

ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข



นางสาว สุภัตรา พุ่มพวง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-53-1922-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CLIENT'S NEEDS RELATED TO MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING
SERVICES, PRIMARY CARE UNITS, REGION 6,
THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH



Miss Supattra Pumphung

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing
Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-53-1922-8

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาล สุขภาพและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข
โดย	นางสาว สุภัตรา พุ่มพวง
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานคณะกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุพัตรา พุ่มพวง : ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข. (CLIENT'S NEEDS RELATED TO MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING SERVICES, PRIMARY CARE UNITS, REGION 6, THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH)
 อ. ที่ปรึกษา : อาจารย์ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 131 หน้า. ISBN 974-53-1922-8

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชหน่วยในบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 15 ราย ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ จากผู้ใช้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth – interview) และบันทึกเทป และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcriptions) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามแนวคิดของ Burnard (1991)

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย 8 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การมีสัมพันธภาพที่ดีในการให้บริการ 2) การบริการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ 3) การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 4) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต 5) การได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม 6) การได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง 7) การดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และ 8) การสนับสนุนทางสังคม

จากผลการศึกษานี้ ทำให้ทราบถึงความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....ลายมือชื่อ.....
 ปีการศึกษา.....2547.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4677606836 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHICTRIC NURING

KEY WORD: CLIENT'S NEEDS/ MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRI NURSING
SERVICES/ PRIMARY CARE UNITS

SUPATTRA PUMPHUNG : CLIENT'S NEEDS RELATED TO MENTAL HEALTH
AND PSYCHIATRIC NURSING SERVICES, PRIMARY CARE UNITS, REGION
6, THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH. THESIS ADVISOR : PENPAKTR UTHIS,
Ph.D., 131 pp. ISBN: 974-53-1922-8.

The purpose of this study was to explore client's needs related to mental health and psychiatric nursing services in primary care units, region 6, the ministry of public health. A qualitative research methodology was employed for this study. The sample consisted of 15 mental health problem and psychiatric patients selected from the primary care units in Suphanburi province. Data were collected using in-depth interviews that were tape-recorded and transcribed verbatim. Data were analyzed following Burnard's (1991) content analysis methods.

Findings revealed eight themes that emerged to describe client's needs related to mental health and psychiatric nursing services : 1) good relationship in services, 2) comprehensive psychological care, 3) mental health and psychiatric advice for clients and family, 4) mental health counseling , 5) referral to appropriate services, 6) continuum of care, 7) care from specialized mental health and psychiatric nurses, and 8) social support.

These findings enhance our understanding of client's needs related to mental health and psychiatric services in primary care units and contribute to the development of nursing practice, education, and research.

Field of study... Mental Health and Psychiatric Nursing ...Student's signature

Academic year.....2004.....Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ ด้วยความกรุณาอันอบอุ่นของ อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ ใกล้เคียง ตลอดจนให้กำลังใจตลอดมา จนการศึกษาครั้งนี้ได้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา ความเอาใจใส่ และประทับใจในความเสียสละของท่านเป็นที่สุด จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

พร้อมทั้งขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะในการทำวิจัย และเป็นกำลังใจเสมอมา และรองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ให้กำลังใจตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะ และข้อคิดที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแนวคำถามในการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา – มารดา ที่เป็นเสมือนกำลังใจที่ยิ่งใหญ่ในชีวิต และขอขอบคุณทุกคนในครอบครัวที่ให้ความรัก ความห่วงใยให้กับผู้วิจัยเสมอมา และขอขอบคุณเพื่อนนิสิตและกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่ร่วมสร้างความสุขและรอยยิ้มตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ขอให้ท่านมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่สมบูรณ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
1.3 ขอบเขตของการวิจัย.....	11
1.4 คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย	11
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
2.1 หน่วยบริการปฐมภูมิ.....	15
2.2 การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ	19
2.3 การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ	21
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช.....	30
2.5 ความต้องการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ใช้บริการในหน่วย บริการปฐมภูมิ.....	34
2.6 การวิจัยเชิงคุณภาพ	38
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	49
3 วิธีการดำเนินการวิจัย	51
3.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก และการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล	51
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	52
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
3.4 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	56
3.5 บริบทของพื้นที่ที่ศึกษา.....	57
3.6 ปัญหาอุปสรรค.....	58
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	58

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.8 ความน่าเชื่อถือของข้อมูล.....	59
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัย.....	61
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	61
4.2 สรุปผลการวิจัย	87
5 อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	89
5.1 สรุปและอภิปรายผล.....	90
5.2 ข้อเสนอแนะ	105
รายการอ้างอิง.....	107
ภาคผนวก.....	118
ภาคผนวก ก.....	119
ภาคผนวก ข	127
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	131

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส.....	63
2	สรุปประเด็นหลัก และประเด็นย่อย.....	64
3	การลงรหัส (Contact Summary Form).....	128
4	การรวบรวมข้อมูลจากการจดบันทึกข้อมูล (field notes).....	130



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญและนับวันทวีความรุนแรงเพิ่มมากยิ่งขึ้นในสังคมไทยปัจจุบัน และพบว่าการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยทางจิตที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ 2540 มีจำนวนผู้ป่วย 1,215,598 ราย และเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติผู้ป่วยทางจิตที่มารับบริการในปี พ.ศ 2545 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 1,765,484 ราย (ศูนย์สารนิเทศ กองแผนงาน, 2545) เช่นเดียวกับผลการสำรวจของกรมสุขภาพจิตในประชาชนเขตภาคกลางพบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลคิดเป็นอัตรา 2429.54 และ 268 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับในปี พ.ศ. 2543 และเพิ่มขึ้นเป็นอัตรา 2710.58 และ 509.72 ต่อประชากร 100,000 ตามลำดับคนในปี พ.ศ. 2545 (กรมสุขภาพจิต, 2547) นอกจากนี้พบว่าปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตของประชาชนไทย มีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับแล้ว ยังพบปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งคือการที่ประชาชนในชุมชน ซึ่งเจ็บป่วยทางจิตมากกว่าร้อยละ 50 ไม่รู้ว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางจิตแต่เข้าใจว่าตนเองเจ็บป่วยทางกาย จึงมักจะไปขอรับบริการที่หน่วยบริการฝ่ายกายเท่านั้น (ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และคณะ อ่างถึงใน สุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545)

ปัญหาทางสุขภาพจิตหากไม่ได้รับการรักษาดูแลอย่างถูกต้อง อาจส่งผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยทางจิตในระดับที่รุนแรงขึ้น เพราะการเจ็บป่วยทางจิตเป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันในทุก ๆ ด้านของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยขาดความสามารถในการปรับตัวด้านการดำเนินชีวิต และการติดต่อกับสังคมภายนอก (David, 1995) อีกทั้งผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมที่ผิดปกติในลักษณะต่าง ๆ เช่น มีอาการซึมเศร้าซึ่งทำให้เกิดการแยกตัว สัมพันธภาพบกพร่อง พุดคนเดียว (Klebanoff, 1997) ไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน ต่ำว่าผู้อื่น อาละวาดทำลายทรัพย์สิน ทำร้ายตนเอง และผู้อื่น (Keltner and Bontrom, 1991) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต มักจะกลับมาเป็นซ้ำทำให้สูญเสียเวลาและค่ารักษาพยาบาล อีกทั้งที่ผ่านมาระบบบริการสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจของประเทศไทย มุ่งเน้นการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างสุขภาพ คือเน้นบริการด้านรักษาเป็นหลัก ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยมีสูงถึงเกือบปีละ 3 แสนล้านบาท และเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการ

แก้ไขปัญหามภาวะเจ็บป่วยมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543) จึงจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Health Care Reform) เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ (Good Health at Low Cost) และลดอัตราการป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545 - 2549) จึงเป็นแผนที่กำหนดการปฏิรูประบบสาธารณสุขให้เป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับสังคมไทย และมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยพัฒนาให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชนเรียกว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU) ขึ้น

หน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU) เป็นสถานบริการขั้นต้นของระบบสุขภาพที่ให้บริการในลักษณะบูรณาการทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการบริการด้านสุขภาพที่ผสมผสานทั้งด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวม โดยเป็นการบริการเชิงรุกที่ให้บริการประชาชนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย ช่วยฟื้นฟูสภาพ และทำหน้าที่ส่งต่อ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2545) เป็นระบบบริการพื้นฐานที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เข้าถึงง่ายและต้นทุนต่ำ โครงสร้างขององค์กรซ้ำซ้อนน้อยกว่า และคาดว่าจะสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของประชาชนได้ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ (Starfield, 2001) ดังนั้นนโยบายระบบสุขภาพของประเทศไทย จึงพยายามผลักดันให้การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้กลายเป็นด่านหน้าของยุทธศาสตร์ และมีการพัฒนาระบบบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง

แม้ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิจะเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 แต่สมจิต หนูเจริญกุล (2543: 5) กล่าวว่า “ปัจจุบันการดูแลระดับปฐมภูมียังอ่อนแอมาก” โดยเฉพาะการให้บริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ดังที่นายแพทย์ ปรากฏ บุญยวงศิริโรจน์ (2546: 14) อธิบดีกรมสุขภาพจิตกล่าวว่า การบริการสุขภาพจิตและจิตเวทยังมีลักษณะตั้งรับในสถานบริการเป็นส่วนใหญ่ (Institutional Care) ถึงแม้จะมีความพยายามในการผลักดันให้เกิดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนขึ้น แต่ก็ไม่บรรลุวัตถุประสงค์เท่าที่ควร โดยพบว่าประชาชนที่เจ็บป่วยยังนิยมมาใช้บริการของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชมากกว่าโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน โดยยอมเสียค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทริา พัวสกุล (2536) ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน คือ บุคลากรขาดความรู้ ทักษะ และยังขาดยาเวชภัณฑ์ที่ให้บริการ ทำให้ความเชื่อมั่น และความพึงพอใจของผู้ป่วยมีน้อย เป็นเหตุให้มีการใช้บริการที่ข้ามลำดับขั้นของการรักษา เนื่องจากเห็นว่าโรงพยาบาลเฉพาะทาง

จิตเวช มีแพทย์เฉพาะทางรวมถึงมีการดูแลจากบุคลากรที่มีประสบการณ์มากกว่า ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังไม่สามารถแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง จึงทำให้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านมามีไม่ประสบความสำเร็จและเกิดความยั่งยืน (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์และคณะ, 2546) เนื่องจากประชาชนขาดความเชื่อถือและความไว้วางใจในการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อให้สามารถให้บริการได้สอดคล้องกับนโยบาย และทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ

การพัฒนาบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของสถานบริการระดับปฐมภูมิ จำเป็นต้องอาศัยบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับนี้ ทั้งนี้เนื่องจากในระบบสุขภาพระดับต่างๆ พยาบาลเป็นผู้ให้บริการในระบบสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุดเมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพและใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด (ทัศนาศิลป์ บุญทอง, 2544) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของภัทรา ธิรลภา และวรรณวิไล กมลกิจวัฒนา (2547) ที่สำรวจการให้บริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและสถานเอนามัยในพื้นที่เขตสาธารณสุขที่ 4 พบว่า ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยมีมากถึงร้อยละ 28.1 และยังพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 63.7 แสดงความคิดเห็นว่าบุคลากรที่เหมาะสมในการให้บริการระดับต้น คือ พยาบาล (ปรีดา แต่อรักษ์, 2544) ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระบบบริการระดับปฐมภูมิ จึงจำเป็นต้องตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่เพิ่มมากขึ้นในชุมชน เนื่องจากปัจจุบันพบว่าปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงทำให้เกิดปัญหาเรื้อรัง (สุปราณี เสนาดิสัย, 2544) อีกทั้งมีอุบัติการณ์เจ็บป่วยทางจิตรายใหม่ที่สูงขึ้น ร่วมกับระบบบริการสุขภาพจิตยังขาดความชัดเจนในการให้บริการเพราะยังเป็นบริการที่มุ่งเน้นการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในระดับทุติยภูมิ (วชิระ เพ็งจันทร์ และสมจิตต์ สุประสงค์, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรศรี เสงี่ยมศักดิ์ (2537) ซึ่งพบว่าการให้บริการสุขภาพในชุมชนยังเน้นให้บริการในด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจ และการพัฒนาบริการที่ผ่านมามีได้เกิดจากความต้องการของผู้ใช้บริการจริงๆ แต่พบว่าการที่ได้รับความนิยมเป็นบริการตามมาตรฐานความรู้และทักษะของผู้ให้บริการเอง (Normative Needs) (Bradshaw, 1972) ผู้ใช้บริการจึงกลายเป็นผู้รับอย่างเดียว ไม่ได้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพของตนเอง ทำให้ความต้องการที่ผู้ใช้บริการได้รับจากพยาบาลอาจไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้ใช้บริการต้องการหรือเห็นด้วย (Holloway, 1994)

Bradshaw (1972) แบ่งประเภทความต้องการทางสังคมของผู้ใช้บริการเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ความรู้สึกต้องการ (Felt Needs) คือ ความรู้สึกต้องการหรือความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อการได้รับบริการและอาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้รับการตอบสนอง 2) ความต้องการบริการที่จำเป็นต้องได้รับ (Expressed Needs) คือ ความรู้สึกต้องการของผู้ใช้บริการที่มีเพิ่มมากขึ้น จนกลายเป็นความต้องการที่จะได้รับการตอบสนอง (demand) โดยผู้ให้บริการจะรู้สึกว่าความต้องการนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับตน ซึ่งผู้ให้บริการควรจะต้องจัดบริการเหล่านั้นให้ (something needs to be done) และมักจะเป็นการรับรู้ของผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้บริการนั้นโดยตรง 3) ความต้องการที่จะรับบริการตามบรรทัดฐานของวิชาชีพ (Normative Needs) คือ ความต้องการที่กำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญจากประสบการณ์ว่าผู้ให้บริการควรจะได้รับบริการอะไรบ้าง และ 4) ความต้องการบริการที่เกิดจากการเปรียบเทียบ (Comparative Needs) คือ ความต้องการที่ได้มาจากการสำรวจการเปรียบเทียบบริการในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้การศึกษาของ Meadows, Harvey, Fossey and Burgess (2000) ได้แบ่งความต้องการได้รับการดูแลของผู้ใช้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช แบ่งเป็น 4 ประเภท คือ 1) การที่ผู้ให้บริการรับรู้ว่าคุณมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือและได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นทั้งหมด (Met need) 2) การที่ผู้ให้บริการรับรู้ว่าคุณได้รับการช่วยเหลือตามที่ต้องการ แต่ได้รับการตอบสนองความต้องการเพียงบางส่วนไม่ทั้งหมด (Partially met need) 3) การที่ผู้ให้บริการรับรู้ว่าคุณมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือ แต่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นๆ แต่อย่างใด (Unmet need) 4) การที่ผู้ให้บริการรับรู้ว่าคุณมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช แต่ไม่มีความต้องการได้รับการช่วยเหลือใดๆ เลย (No need)

การที่ผู้ให้บริการซึ่งมีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต แต่ไม่ได้รับการตอบสนองในลักษณะต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น เช่น มีปัญหาได้รับการตอบสนองความต้องการบางส่วน (Partially met need) ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการใดๆ เลย (Unmet need) หรือการที่ไม่รู้ว่าตนมีความต้องการการช่วยเหลือ (No need) อาจมาจากสาเหตุหลายประการ ดังเช่น จากการศึกษาของ Brewin (1992) ซึ่งพบว่าผู้ให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชเกิดความต้องการได้รับการดูแลเนื่องจากรับรู้ว่าคุณขาดในเรื่องต่างๆ ได้แก่ 1) ขาดการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (lack of health) 2) ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (lack of access) 3) ผู้ให้บริการขาดทักษะการดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และ 4) ผู้ให้บริการไม่สามารถให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่เฉพาะเจาะจงได้ (lack of specific activity) สาเหตุต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลทำให้ผู้ให้บริการเกิดความต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพจิตที่ดี

ในประเทศไทยบริบทของปัญหาสุขภาพของประชาชน ซึ่งมาใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว เนื่องจากปัจจุบันการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) รวมทั้งการเจ็บป่วยทางจิตก็มีปัญหาเพิ่มและซับซ้อนมากขึ้น ทำให้ผู้ใช้บริการต้องการบริการที่ตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยเฉพาะการบริการจากพยาบาล ซึ่งการให้บริการพยาบาลก็คือ การให้การพยาบาลบนพื้นฐานของความต้องการของผู้ป่วย เป็นอันดับแรก (Hoffman, 1988) สอดคล้องกับความคิดเห็นของ Armstrong (2003) ที่กล่าวว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีการตระหนักถึงความต้องการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (Mental Health Needs) ของผู้ใช้บริการพอๆ กับความต้องการด้านร่างกาย นอกจากนี้จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เบื้องต้นกับประชาชนจำนวน 10 รายที่ใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิเกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชจากพยาบาลวิชาชีพ พบว่าประชาชนต้องการให้พยาบาลเข้าไปให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น เมื่อเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ รวมทั้งสอนและให้ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตเป็นต้น เพราะเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น มีอาการเครียดทุกซี้ใจ เบื่อหน่าย นอนไม่หลับเกิดขึ้น ผู้ใช้บริการส่วนมากไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร มักจะปล่อยให้หายเองไม่ไปรักษา ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้บริการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2547) เพื่อลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ของผู้ใช้บริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีเพิ่มมากขึ้น

ความต้องการที่ได้มาจากความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะความต้องการพยาบาลที่จำเป็นต้องได้รับ (Expressed Needs) ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คือ ทำให้เกิดข้อเสนอแนะต่อบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเหมาะสม นั่นคือเกิดแนวทางของบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดจากตัวผู้ใช้บริการเอง (Slade, 2003) ประกอบกับการที่พยาบาลจะพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับของผู้ใช้บริการได้นั้น จำเป็นต้องมีการประเมินความต้องการบริการสุขภาพจิตของผู้ใช้บริการ และให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ใช้บริการ จึงจะสามารถให้การบริการที่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้บริการได้ (White, 1972) การประเมินความต้องการของผู้ใช้บริการ เป็นบทบาทที่จำเป็นของพยาบาล ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ นำมาวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ จนสามารถให้บริการพยาบาล ที่ตอบสนองความต้องการและปัญหาของผู้ใช้บริการได้อย่างครอบคลุม

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาความต้องการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ผู้ใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องได้รับ (Expressed Needs) ซึ่งเป็นความต้องการที่เกิดจากการมีประสบการณ์ ในการมาใช้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้วิธีการวิจัยทางคุณภาพ เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการแสวงหาความจริงในตัวบุคคลที่มีประสบการณ์นั้น ซึ่งไม่สามารถศึกษาในรูปแบบของตัวเลขและปริมาณได้ในเรื่องของ ความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม และความคิดเห็น โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้รับการยอมรับว่าเป็นข้อมูลที่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมและวัฒนธรรม (สุภางค์ วิจารณ์พนิชย์, 2547) ซึ่งข้อมูลที่ได้ถูกถ่ายทอดมาจากประสบการณ์จริงของผู้ให้บริการ เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อการปรับปรุงการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้บริการ จนนำไปสู่การเกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้ใช้บริการ นอกจากนี้เป็นการสนับสนุนให้มีการจัดเตรียมบุคลากรพยาบาล เพื่อให้มีความพร้อมสามารถให้บริการ แก่ผู้ใช้บริการที่มาใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ใช้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

แนวคิดเบื้องต้น

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นๆ ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นตัวเลข ตามความเป็นจริงในปรากฏการณ์ที่บุคคลนั้นเผชิญอยู่

โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่าความต้องการบริการสามารถแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ 1) ความรู้สึกต้องการ (Felt Needs) 2) ความต้องการบริการที่จำเป็นต้องได้รับ (Expressed Needs) 3) ความต้องการที่จะรับบริการตามบรรทัดฐานของวิชาชีพ (Normative Needs) และ

4) ความต้องการบริการที่เกิดจากการเปรียบเทียบ (Comparative Needs) แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความประสงค์ที่จะศึกษาความต้องการบริการที่จำเป็นต้องได้รับ (Expressed Needs) ของผู้ใช้บริการที่ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากการรับรู้ถึงความต้องการที่จำเป็นต้องได้รับตามมุมมองของผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์จากการได้รับบริการจากหน่วยบริการพยาบาลปฐมภูมิ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการที่จำเป็นของผู้ใช้บริการมากที่สุด

เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลความต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างแท้จริง ตามความรู้สึกรู้สึกนึกคิด การรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราว หรือสิ่งที่ต้องการได้รับจากบริการ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม จากการศึกษาของ Brewin (1992) พบว่าผู้ใช้บริการซึ่งมีความต้องการได้รับบริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เกิดการรับรู้ว่าตนเองขาดการได้รับบริการในเรื่องต่าง ๆ ตามความต้องการ เนื่องจากสาเหตุสำคัญๆ ดังนี้

1. ขาดการได้รับการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (lack of health)
2. ขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (lack of access)
3. ผู้ให้บริการขาดทักษะการดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (lack of action)
4. ผู้ให้บริการไม่สามารถให้บริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เฉพาะเจาะจงได้ (lack of specific activity)

ซึ่งการขาดในสิ่งต่าง ๆ ดังข้างต้น ส่งผลให้ผู้ใช้บริการเกิดความต้องการการได้รับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชขึ้นเพื่อให้ตนเองสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี

นอกจากความต้องการบริการสุขภาพจิตทั้ง 4 ด้านข้างต้นแล้ว จากการสำรวจความต้องการของผู้ใช้บริการของ The Scottish Office Department of Health (1997) พบว่าผู้ใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความต้องการในด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวชแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการและข้อมูลเกี่ยวกับการบริการ (Access and information) คือ การที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพจิตที่สะดวก รวดเร็ว การบริการที่เป็นมิตร และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

2. ความต้องการได้รับการวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Needs for individual planning) คือ ความต้องการที่จะได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล

3. ความต้องการได้รับการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต (Meeting needs in crisis) คือ ความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต และการส่งต่อในระบบบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชที่มีความเฉพาะทาง รวมทั้งได้รับการดูแลทางด้านร่างกายในเรื่องอาหาร การนอนหลับ การผ่อนคลาย การรับประทานยา และการออกกำลังกาย

4. ความต้องการได้รับการดูแลรักษาและสนับสนุนช่วยเหลือสภาพจิตใจ (Needs for treatment and support with mental distress) คือ ความต้องการได้รับการรักษา การบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางจิตใจให้ลดลงจากบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ และได้รับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสม

5. ความต้องการได้รับการดูแลขั้นพื้นฐานและสนับสนุน ช่วยเหลือด้านสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่อง (Needs for ordinary living and long-term support) คือ ความต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การเผชิญกับปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่า ตามความเชื่อ ศาสนาวัฒนธรรมในวิถีการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการ และได้รับการดูแลรักษาสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการพยาบาลที่บ้าน

6. ความต้องการได้รับการฟื้นฟูและส่งเสริมสภาพจิตใจ (Needs for personal growth and development) คือ ความต้องการได้รับการสนับสนุนการฟื้นฟูทางด้านร่างกายจิตใจ ให้สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม หลีกเลียงภาวะแทรกซ้อน และได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการฝึกอาชีพเพื่อเตรียมพร้อมสู่การทำงาน การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม ด้านการรักษาพยาบาล ที่อยู่อาศัย และการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตน เพื่อสามารถดำเนินประจำวันอย่างปกติ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่ผู้ใช้บริการ

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยตรงในประเทศไทย พบว่ายังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาไว้ แต่ได้มีการศึกษาของจันทร์อัมพร รุณดี (2544) เกี่ยวกับอนาคตภาพของการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิปี 2553 จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1. ขอบเขตการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ควรให้บริการพยาบาลที่ครอบคลุมในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และให้การดูแลแบบองค์รวม ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ไม่ยุ่งยาก และไม่ต้องการการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน บทบาทในการให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลที่สนับสนุนแผนการรักษา บทบาทในเรื่องการสอนชี้แนะ และการเป็นที่ปรึกษาในรายที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน บทบาทในการ

ส่งต่อผู้รับบริการไปยังผู้ปฏิบัติขั้นสูงในหน่วยงาน ส่วนบทบาททางด้านวิชาการและการบริหารงานนั้น ควรเป็นบทบาทในการดำเนินการวิจัยหรือผู้ร่วมงานวิจัย ที่ไม่ยุ่งยากและบทบาทเป็นผู้ร่วมในการดำเนินงานบริหารงานต่างๆ

2. ขอบเขตการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติพยาบาลขั้นสูง ควรให้บริการพยาบาลที่ครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาล แยกเป็นข้อๆได้ดังนี้

- 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม ที่มีปัญหายุ่งยาก รุนแรงและซับซ้อน ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การฟื้นฟูสุขภาพจิต รวมทั้งการส่งต่อทั้งในสถานบริการและชุมชน
- 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ในการเป็นผู้จัดการรายกรณีในการประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เป็นผู้นำทางด้านสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากรในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน
- 3) ด้านการเป็นที่ปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช แก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน
- 4) ด้านการให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช แก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน ที่สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการของผู้รับบริการ
- 5) ด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพและสร้างองค์ความรู้ใหม่
- 6) ด้านการบริหารจัดการในเรื่องการดำเนินงานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
- 7) ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชดังข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้แก่แนวคิดของ Brewin (1992) The Scottish Office Department of Health (1997) และจันท์อัมพร รุณดี (2544) มาสรุปเป็นแนวคิดเบื้องต้นในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อนำมาเป็นเครื่องนำทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ได้ข้อมูลที่สามารถบรรยายความต้องการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยประกอบด้วยความต้องการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1. การเข้าถึงบริการพยาบาลและข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง การที่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่สะดวก รวดเร็ว

บริการที่เป็นมิตร และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

2. ความต้องการได้รับการวางแผนการรักษาพยาบาลเฉพาะบุคคล หมายถึง ความต้องการที่จะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม โดยมีส่วนร่วมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ในการวางแผนการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

3. ความต้องการได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลวิชาชีพในภาวะวิกฤต หมายถึง ความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาลวิชาชีพ เมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และการส่งต่อในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความเฉพาะทาง เพื่อการรักษาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสม รวมทั้งได้รับการบริการทางด้านร่างกายในเรื่องอาหาร การนอนหลับ การผ่อนคลาย การรับประทานยา และการออกกำลังกาย

4. ความต้องการได้รับการพยาบาล และการสนับสนุนช่วยเหลือสภาพจิตใจ หมายถึง ความต้องการได้รับการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การบรรเทาภาวะการเจ็บป่วยทางจิตใจให้ลดลง และการได้รับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจากพยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสม รวมทั้งการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล

5. ความต้องการได้รับการพยาบาลขั้นพื้นฐานและสนับสนุนช่วยเหลือสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่อง หมายถึง ความต้องการได้รับการพยาบาลทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การเผชิญกับปัญหา ความรู้สึกล้มคุณค่า ตามความเชื่อ ศาสนาวัฒนธรรม ในวิถีการดำรงชีวิตของผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และได้รับการพยาบาลด้านสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการผู้ป่วย

6. ความต้องการได้รับการฟื้นฟูและส่งเสริมสภาพจิตใจ หมายถึง ความต้องการได้รับการการฟื้นฟู สนับสนุนทางด้านร่างกายจิตใจจากพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม หลีกเลียงภาวะแทรกซ้อน และได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการฝึกอาชีพ เพื่อเตรียมพร้อมสู่การทำงาน การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม ด้านการรักษาพยาบาล ที่อยู่อาศัย และการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนของผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิต เพื่อสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติ ให้การปฏิบัติพยาบาลที่เน้นด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิให้แก่ผู้ใช้บริการ

7. ความต้องการบริการจากพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะการพยาบาลด้านสุขภาพจิต หมายถึง ความต้องการได้รับการพยาบาลจากพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ ความความชำนาญ และมีการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ในการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างเหมาะสม

แนวคิดที่ระบุข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบตายตัวในการศึกษาครั้งนี้ แต่ใช้เป็นเพียงแนวทางให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษา เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างครบถ้วน ครอบคลุม การศึกษาใน ครั้งนี้

คำถามการวิจัย

ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วย บริการปฐมภูมิเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการ เกี่ยวกับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวง สาธารณสุข โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการศึกษาประสบการณ์การรับรู้ ความ ต้องการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชใน หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเก็บข้อมูลจากวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติคือ 1) ได้รับการ วินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่ามีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช 2) สามารถสื่อสาร เข้าใจ ภาษาไทย มีสติสัมปชัญญะดี 3) เป็นผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่มาใช้บริการ หน่วยบริการปฐมภูมิ และ 4) มีความยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ความต้องการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช** หมายถึง ความรู้สึก ซึ่งผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีต่อพยาบาลที่ เป็นผู้ให้บริการถึงความต้องการที่จะได้รับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งจำเป็นต้อง ได้รับ (Expressed Needs) โดยถ่ายทอดทางความรู้สึก ความคิด ค่านิยม เพื่อดำรงไว้ซึ่ง สุขภาพจิตที่ดีในด้านต่างๆ ซึ่งอาจครอบคลุมความต้องการในเรื่องเหล่านี้ คือ การเข้าถึงบริการ พยาบาลและข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ความต้องการได้รับการวางแผนการ รักษาพยาบาลเฉพาะบุคคล ความต้องการได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลวิชาชีพในภาวะวิกฤต ความต้องการได้รับการพยาบาลและการสนับสนุนช่วยเหลือสภาพจิตใจ ความต้องการได้รับการ พยาบาลขั้นพื้นฐานและสนับสนุนช่วยเหลือสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่อง ความต้องการได้รับการ

ฟื้นฟูและส่งเสริมสภาพจิตใจ ความต้องการบริการจากพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยความต้องการที่พบจากการศึกษาอาจไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในเรื่องเหล่านี้เท่านั้น

2. **ผู้ใช้บริการ** หมายถึง ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่ามีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี และเป็นผู้ใช้บริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมินั้น

3. **หน่วยบริการปฐมภูมิ** หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพที่จัดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชน โดยมีการจัดพื้นที่ให้บริการเฉพาะในแต่ละตำบล มีทรัพยากรและระบบการทำงาน เพื่อให้การบริการแก่ผู้ใช้บริการ ในการดูแลระดับปฐมภูมิ และมีขอบเขตดูแลรับผิดชอบของประชากรในพื้นที่จำนวนไม่เกิน 10,000 คน ต่อ 1 PCU โดยมีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 คนเป็นผู้ปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาทำการ เป็นบริการสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค เป็นบริการแบบองค์รวม (Holistic care) ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและใจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อเป็นข้อมูลให้พยาบาลวิชาชีพ ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. เพื่อเป็นข้อมูลให้สถาบันการศึกษาพยาบาล นำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดหลักสูตร การศึกษาและประสบการณ์สำหรับนักศึกษาพยาบาล ให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลและให้การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการ ของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวน ตำรา บทความ เอกสารและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. หน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 1.1 ความหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 1.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 1.3 ลักษณะและหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
 - 1.4 รูปแบบการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 1.5 การดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสุพรรณบุรี
2. การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 2.1 แนวทางการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 2.2 แนวคิดการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ
3. การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 3.1 ความหมายการบริการพยาบาล
 - 3.2 แนวคิดหลักในระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ
 - 3.3 การจัดระบบบริการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 3.4 หลักเกณฑ์ของการจัดบริการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 3.5 ความหมายการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 3.6 แนวคิดหลักการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 3.7 การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 3.8 ขอบเขตของพยาบาลในการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
4. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์
 - 4.2 ความต้องการทางสังคม
 - 4.3 การสนับสนุนทางสังคม

5. ความต้องการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ใช้บริการในหน่วย
บริการปฐมภูมิ

5.1 ความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช

5.2 ประเภทของความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช

6. การวิจัยเชิงคุณภาพ

6.1 ความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพ

6.2 แนวคิดพื้นฐานของการวิจัยเชิงคุณภาพ

6.3 ลักษณะสำคัญของการวิจัยคุณภาพ

6.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

6.5 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

6.6 การเตรียมก่อนการสัมภาษณ์

6.7 การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยคุณภาพ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. หน่วยบริการปฐมภูมิ

1.1 ความหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน (2545) กล่าวว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง หน่วยบริการที่จัดให้มีบริการแบบผู้ป่วยนอก ในลักษณะของการผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน รูปแบบการให้บริการที่บ้านและในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ในกรณีที่เกิดความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการทุติยภูมิ

สมจิต หนูเจริญกุล (2544) กล่าวว่า การบริการระดับปฐมภูมิ เป็นการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จัดให้กับประชาชนทุกคนในทุกภาวะของสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย และระยะสุดท้ายของชีวิต ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ มีการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่น ๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน และครอบครัว ในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ละเอียด แจ่มจันทร์ (2545) ได้ให้ความหมายของบริการปฐมภูมิ เป็นบริการด่านแรกแก่ประชาชน บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อคงสุขภาพ การพึ่งพาตนเองและกำหนดทางเลือกของตนเองไว้ทุกช่วงชีวิต บริการในระดับปฐมภูมิจึงเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทุกด้าน ที่เป็นวิถีในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน

สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2545) ได้ให้ความหมายของบริการปฐมภูมิ เป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยประยุกต์ความรู้ทั้งด้านการแพทย์ จิตวิทยา สังคมศาสตร์ในลักษณะที่ผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม มีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยง กับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองได้เมื่อเจ็บป่วย

สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ และคณะ (2545) ได้ให้ความหมายว่า เป็นสถานบริการด้านแรกหรือสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน หรือชุมชน ตามลักษณะภูมิประเทศเพื่อให้ประชาชนไปใช้บริการได้สะดวก และเข้าถึงง่าย

Starfield (1996) ได้ให้ความหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิว่า เป็นการให้บริการด้านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย (Front-line care) ให้บริการที่ต่อเนื่อง (On-going care) บริการที่ผสมผสานและเข้าใจความต้องการของผู้ให้บริการ (Comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการทางสังคมที่เกี่ยวข้อง (Co-ordinate care) และการรักษาเฉพาะทางอื่น ๆ

