวกของการเดินทาง บางครอบครัวใช้เรือและต่อด้วยรถโดยสารในการเดินทาง การไม่มีพาหนะเดินทางหรือเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่าพาหนะจำนวนมาก รวมทั้ง ความแตกต่างกันของศักยภาพของบุคลากรทางสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Williams et al. (1999) ที่ศึกษาจากประสบการณ์การเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับบริการ คือ การวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกันของแพทย์ การเข้าถึงบริการ เป้าหมายร่วมกันในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย รวมทั้งการบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการคือการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทาง ดังเช่นการศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่ศึกษาถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการของคนแอฟริกา-อเมริกัน พบว่า คนแอฟริกา-อเมริกัน ได้รับการประเมินด้านสุขภาพและการดูแลรักษาพยาบาลไม่ครอบคลุมทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างทางเชื้อชาติ อุบัติการณ์ของการเกิดโรคและอัตราการตายที่มากกว่าคนผิวขาว ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากระบวนการสุขภาพถ้วนหน้าให้ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกเชื้อชาติ ทุกพื้นที่เพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน (King, 2008)

ปัญหาการมีระบบการจ่ายยาที่แตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาหรือได้รับการรักษาไม่ทั่วถึง การศึกษาสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาภาคกลาง รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ระดับลึก การประชุมสะท้อนความคิด จากผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็น ผู้บริหาร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้ใช้บริการ จำนวน 127 คน ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ระบบบริการสุขภาพมีปัญหาด้านคุณภาพและประสิทธิภาพ ไม่ได้มาตรฐาน ผู้ใช้บริการไม่พอใจต่อสิทธิประโยชน์โดยเฉพาะบัตรสุขภาพ ผู้ให้บริการมีปัญหาในการ

บริหารจัดการทั้งด้านจำนวนบุคลากร ด้านภาระงาน ความขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ประสบปัญหา ความเครียด ขาดความมั่นคง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับการเปลี่ยนโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนพยาบาลขาดแคลนในสถานบริการระดับปฐมภูมิ พยาบาลได้รับการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ ขาดระบบประกันคุณภาพการพยาบาล ผลวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะว่าการใช้โครงสร้างเดิมพัฒนาเป็นสถานบริการที่มีรูปแบบที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่ ควรสร้างเกณฑ์มาตรฐานในการปฏิบัติงาน และพยาบาลได้รับการฝึกอบรมความรู้เวชปฏิบัติจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง เป็นบริการที่มีมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งควรมีคู่มือปฏิบัติงานในการรักษาและจ่ายยาแต่ละโรค และมีระบบปรึกษาแพทย์ทางโทรศัพท์ที่ได้ตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้ง การพัฒนาศักยภาพของพยาบาล เพิ่มพูนความรู้และเสริมศักยภาพในการทำงานร่วมกับชุมชน มีพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน(อัจฉริยา ปทุมวัน, 2548)

ปัญหาการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการประสานงาน ขาดมาตรฐานในการประเมิน/ติดตามผล และขาดการให้ข้อมูลของผู้ป่วยป้อนกลับในระบบส่งต่อ นอกจากนี้ยังศึกษาพบว่าการมีรายได้น้อย ขาดทักษะในการดูแลตนเองและขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถดูแลตนเองได้ก่อให้เกิดการป่วยซ้ำ (Lars , 2008) จากการศึกษาของ Birleson et al. (2001) พบว่าความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพจิตและจิตเวชกับแกนนำในชุมชนทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นในชุมชนมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้การสร้างความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pirkis et al.(2001) พบว่าความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางการแพทย์และชุมชนสามารถดูแลและประเมินระบบบริการที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้ มีการสร้างทีมและเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการประเมินการดูแลและระบบบริการ โดยการทำที่ไม่มีเครื่องมือการประเมินและติดตามผลที่ดีจะทำให้ไม่สามารถตรวจสอบประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้ (Gavin , 1999) โดย Hickie et al. (2000) ศึกษาถึงคุณภาพระบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยต้องการมาตรฐานการประเมินและการติดตามผลที่มีประสิทธิภาพเพื่อแสดงถึงความสามารถในการดูแลตนเองเพียงลำพังได้ นอกจากนี้ยังต้องการการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณสมบัติเฉพาะทางจิตเวชทั้งในขณะอยู่โรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องระยะยาวในชุมชน

ดังนั้นกลยุทธ์ในการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในชุมชนก็คือการสร้างกลยุทธ์ที่สามารถป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิต เช่น ปัญหาทางสังคมโดยใช้ความร่วมมือกับครอบครัวและชุมชนในการวางแผนและดำเนินการแก้ไข ปัญหาด้านบุคลากรมีการกำหนดและดำเนินนโยบายที่พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถในการสังเกตประเมินอาการเตือนต่างๆ(warning sign) รวมทั้งมีทักษะในการบริหารจัดการเหตุการณ์เร่งด่วน มีการส่งต่อที่เหมาะสม นอกจากนี้ต้องมีการพัฒนารูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลที่มีคุณภาพเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามารถนำไปดูแลตนเองได้ (Teed et al., 2007)

4. ความรู้สึกต่อการปฏิบัติงานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

จากผลการวิจัยพบว่างานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนก่อให้เกิดความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบตามการรายงานของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ดูแล ความรู้สึกตามการรายงานของพยาบาลต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนนั้นมีทั้งด้านบวกและด้านลบ พยาบาลวิชาชีพรายงานความรู้สึกด้านบวก คือ เป็นความรู้สึกภาคภูมิใจที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวพ้นจากความทุกข์ ทำงานด้วยใจรัก ถึงแม้เป็นงานที่มีภาระหนัก เสี่ยงต่อความปลอดภัย ส่วนความรู้สึกด้านลบ คือ พยาบาลรู้สึกท้อใจเมื่อแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้ ทำงานด้วยความลำบากที่ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่มีที่ปรึกษา และเป็นงานบริการที่หัวหน้างานไม่เห็นความสำคัญ

ความรู้สึกตามการรายงานของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนรายงานความรู้สึกด้านบวกเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยรายงานความรู้สึกด้านบวก คือ พอใจในการบริการที่จัดให้ รู้สึกดีใจที่แพทย์และพยาบาลแสดงความห่วงใยแต่ในขณะเดียวกันรู้สึกเกรงใจที่พยาบาลมาเยี่ยมบ้าน ผู้ดูแลรายงานความรู้สึกด้านบวก คือ รู้สึกดีเมื่อได้รับบริการรวดเร็ว แพทย์/พยาบาลใช้คำพูดสุภาพ แสดงการให้กำลังใจ สนใจผู้ป่วย ให้การต้อนรับ ทักทาย และอธิบายเรื่องต่างๆ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจ

ดังเช่นการศึกษาของ Beecroft et al. (2001) ที่ศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงต่อบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ร้อยละ 75 ของจำนวนผู้ป่วย มีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Herrera-Espineira et al. (2009) ที่ศึกษาถึงความพึงพอใจในระบบบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในการรับการรักษาพยาบาล พบว่า ร้อยละ 16 ของจำนวนผู้ป่วย รู้สึกพึงพอใจในการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ และ ร้อยละ 32 ของจำนวนผู้ป่วย รู้สึกพึงพอใจที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อลดความวิตกกังวล Menchetti et al. (2009) ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ถ้าทีมบุคลากรทางสุขภาพจิตเข้าไปให้การปรึกษาในการดูแลสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ 2-3 ครั้งต่อเดือนจะทำให้ผู้ป่วยสามารถลดอาการซึมเศร้าและอาการทางกายต่างๆ ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา พุ่มพวง (2547) ที่ทำการศึกษถึงความต้องการของผู้ใช้บริการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีในการให้บริการ การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง การดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชต้องการ นอกจากนี้ Williams et al. (1999) ยังศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพบำบัด การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการตระหนักรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำให้เกิดความต้องการการดูแลแบบครอบครัว มีความเอื้ออาทร เข้าใจ เข้าถึงซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณค่า

การพัฒนากระบวนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ในสภาพสังคมปัจจุบันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาที่มีความสำคัญในระดับต้นๆ เนื่องจากได้ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล ชุมชนและผู้ให้บริการทางสุขภาพในด้านต่างๆ จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงได้นำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ พัฒนาในการจัดระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่สอดคล้องและครอบคลุมความต้องการรวมทั้งให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล ชุมชนและบุคลากรทางสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความหมายของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

การจัดการดูแลให้การพยาบาลอย่างเป็นแบบแผนแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพอย่างสะดวก รวดเร็ว เพื่อให้อาการดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการรักษา คำแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และการได้รับความเอาใจใส่ ความเข้าใจผู้ป่วย ในการใช้คำพูด คำอธิบายหรือท่าทางที่เป็นมิตร รวมทั้งบริการส่งต่อ ติดตามดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เป็นบริการที่เข้าถึงง่าย มีแนวร่วมในการบริการ ใช้มาตรฐานเดียวกัน มีแนวปฏิบัติชัดเจน และสามารถประเมินได้

เป้าหมาย

1. เพื่อจัดการดูแลสุขภาพของประชาชนให้ได้ประโยชน์สูงสุดโดยใช้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันมากที่สุดในการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาการเจ็บป่วย และการลดความพิการ
2. เพื่อลดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มประชาชนในการเข้าถึงการบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกันและได้รับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีที่สุด

ข้อมูลจากงานวิจัย

พื้นฐานการพัฒนากระบวนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องเกิดขึ้นจากความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสีย ได้แก่ ผู้รับบริการ (ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว) บุคลากรทางสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) สมาชิกในชุมชน (ผู้นำชุมชน ผู้แทนสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอ หัวหน้าสาธารณสุขอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชาชนในชุมชนทั้งที่บ้านและที่ทำงาน) และผู้ที่มีส่วนในการวางแผนนโยบายทางสุขภาพจิตและจิตเวช (Policy Maker) เนื่องจากในปัจจุบันนี้ความต้องการของแต่ละฝ่ายไม่ได้รับการตอบสนองและไม่สอดคล้องกันเนื่องจากว่าต่างฝ่ายต่างปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนเองกำหนดความต้องการของตนเอง ดังนั้นเมื่อความต้องการไม่สอดคล้องกันก่อให้เกิดความขัดแย้งและช่องว่างในระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งเป็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เนื่องจากในระบบการบริการสุขภาพมุ่งเน้นความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นหลัก โดยละเลยความพึงพอใจหรือความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึง

มุ่งเน้นในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง เมื่อได้ความต้องการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่สอดคล้องกันแล้ว จำทำให้สามารถจัดกระทำรูปแบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดได้ โดยรูปแบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้นต้องครอบคลุมทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงซึ่งคือผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชน เป็นต้น โดยใช้หลักการของการผสมผสานแนวคิดชีววิทยา จิตวิทยา สังคมและวัฒนธรรม ให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ เน้นการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพให้มีสุขภาพจิตดีเพื่อป้องกันและหรือลดการป่วยซ้ำ ลดความต้องการบำบัดรักษาเน้นให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลและสามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด เพื่อลดการใช้งบประมาณในการบำบัดรักษา ในขณะที่เดียวกันมุ่งเน้นการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดทั้งในระบบประกันสุขภาพ การพัฒนาอาชีพ การบริหารเงินทุนจากองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งเป็นการวางแผนระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด ลดการเป็นภาระแก่ผู้อื่น

อย่างไรก็ตาม การบำบัดรักษายังเป็นความจำเป็นในการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน การบำบัดทางจิตที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา โดยพยาบาลประจำการที่มีความชำนาญ เฉพาะสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถให้การบำบัดทางการพยาบาล โดยใช้ความรู้ในศาสตร์การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง พร้อมด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการเพิ่มคุณภาพของการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิก ทางการทำหน้าที่ ทางความพึงพอใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและทางการเงิน (G.W. Stuart, 1998) ทั้งนี้ต้องมีการพัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษาและดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ครอบคลุมเพื่อเป็นแนวทางในการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากในปัจจุบันนี้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชน้อยอาจมีสาเหตุมาจากตัวผู้ป่วยเอง ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม การคมนาคม ความเพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์และระบบประกันสุขภาพที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จึงอยู่บนพื้นฐานของการพยาบาลองค์รวม โดยมุ่งเน้นความต้องการพื้นฐานของผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อนำมาพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลก่อให้เกิดความคุ้มค่า คุ่มทุนทางสุขภาพ และสามารถบริหารจัดการงบประมาณให้เกิดประโยชน์สูงสุด ลดความต้องการบำบัดรักษาแต่เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยมีการพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพ หน่วยงาน องค์กร ทั้งทางด้านองค์ความรู้ ทักษะในการสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ระบบการส่งต่อรักษาเพื่อเป็นการพัฒนาในระยะยาว เน้นให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองได้ อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความภาคภูมิใจในคุณค่าของตนเอง