Institute of Medicine (1996) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการให้บริการในระดับปฐมภูมิเป็นการให้บริการที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ อย่างต่อเนื่อง และมีการประสานงานกับหน่วยบริการอื่น ๆ

โดยสรุป หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit) หมายถึง สถานบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นจุดบริการด้านแรกที่ให้บริการแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริม ป้องกัน สุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง ให้ได้รับความสะดวกและเข้าถึงบริการได้ง่าย ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม และมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม

1.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการปฐมภูมิ

สุพัตรา ศรีวานิชชากกร (2545) กล่าวไว้ว่า ความต่อเนื่อง หรือ Continuity ในความหมายทั่วไป หมายถึง ยึดออกไปขยายออก ไม่หยุดยั้ง ซึ่งเมื่อถูกนำมาใช้ในการกำหนดคุณลักษณะของการบริการสุขภาพ เป็นบริการที่ประชาชนจะได้รับบริการที่ครอบคลุม ต่อเนื่องตลอดชีวิต (ตั้งแต่เกิดจนตาย) คือ การดูแลต่อเนื่องเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ หมายถึงประชาชนจะได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มมีปัญหาจนกระทั่งปัญหาสิ้นสุด

ความเสมอภาค (Equality) เป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ความเสมอภาคเป็นแนวคิดที่สะท้อนให้เห็น ความยุติธรรม (Justice) และความเป็นธรรม (Fairness)

โดยสรุป แนวคิดการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ การให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นการให้บริการแบบแบบองค์รวม เป็นการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีระบบการเชื่อมโยงบริการ จากหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังหน่วยบริการระดับสูงขึ้นไป ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

1.3 ลักษณะและหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

หน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ที่เรียกว่า “การบริการแบบเบ็ดเสร็จ” (Comprehensive care) และมีลักษณะที่โดดเด่นจากโรงพยาบาลรวมพร คงกำเนิด (2545) ดังนี้

1. เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ใกล้ชิดกับชุมชนโดยเป็นหน่วยที่ตั้งอยู่ในชุมชนที่รับผิดชอบ เข้าใจวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน เกิดความสนิทสนมไว้วางใจ เชื่อใจ เอื้ออาทรและเกื้อกูลต่อกันกับประชาชน ดังที่เรียกว่า “สถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ”

2. ให้บริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ กล่าวคือ ดูแลทุกมิติของชีวิตแบบองค์รวมทั้ง กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม ผสมผสาน ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงสิ้นสุดการเจ็บป่วย ดูแลจากบ้านจนถึงโรงพยาบาล ดูแลสุขภาพของบุคคลตลอดช่วงชีวิต และดูแลทุกระยะของวงจรชีวิต ตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงเชิงตะกอน ทุกเพศ ทุกวัย ทั้งบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีบริการโดดเด่น คือ การให้คำปรึกษาเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

3. การรักษาพยาบาล ไม่เพียงแต่การรักษาโรคเบื้องต้น สำหรับโรคพื้นฐานที่พบบ่อยและมีอาการในระยะเริ่มแรกเท่านั้น แต่เป็นการรักษาโรคเรื้อรัง สำหรับโรคและปัญหาที่ต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต คนพิการ และการให้การรักษาโรคในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องมีทักษะทางการแพทย์ ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค ควบคู่ไปกับการมีทักษะทางสังคม เช่น มนุษย์สัมพันธ์ การสื่อสาร การบริหารจัดการ ทักษะชีวิต เป็นต้น

4. เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนและเครือข่าย ระหว่างวัฒนธรรมกับเทคโนโลยี อันเป็นจุดสมดุลที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป ลักษณะและหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งทางด้านกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อมแบบผสมผสานทั้งด้าน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

1.4 รูปแบบการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

รูปแบบการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดำเนินงานในปัจจุบันมี 4 รูปแบบ ดังนี้ (สำเร็จ แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545)

1. การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายในโรงพยาบาล โดยจะเปิดดำเนินการในลักษณะคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว รับผิดชอบประชากรในตำบลที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล ซึ่งมีประชากรประมาณ 10,000 คน ในหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล 1 หน่วย
2. การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายในเขตเมือง ที่ยังไม่มีสถานีนอนามัย แต่อาจจะมีศูนย์สาธารณสุขเทศบาล ซึ่งสามารถจัดตั้งให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิได้ โดยจะจัดตั้งโดยใช้ชื่อ “ศูนย์แพทย์ชุมชน” ซึ่งก็คือหน่วยบริการปฐมภูมิภายในเขตเมือง
3. การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตชนบท ที่มีสถานีนอนามัยตั้งอยู่ก่อนแล้ว การจัดรูปแบบการบริหาร และบริการของสถานีนอนามัยสามารถจัดให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิได้ ซึ่งก็คือรูปแบบของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นสถานีนอนามัย
4. ในเขตชนบทห่างไกลสามารถจัดเป็นรูปแบบการดำเนินงาน ของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ โดยจะจัดเป็นลักษณะการให้บริการเป็นแบบหน่วยบริการปฐมภูมิเคลื่อนที่

สรุปได้ว่า รูปแบบการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบันมี 4 รูปแบบ คือ การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายในโรงพยาบาล ในเขตเมืองเมืองที่ยังไม่มีสถานีนอนามัย ในเขตชนบทที่มีสถานีนอนามัยตั้งอยู่ก่อนแล้ว และแบบเคลื่อนที่

1.5 การดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) จังหวัดสุพรรณบุรี

(งานแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2546)

จังหวัดสุพรรณบุรี มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ให้ได้มาตรฐาน เพื่อนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้เท่าเทียม การดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี (PCU) เริ่มจัดตั้งและเปิดดำเนินการตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2545 โดยเปิดดำเนินการครั้งแรก จำนวน 19 แห่ง ต่อมาในเดือนตุลาคม 2546 ได้เปิดดำเนินการเพิ่มอีก 1 แห่ง ดังนั้นจังหวัดสุพรรณบุรี จึงมีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนทั้งสิ้น 20 แห่ง จำแนกเป็นรายอำเภอ รวมจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายทุกแห่งในจังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งของโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีทั้งหมดจำนวน 181 แห่ง ประชากรในความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิมิ

ทั้งหมด จำนวน 194,738 คน หลังคาเรือน จำนวน 54,447 หลังคาเรือน มีการจัดทำ Family Folder จำนวน 15,489 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 28.45

2. การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ

วินัย วิริยะกิจจา (2542) กล่าวว่า การพัฒนาสุขภาพจิตต้องยกระดับคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานทันสมัย สามารถสร้างความมั่นใจและเป็นที่ยอมรับของประชาชนได้ทั้ง 4 ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเวช

บริการสุขภาพจิต หมายถึง บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวช การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคทางจิตเวชรวมทั้งการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ (วิริยะ เพ็งจันทร์ และสมจิตต์ ลุประสงค์, 2537)

สรุปได้ว่า ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง การให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตเวช การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิตและจิตเวช

2.1 แนวทางการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

แนวทางการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถแบ่งได้ดังนี้ ศุภรัตน์ เอกอัศวิน (2545)

2.1.1 ด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ

- 1) ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินจิตสังคม ในขั้นตอนการคัดกรองและวินิจฉัย วางแผนรักษา แม้จะนำมาด้วยอาการฝ่ายกายก็ตาม
- 2) จัดบริการวินิจฉัยตรวจรักษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งในกรณีมีโรคจิตเวชเพียงอย่างเดียว ตามแนวทางเวชปฏิบัติด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 8 โรค ซึ่งประกอบด้วยโรคจิต วิตกกังวล ซึมเศร้า ปัญหาสารเสพติด ภาวะเพื่อสับสน ฆ่าตัวตาย ปัญญาอ่อน และปัญหาพฤติกรรมในเด็ก
- 3) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit & Home Health Care) การที่หน่วยบริการอยู่ใกล้บ้านและมีการติดตามต่อเนื่องนี้ จะช่วยลดโอกาสขาดยาหรือโอกาสเกิดซ้ำของโรค

4) ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินทางจิตเวช หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการรักษาที่สถานบริการโดยการจัดทีมฉุกเฉิน (Crisis Teams) เข้าไปให้การดูแลผู้ป่วยถึงบ้าน หลังจากนั้นเยี่ยมบ้านวันเว้นวันจนพ้นภาวะฉุกเฉินช่วยลดความต้องการเตียงในโรงพยาบาลลงได้

5) ให้คำแนะนำครอบครัวผู้ป่วย ช่วยฝึกทักษะของการช่วยเหลือตนเอง ทักษะทางสังคม ทักษะวิชาชีพง่าย ๆ ในผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐาน

6) ให้การกระตุ้นและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยเปิดโอกาสให้พ่อแม่เข้าเป็นผู้สังเกตการณ์ และเป็นผู้ร่วมรักษา

2.1.2 ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าปัจจัยเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชนั้นมีหลายปัจจัยเกี่ยวข้องของอาทิเช่น ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ ฯลฯ การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต จึงไม่ควรเน้นเพียงการบำบัดรักษาแต่ควรส่งเสริม และป้องกันสภาวะทางจิต ซึ่งสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมไม่น้อยไปกว่าการพัฒนาการบำบัดรักษา การให้ความสำคัญในระดับปฐมภูมิควรให้น้ำหนักของงานส่งเสริมป้องกันมากกว่าการรักษาฟื้นฟู

สรุปได้ว่า แนวทางการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคครอบคลุมบุคคล ครอบครัว และชุมชน

2.2 แนวคิดการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ

อุบล นิวัติชัย และภัทราภรณ์ พุงคำปิ่น (2545) กล่าวว่า แนวคิดการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นแหล่งบริการหลักด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน มีการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคจิต และการเสริมสร้างสุขภาพจิตควรเริ่มต้นหน่วยบริการปฐมภูมิ เชื่อมโยงลงในงานบริการการบริการสุขภาพที่มีอยู่เดิม คือการสร้างเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู การบำบัดรักษาโรคจิตควรทำในเชิงรุก คือ ต้องไปหาผู้ที่มีอาการเริ่มแรกของโรค เช่น การใช้เครื่องมือมาตรฐาน คัดกรองผู้มีอาการของโรคในชุมชน หรือคัดกรองในสถานบริการ และการใช้แนวทางการบำบัดรักษาอย่างมีมาตรฐาน ที่จะช่วยในการบำบัดรักษามีประสิทธิภาพและมีผลให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น และเมื่อผู้ป่วยโรคทางจิตถูกส่งกลับมาชุมชน การกระตุ้นและการสนับสนุนให้แกนนำชุมชนร่วมรับผิดชอบดูแล และให้ความช่วยเหลือด้านสังคมและอาชีพ จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้อยู่ในชุมชนอย่างไม่เป็นภาระของครอบครัวและชุมชน

วินัย วิริยะกิจจา (2543) กล่าวว่า เดิมกรมสุขภาพจิต จัดบริการเน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก แต่ปัจจุบันการบริการด้านสุขภาพจิตเน้นเรื่องการป้องกัน การ Early Detection ได้จะทำให้สามารถป้องกันความผิดปกติได้มากขึ้น ดังนั้นกรมสุขภาพจิตจึงต้องขยายงานลงไป进社区ให้มากขึ้น และกำหนดมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชแต่ละระดับให้ชัดเจน กรมสุขภาพจิตขยายงานสุขภาพจิตสู่ชุมชนมากขึ้น และยังคงต้องทำงานส่งเสริม งานป้องกัน งานฟื้นฟูต่อไป

โดยสรุป แนวคิดการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน มีทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รวมทั้งการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การให้ชุมชนเข้ามาดูแลช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต

3. การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3.1 ความหมายการบริการพยาบาล

รัชยา กุลวานิชไชยนันท์ (2535) ได้ให้ความหมายการให้บริการว่า เป็นงานที่มีการผลิต และการบริโภคเกิดขึ้นพร้อมกัน ไม่อาจกำหนดความต้องการที่แน่นอนได้ เป็นบริการที่ไม่มีตัวตน ผู้ให้บริการต้องพร้อมที่จะตอบสนองตลอดเวลา และสิ่งที่ผู้รับบริการจะได้ คือ ความพึงพอใจ ความรู้สึกคุ้มค่าที่ได้มาใช้บริการ

Fisher (1996) กล่าวว่า หากผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อความต้องการที่เขาได้รับจากการบริการและจากการเข้ามาสัมผัส ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถจับต้องได้ และเมื่อผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจยอมทำให้เป็นบริการที่ผู้ใช้บริการจะเข้ามาเลือกใช้บริการ

กองการพยาบาล (2540) กล่าวว่า การให้บริการพยาบาล เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ มีความสอดคล้องกับระบบการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

Swansberg (1993) กล่าวว่า พยาบาลผู้รับผิดชอบมีส่วนในการกำหนดไว้เป็นมาตรฐานเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล โดยไปจัดกิจกรรมการให้บริการพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล ความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยด้วย

โดยสรุป การบริการพยาบาล เป็นบริการที่พยาบาลมีส่วนร่วมในการกำหนด เพื่อให้เป็นแนวทางให้พยาบาลปฏิบัติงาน ให้สอดคล้องไปกับนโยบาย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจตามความคาดหวังของผู้ป่วย

3.2 แนวคิดหลักในระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ

แนวคิดหลักที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานต่อไป ได้แก่ ศาสตร์ทางการพยาบาล ประกอบด้วย คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล ซึ่งหมายถึง การมองคน และสุขภาพแบบองค์รวม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543 อ้างถึงใน กองการพยาบาล, 2545)

คน ประกอบด้วย กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ที่ทำงานประสานกันอยู่ตลอดเวลา คนเป็นระบบเปิด มีความต้องการพื้นฐาน มีพัฒนาการ มีสิทธิ มีความเป็นปัจเจกบุคคล มีศักยภาพในการดูแลตนเอง และคนต้องการดำรงภาวะสมดุลระหว่าง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งทำงานประสานกันตลอดเวลา มีการกระทบกระเทือนส่วนใดส่วนหนึ่งของคน ก็จะมีผลกระทบต่อส่วนอื่นด้วย

สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ ทางสังคม และทางเศรษฐกิจ คนและสิ่งแวดล้อมมีผลซึ่งกันและกัน สิ่งแวดล้อมแต่ละประเภทสามารถที่จะให้ประโยชน์และให้โทษแก่บุคคลได้ เช่น การปลูกต้นไม้ ช่วยให้อากาศดีขึ้น การทำลายต้นไม้ ทำให้เกิดความแห้งแล้ง เป็นต้น

สุขภาพ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นกับบุคคล เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อมสุขภาพ มีลักษณะที่ต่อเนื่องและเป็นพลวัต ภาวะสุขภาพอาจแบ่งได้เป็นภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์หรือสุขภาพดี ภาวะสุขภาพที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและภาวะเจ็บป่วยมีหลายระดับด้วยกัน ในขณะหนึ่งของชีวิต คนจะอยู่ในระดับหนึ่งของภาวะสุขภาพเสมอ โดยคนจะพยายามรักษาภาวะสุขภาพดีและปรับสู่ภาวะสุขภาพดี

การพยาบาล หมายถึง ศาสตร์และศิลปะในการดูแล ช่วยเหลือคนทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ตั้งแต่แรกเกิดจนสิ้นอายุขัย เพื่อให้ดำรงภาวะสุขภาพที่ดี หรือช่วยให้คนปรับตัวต่อการเจ็บป่วยสู่ภาวะสุขภาพที่ดี โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นการพยาบาลจึงเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึง การดูแลสุขภาพบุคคลที่บูรณาการของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึง ความแตกต่างของบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรู้ ความคิด ความเชื่อ ศาสนา ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม รูปแบบการดำเนินชีวิตแตกต่างกันไป โดยการผสมผสานการดูแลสุขภาพครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น
2. การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Health maintenance) หรือการป้องกันโรคและการบาดเจ็บ (Prevention of disease and injury) หรือการป้องกันสุขภาพ (Health protection) หมายถึง การกระทำเพื่อช่วยรักษาภาวะสุขภาพ เช่น การปลูกฝี ฉีดวัคซีนป้องกันโรค การป้องกันการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ป้องกันได้ เป็นต้น
3. การช่วยเหลือด้านการดูแลรักษา หมายถึง การช่วยเหลือให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยน้อยที่สุด และสามารถที่จะกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว โดยคำนึงถึงผลกระทบของการเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นกับคนทั้งคน ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ
4. การซ่อมแซมสุขภาพ (Health restoration) และการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) หมายถึง การการช่วยเหลือเพื่อปรับปรุงสุขภาพของบุคคล หลังจากเกิดปัญหาการเจ็บป่วยให้คืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว และดำรงภาวะปกตินั้นไว้ได้และดำรงภาวะปกตินั้นไว้ได้

สรุปได้ว่า แนวคิดหลักที่สำคัญในระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิพยาบาลดูแลคนที่ครอบคลุม กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาลที่ดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

3.3 การจัดระบบบริการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

บริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ หมายถึง การดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นการดูแลทั้งครอบครัว และชุมชนในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพดีของประชาชน ซึ่งสรุปเป็นคุณลักษณะได้ 6 ประการ ดังนี้ (กองการพยาบาล, 2545)

- 3.3.1 เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่เขาถึงประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบทุกครอบครัว

3.3.2 เป็นบริการสุขภาพเชิงรุก ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค เป็นบริการแบบองค์รวม (Holistic care) ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

3.3.3 เป็นบริการแบบบูรณาการ (Integrated care) ครอบคลุม ผสมผสานบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ

3.3.4 เป็นบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuum care) ที่ประสานเชื่อมโยงบริการรักษาพยาบาลระหว่างสถานพยาบาล กับครอบครัว และชุมชน

3.3.5 เป็นบริการที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพของตนเอง (Self care) ของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพในเบื้องต้นได้ทั้งในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยง และภาวะการเจ็บป่วย

สรุปได้ว่า การจัดระบบบริการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพด้านแรกที่สามารถเข้าถึงประชาชน โดยเป็นบริการสุขภาพแบบเชิงรุก และบริการแบบองค์รวม (Holistic care) อย่างต่อเนื่อง (Continuum care) ของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน

3.4 หลักเกณฑ์ของการจัดบริการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

หลักเกณฑ์ของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) โดยมีลักษณะสำคัญของบริการระดับปฐมภูมิที่ดีไว้ ดังนี้ (กองการพยาบาล, 2545)

1. เป็นบริการที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (Front-line care) บริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทาง
2. เป็นบริการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing care / Longitudinal care) ในทุกภาวะสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย โดยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
3. เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน (Comprehensive care) คำนึงถึงปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องทุกด้านตามปัญหาและความจำเป็นครอบคลุม 4 มิติแห่งการดูแลสุขภาพ
4. เป็นบริการที่ทำหน้าที่ส่งต่อ และประสานเชื่อมต่อการใช้บริการอื่นๆ (Coordinate care) ทั้งทางด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และสังคม ตามความจำเป็น

สรุปได้ว่า หลักเกณฑ์ของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นบริการที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก และดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการผสมผสานครอบคลุม 4 มิติ นอกจากนี้ เป็นบริการที่ส่งต่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

3.5 ความหมายการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการพยาบาลที่เน้นการพยาบาลทางด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยเหลือ และฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

อำเภอวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (psychiatric-mental health nursing) เป็นสาขาการพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของพยาบาลทั่วไป โดยมุ่งเน้นให้การพยาบาลและการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช และสุขภาพจิต ซึ่งปฏิบัติงานด้านการส่งเสริม การป้องกัน การบำบัด และการฟื้นฟูปัญหาทางสุขภาพ สำหรับผู้รับบริการเป็นรายบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน

สรุปได้ว่า ความหมายการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการพยาบาลที่เน้นการพยาบาลทางด้านจิตสังคมทั้งด้านการดูแลรักษา ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพจิต และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้รับบริการบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลด้านจิตใจและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์

3.6 แนวคิดหลักการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ

แนวคิดหลักการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถแบ่งออกเป็นกรอบแนวคิดที่เฉพาะ ได้แก่กระบวนการการปฏิบัติการให้บริการสุขภาพจิตในชุมชน และกลยุทธ์ในการให้ความช่วยเหลือชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพจิต (โรงพยาบาลขอนแก่น กรมสุขภาพจิต, 2546) ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพจิตประกอบไปด้วย

3.6.1 การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้บุคคลในชุมชนเกิดความรู้ ความเข้าใจในปัญหาและความรุนแรง ความสูญเสียในการรักษา การเฝ้าระวัง

การสังเกตและการดูแลตนเองรวมทั้งคนใกล้ชิด หรือคนในครอบครัว ในชุมชน เพื่อประสิทธิภาพในการส่งเสริมการป้องกันปัญหาสุขภาพชุมชน

3.6.2 การป้องกันโดยวิธีการช่วยเหลือด้วยการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อให้สามารถเรียนรู้แบบแผนในการสร้างสัมพันธภาพ และการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในชุมชน สังคม และการให้คำปรึกษายังช่วยให้ผู้ใหญ่ และเด็กที่มีกิจกรรมร่วมกันอย่างใกล้ชิด ดังนั้น กลุ่มที่ต้องการกิจกรรมเป็นหลัก คือ การให้คำปรึกษาครอบครัว ตลอดจนการใช้สื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสื่อพิมพ์ สื่อภาพยนตร์ วิทยทัศน์ วิทยุกระจายเสียง สื่อเทคโนโลยีอื่นๆ รวมทั้งสื่อบุคคล

3.6.3 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องพิจารณาถึงปัจจัย ถิ่นที่อยู่ สังคม ครอบครัว ประสบการณ์ของบุคคล รวมถึงความเครียด และปัญหาชีวิตประจำวัน เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการแนะแนวทางที่จะเพิ่มประสิทธิภาพและส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจิต โรคประสาท

3.6.4 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้แนวคิดหลักของการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแลบุคคลทั้งคน หมายถึง ครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยการนำมโนทัศน์หรือกระบวนการความคิดและประสบการณ์ชีวิตของบุคคลมาผสมผสานกันทั้งหมด

3.6.5 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ มุ่งเน้นให้มีการช่วยเหลือบุคคลด้วยการดูแลสุขภาพจิต เพราะบทบาทของวิชาชีพพยาบาลนั้น ต้องบูรณาการและผสมผสานศาสตร์สหวิทยาการ ทั้งทางมนุษยวิทยา จิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ สาธารณสุข ศาสตร์การดูแลตนเอง และวิธีการทางวิทยาศาสตร์ โดยมีการประยุกต์แนวคิด บูรณาการเพื่อการนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า แนวคิดและหลักการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ การให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) ดูแลบุคคลทั้งคน ครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยบูรณาการและผสมผสานศาสตร์สหวิทยาการ ทั้งทางมนุษยวิทยา จิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์การดูแลตนเอง และวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งประยุกต์แนวคิดเพื่อการนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.7 การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ การที่พยาบาล มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต การคัดกรอง

เบื้องต้น การดูแลรักษาเบื้องต้นโดยส่งเสริมศักยภาพของประชาชนและชุมชนในการดูแลตนเอง และใช้ทรัพยากรในชุมชนรวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด (ทัศนาศุ บุญทอง, 2543) รวมทั้งการส่งต่อผู้ที่ป่วยทางจิตที่เกินความสามารถในการดูแลให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ดังนั้นการให้การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงเป็นการดูแลประชาชนที่อยู่ในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ให้ รู้จักการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและชุมชน โดยการประสานความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน หน่วยราชการและหน่วยงานในชุมชน เช่น วัด โรงเรียน โดยมีผู้นำชุมชนเป็นแกนนำ ในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการช่วยเหลือ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตโดยอาศัยความรู้และประสบการณ์ทั้งทางด้านนโยบายสาธารณสุข ชีวจิตวิทยา พื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์ จิตสังคม และสังคมวิทยาผสมผสานกับความรู้และประสบการณ์ทางการแพทย์ (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545) ที่มีการปฏิบัติดังนี้

3.7.1 การประเมินภาวะสุขภาพจิตและจิตเวชของประชาชน เพื่อจัดกลุ่มออกเป็นคนที่ปกติและกลุ่มคนที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าการค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในระยะต้น (case finding) โดยสามารถทำได้หลายวิธีคือ

1) การประเมินภาวะสุขภาพจิตและจิตเวช โดยทางตรงและทางอ้อม ในทางตรงจากการประเมินสภาวะทางจิตใจของประชาชนจากพูดคุย สัมภาษณ์ หรือจากการใช้แบบวัดประเมินภาวะสุขภาพจิต

2) การประเมินภาวะสุขภาพจิตโดยทางอ้อม เป็นลักษณะของการค้นหาโดยการสังเกตพฤติกรรมโดยอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชน โดยการจัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชน ในการเฝ้าระวังและการค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยทางจิต

3.7.2 การจัดการอบรมกับภาวะสุขภาพจิตและจิตเวช และการเจ็บป่วยทางจิต โดยการดำเนินการดังนี้

1) การให้การส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มที่ปกติหรือกลุ่มประชากรทั่วไปโดยการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต ที่สอดคล้องกับกลุ่มประชากรและภาวะสุขภาพจิตที่อาจจะเกิดขึ้นได้ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้การสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ การให้ข้อมูล และความรู้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิต นอกจากนี้ยังจัดทำเทคโนโลยีใหม่ในการให้บริการ และการจัดทำเอกสารเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนโดยผ่านสื่อต่าง ๆ (จันทร์อำพร รุนดี, 2544) อันจะนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและผู้ป่วยได้ดี

2) ให้การเฝ้าระวังการเกิดโรคทางจิตรายใหม่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ โดยการจัดทากิจกรรม เช่น การจัดกิจกรรม เพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น เป็นต้น รวมทั้งติดตามดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิต โดยเฝ้าระวังและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

3) ให้การบำบัดรักษาเบื้องต้นแก่กลุ่มที่เจ็บป่วยทางจิต และกรณีฉุกเฉินทางจิตเวช โดยทำการตรวจวินิจฉัยปัญหาขั้นต้น ให้การรักษาภายใต้ขอบเขตที่สามารถกระทำได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วและติดตามผลการรักษา หากไม่สามารถจัดการด้วยตนเอง จัดการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยทางจิตได้รับการรักษาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

4) การให้การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลด้วยการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ และเมื่อผู้ป่วยกลับไปรับการรักษาตัวที่บ้าน มีการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนและพัฒนาศักยภาพ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ฝึกทักษะ พัฒนาความรู้/ศักยภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และประสานงานกับแหล่งประโยชน์ เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีปัญหาทางจิตที่เรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด (จันทร์อำพร รุณดี, 2544)

5) การเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ สนับสนุนและส่งเสริมผู้ที่มีปัญหาทางจิตและญาติให้สามารถฟื้นฟูสภาพในกรณีที่เจ็บป่วย รวมทั้งช่วยประสานการดูแลระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

3.7.3 เป็นผู้นำทีมสุขภาพในชุมชน เพื่อการสร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลตนเอง ช่วยเหลือซึ่งกันและกันและสามารถพึ่งตนเองได้ โดยการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ ให้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชน แลกเปลี่ยนและการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิต และใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งพบว่าภูมิปัญญาท้องถิ่นสามารถแก้ไขปัญหาทางสุขภาพจิตได้

3.7.4 เป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ โดยส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการโดยการให้ข้อมูลข่าวสารของพยาบาลอันจะนำไปสู่การตระหนักถึงสิทธิของประชาชนในสุขภาพจิต เช่น กฎหมาย และพระราชบัญญัติที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยจิตเวช

3.7.5 เป็นผู้บริหารจัดการโดยเป็นผู้วางแผนงาน วิเคราะห์ปัญหา แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับระบบและปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม (จันทร์อำพร รุณดี, 2544) และจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยระบบข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของบุคคล ครอบครัวและชุมชนที่จัดไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของชุมชนรวมทั้งการประเมินผลการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

3.7.6 เป็นนักวิจัยโดยประเมินศึกษาวิจัยและตรวจสอบการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ทำวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ ทางกรพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีการนำผลวิจัยมาใช้ในการพัฒนา วางแผนปรับปรุงงานอย่างสม่ำเสมอ (จันทร์อำพร รุณดี, 2544) เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง

3.7.7 เป็นผู้ประสานงานโดยสร้าง และพัฒนาทีมงานทางการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชทั้งในด้านวิชาการ และการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนรวมทั้งสร้างและประสานเครือข่าย กับบุคลากรทางสาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์การสาธารณประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพของงานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและให้การพยาบาลที่ตรงกับความต้องการของประชาชน

โดยสรุป การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ การที่พยาบาล สามารถประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชาชน เพื่อเฝ้าระวังและการค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยทางจิต การให้การส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มที่ปกติหรือกลุ่มประชากรทั่วไป ผู้ป่วยและครอบครัว การพยาบาลเบื้องต้นแก่กลุ่มที่เจ็บป่วยทางจิตและกรณีฉุกเฉินทางจิตเวช การเป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นผู้นำทีมสุขภาพในชุมชนป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เพื่อการสร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลตนเอง โดยพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ สามารถบริหารจัดการ วิเคราะห์ปัญหา แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน

3.8 ขอบเขตของพยาบาลในการให้การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (จันทร์อัมพร รุณดี, 2544) มีดังนี้

3.8.1 ขอบเขตการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ควรให้บริการพยาบาลที่ครอบคลุมในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และให้การดูแลแบบองค์รวม ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ไม่ยุ่งยาก และไม่ต้องการการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน การให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลที่สนับสนุนแผนการรักษา ในเรื่องการสอน/ชี้แนะ การเป็นที่ปรึกษาในรายที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน และในการส่งต่อผู้รับบริการไปยังผู้ปฏิบัติขั้นสูง ในหน่วยงาน ส่วนด้านวิชาการและการบริหารงานนั้นควรเป็นบทบาทในการดำเนินการวิจัยหรือผู้ร่วมงานวิจัยที่ไม่ยุ่งยากและบทบาทเป็นผู้ร่วมในการดำเนินงานบริหารงานต่างๆ

3.8.2 ขอบเขตการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ควรให้บริการพยาบาลที่ครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาลแยกเป็นข้อย่อย ๆ ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม ที่มีปัญหายุ่งยาก รุนแรงและซับซ้อน ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การฟื้นฟูสุขภาพจิต รวมทั้งการส่งต่อทั้งในสถานบริการและชุมชน

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยเป็นผู้จัดการรายกรณีในการประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เป็นผู้นำทางด้านสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาล เป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน
3. ด้านการเป็นที่ปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช แก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน
4. ด้านการให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช แก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน ที่สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการของผู้รับบริการ
5. ด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพและสร้างองค์ความรู้ใหม่
6. ด้านการบริหารจัดการในเรื่องการดำเนินงานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
7. ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล

โดยสรุป การประเมินความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นบทบาทที่จำเป็น ที่ทำให้พยาบาล สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมความต้องการบริการพยาบาลที่ครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และให้การดูแลแบบองค์รวม ให้คำปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช และการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพและสร้างองค์ความรู้ใหม่

4. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์ มนุษย์มีความต้องการตลอดชีวิต โดยความต้องการนั้นจะต้องมีพลังผลักดันให้มนุษย์มีพฤติกรรมบางประการ เพื่อให้ได้มาซึ่งการตอบสนองความต้องการนั้นๆ พลังผลักดันดังกล่าวในมนุษย์แต่ละคนจะเริ่มด้วยความต้องการในขั้นต้นก่อนแล้วจึงค่อยๆ พัฒนาสูงขึ้นไปตามลำดับ การพัฒนาความต้องการในแต่ละขั้นจะมีความสมบูรณ์ได้ เมื่อความต้องการในขั้นที่ต่ำกว่าได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอแล้ว ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ออกเป็น 5 ระดับ ตามลำดับความต้องการพื้นฐาน (Maslow อ้างถึงใน Cravey & Himie, 1996) ดังนี้

ระดับที่ 1 ความต้องการด้านร่างกาย (Physiology needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อการมีชีวิตอยู่ และเพื่อรักษาไว้ซึ่งสมดุลภาพของสรีรวิทยา ซึ่งได้แก่ ความต้องการอาหารและน้ำ อากาศ ความต้องการพักผ่อนและนอนหลับ ความต้องการการขับถ่ายของเสีย ความต้องการการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย รวมทั้งความต้องการทางเพศ

ระดับที่ 2 ความต้องการความมั่นคง และความปลอดภัย (Safety security needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับความมั่นคง และความปลอดภัยในการดำรงชีวิต ทรัพย์สิน และการงาน

ระดับที่ 3 ความต้องการความรัก ความเป็นเจ้าของ (Needs for love and belonging) เป็นความต้องการที่จะได้รับความรักจากผู้อื่น และเป็นความต้องการที่จะเป็นเจ้าของในสิ่งต่างๆ

ระดับที่ 4 ความต้องการได้รับเกียรติชื่อเสียง (Self-esteem needs) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง แล้วทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เนื่องจากการกระทำนั้นๆ ได้รับการยอมรับจากผู้อื่นในสังคม

ระดับที่ 5 ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (Needs for self actualization) เป็นการพัฒนาความต้องการของตนเองจนถึงขั้นสมบูรณ์ และถึงสูงสุดของความ ต้องการในมนุษย์ ซึ่งบุคคลพวกนี้จะประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง สามารถดำรงชีวิตได้โดยการยึดหลักความดี แสวงหา และการกระทำในสิ่งที่ดีโดยไม่คำนึงถึงผลตอบแทน

จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) กล่าวว่า สิ่งที่แน่ชัดคือ มนุษย์มีความต้องการเพื่อการดำรงอย่างสร้างสรรค์ แต่ความต้องการของบุคคลอาจไม่เป็นไปตามลำดับดังกล่าวข้างต้น ความต้องการของมนุษย์เกิดขึ้นและเป็นไปอย่างผสมผสาน กล่าวคือ อาจเกิดสิ่งใดสิ่งหนึ่งก่อน หรือเกิดพร้อมๆ กันก็ได้ โดยเสนอว่าความต้องการของมนุษย์โดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น อาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรมและ การพักผ่อน ฯลฯ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เพิ่มขึ้น หรือลดลงได้ตลอดเวลา

ประเภทที่ 2 ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role function needs) เป็นความต้องการเพื่อความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ เนื่องจากบุคคลแต่ละคนต้องสวมบทบาทหลายบทบาทหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ทั้งบทบาทปฐมภูมิ (Primary roles) ที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ไม่มีการเปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแปลงยากมาก บทบาททุติยภูมิ (Secondary roles) ที่บุคคลได้ตามระยะพัฒนาการซึ่งบุคคลเลือกได้ และบทบาทตติยภูมิ (Tertiary roles) ที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่เพียงชั่วคราวเท่านั้น

ประเภทที่ 3 ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual needs) เป็นความต้องการให้มีความกลมกลืนของกระบวนการด้านความคิด ความเชื่อ และศรัทธา อารมณ์และการแสดงออก โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

ประเภทที่ 4 ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ ที่จะอยู่รวมกลุ่มกับบุคคลที่เป็นที่รัก และบุคคลอื่นๆ เป็นกลุ่ม ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติทางสังคมของมนุษย์

โดยสรุป มนุษย์ต้องการสิ่งต่างๆในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล และผสมผสานที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

4.2 ความต้องการทางสังคม เป็นสภาพการณ์อย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล เพื่อการคงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ในขอบเขตที่จำกัดโดยเมื่อเกิดความต้องการขึ้นแล้วบุคคลก็จะกระทำทุกสิ่งทุกอย่าง เพื่อสนองความต้องการของตน ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ (Kron, 1971 อ้างถึงใน มณฑา จงกล่อม, 2537; Taylor, Lillis & LeMore, 1993)

Bradshaw (1972) ได้แบ่งประเภทความต้องการทางสังคมเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. ความรู้สึกต้องการ (Felt Needs) คือ ความรู้สึกต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการต่อการได้รับการบริการ ซึ่งถ้าความต้องการมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นจะกลายเป็นความต้องการที่ต่อการได้รับการตอบสนอง (demand)

2. ความต้องการบริการที่จำเป็นต้องได้รับ (Expressed Needs) คือ ความรู้สึกต้องการของผู้รับบริการที่มีเพิ่มมากขึ้น ต้องการได้รับการตอบสนอง (demand) โดยผู้รับบริการจะรู้สึกว่าความต้องการนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับตน ซึ่งผู้ให้บริการควรจะต้องจัดบริการเหล่านั้นให้ (something needs to be done) และเป็นบริการที่มีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่องทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมักจะเป็นการรับรู้ของผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้บริการนั้นโดยตรง

3. ความต้องการที่จะรับบริการตามบรรทัดฐานของวิชาชีพ (Normative Needs) คือ ความต้องการที่กำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญจากประสบการณ์ว่าผู้ให้บริการควรจะได้รับบริการอะไรบ้าง เช่น พัฒนาการให้มีคุณภาพให้ผู้ให้บริการเกิดความพึงพอใจ โดยการพัฒนารูปแบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4. ความต้องการบริการที่เกิดจากการเปรียบเทียบ (Comparative Needs) คือ ความต้องการที่ได้มาจากการสำรวจการเปรียบเทียบและประเมิน การให้บริการในแต่ละพื้นที่ การเปรียบเทียบการบริการ คุณภาพ ความน่าเชื่อถือของบริการ และการเข้าถึงบริการที่สะดวก

โดยสรุป ความต้องการทางสังคม คือ ความต้องการของผู้รับบริการที่มีต่อระบบบริการต่างๆ ของสังคม ซึ่งระบบบริการสุขภาพก็เป็นระบบบริการทางสังคมเช่นกัน ที่ผู้รับบริการต้องการได้รับการตอบสนองเมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพ

4.3 การสนับสนุนทางสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม คือ ความรู้สึกที่ผูกพันใกล้ชิดที่เกิดจากความเกี่ยวข้องทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของบุคคล (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981)

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ถึงการได้รับความสนใจ การได้รับความรักเป็นความใกล้ชิดผูกพัน ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การสนับสนุนทางอารมณ์นี้ คือ การต้องการความช่วยเหลือและการยอมรับจากบุคคลอื่น
2. การสนับสนุนทางด้านความภาคภูมิใจ (Esteem support) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่ามีผู้อื่นมองเห็นคุณค่าและความภาคภูมิใจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อตนเอง เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Wills and Shinar (2000) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับความวิตกกังวล การแสดงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การยอมรับซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุน เงินทอง ที่อยู่อาศัย เครื่องมืออุปกรณ์ การขนส่ง เป็นต้น
3. การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุน ข้อเสนอแนะ การเลือกวิธีปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ
4. การสนับสนุนด้านมิตรภาพ (Companionship Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลเกี่ยวกับการเล่นกีฬา สันทนาการกลางแจ้ง ดูภาพยนตร์ละคร ไปพิพิธภัณฑ์ ร้านอาหาร จ่ายตลาด งานสโมสรร การเดินทาง

Thoits (1982) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท

1. การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) คือ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการแนะนำและข้อมูลย้อนกลับ (Feed-back)
2. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) คือ การช่วยเหลือด้านแรงงาน อุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้นักคนสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ
3. การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional Support) คือ การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ เห็นคุณค่า และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

โดยสรุป การสนับสนุนทางสังคมมีด้วยกันหลายด้าน ทั้งการได้รับการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นต้น

5. ความต้องการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ความต้องการได้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้ใช้บริการ เป็นความต้องการที่ผู้บริการเกิดความไม่สบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตปกติ ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย การเจ็บป่วยเฉียบพลันและการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่ความต้องการได้รับบริการของผู้บริการยังคงมุ่งแต่เฉพาะการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเท่านั้น โดยเริ่มมีบางส่วนเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพแต่เป็นส่วนน้อย (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคณะ, 2546)

5.1 ความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช

Messner (1993) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเวชต้องการจากพยาบาล ดังนี้

1. การรับฟัง พยาบาลต้องรับฟังผู้ป่วยจะบอกความต้องการของตนเองให้พยาบาลทราบ เมื่อพยาบาลแสดงถึงความต้องการและยอมรับฟังผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยส่วนมากมักไม่ได้รับความสนใจนี้ พยาบาลจึงไม่สามารถเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริง และผู้ป่วยไม่ต้องการคำถามที่เกิดจากความคิดเห็นของพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องตั้งใจรับฟังและใช้ศิลปะในการฟัง เพื่อจะได้ประเมินความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

2. การถามความต้องการ การถามความต้องการของผู้ป่วย จะทำให้ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและสามารถตอบสนองได้ แต่ถ้าพยาบาลประเมินความต้องการของผู้ป่วย จากความคิดของตนเองจะมีความคลาดเคลื่อนผิดพลาด เนื่องจากพยาบาลจะเข้าใจในกระบวนการของโรคมากกว่าตัวผู้ป่วย

3. การไม่ละเลยในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกกล่าวหรือแสดงออก สิ่งที่ผู้ป่วยบอกหรือแสดงออกเป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องเห็นถึงความสำคัญ เช่น เมื่อผู้ป่วยบอกว่าเครียดพยาบาลควรเชื่อ เนื่องจากเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเอง พยาบาลไม่ควรพูดว่าอย่าเครียดไปเลย และเห็นเป็นเรื่องปกติ แต่ควรให้การพยาบาลเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งอาจเป็นแค่การประคับประคองด้วยการยอมรับและเห็นความสำคัญของตัวผู้ป่วยเท่านั้น

4. การให้การพยาบาลโดยเน้นที่ตัวผู้ป่วยไม่ใช่โรคที่เป็น ผู้ป่วยต้องการได้รับความสนใจในตัวเขามากกว่าตัวโรค และต้องการสัมพันธภาพที่ดี การประเมินผู้ป่วยไม่ใช่สิ่งที่เหมาะสม เพราะมีสิ่งอื่นอีกมากกว่าตัวผู้ป่วย นอกเหนือจากยาและผลการตรวจทางห้องทดลอง

5. การพูดกับผู้ป่วยไม่ใช่พูดถึงผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรู้สึกคับข้องใจเมื่อถูกพูดถึงเหมือนไม่มีตัวตนอยู่ขณะนั้น หรือให้การรักษาพยาบาลเฉพาะอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเท่านั้น การพูดศัพท์ทางการแพทย์ หรือการใช้ภาษาทางวิชาการเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการแสดงให้เห็นว่าสนใจในตัวผู้ป่วยและควรแนะนำตนเองเมื่อพบผู้ป่วยในระยะแรก

6. การเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยอาจไม่ต้องการให้ครอบครัวหรือผู้อื่นทราบเรื่องการเจ็บป่วยของตน เช่น เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ดังนั้นการถามเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยพยาบาลควรต้องใช้ความระมัดระวัง และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ

7. การที่ไม่ให้ผู้ป่วยต้องรอคอย เมื่อจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยรอ พยาบาลควรบอกเหตุผลด้วยคำพูดสุภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักว่า พยาบาลยังเห็นความสำคัญของตนเองเสมอ และการอธิบายถึงเหตุผลนั้น อาจมีความจำเป็นต้องเสนอทางเลือกด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่หมดหนทาง

Brewin (1992) ได้ให้คำจำกัดความของความ ต้องการในบริการสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่ง พบว่าผู้ใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเกิดความ ต้องการได้รับการดูแล เนื่องจาก ระบุว่าตนขาดในเรื่องต่างๆ คือ

1. ขาดการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (lack of health) ในเรื่องของการได้รับการช่วยเหลือทันทีให้พ้นจากความเศร้าโศก หรือพฤติกรรมที่มีปัญหา หรือในเรื่องของทักษะสังคม ซึ่งต้องการได้รับการช่วยเหลือให้อาการต่างๆดีขึ้น

2. ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (lack of access) การที่ผู้ป่วยรับรู้ความต้องการว่าตนต้องได้รับการช่วยเหลือแต่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการแต่อย่างใด (Unmet need)

3. ผู้ให้บริการขาดทักษะการดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

4. ผู้ให้บริการไม่สามารถให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่เฉพาะเจาะจงได้ (lack of specific activity) ในเรื่องของการรักษาพยาบาล หรือการให้การช่วยเหลือระยะเริ่มแรกของปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทำให้เกิดความต้องการการรักษาที่เฉพาะเจาะจงจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ

เนื่องจากสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยขาด จึงทำให้เกิดความต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชขึ้นเพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งความสมบูรณ์ของการให้ความหมายของความต้องการนั้น มีดังต่อไปนี้

1. ความต้องการสู่การปรับปรุงแก้ไขการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (Needs for improved health) (มาสโลว์ Maslow, อ้างถึงใน Brewin, 1992) กล่าวถึงความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งต้องการได้รับการตอบสนองก่อน จึงจะสามารถตอบสนองความต้องการขั้นต่อไปได้ มนุษย์มีความต้องการอยู่เสมอและไม่มีที่สิ้นสุด สิ่งที่มีมนุษย์ถ้าได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการอื่นจะเข้ามาแทนที่ ความต้องการใดเกิดขึ้นแล้ว ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองที่เพียงพอตั้งแต่ต้น ความต้องการนั้นจะคงมีอิทธิพลครอบคลุมบุคคลนั้นเสมอไป ซึ่งความต้องการของผู้ใช้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นตัวที่จะกระตุ้นผลักดัน สู่การเรียกร้องความต้องการที่จะได้รับการสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสมและมีความต้องการสูงในสิ่งที่ผู้ใช้บริการขาดหรือได้รับน้อยจากบริการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นพื้นฐาน โดยการทราบความต้องการของผู้ใช้บริการจะช่วยให้ผู้ใช้บริการคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปกติและช่วยในการฟื้นฟูสภาวะจิตใจในผู้ป่วยให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคม

2. ความต้องการสู่การบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (Needs for service)

Brewin (1992) กล่าวไว้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ใช้บริการมีความเกี่ยวข้องกับบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งการที่ผู้ใช้บริการรับรู้ว่าจะตนต้องได้รับการช่วยเหลือแต่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการแต่อย่างใด (Unmet need) เนื่องจากขาดการเข้าถึงของบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนั้นการบริการที่มีความพร้อมต้องเอื้อประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ จะทำให้เกิดการพัฒนาการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างมีคุณภาพ

3. ความต้องการสู่การปฏิบัติ (Needs for action) การทราบความต้องการ

หรือการประเมินความต้องการของผู้ใช้บริการนั้น ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จะต้องประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อทราบถึงความต้องการที่ผู้ให้บริการไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม นำไปสู่การแก้ไขปัญหาการบริการ และการให้การรักษายาบาลที่ประสิทธิภาพ

5.2 ประเภทของความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช

Meadows, Harvey, Fossey and Burgess (2000) ได้แบ่งความต้องการการบริการของผู้ใช้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

- 1) การที่ผู้ให้บริการรับรู้ว่าตนมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือและได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นทั้งหมด (Met need)
- 2) การที่ผู้ให้บริการรับรู้ว่าตนได้รับการช่วยเหลือ แต่ได้รับการตอบสนองความต้องการเพียงบางส่วนไม่ทั้งหมด (Partially met need)
- 3) การที่ผู้ให้บริการรับรู้ว่าตนต้องได้รับการช่วยเหลือ แต่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการแต่อย่างใด (Unmet need)
- 4) การที่ผู้ให้บริการรับรู้ว่าตนมีปัญหาสุขภาพจิตแต่ไม่ต้องการการบริการหรือการช่วยเหลือใดๆ เลย (No need)

การสำรวจความต้องการของผู้ใช้บริการของ The Scottish Office Department of Health (1997) ในด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวชแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

- 1) การเข้าถึงบริการและข้อมูลเกี่ยวกับการบริการ (Access and information) คือ การที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพจิตที่สะดวก รวดเร็ว การบริการที่เป็นมิตร และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
- 2) ความต้องการได้รับการวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Needs for individual planning) คือความต้องการที่จะได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นที่เหมาะสม
- 3) ความต้องการได้รับการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต (Meeting needs in crisis) คือ ความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต และการส่งต่อในระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความเฉพาะทาง รวมทั้งได้รับการดูแลทางด้านร่างกายในเรื่องอาหารการนอนหลับ การผ่อนคลาย การรับประทานยา และการออกกำลังกาย

4) ความต้องการได้รับการดูแลรักษาและสนับสนุนช่วยเหลือสภาพจิตใจ (Needs or treatment and support with mental distress) คือ ความต้องการได้รับการรักษา การบรรเทาภาวะการเจ็บป่วยทางจิตใจให้ลดลงจากบุคคลากรที่มีความรู้และทักษะ และได้รับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสม

5) ความต้องการได้รับการดูแลขั้นพื้นฐานและสนับสนุนช่วยเหลือ ด้านสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่อง (Needs for ordinary living and long-term support) คือ ความต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การเผชิญกับปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่า ตามความเชื่อ ศาสนาวัฒนธรรมในวิถีการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการ และได้รับการดูแลรักษาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการพยาบาลผู้ป่วย

6) ความต้องการได้รับการฟื้นฟูและส่งเสริมสภาพจิตใจ (Needs for personal growth and development) คือ ความต้องการได้รับการสนับสนุนการฟื้นฟูทางด้านร่างกายจิตใจให้สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม หลีกเลียงภาวะแทรกซ้อน และได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการฝึกอาชีพเพื่อเตรียมพร้อมสู่การทำงาน การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม ด้านการรักษาพยาบาล ที่อยู่อาศัย และการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตน เพื่อสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิให้แก่ผู้ใช้บริการ

โดยสรุป ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีความต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชจากพยาบาล เนื่องจากผู้บริการขาดในสิ่งที่พวกเขาต้องการได้รับในการบริการไม่ว่าจะเป็นความต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่ครอบคลุม 4 มิติ รวมทั้งการบริการที่สามารถเข้าถึง การบริการที่ต่อเนื่องจากสถานบริการผู้ป่วยเป็นต้น

6. การวิจัยเชิงคุณภาพ

การศึกษาวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพเข้ามามีบทบาทอย่างสำคัญ ในการวิจัยทางการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลได้รับรู้ และเข้าใจในปรากฏการณ์หรือสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับรู้ รู้สึกตามการรับรู้ของบุคคลและบริบทสิ่งแวดล้อม ในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ และความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

6.1 ความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพได้รับการยอมรับว่าเป็นระเบียบวิธีการวิจัยที่มีค่า มีความหมาย และมีความสำคัญในการได้สร้างศาสตร์ทางการพยาบาลหรือพัฒนาแก่นองค์ความรู้ทางการพยาบาล (Streubert Speziale and Carpenter, 2003) ได้มีผู้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพไว้หลากหลายดังต่อไปนี้

Burns (1989) ได้สรุปถึงการวิจัยเชิงคุณภาพ ว่าเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการศึกษาตามแนวคิดของปฏิฐานนิยม ซึ่งใช้แนวคิดที่มีพื้นฐานแบบวิทยาศาสตร์ โดยใช้การศึกษากลุ่มคำที่ได้จากการศึกษาจะประกอบด้วยข้อมูลวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีการอุปนัยเป็นส่วนเริ่มต้นที่สำคัญ และผลจากการวิเคราะห์ ข้อมูลจะถูกนำมาพัฒนาเป็นทฤษฎีได้

Strauss and Corbin (1990) ได้ให้ความหมายของการศึกษาเชิงคุณภาพ ว่าเป็นการศึกษาวิจัยชนิดหนึ่ง ซึ่งกระบวนการศึกษาไม่ได้มาจากขบวนการแปลข้อมูล ความหมายทางสถิติ หรือการแปลความหมายจากการคำนวณอื่น ๆ แต่สามารถอ้างอิงถึงการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของบุคคล เรื่องราวของพฤติกรรม อาจรวมถึงระบบการดำเนินงานขององค์กร การเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงทางสังคม หรือความสัมพันธ์ที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน ข้อมูลบางส่วนอาจมีตัวเลขได้ เช่น สัมมะโนประชากร ผู้วิจัยได้ข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิด ความหมายที่ได้จากการสัมภาษณ์และสังเกต ซึ่งเป็นวิธีพื้นฐานทั่วไปของงานวิจัยเชิงคุณภาพ และกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลแบบไม่ใช้วิธีการคำนวณ ผลของการศึกษาที่ได้มาจากข้อมูลที่ประกอบด้วยการรวบรวมความหมายในการศึกษาที่มีมากมายและหลากหลาย

สุภางศ์ จันทวานิช (2539) กล่าวถึงการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การแสวงหาความรู้ โดยการพิจารณาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น วิธีการนี้จะสนใจข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิด ความหมาย ค่านิยม หรืออุดมการณ์ของบุคคลนอกเหนือไปจากข้อมูลเชิงปริมาณ

ศิริพร จิรวัดณ์กุล (2546) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ 2 ลักษณะ คือ

1. ความหมายในลักษณะของเป้าหมาย และวิธีการศึกษา การวิจัยเชิงคุณภาพ คือวิธีการศึกษาโดยมีเป้าหมายเพื่อหาความจริงโดยการพิจารณาปรากฏการณ์จาก

สภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น วิธีการนี้ให้ความสนใจในข้อมูลด้านประวัติชีวิตโลกทรรศน์ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลนอกเหนือไปจากข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีการศึกษาโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ เป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล เน้นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความ สร้างข้อสรุปแบบอุปนัย

2. ความหมายในลักษณะของวิธีการเก็บข้อมูล และประเภทข้อมูล การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการวิจัยที่ใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากการสังเกต โดยเข้าไปอยู่ในชุมชนที่ศึกษา ประกอบด้วย การสนทนาพูดคุย และสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ หรือศึกษาโดยอาศัยเอกสาร การตีความ ดังที่นักประวัติศาสตร์ ศึกษาการตีความสร้างข้อสรุปมีได้อาศัยข้อมูลประเภทตัวเลข สถิติเป็นหลัก แต่สร้างขึ้นจากข้อมูลที่สังเกตได้ด้วยตนเอง และเรื่องที่ได้รับฟังจากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ

โดยสรุป การวิจัยคุณภาพ เป็นการวิจัยที่แสวงหาความจริง ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางสังคมและวัฒนธรรมโดยให้ความสำคัญกับข้อมูลที่เป็นความรู้สึกนึกคิด ประวัติชีวิต คุณค่าของชีวิต ค่านิยมและความหมายที่มนุษย์ให้ต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆรอบตัวตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งข้อมูลสามารถอยู่ได้ในหลายรูปแบบ เช่น คำสนทนา การปฏิบัติ รูปภาพ ข้อมูลเอกสาร รวมทั้งวิธีการรวบรวมข้อมูลก็มีหลากหลายวิธี ทั้งการสนทนา การสังเกต การสัมภาษณ์ โดยข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาวิเคราะห์พิจารณาความหมาย ตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย สามารถนำไปพัฒนาเป็นข้อเสนอทฤษฎี หรือสมมติฐานใหม่ ๆ ได้

6.2 แนวคิดพื้นฐานของการวิจัยเชิงคุณภาพ

ทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน เป็นแนวคิดพื้นฐานของการวิจัยเชิงคุณภาพ ให้มีความน่าเชื่อถือ สามารถอธิบายสิ่งที่ศึกษาได้กระจ่างชัด (Strauss & Corbin, 1990) และยังเป็น การแสวงหาความรู้ภายใต้ปรัชญา หรือแนวคิดหลัก 2 สำนักคือ แนวคิดปฏิฐานนิยม (Positivism) และแนวคิดปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) ซึ่งมีสาระโดยสังเขปดังนี้ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546)

1. แนวคิดปฏิฐานนิยม มีความเชื่อว่า ข้อเท็จจริงเป็นสากลที่เป็นไปตามธรรมชาติ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น ดังต่อไปนี้ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546)
2. ปรากฏการณ์ทุกอย่างต้องมีสาเหตุ และปรากฏการณ์อย่างเดียวกัน ต้องมีสาเหตุแบบเดียวกัน (Universal causation)

3. การศึกษามีรากฐานเชิงประจักษ์นิยม (Empiricism) คือ ต้องศึกษาสังเกตอย่างเป็นทางการ และเป็นระบบระเบียบ สามารถกระทำซ้ำได้ ข้อตกลงนี้นำไปสู่การวัด (measurement)

4. วิธีการหาความรู้ หรือการวิจัย ที่มีรากฐานมาจากแนวความคิดปฏิฐานนิยม คือ การวิจัยเชิงปริมาณ ที่มุ่งแสวงหาความรู้จากข้อมูลเชิงประจักษ์ (empirical data) หรือจากพฤติกรรมที่ปรากฏ หรือสิ่งที่มนุษย์รับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 พิสูจน์ด้วยเครื่องมือวัดต่างๆ องค์ความรู้ และทฤษฎีที่มีอยู่ ส่วนแนวคิดปรากฏการณ์นิยม เชื่อว่า สังคมมนุษย์มีความเป็นพลวัต (dynamic) หรือมีความเคลื่อนไหวตลอดเวลา เพราะมนุษย์มีการรับรู้ให้ความหมาย และแสดงพฤติกรรมตามที่เหมาะสมกับบริบท (context) ที่อาศัยอยู่ ณ เวลานั้นๆ การแสวงหาความรู้ภายใต้แนวคิดนี้จึงมุ่งที่การทำความเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ และข้อเท็จจริงทางสังคมโดยผู้รู้ข้อเท็จจริงนั้นๆ ดีที่สุด คือ ผู้ที่เป็นสมาชิกของสังคมนั้นเท่านั้น ดังนั้นการแสวงหาความรู้ภายใต้แนวคิดนี้จึงให้ความสำคัญต่อความคิด ความรู้สึก และอิทธิพลทางสังคม วัฒนธรรม

โดยสรุป แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพทำให้เกิดความเข้าใจใน ความหมาย แนวคิดพื้นฐาน และวิธีการดำเนินการวิจัยอย่างถ่องแท้ ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเพื่อให้ผู้วิจัย สามารถทำการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการ

6.3 ลักษณะสำคัญของการวิจัยคุณภาพ

การวิจัยคุณภาพได้รับการยอมรับว่าเป็นข้อมูลที่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมและวัฒนธรรม อันได้แก่ ความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ประวัติชีวิต ค่านิยม และประสบการณ์ หรือปัญหาในการดำเนินชีวิตบางประการ รวมทั้งอุดมการณ์ต่างๆนั้น ซึ่งยังไม่สามารถนำมาจัดทำในรูปปริมาณได้ เนื่องจากข้อมูลเหล่านี้มีลักษณะพิเศษอย่างน้อย 3 ประการ คือ

6.3.1 มีความเป็นนามธรรมค่อนข้างมาก

6.3.2 มีความสลับซับซ้อนมาก โดยบางส่วนอาจเนื่องจากความสัมพันธ์ทาง

สังคมและวัฒนธรรม หรือบางส่วนก็อาจเป็นเพราะความเป็นนามธรรมของข้อมูล

6.3.3 มีลักษณะของความเป็นพลวัต (dynamic) คือ มีการเคลื่อนไหวหรือมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (สุภางศ์ วิจารณ์พณิชย์, 2547) จึงทำให้การวิจัยเชิงคุณภาพมีลักษณะสำคัญดังนี้ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546)

1) การได้มาซึ่งความรู้ เน้นวิธีการศึกษาแบบอุปนัย หรืออุปมาน (induction) คือ วิธีการแสวงหาความรู้จากข้อเท็จจริงตามที่มีอยู่ เป็นอยู่ ซึ่งมักจะเป็นข้อมูลเชิงรูปธรรมและนามธรรมหลายๆกรณี รวบรวมมาวิเคราะห์ ตีความ แล้วประมวลเป็นข้อสรุป สมมุติฐาน หรือทฤษฎี มากกว่าวิธีการศึกษาแบบนิรนัย (deduction) ซึ่งเริ่มศึกษาด้วยการตั้งสมมุติฐานที่มีอยู่แล้วโดยใช้สมมุติฐานในการแสวงหาความรู้ รวบรวมข้อเท็จจริง เพื่อนำมาพิสูจน์สมมุติฐานนั้นๆว่าถูกต้องหรือไม่

2) มีเป้าหมายเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ทางสังคม ทำความเข้าใจ ความหมายของปรากฏการณ์นั้นๆ โดยให้ความสำคัญกับสังคม วัฒนธรรม ที่จะช่วยให้ผู้วิจัยเห็นภาพปรากฏการณ์ที่ต่อเนื่องอย่างชัดเจน สามารถเชื่อมโยงปรากฏการณ์ต่างๆ เข้าด้วยกันเสนอภาพที่ศึกษาได้อย่างมีความหมาย และยังสามารถที่จะสะท้อนความคิดของบุคคลที่เข้าไปศึกษาได้อย่างถูกต้องตามความเป็นจริง (สุภางค์ วีรภิกษาณิชย์, 2547)

3) มีความเป็นองค์รวม (Holistic) การที่จะเข้าใจความหมายของพฤติกรรม เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษานั้น ต้องมองจากหลายมุมมอง ใช้ทฤษฎีที่หลากหลาย และใช้วิธีการหลายๆ แขนง เป็นลักษณะสหวิทยาการ ต้องศึกษาทุกอย่างให้รอบด้านทุกแง่มุม

4) มีความเป็นธรรมชาติ เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถสะท้อนภาพความเป็นจริงของปรากฏการณ์นั้นได้อย่างแท้จริง การวิจัยคุณภาพจึงไม่มีการควบคุมตัวแปรใดๆทั้งสิ้น ในด้านการกำหนดขอบเขตของขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ไม่ได้มีการกำหนดอย่างชัดเจน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ สิ่งที่ต้องการศึกษาหาคำตอบ คุณภาพของผู้ให้ข้อมูล และรูปแบบวิธีของการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอาจขึ้นอยู่กับความอิมตัวของข้อมูลที่ได้ (Polit and Hungler, 1999) จากการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล จนกระทั่งได้ความอิมตัวนั้นคือ พบว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในระยะต่อมามีความซ้ำซ้อน ไม่มีข้อมูลที่ใหม่แตกต่างจากข้อมูลที่มีอยู่ ได้รับการตรวจสอบอย่างถูกต้อง จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยทั่วไป ซึ่งการอิมตัวของข้อมูลนั้นเป็นการชี้วัดอย่างหนึ่งที่จะช่วยบอกว่า ข้อมูลที่เก็บมานั้นเพียงพอหรือไม่

ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ Streubert and Carpenter (1999) ระบุว่า การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา มีแนวคิดวิธีการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์นั้นๆ เป็นผู้ที่มีข้อมูลมากพอในการให้ข้อมูล ตัวอย่างที่ถูกเลือกต้องมีความหลากหลายเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เพียงพอในการอธิบายหรือเห็นภาพของการศึกษาที่ชัดเจน การศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพไม่ใช้วิธีการทางสถิติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แต่เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นได้อย่างเป็นอิสระ ไม่มีอคติของผู้วิจัย ทั้งนี้อาจมีหลายวิธีในการ

เลือกกลุ่มตัวอย่าง เช่น การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบสะดวก (Convenience sampling) การเลือกแบบสายใยเชื่อมโยง (Snowball sampling) และการเลือกอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎี (Theoretical sampling) (Polit and Hungler, 1999)

6.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นวิธีทางในการเข้าถึงข้อมูล ด้วยวิธีการสนทนาอย่างเป็นเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่ม และเป็นรายบุคคลในลักษณะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เผชิญหน้าซึ่งกันและกันโดยตรงแบบการแลกเปลี่ยนที่เป็นธรรมชาติ และมีจุดสนใจอยู่ที่การรับรู้ของตนเองเกี่ยวกับความคิดเห็น ความเชื่อ ชีวิต และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อต้องการเข้าใจความคิด ความหมาย นิยาม และการตีความสถานการณ์ของบุคคลแต่ละคนที่แสดงออกด้วยคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเอง เพื่อนำไปสู่การเข้าใจพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลว่าเพราะเหตุใดจึงมีพฤติกรรมในวิถีทางที่ประพฤติ (Minichiello, et al., 1991 อ้างถึงใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) โดยในการสนทนา ผู้วิจัยจะปล่อยให้การสนทนาไหลลื่นไปอย่างเป็นธรรมชาติปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลโดยคำนึงถึงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะ (unique) บุคคลและระดับปฏิสัมพันธ์ในแต่ละครั้งของการสนทนา ด้วยการทำตัวเป็นผู้ให้ข้อมูลพร้อมๆ กับการเป็นผู้สัมภาษณ์ในขณะเดียวกัน ทั้งนี้เพราะการมีความรู้เกี่ยวกับคนใดคนหนึ่งนั้น จำเป็นต้องเข้าไปอยู่ภายใต้คนๆ นั้น หรือ เป็นคนๆ นั้น เพื่อให้สามารถสัมผัสรับรู้กับทุกสิ่งทุกอย่างที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึก ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่มีไม่เพียงแต่ความรู้เกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลในเชิงปัญญาเท่านั้น แต่ยังเป็นความสัมพันธ์ที่แน่นมนุชย์ต่อมนุชย์ เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถตีความอย่างมีน้ำหนัก ตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูลเอง (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541)

6.5 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยเชิงคุณภาพนิยมเลือกใช้กันมากที่สุดวิธีการหนึ่ง เพราะเป็นวิถีทางที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยตรง ซึ่งการสัมภาษณ์มีผู้ที่คิดและพัฒนาขึ้นมาหลายประเภท ซึ่งอาจใช้สัมภาษณ์เป็นรายบุคคลหรือสัมภาษณ์เป็นกลุ่มและใช้เวลามากหรือน้อยแตกต่างกันไป โดยส่วนใหญแบ่งการสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ประเภท (สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2539) ดังนี้

6.5.1 การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างหรือการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ (Structured interview or formal interview) การสัมภาษณ์แบบนี้มีลักษณะคล้ายกับการใช้

แบบสอบถาม เพราะคำถามต่าง ๆ ได้ถูกกำหนดเป็นแบบสัมภาษณ์ขึ้นใช้ประกอบการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้า ลักษณะของการสัมภาษณ์จึงเป็นการสัมภาษณ์ที่มีคำถามและข้อกำหนดแน่นอนตายตัว สัมภาษณ์ผู้ใดก็ใช้คำถามแบบเดียวกัน

6.5.2 การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal interview) การสัมภาษณ์แบบนี้เป็นวิธีการที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ที่ไม่มีการกำหนดหัวข้อสนทนาแต่ก็ได้ปล่อยให้เป็นการสนทนาอย่างไร้ทิศทาง โดยส่วนมากอาจจะเตรียมแนวคำถามกว้าง ๆ มาล่วงหน้า โดยใช้คำถามปลายเปิด ไม่มีการกำหนดจำนวนคำถามหรือลำดับคำถามตายตัวเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้ง ที่นำไปสู่ประเด็นที่เป็นความสนใจของผู้สัมภาษณ์ (Patton, 2002) โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ การสัมภาษณ์ตามธรรมชาติ (Natural Conversation) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) (ศิริพร จิรวัดมนกุล, 2546)

6.6 การเตรียมก่อนการสัมภาษณ์

การเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์เป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง เพราะช่วยทำให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยไปตามวัตถุประสงค์ อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดความเสี่ยงขณะสัมภาษณ์ (นิศา ชูโต, 2540) โดยสิ่งที่ควรมีการเตรียมก่อนการสัมภาษณ์ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2540) ได้แก่

6.6.1 การเตรียมตัวผู้สัมภาษณ์ เพื่อให้มีความพร้อมในการดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้สัมภาษณ์ต้องมีการเตรียมตนเอง ดังนี้

1) ด้านเนื้อหาวิชาการ ผู้สัมภาษณ์ควรทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ศึกษาก่อนการดำเนินการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างความไวเชิงทฤษฎีให้กับตนเอง อีกทั้งเป็นวิธีทางสำหรับการตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหาที่จะนำมาทำวิจัยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และกระตุ้นให้เกิดคำถามใหม่ที่ยังไม่ปรากฏในวรรณกรรมมาก่อน

2) ด้านระเบียบวิธีการวิจัย ผู้สัมภาษณ์แบบเจาะลึกต้องศึกษาวิเคราะห์ทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้และทดลองฝึกปฏิบัติเทคนิคการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนลงมือทำการวิจัย

3) ด้านการปรับตัวและพัฒนาคุณสมบัติเฉพาะตัวของผู้สัมภาษณ์ ด้วยการสร้างความสัมพันธ์ ความไวเนื้อเชื้อใจจากผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งควรศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล เพื่อนำมาประกอบการปรับปฏิสัมพันธ์และการสนทนาให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริษัท ของผู้ให้ข้อมูล

6.6.2 การเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ (Patton, 2002) ก่อนลงมือสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ต้องสร้างแนวทางการสัมภาษณ์ให้ชัดเจนว่าจะต้องการถามในประเด็นและเรื่องราวอะไรบ้าง เพื่อใช้เป็นแนวคำถามในการสนทนา ซึ่งช่วยให้ผู้สัมภาษณ์เกิดความเข้าใจ

และกระจ่างในประเด็นที่สนใจ ดังนั้นในการสร้างคำถาม ผู้สัมภาษณ์ต้องใช้คำถามที่กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรมชาติและผู้สัมภาษณ์ต้องไม่มีอคติ หรือกำหนดคำตอบไว้ล่วงหน้า ผู้วิจัยต้องลงนำคำถามที่จะนำไปสัมภาษณ์ นำไปทดสอบก่อนการเก็บข้อมูลจริงว่าคำถามคำถามแบบนี้ แล้วจะได้ผลหรือไม่อย่างไร (นิตา ชูโต, 2540) เพื่อดูความเป็นไปได้ของภาษาและวิธีถาม และประโยชน์ของการมีแนวทางการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้สัมภาษณ์สามารถกำหนดเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้ อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีความครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการศึกษา

6.6.3 การดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

1) การดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (ศิริพร จิรวัดมนกุล, 2546) เริ่มโดยผู้วิจัยต้องแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ สร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง ขณะทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องทำตามสบาย และเป็นธรรมชาติเพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่รู้สึกเกร็ง หรือหวาดระแวง และที่สำคัญการสัมภาษณ์ครั้งแรกๆ นักวิจัยต้องให้ความสำคัญต่อข้อมูลด้านความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ถูกสัมภาษณ์

2) ผู้สัมภาษณ์จำเป็นต้องคำนึงถึงจริยธรรมในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกขั้นตอน ชี้แจงรายละเอียดให้ผู้ให้ข้อมูล บอกให้ทราบถึงหัวข้อที่จะสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ ขั้นตอนต่างๆของการวิจัย สามารถตัดสินใจยินยอมให้ข้อมูลและสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยหรือความร่วมมือในขั้นตอนใดๆ ของการวิจัยได้เมื่อต้องการ หรือขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล อีกทั้งการปฏิเสธการให้ข้อมูล จะไม่มีผลต่อการรับบริการสุขภาพจากหน่วยงานที่มาใช้บริการ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

3) ผู้สัมภาษณ์ใช้คำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้า เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ และเป็นนักฟังที่ตั้งใจและติดตาม สามารถป้อนคำถามที่เหมาะสมกับจังหวะของผู้ตอบ ใช้ภาษาที่สุภาพเข้าใจง่าย และก่อนที่จะสัมภาษณ์ควรหาทางติดต่อกับผู้ให้สัมภาษณ์ก่อน เพื่อเป็นการแนะนำตัวผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ให้สัมภาษณ์รู้สึกเป็นกันเอง

6.6.4 ชั้นบันทึกข้อมูลและสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จดบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริงและจดเฉพาะใจความสำคัญ หลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นในทันที แต่ถ้าพิจารณาเห็นว่าผู้ให้สัมภาษณ์มีปฏิริยาที่จะเป็นผลเสียต่อการสัมภาษณ์ ต้องงดการจดบันทึกและใช้ความจำแทน (สุภางค์ จันทวานิช, 2539) การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง นอกจากการแสดงความขอบคุณแล้ว ผู้สัมภาษณ์จะต้องทักท้วงไว้สำหรับการพบปะครั้งต่อไปด้วย (ศิริพร จิรวัดมนกุล, 2546)

6.7 การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ต้องใช้กระบวนการจัดระบบความคิด (Conceptualization) การตีความ (Interpretation) และจินตนาการ (Imagination) และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล ซึ่งไม่สามารถแยกส่วนออกมาจากกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เริ่มต้นศึกษา ผู้วิจัยต้องทำการบันทึกข้อมูลที่ได้ไว้อย่างเป็นระบบ ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงเป็นการดำเนินการที่ต่อเนื่องและเกี่ยวพันกันเสมอ เมื่อได้ข้อมูลมา ผู้วิจัยจะทำการจำแนกและจัดหมวดหมู่ให้เป็นระบบ เพื่อให้เข้าใจในปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาแนวคิดของการจำแนกข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงเป็นการนำข้อมูลที่มีความซับซ้อนมาจัดกระทำให้เป็นระบบ โดยจำแนกข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายกันมารวมกันไว้เป็นหมวดหมู่ ให้สามารถเข้าใจได้ง่ายและมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล โดยทั่วไปการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพเรียกว่า การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) (ศิริพร จิรวัดมนกุล, 2546)

6.7.1 ขั้นตอนในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Burnard, 1991)

ขั้นที่ 1 หลังทำการสัมภาษณ์แต่ละครั้งควรจดบันทึกหัวข้อที่สัมภาษณ์ไว้เป็นหมวดหมู่ เพื่อเตือนความจำเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้มาและเริ่มต้นขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึก มาวิเคราะห์เป็นหัวข้อทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาของผู้ถูกสัมภาษณ์

ขั้นที่ 3 อ่านข้อมูลที่ได้มาซ้ำอีก เพื่อให้ได้เฉพาะหัวข้อที่จำเป็นซึ่งเกี่ยวข้องกับการศึกษาเท่านั้น หัวข้อหรือหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้นี้จะนำไปสู่การสัมภาษณ์ที่เจาะลึกยิ่งขึ้น ขั้นนี้จะเป็นเหมือนการเปิดประเด็นหัวข้อที่ศึกษา (Open coding)

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยลำดับความสำคัญของหัวข้อ เพื่อลดหัวข้อที่ซ้ำซ้อนกันออกไป

ขั้นที่ 5 หาหมวดหมู่หรือหัวข้อย่อยใหม่เพิ่มขึ้น และถ้าซ้ำซ้อนหรือเหมือนกับหัวข้อเดิมให้เอาออกไป

ขั้นที่ 6 ให้เพื่อนร่วมงาน 2 คน จัดหมวดหมู่ของข้อมูลอย่างเป็นอิสระและไม่ดูตามแบบของผู้วิจัย นำหัวข้อที่ได้มาพิจารณาให้มีความเหมาะสม การกระทำในขั้นนี้จะเป็นการเพิ่มความตรงของวิธีการรวบรวมข้อมูลและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล รวมทั้งป้องกันอคติจากผู้วิจัย

ขั้นที่ 7 อ่านข้อความที่นำมาวิเคราะห์ แบ่งเป็นหมวดหมู่ตามหัวข้อ และหัวข้อย่อยอีกครั้ง เพื่อพิจารณาตัดสินว่าจะดึงคำหรือข้อความใดออกมาตามที่จำเป็น

ขั้นที่ 8 นำข้อความที่จัดแยกเป็นหมวดหมู่หรือหัวข้อมาลงรหัส เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ และแปลรหัสข้อมูลตามที่ผู้วิจัยได้กำหนด

ขั้นที่ 9 ในการลงรหัสข้อความต้องคำนึงถึงบริบทของข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ ด้วย ข้อมูลที่ได้มาจะต้องพูดถึงบริบทของการสัมภาษณ์ เพื่อให้วิเคราะห์เป็นไปอย่างลึกซึ้ง

ขั้นที่ 10 รวบรวมบทสนทนาที่คิดว่าให้รายละเอียดของการศึกษาได้ดีที่สุด โดยการตัดบทสนทนาที่เป็นประเด็นย่อยรวมไว้ด้วยกันเป็นประเด็นหลัก โดยใช้เทคนิคการตัดปะ

ขั้นที่ 11 คัดเลือกผู้ถูกสัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ว่าตรงกับสิ่งที่ผู้ถูกสัมภาษณ์บอกหรือไม่ เป็นการทดสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ขั้นที่ 12 ทุกข้อความที่ได้จากการวิเคราะห์ต้องมีการอ้างอิงตอนท้ายบทสนทนาที่คัดเลือก เพราะหากมีสิ่งที่ไม่ชัดเจนได้ย้อนกลับไปตรวจสอบได้ง่าย

ขั้นที่ 13 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเช่นนี้ทุกครั้ง จนกระทั่งเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 14 ผู้วิจัยเขียนอธิบายเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่ได้กับวรรณกรรม

6.7.2 ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ความเชื่อถือได้ (Reliability) เพื่อให้ข้อมูลมีความตรงและเชื่อถือได้ (Streubert and Carpenter, 1999) วาทีนี บุญชะลิกษ์ (2544) ได้ให้ความหมายของความเชื่อถือ (Reliability) และ ความถูกต้อง (Validity) ไว้ดังนี้

ความเชื่อถือ (Reliability) หมายถึง ความแน่นอน มั่นคง แม่นตรง หรือคงที่ในการศึกษาวิจัยคุณภาพ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาควรจะไม่เปลี่ยนแปลง แม้ว่าจะมีการทดสอบซ้ำแล้วซ้ำอีก ไม่ว่าจะเป็ผลลัพธ์ที่ได้มาจากวิธีการสังเกตและการสัมภาษณ์หรือการจดบันทึกก็ตาม

ความถูกต้อง (Validity) หมายถึง ข้อสรุปที่ได้จากการเก็บข้อมูลภาคสนาม ด้วยวิธีการสังเกต การจดบันทึก หรือการสัมภาษณ์ ควรจะมีความถูกต้องแม่นยำหรือความเที่ยงตรงที่สุด ไม่บิดเบือนไปจากธรรมชาติ เพื่อให้ผลลัพธ์ของการวิจัยนั้นเป็นที่น่าเชื่อถือได้ ข้อมูลที่เป็นข้อสรุปที่มีความถูกต้องนี้ จะเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญที่สุด ถึงคุณภาพและความสามารถของผู้วิจัย โดยพยายามขจัดสิ่งที่มีผลทำให้ข้อมูลบิดเบือน และต้อง

ทำให้นักวิจัยที่ตนเองศึกษานั้น มีความถูกต้องทุกกระบวนการ คือ ความถูกต้องในกระบวนการศึกษาวิจัยเอง (internal validity) หมายถึง ความถูกต้องของข้อสรุปที่ได้จากการวิจัย และ ความถูกต้องภายนอกกระบวนการศึกษาวิจัย (external validity) คือ ความถูกต้องของการนำข้อสรุปที่ได้จากการวิจัยนั้นไปใช้ หรือไปอธิบายกับประชากรที่อยู่นอกเหนือจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา Lincoln and Cuba (1985) ได้ระบุถึงวิธีในการแสดงความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

1. ความน่าเชื่อถือได้ (Credibility) เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลหมายถึง ความถูกต้อง และเชื่อถือได้ของข้อมูล การตีความของผู้วิจัยเกี่ยวกับความจริงที่ได้จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ตั้งแต่การออกแบบการวิจัย โดยการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอนและกระบวนการ มีการเลือกผู้ให้ข้อมูล และบริบทต่างๆประกอบด้วย

1) การให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบทุก ขั้นตอนงานวิจัย (Member checking) คือ การให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลที่ค้นพบ เมื่อได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลหรือสรุปผลมาแล้ววิธีใดวิธีหนึ่ง

2) การสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล เป็นระยะยาวเวลานาน (Prolong engagement) การสร้างความคุ้นเคย เป็นการศึกษาวัฒนธรรม ภาษา สร้างความเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพ และค้นหาข้อมูลที่ขาดหาย หรือบิดเบือนจากผู้วิจัย หรือผู้ให้ข้อมูล

3) การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) อาจเป็นการยืนยันด้วยข้อมูลจากหลายแห่ง (Data Triangulation) สามารถตรวจสอบได้ทั้งเวลา สถานที่ และบุคคล หรือการใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี (Method Triangulation) หรือการใช้วิธีตั้งสมมุติฐานชั่วคราวแล้ว อธิบายด้วยแนวคิด (Theory Triangulation) หรือการตรวจสอบแบบผสมผสาน (Multiple Triangulation)

4) การได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) คือการเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทำการวิเคราะห์คู่กันไปกับผู้วิจัย เพื่อค้นหาข้อมูลในลักษณะต่างๆ โดยผู้เชี่ยวชาญควรจะเป็นผู้ที่รู้วัตถุประสงค์การวิจัย และระเบียบวิธีการวิจัย

2. การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) หมายถึง ความสามารถอ้างผลการวิจัย (Generalize) ไปยังบริบทอื่น อย่างไรก็ตามการอ้างอิงของการวิจัยเชิงคุณภาพมีข้อจำกัด เนื่องจากจำนวนตัวอย่างน้อย มีข้อมูลที่เป็นตัวอักษรที่ใช้ในการวิเคราะห์มาก และใช้เวลาปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะเวลานาน (Sandelowski, 1986) ผู้วิจัยจึงมีหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลเชิงบรรยายโดยละเอียด ครบถ้วน และครอบคลุม ผู้อ่านการวิจัยจะสามารถประเมินและนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นได้

3. การพึ่งพากับเกณฑ์ (Dependability) การใช้วิธีอื่นๆ ร่วมกันหลายวิธี เพื่อ ตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มีความรู้ความคงที่ถูกต้องไม่ผิดพลาดในช่วงเวลานั้น และในสถานการณ์นั้นหรือไม่

4. การยืนยันผลการวิจัย (Conformability) ความสามารถในการยืนยันผลการวิจัยที่เกิดจากข้อมูลและการตรวจซ้ำด้วยความเป็นกลาง โดยมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป และการจดบันทึก

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Edwards (2000) ทำการศึกษาผู้ใช้บริการที่มาใช้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช และบทบาทพยาบาลสุขภาพจิต ในการให้บริการที่ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการโดยการศึกษาด้านคุณภาพและเชิงปริมาณ พบว่าผู้รับบริการต้องการได้รับความรู้ และต้องการการดูแลที่มีคุณภาพของทีมสุขภาพ รวมถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการและต้องการพยาบาล ที่มีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

Meadows et al. (2000) ทำการศึกษาการรับรู้ความต้องการ บริการสุขภาพจิตและจิตเวช โดยการสำรวจความคิดเห็นจากผู้รับบริการ โดยวิเคราะห์จากเครื่องมือที่มีเนื้อหาและรายละเอียด ของความต้องการที่เป็นความคิดเห็นของผู้รับบริการและผู้ให้บริการเป็นหมวดหมู่ ดังนี้ 1) ความต้องการความรู้เกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และการเข้าถึงบริการได้ง่าย 2) การได้รับการดูแลรักษาทางด้านจิตใจ 3) การได้รับยา 4) การได้รับการดูแลเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและอารมณ์ 5) การได้รับการให้คำปรึกษา 6) การได้รับการช่วยเหลือจากสังคม การใช้จ่ายทางสุขภาพ และการเยี่ยมบ้าน 7) การช่วยเหลือทางด้านการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำงาน 8) ช่วยให้ผู้สามารถดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้านและในสังคม ซึ่งแบ่งการรับรู้ความต้องการแต่ละหมวดหมู่เป็น 1) การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพจิต แต่ไม่ต้องการการบริการหรือการช่วยเหลือ (No need) 2) การที่ผู้ป่วยรับรู้ความต้องการว่าตนต้องการได้รับการช่วยเหลือ แต่ไม่ได้รับการตอบสนองของความต้องการแต่อย่างใด (Unmet need) 3) การที่ผู้ป่วยรับรู้ความต้องการว่าตนได้รับการช่วยเหลือ แต่ไม่ได้รับการตอบสนองของความต้องการเพียงบางส่วน แต่ไม่ทั้งหมด (Partially met need) 4) การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีความต้องการได้รับการช่วยเหลือและได้รับการตอบสนองของความต้องการนั้นทั้งหมด (Met need)

Hansson et al. (2001) ทำการศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความคิดเห็นไม่ตรงกันอย่างมากเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือ และการระบุถึงปัญหาความต้องการ พบว่ามีเพียง 5 ใน 22 คนที่มีความคิดเห็นตรงกัน ส่วนความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันส่วนมากเป็นเรื่องการบริการทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม การให้ความรู้ และการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในเรื่องของสร้างสัมพันธภาพที่ดีของผู้ให้บริการมีความสำคัญมาก ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

McConnell et al. (2002) ทำการศึกษาศักยภาพ การการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช และความต้องการการดูแลรักษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 307 คนพบว่าจากการสำรวจพบผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 7.5 และเพิ่มขึ้นเป็นคิดเป็นร้อยละ 12.2 ในเวลา 1 ปี ซึ่งมีปริมาณผู้ป่วยกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 2.4 และเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 6.0 ตามลำดับ และนอกจากนี้พบผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลคิดเป็นร้อยละ 3.5 และเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 3.7 ซึ่งพบว่าบางส่วนรับรู้ว่าตนมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือ (Met) และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการแต่อย่างใด (Unmet need)

Boardman (2004) ทำการศึกษาค้นหาความต้องการการรักษาทางด้านสุขภาพจิตผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนจำนวน 336 คน พบว่ามีความต้องการบริการและการรักษาทางด้านสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 27.3 และมากกว่าคิดเป็นร้อยละ 59.6 มีความต้องการการให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต และไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการแต่อย่างใด (Unmet need) และได้รับการตอบสนองความต้องการเพียงบางส่วนแต่ไม่ทั้งหมด (Partially met need) คิดเป็นร้อยละ 6.2 และความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในผู้ป่วยกลุ่มอาการวิตกกังวล และกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 9.5

สภาการพยาบาล (2542) ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้รับบริการเกี่ยวกับความต้องการต่อระบบบริการสุขภาพและระบบบริการในระดับปฐมภูมิ ควรมีลักษณะบริการดังนี้ คือ ต้องการบริการที่สะดวก รวดเร็วอยู่ใกล้บ้าน เป็นบริการสุขภาพที่บ้านซึ่งจะสามารถให้การดูแลทั้งครอบครัว และชุมชน ครอบคลุมทั้งกลุ่มประชาชนที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วยเล็กน้อย และเจ็บป่วยเรื้อรัง การได้รับคำปรึกษาด้านสุขภาพ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การป้องกันโรค การบริการตรวจและรักษาเบื้องต้น และการบริการเยี่ยมบ้าน

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลและพื้นที่ที่ศึกษา และการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ โดยพิจารณาถึงความสามารถในการถ่ายทอดประสบการณ์ รวมทั้งเวลาที่มีให้ในการสัมภาษณ์ เพื่อสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจนข้อมูลอิ่มตัว (Data saturation) คือข้อมูลที่เริ่มได้ประเด็นซ้ำๆ เมื่อนำมาพิจารณาแล้วไม่สามารถค้นหาข้อสรุปเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 ราย ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
3. เป็นผู้ที่มาใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่ที่ศึกษา
4. สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้ดี มีสติสัมปชัญญะดี
5. สม่ครใจและยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการตอบการสัมภาษณ์ โดยมีการเซ็นใบยินยอม

การเลือกพื้นที่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกผู้ให้ข้อมูลที่มาใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) จากแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการสอบถามความสนใจและขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูลเมื่อผู้ให้ข้อมูลสนใจเข้าร่วมในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะขอพบ ทำการแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตามข้อความในคำชี้แจงและการคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ภาคผนวก ก) และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัยและทำการนัด วัน เวลา สถานที่ในการเก็บข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลมีความ

สะดวกในการสัมภาษณ์และการสัมภาษณ์เป็นไปอย่างราบรื่น หลังจากนั้นจึงเริ่มการสนทนา เพื่อเก็บข้อมูลเรื่องความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือและกุญแจสำคัญที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ โดยทำการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีอุปกรณ์อื่นที่ต้องใช้ ดังนี้

2.1 อุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลในขณะสัมภาษณ์

2.1.1 เครื่องบันทึกเสียง (Audio-tape record) ที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครบถ้วน

2.1.2 การจดบันทึกขณะและหลังการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยเอง (Field Note) ผู้วิจัยจดข้อมูลสำคัญๆในส่วนสั้นๆ เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้วิจัยสังเกตเห็น การแสดงสีหน้า ท่าทาง ประเด็นที่น่าสนใจ หรือบันทึกย่อในขณะที่ฟัง เพื่อป้องกันการลืม แล้วนำข้อมูลที่ได้อ่านบันทึกรายละเอียดเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์

2.1.3 แนวข้อคำถามในการสัมภาษณ์แบ่งเป็นสองส่วนคือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ให้ข้อมูล (ภาคผนวก ก)
2. แนวทางการสัมภาษณ์ (ภาคผนวก ก) สร้างจากแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ข้อมูลสามารถตอบคำถามได้ตรงความต้องการและความรู้สึกที่แท้จริง ซึ่งมีขั้นตอนในการสร้างแนวคำถามดังนี้

ก) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดด้านความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทำการรวบรวมเป็นหัวข้อกว้างๆ คัดเลือกประเด็นคำถามเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจจะศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวคำถามสัมภาษณ์ ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 1 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิจัย

คุณภาพจำนวน 2 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือ ที่ได้รับการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ไปปรับปรุงเป็นข้อคำถามที่ครบถ้วน

ข) นำแนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่ปรับปรุง ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ใช้บริการที่มีคุณสมบัติเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์นำเทปการบันทึกการสัมภาษณ์มาถอดข้อความการสนทนา ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาในการสัมภาษณ์ ตรวจสอบแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง จากนั้นทำการปรับแก้แนวทางการสัมภาษณ์

ค) ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตลอดจนการดำเนินการวิจัย ได้แก่ เทคนิคการสัมภาษณ์ การจัดกลุ่มประเด็นข้อมูล และการให้ความคุ้มครองสิทธิการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

3.1 ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมตนเองดังนี้

3.1.1 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนนิสิตปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเรียนรู้ทำความเข้าใจถึงหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงคุณภาพ ปรัชญา เป้าหมาย จรรยาบรรณของนักวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยศึกษาด้วยตนเองจากการอ่านเอกสาร ตำรา งานวิจัย ที่เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุมปรากฏการณ์ที่ศึกษา

3.1.2 การเตรียมความรู้ด้านความไวเชิงทฤษฎี ผู้วิจัยศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งได้แก่ แนวคิดเบื้องต้น (Preconceived notion) เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามที่สามารถหาคำตอบในระดับลึก

และให้มีความพร้อมในการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึกนึกคิดที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ ก่อนการรับฟังการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อระมัดระวังในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1.3 การเตรียมตัวด้านทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเทคนิคการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) ทักษะการฟัง การสร้างสัมพันธภาพในการสัมภาษณ์ การใช้เทคนิคและศิลปะในการสัมภาษณ์ ทักษะการบันทึกข้อมูลในสนาม ปฏิบัติการของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.1.4 ผู้วิจัยมีความตระหนักรู้ (Awareness) ว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เข้าสู่สนามเพื่อรับรู้ข้อมูลที่เป็นความจริงจากผู้ให้ข้อมูล โดยคำนึงถึงการปกป้องและการลดอคติจากการสัมภาษณ์ หรือมีแนวคิดล่วงหน้า โดยไม่ทำตัวเป็นผู้รู้แล้วเข้าใจแล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงตามประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการคำนึงและตระหนักถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล และจริยธรรมในการวิจัย ตลอดจนการดำเนินการวิจัย

3.1.5 ผู้ให้ข้อมูลถือเป็นผู้ร่วมวิจัย เนื่องจากต้องศึกษาประสบการณ์ความต้องการของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญและพยายามให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการศึกษา โดยเคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ ให้เกียรติและยอมรับข้อมูลทุกอย่างที่ได้มา และใช้ทักษะต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลอธิบายประสบการณ์อย่างเต็มที่ (Knaack, 1984)

3.1.6 ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตลอดจนการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การให้ความสำคัญคุ้มครองสิทธิผู้ให้ข้อมูล การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์ การจัดกลุ่มประเด็นและการเขียนอธิบายประเด็นอย่างละเอียด

3.2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการเก็บข้อมูลในสถานที่ที่ผู้วิจัย สามารถเข้าถึงข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีร่วมการวิจัยโดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตแนะนำตัวและขออนุญาต ในการเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยเสนอ หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย

3.2.2 ผู้วิจัยติดต่อประสานงาน กับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี แนะนำตนเองกับพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี รวมทั้งสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยกระบวนการวิจัย

3.2.3 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล โดยใช้วิธีการ

ของความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเมื่อมีผู้ใช้บริการมาเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยมีเข้าถึงตัวผู้ใช้บริการก่อนได้รับอนุญาต ดังนั้นผู้วิจัยขอให้พยาบาลประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ สอบถามความสมัครใจของผู้ใช้บริการ เกี่ยวกับความยินดีให้ผู้วิจัยเข้าพบ พร้อมทั้งพยาบาลประจำหน่วยบริการปฐมภูมิแจ้งให้ผู้ใช้บริการทราบว่าสิทธิพิเศษการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีเหตุผลใดๆ ต่อการรักษา และการปกป้องรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล

3.2.4 เมื่อได้ผู้ให้ข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอพบและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างละเอียด รวมทั้งการรักษาความลับและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล สอบถามความสมัครใจอีกครั้ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลจึงเซ็นยินยอมในใบยินยอม (ภาคผนวก ก) และเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกวัน เวลา สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 ราย ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ในวันแรกๆ ที่ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ให้ข้อมูล

3.2.5 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการ คือ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) โดยเริ่มการสร้างสัมพันธภาพคุยในเรื่องเบาๆ ก่อน และทำการประเมินสภาพจิตใจไปพร้อมกันเพื่อประเมินสติสัมปชัญญะ หลังจากประเมินได้ว่าผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจและพร้อมที่จะให้ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปอีกครั้ง และเริ่มสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามแนวคำถามที่เกี่ยวกับความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช อันประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มสนทนา ขั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา และขั้นปิดการสนทนา โดยใช้เวลาการสัมภาษณ์ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ซึ่งขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

1) ทำการเก็บข้อมูลในส่วนที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นจึงเริ่มทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามแนวทางการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้ทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล เป็นนักฟังที่ดีไวต่อความรู้สึก ระวังน้ำเสียงและการพูดที่ไม่สุภาพ หลีกเลี่ยงการพูดตำหนิ กระตุ้นให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น และระวังการแสดงความคิดเห็นที่จะชี้ช่องคำตอบให้ผู้ให้ข้อมูล โดยไม่ใช้คำถามนำ เมื่อได้รับคำตอบแล้วที่คลุมเครือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะใช้การถามซ้ำในประเด็นนั้นๆ เพื่อกระจ่างของข้อมูลมากที่สุด

2) คำถามในการสัมภาษณ์เพื่อความชัดเจนของข้อมูล ปรับตามบริบท และสิ่งที่สังเกตจากลักษณะสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ และการแสดงออกท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ขณะที่ให้สัมภาษณ์ การจดบันทึกภาคสนาม (field notes) จะกระทำให้น้อยที่สุด โดยบันทึก

เกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก ปัญหาการแก้ไข และผลการแก้ไขที่เกิดขึ้นกับผู้วิจัยขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และกระทำเมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาตให้บันทึก เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

3) ก่อนการจบการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกล่าวสรุปสิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์คร่าวๆ เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ กล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้วิจัย และอธิบายถึงการบันทึกเทปในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะทำการลบข้อมูลในส่วนที่เป็นเทปเมื่อการศึกษาวิจัยสิ้นสุดลง และผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป โดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์รายละเอียด 1-2 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

4) ภายหลังจากการสัมภาษณ์ยุติ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามในเรื่องที่ผู้ให้ข้อมูลสนใจ ปัญหาที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือ หรือกล่าวในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลอยากกล่าวกับผู้วิจัย เพื่อแสดงความเป็นมิตรว่าผู้วิจัยมิได้เอาประโยชน์จากผู้ให้ข้อมูลฝ่ายเดียว แต่เป็นลักษณะที่ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

5) ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยถอดข้อความ (transcribe) จากเทปบันทึกเสียงเป็นคำต่อคำ (Verbatim) ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcribe) ด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนครบถ้วนของข้อมูล โดยเปรียบเทียบจากการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ สรุปประเด็นปัญหาที่ข้อมูลไม่ชัดเจนหรือไม่ครอบคลุม หรือประเด็นที่ต้องการค้นหาเพิ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการปรับข้อความให้เหมาะสม แล้วกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อเก็บข้อมูลให้ชัดเจน ทำการวิเคราะห์ และสรุปประเด็นผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ปรับข้อความสำหรับผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลได้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่อยู่ในสนามการวิจัย โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัยจนข้อมูลอิ่มตัว คือมีแบบแผนข้อมูลซ้ำกัน ไม่มีประเด็นใหม่ๆ เกิดขึ้น ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษา และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่ทำให้เกิดการอิ่มตัวของข้อมูล 15 ราย รวมระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 9 มีนาคม 2548 ถึง 25 มีนาคม 2548 เป็นจำนวน 17 วัน

4. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

4.1 ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อการปกป้องและพิทักษ์สิทธิ ของผู้ให้ข้อมูลตลอดการสัมภาษณ์โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ

4.2 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด แก่ให้ผู้ให้ข้อมูล เพื่อบอกให้ทราบถึงหัวข้อที่จะสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ แต่ละครั้ง การขอให้ตรวจสอบความถูกต้องเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ การไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่สามารถเกี่ยวโยงถึงผู้เข้าร่วมวิจัย การนำข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอภิปราย เผยแพร่ใน ลักษณะข้อมูลโดยรวม และการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น

4.3 ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบทุกครั้งก่อนการสัมภาษณ์ ว่าขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจ และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยหรือความ ร่วมมือในขั้นตอนใดๆ ของการวิจัยได้เมื่อต้องการหรือขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอก เหตุผล อีกทั้งการปฏิเสธการให้ข้อมูล จะไม่มีผลต่อการรับบริการสุขภาพจากหน่วยงานที่มา รับ บริการต้องบอกเหตุผล อีกทั้งการปฏิเสธการให้ข้อมูล จะไม่มีผลต่อการรับบริการสุขภาพจาก หน่วยงานที่มาใช้บริการ

4.4 ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาที่ให้ ข้อมูล และให้เวลาคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ

4.5 ผู้วิจัยรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ด้วยการหลีกเลี่ยงการใช้นามจริงและชื่อ สถานที่จริงโดยใช้รหัสในการจัดเก็บข้อมูล มีการขอให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นใบยินยอมในการยินดีเป็น ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีการเก็บใบยินยอมรวมทั้งข้อมูลต่างๆ ไว้ในที่ที่ผู้วิจัยสามารถ เข้าถึงได้คนเดียว และทำลายเทปบันทึกเสียงทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

5. บริบทของพื้นที่ที่ศึกษา

ลักษณะพื้นที่ของจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นจังหวัดเก่าแก่จังหวัดหนึ่งที่ตั้งอยู่ในภาคกลาง อยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือของกรุงเทพฯ เป็นแหล่งทางประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมที่สำคัญ มี พื้นที่ราบลุ่มตามแนวลำน้ำท่าจีน ส่วนใหญ่มีพื้นที่เป็นไร่นาและสวน ประชากรส่วนใหญ่นับถือ ศาสนาพุทธ และประกอบอาชีพเกษตรกรรม ที่อยู่อาศัยเป็นลักษณะบ้านสวน บางพื้นที่เป็นแหล่ง ชุมชนที่มีผู้อยู่อาศัยจำนวนมาก เป็นจังหวัดที่มีตั้งของศูนย์ราชการ มีสถานศึกษาในระดับ มหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐและเอกชน และมีตลาดกลางเพื่อขายส่งสินค้าทางการเกษตรกรรม นอกจากนี้ยังมีสถานบริการทางสุขภาพกระจายอยู่ทั่วจังหวัด พื้นที่ที่ศึกษาครั้งนี้เป็นหน่วยบริการ ปฐมภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุพรรณบุรีที่ตั้งอยู่ในชุมชน มีป้ายบอกชื่ออยู่ด้านหน้ารั้ว มีถนนที่ลาด ปูจนถึงตัวสถานบริการ มีลานด้านหน้าสำหรับจอดรถ ด้านข้างจะเป็นหน่วยงานราชการแห่งหนึ่ง ทิศใต้จะเป็นบ้านเรือนประชาชนและทุ่งนา เมื่อเดินเข้าไปด้านหลังจะเป็นเขตที่พักของเจ้าหน้าที่ เป็นแบบเรือนไม้ อาคารให้บริการเป็นอาคารสองชั้น ชั้นล่างบริเวณมีลักษณะเป็นใต้ถุนโล่งตรง กลางจะมีโต๊ะและเก้าอี้สำหรับไว้ประชุม ด้านข้างเป็นห้องเก็บของและห้องน้ำ ชั้นบนได้ไปชั้นสอง

ด้านหน้าเป็นห้องทำงานของเจ้าหน้าที่ ด้านขวาเป็นห้องปฐมพยาบาล ด้านซ้ายเป็นห้อง
ทันตกรรม และผู้ที่มาใช้บริการส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป

6. ปัญหาอุปสรรค

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะต้องเก็บข้อมูลกับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ใน
หน่วยบริการปฐมภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งมีพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ค่อนข้างมาก เมื่อผู้ให้
ข้อมูลนัดให้ผู้วิจัยไปที่บ้าน ผู้วิจัยต้องขับรถมอเตอร์ไซด์เข้าไปตามหมู่บ้านคนเดียว ซึ่งบางครั้งก็
ค่อนข้างเปลี่ยวและไกล และทุกครั้งที่เข้าหมู่บ้านก็ต้องเจอกับสุนัขที่ค่อนข้างมากตามหมู่บ้าน ที่วิ่ง
ไล่กัดผู้วิจัย นอกจากนั้นผู้วิจัยจะติดตามไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลที่
ผู้ใช้บริการไปรักษาซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ให้ข้อมูล และ
เคยไปใช้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี และทุกครั้งที่สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจะ
เป็นผู้เลือกสถานที่ด้วยตนเอง