คุณลักษณะสำคัญ

ผลการวิจัยแสดงถึงลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนยังขาดโครงสร้าง ที่มีแบบแผน ขั้นตอนในการจัดการดูแลและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เนื่องจาก ขาดฝ่ายบุคลากร สถานที่ และกลไกการเข้าถึงบริการที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งขาดการได้รับความรู้และการเป็นที่ปรึกษาของพยาบาลผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเช่นกัน โรงพยาบาลชุมชนสถานีนอนมัย และศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีสถานที่หรือคลินิกเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวช กลไกการเข้าถึงบริการยังขาดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในการเดินทางไปรับยาหรือพบแพทย์ ซึ่ง ตามแนวคิดของ (Starfield, 1992)) กล่าวถึงระบบของการดูแล ประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ กล่าวคือ ในโครงสร้างของระบบบริการพยาบาลประกอบด้วย ฝ่ายบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรด้านบริการ ได้แก่ แพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เจ้าหน้าที่บริการอื่นๆ และฝ่ายบุคคลในการบริการ การให้ความรู้และการฝึกพัฒนาบุคคล ฝ่ายสถานที่ และอุปกรณ์ ที่เกี่ยวข้องในการบริการ รวมทั้งกลไกการเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ในส่วนของกระบวนการและผลลัพธ์ของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนจึงได้รับผลกระทบจากการขาดความสมบูรณ์ของโครงสร้าง กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องครบถ้วน หรือไม่ต่อเนื่อง จะเห็นได้จากปัญหาพฤติกรรมมารับยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาและต่อเนื่อง ทำให้เกิดอาการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2544) รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวชขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ประจำอยู่ให้บริการความรู้และเสริมทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวไม่เพียงพอ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถทำได้สม่ำเสมอ เนื่องจากภาระงานอื่นมาก คณะผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวคิดจากทฤษฎีระบบบริการสุขภาพของ Barbara Starfield (1992) และผลการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ด้านคือ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ซึ่งแต่ละด้านมีองค์ประกอบย่อยๆ ดังภาพที่ 4

ภาพแสดง ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนประกอบด้วยส่วนต่างๆหลายส่วนเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน มีลักษณะเป็นหลายมิติ ประกอบด้วย โครงสร้าง ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วย ผู้ดูแล สมาชิกครอบครัว สมาชิกชุมชน) ผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ผู้กำหนดนโยบาย (กรมสุขภาพจิต รัฐบาล บริษัทประกัน) ฝ่ายพัฒนาบุคลากร สถานที่ บริการทั้งระดับปฐมภูมิ (สถานีนอนมัย ศูนย์บริการปฐมภูมิ ศูนย์บริการสุขภาพ) ทติยภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน) และระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว ในการได้รับการรักษาพยาบาล การและการดูแลต่อเนื่อง ความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของงาน

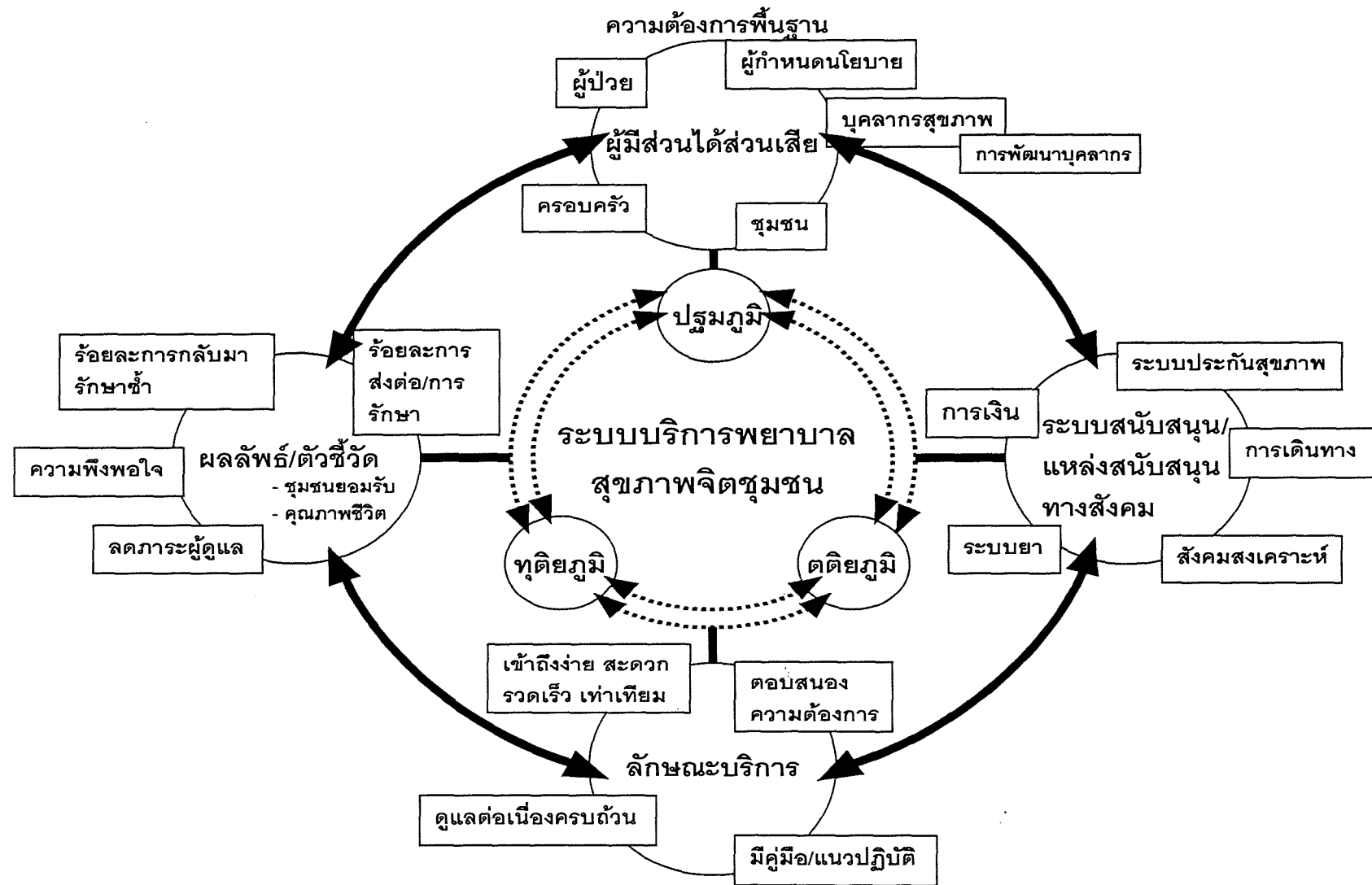
สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน การสร้างขวัญ กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ความต้องการของผู้กำหนดนโยบายในการให้ผู้ใช้บริการได้เข้าถึงบริการอย่างสะดวก ทุกคนได้รับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงเท่าเทียมกัน อย่างคุ้มค่า คุ้มทุน การมีแหล่งงบประมาณที่เหมาะสม ความต้องการของชุมชน คือ การมีเครือข่ายช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช การเป็นส่วนร่วมการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น การให้แรงจูงใจการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเมื่อเกิดภาวะวิกฤติ และมีกลไกหรือระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา ซึ่งควรเป็นการส่งต่อแบบสองทาง คือสามารถสื่อสารกันได้เพื่อให้หน่วยบริการระดับต่างๆ สามารถสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างถูกต้อง และต้องระวังการรักษาความลับของผู้ป่วย