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นเก็บข้อมูลจน
สิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยนำเทปที่ได้จากการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นการสนทนาระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้
ข้อมูลทันที แล้วถอดข้อความแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcriptions) แล้วตรวจสอบความ
ถูกต้องของการถอดเทป อ่านบทการสนทนาโดยการเปรียบเทียบกับเทปที่บันทึกเสียงไว้อีกครั้ง
รวมทั้งการตรวจสอบกับข้อมูลที่จดบันทึกไว้ในขณะทำการสัมภาษณ์ภาคสนาม

7.2 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)
ของ Burnard (1991) ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) หลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจดบันทึกการสัมภาษณ์ไว้เป็นหมวดหมู่ เพื่อเตือน
ความจำเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้มา และลงมือวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำเทปการบันทึกบทสัมภาษณ์มา
ถอดข้อความคำต่อคำ (Verbatim Transcriptions) ผู้วิจัยอ่านบทการสัมภาษณ์ที่ได้รับการถอด
เทปเปรียบเทียบกับเทปบันทึกการสัมภาษณ์ เพื่อความถูกต้องของข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยอ่าน
บทสนทนาหลายๆ รอบ เพื่อทำความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ให้
ข้อมูลและมองหาสาระสำคัญของข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวชของผู้ใช้บริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

2) หลังจากนั้นอ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัด (line by line) และให้รหัส
ข้อความ (code) แล้วพิจารณาคำต่างๆ ที่ถอดรหัสออกมา จัดประเภทของข้อมูลที่ได้จากการให้
รหัสมารวบรวมจัดประเภท โดยข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันจะนำมารวมไว้เป็นกลุ่มเดียวกัน

3) ให้เพื่อนที่เป็นนักวิจัยคุณภาพ 2 ท่าน จัดหมวดหมู่ของข้อมูลอย่างเป็นอิสระ และไม่ดูตามแบบของผู้วิจัย นำหัวข้อที่ได้มาพิจารณาให้มีความเหมาะสม เพื่อเพิ่มความตรงของวิธีการรวบรวมข้อมูลและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล รวมทั้งป้องกันอคติจากผู้วิจัยเอง

4) ผู้วิจัยทำการจัดประเด็นย่อย (Category) มารวบรวมเป็นเรื่องหรือกลุ่มเรื่องเดียวกันซึ่งเรียกขั้นตอนนี้ว่า การสรุปประเด็นหลัก (theme) เขียนอธิบายประเด็นให้เป็นความเรียง ให้มีความต่อเนื่องกลมกลืนที่ได้จากการสัมภาษณ์

5) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ไปให้ผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและความน่าเชื่อถือของข้อมูล กับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย

6) เขียนสรุปรายงานวิจัย อธิบาย เชื่อมโยง ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่ได้กับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

8. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย เป็นการตรวจสอบความสอดคล้อง เกี่ยวกับความเป็นจริง และการตีความของผู้วิจัย (Lincoln and Guba, 1985) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินขั้นตอนการวิจัยที่แสดงถึงความน่าเชื่อถือของการวิจัยดังนี้

8.1 ความเชื่อถือได้ (Credibility) หมายถึง ความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของข้อมูล ประกอบด้วย

1) ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบทุกขั้นตอนของการวิจัย (member checking) โดยสอบถามกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลในประเด็นต่างๆ ว่าความคิดเห็นมีความถูกต้องกับข้อมูลเบื้องต้นหรือไม่ โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล ได้เสนอข้อเสนอนะ หากข้อมูลที่ได้ไม่ถูกต้องตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลและหากมีประเด็นที่ไม่เข้าใจตรงกันจะพยายามอธิบาย และปรับความเข้าใจให้ตรงกันมากที่สุด จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้กลับไปตรวจสอบเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

2) การสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล (prolong engagement) ซึ่งการที่ผู้วิจัยคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมและการแสดงออกที่เป็นธรรมชาติ (Phenomenological) นอกจากนี้ผู้วิจัยมีความคุ้นเคยกับแหล่งข้อมูล เนื่องจากทำหน้าที่ปฏิบัติงานเป็นอาจารย์พยาบาลและนำนักศึกษาไปฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ศึกษา ได้เรียนรู้ขนบธรรมเนียมประเพณีและได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีตลอดระยะเวลาการลงพื้นที่ และแม้ว่าผู้วิจัยจะมีความคุ้นเคยกับแหล่งให้ข้อมูล มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล (Rapport) แต่ผู้วิจัยตระหนักอยู่เสมอถึงคุณสมบัติของผู้วิจัยเชิงคุณภาพที่ดี โดยผู้วิจัยไม่นำความรู้สึกส่วนตัวเข้าไปเกี่ยวข้องกับการศึกษา เพื่อให้งานวิจัยนี้มีความเชื่อถือมากที่สุด

3) การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) งานวิจัยครั้งนี้ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) คือ การใช้วิธีการเก็บข้อมูลต่างๆ เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน และการใช้วิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมควบคู่กับการซักถาม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจากเอกสารต่างๆ

4) ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยอย่างมีขั้นตอนตามกระบวนการ ให้นักวิจัยเชิงคุณภาพตรวจสอบโดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลอย่างเป็นอิสระและไม่ดูตามแบบของผู้วิจัย นำหัวข้อที่ได้มาพิจารณาให้มีความเหมาะสม เพื่อเพิ่มความตรงของวิธีการรวบรวมข้อมูลและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล

5) ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้กลับไปตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งจำนวน 2 ราย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นอกจากนี้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และพบว่าผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 ราย เห็นด้วยกับความต้องการที่ได้จากศึกษา แต่มีผู้ให้ข้อมูลหนึ่งรายต้องการให้เพิ่มในเรื่องของการประชาสัมพันธ์ คือการเพิ่มเสียงตามสาย เพื่อการกระจายข่าวสารทางด้านสุขภาพจิตให้มากขึ้น จึงเสนอแนะเพื่อวิเคราะห์ผลการวิจัย นอกจากนี้ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอความคิดเห็นในประเด็นต่างๆด้วย

8.2 ใช้ระเบียบวิธีการวิจัย (Research method) ในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วยนำเสนอข้อมูลที่ละเอียด ครบถ้วนและครอบคลุม (Dense description data) โดยจะแสดงการถอดรหัสและการตรวจซ้ำ (Cord-recode procedure) ที่ทำให้ได้มาซึ่งความต้องการและประเด็นหลัก (theme) มีการตรวจสอบ (Peer debriefing) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และนักวิจัยเชิงคุณภาพ

8.3 การยืนยันผลการวิจัย (confirm ability) เป็นการยืนยันผลที่ได้จากข้อมูลและการตรวจซ้ำประกอบด้วย

- 1) การบันทึกเทป ขณะสัมภาษณ์
- 2) การจดบันทึกรายละเอียดข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้แก่ ครั้งที่ วันเวลา สถานที่ให้สัมภาษณ์
- 3) การถอดเทปแบบคำต่อคำ
- 4) บันทึกการถอดรหัสข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์ ตลอดจนขั้นตอนการพัฒนาความคิดในการสรุปประเด็นย่อย
- 5) การอ้างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลในการเสนอผลการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้ใช้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 15 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) และทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ จะจำแนกเป็น 2 ส่วนดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความต้องการ ของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขต 6 กระทรวงสาธารณสุข ที่ค้นพบ 8 ประเด็น คือ

1. การมีสัมพันธภาพที่ดีในการให้บริการ
2. การบริการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ
3. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
4. การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต
5. การได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม
6. การได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง
7. การดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
8. การสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส
ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ
และสถานภาพสมรส (n= 15)

ผู้ให้ข้อมูล	เพศ	อายุ(ปี)*	ระดับการศึกษา	อาชีพ	สถานภาพสมรส
1	ชาย	40	มัธยมศึกษาปีที่ 3	ทำนา	คู่
2	หญิง	35	มัธยมศึกษาปีที่ 6	แม่บ้าน	โสด
3	หญิง	45	ประถมศึกษาปีที่ 4	รับจ้าง	หม้าย
4	หญิง	61	ปริญญาตรี	ข้าราชการบำนาญ	คู่
5	หญิง	57	ปริญญาตรี	รับราชการ	หย่า
6	หญิง	48	ปริญญาตรี	รับราชการ	คู่
7	หญิง	22	มัธยมศึกษาปีที่ 6	รับจ้าง	คู่
8	หญิง	27	ประถมศึกษาปีที่ 6	รับจ้าง	คู่
9	หญิง	64	ปริญญาตรี	ข้าราชการบำนาญ	คู่
10	หญิง	33	ประถมศึกษาปีที่ 6	ทำนา	คู่
11	หญิง	31	ปริญญาตรี	รับจ้าง	โสด
12	หญิง	58	ปริญญาตรี	รับราชการ	คู่
13	หญิง	43	มัธยมศึกษาปีที่ 6	รับจ้าง	โสด
14	ชาย	71	ปริญญาตรี	ข้าราชการบำนาญ	คู่
15	ชาย	28	อาชีวะศึกษา	ทำไร่	โสด

หมายเหตุ * $\bar{X} = 44.2$ S.D. = 15.16

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ให้ข้อมูล จำนวน 15 ราย เป็นเพศหญิง 12 ราย เป็นเพศชาย 3 ราย มีอายุระหว่าง 22-71 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 44.2 ปี (S.D. = 15.16) มีการศึกษาตั้งแต่ ประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง รับราชการ และ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่

ส่วนที่ 2 ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข

จากการศึกษาสามารถแบ่งข้อค้นพบจากการบอกเล่า จากความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น ที่เป็นความต้องการ ของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขต 6 กระทรวงสาธารณสุข (Primary Care Unit / PCU) แบ่งเป็น 8 ประเด็นหลัก (theme) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การมีสัมพันธภาพที่ดีในการให้บริการ
2. การบริการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ
3. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
4. การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต
5. การได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม
6. การได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง
7. การดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
8. การสนับสนุนทางสังคม

ข้อค้นพบทั้ง 8 ประเด็นดังกล่าว จำแนกเป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อยๆ ในแต่ละประเด็นหลัก ได้ดังรายละเอียด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตและจิตเวช หน่วย
บริการปฐมภูมิ เขต 6 กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามประเด็นหลัก และ
ประเด็นย่อย

ประเด็นที่ 1 การมีสัมพันธภาพที่ดีในการให้บริการ

- อยากให้พูดดี
- ถามไถ่ ชักชวนพูดคุย

ประเด็นที่ 2 การบริการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ

- ดูแลรักษา
- การส่งเสริม ป้องกัน
- การฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นที่ 3 การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

● คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

- แนะนำเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย
- แนะนำเรื่องการรับประทานยา
- แนะนำการดูแลด้านร่างกาย
- แนะนำไปรักษาที่เหมาะสม

● คำแนะนำแก่ญาติ

- การปฏิบัติตัวของญาติ
- การดูแลของญาติ

ประเด็นที่ 4 การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

- ให้คำปรึกษาในการเผชิญปัญหา
- ให้คำปรึกษาส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ประเด็นที่ 5 การได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม

- ประเมินสภาพการเจ็บป่วยเบื้องต้น
- ส่งต่อเมื่ออาการกำเริบรุนแรง

ประเด็นที่ 6 การได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

- การติดตามต่อเนื่อง
- การดูแลที่บ้าน

ตารางที่ 2 ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตและจิตเวช หน่วย
บริการปฐมภูมิ เขต 6 กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามประเด็นหลัก และ
ประเด็นย่อย (ต่อ)

ประเด็นที่ 7 การดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

- ต้องการพยาบาลที่มีความรู้เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
- ต้องการพยาบาลที่มีทักษะในการดูแลผู้มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต

ประเด็นที่ 8 การสนับสนุนทางสังคม

- การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์
 - ให้กำลังใจ
 - เอาใจใส่
- การสนับสนุนด้านข้อมูล
 - แจกเอกสาร แผ่นพับ
 - การอบรมความรู้
 - มีการประชาสัมพันธ์
- การสนับสนุนจากเครือข่ายสังคม
- การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเด็นที่ 1 การมีสัมพันธภาพที่ดีในการให้บริการ

สัมพันธภาพ เป็นกระบวนการของการติดต่อสื่อสาร ของบุคคลสองคนหรือมากกว่าสอง คนทำความรู้จักกัน สร้างความคุ้นเคยและติดต่อเกี่ยวข้องกัน โดยแสดงออกเป็นคำพูดหรือไม่ใช่ คำพูดก็ได้ ในกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคลจะมีการถ่ายทอดความรู้ ความคาดหวัง ความ ต้องการ และประสบการณ์ที่อาจเหมือนกันหรือแตกต่างกันมาแสดงออกต่อกัน เพื่อให้บรรลุ เป้าหมายในการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพมีสองประเภท คือ สัมพันธภาพเชิง สังคม และสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นสัมพันธภาพเชิง วิชาชีพ โดยเฉพาะในการพยาบาลจิตเวช สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นส่วนที่สำคัญ ยิ่งเป็นสัมพันธภาพที่มีขอบเขตมีแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อช่วยบรรเทาการเจ็บป่วยทางด้าน จิตใจ

เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เป็นการเจ็บป่วยที่มีความบกพร่องในด้านการ สร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารกับบุคคลอื่น ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้ที่มีความ อ่อนไหวไวต่อความรู้สึก และคำพูดจากบุคคลอื่น ดังนั้นเมื่อไปใช้บริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งถือว่าหน่วยบริการทางสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการมากที่สุด ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชจึงต้องการได้รับการบริการ จากพยาบาลที่มีธรรมาศยาดีไม่ตรีที่ดี ทั้งทางด้านคำพูดและ ทำทางที่แสดงออกต่อการให้บริการของพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีความ ต้องการ สัมพันธภาพจากการให้บริการ หมายถึง การที่ต้องการให้พยาบาลเข้ามาพูดคุยด้วย คำพูดที่ดี เข้ามาซักถามถึงอาการที่เจ็บป่วยว่าเป็นอย่างไร เกิดจากสาเหตุใด ชวนพูดคุย แม้การ พูดคุยเล็กน้อยของพยาบาล ก็ทำให้สภาพจิตใจของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีสภาพ จิตใจที่ดีขึ้น ประเด็นหลัก ซึ่งเป็นความต้องการด้านสัมพันธภาพในการให้บริการนี้ จำแนกเป็น ประเด็นย่อย 2 ประเด็น ได้แก่

อยากให้อายุดี

ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการได้รับการบริการ จากพยาบาลที่ พูดคุยดี พูดจาที่ดี พูดไพเราะ เพราะรู้สึกว่าการเจ็บป่วยด้านจิตใจอยู่แล้ว จึงต้องการ

ได้รับบริการ ด้วยอัธยาศัยไมตรีที่ดี เพราะว่าหากพยาบาลพูดคุยไม่ดี ทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกเสียความรู้สึกกับการบริการที่ได้รับ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ต้องการให้พูดกับเราดีๆ เพราะเราก็เจ็บป่วยอยู่แล้ว ถ้าพูดไม่ดีเราก็กลับบ้าน”(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“ก็อยากให้อ่านจดหมายดี ๆ ถามดี ๆ แล้วก็หาข้อแก้ไขให้เรานะคะ การพูดจาไม่ดี ทำให้เสียความรู้สึก ป่วยไม่สบายไปแล้ว ก็ยังพูดไม่ดี”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

ถามไถ่ ชักชวนพูดคุย

นอกจากการพูดคุยที่ดีจากพยาบาลแล้ว ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชก็ต้องการให้พยาบาลเข้ามาถามไถ่ ชักชวนพูดคุย ทั้งปัญหาการเจ็บป่วยที่มารับบริการ และการชักถามถึงความเครียด ความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกรมองที่ตัวผู้ใช้บริการที่มีปัญหาการเจ็บป่วย ไม่ได้มองแต่เฉพาะโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราก็อยากให้คุณดูแลอย่างดีคะ ถามไถ่เป็นโรคอะไรมา ... เป็นโรคอะไรมาอย่างนี้ ไม่สบายใจอะไรหรือเปล่า” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“การที่เขา (พยาบาล) ดูแลแสดงเอาใจใส่ต่อ อ้อ ... เราก็หายไปครั้งหนึ่งแล้ว ถ้ามีพยาบาลมาพูดคุย น่าจะดีทีเดียวแหละทำให้จิตใจดีขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

“เราต้องการไปพูดคุยกับเขา(พยาบาล) ว่าเรามีปัญหาอะไร เขาจะได้มีแนวทางแก้ไข ว่าเราเครียดเรื่องอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

“ก็พูดชักชวนคุย เป็นอะไรมา แต่ก่อนเป็นอย่างไร เดี่ยวนี้เป็นอย่างไร เออ ... ให้เรารู้สึกจิตใจดีขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ดังนั้นผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นผู้ให้บริการหลัก จึงต้องมีความเข้าใจในเรื่องของการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เมื่อพยาบาลพูดคุยด้วยความตั้งใจ กระตือรือร้นแม้ในเวลาที่ได้เล็กน้อย ก็สามารถทำให้ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น มีความรู้สึกที่ดีต่อการบริการที่ได้รับจากพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประเด็นที่ 2 การบริการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ

การจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ถือเป็นบริการด่านแรก เข้าถึงง่าย และใกล้ชิดประชาชนในชุมชน ตามลักษณะภูมิประเทศเพื่อให้ผู้ใช้บริการไปใช้บริการได้สะดวก สามารถเดินทางไปถึงได้ไม่ยาก ไม่ลำบากในการเดินทาง มีความครอบคลุมประชากรในพื้นที่รวมทั้งสามารถให้บริการทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสภาพได้อย่างผสมผสาน ตลอดจนสามารถให้บริการแบบองค์รวม

การศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการได้รับการบริการสุขภาพจิตที่อยู่ใกล้บ้าน สะดวก ไม่ต้องไปใช้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ไกลบ้าน เนื่องจากผู้ใช้บริการมีความลำบากในการเดินทาง จำแนกเป็นประเด็นย่อย 3 ประเด็น ได้แก่

การดูแลรักษา

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวช ยากถือว่ามีความสำคัญกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ที่เริ่มต้นมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชการรักษาด้วยยาก็คือเป็นการดูแลรักษาที่ควบคู่ไปกับการให้การดูแลด้านอื่นๆ ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีความต้องการได้รับยาด้านจิตเวชที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งไม่ต้องไปรับยาที่โรงพยาบาล เนื่องจากวาระระยะทางไกล และไปมาลำบาก ต้องเสียเงินค่าเดินทาง ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้เรา(พยาบาล) มียาให้เรา แต่เขาไม่มีที่อนามัย ไม่มี ก็
น่าจะมียา เราไม่ต้องเสียเงินค่ารถมาโรงพยาบาล” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

“ยาเขา(พยาบาล) ไม่มี อยากรู้ได้ยาจากอนามัยทุกครั้ง ไกลบ้านดี ถ้ามียา ... มาที่นี่(โรงพยาบาล) ต้องขึ้นรถมา ถ้ามียาตรงนั้น ได้ไม่ต้องมาโรงพยาบาล ไม่ต้องไปไกลที่โรงพยาบาล” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“มียาที่ชาวบ้านไม่ต้องออกมาไกล ลำบาก ไม่ต้องออกมาไกล ต้องจ้างรถออกมาแล้วน้ำมันเดี๋ยวนี้มันแพง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

การส่งเสริม ป้องกัน

นอกจากนี้ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชยังกล่าวอีกว่า ในชุมชนของตนเองมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนไปไม่ว่าจะเป็นภาวะเศรษฐกิจปัญหาทางสังคมที่เพิ่มมากขึ้นก่อให้เกิดประชาชนเกิดความเครียด แล้วมักจะไปหาซื้อยากินเอง ด้วยความไม่รู้ และไม่สะดวกที่จะไปโรงพยาบาลซึ่งไกล จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“น่าจะมีการบริการด้านสุขภาพจิต เพราะตอนนี้ชาวบ้านมีปัญหาสุขภาพจิตเยอะ จะมีกันเยอะ ความเครียด เศรษฐกิจจะเป็นกัน ประเภทนอนไม่หลับจะซื้อยากินเอง ตามร้านขายยา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

ถ้าผู้ใช้บริการมีความรู้ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จะทำให้การเจ็บป่วยด้านจิตใจลดลงในชุมชน ไม่ต้องไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ด้วยการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันตนเองได้ ซึ่งผู้ใช้บริการบางคนกล่าวถึงประชาชนในชนบท บางครั้งเงินจำนวนเล็กน้อยก็ถือว่ามีความสำคัญ เพราะการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ก็ทำนา ทำไร่ และรับจ้างเป็นส่วนมาก มีรายได้ไม่มาก ถ้าไปใช้บริการที่ไกลบ้าน ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางซึ่งหาไม่ได้ยาก ดังคำกล่าวที่ว่า

“ต้องลำบากขึ้นรถมา ต้องจ้างรถรับจ้างรถออกมา แล้วเดี๋ยวนี้ น้ำมันแพง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“ถ้าพยาบาลดูแลด้านจิตใจ ไม่ต้องเสียตังมาหาหมอที่โรงพยาบาล 20, 30 บาท บ้านนอกยังไม่มี 50 บาทยังหาไม่ได้ เพราะฉะนั้นน่าจะให้บริการด้านจิตใจได้ น่าจะให้บริการด้านจิตใจ ไปมาสะดวก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

การฟื้นฟูสภาพ

เนื่องจากการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจเป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนาน มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตในทุกๆ ด้าน ผู้ที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่จึงไม่ต้องการที่จะเจ็บป่วยเรื้อรังและยาวนาน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็ต้องการหาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราต้องทำตัวอย่างไร ก็รักษาตัวขั้นต้นอย่างไร เราไม่เป็นมาก ... ยังไม่เยอะคะ จะทำอย่างไรให้มันดีขึ้นไม่ต้องเป็นเรื้อรัง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตใจเรื้อรังมีความสำคัญ เพื่อเป็นการ ให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพที่เหลืออยู่ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่ง ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชต้องการให้มีการจัดกิจกรรมให้ ต้องการมีอาชีพเพื่อไม่ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็เคยไปอยู่โรงพยาบาลศรีธัญญา มีการจัดกิจกรรมคลายเครียด อยากรู้อีกให้เข้าไปจัดในชุมชนบ้าง ให้กับผู้ป่วยในโรคนี้ (โรคจิตเวช) ใน ชุมชน เพราะผู้ป่วยพวกนี้ไม่ค่อยได้ทำงานกัน อยู่บ้านส่วนใหญ่น่าจะมื กิจกรรม”(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13)

“อยากให้มี แล้วใครทำได้ อยากให้มีกิจกรรม พุดคุยในคนที่เครียด หรือผู้ป่วยด้วยกัน เช่น กิจกรรมนันทนาการ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

ถึงแม้จะมีสถานบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจ แต่ผู้ใช้บริการยังต้องการบริการด้าน สุขภาพจิตและจิตเวชในด้านการส่งเสริมป้องกัน เพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองเกิดการเจ็บป่วยทาง จิตใจขึ้น แต่พบว่าผู้ใช้บริการมีการเจ็บป่วยทางจิตใจเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ใช้บริการมีการข้าม ชั้นตอนของการรับการรักษา โดยไม่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาล ดังนั้นถ้าหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถให้บริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ดังเช่นการบริการทางฝายกาย ก็จะทำให้เป็นบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจอย่างแท้จริง ครอบคลุมการ ดูแลทั้งทางด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสภาพจิตใจ ตลอดจนการให้บริการแบบองค์รวม ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ

ประเด็นที่ 3 การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ และจิตใจจึงมีความต้องการได้รับคำแนะนำ เพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งประเด็นย่อย (category) ที่เกี่ยวข้องมี 2 ประเด็น ได้แก่ ก) คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ข) คำแนะนำแก่ญาติ

ก) คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติ เมื่อเริ่มเกิดปัญหาการเจ็บป่วย คำแนะนำในการกินยา รวมทั้งวิธีการดูแลตนเองเมื่อเกิดปัญหาทางกาย นอกจากนี้เมื่อการเจ็บป่วยมากขึ้น ต้องการได้รับคำแนะนำจากพยาบาล เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จำแนกเป็นประเด็นย่อย 4 ประเด็น ได้แก่

แนะนำเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย

ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติตนด้านจิตใจ ต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อเริ่มมีอาการ เพื่อให้การเจ็บป่วยหายเร็วขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ในระยะเริ่มแรก โดยไม่มีการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ว่าควรปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อเริ่มมีอาการ เพื่อให้โรค (จิตเวช) ดีขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่5)

“เราอยากให้พยาบาลให้คำแนะนำบ้าง ... โรค(จิตเวช)ที่เราเป็นอยู่ ควรจะทำตัวอย่างไร ปฏิบัติตัวอย่างไร ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่11)

ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการให้พยาบาลให้คำแนะนำอย่างละเอียด เพื่อปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยแล้ว ซึ่งไม่ต้องกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ต้องการคำแนะนำว่าทำตัวอย่างไร ก็รักษาขั้นต้นอย่างไร เราเป็นไม่มากยังไม่เยอะ จะทำอย่างไรให้มันดีขึ้น ไม่ต้องเป็นเรื้อรังคะเขา (พยาบาล)ก็แนะนำบ้าง เพราะเราถามเขา เพราะถ้าไม่ถามเขาก็ไม่แนะนำ

หนูว่ามันน้อยเกินไปมันน่าจะมีเพิ่มมากกว่านี้ในด้านข้อแนะนำ ในด้านการปฏิบัติ แล้วก็การดูแลรักษา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่7)

แนะนำเรื่องการรับประทานยา

ยาทางด้านจิตเวชค่อนข้างอันตราย และต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเมื่อผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชต้องรับประทานยา เพื่อช่วยรักษาอาการเจ็บป่วย และคำแนะนำเรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้องจากพยาบาล และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อรับประทานยาด้านจิตเวช ดังคำกล่าวที่ว่า

“แนะนำอะไรอย่างนี้ การกินยา แนะนำเรื่องการกินยา กินอย่างไร หลังอาหาร ให้ปลอดภัยกับตัวเอง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่2)

“อ้อ ... ช่วยแนะนำการกินยาเป็นอย่างไรบ้าง กินยาอันนี้ไม่หาย ต้องเปลี่ยนยาใหม่ อะไรต่ออะไร อยากให้เขา(พยาบาล) ถามเรา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่3)

ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชต้องการให้พยาบาลให้คำแนะนำ คำอธิบายในการรับประทานยา การปฏิบัติตัวเมื่อรับประทานยา เพราะบางครั้งไปซื้อยาเองตามร้านขายยา โดยไม่รู้ว่ายานาชนิด เมื่อรับประทานมากจะเป็นอันตราย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ให้แนะนำการปฏิบัติตัวหรืออะไรอย่างนี้ การใช้ยา ... พวกนี้ (ผู้ป่วย)ประเภทนอนไม่ค่อยหลับ การใช้ยาบางตัวอย่างงี้ ส่วนใหญ่ไป ซื้อยาหมอดี มีพยาบาลไปแนะนำยากินยาตัวนี้ อย่ากินมากนักมันเป็นอันตราย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่12)

แนะนำการดูแลด้านร่างกาย

นอกจากนี้การแนะนำการดูแลตัวเองด้านร่างกายก็มีความสำคัญ ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมองว่าจิตใจกับร่างกายต้องไปด้วยกัน พยาบาลควรแนะนำการดูแลตนเองทางด้านร่างกาย ด้านการพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย

รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะมีผลต่อการเจ็บป่วยทางจิตใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ถ้าไม่กินข้าว จะไม่ทุเลานะ เป็นมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่13)

“ร่างกายก็แนะนำบริหารร่างกายเวลาว่าง การปฏิบัติตัว แต่ละวัน ควรจะทานอาหารอย่างไร นอนอย่างไรจิตกับกายต้องไปด้วยกันนอนพักผ่อน อดอย่างไร กินอาหารอย่างไร กินเหล้าเมายาควรหลีกเลี่ยง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่9)

นอกจากการคำแนะนำดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชต้องการให้พยาบาลหาสาเหตุของการเกิดปัญหาทางด้านร่างกายด้วย ว่าเกิดจากสาเหตุใด พร้อมทั้งให้คำแนะนำที่ถูกต้องว่าจะดูแลตนเองอย่างไร

“ต้องให้พยาบาลหาสาเหตุ ... ต้องคุยกับพยาบาล ว่าสาเหตุที่เรา นอนไม่หลับ เพราะอะไร แนวทางแก้ไข กินไม่ได้ นอนไม่หลับเพราะ อะไร” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่11)

แนะนำไปรับการรักษาที่เหมาะสม

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตแล้ว ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีความต้องการได้รับคำแนะนำจากพยาบาลในการไปรับการรักษาในสถานบริการที่ระดับสูงขึ้น เพื่อได้รับการรักษาที่เหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็คงต้องแนะนำไปรักษา ถ้าอนามัยไม่ไหวแล้ว ให้ไปรักษาที่ศูนย์ที่นี่ พยาบาลเขาจะรู้ เขาเรียนมา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“อยากได้รับคำแนะนำจากเขา (พยาบาล) จะรู้ดี อยากให้เขาสนใจถามหมอ(พยาบาล)คะ หนูเป็นอย่างนี้ หมอจะส่งไปโรงพยาบาลไหนดี ... เขาจะรู้หมอไหนเก่ง ไม่เก่ง ต้องการคำแนะนำจากเขา (พยาบาล) ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

ข) คำแนะนำแก่ญาติ

ครอบครัวเป็นระบบสังคมระบบหนึ่ง เป็นสังคมแรกที่สำคัญ สร้างความรู้สึกผูกพัน และความอบอุ่นของบุคคล ดังนั้นเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ย่อมหวังให้ครอบครัวเป็นที่พึ่ง ดูแลเอาใจใส่ในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ปฏิบัติตัวกับผู้ป่วยด้วยความสม่ำเสมอด้วยความเอาใจใส่

จากการศึกษา พบว่าความต้องการของผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความต้องการให้ครอบครัวของตนเอง ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย จำแนกเป็นประเด็นย่อย 2 ประเด็น ได้แก่

การปฏิบัติตัวของญาติ

ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการให้พยาบาลให้คำแนะนำญาติในการปฏิบัติตนกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ว่าจะต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างไรบ้าง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“คือแบบว่าให้แนะนำกับคนรอบข้าง(ญาติ) ว่าจะต้องปฏิบัติกับคนไข้อย่างไรคือดีขึ้น ไม่กลับมาเป็นอีก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“บางครั้งก็ต้องคุยกับครอบครัวว่าจะต้องดูแลอย่างไร ทำตัวอย่างไร ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“พยาบาลน่าจะให้คำแนะนำคนที่บ้านว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรกับเรา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

การดูแลของญาติ

การได้รับการดูแลจากญาติ ทำให้ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช รู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง ซึ่งผู้ใช้บริการต้องการให้ญาติเข้ามามีส่วนในการดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติตัว การรับประทานยา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็โงะ... ต้องปฏิบัติตัวอย่างไรในการรักษา กิณยา ก็แบบให้
ญาติพี่น้องดูแลเราอย่างไรให้สุขภาพจิตดีขึ้นอะไรอย่างนี้”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

ครอบครัวเป็นที่พึ่งทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจสำหรับผู้ใช้บริการที่มีปัญหา
สุขภาพจิตและจิตเวช ดังนั้นผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการให้พยาบาลเข้าไป
แนะนำกับครอบครัวในการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึก
ไม่ถูกทอดทิ้ง มีครอบครัวที่ห่วงใย ในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถ
ดูแลตนเองได้ถูกต้อง ป้องกันไม่ให้มีอาการมากขึ้น หรือช่วยให้พ้นหายนะไม่ต้องเป็นเรื้อรัง

ประเด็นที่ 4 การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

การให้คำปรึกษาเป็นสิ่งที่จำเป็น เนื่องจากเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิต
และจิตเวชสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่จะมีผลกระทบต่อจิตใจของตนเองได้ ซึ่งผู้ให้บริการ
ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ เมื่อต้องประสบกับปัญหาที่ไม่สามารถตัดสินใจหรือ
แก้ไขได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ให้บริการเกิดการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นได้ เมื่อผู้ให้บริการได้รับ
คำปรึกษาจากพยาบาล ก่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม
นอกจากนี้ผู้ให้บริการ ยังต้องการให้พยาบาลให้คำปรึกษาต่อประชาชนในชุมชน เพื่อเป็นการ
ส่งเสริมป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จำแนกเป็นประเด็นย่อย 2 ประเด็น ได้แก่

ให้คำปรึกษาในการเผชิญปัญหา

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการได้รับ
คำปรึกษาจากพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นสถานบริการทาง
สุขภาพที่สามารถเข้าถึงสะดวก เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ เครียด ดังคำกล่าวที่ว่า

“ให้คำปรึกษาเมื่อเราไม่สบายใจ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15)

“ก็ให้คำปรึกษาต้องดูแลเราอย่างไร ให้มีเราสุขภาพจิตที่ดี ไม่
เครียดไม่คิดมาก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

“ให้แนะนำเกี่ยวกับปัญหาของเราประสบ เรามีปัญหาชีวิต
อย่างไรบ้าง แนวทางแก้ไขปัญหา ให้คำปรึกษาต่างเราๆด้านจิตใจ ...
ทั้งทางโลกและทางธรรม” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

“ให้คำปรึกษาเรา ไม่ให้เครียดมาก เราปรึกษาพยาบาลได้ว่า
จะทำอย่างไร ความเครียด อะไรต่ออะไร” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

ให้คำปรึกษาส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

นอกจากนี้ผู้ใช้บริการต้องการให้พยาบาล เป็นบุคลากรที่สามารถให้คำปรึกษากับประชาชนในชุมชนได้ เนื่องจากผู้ใช้บริการมองว่าพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนจึงเกิดความไว้วางใจ จึงต้องการให้พยาบาลให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ดังคำกล่าวที่ว่า

“น่าจะมีการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต คือ ให้คำปรึกษา อนามัยก็เหมือนโรงพยาบาล แต่เป็นส่วนย่อย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“ก็ควรเป็นที่ปรึกษา ควรให้คำปรึกษามากๆ ถ้าเป็นสุขภาพจิตไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษานะ พยาบาลน่าจะให้คำปรึกษาได้”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

“เพราะว่า ... พูดถึงในระดับหมู่บ้านมีความสำคัญ พยาบาลที่อยู่ตรงนั้น เกิดการฝังตัว (ผู้ให้ข้อมูล หมายถึง ความไว้วางใจพยาบาล) เขา ... ก็จะมีใจรอบบ้านไซ้ใหม่ เขาก็ให้บริการให้คำปรึกษาได้”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีความต้องการคำปรึกษาจากพยาบาลซึ่งมองว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่หน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องสามารถให้คำปรึกษาผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชและประชาชนในชุมชนได้ เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม ช่วยลดอุบัติเหตุการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ประเด็นที่ 5 การได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม

การส่งต่อในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นการเชื่อมโยงกับบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยส่งต่อ ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาได้สุขภาพจิตและจิตเวช ที่เกินความสามารถในการดูแลให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมในโรงพยาบาล พบว่าผู้ให้บริการต้องการให้พยาบาลให้การรักษาในขั้นแรกก่อน ถ้าไม่สามารถรักษาได้ ก็ให้ส่งไปรับการรักษาที่เหมาะสม จำแนกเป็นประเด็นย่อย 2 ประเด็น ได้แก่

ประเมินสภาพการเจ็บป่วยเบื้องต้น

การประเมินอาการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเบื้องต้น เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยมากขึ้น และสามารถประเมินส่งต่อให้ผู้ป่วยไปรับการรักษามีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“พยาบาลประเมินคนไข้ได้ ว่าไม่สามารถ มันก็ต้องการเยียวยา จากหมอ เพราะจิตเวชมียาเฉพาะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“อยากให้เขา (พยาบาล) มาดูมีอาการป่วยอย่างไร จะส่งเราไปไหนเป็นอย่างนี้ จะส่งเราไปโรงพยาบาลไปไหนดี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

ส่งต่อเมื่ออาการกำเริบรุนแรง

ผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการได้รับการรักษาขั้นแรกที่หน่วยบริการปฐมภูมิ แต่เมื่อผู้ให้บริการมีขีดจำกัดในการให้การรักษ และผู้ให้บริการมีอาการที่มากขึ้น จึงต้องการให้ผู้ให้บริการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า

“เพราะครั้งแรกก็ไปอนามัยก่อน ถ้าไม่ไหวเขา (พยาบาล) ก็ส่งตัวไปโรงพยาบาล” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14)

“คือรักษาถ้าเกิดไม่ไหว ก็ส่งโรงพยาบาล ถ้าจิตใจเป็นน้อยๆ ก็มียาที่นั่น แต่ถ้าเป็นมากก็ส่งต่อมาก็ดี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

เมื่อการเจ็บป่วยที่มากขึ้น การส่งต่อไปรับการรักษาเป็นสิ่งที่จำเป็น สำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนั้นผู้ให้บริการต้องสามารถประเมินได้ทันเวลาที่และส่งต่อไปให้ผู้ให้บริการ ให้ไปรับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ประเด็นที่ 6 การได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

ปัจจุบันนโยบายของโรงพยาบาลจิตเวชเน้นให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็วขึ้น ผู้ป่วยต้องกลับไปฟื้นฟูสภาพจิตใจที่บ้านเร็วขึ้น ผู้ป่วยบางรายกลับไปอยู่บ้านมีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เป็นเหตุให้อาการกำเริบไม่หายแล้วยังส่งผลให้กลับไปรักษาซ้ำอีก จึงพบว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีความต้องการให้พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เข้าไปติดตามผลการรักษาหลังจากกลับจากโรงพยาบาล ให้เข้าไปเยี่ยมบ้าน และเข้าไปด้วยความจริงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ และดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนให้นานที่สุด จำแนกเป็นประเด็นย่อย 2 ประเด็น ได้แก่

การติดตามต่อเนื่อง

การติดตามผลเป็นความต้องการ ที่ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยต้องการให้พยาบาลเข้าไปซักถามถึงอาการ เข้าไปติดตามผลการรักษาว่าเป็นอย่างไรบ้าง รับประทานยาไปแล้วมีผลต่อร่างกายอย่างไร ดังคำกล่าวที่ว่า

“การที่เรากลับบ้านไปแล้ว ดูว่าอาการดีขึ้นหรือเปล่า ให้กลับไปดูผลงาน ว่าให้ยาไปอาการดีขึ้นหรือเปล่า ให้ไปติดตามผลงาน สิ่งที่คุณดูแลดีขึ้นหรือเปล่าให้ไปดูว่าให้ยาไป ยาตัวนั้นมันดีหรือเปล่า ให้ไปแล้วก็ไม่ดีขึ้น ... ก็เรื่องของคุณไม่ใช่ต้องไปหาหมอซ้ำซากๆ เบื่อคะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่8)

“ให้พยาบาลดูว่าเราทานยาไปนี้ เรามีปฏิกิริยากับยาจิตใจเราอย่างไรบ้างไปดูผล ถ้าทานยาตัวนี้ไปแล้วร่างกายและจิตใจเราเป็นอย่างไรไปติดตามผล” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่11)

นอกจากการเข้าไปติดตามผลแล้ว การได้รับคำแนะนำเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ และต้องการให้เข้าไปติดตามต่อเนื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า

“เข้าไปติดตามส่วนใหญ่มักที่บ้านใกล้ๆ ก็ไปถามความคืบหน้าอาการ เป็นอย่างไรบ้าง ถ้าเกิดว่าไม่ดีก็ต้องแนะนำอย่างไร ต้องติดตามดูแล ต่อเนื่อง ที่จริงเดือนหนึ่งเข้าไปสักหนหนึ่ง เพราะโรคอย่างนี้ (โรคจิต) มีโอกาสกลับมาเป็น ถ้าเจอเหตุการณ์อีก เพราะมันเป็นด้านจิตใจ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

การดูแลที่บ้าน

ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเมื่อกลับจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้านนั้น ถึงแม้จะอยู่ที่บ้านได้นั้นแต่ก็ไม่สมบูรณ์ปกติ อาจจะมีอาการที่หลงเหลืออยู่บ้าง หรืออาจจะมีปัญหาการใช้ยา ดังนั้นจึงต้องการให้พยาบาลเข้าไปติดตามเยี่ยมที่บ้านเป็นครั้งคราว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเป็นไปได้...เราต้องการให้บริการที่นึกถึงว่าอยากให้มีการเยี่ยมบ้าน มีพยาบาลที่อนามัยมาเยี่ยมบ้านไปเยี่ยมเป็นครั้งคราว จะไปเยี่ยมกันบ่อยคงไม่ไหว สักอาทิตย์หนึ่งครั้งหนึ่งหรือเดือนละครั้ง ไปดูว่าการใช้ยาจากโรงพยาบาล บางทีคนใช้ตัวยานี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มองว่าการไปเยี่ยมบ้านของพยาบาลเป็นสิ่งที่จำเป็น ซึ่งต้องการให้เข้าไปติดตามที่บ้านอย่างน้อยเดือนละครั้ง แต่ต้องการให้เข้าไปเยี่ยมแบบจริงจัง ดังคำกล่าวที่ว่า

“บ้ำว่าจำเป็นต้องติดตามผลที่บ้าน อาจจะไปสักเดือนละครั้งอย่างน้อย แต่ต้องไปด้วยความจริงใจไม่ใช่ไปแบบสร้างภาพ เพราะก็มีพยาบาลไปแบบ สร้างภาพ คือเขาสร้างภาพว่าเราได้มาเยี่ยมทำถึงบ้านนะ มาขอรายชื่อ มาขออะไรต่ออะไรจากเราไป ตัวเราชื่ออะไร อายุเท่าไร ทำงานอะไร แล้วก็มาวัดความดันเลือดก็ไป” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

การที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชต้องการ เพราะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล คำแนะนำ จากบุคลากรอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการสู่บ้าน

ประเด็นที่ 7 การดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นบุคคลที่มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม นำมาซึ่งความบกพร่องในการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ดังนั้นพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษา พบว่าผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพและจิตเวช มีความต้องการให้พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความรู้ และความถนัดในด้านกรให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชโดยเฉพาะ ต้องการให้รู้แบบแท้จริง สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้อง จำแนกเป็นประเด็นย่อย 2 ประเด็น ได้แก่

ต้องการพยาบาลที่มีความรู้เฉพาะทางด้านสุขภาพและจิตเวช

การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตใจ เป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจึงต้องการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง จากพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ต้องการพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวข้องกับจิตใจประชาชน สามารถให้คำปรึกษา... ต้องปฏิบัติตัวอย่างนั้น อย่างนี้ละ กินยาให้ตรงเวลานะ”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“มีความรู้ด้านที่เราเจ็บป่วย สุขภาพจิต ให้การดูแล ให้คำแนะนำ เราได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

“ให้รู้แบบแท้จริง อย่าแบบ... นึกเอาเองอะไรอย่างนี้ อ่านตำราที่เรียนให้รู้จริงๆ ... แบบบางคน(พยาบาล)ก็ไม่ค่อยรู้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

ต้องการพยาบาลที่มีทักษะในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต

การให้การบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการให้บริการที่พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ที่ทอ่งแท้ เพื่อสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถรับรู้ได้จากบริการที่ได้รับ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากได้พยาบาลที่มีคุณภาพ มีความถนัดเกี่ยวกับด้านนี้(โรคจิต) อยากรู้ได้อย่างนั้น เขา(พยาบาล) ทำได้ทุกโรค แต่ผิวๆเฉินๆ อยากรู้ให้เจาะลึก ก็จะได้ดีขึ้นเราไม่ต้องไปทีอื่น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14)

นอกจากนี้ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องรู้ร่วมกับความรู้ที่เฉพาะทาง เพื่อให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ควรมีความรู้สุขภาพจิตจะต้องรู้ตั้งแต่ขั้นเบื้องต้น จนขั้นรู้ลึกกว่าในโรค(โรคจิตเวช)แบบนี้เขา(พยาบาล) จะปฏิบัติกับคนไข้อย่างไรในโรคอย่างนี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการพยาบาลที่ใกล้ชิดบ้าน ใกล้ใจ ที่มีความรู้ ความสามารถให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสิทธิภาพ เพราะการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องการได้รับการดูแลเข้าใจ และยอมรับในอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนานกว่าผู้ป่วยทั่วไป พยาบาลที่อยู่ในชุมชน นอกจากการพยาบาลด้านฝ่ายกายแล้ว จำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถ ทักษะในการดูแลรักษาผู้ใช้บริการที่มีปัญหาทางด้านจิตใจด้วย เป็นการสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีบทบาทสำคัญที่จะให้การดูแลรักษาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ประเด็นที่ 8 การสนับสนุนทางสังคม

การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ นั้นจะมีลักษณะการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันและการทำงานผิดปกติไปจากเดิม นอกจากนี้ในการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยต้องประสบกับปัญหาในการหางานทำ อาจไม่มีคนจ้างงานหรือให้

ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่า ก่อให้เกิดความเครียด ผลที่ตามมาอาจทำให้เกิดการป่วยซ้ำ และทำให้รู้สึกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนในการแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นผู้ที่ต้องการสนับสนุนทางสังคมในทุกๆ ด้าน

จากการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องการสนับสนุนทางสังคมคือ การที่ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชต้องการได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม เช่น จากองค์การบริหารส่วนตำบล วัด และสถานีนอนมัย ในการช่วยเหลือทางด้านการประกอบอาชีพ รายได้ รวมทั้งด้านการดูแลรักษาการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งประเด็นย่อย (category) ที่เกี่ยวข้องมี 4 ประเด็น ได้แก่ ก) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ ข) การสนับสนุนด้านข้อมูล ค) การสนับสนุนจากเครือข่ายสังคม ง) การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณ

ก) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์

ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชต้องการได้รับกำลังใจ และการยอมรับเห็นคุณค่าในตัวผู้ป่วย จากครอบครัวและพยาบาล จำแนกเป็นประเด็นย่อย 2 ประเด็น ได้แก่

ให้กำลังใจ

ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชต้องการได้รับกำลังใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแสวงหา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ให้กำลังใจ สุขภาพจิตเรา (ผู้ป่วย) ก็จะได้ พุดคุย แต่ละคนจะมีพร่องไม่เหมือนกันมีปัญหา คนที่บ้าน อย่างพี่ปี้ถ้าทำงานเครียดจะเป็น เวียนศีรษะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“การพุดคุยให้กำลังใจ ... ให้คำปรึกษาปัญหาชีวิต การเจ็บป่วยของเรา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

“ให้กำลังใจคนใช้น่าจะดีขึ้น แต่เขา (พยาบาล) ไม่มีเวลาให้เรา
(ผู้ป่วย) ถึงขนาดนั้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14)

นอกจากกำลังใจจากพยาบาลแล้ว ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการได้รับกำลังใจจากญาติ เมื่อตนเองต้องเจอกับปัญหาที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เรารู้สึกไม่ค่อยดีเลย เรารู้สึกแย่มาก เสียใจ (น้ำตาเอ่อ) ...
อยากให้ทางบ้านให้กำลังใจมากกว่านี้ พ่อ แม่ พี่น้อง คอยดูว่าเราเจอ
ปัญหาอะไร เอ๊ะ ... ทำไมเราไม่พูด ทำไมเราร้องไห้”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

เอาใจใส่

จะเห็นได้ว่าการพูดคุย การแสดงความเอาใจใส่ เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องการจากพยาบาล เพราะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยหายไปเกือบครึ่งแล้ว ดังคำกล่าวที่ว่า

“การที่เธอ (พยาบาล) ดูแลเอาใจใส่ต่อ อ้อ ... เราก็หายไประยะหนึ่งแล้ว”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

ข) การสนับสนุนด้านข้อมูล

ผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความต้องการข้อมูล ข่าวสาร ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เนื่องจากผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ยังไม่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจิตจากหน่วยบริการปฐมภูมิมากนัก จึงมีความต้องการได้รับเอกสาร แผ่นพับ คู่มือ แจก หรือการอบรม เพื่อนำความรู้มาใช้ในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้ จำแนกเป็นประเด็นย่อย 3 ประเด็น ได้แก่

แจกเอกสาร แผ่นพับ

การให้ข้อมูลข่าวสารต่อผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการช่วยให้ผู้ให้บริการมีความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้

ดังกล่าวที่ว่า

“บ้ำว่าม่นน่าจะมีแผ่นพับ มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น
ไปก่อน ไม่ใช่ว่าไปถึงบูบก็ให้ไปหาหมอ น่าจะมีตัวเอกสารเล็กน้อยให้ไป
ช่วยในขั้นเริ่มต้นด้านสุขภาพจิตได้ พยาบาลก็ไม่มีเวลาให้ ถ้ามีแผ่นพับให้
ก็น่าจะปฏิบัติตัวได้ด้านสุขภาพจิต” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

“เพราะเดี๋ยวนี้นคนที่เป็นโรคแบบ (จิตเวช) นี้มันเยอะ มันก็คงจะมี
ข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคนี้ ให้คนเขาได้ศึกษาว่าอะไรมันคือสาเหตุ ถ้า
เป็นแล้วต้องดูแลอย่างไร รักษาอย่างไร” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

นอกจากนี้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมองว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ
มักจะมีเพียงเอกสารตามฤดูที่โรคต่างๆจะเกิด แต่ยังขาดเอกสารในด้านของสุขภาพจิตและจิตเวช
ไม่มี ดังกล่าวที่ว่า

“... ส่วนใหญ่จะเน้น พวก ... ถ้าเกิดหน้านี้มีไข้เลือดออกเยอะเขา
(พยาบาล) ก็จะมีเอกสาร หรือประกาศส่วนใหญ่จะเป็นช่วงที่มี โรคระบาด
นั้นโรคจิตไม่มีเลย อาจจะมีคู่มือคลายเครียด เอกสาร วิธีคลายเครียดเป็น
อย่างไรแต่ไม่เคยเห็นเลย เอกสารเล็กๆ วิธีคลายเครียดต่างๆ อนามัยไม่มี
เลย เขา (พยาบาล) จะไม่เน้นทางด้านนี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

การอบรมความรู้

นอกจากได้เอกสาร ข้อมูล เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติแล้ว ผู้ใช้บริการที่มีปัญหา
สุขภาพจิตและจิตเวชต้องการได้รับการอบรมให้ความรู้ เกี่ยวกับสุขภาพจิตเพื่อนำไปแก้ไขปัญหา
ของตนเอง ดังกล่าวที่ว่า

“ต้องการให้อบรมเดือนละครั้ง ผู้ป่วยในหมู่บ้านเกี่ยวกับสุขภาพจิต
... รู้เรื่องมากขึ้นด้านสุขภาพจิตให้รู้เรื่องมากขึ้น เพื่อเอาไปแก้ไขสุขภาพจิต
ของตัวเอง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

มีการประชาสัมพันธ์

นอกจากความต้องการในได้รับข้อมูล ข่าวสาร ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช ต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่ชัดเจน ซึ่งจะทำให้ผู้ใช้บริการทราบและได้ไปใช้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่ต้องไปรับการรักษาไกล ดังคำกล่าวที่ว่า

“เกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์ ... ก็ไม่รู้ เพราะพูดถึงอนามัยจะนึกถึงด้านร่างกายเกี่ยวกับว่าบาดเจ็บ ... ไม่ได้นึกถึงด้านจิตใจ แต่เกี่ยวกับทางจิตใจไม่ค่อยรู้ ไปหาหมอคู่มากกว่ามั้ง ... เพราะว่าถ้าอนามัยไม่ได้ประชาสัมพันธ์โรคแบบนี้(จิตเวช)นะ ว่าสามารถให้คำปรึกษาด้านจิตใจได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

นอกจากนี้ผู้ใช้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการให้องค์การบริหารส่วนตำบลได้เข้ามามีส่วนในการประชาสัมพันธ์ ให้ผู้ใช้บริการได้ทราบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างไรบ้าง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ให้ประชาสัมพันธ์ ให้อบต. ประชาสัมพันธ์ว่าไปรวมที่อนามัย คนที่เครียด มีพยาบาลให้คำแนะนำ ปรึกษา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

ค) การสนับสนุนจากเครือข่ายสังคม

การที่ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ได้รับความสนับสนุน จากหน่วยงานใน ชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ ย่อมทำให้ตนเองรู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้ง ยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่จะได้รับการดูแล ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จึงต้องการได้รับการดูแลจากหน่วยงานทางสังคมที่เห็นว่ามีความสำคัญและสามารถให้การช่วยเหลือได้ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งมีหน้าที่ในการในการดูแลในเรื่องของความเป็นอยู่ของประชาชน มีนโยบายในการดูแลประชาชนในทุกๆ ด้าน ทั้งในเรื่องของการประกอบอาชีพ รายได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“แล้วก็ อบต. ก็ควรจะดูแลครอบคลุมไป เพราะเป็นการกระจายอำนาจ ออกไปแล้ว อำนาจตรงนั้นก็ต้องช่วยเหลือประชาชนนะคะ ต้องมีหน้าที่เข้าไป ... ช่วยเหลือ พยาบาลประสานไปกับ อบต. ของความช่วยเหลือ เขา

(พยาบาล)ต้องประสานให้เรา(ผู้ป่วย) ก็ต้องดูแล อบต ก็ต้องดูแล” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

ผู้ให้บริการต้องการให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษา ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลที่ต้องเข้ามาดูแลในเรื่องของอาชีพ รายได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้ออนามัยมาดูแลบ้าง ไม่มีอาชีพทำ เขาถามว่ามีบัตรทอง ไหมบัตรทอง 30 บาท เราก็ไม่กล้าทำ ... จ่ายยาที่เดือนละร้อยกว่าบาท ไม่มีที่อื่นมาช่วยเลย อบต.ไม่เคยมาถามไถ่เลย อาชีพไม่แน่นอน ไม่มีรายได้ อยู่กับหลาน แล้วไม่มีหน่วยงานไหน ... เข้ามาช่วยเหลือเลย อบต.ก็ไม่มีมา เรื่องรายได้อยากให้มีหน่วยงานอื่นเข้ามา เพราะเราไม่มีนา ไม่มีไร่” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“แล้วตอนนี้ออนามัยก็ขึ้นอยู่กับ อบต. โครงการของตำบลพอไปรับ บริการ... อบต. ให้เงินน้อย ยาได้น้อย มีส่วนเกี่ยวข้องกับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

ง) การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณ

นอกจากความต้องการช่วยเหลือจากหน่วยบริการปฐมภูมิ จากองค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานอื่นให้เข้ามาช่วยเหลือเรื่องของรายได้ อาชีพ และค่ารักษาแล้ว ในเรื่องของศาสนาก็เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีความต้องการให้เข้ามาช่วยเหลือในด้านสภาพจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“วัดก็น่าจะช่วยได้ วัดก็มีธรรมะ เพราะป่าคิดว่าธรรมะช่วยให้คนมีสุขภาพจิตดี ไม่ให้โลก โกรธ หลง คนเราถ้าไม่โลก สบาย เงินร้อยๆ กินได้ทั้งเดือน ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

“แล้วก็อยากให่วัด ... เข้ามาเทศน์ให้เรา เกี่ยวข้องกับจิตใจ เพราะรู้สึกสบายใจขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

การเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจ เพราะฉะนั้นการสนับสนุนทางสังคมในแบบต่างๆ เป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชต้องการ ได้รับการจากสังคม ต้องการได้รับการช่วยเหลือ เนื่องจากเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกๆด้านทั้ง เช่น สัมพันธภาพ การทำงาน รายได้ การได้รับการช่วยเหลือจากสังคมจะช่วยลดความสิ้นหวัง ท้อแท้ หมดกำลังใจในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข พบประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (category) ดังนี้

ประเด็นที่ 1 : การมีสัมพันธภาพที่ดีในการให้บริการ คือ ผู้ใช้บริการต้องการให้พยาบาลเข้ามาพูดคุยด้วยคำพูดที่ดี เข้ามาซักถามถึงอาการที่เจ็บป่วย แม้จะมีเวลาเพียงเล็กน้อย ก็ทำให้สภาพจิตใจของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชรู้สึกดีขึ้น

ประเด็นที่ 2 : การบริการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ คือ ผู้ใช้บริการต้องการบริการด้านจิตใจที่ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พี่นฟูที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เพราะว่าอยู่ใกล้บ้าน สะดวก ไม่ต้องไปใช้บริการที่โรงพยาบาล

ประเด็นที่ 3 : การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ใช้บริการต้องการให้คำแนะนำทั้งผู้ป่วยและญาติ เพื่อป้องกันไม่ให้มีอาการมากขึ้น หรือช่วยให้ฟื้นฟู

ประเด็นที่ 4 : การให้คำปรึกษาจากพยาบาลเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถเผชิญกับปัญหาและลดการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวช

ประเด็นที่ 5 : การได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม ผู้ใช้บริการต้องการให้พยาบาลให้การรักษาในเบื้องต้น เมื่อเกินความสามารถในการรักษา ผู้ใช้บริการจึงต้องการให้พยาบาลประสานงานกับโรงพยาบาล และส่งผู้ป่วยให้ไปรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ประเด็นที่ 6 : การได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งการเจ็บป่วยทางจิต เป็นการเจ็บป่วยที่มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการให้พยาบาลเข้าไปติดตามผลการรักษา และการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจ และลดการกลับมาเป็นซ้ำ

ประเด็นที่ 7 : การดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ทางสุขภาพจิตและจิตเวช เนื่องจากผู้ใช้บริการต้องการพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพราะการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องการได้รับการดูแลเข้าใจ และยอมรับในอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน

ประเด็นที่ 8 : การสนับสนุนทางสังคม ผู้ใช้บริการต้องการได้รับการดูแลจากสังคม ต้องการได้รับการช่วยเหลือ เนื่องจากเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิต เป็นการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีหวังที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

อภิปรายผล

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด และความคิดเห็นที่ถ่ายทอดประสบการณ์ตรงของบุคคล ตามสถานการณ์ที่เป็นจริงของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ผู้วิจัยต้องแยกความเชื่อและสิ่งที่ผู้วิจัยรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา (Koch, 1995) ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้มาใช้หน่วยบริการปฐมภูมิ เขตพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ผู้ให้ข้อมูล 15 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามแนวทางของ Burnard (1991) ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถแบ่งเป็นประเด็นหลัก (theme) และประเด็นย่อย (category) ได้ดังต่อไปนี้

- ประเด็นที่ 1 การมีสัมพันธภาพที่ดีในการให้บริการ
- ประเด็นที่ 2 การบริการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ
- ประเด็นที่ 3 การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งประกอบด้วยประเด็นย่อย คือ ก) คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ข) คำแนะนำแก่ญาติ
- ประเด็นที่ 4 การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต
- ประเด็นที่ 5 การได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม
- ประเด็นที่ 6 การได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง
- ประเด็นที่ 7 การดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
- ประเด็นที่ 8 การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย คือ ประเด็นย่อย ก) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ ข) การสนับสนุนด้านข้อมูล ค) การสนับสนุนจากเครือข่ายสังคม ง) การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นถึงความต้องการของผู้ใช้บริการต่อความต้องการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกเป็น 8 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 : การมีสัมพันธภาพที่ดีในการให้บริการ

การดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับปฐมภูมิ อยู่ในความรับผิดชอบของสถานีนอมาลัย หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นสถานบริการทางสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด มีการบริการที่ครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างเข้มแข็ง รวมทั้งการดูแลรักษาเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยพยาบาลต้องทำงานในลักษณะเชิงรุก เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน ต้องรับผิดชอบต่องานที่มีลักษณะหลากหลาย ครอบคลุมการดูแลสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบทุกกลุ่มอายุ แม้ว่าต้องให้บริการที่เน้นงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพเป็นหลัก แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องให้บริการดูแลรักษาเบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีผู้ให้บริการมารับบริการค่อนข้างมาก ทำให้พยาบาลต้องรีบทำงานให้เสร็จภายในเวลาที่กำหนด ทำให้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการมีความเหินห่าง โดยเฉพาะผู้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งมีปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ซึ่งต้องการได้รับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจากพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง

สัมพันธภาพ คือ กระบวนการที่บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป ติดต่อกันสื่อสารทำความเข้าใจกัน และสนิทสนมกัน ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะได้รับผลกระทบซึ่งกันและกัน สัมพันธภาพเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกประเภท (อรรถพรณ ลือบุญวณิชชัย, 2543) ซึ่งสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย คือ สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ โดยในการพยาบาลจิตเวชนั้น พยาบาลและผู้ป่วยจิตเวชจะมีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด คือ กระบวนการที่พยาบาลและผู้บริการมีสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องตามขั้นตอน ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจต่อกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล โดยพยาบาลต้องนำความรู้ทักษะทางวิชาชีพตลอดจนการใช้ตนเองเพื่อการบำบัด เพื่อเป็นการให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง สามารถนำศักยภาพของตนเองมาใช้ในการแก้ปัญหาหรือเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2547)

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มาใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความต้องการในเรื่องของสัมพันธภาพที่ดีในการให้บริการจากพยาบาล จำแนกเป็น 2 ประเด็นคือ ต้องการให้พูดดี และถามไถ่ซักชวนพูดคุย เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานีอนามัย เป็นสถานบริการทางสุขภาพที่ประชาชนในต่างจังหวัด เข้าไปสัมผัสในเรื่องของการรักษาได้ง่ายกว่าโรงพยาบาล ดังนั้นในเรื่องของการบริการที่เป็นมิตรเป็นกันเอง พยาบาลเข้ามาพูดคุยย่อมเป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการต้องการได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hansson et al. (2001) ซึ่งทำการศึกษเปรียบเทียบความคิดเห็น ของผู้ให้บริการและผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนพบว่าผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่า มีความต้องการในเรื่องของการมีสัมพันธภาพที่ดี จากผู้ให้บริการซึ่งมีความสำคัญมาก และส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งการใช้คำพูดที่ดีของผู้ให้บริการย่อมช่วยให้ผู้ป่วยลดความอ่อนคลายความทุกข์ มีสภาพจิตใจดีขึ้นในการดำเนินชีวิต สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยเมื่อผู้ให้บริการมีท่าทางเอาใจใส่ สนใจถามไถ่ผู้ป่วยถึงอาการเจ็บป่วยที่มา เป็นการประคับประคองด้านอารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ (ยุพาพิน ประสารอริคม, 2535) จะช่วยให้ผู้ใช้บริการมีจิตใจดีขึ้นในการที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Messner (1993) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเวชต้องการจากพยาบาล พบว่าผู้ป่วยต้องการได้รับความสนใจในความเป็นตัวตนของผู้ป่วยมากกว่าโรค และต้องการสัมพันธภาพที่ดีจากพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของอรวรรณ ปิลันธน์โอวาท (2542) พบว่าผู้ใช้บริการต้องการบริการพยาบาล ที่พยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดี ซักถามพูดคุยกับผู้ใช้บริการ สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร สุภาพ ร่าเริง ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ และสบายใจเมื่อได้พบเจอพูดคุยกับพยาบาลที่สัมพันธภาพในบริการที่ดี โดยการถามไถ่จะทำให้พยาบาลทราบความต้องการของผู้ป่วย และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถที่จะปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (ลักษณะ จิตดีโพบูลย์, 2538)

ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีความแตกต่างจากผู้ให้บริการโดยทั่วไปในเรื่องของสัมพันธภาพ เนื่องจากผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีความไวต่อความรู้สึก มองตนเองในด้านลบ และขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ใช้บริการกลุ่มนี้จึงต้องการได้รับการดูแลรักษาจิตใจมากกว่าผู้ใช้บริการทั่วไป ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นสถานบริการที่ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่าสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ และมีความใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการมากที่สุด ต้องมีการให้บริการที่เน้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการทั้งในสถานบริการและชุมชน เปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการได้เข้ามาพูดคุย เพื่อแสดงความเอาใจใส่ในสิ่งที่ผู้ใช้บริการต้องการจากพยาบาล และผลจากการสร้างสัมพันธภาพของ

พยาบาล จะเป็นการช่วยให้ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเกิดความรู้สึกอบอุ่น ใจกว้างใจ ระบุว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับตัวผู้ใช้บริการ ซึ่งสัมพันธ์ภาพเชิงวิชาชีพเหล่านี้ ช่วยทำให้ผู้ใช้บริการเกิดการฟื้นฟูของโรคได้เร็วขึ้น

ประเด็นที่ 2 : การบริการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ

หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) เป็นสถานบริการขั้นต้น ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด แต่มีข้อจำกัดในเรื่องของยาและอุปกรณ์ที่จำกัด จึงเป็นอุปสรรคในการรับบริการเพราะถ้าไม่มียา ไม่มีอุปกรณ์ ประชาชนก็ไม่ไปใช้บริการ แต่ข้อดีคืออยู่ใกล้บ้าน เช่นเดียวกับผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีความต้องการในเรื่องของยา เพื่อไม่ต้องเดินทางไปรับยาไกลถึงโรงพยาบาลที่อยู่ในตัวเมือง เพราะการเดินทางลำบาก ถ้าไม่มีรถเป็นของตนเองก็ต้องเสียเงินในการจ้างรถไปโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ใช้บริการบางคนมีรายได้ต่ำ ต้องพักพิงอยู่กับญาติ โดยไม่มีอาชีพ ซึ่งเงินจำนวนเล็กน้อยก็มีค่า เพราะมันคือค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต ซึ่งการที่ต้องเสียรถโดยสารออกไปก็ถือว่าเป็นเงินที่มาก จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มาใช้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความต้องการได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ จำแนกเป็นประเด็นย่อย 3 ประเด็นคือ คือ มีความต้องการการดูแลรักษา การส่งเสริมป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นของความต้องการการดูแลรักษา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความต้องการได้รับยาจิตเวชจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เนื่องจากการที่เจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ส่วนใหญ่ผู้ที่เจ็บป่วย มีความจำเป็นที่ต้องรับยาจากโรงพยาบาลไปรับประทานต่อขณะอยู่ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรา จงสกุลและคณะ (2540) พบว่าการเจ็บป่วยเนื่องจากโรคจิตเภท ผู้ป่วยต้องมารับยาต่อที่โรงพยาบาลที่ไกลบ้าน เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถจ่ายยาจิตเวชได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา ประสบปัญหาความยากลำบากในการมารับยา สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทิรา พัวสกุล และคณะ (2536) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ การสาธารณสุขมูลฐาน กลยุทธ์แบบบูรณาการของโครงการสุขภาพจิตชุมชน พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช คือการขาดเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ มีขีดจำกัดในการใช้ยาจิตเวชในการให้บริการที่สถานีอนามัย ทำให้ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อการรักษาที่สถานีอนามัยมีน้อย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีการข้ามขั้นตอนของการใช้บริการทางสุขภาพขั้นต้น ผู้ป่วยจึงเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาล โดยไม่เลือกใช้บริการที่สถานีอนามัย

นอกจากนี้การศึกษาของ วชิระ เพ็งจันทร์ และสมจิตต์ ฤประสงค์ (2537) ได้ทำการสำรวจยาที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเวชที่สถานเอนาเมย์ พบว่าส่วนใหญ่สถานเอนาเมย์มีแค่ Diazepam ชนิดกิน และความมั่นใจในการใช้ยาทางสุขภาพจิตและจิตเวชของเจ้าหน้าที่สถานเอนาเมย์ยังมีน้อย และมีปัญหาการใช้ยาทางจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประเด็นความต้องการบริการการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ให้ความคิดเห็นว่าปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่มีเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ก่อให้เกิดความเครียดและการเจ็บป่วยทางจิตใจได้ง่ายขึ้น ถ้าประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ตั้งแต่เริ่มแรก ก็จะทำให้ลดอุบัติการณ์การเจ็บป่วยทางจิต ดังนั้นการส่งเสริม ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช คือเรื่องของความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น เพื่อสามารถป้องกันหรือจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามาคุกคามและก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจ เมื่อผู้ใช้บริการสามารถป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตใจของตนเองได้ ก็จะทำให้ผู้ใช้บริการไม่ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยด้านจิตใจที่สามารถป้องกันได้ ไม่ต้องพึ่งยา ไม่ต้องพึ่งการรักษาที่เกินความจำเป็น และไม่ต้องเสียเงินไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