ในส่วนของกระบวนการของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน เชื่อมโยงจากความต้องการพื้นฐานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเช่นเดียวกัน นำมาสู่ลักษณะของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและประชากรทุกกลุ่มวัยในชุมชน โดยการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการการพยาบาลครอบคลุมร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว มุ่งเน้นการบริการที่เข้าถึงง่าย สะดวกต่อผู้ใช้บริการ มีความรวดเร็ว เช่น การจัดคลินิกจิตเวช โดยเฉพาะ และมีช่องทางพิเศษสำหรับผู้ป่วยจิตเวช และผู้ดูแลในกรณีการรับยาให้ผู้ป่วย รวมทั้งการพยาบาลที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ทั้งในโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยและที่บ้านของผู้ป่วย และบริการดูแลต่อเนื่องครบถ้วนที่บ้าน การจัดโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุก เช่น โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนเรื่องการจัดการกับอาการทางจิต การรับประทานยาจิตเวช การเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาสุขภาพจิต และการบำบัดทางจิตตามการเจ็บป่วยทางจิต นอกจากนี้ การพัฒนาภูมิหรือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามหลักการจำแนกโรคและหลักฐานเชิงประจักษ์ การเขียนแผนงานและคู่มือการดำเนินงานในแต่ละระดับการดูแล เช่น ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ บางครั้งอาจแบ่งเป็นระดับชุมชนและระดับโรงพยาบาล รูปแบบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช และได้ผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง คือ การจัดการรายกรณี เป็นบริการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาจิตเวชหรือความต้องการในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งเป็นสมรรถนะหนึ่งของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงหรือมีความเชี่ยวชาญ โดยที่พยาบาลจิตเวชให้การประเมินปัญหาที่ซับซ้อน การวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการและเฝ้าระวังเรื่องการรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตที่เหมาะสม การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม การประสานงานกับหน่วยงานฝ่ายต่างๆ เช่น บุคลากรวิชาชีพสุขภาพ หน่วยงานด้านอาชีพ ด้านสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น และการเป็นตัวแทน รับผิดชอบพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยจิตเวช มีความกระตือรือร้น เพื่อช่วยให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่จัดให้ได้อย่างครบถ้วน และได้รับบริการตามสิทธิที่พึงมีพึงได้อย่างเท่าเทียมกันในสังคม

ส่วนของระบบสนับสนุนและแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างและคาบเกี่ยวกับส่วนของกระบวนการ กล่าวคือ ระบบสนับสนุน เป็นการทำงานที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยดำเนินไป

อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ผู้ป่วยได้รับยาจิตเวชที่ถูกต้อง เหมาะสม และเหมือนกันทั่วประเทศ ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ายาจิตเวช ระบบการส่งยาที่มีการบริการที่สะดวกถึงบ้าน หรือสถานเอนามัยใกล้บ้าน ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครอง พัททษสิทธิ์ของผู้ป่วยในการเป็นสมาชิกระบบประกันสุขภาพ แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นในการปฏิบัติงานในชุมชน เนื่องจาก ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการดูแลในการเดินทางไปโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพอย่างสะดวก รวดเร็ว การช่วยเหลือดูแล การรับส่งผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤติและระยะเรื้อรัง รวมทั้งการสังคมสงเคราะห์ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ในเรื่องที่อยู่อาศัย การฝึกอาชีพ การจัดหางานทำเลี้ยงชีพ

ส่วนของผลลัพธ์และดัชนีชี้วัด เป็นส่วนสำคัญซึ่งจะขาดไม่ได้ ในการประเมินคุณภาพของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวได้รับการยอมรับจากชุมชน เช่น ให้โอกาสผู้ป่วยทำงานตามศักยภาพ ให้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชน เป็นต้น และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ดัชนีชี้วัดหรือตัวชี้วัด เป็นเครื่องวัดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรมที่แสดงถึงคุณภาพของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ได้แก่ ดัชนีชี้วัดทางคลินิก เช่น ร้อยละของร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย และการรักษา ร้อยละของการกลับเป็นซ้ำ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ อุบัติการณ์ของโรค อัตราการป่วย ผลลัพธ์การทำหน้าที่ เช่น คุณภาพชีวิต ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่ และผลลัพธ์ทางการเงิน เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น



ภาพที่ 4 ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ได้ข้อสรุปผลการวิจัยจากพื้นที่และผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะเฉพาะแห่งเท่านั้น ลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน จึงตั้งอยู่บนพื้นฐานของสถานการณ์สุขภาพจิตและสภาพแวดล้อมที่เป็นชนบทในที่ราบลุ่ม มีวิถีชีวิตที่ผสมผสานระหว่างความเป็นอยู่แบบดั้งเดิมและทันสมัยด้วยเทคโนโลยีต่างๆ ด้วยข้อจำกัดของจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่ได้อาจเฉพาะเจาะจง และมีลักษณะเฉพาะ จึงไม่อาจอ้างถึงลักษณะของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอื่นได้ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยได้ทำให้เข้าใจถึงการรับรู้ความหมายและลักษณะสำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ตลอดจน ปัญหาและอุปสรรคของการจัดบริการและการใช้บริการและความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนซึ่งเป็นข้อมูลเพื่อนำไปปรับปรุงระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงความเข้าใจของการใช้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ทั้งผู้ที่เป็นผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ ในด้านลักษณะสำคัญของระบบบริการ ปัญหา อุปสรรค และความรู้สึกต่อการใช้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน และได้ภาพของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ด้านการวางแผนและนโยบายของระบบบริการสุขภาพ และด้านการวิจัยการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนี้

ด้านการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

สามารถนำผลการวิจัยและภาพของระบบบริการไปพัฒนาในแต่ละส่วนขององค์ประกอบ ดังนี้

1. ส่วนโครงสร้าง พัฒนาด้านสถานที่เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว สร้างโปรแกรมการพยาบาลจิตเวชเฉพาะสำหรับการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยจิตเวช พัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว และบุคคลกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง จัดทำแผนกลยุทธ์และงบประมาณของสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และจัดทำภาระงานของพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับผลลัพธ์ของงานและค่าตอบแทน

2. ส่วนกระบวนการ พัฒนารูปแบบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย รูปแบบการพยาบาลที่เน้นการดูแลตนเอง รูปแบบการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้า การพยาบาลที่เน้นครอบครัวมีส่วนร่วม การพยาบาลเพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย และการบำบัดทางจิตสังคม

แบบสั้นต่างๆ รวมทั้งการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งต่อสองทางเพื่อการรักษาผู้ป่วยอย่างครอบคลุม

3. ส่วนผลลัพธ์ของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ควรคำนึงถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการพยาบาลในรูปแบบต่างๆ ที่ส่งผลถึงผลลัพธ์ของการพยาบาลด้านต่างๆ เช่น ผลลัพธ์ทางคลินิก การทำหน้าที่ของบุคคลในการดำเนินชีวิตในชุมชนความพึงพอใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ในการลดค่าใช้จ่ายต่อการบริการ ผลลัพธ์ของชุมชนมีส่วนร่วม เป็นต้น

ด้านการวางแผนและนโยบายของระบบบริการสุขภาพ

1. เปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพร่วมวางแผน เขียนแผนและนโยบาย ร่วมกันจัดทำแผนกลยุทธ์และงบประมาณของการจัดระบบบริการสุขภาพที่บรรจุระบบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนเป็นระบบหนึ่งที่มีความชัดเจนและเฉาะเจาะจง รวมทั้งการประชาสัมพันธ์สื่อสารในทุกภาคส่วนอย่างทั่วถึง

2. ปรับระบบโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ให้ชัดเจนโดยคำนึงถึงความต้องการพื้นฐานของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และจัดทำคู่มือและแนวปฏิบัติของระบบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ

ด้านการวิจัยระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

1. การนำระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนไปทดลองใช้ในชุมชน โดยพัฒนาร่วมกับแผนและนโยบายของสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งอาจเริ่มที่จัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการส่งต่อสองทางในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ แล้วทดลองใช้โดยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เป็นต้น

2. เสนอระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนต่อสาธารณสุขจังหวัด เพื่อร่วมมือกันพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและบุคคลกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี มีคุณภาพชีวิต เป็นสุขและมีการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เหมาะสม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กองการพยาบาล. (2545). *แนวทางการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- จลี เจริญสรรพ (2551). ต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 22(2), 43-52.
- จันทร์อัมพร รุณดี (2544). *การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี 2553*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร.
- ทัศนา บุญทอง (2543). *ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- ประคิด สุขฉายา วันชัย มั่งคั่ง ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล พุนทรัพย์ โสภารัตน์ สุกัญญา ปริสัญญกุล จุฑามาศ โชติบาง (2545). สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพและวิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพไทย: มุมมองของพยาบาล เอกสารออนไลน์ จาก <http://202.28.25.165/research/db/showfull.php3?id=202> วันที่สืบค้น 12 กรกฎาคม 2551
- ปราชญ์ บุญวงษ์วีโรจน์(2547). *การพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดนนทบุรี*. Paper presented at the การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 13 ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2550). *หลักการและแนวคิดในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน* เอกสารประกอบการสอนรายวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน. กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก (2547). *รายงานการติดตามและประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมภพ เรืองตระกูล (2544). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สุพัตรา พุ่มพวง (2547). *ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร.
- อัจฉริยา ปทุมวัน วิไล ตั้งปณิธานดี สุปาณี เสนาดิษฐ์ (2548). สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาภาคกลาง. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 11(2), 149-163.

อัจฉริยา ปทุมวันและคณะ.(2548). สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบท
 พยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาในภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลรามธิบดี*, 11(2), 149-163.

ภาษาอังกฤษ

- Amstrong, B. (2003). Meeting Mental Needs in Primary Care In B. H. a. M. Coffey (Ed.), *The Handbook of Community Health Nursing* (pp. 78-89). New York: Routledge.
- Andrews, G. (1999). Efficacy, effectiveness and efficiency in mental health service delivery. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 316-322.
- Anthony, P., & Crawford, P. (2000). Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 7(5), 425-434.
- Bee, P., Playle, J., Lovell, K., Barnes, P., Gray, R., & Keeley, P. (2008). Service user views and expectations of UK-registered mental health nurses: A systematic review of empirical research. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 442-457.
- Beese, J., & Turnbull, J. (1997). Professional update. Community psychiatric nursing -- challenges and opportunities. *British Journal of Community Health Nursing*, 2(6), 275-278.
- Ben-Zur, H., Duvdevany, I., & Lury, L. (2005). Associations of social support and hardiness with mental health among mothers of adult children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 54-62.
- Birleson, P., Luk, E. S. L., & Mileshekin, C. (2001). Better mental health services for young people: Responsibility, partnerships and projects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 36-44.
- Brooker, C. G. D., & Simmons, S. M. (1985). A study to compare two models of community psychiatric nursing care delivery. *Journal of Advanced Nursing*, 10(3), 217-223.
- Buchanan, J. (1995). Social support and schizophrenia: A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 68-76.
- Campbell, P. (2003). Collaborating with users of services. In B. C. Hannigan, M. (Ed.), *The handbook of community mental health nursing* (pp. 90-99). London: Routledge.
- Canham, D. E., Mao, C. P., Yoder, M. E., Connolly, P. P. , & Dietz, E. E. (2008). The Omaha System and Quality Measurement in Academic Nurse-Managed Centers: Ten Steps for Implementation.

- Cannigham, G., and Slevin, E. (2005). Community psychiatric nursing: focus on effectiveness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*, 14-22.
- Chan, P. (2008). *Consumers' mental health recovery in a psychiatric outreach program: A process and outcome evaluation*. Unpublished M.A., Wilfrid Laurier University (Canada), Canada.
- Chan, S., Mackenzie, A., Tin-Fu, D., & Leung, J. K. (2000). An evaluation of the implementation of case management in the community psychiatric nursing service. *Journal of Advanced Nursing, 31*(1), 144-156.
- Chisholm, M., Howard, P., Boyd, M., Clement, J., Hendrix, M. & Reiss-Brennan, B. (1997). Quality indicators for primary mental health within managed care: A public health focus. *Archives of Psychiatric Nursing, 11*, 167-181.
- Cleary, M. (2007). Staff and Patient perceptions of research in an integrated mental health service. *Issue in Mental Health Nursing, 28*, 341-358.
- Crawford, P., Brown, B., & Majomi, P. (2008). Professional identity in community mental health nursing: A thematic analysis. *International Journal of Nursing Studies, 45*, 1055-1063.
- Deans, C. (2005). Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: The experience of mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*, 68-274.
- Eley, D., Young, L., Hunter, K., Baker, P., Hunter, E., & Hannah, D. (2007). Perception of mental health service delivery among staff and indigenous consumers: It's still about communication. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 15*(2), 130-134.
- Godin, P. (2003). The frontline workforce of community mental health care. In B. H. M. Coffey (Ed.), *The handbook of community mental health nursing* (pp. 19-29). London: Routledge.
- Jenson, L. E. (2004). Mental health care experiences: Listening to families. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 10*(1), 33-41.
- Judd, F., Fraser, C., Grigg, M., Scopelliti, J., Hodgins, G., Donoghue, A., et al. (2002). Rural psychiatry special issues and models of service delivery. *Disease Management and Health, 10*(12), 771-781.
- Kinderman, P., Sellwood, W., & Tai, S. (2008). Policy implications of a psychological model of mental disorder. *Journal of Mental Health, 17*(1), 93-103.

- Mahendram, R. (2006). Case Management in a Psychiatric Hospital: Review of Outcomes and Resource Utilisation. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 16, 3-6.
- Masterson, S. and Owen, S. (2006). Mental health service user's social and individual empowerment: Using theories of power to elucidate far-reaching strategies. *Journal of Mental Health*, 15(1), 19-34.
- Shaw, I.(1997). Assessing quality in health care services: Lessons from mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 758-764.
- Secker, J., Pidd, F., Parham, A., & Peck, E. (2000). Mental health in the community: roles, responsibilities and organisation of primary care and specialist services. *Journal of Interprofessional Care*, 14(1), 49-58.
- Secker, J. a. H., K. (2002). Mental health training and development needs of community agency staff. *Health & Social Care in the Community*, 10(5), 323-330.
- Shanley, E., Watson, G., Cole, A. (2001). Survey of stakeholders' opinions of community psychiatric nursing service. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 77-86.
- Shattell, M. M., Hamilton, D., Starr, S. S., Jenkins, C. J., Hinderliter, N. A. (2008). Mental Health Service need of a Latino Population: A community-based participatory research project. *Issue in Mental Health Nursing*, 29, 351-370.
- Sokhela, N. E. (1999).The integration of comprehensive psychiatric/mental health care into the primary health system: diagnosis and treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (1), 229-237.
- Speers, J. (2008). Service user involvement in the assessment of a practice competency in mental health nursing - Stakeholders' views and recommendations. *Nurse Education in Practice*, 8(2), 112-119.
- Starfield, B. (1992). *Primary care: Concept, evaluation and policy*. Oxford, England: Oxford University Press
- Stuart, G. W. (1998). Environmental context of psychiatric nursing care. In G. W. Stuart, Laraia, M. T. (Ed.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (6th ed.). St. Louise: Mosby.
- Stuart, G. W. (1999). Mental health service research. In C. A. Shea, Pelletier, L. R., Poster, E. C., Stuart, G. W., Verhey, M. P., (Ed.), *Advanced practice nursing in psychiatric and mental health care*. St. Louise, Missouri: Mosby.

- Teed, E. L., Scileppi, J. A., Boeckmann, M., Crispi, E. L., Regan, J., Whitehouse, D. J. M. (2007). *The community mental health system*. Boston: Pearson Education, Inc.
- Tilley, S., & Ryan, D. (2000). Reviewing the literature constructing the field: accounting for the CPN in practice and research. *Journal of Mental Health*, 9(6), 589-604.
- Vandiver, V. L. (1997). Institutional and community approaches to the provision of mental health services. In T. R. a. C. Watkins, J. W. (Ed.), *Mental health: Policy and practice today* (pp. 17-31). CA: Thousand Oaks: Sage.
- Woodward, C. A., Abelson, J., Tedford, S., & Hutchison, B. (2004). What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science & Medicine*, 58(1), 177-192.

ภาคผนวก



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาฯ อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2253-2395 E-mail: irbcu@yahoo.com

COA No. 016/2551

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 10401/50 : ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
ผู้วิจัยหลัก : อาจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์ประคอง)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 1 กุมภาพันธ์ 2551

วันหมดอายุ : 31 มกราคม 2552

เงื่อนไข

1. หากใบรับรองหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน เงื่อนไข
2. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
3. ให้เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร/ประชากรตัวอย่าง, ใบยินยอม, และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราของคณะกรรมการฯ เท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการฯ
4. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการฯ ภายใน 5 วันทำการ
5. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
6. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งบทคัดย่อผลการวิจัยในรูปแบบ CD ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
7. โครงการวิจัยเกิน 1 ปี ส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัยทุกปี เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ส่งบทคัดย่อผลการวิจัยในรูปแบบ CD ภายใน 60 วัน



บันทึกข้อความ

เลขที่หนังสือ	428
ว.ด.ป.	11 มิ.ย. 2551
เวลา	16.00 น.

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข โทร.88147

ที่ จว/ 4๕/2551

วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบรับรองผลการพิจารณา

ตามที่ท่านได้เสนอการแก้ไขโครงการวิจัยที่ 10401/50 เรื่อง ระบบบริการพยาบาล
 สุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING SERVICE
 SYSTEM IN COMMUNITIES) ของอาจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดถี่ถ้วนแล้วนั้น

การนี้ คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาแล้ว เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2551 มีมติให้ผ่านการ
 พิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

รศ. น.นพ.ดร. นงนุช นนทกุล คณะบดีวิทยาลัยการ

เพื่อทราบ และดำเนินการแจ้งอาจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา

เพื่อทราบ และดำเนินการดำเนินการแจ้งอาจารย์

เพื่อทราบ และดำเนินการแจ้งอาจารย์

ศิริลักษณ์ นันทวัฒน์

11 มิ.ย. 51

Qu
xl 10/51

27 มิ.ย. 2551.

นางอรพินท์ เต่าซี่

(นางอรพินท์ เต่าซี่)

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
 กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา และรองศาสตราจารย์ ดร. อรรถพรณ ลีอนุชวัชชัย ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 หมายเลขโทรศัพท์ 02-218-9810 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และขั้นตอนการศึกษาวิจัยเรื่อง ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและมีสิทธิที่จะปฏิเสธจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าจะมีการสัมภาษณ์ จำนวน 2 ครั้งๆละ 60-90 นาที และมีการบันทึกเทป ซึ่งเทปที่ใช้ในการสัมภาษณ์จะถูกทำลายหลังสิ้นสุดการวิจัยทันที

ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าข้อมูลของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้งานใจที่ระบุนไว้แล้วข้างต้น

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัยระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
2. ชื่อผู้วิจัยหลัก อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา ตำแหน่ง อาจารย์
ชื่อผู้วิจัยร่วม รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุวัชชัย ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์
3. สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2189810 โทรศัพท์ที่บ้าน 02-247-8414 โทรศัพท์มือถือ 0846456382
E-mail : srangsiman@yahoo.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
 - (1) โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
 - (2) วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ ศึกษาลักษณะสำคัญของการบริการสุขภาพจิตและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและเพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
 - (3) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาลักษณะสำคัญของการบริการสุขภาพจิตและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในการปรับปรุงรูปแบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในสังคมไทย
 - (4) ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงกับงานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในชุมชน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพทางสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการสงบและอาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยประกาศรับสมัครจากโรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรสงคราม ตามคุณลักษณะที่กำหนด โดยเข้าร่วมงานวิจัยตามความสมัครใจ ผู้วิจัยขออนุญาตสัมภาษณ์และบันทึกเสียงลงในเครื่องบันทึกเสียง เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ประมาณ 60-90 นาที และมีผู้ช่วยจดบันทึกข้อความสั้นๆ ภายหลังจากสัมภาษณ์แต่ละครั้ง การสัมภาษณ์อาจเกิดขึ้น 2 ครั้ง เพื่อได้รับข้อมูลอย่างครอบคลุม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะเก็บเป็นความลับ มีการถอดออกเป็นรหัส ใช้นามสมมติ ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์ไม่มีข้อมูลใดๆ ที่โยงถึงผู้ให้ข้อมูลได้ เทปในการสัมภาษณ์จะเก็บไว้ในที่ที่ไม่มีใครสามารถเข้าถึงได้นอกจากผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วมและจะถูกลบทำลายเทปหลังสิ้นสุดการวิจัยทันที
 - (5) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกวัน เวลา สถานที่ในการให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้ข้อมูล ความสะดวกในการเดินทางและความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อสงสัยและปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยและถอนตัวออกได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลถึงการได้รับการรักษาหรือต้องงานประจำแต่อย่างใด

(6) ระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัย หากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกอึดอัดใจ ไม่พอใจในการสัมภาษณ์ หรือมีอาการกำเริบ ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ทันที ทำการช่วยเหลือบำบัดเบื้องต้นและส่งต่อแพทย์ผู้รักษาต่อไป

(7) หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติมและสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทร ไซยา หมายเลขโทรศัพท์ 084-645-6382, 02-218-9810 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า

(8) การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลได้รับค่าเดินทางคนละ 300 บาท

(9) ระยะเวลาที่คาดว่าผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการวิจัยใช้ระยะเวลา ประมาณ 5 เดือน

(10) จำนวนของผู้ให้ข้อมูลครั้งนี้ ประมาณ 50-55 คน การเก็บข้อมูลจะหยุดเมื่อข้อมูลเกิดประเด็นซ้ำๆกัน

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา และรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนปทุมวัน เขตปทุมธานี กรุงเทพมหานคร 10330 หมายเลขโทรศัพท์ 02-218-9810 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และขั้นตอนการศึกษาวิจัยเรื่อง ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและมีสิทธิที่จะปฏิเสธจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าจะมีการสัมภาษณ์ จำนวน 2 ครั้งๆละ 60-90 นาที และมีการบันทึกเทป ซึ่งเทปที่ใช้ในการสัมภาษณ์จะถูกทำลายหลังสิ้นสุดการวิจัยทันที

ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าข้อมูลของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น

.....

สถานที่ / วันที่

.....

ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่ / วันที่

.....

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

สถานที่ / วันที่

.....

ลงนามพยาน

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิจัยเรื่องระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

แนวคำถามของการสัมภาษณ์เชิงลึกมีลักษณะเป็นการสนทนาที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวของประเด็นที่ศึกษาตามความเป็นจริง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเริ่มสนทนา ขั้นประเด็นที่ต้องการศึกษาและขั้นยุติการสนทนา

ขั้นเริ่มสนทนา

ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์และสิทธิของผู้ให้ข้อมูล สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยด้วยความเป็นกันเอง ชักถามเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พร้อมทั้งขออนุญาตในการบันทึกเสียงและจดบันทึกอย่างย่อ โดยมีแนวคำถามเริ่มต้น ดังนี้

สำหรับพยาบาล

- ท่านรู้สึกอย่างไรกับงานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

สำหรับผู้ป่วย

- ตอนนี้สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร สภาพจิตใจของท่านเป็นอย่างไร
- ท่านไปรับบริการสุขภาพที่ไหน
- การไปรับบริการพยาบาลด้านสุขภาพใจที่สถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนของท่านเป็นอย่างไรบ้าง ควรเป็นอย่างไร

สำหรับผู้ดูแล

- กรุณาเล่าการดูแลการเจ็บป่วยทางใจของ (ลูก หรือ พ่อแม่ หรือญาติ) ของท่านว่าเป็นอย่างไรบ้าง

ขั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา

ตัวอย่างแนวคำถามหลัก

- ลักษณะสำคัญหรือสาระสำคัญของระบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนคืออะไร

สำหรับพยาบาล

- ระบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร
- ลักษณะสำคัญของระบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนตามความเข้าใจของท่าน หมายถึงอะไร และต้องเป็นอย่างไร
- ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนมีความหมายต่อท่านอย่างไร

สำหรับผู้ป่วย

- สิ่งที่ต้องการเวลามาหาหมอหรือพยาบาลคืออะไร สิ่งเหล่านี้เรียกว่าอะไร
- การบริการพยาบาลสุขภาพใจในชุมชนสำหรับท่านคืออะไร ควรเป็นอย่างไร
- ท่านต้องการบริการพยาบาลด้านสุขภาพใจอย่างไร
- การบริการพยาบาลด้านสุขภาพใจในสถานบริการชุมชนมีความหมายต่อท่านอย่างไร

- ท่านรู้สึกอย่างไรกับการบริการพยาบาลที่ได้รับ
- เวลาอยู่บ้านเมื่อไม่สบายใจหรือมีอาการทางจิต อยากให้ใครมาช่วยเหลือ และดูแลอย่างไร
- ท่านต้องการมีส่วนร่วมในการบริการพยาบาลอย่างไรบ้าง

สำหรับผู้ดูแล

- กรุณาเล่าถึง สิ่งที่ท่านต้องการเมื่อไปรับบริการพยาบาลสุขภาพจิตที่สถานเอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน
- การบริการพยาบาลสุขภาพจิตในชุมชนอย่างไรที่ท่านต้องการ ลักษณะสำคัญอะไรที่ช่วยท่านในการดูแลญาติของท่าน
- การบริการพยาบาลด้านสุขภาพจิตในสถานบริการชุมชนมีความหมายต่อท่านอย่างไร
- ท่านรู้สึกอย่างไรกับการบริการพยาบาลที่ญาติ (ลูก สามี ภรรยา พี่น้อง) ของท่านได้รับ
- ท่านต้องการมีส่วนร่วมในการบริการพยาบาลอย่างไรบ้าง

แนวคำถามรอง (ถามพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล)

- กรุณาเล่าขยายความของระบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนที่เหมาะสม
- ระบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนประกอบด้วยอะไรบ้าง
- การเข้าถึงการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างไร
- ความรู้สึกของท่านต่อระบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

ขั้นยุติการสนทนา

ผู้วิจัยเปิด โอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประเด็นรายละเอียดอื่นๆที่ยังไม่ได้เล่า (รวมทั้งเนื้อหาความรู้สึกอื่นๆ และตามสภาพแวดล้อม แบบแผนการดำเนินชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรม เป็นต้น) สรุปประเด็นของข้อมูล และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

บันทึกภาคสนาม

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....

สถานที่.....

สถานการณ์ ลักษณะ สีหน้า ท่าทาง พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ความคิด ความรู้สึก ข้อคิดเห็น

.....
.....
.....
.....
.....
.....

เหตุการณ์ปัญหาและการแก้ไขปัญหา

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ผู้บันทึก.....

วัน/เวลาที่บันทึก.....

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. วันดี สุทธิรัมย์
ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. นางจดี เจริญสรรพ
พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. นางสาวนงลักษณ์ วรรณกษณ์นันทน์
พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลตากลี จังหวัดนครสวรรค์
4. นางศันสนีย์ พูนผล
พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม
5. นางกมลรัตน์ ช้วนินี่
พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม
6. นางวิลาสินี คุณณีเสนีย์
พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

ประวัติผู้วิจัย

ผู้วิจัยหลัก

(ภาษาไทย) ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา
 (ภาษาอังกฤษ) Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D., R.N.
 ตำแหน่งทางวิชาการ อาจารย์ ระดับ 7
 สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 แขวง
 พญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
 โทรศัพท์ 02-1289810 Fax: 02-2189806 E-mail: rangsiman.s@chula.ac.th
 ประวัติการศึกษา

มหาวิทยาลัย	ปริญญา	สาขาวิชา	ปีที่ได้รับ พ.ศ.
Mahidol University, Thailand	B.S.	Nursing and Midwifery	1986
Chulalongkorn University, Thailand	M.A.	Developmental Psychology	1996
Virginia Commonwealth University, USA	M.S.	Psychiatric Mental Health Nursing	1999
University of Illinois at Chicago, USA	PhD.	Nursing	2004

ผลงานวิจัยที่พิมพ์เผยแพร่ (ระบุแหล่งพิมพ์และปีที่พิมพ์)

1. Soonthornchaiya, R., & Dancy, B. L. (2006). Perceptions of depression among elderly Thai immigrants. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 681-698.
2. รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2550). การรับรู้โรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในเขตชุมชนเมือง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 21(1), 67-80.
3. อังคณา หมอนทอง และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความหวังกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 22(1), 25-38.

4. กุลธิดา สุภาคุณ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2550) ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 21(2), 79-89.
5. สาละวิน สิทธิวงศ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2551). ประสบการณ์การดูแลตนเองภายหลังการบำบัดทางจิตสังคมของผู้ติดยาเสพติด”*วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 22(1), 51-65.
6. ปนิกา อินทรารักษ์ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2551). ประสบการณ์การจัดการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 22(1), 66-76.
7. จุฬาลักษณ์ ชำของ จินตนา ยูนิพันธุ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2551). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 22(1), 77-91.

ประวัติผู้วิจัยร่วม

(ภาษาไทย)	ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย
(ภาษาอังกฤษ)	Assoc. Prof. Oraphun Lueboonthavatchai PhD. RN.
ตำแหน่งทางวิชาการ	รองศาสตราจารย์ ระดับ 9
สถานที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 แขวงพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์	02-21289812 Fax: 02-2189806 E-mail: oraphun01@hotmail.com
ประวัติการศึกษา	

มหาวิทยาลัย	ปริญญา	สาขาวิชา	ปีที่ได้รับ พ.ศ.
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คบ.พยาบาลศึกษา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	2516
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต	จิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว	2524
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต	อุดมศึกษา	2538
Indiana University	Post - PhD.	Research in Nursing	2002

ผลงานวิจัยที่พิมพ์เผยแพร่ (ระบุแหล่งพิมพ์และปีที่พิมพ์)

1. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2550). ผลของการเรียนการสอนด้วยกรณีศึกษาทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชต่อความคิดอย่างมีวิจารณญาณของนิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 21(2), 90-102.
2. กุลธิดา สุภาคุณ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2550). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 21(2), 79-89.
3. Peeraphon Lueboonthavatchai and Oraphun Lueboonthavatchai. (2006). Quality of Life and Correlated Health Status and Social Support of Schizophrenic Patients' Caregivers. Research Report. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 89(September), S13-S19.
4. สารีณี โต๊ะทอง และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). ผลของการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 20(1), 47-59.
5. มลฤดี บราณ ชนกพร จิตปัญญา และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 20(1), 60-74.
6. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ. (2548). พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 19(1), 71-91.
7. สัมพันธ์ มณีรัตน์ และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2547). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจและใช้ สัมพันธภาพบำบัดต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 18(1), 85-97.