ประเด็นของความต้องการฟื้นฟูสภาพ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความต้องการการฟื้นฟูสภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตใจมักจะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง หากไม่ได้รับการดูแลรักษา ผู้ป่วยบางรายก็จะมีอาการแย่ไปตามกาลเวลา ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่ยังหลงเหลืออยู่ ไม่ให้การเจ็บป่วยที่ยังเหลืออยู่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต (วาริทธินันท์ เมธภัทร, 2544) หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยงานทางสุขภาพที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ และผู้ใช้บริการเข้าถึงง่ายที่สุด สามารถให้การบริการฟื้นฟูทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นความคาดหวังของผู้ใช้บริการ แต่ในความเป็นจริงพบว่าสิ่งที่ผู้ใช้บริการคาดหวังกับสิ่งที่ผู้ใช้บริการคาดหวังเดินสวนทางกัน ส่วนใหญ่ผู้ใช้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน สามารถเข้าถึงบริการฝ่ายกายได้สะดวก แต่บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่จำเป็นต้องการได้รับ ทั้งการส่งเสริมป้องกัน การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพ พบว่าผู้ใช้บริการยังมีความต้องการมากขึ้น

ประเด็นที่ 3 : การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

สภาพสังคมและปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดปัจจุบัน ทำให้มีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากปริมาณผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลจิตเวชที่มีปริมาณสูงขึ้นทุกปี เนื่องมาจากปัญหาต่างๆ ในปัจจุบันที่เพิ่มความเครียดด้านจิตใจ ทำให้ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งอาจมีการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และต้องดูแลตนเองอยู่ที่บ้าน และในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ต้องการคำแนะนำด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองด้วยวิธีการที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังต้องการให้คำแนะนำครอบครัว เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ใช้บริการมีการเจ็บป่วยทางจิตใจทุเลาลง หรือผ่อนคลายความทุกข์ ความเครียดที่เผชิญลงได้ มีประเด็นย่อย ได้แก่ ก) คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ข) คำแนะนำแก่ญาติ

ก) คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้ที่มีปัญหาบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความต้องการได้รับคำแนะนำที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จำแนกเป็นประเด็นย่อย 4 ประเด็นคือ ผู้ใช้บริการต้องการได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัว ว่าควรจะทำปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อเริ่มมีอาการ แนะนำเรื่องการรับประทานยา แนะนำการดูแลทางด้านร่างกาย แนะนำไปรักษาที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของเพลินพิศ จันทร์ศักดิ์ และคณะ (2539) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา ผู้ป่วยจึงต้องการได้รับคำแนะนำในการรับประทานยา เพื่อให้สามารถรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง นอกจากนี้การเจ็บป่วยทางจิตมีความเกี่ยวข้องกับด้านร่างกาย ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตมักมีปัญหาเรื่อง นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย ผู้ใช้บริการจึงต้องการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตน ด้านร่างกายควบคู่ไปกับการปฏิบัติตนด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง เฟงสุวรรณ (2541) เรื่องความคิดเห็นของผู้ใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อการบริการของพยาบาลที่เห็นว่ามีการให้ข้อมูลไม่ละเอียด และเสนอแนะว่าควรอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตนและคำแนะนำด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังหรือ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตนั้นมีความต้องการขั้นพื้นฐานทั่วไป เช่น ต้องการความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่และการรักษาที่ต้องการพยาบาลที่ได้รับ ต้องการความรู้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (สถิตย์ วงศ์สุรประภิต, 2542) ซึ่งผู้ป่วยจิตเวช มีความรู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับบริการให้คำแนะนำการรักษาและการตอบข้อสงสัย ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องถูกต้อง ก็จะส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามมา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

ข) คำแนะนำแก่ญาติ

ครอบครัวเปรียบเสมือนที่พึ่งทางใจของสมาชิก เมื่อใครมีปัญหาจะได้รับการดูแลกันในครอบครัว นอกจากครอบครัวมีหน้าที่ถ่ายทอดวิถีการดำเนินชีวิตแล้ว ยังให้ความอบอุ่นอบรมเลี้ยงดู และความมั่นคงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม (อมรา พงศาพิชญ์, 2538) และเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในสมาชิกของครอบครัว โดยเฉพาะการเจ็บทางด้านจิตใจ ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตก็ต้องการได้รับการดูแลจากครอบครัว เรื่องของการให้การช่วยเหลือในการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยเช่นกัน

การประเมินบริบทของชุมชนที่ผู้วิจัยศึกษาพบว่า เป็นชุมชนชนบท แม้จะมีความเจริญต่างๆ เข้ามามากมาย สมาชิกในชุมชนก็ยังคงเป็นครอบครัวขยายที่มีพ่อ แม่ พี่น้อง ปู่ย่า ตายาย ที่คอยดูแลซึ่งกันและกัน อาจจะไม่ได้อยู่ในบ้านเดียวกัน แต่เป็นบ้านที่ปลูกใกล้ชิดกัน รับรู้เรื่องราวความเป็นไปของสมาชิกในเครือญาติ ผู้ใช้บริการที่เกิดการเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความต้องการให้พยาบาลให้คำแนะนำแก่ครอบครัวของตนเอง เพื่อให้การดูแลและเข้าใจถึงการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของตนเองที่เกิดขึ้นมาว่าจะต้องดูแลอย่างไรให้ดีขึ้น จึงต้องการให้พยาบาลแนะนำสมาชิกในครอบครัว ในการปฏิบัติตนกับผู้ป่วยอย่างไร เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำอีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ปานดอก (2543) กล่าวว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางคน ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับยาที่รักษาโรคทางจิตเวช เช่น ให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา เพราะไม่ยอมให้ผู้ป่วยถูกมองจากชุมชนว่าเป็นโรคจิต และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรพีร์ เกิดจัน และคณะ (2542) พบว่าญาติและผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตน้อยกว่าญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มารับรักษาซ้ำ นอกจากนี้การศึกษาของไพรวลัย รมซ่าย และคณะ (2546) ที่ศึกษาเรื่องการบริการสุขภาพจิตชุมชน และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวก็ได้ผลการวิจัยที่สอดคล้องกัน โดยพบว่าการที่ญาติมีส่วนร่วมกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ช่วยครอบครัว เช่น หุงหาอาหาร ทำความสะอาด การประคบอาชียตามความสามารถของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยร่วมงานในสังคมหมู่บ้านได้เป็นต้น จะช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น อีกทั้งการศึกษาของปรารธนา บริจันทร์ และคณะ (2536) ที่พบว่า การช่วยเหลือจากญาติสนิท จะทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น รวมไปถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังผลการศึกษาของ กรองจิต เมืองวุฒิ (2537) ที่พบว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการกำหนดว่า ควรนำผู้ป่วยมารักษาในสถานรักษาใด และส่วนหนึ่งของปัญหาการที่ผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำ มักมาจากปัจจัยญาติและครอบครัวที่ยังไม่พร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ , 2543)

ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ เห็นความสำคัญของการให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จึงมีความต้องการให้พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิเล็งเห็นความสำคัญ และเข้ามาให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิตทั้งแก่ตนเองและครอบครัว เพื่อให้ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำคำแนะนำมาดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องทั้งร่างกายและจิตใจ

ประเด็นที่ 4 : การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

สังคมที่ผู้วิจัยศึกษาเป็นชุมชนที่ประชาชนมีความใกล้ชิดผูกพันกัน แม้กระทั่งหน่วยงานของรัฐที่ตั้งอยู่ในชุมชนประชาชนก็ให้ความใกล้ชิดผูกพัน ให้ความรู้สึกรู้สีกว่าเจ้าหน้าที่ในหน่วยราชการเปรียบเสมือนเป็นสมาชิกของชุมชน เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิก็เป็นสถานบริการที่อยู่ในชุมชน พยาบาลเป็นบุคลากรที่รู้จักผู้ใช้บริการเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกถึงความไว้วางใจที่จะเข้าไปพูดคุยในเรื่องที่ไม่สบายใจของตนกับพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่ผู้ใช้บริการคาดหวังว่าจะได้รับคำปรึกษา เพื่อให้ตนเองบรรเทาจากความเจ็บป่วยทางจิตใจ สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เพราะผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้มีปัญหาทางด้านจิตใจกับอารมณ์ควบคู่กันไป มักมีสาเหตุจากความไม่สามารถในการปรับตัวต่อการเผชิญปัญหา ทำให้ผู้ป่วยต้องการได้รับคำปรึกษาจากพยาบาลที่เปรียบเสมือนญาติ นอกจากนี้ผู้ใช้บริการยังต้องการให้พยาบาลให้คำปรึกษากับประชาชนในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตกับประชาชนในชุมชน จำแนกเป็นประเด็นย่อย 2 ประเด็น คือ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความต้องการได้รับคำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จากพยาบาลในด้านการเผชิญปัญหาที่ตนเองต้องประสบ เช่น ความเครียด ปัญหาชีวิตต่างๆ เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีความเข้าใจในตนเองและปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดกอดไม่รู้ว่าระบายปัญหากับใคร ซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมานใจมากขึ้น ส่งผลต่อการเกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงขึ้น โดยการให้คำปรึกษา (counseling) เป็นทักษะในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาในกรณีเครียด วิตกกังวล หรือกรณีภาวะยากลำบาก วิกฤตของบุคคล เมื่อเผชิญกับเรื่องที่ร้ายแรง (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ Boardman (2004) ศึกษาความต้องการทางด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับคำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต แต่ไม่ได้รับการตอบสนองของความ ต้องการ แต่อย่างใด (Unmet need) นอกจากนี้จินตนา ยูนิพันธ์ (2543) ได้กล่าวไว้ว่า การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาด้านสุขภาพควรมีเป้าหมายที่ชัดเจน เพราะผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตต้องการคำปรึกษาที่ชัดเจน เพื่อไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ใช้บริการต้องการให้พยาบาลให้คำปรึกษากับประชาชนในชุมชน

ในการส่งเสริมป้องกันให้ประชาชนซึ่งเป็นสมาชิกของชุมชน มีการพัฒนาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และมีความสุข (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2547) เพื่อลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ต. สกุล (2535) พบว่าการให้คำปรึกษาจะช่วยเหลือให้ บุคคลรู้สึกและยอมรับตนเอง มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจนแก้ปัญหาได้

ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นผู้ที่มีความยากลำบากในการเผชิญกับปัญหามากกว่าผู้ใช้บริการโดยทั่วไป ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม และป้องกันการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนในชุมชน

ประเด็นที่ 5 : การได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม

การส่งต่อเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม ดังนั้นพยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องสามารถประเมินถึงการเจ็บป่วยทางจิตใจที่เพิ่มขึ้นว่ามีความรุนแรงเกินศักยภาพของการรักษาของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือไม่ และมีความจำเป็นที่จะต้องส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสมหรือไม่ เนื่องจากผู้ที่เจ็บป่วยทางด้านจิตใจเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในระยะแรก ผู้ป่วยบางคนจะไม่รู้และเข้าใจ ว่าตนเองมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเกิดขึ้นจึงละเลยไม่ได้สนใจที่จะรักษา ทำให้มีอาการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความต้องการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสมจากพยาบาล จำแนกเป็นประเด็นย่อย 2 ประเด็น คือ พยาบาลสามารถประเมินสภาพการเจ็บป่วยเบื้องต้น และส่งต่อเมื่ออาการกำเริบรุนแรง จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ใช้บริการมีระดับการศึกษาต่างกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิตมีความต้องการให้พยาบาลเข้ามาดูแลรักษาในระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต หากมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นก็ต้องการให้พยาบาลส่งต่อ เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ใช้บริการไม่ต้องการเจ็บป่วยที่มากขึ้น เพราะต้องใช้ระยะเวลาการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน สอดคล้องกับเกษม ตันติผลาชีวะ (2536) ที่กล่าวว่า ผู้ที่เจ็บป่วยด้านจิตใจจะมีสมาธิและความอดทนในการรักษาสั้น อาจไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการกำเริบและเป็นเรื้อรัง จึงทำให้ผู้ป่วยต้องการได้รับความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น และต้องการให้พยาบาลส่งต่อให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมในสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อให้ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพราะว่าการที่ได้รับการส่งต่อ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้มีบุคลากรด้านสุขภาพเข้ามาดูแลก่อนเบื้องต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของสถาบันวิจัย

ระบบสาธารณสุข (2545) ซึ่งพบว่าพยาบาลต้องทำหน้าที่ประสานการส่งต่อผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ไปยังสถานบริการในระดับที่สูงขึ้น หากเกินขอบเขตความสามารถของตน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและทันที่

ประเด็นที่ 6 : การได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจเป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนานและเรื้อรัง และในปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวช มีนโยบายรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษามีเมื่อมีอาการรุนแรง และใช้เวลารักษาสั้นๆ เพียง 3-4 สัปดาห์ เน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชได้อยู่กับครอบครัวมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2541) เมื่ออาการทุเลาแพทย์จึงอนุญาตกลับบ้าน ทำให้ในบางครั้งผู้ป่วยยังมีความผิดปกติทางจิตใจหลงเหลืออยู่ มีความทนต่อความเครียดทางด้านจิตใจน้อยลง ทำให้มีปัญหาในการปรับตัวและปัญหาในการติดต่อสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่น (Kaplan & Sadock, 1995) รวมถึงการไม่รับประทานยาตามการรักษาของแพทย์ (Sullivan, Well, Morgenattem & Leake, 1995) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านไปอยู่ที่บ้าน ส่วนใหญ่จึงมีความต้องการการช่วยเหลือ (Rose, 1996) ให้มีการติดตามผลของการรักษาและการดูแลที่ต่อเนื่อง

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความต้องการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากพยาบาล ให้เข้าไปติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อกลับมาจากการจำหน่ายออกของโรงพยาบาล ผู้ใช้บริการต้องการให้พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เข้าไปถามถึงอาการการเจ็บป่วยว่าเป็นอย่างไรบ้าง เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตใจมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ นอกจากนี้ปัจจุบันชีวิตความเป็นอยู่ในชุมชนของผู้ให้ข้อมูลจะค่อนข้างเจียบเหงา โดยเฉพาะช่วงกลางวันที่ทุกคนต้องออกไปทำงาน ไปทำไร่นา เมื่อผู้วิจัยเข้าไปในหมู่บ้านจะมีผู้คนอยู่ค่อนข้างน้อย คนที่ไปทำงานจะกลับเข้าบ้านมาก็ค่อนข้างเย็นมาก ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ได้ทำงานจะต้องอยู่บ้านคนเดียว สอดคล้องกับ สุภรัตน์ เอกอัศวิน (2545) ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นสิ่งที่จำเป็น ดังนั้นบุคลากรพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยบริการอยู่ใกล้บ้าน ควรจะต้องมีหน้าที่มีการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดโอกาสขาดยา หรือโอกาสเกิดซ้ำของโรค และนอกจากนี้การที่พบว่าผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชต้องการให้พยาบาลเข้าไปเยี่ยม ทั้งในขณะที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย สอดคล้องกับวิลาวัลย์ เสนารัตน์ และประยงค์ ลิ้มตระกูล (2538) ที่กล่าวว่า ปัจจุบันประชาชนมีความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านมากขึ้น เนื่องจากโรคทางด้านจิตใจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ในระยะเวลานั้นๆ

นอกจากนี้จากการศึกษาของกัลยาณี โนนินทร์ (2542) เรื่องการดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่านโยบายดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร ไม่มีงบประมาณสนับสนุน พื้นที่ในการให้บริการมีมากเกินไปและอยู่ห่าง ไม่มีมาตรฐานการให้บริการดูแลที่บ้าน การติดตามประเมินผล การให้บริการขาดความต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ

การดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้าน เป็นงานพยาบาลมุ่งให้บริการแก่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งแทรกอยู่ในทุกงานไม่ว่าจะเป็นงานรักษาเบื้องต้น การส่งเสริม การป้องกันสุขภาพ และการฟื้นฟู ทั้งในขณะไม่เจ็บป่วย จนถึงการเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่ยังคงพบว่าพยาบาลยังมีความสนใจในการเยี่ยมบ้าน เนื่องจากพยาบาลขาดทักษะ ประสบการณ์ในการดูแลครอบครัวและชุมชน (รวมพร คงกำเนิด, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรา ธิรลภ และคณะ (2540) พบว่าส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจะขาดความมั่นใจในการให้บริการ ไม่ว่าจะเป็นคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติตลอดจนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลที่ต่อเนื่อง พยาบาลซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องนึกถึงการเยี่ยมผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่บ้าน พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพตนเองในการที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ 7 : การดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ปัญหาสุขภาพจิต เป็นปัญหาที่สำคัญและนับวันทวีความรุนแรงเพิ่มมากยิ่งขึ้นในสังคม เนื่องจากปัจจุบันสภาพสังคมทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต จากความเครียด ความกดดันต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน จึงทำให้ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช คาดหวังที่จะได้รับการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จากพยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากการพยาบาลจิตเวชเป็นการพยาบาล ที่ต้องสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งในการทำความเข้าใจกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชนั้นเป็นสิ่งที่ยาก ลึกซึ้งและซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้ที่มีการกระทำ ความคิด การรับรู้ที่ผิดไปจากปกติ จึงต้องอาศัยความรู้และทักษะที่เฉพาะ จากพยาบาลในการดูแลผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากผลการวิจัย พบว่าผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความต้องการพยาบาลที่มีความรู้เฉพาะทางด้านสุขภาพและจิตเวช และมีทักษะในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตใจ สามารถให้การดูแลเฉพาะโรคทางจิตใจได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภัทรา ธิรลภ และคณะ (2541) ซึ่งพบว่าปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการ

สุขภาพจิตที่พบมากที่สุดคือ การขาดบุคคลากร รองลงมาคือ การที่บุคคลากรขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ทำให้ขาดความมั่นใจในการให้บริการ ไม่ว่าจะเป็นคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาความรู้และทักษะของบุคคลากรพยาบาลในหน่วยบริการระดับนี้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ละเอียด แจ่มจันทร์ (2545) กล่าวว่า การพัฒนาความรู้ ทักษะในการให้บริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ จำเป็นต้องได้รับการทบทวนเติมเต็ม เพื่อให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการให้บริการเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุคนธา รัตนา (2543) พบว่าผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ขาดความรู้ ความชำนาญ และขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ไม่มีผู้ให้คำปรึกษา ขาดแหล่งสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และจากการศึกษา โครงการระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบครบวงจรของ คปสอ. อำเภออากาศอำนวย จังหวัด สกลนคร (2543) พบว่าผู้ให้บริการขาดความรู้ ทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วย

ทิศทางของการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ของประชาชนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ของประชาชนที่เปลี่ยนไป แม้กระทั่งในชุมชน ซึ่งพบว่าประชาชนมีการเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการพยาบาลที่มีความรู้ ความมั่นใจในการให้การดูแลทางด้านจิตใจแก่ประชาชนในชุมชน และให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักที่ให้บริการต่อเนื่องในหน่วยบริการปฐมภูมิ (รวมพร คงกำเนิด, 2545) ดังนั้นในส่วนของนโยบายควรมีการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือจัดบุคลากร อาทิเช่น พยาบาลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เข้ามาให้การดูแลด้านสุขภาพและจิตเวชแก่ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งประชาชนและชุมชนที่ใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นที่ 8 : การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยสนับสนุนผู้ป่วย ต่อการฟื้นฟูสภาพในทางที่ดีขึ้นจากการเจ็บป่วย (Stewart and Tilden, 1995) ซึ่งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีแนวโน้มที่จะลดการเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และสังคมดังกล่าวและเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังนานๆ (Quinlan & Ohlund, 1995) แต่ยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง แต่ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความสนใจ และขาดแรงจูงใจ (Kaplan & Sadock, 1995) ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องของสัมพันธภาพ การทำงาน เศรษฐกิจ และการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ผู้ใช้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการ

ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีประเด็นย่อย ได้แก่

ก) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ ข) การสนับสนุนด้านข้อมูล ค) การสนับสนุนจากเครือข่ายสังคม ง) การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณ

ก) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์

การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ คือ การได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ ความเข้าใจ และความไว้วางใจ (Cobb, 1976) ตอบสนองความต้องการด้านความรัก และการเอาใจใส่ (จุฑา ภูไพบุรณ, 2541) ทั้งจากบุคลากรสุขภาพและครอบครัว ซึ่งผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความต้องการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ต้องการให้ครอบครัวให้กำลังใจ เข้ามาพูดคุยเมื่อผู้ป่วยไม่สบายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของปริตต์หทัย แก้วมณีรัตน์ (2534) พบว่าสมาชิกครอบครัวมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยที่ดี ให้คำปรึกษา ปลอดภัย ให้กำลังใจ มีส่วนช่วยบรรเทาอาการรุนแรงของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Rose (1996) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้ดูแลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของจรัสพร กิริติเสวี (2544) พบว่าการบ่นและการแสดงความไม่ไว้วางใจ การหลีกเลี่ยงการสื่อสาร รวมถึงไม่สามารถบอกความรู้สึกหรือความต้องการให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ ส่งผลไม่ให้อาจจัดการพฤติกรรมบางอย่างที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญ ในการสนับสนุนการรักษาผู้ป่วยที่ได้ผลดีที่สุด และเป็นผู้ตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยมากที่สุด (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538)

นอกจากนี้ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความต้องการให้พยาบาลดูแลรักษา เอาใจใส่ และให้กำลังใจ ซึ่งถือว่าพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญที่สุดในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Stewart, 1993) เนื่องจากการเอาใจใส่คอยให้กำลังใจ เป็นการประคับประคองด้านอารมณ์ เพื่อระบายความคับข้องใจในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางด้านจิตใจ (ยุพาพิน ประสารอริคม, 2535)

ข) การสนับสนุนด้านข้อมูล

การสนับสนุนด้านข้อมูล คือ การได้ข้อมูลข่าวสาร การบอกแนวทาง การปฏิบัติ สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก จากผลการวิจัย พบว่าผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความต้องการ เอกสาร คู่มือคลายเครียด การดูแลตนเองเพื่อลดความเครียด และต้องการ

ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตที่มีความทันสมัย แต่ในปัจจุบันสื่อทางด้านสุขภาพจิตยังไม่เพียงพอกับความต้องการของประชาชน ซึ่งการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร มีผลต่อการลดความเครียด ทำให้สามารถปรับและเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะเครียด และสามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียดได้ (Deleys, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ Raphael (1993) พบว่าฝ่ายภยานั้นงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพได้รับการยอมรับมานานแล้ว เห็นได้จากเจ้าหน้าที่ในสถานเอนามัย มักแนะนำให้ผู้ใช้บริการออกกำลังกาย หรือการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ซึ่งถ้าผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้สามารถป้องกันหรือดูแลตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ ภัทรา ภิลลาภ และคณะ (2541) ซึ่งพบว่า ปัญหาและความต้องการในการดำเนินงานให้บริการด้านสุขภาพจิต คือ ปัญหาในการสนับสนุนสื่อต่างๆ เช่น เอกสาร หนังสือ คู่มือ ภาพพลิก มีปริมาณไม่เพียงพอ และการจัดส่งล่าช้า ซึ่งทำให้เป็นปัญหาอุปสรรคในการให้บริการด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตแก่ผู้ให้บริการไม่เพียงพอ และล่าช้า

เนื่องจากปัจจุบันความต้องการดูแล เพื่อส่งเสริมสุขภาพในภาวะปกติมีสูง ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนมีการศึกษามากขึ้น และสื่อสิ่งพิมพ์ด้านสุขภาพกว้างขวางมากขึ้น จึงทำให้ผู้ให้บริการมีความเอาใจใส่สุขภาพอนามัยของตนเองเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันข้อมูลข่าวสาร และสื่อต่างๆ สามารถเข้าถึงประชาชนมากขึ้น ทำให้ความตระหนักของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับสิทธิที่พึงจะได้รับจากบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมีมากขึ้น จึงเป็นสิ่งที่เสริมให้ผู้ให้บริการเรียกร้องเรื่องการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสถานบริการทางสุขภาพ ปัจจุบันมีความกระตือรือร้นในการผลิตสื่อต่างๆ ออกมาให้ผู้ให้บริการทางสุขภาพได้สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากจะเน้นด้านสื่อสุขภาพกายแล้วในสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวกับสื่อสุขภาพจิต ก็จำเป็นต้องให้ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็วทันสมัยและต่อเนื่อง

นอกจากนี้ผู้ให้บริการต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์ เนื่องจากการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบริการมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ให้บริการได้ทราบถึงลักษณะของการบริการตลอดจนคุณค่าและประโยชน์ของการมาใช้บริการ เนื่องจากผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ยังไม่ทราบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมีการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จึงไม่ได้ไปใช้บริการรักษาเบื้องต้นทางสุขภาพจิตและจิตเวช แต่ส่วนใหญ่มักจะนึกถึงบริการที่เกี่ยวกับด้านร่างกายมากกว่า ประชาชนจึงพึง หมอดู หมอผี ให้เป็นที่ปรึกษาทางด้านจิตใจแทน บางคนก็สะสมปัญหาไว้จนถึงระดับหนึ่งที่จิตใจ ความคิด อารมณ์ ไม่สามารถปรับตัวได้อีกเกิดภาวะวิกฤติทางอารมณ์ จนมีความเจ็บป่วยทางจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ มนต์นิตย์ บุญยทรรศพ (2538) กล่าวไว้ว่า ผู้ให้บริการด้านสุขภาพต้องการให้มีการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับการบริการทางสุขภาพ

เนื่องจากการได้รับการประชาสัมพันธ์ ทำให้ผู้ใช้บริการทราบว่ามีการบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ส่งผลให้ไม่ต้องไปรับบริการที่ไกลบ้าน ไปมาสะดวก

ค) การสนับสนุนจากเครือข่ายสังคม

เครือข่ายสังคม หมายถึง กลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อกันและกัน ลักษณะของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในสังคม หรือการเชื่อมโยงซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล ที่ก่อให้เกิดสายใยผูกพันของครอบครัว เพื่อน และกลุ่มคนในช่วงชีวิตของคน ซึ่งการสนับสนุนจากเครือข่ายสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การเจ็บป่วยด้านจิตใจผู้ป่วยยังมองว่าน่าอาย สังคมมองว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้านจิตใจเป็นคนโรคจิต ทำให้ผู้ป่วยบางคนปิดบังการเจ็บป่วยของตนเอง แต่ในสังคมที่ผู้ใช้บริการอาศัยอยู่เป็นสังคมชนบท ประชาชนมีความใกล้ชิดผูกพันกัน ช่วยเหลือเกื้อกูล ถ้ามีใครเกิดการเจ็บป่วยขึ้นก็จะรู้ เพราะทุกคนต่างไปมาหาสู่กันง่าย ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ใช้บริการที่ต้องการมีงานทำ ต้องการรายได้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการศึกษาน้อย ถ้าพวกเขาไม่ยอมเปิดตัวว่าตนเองเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ก็จะไม่มีการเข้ามาช่วยเหลือ เพราะปัจจุบันการเจ็บป่วยทางจิตใจ ประชาชนและชุมชนยอมรับมากขึ้น เข้าใจการเจ็บป่วยด้านจิตใจและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีงานทำขาดรายได้ ซึ่งรายได้เป็นสิ่งที่ยากลำบากให้บุคคล สามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง และสามารถแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับภาระการรักษา และสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตัวเอง ที่ประกอบด้วยดูแลตนเองด้านสุขภาพ การมีสัมพันธภาพทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้ดี (Canada Health Network, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ (2545) พบว่า การไม่มีรายได้ก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูงในผู้ป่วยจิตเภท เช่นเดียวกับหงส์ บรรเทิงสุข (2545) พบว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ดี รับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ซึ่งความรู้ดีถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง เกิดพลังและแรงใจในการเผชิญปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรคต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องการให้องค์กรบริหารส่วนตำบลเข้ามาช่วยเหลือ เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่กระจายอำนาจจากรัฐบาล และอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมีศักยภาพในการสนับสนุนการหาอาชีพเพื่อให้มีรายได้ โดยต้องการให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล เมื่อพบผู้ที่

เจ็บป่วยทางจิตที่ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รวมพร คงกำเนิด (2545) พบว่าพยาบาลต้องมีการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายบริการสุขภาพ และ สอดคล้องกับการศึกษาของอรศรี เสงี่ยมศักดิ์ (2537) ที่พบว่าพยาบาลควรมีการประสานงานกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากส่วนกลางเช่น ประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย เกษตรและสหกรณ์ ตลอดจนกระทรวงพาณิชย์ เป็นต้น เกี่ยวกับสงเคราะห์ผู้ยากไร้ในชุมชนและกระทรวง เมื่อผู้ป่วยมี รายได้เพียงพอ จะทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่สามารถหาเลี้ยงตนเองได้

ง) การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่ง มีความสำคัญในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลที่ไม่สามารถมองเห็น และสัมผัสได้ (ทศนีย์, 2543) เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ หากพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้ความสำคัญในการสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณ โดยสามารถสังเกตความต้องการของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือโดยไม่ละเลยใน ความศรัทธา ความเชื่อในศาสนา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาลที่เข้าใจ ว่าผู้ป่วยมีสิ่งใดบ้างที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

ในชุมชนชนบทสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่สำคัญอีกสิ่งหนึ่งคือ ศาสนา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และยังมีเชื่อในเรื่องบาปบุญคุณโทษ การทำดีได้ดีทำชั่วได้ชั่ว จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องการให้ศาสนาเป็นแหล่งพึ่งพาทางด้านจิตใจและได้เข้ามาช่วยเหลือ เพราะธรรมะช่วยทำให้จิตใจดีขึ้น เนื่องจากประชาชนในชุมชนจะให้ความศรัทธาและให้ความสำคัญกับวัดและพระสงฆ์ โดยเฉพาะเมื่อมีปัญหาทางด้านจิตใจมักจะไปวัด เพื่อขอความช่วยเหลือในระดับต้น (ชิดชนก โอภาสวัฒนา, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของพันธ์ศักดิ์ วรวัชวปติ (2540) พบว่าการพักผ่อนโดยการทำบุญ สวดมนต์ก่อนนอน สิ่งเหล่านี้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถปฏิบัติได้เป็นประจำ และจากการที่คนไทยมีความเชื่อ ในเรื่องของ การทำความดี การทำบุญ ทำทาน และผลของการกระทำ แม้กระทั่งยามที่เจ็บป่วย ศาสนาก็เป็นที่พึ่งทางจิตใจ ในช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัตน์ และคณะ (2542) ที่พบว่าผู้ป่วยทำบุญ ทำทาน เพื่อให้เกิดความสบายใจ ทำให้สภาพจิตใจดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนอมศรี และคณะ (2543) พบว่าภูมิปัญญาท้องถิ่นสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตได้ อาทิเช่น การปฏิบัติศาสนกิจ การใช้ยาแผนโบราณ เป็นต้น

การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ เป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการดูแลแบบองค์รวม ถ้าพยาบาลที่อยู่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถกระตุ้นให้ครอบครัวและชุมชนได้เข้าใจความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังใจ ลดความเจ็บปวด จากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทางจิตใจ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา เพิ่มความภาคภูมิใจ เพิ่มการควบคุมตนเอง (Waliser et al., 2000) ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถที่จะแก้ไขปัญหา และเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขต 6 กระทรวงสาธารณสุข โดยการใช่วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาลดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีความต้องการจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ คำแนะนำ การได้รับคำปรึกษา และพยาบาลที่มีความรู้และทักษะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิควรให้ความสำคัญในประเด็นต่างๆ ของผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และ ควรได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ในด้านดังกล่าวและความรู้เฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มเติม เพื่อให้มีความสามารถในการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ใช้บริการมีความมั่นใจต่อการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจากพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.2 จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีความต้องการให้หน่วยงานต่างๆ ในชุมชนเข้ามาช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับนี้ ควรมีการประสานงานให้หน่วยงานต่างๆ ในชุมชน เข้ามาวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน โดยการจัดการโครงการ หรือกิจกรรมต่างๆ

เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัว และชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชได้ตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย

1.3 จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีความต้องการได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสมและการดูแลที่ต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลควรมีการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวชและการดูแลที่ต่อเนื่องในชุมชน โดยการเชื่อมโยงระบบการส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ สู่วิทยาลัยที่มีประสิทธิภาพ โดยการจัดทำเป็นแผนการปฏิบัติส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสม และแผนการปฏิบัติรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน เพื่อให้พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิมีการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และสามารถติดตามผลการรักษาได้ในผู้ป่วยทุกรายที่อยู่ในชุมชน

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับสถาบันการศึกษา ในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปริญญาตรี และการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชต่อบุคลากรทางสุขภาพในสถาบันการศึกษา ให้ตรงกับความต้องการบริการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ของผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

3.1 ควรนำผลจากการวิจัยครั้งนี้ ไปพัฒนาต่อเป็นเครื่องมือการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อประเมินความต้องการบริการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ของผู้ใช้บริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้กระจายครอบคลุมทุกภาคของประเทศ เพื่อให้ทราบความต้องการของกลุ่มประชากรในภาพรวมของภาคและของประเทศที่ชัดเจนขึ้น

3.2 ควรมีการศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เช่น ผู้ให้บริการ และผู้บริหาร เพื่อให้ครอบคลุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบบริการ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. 2540. เคล็ดลับการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ด้วยการสัมภาษณ์แบบ
เจาะลึก. **วารสารวิจัยทางการแพทย์**, 1(กรกฎาคม-ธันวาคม): 297-311.
- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. 2541. **ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม**.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
กรมสุขภาพจิต. 2544. **แนวทางเวชปฏิบัติด้านสุขภาพจิตและจิตเวช**. นนทบุรี: โรงพยาบาล
ศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. 2547. **สถานการณ์การเจ็บป่วยทางจิต**. (ออนไลน์). Available from:
<http://www.dmh.moph.go.th>(2004, May 20)
- กรองจิต เมืองวุฒิ. 2537. **วัฒนธรรมและค่านิยมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในภาคเหนือที่มีผลต่อการเลือกวิธีการบำบัดรักษา : ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัด เชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองการพยาบาล. 2545. **แนวทางการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ**. กรุงเทพมหานคร:
โรงพยาบาลรามาธิบดี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยา โนนินทร์. 2542. **การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. 2536. **ตำราจิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภออากาศอำนวย. 2543. **โครงการระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบครบวงจร คปสอ. อากาศอำนวย**. จังหวัดสกลนคร: สำนักงานสาธารณสุข อำเภออากาศอำนวย.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. 2544. **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ 2545-2549**.
กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการอำนวยการจัดทำ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ.
- งานแผนงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. 2546. **เอกสารประกอบการบรรยายสรุป : การดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี**. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุพรรณบุรี.

- จรัสพร กิรติเสวี. 2544. **กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยา ภาควิชาจิตวิทยาและการ
สื่อสารการแสดง คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์อัมพร รุณดี. 2544. **การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิในปี
2553**. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการ
พยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จาวรรรณ ต.สกุล. 2535. การให้คำปรึกษาในช่วงเวลาวิกฤตรายงานการศึกษาในผู้ป่วยคอน
เวอร์ชั่น. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 2(เมษายน-มิถุนายน).
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. การพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข : Nursing for Health Life. **วารสารการ
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 13(มกราคม-มิถุนายน): 1-14.
- จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์. 2545. **ครอบครัวและการเผชิญปัญหาความเครียดของผู้ป่วย
จิตเภท ในชีวิตประจำวัน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา**. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยา ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชิตชนก โอภาสวัฒนา. 2539. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยพระสงฆ์. **สารจิตเวช:
โรงพยาบาล จิตเวชนครราชสีมา**, 12(2): 4-5.
- ถนอมศรี อินทนนท์, อรพรรณ หนูแก้ว, ศรีสุดา วณาลีสัน. 2543. การแก้ปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้
ภูมิปัญญาท้องถิ่น : กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในจังหวัดภาคใต้ของไทย. **วารสาร
สุขภาพจิต แห่งประเทศไทย**, 8,1(ตุลาคม-มกราคม): 37-48.
- ทัศนาศุ บุญทอง. 2542. **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่
พึงประสงค์ในอนาคต**. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์.
- ทัศนาศุ บุญทอง. 2544. **แนวคิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ : ระบบและบทบาท
พยาบาลในระดับปฐมภูมิ**. การสัมมนาพยาบาลศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่3.
- นิตา ชูโต. 2540. **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ็น. การพิมพ์.
- บุญวดี เพชรรัตน์. 2539. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช1**. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- ปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงาน. 2545. **ธรรมนูญสุขภาพคนไทย**. พิมพ์ครั้งที่2. นนทบุรี:
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- ปราชนีย์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ. 2543. **รายงานผลการวิจัย เรื่องการพัฒนาระบบ
บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานบริการ
สาธารณสุขทุกระดับ ในจังหวัดนนทบุรี**. โรงพยาบาลศิริราชวิทยา นนทบุรี. กรม
สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- ปรารภณา บริจันทร์ และคณะ. 2536. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษา ความวิตกกังวลและพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของญาติของผู้ป่วยโรคจิต. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- ปรีดา แต่อาร์ักษ์ และคณะ. 2543. การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในสองทศวรรษหน้าในมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, (9)4: 450-459.
- ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. 2534. การศึกษาบทบาทสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พวงเพ็ญ เข้มปัญญาธิ และคณะ. 2542. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 13(กรกฎาคม-ธันวาคม): 45-54.
- พันธ์ศักดิ์ วราอัศวปติ. 2540. การพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. คู่มือราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- เพ็ญพักตร์ อูทิส. 2547. สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด. เอกสารประกอบการสอนนิสิตปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพลินจิต จันทร์ศักดิ์ และคณะ. 2539. การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 4(2): 136-138.
- ไพรวลัย รมซ้าย, ไพลิน ปรัชญคุปต์, อีราพร มณีนาถ, ละเอียด ปัญญาใหญ่. 2546. การบริการสุขภาพจิตชุมชน : การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์พระธรรมจันทร์.
- มนัสนิตย์ บุญยทรรพ. 2538. ความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่บ้าน. สารสภากาพยาบาล, 3(กรกฎาคม-กันยายน): 44-62.
- ละเอียด แจ่มจันทร์. 2545. บริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ: เรียนรู้จากประสบการณ์จริง. วารสารการศึกษาพยาบาล, 13(1): 95-98.
- ภัทรา ถิรลาภ และวรรณวิไล กมลกิจวัฒนา. 2547. การให้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขในเขตการสาธารณสุขที่ 4. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12(1 มกราคม): 1-10.
- ภัทรา ถิรลาภ และคณะ. 2540. รายงานการวิจัยเรื่องการให้บริการสุขภาพจิตของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนในภาคกลางและตะวันออก. วารสารกรมสุขภาพจิต, 2(กุมภาพันธ์-พฤษภาคม): 46-56.

- รวมพร คงกำเนิด. 2545. **ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทพยาบาลวิชาชีพ
กรณี ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้.**
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- รัชยา กุลวานิชไชยนันท์. 2535. **ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์
ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ประกันตนในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล.**
กรุงเทพมหานคร: สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
- รุจิรา จงสกุลและคณะ. 2540. **ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ที่บ้าน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 4(1): 21-35.**
- รุจิรา ภูไพบูลย์. 2541. **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่
ที่3. กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. ฟรินดิง.**
- โรงพยาบาลขอนแก่น. 2546. **การบริการสุขภาพจิตชุมชน : การส่งเสริม ป้องกันปัญหา
สุขภาพจิต. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ธรรมชนันต์.**
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. 2546. **รายงานผลการวิจัย : เรื่องการพัฒนาระบบบริการด้าน
สุขภาพจิตและจิตเวชในศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขทุ
กระดับในจังหวัดนนทบุรี. กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี.**
- ลักษณะ จิตต์ไพบูลย์. 2538. **ความต้องการการจัดบริการสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วย
อายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. การค้นคว้าอิสระพยาบาล
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. 2543. **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. งามาธิบัติ
พยาบาลสาร, 2(2): 84-94.**
- ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ. 2538. **ภาวะของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต. การ
วิเคราะห์รายงานการวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 13(1):
19-26.**
- ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ. 2543. **ความต้องการความรู้และทักษะในการปฏิบัติกรพยาบาลของ
พยาบาลจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 1(มกราคม-มิถุนายน):
54-58.**
- ยุพาพิน ประสานอธิคม. 2535. **ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามแนว
ทฤษฎีการพยาบาลของไอเรม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- วชิระ เพ็งจันทร์ และสมจิตต์ สุประสงค์. 2546. **สุขภาพจิตภาคประชาชน: การพัฒนา**

- นโยบาย.** การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร:
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วาทีณี บุญชะลิกษ์ และคณะ. 2544. ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 46(2): 107-116.
- วาริทธินันท์ เมธภัทร. 2544. แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและวิธีการช่วยเหลือทาง
กิจกรรมบำบัดแก่ผู้ป่วยจิตเวช. **วารสารสวนปรุง**, 2(พฤษภาคม-สิงหาคม): 49-57.
- วาริรัตน์ ถาน้อย. 2545. บทบาทพยาบาลจิตเวชในยุคปฏิรูปสุขภาพ. **วารสารพยาบาล**,
4(ตุลาคม- ธันวาคม): 171-181.
- วาสนา ปานดอก. 2545. **กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล.** การค้นคว้า
อิสระพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชิต ลีลามานิตย์. (มปป.). **การรักษาผู้ป่วยจิตเวชในเวชปฏิบัติ.** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วินัย วิริยะกิจจา. 2543. สรุปการประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย : การ
ปฏิรูประบบบริการพยาบาลทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต. **วารสารการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต**, 14(2 กรกฎาคม-ธันวาคม): 1-11.
- วิลาวลัย เสนารัตน์ และประยงค์ ลิ้มตระกูล. 2538. การดูแลสุขภาพที่บ้าน. **สารสภาคการ
พยาบาล**, 10(3): 1-6.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. 2546. **การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล.** ขอนแก่น:
โรงพิมพ์ศิริภรณ์.
- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. 2545. แนวทางการผสมผสานบริการจิตเวชในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิได้
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. **วารสารสุขภาพจิตแห่ง
ประเทศไทย**, 101(มกราคม): 31-43.
- สถิตย์ วงศ์สุรประภิต. 2542. **ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.**
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2540. การวิวัฒนาการวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทย. **วารสาร
การศึกษาพยาบาล**, 8,2(พ.ค 40): 52-64.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การปฏิรูประบบบริการพยาบาล : ทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต.
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 2(กรกฎาคม-ธันวาคม): 4.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2547. บทบาทและสมรรถนะพยาบาลผู้ปฏิบัติการณ์ขั้นสูง. **วารสารพยาบาล**

สงขลานครินทร์, 24(มกราคม-เมษายน): 45-52.

สมทรง เฟ่งสุวรรณ, นวลจันทร์ บุญจรรยาศิลป์, บังอร วิดีใจบุญ. 2541. ความคิดเห็นของ

ผู้ให้บริการและพยาบาลต่อการบริการในโรงพยาบาลศิริราช. **วารสารวิจัยทางการแพทย์**

พยาบาล, 1(มกราคม-มิถุนายน): 109-125.

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. 2545. **แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาหน่วย**

บริการปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. 2543. **ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ?**. สรุปการสัมมนา

ระดับชาติวันที่ 3 พฤษภาคม 2543. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุข.

สำนักงานประกันสุขภาพ. 2544. **สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสุขภาพบริการสาธารณสุข**

: **ประกันสุขภาพถ้วนหน้าประชาชนจะได้อะไร**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์โครงการ
รับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สำนักนโยบายและแผน. 2547. **สถิติสาธารณสุขที่สำคัญ**. (ออนไลน์). Available from:

[http://www.moph.go.th/ops/-40k-28\(2004, August\)](http://www.moph.go.th/ops/-40k-28(2004, August))

สำเร็จ แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ. 2545. **ศูนย์สุขภาพชุมชน : หนทางสู่ระบบบริการ**

ที่พึงประสงค์. นครราชสีมา: สมบูรณ์การพิมพ์.

สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, กองนโยบายและแผน. 2547. **การเปรียบเทียบการ**

ให้บริการผู้ป่วยนอกจิตเวชของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ

2544-2546. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, กองแผนงาน. 2544. **สถิติผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัด**

กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2544-2546. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

สุขภาพจิต, กรม. 2543. **แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงครึ่งหลังของแผนพัฒนาสุขภาพ**

แห่งชาติ ในช่วงพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติด้านสุขภาพจิต กระทรวง

สาธารณสุข พ.ศ. 2543-2544. นนทบุรี.

สุคนธา รัตนา. 2543. **การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพใน**

ภาคใต้ วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. 2545. **แนวคิดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ**. **พยาบาลสาร**,

1(มกราคม-มีนาคม 2545): 1-15.

สุปราณี เสนาดีชัย. 2544. **เอกสารประกอบกิจกรรมประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 1**

เรื่องการจัดการศึกษา เพื่อการปฏิบัติการณ์สูง. วันที่ 22-24 สิงหาคม 2544.

- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. 2545. บริการปฐมภูมิ บริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ. **วารสารการศึกษาพยาบาล**, 13(มกราคม) : 7-16.
- สุภางศ์ จันทวานิช. 2539. **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางศ์ วีรกิจพานิชย์. 2547. **การวิจัยเชิงคุณภาพ: กรอบแนวคิด**. (ออนไลน์). Available from:<http://library.riu.ac.th/research/r003/A140101.htm>(2004, November 19).
- สุมณฑา บุญชัย. 2545. **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรพีร์ เกิดจัน. 2542. การศึกษาความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคจิตเวชและเจตคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. **วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช**, 1: 16-22.
- หงษ์ บรรเทิงสุข. 2545. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อมรา พงศาพิชญ์. 2538. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 12 สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย**. นนทบุรี.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2543. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- อรวรรณ ปิลาธนนโอบาท. 2542. **การสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรศรี เสี่ยงมศักดิ์. 2537. **รูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี**. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, 6(3 ธันวาคม): 38-52.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2543. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ธรรมสาร.
- อินทิรา พัวสกุลและคณะ. 2536. **รายงานการวิจัยเรื่อง การสาธารณสุขมูลฐาน กลยุทธ์แบบบูรณาการโครงการสุขภาพจิตชุมชน ความคาดหวังที่น่าติดตามเฉพาะในจังหวัด เชียงใหม่**. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- อุบล นวัตกรรม และภัทราภรณ์ พงษ์ปันคำ. 2545. **คุณภาพบริการสุขภาพจิต**. เอกสารการประชุม National Forum on Hospital Accreditation & Quality Improvement ครั้งที่ 3 ศูนย์

ประชุม แห่งชาติศิริกิตต์, 22-24 มกราคม 2545.

คูมาพร กาญจนรักษ์. 2545. **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Armstrong, B. 2003. Meeting Mental Health Needs in Primary Care. In B. Hannigan and M Coffey (eds), *The Handbook of Community Health Nursing*, pp78-89. New York: Routledge.
- Boardman, J., Henshaw, C., Willmott, S. 2004. Needs for mental health treatment among general practice attenders. *The Britist Journal of Psychiatry*, 185: 318-327.
- Bradshaw, J. 1972. *The Concept of Social Need New Society*. New Society, pp 640-643.
- Brewin, C. 1992. Measuring individual needs for care and service. In G. Thornicroft, C. Brewin and J. Wing (eds), *Measuring Mental health Survey and incidence study*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Burnard, P. 1991. A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11: 461-466.
- Burns, N. 1989. Standards for Qualitative Research. *Nursing Science Quarterly*, 2,1 (Spring): 44-52.
- Canada Health Network. 2003. **Are poor people less likely to be health than rich people?** (Online). Available from: [http://www.canadian-health-network.ca-servlet/content_server? Pagename=CHN-Rcs/Page/\(2003, October 10\)](http://www.canadian-health-network.ca-servlet/content_server? Pagename=CHN-Rcs/Page/(2003, October 10)
- Cobb, S. 1976. Social Support as a Modertor of Life Stress. *Psychosomatics Medicine*, 38(September-October): 300-313.
- Daleys, L. 1984. The perceived immediate needs of families with relative in the intensive care setting. *Heart & Lung*, 13(5): 231-237.
- David, S. 1995. *Community Health Care Nursing*. Australia: Hartnolls.
- Edwards, K. 2000. Service users and mental health nursing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 7(December): 555.

- Fisher, M. L. 1996. **Quick reference to redesign the nursing organization**. New York: Delmer.
- Haber, J., Billings, C. 1995. Primary mental health : A model for psychiatric mental health nursing. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, 1(May): 154-163.
- Hansson, L., Bjorkman T., Svensson, B. 1995. The assessment of needs in psychiatric patient. Interrater reliability of the Swedish version of Camberwell Assessment of Needs instrument and results from a cross-sectional study. **Acta Psychiatr Scand**, 92: 285-293.
- Hansson, L. et al. 2001. Comparison of Key worker and patient assessment of needs schizophrenic patient living in the community a Nordic study. **Acta Psychiatr Scand**, 103: 45-51.
- Hoeffler, B., Murphy. S. 1984. **The clinical nurse specialist in theory and practice**. Philadelphia. American Nurse' Association.
- Hoffman, F. 1988. **Nursing productivity assessment and costing out nursing service**. Philadelphia: Lippincott Company.
- Holloway, F. 1994. Need in community psychiatry: a consensus is required. **Psychiatric Bulletin**, 18: 321-323.
- Institute of Medicine Committee on the Future of Primary Care. 1996. Defining Primary care. In M. Donald, K. Yordy, & N. Vanselow (eds.), **Primary care: America's health in a new era**. Washington, DC : National Academy Press.
- Kaplan, H. R., Sadock, B. J. 1995. **Comprehensive text of psychiatry**. Balyimore: Williams & Wilkins.
- Keltner, N. L., Schwecke, L. H., Bostrom, C. M. 1989. **Psychiatric Nursing: A Psychotherapeutic Management Approach**. Louis: Mosby Year Book.
- Klebanoff, N. A. 1997. **Psychiatric home care**. 4th ed. St. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Knaack, P. 1984. Phenomenological Research. **Western Journal of Nursing Research**, 6(1): 107-114.
- Lincoln, Y. S., and Guba, E. G. 1985. **Naturalistic Inquiry**. California: SAGE.
- McConnell, s., Inderbizin, L., Pollard, W. 1992. Primary health care in the CMHC: A role for the nurse practitioner. **Hospital and Community Psychiatric**, 43(July): 724-727.

- McConnell, P. et al. 2002. Prevalence of psychiatric disorder and the needs for psychiatric care in Northern Ireland. *The British Journal of Psychiatry*, 181: 214-219.
- Meadows, G., Harvey C., Fossey E., and Burgess, P. 2000. Assessing perceived need for mental health care in a community care in a community survey: development of the Perceived Need for Care Questionnaire. *Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35: 427-435.
- Messner, R. L. 1993. What patients really wants from their nurses. *AJN*, (august): 38-41.
- Omery, M. Q. 1983. Phenomenology and nursing research. *Nursing research*, 10: 176-177.
- Patton, M. Q. 2002. **Qualitative interviewing**. In *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3rd edition. Pp. 339-427. California: Sage Publications.
- Polit, D. F., Hungler, B. P. 1999. *Nursing research: principles method*. 6th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Quinlan, J., Ohlund, G. 1995. Psychiatric home care. *Home Healthcare Nurse*, 13(4): 20-24.
- Rose, L. E. 1996. Families of psychiatric patients : A critical review and Future research direction. *Archives of Psychiatric Nursing*, (2): 67-76.
- Sandelowski, M. 1986. The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing science*, 8(April): 27-37.
- Schaefer, C. C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. 1981. The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4): 381-406.
- Slade, M. 2003. Assessing Needs in Community Mental Health Care. In B. Hannigan and M. Coffey (eds), *The Handbook of Community Health Nursing*, pp175-186. New York: Routledge.
- Starfield, B. 1996. Public Health and Primary care : A Framework for Proposed Linkage. *American Journal of Public Health*, 10: 1365-1369.
- Starfield, B. 2001. Improving equity in health : a research agenda. *Ing J Hearth Serv*, 31: 546-666.
- Stewart, M. J. 1989. Social Support Instruments Created by Nurse Investigators. *Nursing Research*, 38(5): 268-275.
- Stewart, M. J. 1993. *Integrating social support in nursing*. California: Sage.

Strauss, A., Corbin, J. 1990. **Basics of Qualitative Research Grounded Theory Procedures and Techniques**. California: Sage Publications.

Streubert, H. J., Carpenter, D. R. 1999. **Qualitative Research in Nursing Advancing the Humanistic Imperative**. Second Edition. Philadelphia: Lippincott.

Sullivan, G., Well, K. B., Morgenstern, H., & Leake, B. 1995. Identifying modifiable risk factors for rehospitalization : a case control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. **American Journal of Psychiatry** , 152 (12): 1749-1756.

Swansberg, R. C. 1993. Home health consumer speak out on quality. **Home Health Care**, 11 (6): 10-17.

The Scottish Office Department of Health. 1997. **Framework for Mental Health Services in Scotland**. (Online). Available from <http://www.scotland.gov.uk/library3/health/namh-08.asp>(2004, December 6)

Thoits, P. A. 1995. The contributions of nursing science to Social Support. **Journal of Health and Social Behavior**, 23(June): 145-159.

White, M. B. 1972. Important of Selected Nursing Activities. **Journal of Nursing Research**, (Jan-Feb): 4.

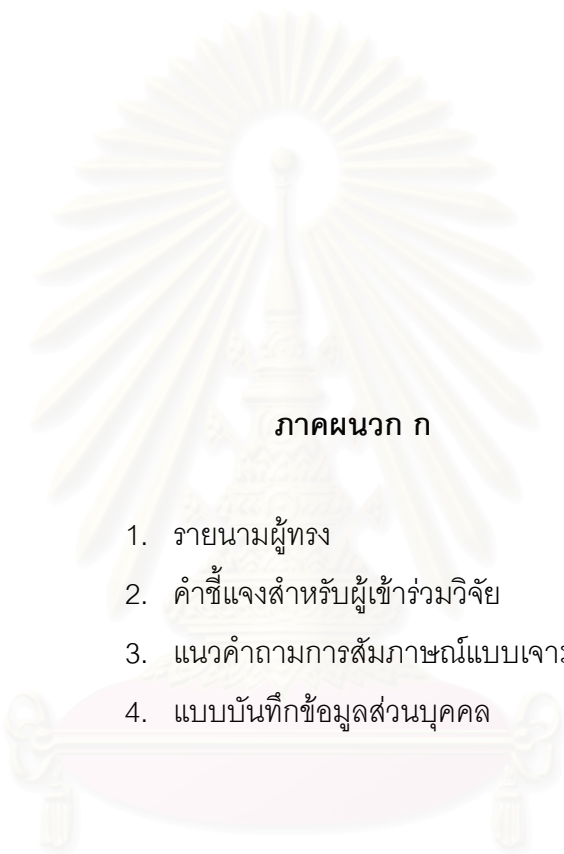
Will, T. A., Shinar, O. I., Cohen, S., Underwood, L. G.& Gottlieb, B. H. 2000. **Social Support Measurement and intervention : A Guide to Health and Scientists**. New York: Oxford University Press.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

1. รายนามผู้ทรง
2. คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย
3. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
4. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรง

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด	อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาติดา รัชชกุล	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตรัตน์	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. แพทย์หญิงศุภรัตน์ เอกอัศวิน	ผู้อำนวยการพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
5. อาจารย์ ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
6. นางสาวกวี ชาวเวียงขวาง	พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หน่วย
บริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาว สุพัทธรา พุ่มพวง

ที่อยู่ 118 ม.1 ต.สนามชัย อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72000

ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ แนวทางการศึกษาวิจัย และกิจกรรมที่ต้องเข้าร่วมในการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นข้าพเจ้าได้ซักถาม และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี

ข้าพเจ้ายินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และทราบว่า การถอนตัวจากการศึกษาครั้งนี้จะไม่ส่งผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับในหน่วยงานแห่งนี้

ข้าพเจ้ายินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น โดยแสดงการยินยอมด้วยการบันทึกลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

.....
สถานที่/ วันที่ / เดือน / ปี

.....
ผู้ให้ข้อมูล

.....
สถานที่/ วันที่ / เดือน / ปี

.....
(.....)

.....
ผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่/ วันที่ / เดือน / ปี

.....
(.....)

.....
พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
หน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาว สุพัตรา พุ่มพวง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุพรรณบุรี โทรศัพท์ที่ทำงาน
035-535253 โทรศัพท์มือถือ 01-3119791
E-mail : supattra_p@hotmail.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
 - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข
 - 4.3 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ซึ่งระบุถึงผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมในการวิจัย จะถูกถอดออกเป็นรหัส ใช้เป็นนามสมมุติ และผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีข้อมูลใด ๆ ที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่ผู้ให้ข้อมูลได้ เทปการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้ในที่ที่ไม่มีใครสามารถเข้าถึงได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยและจะถูกลบทิ้งหรือทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในงานวิจัยนี้จะเก็บข้อมูลจากผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้ให้ข้อมูล จะได้รับการติดต่อเป็นผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์จะเลือกจากผู้วิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้
 - 5.1 ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการติดต่อจากผู้วิจัยที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอให้เป็นผู้ให้ข้อมูลโดยสมัครใจ
 - 5.2 ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้เลือก วัน เวลา และสถานที่ที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์
 - 5.3 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำการสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที ถึง 45 นาที
6. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาว สุพัตรา พุ่มพวง ได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ 01-3119791

7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า
8. ผู้ให้ข้อมูลได้ทราบข้อมูลของโครงการขั้นต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่ได้รับการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และยินยอมจะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว
9. ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการรับการรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ประการใด
10. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้ข้อมูล หรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย
11. ข้อมูลส่วนบุคคล จะถูกแยกออกจากข้อมูลความต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อป้องกันการระบุถึงบุคคลผู้ให้สัมภาษณ์ และจะถูกเก็บไว้กับผู้วิจัยเพียงคนเดียว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อ และที่อยู่ของผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้
12. จำนวนของผู้ให้ข้อมูลโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 15 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลจะหยุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) คือข้อมูลที่เริ่มได้ประเด็นซ้ำๆ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึก

แนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูล

- 1.ภาวะสุขภาพของท่านขณะนี้เป็นอย่างไบบ้าง ตอนนี้มีความรู้สึกอย่างไร สุข.....ทุกข์
อย่างไร
- 2.ท่านไปรับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานีอนามัยเป็นอย่างไบบ้าง และควรมี
การให้บริการทางด้านสุขภาพจิตอะไรบ้าง
- 3.ท่านคิดว่าบริการของพยาบาลที่จำเป็นสำหรับผู้มาใช้บริการมีอะไรบ้าง หรือต้องการให้
พยาบาลดูแลเรื่องจิตใจอะไรบ้างและอย่างไร
- 4.อะไรเป็นปัญหาหรืออุปสรรค สำหรับท่านเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจ จากสถานบริการ
แห่งนี้

แนวคำถามรองในการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูล

- 1.ท่านเข้าถึงบริการและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตอย่างไร
- 2.ท่านต้องการมีส่วนร่วมกับพยาบาลในการดูแลรักษาทางด้านสุขภาพจิตอย่างไร และท่าน
เคยออกความคิดเห็นเกี่ยวกับจิตใจอย่างไรบ้าง กับพยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานี
อนามัยอย่างไร
- 3.ท่านต้องการได้รับบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการ
ดูแลตนเองทุกครั้งที่มาใช้บริการอย่างไร
- 4.ขณะที่ท่านมีการเจ็บป่วยที่เล็กน้อย ท่านต้องการให้พยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
หรือสถานีอนามัย ช่วยเหลือท่านอย่างไรบ้าง
- 5.ขณะที่ท่านมีการเจ็บป่วยที่มากขึ้น ท่านต้องการให้พยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือ
สถานีอนามัย ช่วยเหลือท่านอย่างไรบ้าง
- 6.ขณะที่ท่านมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น ท่านต้องการให้พยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
หรือสถานีอนามัย ช่วยเหลือท่านอย่างไรบ้าง
- 7.ขณะที่ท่านมีการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งมีผลต่อสุขภาพกาย ท่านต้องการให้
พยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานีอนามัย ดูแลท่านอย่างไรบ้าง
- 8.ขณะที่ท่านมีการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิต ท่านต้องการพยาบาลที่มีคุณสมบัติ
อย่างไร ในการดูแลรักษาท่าน
- 9.ขณะที่ท่านมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น ท่านต้องการให้พยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
หรือสถานีอนามัย ช่วยเหลือท่านอย่างไรบ้าง

10. ขณะท่านเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตไปรับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องกลับมาพักฟื้นที่บ้าน ท่านต้องการพยาบาล ที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานเอนามัย เข้าไปดูแลท่านอย่างไรบ้าง

11. ขณะท่านเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิต ท่านต้องการให้ชุมชน หรือหน่วยงานใด เข้ามาดูแลช่วยเหลือท่านอย่างไรบ้าง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

หมายเลขผู้ให้ข้อมูลID.....

วันที่สัมภาษณ์.....

เวลาที่เริ่มสัมภาษณ์.....

เวลาที่สัมภาษณ์เสร็จ.....

สถานที่สัมภาษณ์.....

รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล

ชื่อ-สกุล.....

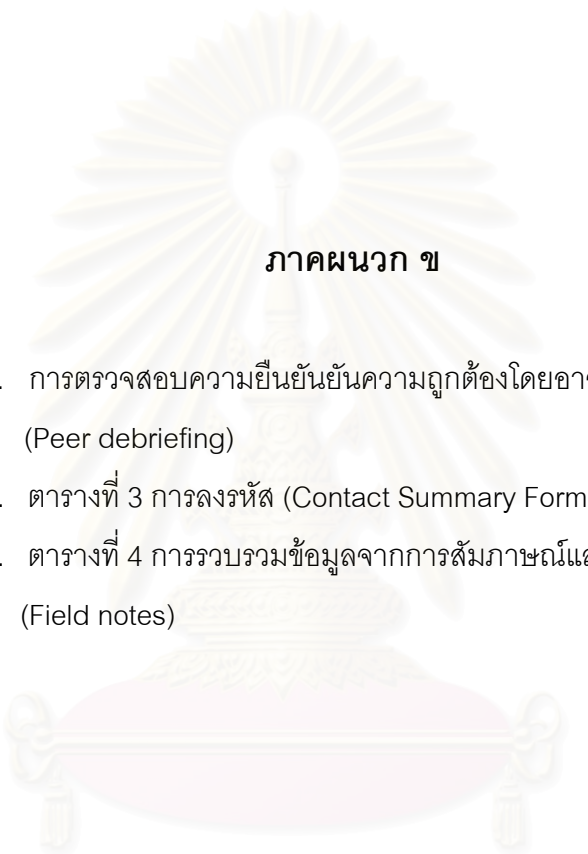
อายุ ปี เพศ อาชีพ

การศึกษา สถานภาพสมรส

หมายเลขโทรศัพท์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

1. การตรวจสอบความยืนยันความถูกต้องโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (Peer debriefing)
2. ตารางที่ 3 การลงรหัส (Contact Summary Form)
3. ตารางที่ 4 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการจดบันทึก (Field notes)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 การลงรหัส

Contact Summary Form

With coded Themes

Type of contact :

Who

Place

Date

Site

Data

Line	Salient points	Code
	 <p data-bbox="343 1444 1252 1702">สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	

การตรวจสอบยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัย
โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (Peer debriefing)

10 มีนาคม 2548	พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทสนทนา (transcript) ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 2 เพื่อปรับแก้ไขแนวคำถาม
15 มีนาคม 2548	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อเล่าเหตุการณ์และข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูล เพื่อปรับแก้ไขแนวคำถามในครั้งต่อไป
22 มีนาคม 2548	ส่งบทสนทนา (transcript) พร้อมการถอดรหัส (coding) และการจัดประเภทข้อมูล (category) ของผู้ให้ข้อมูล 9 ราย
28 มีนาคม 2548	ส่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล 11 ราย
29 มีนาคม 2548	พบอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์เสนอให้ปรับประเด็นใหม่ เนื่องจากประเด็นที่ตั้งมายังไม่ชัดเจน
30 มีนาคม 2548	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำ การตั้งประเด็น (theme) นำประเด็น (theme) ไปตรวจสอบกับนักวิจัยเชิงคุณภาพ
1 เมษายน 2548	พบอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์แนะนำให้แก้ไขการเขียนรายงาน บทที่ 1, 2, 3 ส่งผลวิเคราะห์ข้อมูล 15 ราย ส่งบทที่ 4, 5
5 เมษายน 2548	พบอาจารย์ที่ปรึกษา ส่งการปรับแก้ผลวิเคราะห์ข้อมูล
8 เมษายน 2548	ส่งรายงาน 1,2,3 และส่งการปรับแก้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
12 เมษายน 2548	รับรายงานทุกบทคืน เพื่อปรับแก้ตามคำแนะนำของอาจารย์
18 เมษายน 2548	ส่งรายงานทุกบท ส่งการปรับแก้ทุกบท
21 เมษายน 2548	ส่งรายงานทุกบท

ตารางที่ 4 การรวบรวมข้อมูลจากการจัดบันทึกข้อมูล (field notes)

หมายเลข ผู้ให้ข้อมูล	ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	เวลาสัมภาษณ์	รวมระยะเวลา	สถานที่
1	1	9 มี.ค 48	9.00-9.45น.	45 นาที	สถานบริการ
2	1	11 มี.ค 48	9.30-10.15น.	45 นาที	สถานบริการ
	2	15 มี.ค 48	9.00-9.20น.	20 นาที	บ้านผู้ใช้บริการ
3	1	14 มี.ค48	9.10-9.45น.	35 นาที	สถานบริการ
	2	15 มี.ค 48	9.15-9.45น.	30 นาที	บ้านผู้ใช้บริการ
4	1	14 มี.ค 48	10.00-12.00น.	1 ชั่วโมง	สถานบริการ
	2	17 มี.ค 48	9.30-10.00น.	30 นาที	สถานบริการ
5	1	16 มี.ค 48	9.00-10.20น.	1.20 ชั่วโมง	สถานบริการ
	2	17 มี.ค 48	10.00-10.35น.	35 นาที	บ้านผู้ใช้บริการ
6		16 มี.ค 48	10.30-11.50น.	1.20 ชั่วโมง	สถานบริการ
7	1	18 มี.ค 48	9.00-9.45น.	45 นาที	สถานบริการ
		22 มี.ค 48	9.00-9.30น.	30 นาที	สถานบริการ
8	1	18 มี.ค 48	10.30-11.45น.	45 นาที	สถานบริการ
9	1	21 มี.ค 48	9.00-10.00น.	1 ชั่วโมง	สถานบริการ
10	1	21 มี.ค 48	10.30-11.20น.	50 นาที	สถานบริการ
11	1	23 มี.ค 48	8.30-9.15น.	45 นาที	สถานบริการ
	2	28 มี.ค 48	9.00-9.20 น.	20 นาที	สถานบริการ
12	1	23 มี.ค 48	10.00-11.30น.	1.30 ชั่วโมง	สถานบริการ
	2	28 มี.ค 48	10.00-10.30 น.	30	สถานบริการ
13	1	25 มี.ค 48	8.30-9.30น.	1 ชั่วโมง	สถานบริการ
	2	28 มี.ค 48	10.00-10.20 น.	20 นาที	สถานบริการ
14	1	25 มี.ค 48	10.00-11.00น	1 ชั่วโมง	สถานบริการ
15	2	25 มี.ค 48	11.15-12.10น.	55 นาที	สถานบริการ

ประวัติผู้วิจัย

นางสาวสุพัตรา พุ่มพวง เกิดเมื่อวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2520 ที่จังหวัดสระบุรี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชนบุรี จังหวัดราชบุรี เมื่อ พ.ศ. 2542 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ปีการศึกษา 2546 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชนบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย