

การบริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต : ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการและประสบการณ์
ของผู้ให้บริการผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็ม



นายสุวุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์

ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

INTERNET-BASED MENTAL HEALTH SERVICES: PROBLEM CHARACTERISTICS OF
CLIENTS AND EXPERIENCE OF SERVICE PROVIDERS THROUGH MSN PROGRAM



Mr. Suwawute Vongtangswad

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts Program in Counseling Psychology

Faculty of Psychology

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การบริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต : ลักษณะปัญหา
ของผู้มารับบริการและประสบการณ์ของผู้ให้บริการผ่าน
โปรแกรมเอ็มเอสเอ็น

โดย

นายสุวุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์

สาขาวิชา

จิตวิทยาการปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

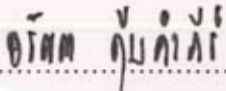
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต



..... คณบดีคณะจิตวิทยา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันนางค์ มณีศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สุภาพรรณ โคตรจรัส)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.นิรนาท แสนสา)

สุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์ : การบริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต : ลักษณะปัญหา
 ของผู้มารับบริการและประสบการณ์ของผู้ให้บริการผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็ม
 (INTERNET-BASED MENTAL HEALTH SERVICES: PROBLEM
 CHARACTERISTICS OF CLIENTS AND EXPERIENCE OF SERVICE
 PROVIDERS THROUGH MSN PROGRAM) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก :
 ผศ.ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์, 134 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการตามการรับรู้ของผู้
 ให้บริการ และศึกษาประสบการณ์ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็ม
 ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็มสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน
 13 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัย
 เห็นชอบร่วมกัน ผลการศึกษาพบว่า 1) ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการที่พบมากที่สุดตามการรับรู้ของผู้
 ให้บริการคือปัญหาด้านสัมพันธภาพ 2) ข้อดีของบริการ คือ การเข้าถึงกลุ่มผู้รับบริการที่ไม่พร้อมใช้บริการ
 แบบพบหน้า มีความเป็นส่วนตัว เข้าถึงปัญหาได้เร็ว เป็นบริการทางเลือก สามารถทบทวนเนื้อหาการ
 ให้บริการได้ และสามารถทำได้หลายอย่างพร้อมกัน 3) ข้อจำกัดของบริการ คือ สัมผัสอารมณ์ความรู้สึกได้
 ยาก สื่อสารทางตัวอักษรได้อย่างเดียวทำให้ขาดอวัจนภาษาและสื่อสารได้ช้า ไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลที่
 แท้จริงของผู้รับบริการได้ และจำกัดกลุ่มผู้รับบริการ 4) คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ให้บริการได้แก่ มี
 ความรู้ความชำนาญด้านสุขภาพจิตและการให้การปรึกษาเบื้องต้น และมีทักษะเฉพาะด้านการใช้ภาษาและ
 เทคโนโลยี 5) แนวปฏิบัติในการให้บริการ กล่าวถึงข้อตกลงในการให้บริการ และขั้นตอนการปฏิบัติงาน
 6) แนวทางการช่วยเหลือ ได้แก่ การเป็นที่พึ่งในปัญหาด้านสุขภาพจิตด้วยการให้ข้อมูลและคำแนะนำ ให้
 การสนับสนุนระดับประคองจิตใจ แนะนำบริการอื่นที่เหมาะสม และการโน้มน้าวให้ตระหนักถึงความ
 จำเป็นในการรับบริการกับหน่วยงานในรายที่มีปัญหารุนแรง 7) อุปสรรคในการให้บริการได้แก่ อุปสรรคด้าน
 เทคโนโลยี อุปสรรคจากลักษณะเฉพาะของโปรแกรมเอ็มเอสเอ็ม อุปสรรคจากการถูกกักกวน และอุปสรรค
 ด้านความผิดพลาดโดยไม่ตั้งใจของผู้ให้บริการ ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงปัญหาของระบบงานที่ต้องรอการแก้ไข
 และให้ข้อเสนอแนะไว้บางประการ 8) ผู้ให้บริการมีความรู้สึกดีและมีความภาคภูมิใจในการช่วยเหลือ มี
 ความสุขและรู้สึกถึงคุณค่าของการช่วยเหลือเมื่อผู้รับบริการคลายทุกข์ ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูล
 พื้นฐานสำหรับการวิจัยและการฝึกปฏิบัติ ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการศึกษาและสนับสนุนบริการที่มี
 คุณค่านี้ให้ได้รับการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

สาขาวิชา.....จิตวิทยาการปรึกษา.....
 ปีการศึกษา.....2553.....

ลายมือชื่อนิติศ.....สุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์.....
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....อ.โสมศ. ต้อยคำภีร์

5178140638 : MAJOR COUNSELING PSYCHOLOGY

KEYWORDS : INTERNET-BASED SERVICES / MENTAL HEALTH / PROBLEM CHARACTERISTICS / SERVICES PROVIDERS /

SUWAWUTE VONGTANGSWAD : INTERNET-BASED MENTAL HEALTH SERVICES: PROBLEM CHARACTERISTICS OF CLIENTS AND EXPERIENCE OF SERVICE PROVIDERS THROUGH MSN PROGRAM. ADVISOR : ASST.PROF. ARUNYA TUICOMEPEE, Ph.D., 134 pp.

This study aimed to examine the characteristics of mental health problems of clients of the internet-based mental health services through MSN program according to the service providers' perception; and the experience of the mental health service providers through MSN program. The respondents were 13 government officials from a Department of Mental Health. The data were collected by an in-depth interview and a content analysis using the consensual qualitative research method. The results indicated that: 1) From the service providers' perception relationship was the most occurring problem in the study. 2) The service offered these advantages; easily-accessible for the clients who did not want to be identified, privacy, immediacy, the conversations could be reconsidered, and able to do multiple things simultaneously. 3)The limitations of the service consisted of the difficulties in understanding clients' feelings, the absence of non-verbal clues, sluggish communication, unable to identify the truth from the clients, and limited for some groups of clients. 4) The service providers were required to possess the expertise in mental health, the basic counseling skills, the language skills, and technology. 5) The guidelines of working procedures of the mental service were described. 6) Helping methods were to be clients' mental health supporter, provided the clients with suggestion, provided the information about the other appropriate services, and to convince the seriously ill clients to receive the appropriate treatment. 7) The major obstacles of the service providers included technological problems, specific characteristics of MSN program, disturbed by agitator, unintentional mistakes of service providers, and some unsystematic working problems, and they also gave some suggestion for service improvement. 8) The service providers were happy and proud of providing a good service to the clients and appreciated the value of helping when their clients were relieved. The findings were presented as a baseline for the future research and practices. Therefore, it is suggested that the organizations in charge should take part in promoting the further studies and supporting the development of such a valuable service.

Field of Study : ..Counseling Psychology...
Academic Year :2010.....

Student's Signature *Suwawute Vongtangswad*
Advisor's Signature *Arunya Tuicomepee*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี อันเนื่องมาจากการสนับสนุน การช่วยเหลือ และการมีส่วนร่วมของบุคคล ดังนี้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้ที่คอยผลักดันให้ข้าพเจ้าได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ ซึ่งถึงแม้ว่าจะเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่และมีอุปสรรคค่อนข้างมาก แต่ก็ยังคอยสนับสนุน ส่งเสริม ถามไถ่ ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจเป็นอย่างดีมาโดยตลอด อาจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์ ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการตั้งคำถามการสัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ สุภาพรพรณ โคตรจรัส รองศาสตราจารย์วัชรวิ ททรัพย์มี รองศาสตราจารย์ ดร.โสริศ โปธิแก้ว ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ นลราชสุวัตร คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่ให้โอกาสแก่ผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้

แพทย์หญิงอรวรรณ ศิลปกิจ และคณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญาทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย คุณนงนุช แต่งสิงห์ตรง ที่ช่วยติดต่อประสานงานในการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ทีมผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตสังกัดกรมสุขภาพจิตทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลต่างๆ เป็นอย่างดี

คุณเรวดี สกุลอารียะ และคุณมัทธนา วรรณิมาพันธ์ ที่วิเคราะห์ข้อมูลหลักในวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน ที่ให้ความร่วมมือ สละเวลา แรงกายแรงใจ ช่วยเหลือผู้วิจัยในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล และคอยถามไถ่และให้กำลังใจเสมอมา คุณธีรจุฑา จรัสโยธินนุวัฒน์ ที่ช่วยเป็นผู้ตรวจสอบและชี้แนะให้ข้าพเจ้าได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น คุณพรเทพ งามอร่ามวรารุง และคุณกมลวัฒน์ วงศ์ถิรวุฒน์ ที่ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือในการเขียนบทคัดย่อ

คุณสลิลทิพย์ บุตรเลิศ ผู้จุดประกายให้ผู้วิจัยเกิดแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ คุณธนวัต ปุณยกนก ที่ช่วยเป็นธุระในการจัดซื้อตำราจากต่างประเทศ คุณสมรภัช ทองทรัพย์ ที่ทำให้ผู้วิจัยได้ค้นพบกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ขอขอบคุณ รุ่งพี รุ่งน้อง เพื่อนๆ ทุกคนที่มีส่วนร่วมรับฟังและให้กำลังใจเวลาผู้วิจัยพบอุปสรรคต่างๆ ตลอดช่วงการทำวิทยานิพนธ์

ครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้การสนับสนุน เป็นกำลังใจ และทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้อย่างสบายใจ และเต็มที่

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 : บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	3
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
บทที่ 2 : เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น และห้องสนทนา ออนไลน์.....	5
ประวัติความเป็นมา.....	5
คำจำกัดความ.....	8
องค์ประกอบสำคัญ.....	9
โปรแกรมเอ็มเอสเอ็น.....	12
คุณลักษณะของผู้ให้บริการ.....	16
ข้อกำหนดมาตรฐานทางจริยธรรม.....	17
การให้บริการสุขภาพจิตแบบพบหน้าและการให้บริการสุขภาพจิตทาง อินเทอร์เน็ต.....	21

	หน้า
การวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน.....	25
คำจำกัดความ.....	25
คุณลักษณะที่สำคัญของวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบ ร่วมกัน.....	26
การเลือกสมาชิกและตั้งทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูล.....	27
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	28
การศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	29
การตรวจสอบสามเส้า.....	29
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	30
การประเมินคุณภาพในงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบ ร่วมกัน.....	32
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	36
บทที่ 3 : วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
ผู้ให้ข้อมูล.....	44
ขั้นตอนการเก็บข้อมูล.....	45
เครื่องมือวิจัย.....	45
ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	47
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
ข้อจำกัดในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	49
ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย.....	50
บทที่ 4 : ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตตามการรับรู้ของผู้ ให้บริการ.....	51
ข้อดีของบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต.....	55
ข้อจำกัดของบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต.....	61

	หน้า
คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ให้บริการ.....	64
แนวปฏิบัติในการให้บริการ.....	65
แนวทางการช่วยเหลือ.....	73
อุปสรรค ความท้าทาย และข้อเสนอแนะในการให้บริการ.....	77
คุณค่าจากประสบการณ์การให้บริการ.....	84
บทที่ 5 : สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	92
สรุปผลการวิจัย.....	92
อภิปรายผลการวิจัย.....	97
สรุปและข้อเสนอแนะ.....	107
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้.....	108
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	108
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	109
รายการอ้างอิง.....	110
ภาคผนวก.....	114
ภาคผนวก ก เอกสารขออนุญาตเก็บข้อมูลและหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูล.....	115
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเอกสารที่เกิดขึ้นในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	119
ตัวอย่างเอกสารที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการวิเคราะห์ประเด็นหลักของทีมผู้	
วิเคราะห์ข้อมูลหลักทั้ง 3 คน.....	120
ตัวอย่างเอกสารที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการวิเคราะห์สาระสำคัญของทีมผู้	
วิเคราะห์ข้อมูลหลักทั้ง 3 คน.....	122
ตัวอย่างเอกสารที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการวิเคราะห์ภาพรวม และการจัด	
หมวดหมู่ ภายหลังจากที่ผู้ตรวจสอบให้ความเห็นแล้ว.....	128
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	134

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อดีและข้อจำกัดของการให้บริการสุขภาพจิตแบบพบหน้า และการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตในด้านต่างๆ.....	22
ตารางที่ 2 วันที่ทำการสัมภาษณ์ และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละ คน.....	46
ตารางที่ 3 ตารางสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86



ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1	ลักษณะของโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น..... 13
ภาพที่ 2	ลักษณะของโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นภายหลังลงชื่อเข้าระบบแล้ว..... 14
ภาพที่ 3	ลักษณะการสนทนาในโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น..... 15
ภาพที่ 4	ตัวไอคอนแสดงอารมณ์ หรือ อีโมติคอน..... 15



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน เทคโนโลยีการสื่อสารพัฒนาก้าวหน้าจนได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการใช้ชีวิตประจำวันของคนทุกเพศทุกวัย อินเทอร์เน็ตถือเป็นเทคโนโลยีการสื่อสารรูปแบบหนึ่งที่ได้รับ ความนิยมมากจากคนทั่วโลก (Miniwatts Marketing Group, 2010) เนื่องจากอินเทอร์เน็ตเป็นสื่อที่มีความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อสื่อสาร สามารถติดต่อกันได้ในระยะทางไกลไม่ว่าจะใน ประเทศหรือทั่วโลก (สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ, 2551) และยังเป็นสื่อ ที่มีราคาประหยัด ดังนั้นอินเทอร์เน็ตจึงเป็นช่องทางการสื่อสารช่องทางหนึ่งที่ได้รับ ความนิยมจาก ประชาชนทั่วไปในการใช้ประกอบกิจกรรมต่างๆ เช่น การติดต่อสื่อสาร การค้นคว้าหาข้อมูล และ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill, 2005)

การบริการด้านสุขภาพจิตก็เป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพที่ประชาชนทั่วไปให้ความ สนใจ ทั้งนี้การบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต (Internet-based mental health services) หมายถึง การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจโดยการบริการทางสุขภาพจิตและจิตวิทยา เช่น การ ปรึกษาเชิงจิตวิทยาเบื้องต้น การให้ความรู้ และบริการอื่นๆ ซึ่งมีนักจิตวิทยาหรือนักวิชาชีพเป็นผู้ ให้บริการแก่ผู้รับบริการแบบไม่พบตัวกัน โดยมีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ไปรษณีย์ อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) การสนทนาผ่านโปรแกรมแชท (Chat program) และการสื่อสารผ่านทาง จอวิดีโอ (Videoconferencing) เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร (Mallen & Vogel, 2005) ซึ่งทั้งผู้ ให้บริการและผู้รับบริการจะอยู่คนละสถานที่ และติดต่อสื่อสารกันผ่านทางอินเทอร์เน็ต (Manhal- Baugus, 2001) หรือสามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า การบริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต คือ การบริการด้านสุขภาพจิตเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจ โดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางใน การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

การบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตถือเป็นการบริการสุขภาพจิตทางเลือกใหม่สำหรับผู้ ที่ต้องการรับบริการ โดย Jones และ Stokes (2009) ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ผู้รับบริการเลือกใช้ บริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตในประเด็นเหล่านี้คือ การที่ผู้รับบริการอยู่ในพื้นที่ห่างไกล มี อุปสรรคทางด้านคมนาคม หรือไม่สะดวกในการออกมานอกบ้าน เช่น ผู้ที่มีภาระหน้าที่ในการ

ดูแลเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการที่บ้าน หรือผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงตารางงาน มีการเดินทางบ่อยๆ นอกจากนี้การปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตยังมีประโยชน์กับผู้รับบริการที่เป็นผู้พิการทางการได้ยิน และผู้พิการที่มีอุปสรรคในการเคลื่อนย้ายเดินทาง นอกจากนี้ Jones และ Stokes (2009) ยังได้ระบุถึงสาเหตุที่ผู้ให้บริการเลือกที่จะให้บริการทางอินเทอร์เน็ต เนื่องจากผู้ให้บริการสามารถให้บริการจากสถานที่ใด เวลาใดก็ได้ ช่วงเวลาทำงานค่อนข้างอิสระ ลดข้อจำกัดด้านการเดินทางได้ นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ต่อผู้ให้บริการที่มีปัญหาทางการได้ยิน ซึ่งจะทำให้ผู้ให้บริการยังสามารถให้บริการผ่านการใช้ตัวหนังสือแทนการใช้น้ำเสียงได้ ยิ่งไปกว่านั้นการให้บริการทางอินเทอร์เน็ตยังช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถย้อนกลับไปทบทวนและตรวจสอบบทสนทนาที่ผ่านมาได้ จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการให้บริการในรูปแบบนี้มีประโยชน์ทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แต่อย่างไรก็ตามการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตย่อมมีข้อดีและข้อจำกัด แตกต่างกับการให้บริการสุขภาพจิตในรูปแบบอื่นๆ ดังนั้นจึงควรมีการทำวิจัยและศึกษาในประเด็นของการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้นต่อไป

สำหรับการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตในประเทศไทยนั้น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตในรูปแบบของห้องสนทนาออนไลน์ (Chat room) ผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น ซึ่งเป็นช่องทางการให้บริการสุขภาพจิตกับประชาชนทั่วไป โดยเปิดให้บริการผ่านทาง counseling_sty@hotmail.com (กรมสุขภาพจิต, 2551) ซึ่งผู้รับบริการมีตั้งแต่เด็ก วัยรุ่น ถึงวัยผู้ใหญ่ทั่วไป อย่างไรก็ตามการให้บริการดังกล่าวนับว่าเป็นเรื่องที่ยังค่อนข้างใหม่และยังไม่มีการศึกษาในเชิงลึกถึงประสบการณ์ของผู้ให้บริการด้านนี้ในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตเพื่อทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริการสุขภาพจิตรูปแบบนี้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดคำถามการวิจัยไว้ว่า ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการ และประสบการณ์ของผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นเป็นอย่างไร โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน (Consensual qualitative research: CQR) เนื่องจากวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบนี้สามารถเก็บข้อมูลเชิงลึกจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลได้ ซึ่งมีความเหมาะสมในการศึกษาปรากฏการณ์ที่ซ่อนเร้นจากสังคม ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นไม่บ่อยครั้ง ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ต่างกัน และเป็นปรากฏการณ์ที่ไม่เคยมีการศึกษามาก่อน (Hill, Thompson, & Williams, 1997; Hill, Knox, Thompson, Williams, Hess, & Ladany, 2005) นอกจากนี้ข้อดีของการวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกันคือการที่ผู้วิจัยหลายคนในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความเชื่อถือได้สูง (Tuicomepee & Romano, 2008)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็ม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เลือกเฉพาะการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็ม (MSN) เท่านั้น เนื่องจากผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็ม ที่ใช้ e-mail: counseling_sty@hotmail.com สังกัดกรมสุขภาพจิตมีการให้บริการเฉพาะรูปแบบการแชท (chat) ผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็มเพียงรูปแบบเดียว

ผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็มที่ใช้ e-mail: counseling_sty@hotmail.com สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 13 คน เป็นนักจิตวิทยาจำนวน 3 คน นักสังคมสงเคราะห์จำนวน 6 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน โดยที่ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเคยได้รับการอบรมทางด้านการให้การปรึกษา และมีประสบการณ์การให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็มเท่านั้น โดยไม่ได้มีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบกับบริการในรูปแบบอื่นๆ เช่น การบริการแบบพบตัว หรือการบริการทางโทรศัพท์

การศึกษาในประเด็นของลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการ จะได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น โดยไม่ได้มาจากข้อมูลการบันทึกทางสถิติเชิงประจักษ์

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาจากประสบการณ์ของผู้ให้บริการ โดยไม่ได้มีการศึกษาจากประสบการณ์ของผู้รับบริการ ดังนั้นผลของการศึกษาจะได้มาจากการรับรู้อารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ให้บริการแต่เพียงด้านเดียว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต (Internet-based mental health services)

หมายถึง รูปแบบการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตโดยใช้โปรแกรมเอ็มเอสเอ็นเป็นสื่อกลางในการติดต่อกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เป็นการปรึกษาปัญหาด้านจิตใจเบื้องต้น และเป็น การขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เช่น นักจิตวิทยาการปรึกษา นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจิตเวช และนักสังคมสงเคราะห์

ห้องสนทนาออนไลน์ (Online chat room) หมายถึง ห้องสนทนาที่ตั้งขึ้นโดยมีผู้ใช้

อินเทอร์เน็ตตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่อยู่คนละสถานที่ ติดต่อสื่อสารกันโดยการพิมพ์เป็นตัวอักษรผ่านทางอินเทอร์เน็ต ในช่วงเวลาจริง ทันที (real-time) ผ่านโปรแกรมจำลองห้องสนทนา โดยในที่นี้เป็น การสนทนาแบบรายบุคคลผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น

ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการ (Problem characteristics of clients) หมายถึง

ประเด็นปัญหาที่ผู้รับบริการซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปนำมาปรึกษากับผู้ให้บริการผ่านโปรแกรม เอ็มเอสเอ็นที่ใช้ e-mail: counseling_sty@hotmail.com

ประสบการณ์ของผู้ให้บริการ (Experience of service providers) หมายถึง

ประสบการณ์ในการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นที่ใช้ e-mail: counseling_sty@hotmail.com ของผู้ให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพจิต สังกัดกรมสุขภาพจิต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบถึงลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต
2. ได้ทราบถึงประสบการณ์ของผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรม เอ็มเอสเอ็น
3. นำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลประกอบในการออกแบบการให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตเพื่อให้เข้าถึงผู้ต้องการรับบริการด้านสุขภาพจิตให้มากขึ้นและใช้เป็นบริการเสริมรูปแบบการบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบพบหน้าต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการและประสบการณ์ของผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น ดังต่อไปนี้

1. บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น และห้องสนทนาออนไลน์

1.1 ประวัติความเป็นมา

ประวัติความเป็นมาของการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต ในที่นี้ประกอบด้วย การสื่อสารโดยมีคอมพิวเตอร์เป็นสื่อกลาง (Computer Mediated Communication: CMC) การใช้ อินเทอร์เน็ต และการบริการด้านจิตวิทยาโดยนักจิตวิทยาหรือนักจิตบำบัด (Grohol, 2004) ดังนี้ การสื่อสารโดยมีคอมพิวเตอร์เป็นสื่อกลาง (Computer Mediated Communication: CMC) หมายถึง การสื่อสารระหว่างบุคคลผ่านทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งเริ่มต้นในช่วงปี ค.ศ.1960 จากการทดลองให้บุคคลสื่อสารหรือพูดคุยโต้ตอบกับโปรแกรมคอมพิวเตอร์เสมือนพวกเขากำลังโต้ตอบกับคนจริงๆ (Grohol, 2004) ต่อมาในช่วงปี ค.ศ.1972 ได้มีการสาธิตจำลองการพูดคุยโต้ตอบเพื่อการปรึกษาปัญหาส่วนตัวหรือเป็นการโต้ตอบเชิงบำบัดของมหาวิทยาลัยในประเทศอเมริกา 2 แห่ง การพูดคุยโต้ตอบเชิงบำบัดนี้ผู้รับบริการจะโต้ตอบกับโปรแกรมคอมพิวเตอร์แทนที่ การโต้ตอบกับนักจิตวิทยา ซึ่งโปรแกรมที่เรารู้จักกันดีที่สุดคือ โปรแกรม ELIZA

โปรแกรม ELIZA เป็นชื่อเรียกของโปรแกรมที่สร้างขึ้นโดย Weizenbaum แห่งสถาบันเทคโนโลยีแมสซาชูเซต (Massachusetts Institute of Technology: MIT) โปรแกรมนี้ได้รับการออกแบบเพื่อการสื่อสารทางตัวอักษร (Text-based communication) โดยใช้แนวคิดการบำบัดแบบเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centered therapy) (Jones & Stokes, 2009) โปรแกรม ELIZA เป็นการสื่อสารระหว่างคนกับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ไม่ใช่กับคนด้วยกัน ทั้งนี้ผู้รับบริการที่เคยสื่อสารผ่านตัวอักษรโดยใช้โปรแกรม ELIZA รายงานว่าพวกเขามีประสบการณ์ที่เหมือนจริงราวกับว่าพวกเขากำลังพูดคุยอยู่กับนักจิตวิทยาผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์จริง (Grohol, 2004) ซึ่งนี้

ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับคอมพิวเตอร์ในการช่วยเหลือผู้มีปัญหาด้านจิตใจโดยใช้การสื่อสารทางตัวอักษร

เนื่องจากโปรแกรม ELIZA มีการออกแบบให้ผู้ใช้บริการสื่อสารกับโปรแกรมแบบเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ผู้รับบริการจะรู้สึกว่าสิ่งที่ตนเองพูดคุยได้ตอบนั้นได้รับการทบทวนในด้านเนื้อหา โปรแกรม ELIZA จะมีการตั้งคำถามกลับเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้คิดต่อเนื่องในเรื่องที่พวกเขากังวลใจ การทบทวนเนื้อหาและการตั้งคำถามในประเด็นที่ผู้ใช้บริการมีความกังวลใจทำให้ผู้ใช้บริการเหล่านั้นรู้สึกเหมือนกับว่าพวกเขาได้พูดคุยกับคนอยู่จริงๆ ไม่ใช่การโต้ตอบกับคอมพิวเตอร์ นอกจากนี้ผู้ใช้บริการยังยอมรับวิธีการแสดงออกทางความคิดและความรู้สึกเป็นตัวอักษรบนหน้าจอคอมพิวเตอร์อย่างรวดเร็วด้วย ซึ่งสิ่งนี้ทำให้เกิดการวางรากฐานเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือระดับประคองจิตใจทางอินเทอร์เน็ต (online support groups) และตามด้วยการปรึกษาด้านจิตวิทยาทางอินเทอร์เน็ต (online counseling) ในเวลาต่อมา (Grohol, 2004)

กลุ่มช่วยเหลือระดับประคองจิตใจทางอินเทอร์เน็ต (online support groups) มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มระดับประคองจิตใจทั่วไป กล่าวคือกลุ่มช่วยเหลือระดับประคองจิตใจทางอินเทอร์เน็ตเป็นแหล่งที่ผู้ใช้บริการสามารถพูด เล่าถึงเรื่องราวของตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประเด็นปัญหาเฉพาะ ความผิดปกติ หรือเหตุการณ์ต่างๆ กับบุคคลอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกันได้ แต่มีสิ่งเดียวที่กลุ่มช่วยเหลือระดับประคองจิตใจทางอินเทอร์เน็ตแตกต่างกับกลุ่มช่วยเหลือระดับประคองจิตใจทั่วไปคือ ผู้รับบริการจะไม่เห็นหน้าคนอื่น ๆ ในขณะที่กำลังเล่าประสบการณ์ของตนเองหรือให้คำแนะนำกับคนอื่น ๆ ในโลกอินเทอร์เน็ต

กลุ่มช่วยเหลือระดับประคองจิตใจทางอินเทอร์เน็ตในระยะเริ่มต้นได้รับความนิยมในลักษณะปัญหา 2 ประเภท กล่าวคือ ลักษณะปัญหาประเภทแรกเป็นปัญหาที่มักจะไม่ค่อยพบในกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เดียวกัน การช่วยเหลือระดับประคองจิตใจทางอินเทอร์เน็ตจึงเป็นเหมือนตัวเชื่อมแหล่งช่วยเหลือสำหรับผู้ที่ยังอาศัยอยู่ในพื้นที่ต่างกันเข้าด้วยกัน และสำหรับลักษณะปัญหาประเภทที่สองคือปัญหาที่เป็นตรรกะ หรือปัญหาที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนด้อยค่า หรือมีรอยมลทิน (stigma) ทำให้ผู้ใช้บริการมีความลำบากใจที่จะไปพบนักจิตวิทยาด้วยตนเอง ดังนั้นการช่วยเหลือระดับประคองจิตใจทางอินเทอร์เน็ตจึงเป็นที่นิยมเนื่องจากทำให้ผู้ใช้บริการที่ยังไม่มีความมั่นใจในการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา รู้สึกปลอดภัยและลดความรู้สึกเป็นตรรกะ รูปแบบของกลุ่มช่วยเหลือระดับประคองจิตใจทางอินเทอร์เน็ต ได้แก่ กระดานสนทนา หัวข้อข่าวและกระทู้ที่สนใจ และการส่งไปรษณีย์ กลุ่มช่วยเหลือระดับประคองจิตใจทางอินเทอร์เน็ตนี้มีความสามารถที่จะช่วยเหลือบุคคลได้โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งบุคคลอาจได้แนวทางในการแก้ปัญหาจากบุคคลอื่น (Grohol, 2004)

สำหรับการให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการบริการด้านจิตวิทยาทางอินเทอร์เน็ตนั้น ได้มีการเริ่มต้นให้บริการครั้งแรกในปี ค.ศ. 1994 โดยสมาคมสะมาริตัน (Samaritans) ของประเทศอังกฤษ ซึ่งได้มีการตั้ง e-mail address ขึ้นมาโดยเฉพาะเพื่อทำการตอบคำถามของผู้ที่สิ้นหวังและมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายทั่วโลก (Grohol, 2004) หลังจากนั้นเป็นต้นมาก็ได้มีการนำการให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตมาใช้กันอย่างแพร่หลายมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบัน รูปแบบของการให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต มีหลายรูปแบบด้วยกัน ได้แก่ การให้บริการผ่านทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ การให้บริการโดยใช้ห้องสนทนาออนไลน์ และการพูดคุยปรึกษาผ่านทางจอวิดีโอ (Mallen & Vogel, 2005)

เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ได้ค้นคว้าเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตจากหลากหลายบริบท โดยผู้วิจัยพบว่าการบริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการด้านจิตวิทยาทางอินเทอร์เน็ต ทั้งนี้ได้มีคำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้เรียกการให้บริการด้านจิตวิทยาทางอินเทอร์เน็ตที่แตกต่างกันออกไป ตัวอย่างเช่น ได้แก่คำว่า “Online counseling” (Amani, 2007; Cohen & Kerr, 1998; Elleven & Allen, 2004; Glasheen & Campbell, 2009; King et al., 2006; Kraus, Zack & Stricker, 2004; Mallen & Vogel, 2005; Mallen, Vogel, Rochlen, & Day, 2005) “Cybercounseling” (Maple & Han, 2008; Shernoff, 2000) “e-therapy” (Manhal-Baugus, 2001) “Online therapy” (Cook & Doyle, 2002; Rochlen, Zack, & Speyer, 2004) และรวมไปถึง “Ecounseling” “Cybertherapy” และ “Telecounseling” (Elleven & Allen, 2004)

ทั้งนี้ การให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต หมายถึง วิธีการให้การช่วยเหลือด้านจิตใจเบื้องต้นรูปแบบหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่ต้องการรับบริการสามารถเข้าถึงการบริการทางสุขภาพจิตผ่านทางอินเทอร์เน็ตได้ (Kraus et al., 2004) เป็นรูปแบบของกระบวนการช่วยเหลือที่ใช้อินเทอร์เน็ตในการติดต่อระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตที่ผ่านการฝึกอบรมมาแล้วกับผู้รับบริการ (Rochlen et al., 2004) เป็นการนำส่งบริการทางสุขภาพจิตและปัญหาด้านจิตใจอื่นๆ เช่น การช่วยเหลือประคับประคองจิตใจเบื้องต้น การให้ข้อมูลชี้แนะ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตทั้งนี้ผู้ให้บริการจะเป็นนักวิชาชีพที่มีใบรับรองว่า得有คุณสมบัติและผ่านการฝึกอบรมด้านการให้บริการเฉพาะนี้ รวมทั้งมีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ห้องสนทนาออนไลน์ และการสื่อสารผ่านทางจอวิดีโอ (Mallen & Vogel, 2005) นอกจากนี้ องค์การควบคุมคุณภาพการให้บริการของนักวิชาชีพ เช่น National Board for Certified Counselors ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ระบุว่าบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตเป็นการให้ความช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ รวมทั้งเป็นการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ

ในขณะที่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการอยู่คนละสถานที่ โดยที่ทั้งสองฝ่ายจะมีการสื่อสารกันผ่านทาง อินเทอร์เน็ต (Manhal-Baugus, 2001) ซึ่งสำหรับในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข ก็ได้มีการนำแนวคิดของการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตมาใช้ในการ ให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปด้วยเช่นกัน โดยจัดให้มีการบริการในรูปแบบของห้องสนทนาออนไลน์ (Chat room) ผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น (MSN) โดยเปิดให้บริการผ่านทางอีเมล counseling_sty@hotmail.com (กรมสุขภาพจิต, 2551) แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพบว่าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตในประเทศไทยนั้นยังมีน้อยมาก

1.2 คำจำกัดความ

การสนทนาออนไลน์ หรือ การสนทนาทางอินเทอร์เน็ต (Internet Relay Chat : IRC) เป็นการสนทนาแบบถ่ายทอดสดบนหน้าจอคอมพิวเตอร์ โดยมีอินเทอร์เน็ตและคอมพิวเตอร์เป็นสื่อในการเชื่อมต่อกับบุคคลอื่นๆ (อาจมากกว่า 1 คนขึ้นไป)ที่กำลังเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต (online) อยู่ในขณะนั้น ในช่วงเวลาเดียวกันแต่คนละสถานที่ ผู้ใช้สามารถพิมพ์สิ่งที่ต้องการจะพูดลงไปได้ ซึ่งสิ่งที่พิมพ์ลงไปนี้จะปรากฏขึ้นบนหน้าจอคอมพิวเตอร์ของทั้งผู้พิมพ์ส่งสารและผู้รับสารพร้อมกัน ดังนั้นการสนทนาออนไลน์นี้จึงเป็นเครื่องมือในการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตซึ่งมีความสามารถในการให้การสนทนาที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน (synchronous) อย่างรวดเร็ว แต่ปราศจากการแสดงออกทางสีหน้า น้ำเสียง หรือภาษากาย (Jones & Stokes, 2009)

สำหรับการสนทนาออนไลน์นี้อาจเรียกได้อีกอย่างว่าเป็น การส่งข้อความด่วน (instant messaging หรือ chatting) (Zack, 2004) การแชทเป็นที่นิยมมากในช่วงปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา โดยมีบริษัท American Online (AOL) และบริษัทผู้ให้บริการอินเทอร์เน็ต (internet service providers : ISPs) ต่างๆ เป็นผู้ให้บริการ การสนทนา (chatting) ที่มีตัวอักษรและรูปภาพเป็นหลักนี้เกิดขึ้นแบบในเวลาจริง ทันที (real-time) ระหว่างบุคคลหรือในกลุ่มบุคคล (Fenichel, 2004) สำหรับในปัจจุบันนี้ผู้ให้บริการแชทรูม (Chat Room) ที่กำลังเป็นที่นิยมมาก คือบริษัท Microsoft หรือที่รู้จักกันดีว่า MSN (Microsoft Network) (ไทยฮอตเว็บ, 2552) ส่วนโปรแกรม Instant Messenger ที่ใช้ในการแชทในปัจจุบันนั้น ได้แก่ AIM (AOL Instant Messenger), Yahoo, MSN (MSN Messenger) ซึ่งโปรแกรมเหล่านี้โดยส่วนมากแล้วจะสามารถดาวน์โหลดได้ฟรีจากเว็บเพจของผู้ให้บริการนั้นๆ โดยตรง (Zack, 2004)

ห้องสนทนาออนไลน์ (Chat room) เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายและขอบเขตของห้องสนทนาไว้ดังนี้

Barak (1999) ให้ความหมายของห้องสนทนาออนไลน์ว่าเป็นการที่ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตหลายคนติดต่อสื่อสารกันโดยการพิมพ์ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ในช่วงเวลาจริง ผ่านทางโปรแกรมจำลองห้องสนทนาต่างๆ เช่น ICQ หรือ MSN

Amani (2007) ให้ความหมายของห้องสนทนาออนไลน์ว่าเป็นการสนทนาทางอินเทอร์เน็ตผ่านตัวอักษรในช่วงเวลาจริง ระหว่างคนสองคนหรือมากกว่า

Elleven และ Allen (2004) ให้ความหมายของห้องสนทนาออนไลน์ว่าเป็นห้องสนทนาที่ตั้งขึ้น โดยที่ผู้ใช้ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปสามารถสื่อสารกันได้ใกล้เคียงกับเวลาจริง ซึ่งการสื่อสารรูปแบบนี้สามารถใช้กับคู่สนทนาที่อยู่คนละสถานที่ หรือบุคคลที่ชื่นชอบที่จะได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็วจากผู้ให้บริการของเขา

Maples และ Han (2008) ให้ความหมายของคำว่า ห้องสนทนาออนไลน์สำหรับการให้บริการด้านจิตวิทยาว่าเป็นรูปแบบการสนทนาเชิงช่วยเหลือแบบในเวลาจริงทันที (real-time) ระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งการสนทนาสามารถเป็นการสนทนาแบบรายบุคคลหรือเป็นการสนทนาดังกลุ่มก็ได้

กล่าวโดยสรุปแล้ว ห้องสนทนาออนไลน์ หมายถึง ห้องสนทนาที่ตั้งขึ้นโดยมีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่อยู่คนละสถานที่ ติดต่อสื่อสารกันโดยการพิมพ์เป็นตัวอักษรผ่านทางอินเทอร์เน็ต ในช่วงเวลาจริง ผ่านทางโปรแกรมจำลองห้องสนทนาต่างๆ

1.3 องค์ประกอบสำคัญ

การบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตนั้น ผู้ให้บริการสามารถให้บริการโดยประจำที่อยู่ที่ทำงาน ที่สำนักงาน ที่บ้าน หรือที่มหาวิทยาลัยก็ได้ (Zack, 2004) ซึ่งสถานที่ให้บริการนั้นจะขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและความสะดวกของผู้ให้บริการ สำหรับองค์ประกอบหรืออุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นต่อนักจิตวิทยาในการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตในเบื้องต้น ได้แก่

1.3.1 คอมพิวเตอร์ (Computer)

คอมพิวเตอร์เป็นอุปกรณ์พื้นฐานที่สุด สำหรับการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ที่ใช้ควรจะเป็นคอมพิวเตอร์ที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้ ไม่เสียหายขณะใช้งานหรือมีปัญหาที่คาดไม่ถึง ระบบปฏิบัติการใช้ของ Macintosh หรือ Windows ก็ได้ตามความสะดวก คอมพิวเตอร์ที่ใช้ต้องมีโมเด็ม (Modem) เป็นอุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต (Zack, 2004) คอมพิวเตอร์จะเป็นแบบตั้งโต๊ะ (Desktop) หรือเป็นแบบพกพาก็ได้ (Laptop) แต่คอมพิวเตอร์ควรมีระบบป้องกันการลักลอบใช้งานโดยมีการตั้งรหัสผ่าน (Password) เปิดเครื่องคอมพิวเตอร์ด้วย (Jones & Stokes, 2009)

1.3.2 การเชื่อมต่อทางอินเทอร์เน็ต (Internet connection)

มีการเชื่อมต่อทางอินเทอร์เน็ตที่มีคุณภาพจากหน่วยงานที่ให้บริการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต (Internet Service Providers : ISPs) สำหรับในประเทศไทย ได้แก่ True Internet, Internet KSC, Maxnet, TOT เป็นต้น ส่วนความเร็วของอินเทอร์เน็ตนั้นขึ้นอยู่กับวิธีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตแบบต่างๆ เช่นแบบ Dial-up, DSL (Digital Subscriber Line), Cable Modem, LAN (Local Area Network) (Zack, 2004)

1.3.3 โปรแกรมเว็บเบราว์เซอร์ (Web browser)

โดยปกติโปรแกรมเว็บเบราว์เซอร์จะติดมากับเครื่องคอมพิวเตอร์อยู่แล้ว ซึ่งเว็บเบราว์เซอร์เป็นโปรแกรมที่ทำให้ผู้ใช้สามารถท่องไปในโลกอินเทอร์เน็ต World Wide Web (www.) ได้ ซึ่งโปรแกรมที่เป็นที่นิยมได้แก่ Netscape (Zack, 2004) Microsoft Internet Explorer, Mozilla Firefox, Safari เป็นต้น (Jones & Stokes, 2009)

1.3.4 โปรแกรมอีเมล และอีเมลแอดเดรส (E-mail program and E-mail address)

โปรแกรมอีเมลจะเป็นตัวช่วยให้นักจิตวิทยาสามารถจัดการอีเมลต่างๆ ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย, รับอีเมลจากผู้อื่น, ช่วยคัดกรองอีเมลขยะ และยังช่วยให้สามารถส่งข้อความให้กับกลุ่มคนต่างๆ ได้ง่าย (Zack, 2004) โปรแกรมอีเมลต่างๆ ได้แก่ Microsoft Outlook, Outlook Express, Mozilla Thunderbird เป็นต้น (Jones & Stokes, 2009) ส่วนบัญชีอีเมล หรืออีเมลแอดเดรส (e-mail account หรือ e-mail address) นั้นสามารถสมัครขอใช้ได้ฟรีจากเว็บไซต์ผู้ให้บริการต่างๆ เช่นจากเว็บไซต์ Hotmail ของบริษัท Microsoft (Zack, 2004) หรือเว็บไซต์ Yahoo ก็ได้ อีเมลแอดเดรสที่ใช้ได้แก่ freeonlinecounseling@hotmail.com หรือ

johncounseling@yahoo.com เป็นต้น ข้อดีของการสมัครใช้อีเมลจากเว็บไซต์ผู้ให้บริการ เช่น Hotmail และ Yahoo คือการที่ผู้ใช้สามารถเข้าถึงอีเมลของตนเองจากคอมพิวเตอร์เครื่องใดก็ได้ (Jones & Stokes, 2009)

1.3.5 โปรแกรมป้องกันไวรัส (Anti-virus software)

โปรแกรมป้องกันไวรัส ได้แก่ Norton, McAfee, AVG, ESET NOD32, Kaspersky เป็นต้น ซึ่งควรมีการอัปเดตอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าคอมพิวเตอร์ที่ใช้จะไม่เกิดความเสียหายอันเนื่องมาจากการติดไวรัสจากคอมพิวเตอร์ของผู้รับบริการ หรือแม้แต่การส่งไวรัสจากคอมพิวเตอร์ของผู้ใช้ไปยังผู้รับบริการคนอื่นๆ (Jones & Stokes, 2009)

จะเห็นว่าองค์ประกอบเบื้องต้นที่จะทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตได้ จะต้องมียุคประกอบทั้ง 5 อย่าง คือ คอมพิวเตอร์ (computer) การเชื่อมต่อทางอินเทอร์เน็ต (internet connection) โปรแกรมเว็บเบราว์เซอร์ (web browser) โปรแกรมอีเมลและอีเมลแอดเดรส (e-mail program and e-mail address) และ โปรแกรมป้องกันไวรัส (anti-virus software) องค์ประกอบเหล่านี้จะทำให้นักจิตวิทยาสามารถให้บริการปรึกษาผ่านทางอีเมลในเบื้องต้นได้ ซึ่งการสื่อสารทางอีเมลนี้ถือเป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นคนละช่วงเวลา (asynchronous) (Zack, 2004) ในส่วนต่อมาก็คือองค์ประกอบหรืออุปกรณ์เสริมที่จะทำให้การบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตมีประสิทธิภาพและมีรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น ซึ่งองค์ประกอบหรืออุปกรณ์เสริม ได้แก่

1.3.6 โปรแกรมแชท (Chat program)

โปรแกรมแชทนี้จะทำให้ผู้ให้บริการสามารถติดต่อสื่อสารและให้บริการสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการในรูปแบบของการสื่อสารผ่านตัวหนังสือแบบช่วงเวลาจริง (real-time) โดยใช้วิธีการพิมพ์ตัวหนังสือโต้ตอบกันเป็นบทสนทนาได้ การแชทสามารถกระทำผ่านทางเว็บที่ให้บริการแชทก็ได้ ซึ่งได้แก่เว็บ eBuddy (www.ebuddy.com) ซึ่งเว็บ eBuddy เป็นเว็บที่ให้บริการส่งข้อความด่วน (web based instant messaging service) สำหรับผู้ใช้ MSN, Yahoo, Gtalk, Facebook, ICQ, MySpace และ AIM (AOL) เว็บ eBuddy จะทำให้ผู้ใช้ทุกคนสามารถทำการแชทจากเครื่องคอมพิวเตอร์ทุกเครื่องที่มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้โดยไม่ต้องมีการดาวน์โหลด ไม่ต้องทำการลงโปรแกรม ไม่ต้องอัปเดต ไม่ต้องทำการสมัคร และไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด แต่เว็บที่ให้บริการแชทนี้จะมีลูกเล่นหรือความสามารถต่างๆ น้อยกว่าโปรแกรมที่ใช้เพื่อการแชทโดยเฉพาะ

โปรแกรมที่ใช้เพื่อการแชทโดยเฉพาะได้แก่ MSN, Yahoo, AIM ซึ่งโปรแกรมเหล่านี้จะมีความสามารถในการส่งรูปภาพ หรือสามารถบันทึกบทสนทนาแบบอัตโนมัติได้ (Zack, 2004) แต่ไม่ว่าจะเป็นเว็บที่ให้บริการส่งข้อความด่วน หรือโปรแกรมที่ใช้ในการแชทก็มีความสามารถหลักแบบเดียวกัน คือการทำให้ผู้ใช้สามารถพิมพ์ตัวหนังสือสื่อสารกันในช่วงเวลาจริง ทันที (real-time) และเป็นการสนทนาที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน (synchronous)

อย่างไรก็ตามการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตโดยใช้อีเมลหรือโดยการใช้การแชทต่างก็มีข้อจำกัด นั่นคือ การสื่อสารทั้งสองรูปแบบนี้จะให้การสื่อสารเฉพาะในรูปแบบของตัวหนังสือ ผู้ที่ทำการสื่อสารจะได้รับข้อมูลของแต่ละฝ่ายเพียงแค่จากตัวหนังสือที่ปรากฏขึ้นเท่านั้น

1.3.7 โปรแกรมสื่อสารผ่านทางจอวิดีโอและกล้องเว็บแคม (Videoconferencing program and webcam)

โปรแกรมสื่อสารผ่านทางจอวิดีโอจะเป็นตัวที่ทำหน้าที่ในการส่งสัญญาณภาพ เคลื่อนไหวระหว่างคอมพิวเตอร์ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งการสื่อสารด้วยวิธีนี้นั้นจะต้องมีการเชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง (high-speed internet) และต้องมีกล้องเว็บแคม กล้องเว็บแคมแตกต่างกับกล้องวิดีโอโดยทั่วไปตรงที่กล้องเว็บแคมไม่ได้มีหน้าที่ในการบันทึกภาพ แต่มีหน้าที่ในการส่งสัญญาณภาพไปยังคอมพิวเตอร์ ซึ่งอาจจะบันทึกภาพไว้หรือทำการส่งสัญญาณภาพผ่านทางอินเทอร์เน็ตต่อไปได้ (Zack, 2004) การใช้โปรแกรมสื่อสารผ่านทางจอวิดีโอ และกล้องเว็บแคมจะทำให้นักจิตวิทยาผู้ให้บริการสามารถเห็นรูปร่าง หน้าตา และสีหน้าของผู้รับบริการได้ ซึ่งการเห็นสิ่งเหล่านี้จะเป็นการช่วยทำให้นักจิตวิทยามีข้อมูลเพื่อที่จะวางแผนการให้บริการได้เพิ่มมากขึ้น

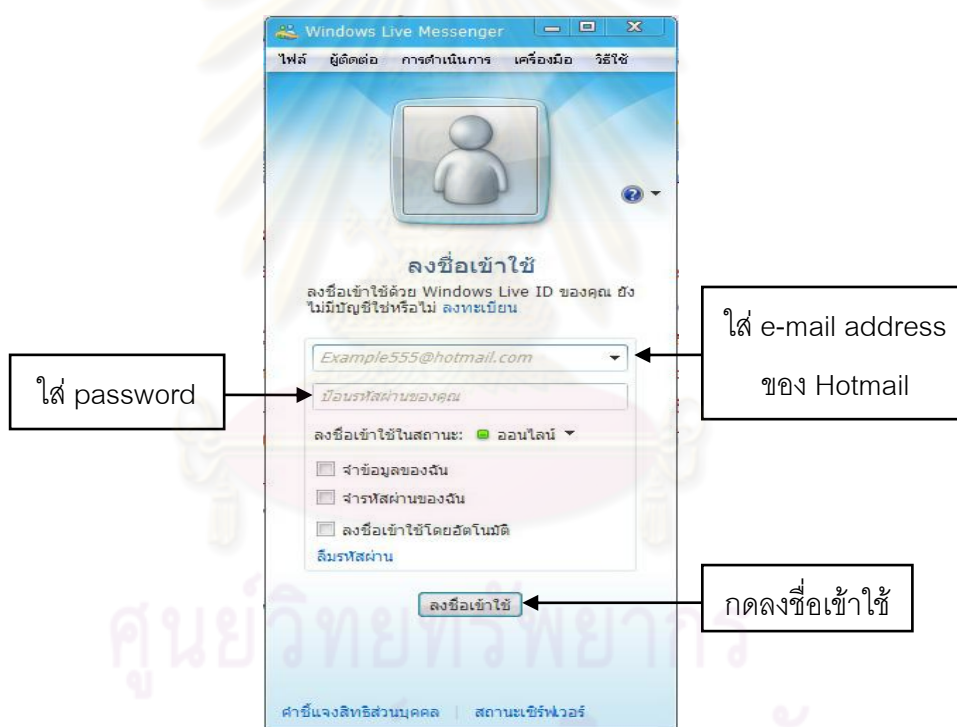
การสื่อสารผ่านทางจอวิดีโอมีความคล้ายกับการแชท คือ เป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาจริง ทันที (real-time) แต่แทนที่จะเป็นตัวอักษรหรือตัวหนังสือเพียงอย่างเดียวก็จะมีภาพมาประกอบด้วย ซึ่งการสื่อสารผ่านทางจอวิดีโออาจจะเสี่ยงประกอบด้วยหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับว่ามีการต่อไมโครโฟนด้วยหรือไม่ (Zack, 2004) หากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีการต่อกล้องเว็บแคมและไมโครโฟน ก็จะทำให้ทั้งสองฝ่ายสามารถพูดคุยติดต่อกันโดยตรงได้

1.4 โปรแกรมเอ็มเอสเอ็น

โปรแกรมเอ็มเอสเอ็น (MSN) หรือที่ในปัจจุบันได้พัฒนาต่อมาจนเรียกว่า Windows Live Messenger เป็นโปรแกรมแชทที่ใช้สื่อสาร สนทนา ด้วยการส่งข้อความในช่วงเวลาจริง ทันที

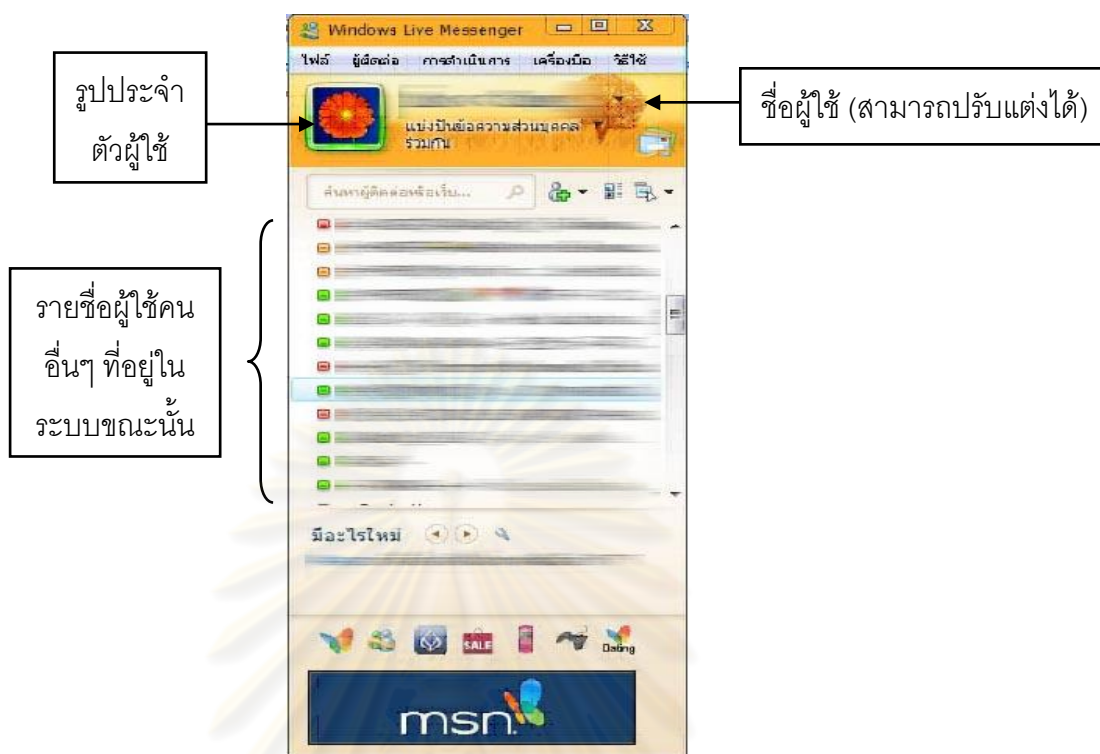
(real-time) ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ซึ่งผู้ที่จะสามารถใช้โปรแกรมเอ็มเอสเอ็นได้จะต้องเป็นสมาชิกอีเมลของเว็บไซต์ Hotmail หรือ MSN ซึ่งหลังจากติดตั้งโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นแล้วสามารถใช้ e-mail address และ password ของตนเองเพื่อเข้าใช้ (Log in) เข้าโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นได้ทันที สำหรับผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกอีเมลของ Hotmail หรือ MSN ก็สามารถใช้อีเมลของเว็บไซต์อื่นลงชื่อเข้าใช้โปรแกรมได้เช่นกัน แต่ต้องมีการลงทะเบียนก่อน (สุพรรณณี รัชตวโรทัย, 2551)

โปรแกรมเอ็มเอสเอ็นเป็นโปรแกรมแชทที่มีความสามารถหลากหลาย ได้แก่ การสนทนาผ่านวิดีโอซึ่งทำให้ผู้ใช้สามารถเห็นหน้าตาของคู่สนทนาได้ การสนทนาด้วยเสียงจากคอมพิวเตอร์ เครื่องหนึ่งไปยังอีกเครื่องหนึ่ง การส่งต่อข้อมูล เป็นต้น ซึ่งในส่วนนี้จะขอแนะนำเฉพาะในส่วนของการใช้งานเพื่อการแชทพอสังเขป โดยลักษณะของโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นเป็นดังภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 ลักษณะของโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น

จากภาพที่ 1 หลังจากทีลงชื่อเข้าสู่ระบบด้วย e-mail address และ password แล้ว ผู้ใช้จะสามารถเข้าสู่ระบบเอ็มเอสเอ็นได้ และจะปรากฏดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ลักษณะของโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นภายหลังจากลงชื่อเข้าระบบแล้ว

เมื่อเข้าระบบเอ็มเอสเอ็นแล้วจะเห็นรายชื่อของบุคคลที่กำลังอยู่ในระบบเอ็มเอสเอ็น และผู้ที่กำลังอยู่ในระบบก็จะเห็นชื่อของผู้ใช้ปรากฏขึ้นอยู่ในรายการด้วยเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ก่อนที่จะเริ่มสนทนาหรือส่งข้อความจะต้องทำการเพิ่มรายชื่อผู้ติดต่อ (Add a contact) ลงในรายการก่อนโดยการส่งคำร้องไปถึงผู้ใช้ที่เราต้องการสนทนาด้วย เมื่อผู้ใช้ที่เราต้องการสนทนาตอบรับคำขอแล้วรายชื่อของผู้นั้นจะปรากฏขึ้นในรายชื่อผู้ใช้ที่อยู่ในระบบขณะนั้นตามภาพที่ 2 ข้างต้น

ผู้ใช้สามารถเลือกคุยกับบุคคลที่มีรายชื่อปรากฏอยู่ได้ โดยสามารถสนทนาทีละคน พร้อมกันหลายคนหรือสนทนาเป็นกลุ่มก็ได้ ผู้ใช้สามารถพิมพ์โต้ตอบได้ โดยข้อความที่ผู้ใช้พิมพ์จะไปปรากฏอยู่บนหน้าจอทั้งของผู้ใช้และของคู่สนทนา ดังตัวอย่างในภาพที่ 3 ซึ่งจะเป็นตัวอย่างในการสนทนาพร้อมกันสองคน (แยกหน้าต่างสนทนา)



ภาพที่ 3 ลักษณะการสนทนาในโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น

โปรแกรมเอ็มเอสเอ็นยังมีความสามารถพิเศษในการใช้รูปตัวการ์ตูนสัญลักษณ์แทนการแสดงอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ได้ด้วย ซึ่งตัวการ์ตูนสัญลักษณ์เหล่านี้เรียกว่า ตัวไอคอนแสดงอารมณ์ หรือ อีโมติคอน (Emoticon) (เชิญศิริ รุ่งสบแสง และ กุลิสรา ไคร์ครวญ, 2550) ดังตัวอย่างในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ตัวไอคอนแสดงอารมณ์ หรือ อีโมติคอน

1.5 คุณลักษณะของผู้ให้บริการ

Rochlen และคณะ (2004) กล่าวถึงคุณลักษณะของผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตว่าอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีความสะดวกใจ สบายใจที่จะใช้คอมพิวเตอร์ และทำการสื่อสารผ่านตัวหนังสือ ผู้ให้บริการที่ดีจะต้องมีความสามารถในการคิดจินตนาการสูง มีความยืดหยุ่น อดทนอดกลั้น มีความคิดสร้างสรรค์ และที่สำคัญคือผู้ให้บริการจะต้องได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตมาโดยเฉพาะ รวมไปถึงมีการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือเข้าร่วมการฝึกอบรมและเข้าร่วมฟังการประชุมวิชาการ นอกจากนี้ยังต้องเป็นสมาชิกในสมาคมวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต

นอกจากนี้ Zelvin และ Speyer (2004) ยังกล่าวถึงคุณลักษณะของผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตว่า จะต้องมีความสบายใจในการใช้อินเทอร์เน็ต และมีทักษะในการใช้คีย์บอร์ด (ยกเว้นกรณีให้ผู้ให้บริการใช้โปรแกรมที่ถ่ายทอดเสียงได้ชำนาญอยู่แล้ว) ผู้ให้บริการต้องมีความสามารถในการถ่ายทอดสิ่งต่างๆ โดยวิธีการพิมพ์ได้ดี และเนื่องจากผู้รับบริการบางคนอาจไม่มีทักษะในการถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกผ่านทางตัวอักษร ดังนั้นผู้ให้บริการจึงต้องเป็นตัวแทนให้กับผู้รับบริการในเรื่องการถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกทางตัวอักษร ผู้ให้บริการควรมีความระมัดระวังในเรื่องการพิมพ์สิ่งที่ทำให้ตนเองดูไม่น่าเชื่อถือ ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการไม่เชื่อถือและไม่ไว้วางใจในตัวผู้ให้บริการอันจะส่งผลให้เกิดความเสียหายในสัมพันธภาพได้ ความยืดหยุ่น (Flexibility) ถือเป็นคุณลักษณะของผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตที่สำคัญ เนื่องจากงานให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ซึ่งยังคงมีความสงสัย แรงต้านทาน และความคิดต่อต้านจากหลายๆ ฝ่าย ดังนั้นการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตจึงอยู่ในสถานะที่มีความเสี่ยง นอกจากนี้ความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการก็ยังไม่คงที่แน่นอนและเปลี่ยนแปลงได้ง่ายกว่าการให้การปรึกษาแบบดั้งเดิม ผู้ให้บริการจึงต้องมีความยืดหยุ่นปรับตัวไปตามกระแสต่างๆ

ผู้ให้บริการไม่จำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบคอมพิวเตอร์ทั้งหมด เพียงแต่มีความรู้และสามารถควบคุมอุปกรณ์เครื่องมือ (คอมพิวเตอร์) ของตนได้ และมีความเอาใจใส่ หมั่นซ่อมบำรุงอยู่เสมออีกเพียงพอ ในบางครั้งผู้ให้บริการอาจต้องเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับอุปกรณ์เทคโนโลยีเหล่านี้ เช่น คอมพิวเตอร์ช้า รูด ปัญหาทางเทคนิคต่างๆ การขาดการติดต่อระหว่างการให้บริการ หรือแม้แต่การส่งข้อความที่ผู้ให้บริการไม่ต้องการส่งไปยังผู้รับบริการโดยไม่ตั้งใจ เป็นต้น ดังนั้นผู้ให้บริการจึงต้องมีทักษะในการแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้ รวมไปถึงการรับมือกับความรู้สึกของตัวผู้ให้บริการเอง และการรับมือการตอบสนองของผู้รับบริการด้วย

1.6 ข้อกำหนดมาตรฐานทางจริยธรรม

ข้อกำหนดมาตรฐานทางจริยธรรมมีความสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตเช่นเดียวกับบริการด้านจิตวิทยาในรูปแบบอื่นๆ ทั้งนี้ Manhal-Baugus (2001) ได้ทำการรวบรวมข้อกำหนดทางจริยธรรม (Ethical Codes) ที่กำหนดขึ้นจาก 3 สมาคมวิชาชีพนักจิตวิทยาการปรึกษา ได้แก่ American Counseling Association (ACA), National Board for Certified Counselors (NBCC) และ International Society for Mental Health Online (ISMHO) โดยแต่ละสมาคมได้ให้ข้อกำหนดทางจริยธรรมดังนี้

สมาคมแรก คือ American Counseling Association (ACA) (Manhal-Baugus, 2001) ในปี ค.ศ.1999 ได้จัดทำข้อกำหนดมาตรฐานทางจริยธรรมสำหรับการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต ดังนี้

1. การเก็บรักษาความลับของผู้มารับบริการ (*Confidentiality*) ประกอบด้วยประเด็นต่างๆ เหล่านี้ คือ

1.1 ข้อมูลส่วนตัวที่บ่งชี้ตัวบุคคล (*privacy information*) หมายถึง การที่ผู้ให้บริการต้องมั่นใจว่าผู้มารับบริการได้รับข้อมูลที่เพียงพอต่อความเข้าใจในข้อจำกัดของเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ที่มีต่อกระบวนการปรึกษาโดยภาพรวม และเข้าใจในข้อจำกัด อุปสรรค หรือความยากลำบากในการที่จะรักษาความลับหรือความเป็นส่วนตัวของผู้มารับบริการอย่างสมบูรณ์ในเรื่องการส่งข้อมูลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ดังนั้นเพื่อที่จะลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ในประเด็นนี้ ผู้ให้บริการควรใช้เว็บไซต์ที่มีระบบรักษาความปลอดภัยและใช้การตั้งรหัสผ่านอีเมล

1.2 การชี้แจงข้อมูลแก่ผู้มารับบริการ (*information notices*) ประกอบด้วย ความปลอดภัยของเว็บไซต์ของผู้ให้บริการ การแสดงตัวผู้ให้บริการ และการแสดงตัวของผู้มารับบริการ ประเด็นเกี่ยวกับความปลอดภัยของเว็บไซต์นั้นรวมถึงการที่ผู้ให้บริการต้องแจ้งให้ผู้มารับบริการทราบถึงระดับความปลอดภัยของเว็บไซต์ วิธีการสร้างรหัสลับ และโปรแกรมพิเศษที่ผู้มารับบริการอาจจำเป็นต้องใช้ ประเด็นเกี่ยวกับการแสดงตัวผู้ให้บริการ คือ การแจ้งต่อผู้มารับบริการเกี่ยวกับรูปพรรณ หรือลักษณะของผู้ให้บริการทั้งในด้านข้อมูลต่างๆ หนังสือนำรองและคุณสมบัติของผู้ให้บริการ และวิธีการควบคุมคุณภาพ ส่วนประเด็นการแสดงตัวของผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ให้บริการสามารถยืนยันตัวผู้รับบริการได้ว่าเป็นตัวจริง

1.3 คำรับรองของผู้รับบริการ (*client waiver*) คือการที่ผู้รับบริการยอมรับถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้จากปัญหาเกี่ยวกับการเก็บรักษาความลับผู้มารับบริการ (*Confidentiality*) ที่มีต่อการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต

1.4 การบันทึกการสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ (records of electronic communications) คือการที่ผู้ให้บริการต้องแจ้งให้ผู้มารับบริการทราบถึงการบันทึกบทสนทนา รวมถึงการเก็บข้อมูลอื่นๆ และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ผู้ให้บริการยังต้องมีวิธีการในการเก็บรักษา ความลับและรักษาความปลอดภัยของข้อมูลที่เหมาะสมด้วย

1.5 การส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้รับบริการ (electronic transfer of client information) เป็นประเด็นเกี่ยวกับการส่งต่อข้อมูลของผู้รับบริการให้กับบุคคลที่สามที่มีส่วน ร่วมกับการบริการ ซึ่งการส่งต่อข้อมูลทั้งผู้ให้บริการและบุคคลที่รับข้อมูลจะต้องกระทำใน สภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และผู้รับข้อมูลต้องมีระบบการรักษาความลับ ในข้อมูลของผู้รับบริการด้วย การส่งต่อข้อมูลนี้ต้องได้รับการยินยอมจากตัวผู้รับบริการซึ่งเป็น เจ้าของข้อมูลด้วย

2. การสร้างสัมพันธภาพในการให้บริการทางอินเทอร์เน็ต (Establishing the online relationship) ประกอบด้วยประเด็นต่างๆ เหล่านี้ คือ

2.1 ความเหมาะสมของการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งได้แก่การที่ผู้ให้ บริการจะต้อง 1) พัฒนาวิธีการที่เหมาะสมกับระดับความต้องการของผู้รับบริการ 2) ทำการ เตือนให้ผู้รับบริการเข้าใจว่าการให้บริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตนั้นอาจไม่มีความเหมาะสมกับ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่ และ 3) ทำการแจ้งผู้รับบริการเกี่ยวกับข้อจำกัด ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการรับบริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต

2.2 แผนการบริการที่ชัดเจน กล่าวคือผู้ให้บริการจะต้องทำการพัฒนาแผนการ ให้บริการทางอินเทอร์เน็ตแบบรายบุคคลที่มีความสอดคล้องกับทั้งสถานการณ์เฉพาะของ ผู้รับบริการและการส่งต่อผู้รับบริการไปสู่วิธีการปรึกษารูปแบบอื่นๆ ในกรณีที่การบริการทาง อินเทอร์เน็ตอาจไม่มีความเหมาะสมอีกต่อไป

2.3 การชี้แจงข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (continuing coverage) คือการทำให้ผู้รับ บริการได้ทราบถึง ตารางเวลา (schedule) การคิดค่าบริการ (response rates) และ การติดต่อกับ ผู้รับบริการด้วยวิธีอื่น (alternate means of contacting the counselor) ในกรณีที่ไม่สามารถ ติดต่อกับผู้ให้บริการทางอินเทอร์เน็ตได้ ซึ่งได้แก่ ชื่อและข้อมูลต่างๆ ของผู้ให้บริการ

2.4 ขอบเขตการให้บริการ (boundaries of competence) คือการที่ผู้ให้บริการจะ ปฏิบัติหน้าที่ในขอบเขตการฝึกอบรมด้านวิชาการ ความชำนาญ และในระดับทักษะของตนเท่านั้น

2.5 ผู้รับบริการที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือไร้สมรรถภาพ (minor or incompetent clients) คือการที่ผู้มารับบริการต้องได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครองโดยชอบ ตามกฎหมายในกรณีที่ตัวผู้มารับบริการไม่สามารถให้การยินยอมด้วยตนเองได้

3. การให้บริการภายใต้ข้อกำหนด (Legal considerations) คือการที่ผู้ให้บริการมั่นใจว่าขอบเขตของการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต และเงื่อนไขในการให้บริการนั้นไม่ถูกยับยั้งหรือฝ่าฝืนต่อบทบัญญัติ ข้อบังคับของสมาคมวิชาชีพ คณะกรรมการวิชาชีพ คณะกรรมการของรัฐ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

สำหรับ National Board for Certified Counselors (NBCC) (Manhal-Baugus, 2001) ในปี ค.ศ.1997 ได้กำหนด 13 ประเด็นหลักเกี่ยวกับผู้ให้บริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต ดังนี้

1. ทำการทบทวนข้อกำหนดและข้อกำหนดทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องถึงความเป็นไปได้ในการละเมิดข้อบังคับต่างๆ ในการให้บริการ
2. ทำการแจ้งผู้รับบริการเกี่ยวกับการรักษาความลับและปกป้องข้อมูลส่วนตัว เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้นิเทศก์
3. แจ้งผู้รับบริการเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลการบริการ รวมไปถึงวิธีการเก็บข้อมูลและระยะเวลาการเก็บรักษาข้อมูลด้วย
4. ในกรณีที่ยากต่อการยืนยันตัวของผู้ให้บริการและผู้รับบริการว่าเป็นตัวจริง เพื่อหลีกเลี่ยงกรณีที่มีคนสวมรอย ให้ใช้วิธีการบอกรหัสคำ ตัวเลข หรือรูปภาพ
5. เมื่อมีเหตุต้องให้บิดามารดา หรือผู้ปกครองให้ความยินยอมต่อผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้ทำการพิสูจน์เพื่อยืนยันตัวผู้ให้การยินยอมด้วยว่าเป็นตัวจริง
6. ทำการแบ่งปันข้อมูลแก่ผู้รับบริการด้วยฐานข้อมูลอื่นๆ ตามวิธีการที่เหมาะสม
7. ระวังระวังถึงขอบเขตของการเปิดเผยตนเองของผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการ และทำการชี้แจงเหตุผลเกี่ยวกับระดับการเปิดเผยตัวของผู้ให้บริการ
8. จัดหาลิงค์ที่เชื่อมต่อไปถึงเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการบริการ เพื่อเอื้อให้เกิดการคุ้มครองผู้บริโภค
9. ติดต่อ NBCC หรือ รัฐของผู้รับบริการหรือคณะกรรมการประจำเขต เพื่อที่จะได้รับรายชื่อผู้ให้บริการปรึกษาท่านอื่นที่สามารถโทรศัพท์ติดต่อได้อย่างน้อยหนึ่งคนที่อยู่ในเขตพื้นที่ของผู้รับบริการ
10. ทำการตกลงกับผู้รับบริการถึงวิธีการในการติดต่อผู้ให้บริการในกรณีที่ผู้ให้บริการไม่ได้เชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตในขณะนั้น
11. มีการกล่าวถึงเว็บไซต์ที่ผู้ให้บริการเชื่อว่าจะไม่เหมาะสมสำหรับการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต

12. อธิบายถึงความเป็นไปได้ของความผิดพลาดทางเทคโนโลยีที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้รับบริการ

13. อธิบายต่อผู้รับบริการถึงวิธีการแก้ปัญหาความเข้าใจผิดที่อาจเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางการสื่อสารด้านอวัจนภาษาของผู้ให้บริการหรือของผู้รับบริการ

ต่อมาคือ International Society for Mental Health Online (ISMHO) (Manhal-Baugus, 2001) ซึ่งเป็นองค์กรที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมความเข้าใจ การใช้และการพัฒนาการสื่อสารออนไลน์ สนับสนุนด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสำหรับสมาคมสุขภาพจิตระหว่างประเทศ และพัฒนามาตรฐานสำหรับการติดต่อสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตระหว่างผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตกับผู้บริโภค ซึ่งในปี ค.ศ.2000 ได้กำหนดมาตรฐานไว้ ดังนี้

1. การยินยอมตามที่ได้บอกกล่าว (*Informed Consent*) หรือ การขอคำยินยอมและให้คำยินยอมโดยสมัครใจ โดยผู้รับบริการต้องรับรู้และทราบเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ เหล่านี้

1.1 กระบวนการ (*The process*) กล่าวถึง ความเข้าใจผิดที่อาจเกิดขึ้นได้จากการสื่อสารทางตัวอักษร ระยะเวลาในการสื่อสารแบบคนละช่วงเวลา (*asynchronous*) และการคุ้มครองของผู้ให้บริการในการป้องกันการบันทึกบทสนทนาที่ไม่ต้องการให้บันทึก

1.2 นักจิตวิทยาการศึกษา หรือผู้ให้บริการ (*The counselor*) กล่าวคือ ผู้รับบริการมีสิทธิในการขอข้อมูลพื้นฐานอ้างอิงตัวผู้ให้บริการ ชื่อจริง และข้อมูลอื่นๆ

1.3 ผลประโยชน์ (*The benefit*) กล่าวถึง การที่ผู้รับบริการควรที่จะได้รับการแจ้งเกี่ยวกับประโยชน์ของการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต

1.4 ความเสี่ยง (*The risk*) กล่าวถึง การที่ผู้รับบริการได้รับการแจ้งเกี่ยวกับความเสี่ยงต่างๆ เช่น ความเป็นไปได้ของการที่ความลับจะรั่วไหลออกไปอันเนื่องมาจากการส่งอีเมล

1.5 การปกป้องคุ้มครอง (*The safeguard*) กล่าวถึง ความสำคัญในการแจ้งให้ผู้รับบริการทราบถึงการคุ้มครองโดยผู้ให้บริการ และวิธีการปฏิบัติที่ผู้รับบริการพึงปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่างๆ

1.6 ทางเลือก (*The alternative*) คือการที่ผู้รับบริการได้รับการแจ้งถึงช่องทางการรับบริการทางสุขภาพจิตรูปแบบอื่นๆ

1.7 ตัวแทน หรือผู้รับมอบอำนาจ (*Proxies*) คือ ในกรณีที่ผู้รับบริการไม่อยู่ในสถานะที่สามารถตัดสินใจยินยอมเข้ารับบริการสุขภาพจิตได้ จะต้องมีการได้รับการยินยอมจากบิดามารดา ผู้ปกครอง หรือผู้มีอำนาจอื่นๆ

2. **ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่มีมาตรฐาน (Standard operating procedures)** คือ การที่ผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตให้บริการด้วยวิธีการแบบเดียวกันกับการให้บริการแบบรายบุคคล ซึ่งข้อปฏิบัติในประเด็นนี้ได้แก่

- 2.1 การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในขอบเขตของความสามารถ
- 2.2 ทำตามข้อกำหนดของใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองอื่นๆ ในการปฏิบัติงาน
- 2.3 มีความสอดคล้องกันในเรื่องของโครงสร้างการบริการ เช่น รูปแบบ ความถี่ และการเก็บค่าบริการ
- 2.4 ทำการประเมินปัญหาของผู้รับบริการในเบื้องต้นอย่างถูกต้อง และดูความเหมาะสมของการให้การปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต
- 2.5 รักษาความลับ
- 2.6 ทำการบันทึกข้อมูลอย่างมีความเหมาะสม และมีการแจ้งผู้รับบริการให้ทราบเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติต่างๆ
- 2.7 ทำตามแนวทางและข้อกำหนดทางจริยธรรมของสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

3. **ในกรณีฉุกเฉิน (Emergencies)** ในประเด็นนี้ได้กล่าวถึงวิธีการปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินควบคู่ไปกับวิธีการในการติดต่อกับนักวิชาชีพในท้องถิ่น ซึ่งในกรณีนี้ควรมีการทำการตกลงกับผู้รับบริการด้วย

1.7 การให้บริการสุขภาพจิตแบบพบหน้า และการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต

การให้บริการสุขภาพจิตแบบพบหน้า (Face-to-face service) เป็นรูปแบบการให้บริการสุขภาพจิต เช่น การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา การให้ความรู้ และบริการอื่นๆ โดยผู้ให้บริการซึ่งเป็นนักจิตวิทยาหรือนักวิชาชีพมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการซึ่งหน้า ซึ่งทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องอยู่ในสถานที่เดียวกัน แตกต่างกับการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต (Internet-based service) ตรงที่ การให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต เป็นรูปแบบการนำส่งบริการทางด้านสุขภาพจิตที่ผู้ให้บริการไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์แบบพบหน้ากับผู้รับบริการ แต่จะมีการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารกัน ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โดยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่ได้อยู่ในสถานที่เดียวกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถเปรียบเทียบข้อดีและข้อจำกัดของการให้บริการสุขภาพจิตแบบพบหน้า และแบบอินเทอร์เน็ตในด้านต่างๆ ได้ดังนี้ (Centore & Milacci, 2008; Young, 2005; Tanrikulu, 2009; Kraus et al., 2004; Jones & Stokes, 2009; King et al., 2006)

ตารางที่ 1

การเปรียบเทียบข้อดีและข้อจำกัดของการให้บริการสุขภาพจิตแบบพบหน้า และการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตในด้านต่างๆ

แบบพบหน้า	ทางอินเทอร์เน็ต
ข้อดี	
1. ได้รับข้อมูลทั้งวัจนภาษาที่เป็นภาษาคำพูด และอวัจนภาษา ได้แก่ภาษากาย การแสดงออกต่างๆ ทำให้ผู้ให้บริการได้รับข้อมูลรอบด้าน สามารถทำการสังเกต และประเมินสถานการณ์ได้	1. ผู้รับบริการสามารถปกปิดสถานภาพทางสังคมของตนได้ จึงทำให้มีความกล้าที่จะรับบริการและเล่าเรื่องราวส่วนตัวออกมา ซึ่งมีความเหมาะสมกับผู้รับบริการที่มีรอยมลทิน (stigma)
2. การได้รับข้อมูลทั้งวัจนภาษา และอวัจนภาษา ทำให้ผู้ให้บริการสามารถทำความเข้าใจในเรื่องราวของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ	2. เหมาะสำหรับกลุ่มคนที่มีความต้องการที่จะรับบริการแต่ไม่สะดวกใจหรือไม่คุ้นเคยกับการคุยกับคนแปลกหน้า หรือมีค่านิยมว่าการมาเข้ารับบริการในสถานบริการทางสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่ดูไม่ดี น่าอาย
3. ผู้ให้บริการสามารถเอื้อให้ผู้รับบริการได้สำรวจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตัวเองได้อย่างลึกซึ้ง	3. ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่จำเป็นต้องเดินทางด้วยตนเอง ทำให้ประหยัดทั้งเวลา และค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทาง
	4. ผู้ให้บริการและผู้รับบริการสามารถติดต่อกัน โดยที่ทั้งสองฝ่ายจะอยู่สถานที่ใดก็ได้
	5. ช่วงเวลาการให้บริการค่อนข้างมีอิสระ
	6. เนื่องจากมีการสื่อสารทางตัวหนังสือเป็นหลัก จึงเหมาะสำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แบบพบหน้า	ทางอินเทอร์เน็ต
	<p>7. มีความเป็นส่วนตัว และได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ทำให้รู้สึกปลอดภัยซึ่งทำให้ผู้รับบริการบางรายสามารถแสดงความรู้สึกได้อย่างเต็มที่</p> <p>8. มีระยะเวลาในการพิมพ์โต้ตอบ ทำให้มีเวลาในการคิด พิจารณาก่อนที่จะพิมพ์สื่อสาร</p> <p>9. สามารถย้อนกลับไปทบทวนบทสนทนาที่บันทึกไว้ได้</p> <p>10. สามารถให้บริการในสถานการณ์วิกฤตในกรณีที่ผู้รับบริการมีความต้องการรับบริการแบบเร่งด่วน (Crisis Intervention)</p>
<p>ข้อจำกัด</p> <p>1. ผู้รับบริการไม่สามารถปกปิดสถานะทางสังคมของตนได้ เนื่องจากต้องมาพบกับผู้ให้บริการด้วยตนเอง ทำให้ผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตบางรายไม่กล้ามาเข้ารับบริการเนื่องจากอายและกลัวถูกมองว่าผิดปกติ</p> <p>2. ผู้รับบริการต้องเดินทางมารับบริการด้วยตนเอง ซึ่งทำให้เสียเวลา และเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง</p> <p>3. ผู้ที่มีอุปสรรคในการเดินทาง เช่น อยู่ในพื้นที่ห่างไกล การจราจรติดขัด หรือพิการ ไม่สามารถมาเข้ารับบริการได้</p> <p>4. ช่วงเวลาการให้บริการค่อนข้างจำกัด</p>	<p>1. ขาดการสื่อสารด้านอวัจนภาษา ได้แก่ น้ำเสียง การแสดงออกทางสีหน้า แววตา การพยักหน้า ภาษากาย ซึ่งทำให้ผู้ให้บริการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการน้อยลง</p> <p>2. การขาดอวัจนภาษาทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสาร ซึ่งอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ</p> <p>3. ผู้รับบริการบางรายอาจไม่สามารถสำรวจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนเองอย่างชัดเจนและลึกซึ้ง</p> <p>4. ผู้ให้บริการไม่สามารถรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นทางด้านของผู้รับบริการได้ทั้งหมด</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แบบพบหน้า	ทางอินเทอร์เน็ต
	5. การสื่อสารขาดความต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการมีทักษะในการพิมพ์ต่ำ 6. อาจเกิดความผิดพลาดเทคโนโลยี เช่น ไฟฟ้าดับ คอมพิวเตอร์เสีย เชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตไม่ได้ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่า รูปแบบการให้บริการสุขภาพจิตแบบพบหน้าและการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตต่างก็มีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน โดยการให้บริการสุขภาพจิตแบบพบหน้ามีข้อดีคือ การที่ผู้ให้บริการได้รับข้อมูลของผู้รับบริการทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษาซึ่งจะทำให้เกิดการสื่อสารความได้อย่างครบถ้วน มีประสิทธิภาพ แต่การให้บริการรูปแบบนี้มีข้อจำกัดคือ การที่ผู้รับบริการรายใหม่ที่ไม่คุ้นเคยอาจไม่กล้ามาเข้ารับบริการด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้ที่มีความต้องการรับบริการแต่มีอุปสรรคในด้านการเดินทางอาจจะไม่สามารถมาเข้ารับบริการได้ ส่วนการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตมีข้อดีคือ ผู้รับบริการมีความกล้าที่จะเข้ารับบริการเนื่องจากสามารถปกปิดสถานภาพทางสังคมของตนเองได้ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สามารถรับบริการจากสถานที่ใดก็ได้ มีความเป็นส่วนตัวและได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ทำให้รู้สึกปลอดภัย สามารถพบทวนบทสนทนาที่บ้านทักไว้ได้ ส่วนข้อจำกัดของการให้บริการรูปแบบนี้คือการขาดอวัจนภาษาซึ่งทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับข้อมูลของผู้รับบริการอย่างครบถ้วนจนอาจทำให้เกิดการสื่อสารที่คลาดเคลื่อน และเกิดความเข้าใจผิดกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้ นอกจากนี้การสื่อสารยังขาดความต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ใช้มีทักษะในการพิมพ์ต่ำ และอาจเกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสารกันหากเกิดความผิดพลาดเทคโนโลยี เช่น ไฟฟ้าดับ คอมพิวเตอร์เสีย เชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตไม่ได้ เป็นต้น

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า รูปแบบการให้บริการสุขภาพจิตแบบพบหน้า และการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตต่างก็มีข้อดีที่สำคัญ ซึ่งหากมีการนำการบริการสุขภาพจิตทั้งสองรูปแบบมาใช้ร่วมกันก็จะทำให้เกิดระบบการให้บริการสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ที่มีความต้องการรับบริการสุขภาพจิตต่อไป

2. การวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน (Consensual Qualitative Research: CQR)

2.1 คำจำกัดความ

การวิจัยเชิงคุณภาพโดยทั่วไป หมายถึง การแสวงหาและได้มาซึ่งความรู้โดยการพิจารณาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น ซึ่งวิธีการนี้จะให้ความสนใจกับความรู้ที่นึกคิด ความหมาย ค่านิยมหรืออุดมการณ์ของบุคคลนอกเหนือไปจากข้อมูลเชิงปริมาณ (สุภางค์ จันทวานิช, 2551) ให้ความสนใจกับข้อมูลเชิงคุณลักษณะที่อยู่ในธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้นๆ เป็นการแสวงหาความรู้โดยเชื่อว่าความจริงไม่ใช่สิ่งตายตัว และไม่มีหนึ่งเดียว มีความแปรปรวนกับบริบท เป็นการศึกษาวิจัยที่เน้นความเป็นธรรมชาติ (ศิริพร จิรวัดมนกุล, 2552) การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการศึกษาที่มักใช้เวลานานในการศึกษาติดตามระยะยาว โดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการเป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (สุภางค์ จันทวานิช, 2551)

จากความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพตามที่กล่าวไป สุภางค์ จันทวานิช (2551) ได้นำมาขยายความเป็นลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพดังนี้

1. เน้นการมองปรากฏการณ์ให้เห็นภาพรวม โดยการมองจากหลายแง่มุม หรือแนวคิด ทฤษฎีที่หลากหลาย
2. เป็นการศึกษาติดตามระยะยาวและเจาะลึก เพื่อให้เข้าใจความเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์ในสังคมในระยะต่างๆ นอกจากนี้การศึกษแบบนี้แบบเจาะลึก เช่น การศึกษาเฉพาะกรณี จะทำให้เกิดความเข้าใจได้อย่างลึกซึ้งและสามารถมองภาพได้จากหลายแง่มุม
3. ศึกษาปรากฏการณ์ในสภาพแวดล้อมธรรมชาติ คือการศึกษาปรากฏการณ์ในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงเพื่อให้เกิดความเข้าใจในความหมายของปรากฏการณ์
4. คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ถูกวิจัย เนื่องจากการศึกษามนุษย์ นักวิจัยเชิงคุณภาพจึงต้องให้ความสำคัญและเคารพผู้ถูกวิจัยในฐานะที่เป็นเพื่อนมนุษย์
5. ใช้การพรรณนาและการวิเคราะห์แบบอุปนัย การพรรณนานั้นจะทำให้เห็นภาพรวมของการศึกษาในขั้นแรก โดยนักวิจัยเชิงคุณภาพจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับสภาพทั่วไปหรือกรณีศึกษาในลักษณะของการพรรณนา ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้วิธีการตีความสร้างข้อสรุปแบบ

อุปนัย (induction) คือการนำข้อมูลเชิงรูปธรรมย่อยๆ หลายๆ กรณีมาสรุปเป็นข้อสรุปเชิงนามธรรมโดยพิจารณาจากลักษณะร่วมที่พบ

6. เน้นปัจจัยหรือตัวแปรด้านความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และความหมาย

สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน (Consensual Qualitative Research หรือ CQR) เป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่พัฒนาขึ้นโดย Clara E. Hill และคณะในปี 1997 (Hill et al., 1997; Hill et al., 2005) ซึ่งมีลักษณะสอดคล้องกับความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพตามที่ สุภางศ์ จันทวานิช (2551) ได้นำมาขยายความไว้ข้างต้น การอภิปรายจนเห็นชอบร่วมกัน (consensus process) ถือเป็นแกนหลักสำคัญของวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน โดยมีความเชื่อว่าการรับรู้และทัศนคติที่หลากหลายจะทำให้สามารถเข้าใจความจริงได้มากขึ้น และยังสามารถถอดคิที่เกิดขึ้นจากผู้วิจัยด้วย (Marshall & Rossman, 1989, cited in Hill et al., 1997)

2.2 คุณลักษณะที่สำคัญของวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน

คุณลักษณะที่สำคัญของวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน สามารถสรุปได้ 8 ประการ ดังนี้ (Hill et al., 1997)

1. เก็บข้อมูลโดยใช้คำถามปลายเปิด (open-ended questions) เพื่อไม่เป็นการจำกัดการตอบสนองของผู้ให้ข้อมูล
2. เป็นวิธีการวิจัยที่ใช้ถ้อยคำในการอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ
3. ทำการศึกษาในกลุ่มคนจำนวนน้อยเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก
4. เข้าใจประสบการณ์เฉพาะอย่างจากการศึกษาบริบทของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด
5. มีการสร้างข้อสรุปด้วยวิธีการแบบอุปนัยจากข้อมูลที่มี
6. มีทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก (primary team) จำนวน 3 – 5 คนในการตัดสินใจต่างๆ เพื่อให้เกิดความคิดเห็นที่หลากหลายและมีการอภิปรายจนเห็นชอบร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ดีที่สุด
7. มีผู้ตรวจสอบ (auditor) จำนวน 1 – 2 คน ในการตรวจสอบข้อสรุปที่ได้จากการอภิปรายของทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าทีมผู้วิจัยหลักไม่ได้มองข้ามข้อมูลที่มีความสำคัญไป
8. ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก มีการย้อนกลับไปดูข้อมูลดิบอีกครั้งหนึ่งเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าข้อสรุปที่ได้นั้นถูกต้องแม่นยำ และมีรากฐานอยู่บนข้อมูลจริง

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบทีมผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน จะมีการใช้ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก จำนวน 3 - 5 คนในการวิเคราะห์ข้อมูล และมีผู้ตรวจสอบ (auditor) จำนวน 1 - 2 คนในการ ทบทวนและให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลของทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก

ในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก แต่ละคนจะต่างคนต่างตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากนั้นจึงนำความคิดเห็นมานำเสนอและอภิปรายกันจนกว่า จะได้ความเห็นที่สอดคล้องกันเป็นหนึ่งเดียว และเป็นความเห็นที่สมาชิกทุกคนยอมรับว่าเป็น ตัวแทนของข้อมูลได้ดีที่สุด ซึ่งการใช้ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักจำนวนหลายคนจะทำให้เกิดความคิด เห็นและทัศนคติที่หลากหลาย สามารถหลีกเลี่ยง หรือลดอคติที่เกิดขึ้น และมีประโยชน์ในการ ช่วยจับประเด็นข้อมูลที่มีความซับซ้อน โดยเฉพาะการวิเคราะห์การสื่อสารของมนุษย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ ทำได้ยากเนื่องจากมีความกำกวม ไม่ชัดเจนในความหมาย ดังนั้นการมีอิสระที่จะคิดและอภิปราย กันถึงประเด็นเหล่านี้ จะทำให้ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก สามารถจับประเด็นข้อมูลได้ถูกต้อง แม่นยำมากขึ้น ความคิดเห็นและทัศนคติที่แตกต่างกันของทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักแต่ละคนถือ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากการอภิปรายจนเห็นชอบร่วมกันจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีความ คิดเห็นแตกต่างเกิดขึ้นตั้งแต่แรก ดังนั้นทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องถาม คำถามสมาชิกท่านอื่น และเปิดใจที่จะขยายขอบเขตทัศนคติของตนในการตีความข้อมูล (Hill et al., 1997)

2.3 การเลือกสมาชิกและตั้งทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูล

การตั้งทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากระเบียบวิธีการวิจัย ชนิดนี้ ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก จะต้องใช้เวลาร่วมกันเป็นเวลานาน และทำการอภิปรายกันอย่าง เปิดเผย ดังนั้นสมาชิกในทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก จะต้องสามารถทำงานร่วมกันได้ เคารพซึ่งกันและ กัน สามารถจัดการความแตกต่างได้ รู้ลึกอิสระในการที่จะคัดค้านสมาชิกคนอื่น กล้าเสนอความ คิดเห็น และมีทักษะในการจัดการและไกล่เกลี่ยความแตกต่างที่เกิดขึ้น สมาชิกทีมผู้วิเคราะห์ ข้อมูลหลัก จะต้องมีความเชื่อว่าการที่มีความคิดเห็นหรือทัศนคติที่หลากหลาย จะมีประโยชน์ต่อ การเข้าถึงความจริงของข้อมูล นอกจากนี้สมาชิกจะต้องมีความยืดหยุ่นและสามารถยอมรับความ เปลี่ยนแปลงได้ หากมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกิดขึ้น

สำหรับงานวิจัยบางชิ้น ความแตกต่างของสมาชิกในกลุ่มก็เป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากหาก สมาชิกมีความคล้ายคลึงกันมาก อาจทำให้เกิดอคติในการวิจัยไปในทิศทางเดียวกัน จนอาจเกิด การยอมรับข้อมูลนั้นก่อนที่จะได้พิจารณาทางเลือกอื่นๆ ในทางกลับกัน หากสมาชิกมีความ แตกต่างกันมากเกินไป อาจทำให้เกิดความขัดแย้งและไม่สามารถตกลงกันได้ นอกจากนี้สำหรับ

งานวิจัยบางชิ้นก็มีความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนในทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ และประสบการณ์เฉพาะทางในเรื่องที่ทำการศึกษานั้นๆ ด้วย

สมาชิกในทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก จะต้องมีความรู้สึกรับผิดชอบและมีความรู้สึกผูกพัน กับกระบวนการ ความรู้สึกที่อยากจะอุทิศตนให้และความรู้สึกผูกพันกับงานจะเกิดขึ้นได้ยากถ้า หากสมาชิกทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก ไม่ได้มีความสนใจในประเด็นที่กำลังศึกษาหรือเข้าร่วมทีม เพียงเพื่อจะทำให้กลุ่มสมบูรณ์ ยิ่งไปกว่านั้นถ้าสมาชิกไม่ได้มีความตั้งใจที่จะมาเข้าร่วม ไม่ได้รู้สึก ผูกพันกับสมาชิกคนอื่นๆ และไม่ได้มีความสนใจที่จะร่วมอภิปราย สมาชิกคนนั้นก็จะมีข้อเสนอ ให้กับกลุ่มในทิศทางที่เป็นประโยชน์มากนัก

การเลือกผู้ตรวจสอบ (auditor) เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากผู้ตรวจสอบจะเป็นคนตรวจสอบ งานของทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก ดังนั้นผู้ตรวจสอบจะต้องมีความระมัดระวังในรายละเอียด ต่างๆ มาก โดยหน้าที่ของผู้ตรวจสอบคือการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในชั้นต่างๆ ทั้ง ประเด็นหลัก (Domains) ที่ได้ สาระสำคัญ (Core Ideas) และ หมวดหมู่ (Categories) ที่ได้จาก การวิเคราะห์ภาพรวม (Cross-Analyses) ว่าเป็นผลที่สามารถนำเสนอข้อสรุปของข้อมูลทั้งหมดได้ จริง (Hill et al., 1997; Hill et al., 2005)

กระแสของกลุ่มเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยจะต้องให้ความสำคัญ กลุ่มควรจะมีบรรยากาศที่ทำให้ สมาชิก ทุกคนรู้สึกสบายใจที่จะแสดงความคิดเห็น ควรจะมีการซักถามถึงความรู้สึกในการทำงาน ร่วมกันหากสมาชิกคนใดไม่แสดงความคิดเห็น ค่อนข้างเงียบ หรือไม่มีส่วนร่วม เนื่องจากบางครั้ง กระบวนการทำงานของกลุ่มอาจจะทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกไม่สบายใจได้ เช่น การเสีย ความรู้สึกเมื่อถูกปฏิเสธความคิดเห็น ความรู้สึกเหล่านี้ควรจะได้รับการจัดการเร็วที่สุดเท่าที่จะ เป็นไปได้เพื่อที่จะได้ไม่เกิดความตึงเครียดขึ้น การสลับเปลี่ยนหมุนเวียนผู้ที่จะได้แสดงความคิดเห็นคนแรกยังมีประโยชน์ คือ การไม่มีสมาชิกคนใดคนหนึ่งมีอิทธิพลต่อกลุ่มมากเกินไป และทำ ให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสแสดงออกอีกด้วย

2.4 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับการคัดเลือกมาจะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เชิงลึกในปรากฏการณ์ที่ เกิดขึ้น เป็นผู้ที่สามารถบรรยายถึงประสบการณ์ของตนได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจะต้องมีเกณฑ์ในการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้คนที่สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และมีความหมาย การ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างควรมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามหลักการเพื่อไม่ให้เกิดอคติในการทำวิจัย แต่ หากไม่สามารถทำการสุ่มได้ เช่น อาจเนื่องมาจากหาผู้ให้ข้อมูลได้จำนวนน้อย ผู้วิจัยจะต้องเขียน รายงานเกี่ยวกับข้อจำกัดในขั้นการเลือกผู้ให้ข้อมูลในรายงานการวิจัยด้วย แต่อย่างไรก็ตามกลุ่ม

ตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกมากก็ควรมีลักษณะร่วมเหมือนกันให้มากที่สุด (homogeneous sample) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกันในภูมิหลัง และมีประสบการณ์เรื่องเดียวกันเพื่อที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลที่เลือกควรจะมีความสดใหม่และมีความเป็นปัจจุบันของประสบการณ์ เนื่องจากหากข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องการเก็บผ่านไปแล้ว ผู้ให้ข้อมูลอาจจะจำไม่ได้ หรือผู้ให้ข้อมูลอาจจะให้ข้อมูลตามที่ตัวเองคิด ซึ่งอาจจะบิดเบือนไปจากความเป็นจริงในช่วงนั้น

ส่วนขนาดของกลุ่มตัวอย่างนั้นจะขึ้นอยู่กับคำถามการวิจัยและความสะดวกในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แต่ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมควรมีจำนวน 8 – 15 คน ซึ่งเป็นขนาดที่มีความใหญ่พอที่จะทำให้เกิดข้อค้นพบได้ (Hill et al., 1997; Hill et al., 2005)

2.5 การศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ถึงแม้ว่านักวิจัยเชิงคุณภาพส่วนมากจะเชื่อว่า การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องก่อนการทำวิจัยจะก่อให้เกิดอคติในการทำวิจัย แต่ Hill และคณะ (1997, 2005) ให้ความเห็นว่าการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องก่อนการทำวิจัยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากจะทำให้ผู้วิจัยสามารถหลีกเลี่ยงประเด็นข้อผิดพลาดต่างๆ ที่เคยเกิดขึ้นในงานชิ้นก่อนๆ และยังช่วยให้สามารถตั้งแนวคำถามการวิจัยได้ดีอีกด้วย แต่สิ่งสำคัญคือผู้วิจัยจะต้องทิ้งข้อมูลจากวรรณกรรมทั้งหมดในขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อที่จะได้ให้ความสนใจกับ “สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลพูด” มากกว่าที่จะให้ความสนใจใน “สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลควรจะพูด” ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยปราศจากอคติในการทำวิจัย (Hill et al., 1997)

2.6 การตรวจสอบสามเส้า

การเก็บข้อมูลด้วยวิธีการและทัศนคติที่แตกต่างกันเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการตรวจสอบข้อมูล Polkinghorne (1994, cited in Hill et al., 1997) เสนอว่าควรเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถรายงานหรือบรรยายประสบการณ์ของตนได้อย่างละเอียดทุกแง่มุม นอกจากนี้บุคคลแต่ละคนยังมีประสบการณ์ต่อเหตุการณ์เดียวกันต่างกันด้วย เช่นเดียวกัน Richardson (1994, cited in Hill et al., 1997) เสนอว่าในความจริงหนึ่งอย่างมีการรับรู้หลายแบบ ซึ่งการรับรู้แต่ละแบบก็ตรงกับความจริงนั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ควรคาดหวังให้ข้อมูลเกิดการทับซ้อนตรงกันอย่างสมบูรณ์ เพราะการรับรู้ที่แตกต่างกันนั้นจะทำให้ผลที่ได้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ทั้งนี้หากผลที่ได้ขัดแย้งกับผลที่ได้จากการเก็บข้อมูลด้วยวิธีอื่น ผู้วิจัยก็ต้องพยายามอธิบายให้ได้ว่าเหตุใดผลที่ได้จึงแตกต่างกัน

2.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น โดยหลักๆ จะมี 3 ขั้นตอนด้วยกัน (Hill et al., 1997; Hill et al., 2005; King et al., 2006) คือ

2.7.1 สร้างประเด็นหลัก

การสร้างประเด็นหลัก (Developing Domains) เป็นการจัดกลุ่มข้อมูลที่มีเนื้อหาคล้ายๆ กันมารวมกันเป็นประเด็นหลัก ซึ่งในขั้นตอนนี้ที่ผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก แต่ละคนจะต่างคนต่างวิเคราะห์ข้อมูลที่มี (ผู้วิจัยเป็นอิสระต่อกัน) และทำการสร้างประเด็นหลักขึ้นมา โดยในเบื้องต้นที่ผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก อาจวิเคราะห์ข้อมูลจากชุดข้อมูล 2-3 ชุดก่อน (โดยที่ผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักทุกคนจะมีชุดข้อมูลชุดเดียวกัน) เพื่อที่จะได้ง่ายต่อการแยกประเด็นให้ชัดเจน หลังจากนั้นที่ผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก จึงมาประชุมกันเพื่ออภิปรายถึงประเด็นหลักที่แต่ละคนวิเคราะห์ได้มาจนได้ข้อสรุปเพียงอย่างเดียวที่ผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก ทุกคนเห็นชอบร่วมกันว่าเป็นประเด็นหลักที่เหมาะสมกับข้อมูลที่ที่สุด ซึ่งในขั้นตอนนี้อาจมีการปรับชื่อ ตัดออก เพิ่มเติม หรือรวมประเด็นหลัก เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับข้อมูล

หลังจากที่ได้ประเด็นหลักชัดเจนแล้ว ข้อมูลชุดที่เหลือทั้งหมดสามารถนำมาจัดประเด็นหลักต่อไปได้โดยผู้วิจัย 1 คน โดยอิงจากประเด็นหลักที่ผ่านการอภิปรายจนเห็นชอบร่วมกัน และให้ที่ผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักที่เหลือทบทวนตรวจสอบผลการจัดประเด็นหลักทั้งหมด หลังจากนั้นจึงให้ผู้ตรวจสอบ (auditor) ทบทวนตรวจสอบผลงานทั้งหมดที่ผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักได้ทำขึ้นในขั้นนี้ว่าถูกต้องและเหมาะสมแล้ว

2.7.2 การสรุปสาระสำคัญ

ในขั้นตอนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะสกัดสาระสำคัญ (Abstracting Core Ideas) ของสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลพูดในแต่ละประเด็นให้เป็นประโยคที่สั้นกระชับได้ใจความและชัดเจน โดยการสรุปสาระสำคัญจะต้องมีความใกล้เคียงกับข้อมูลเดิมที่มาจากการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้โดยที่ไม่ตีความไปเอง

ที่ผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักแต่ละคนจะต้องต่างคนต่างอ่านชุดข้อมูล (ผู้วิจัยเป็นอิสระต่อกัน) และทำการสรุปสาระสำคัญจากชุดข้อมูล 2-3 ชุดก่อน (ชุดข้อมูลชุดเดียวกัน) หลังจากนั้นที่ผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักแต่ละคนทำการสรุปสาระสำคัญเสร็จแล้ว จึงมาประชุมอภิปรายกันถึงการสรุปสาระสำคัญที่ผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักแต่ละคนจัดทำมาจนกว่าจะได้รูปแบบการสรุปสาระสำคัญที่ผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักทุกคนเห็นชอบร่วมกันว่ามีความสั้นกระชับได้ใจความและใกล้เคียงกับ

ข้อมูลเดิมมากที่สุด หลังจากนั้นชุดข้อมูลที่เหลือสามารถนำมาลงรหัสสาระสำคัญได้โดยผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักเพียง 1 คน และให้ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักที่เหลือทบทวนตรวจสอบในภายหลัง

นอกจากนี้ Hill และคณะ (2005) ยังเสนอว่าขั้นตอนการสรุปสาระสำคัญยังสามารถทำได้ในขั้นตอนการประชุมครั้งแรก (การประชุมประเด็นหลัก) โดยทำการอภิปรายสาระสำคัญในประเด็นหลักนั้นๆ ไปพร้อมๆ กัน หรือก็คือการทำความเข้าใจว่าข้อมูลที่ถูกจัดให้อยู่ภายใต้ประเด็นหลักแต่ละประเด็นมีสาระสำคัญอยู่ภายใต้ประเด็นหลักนั้นๆ จริง ซึ่งวิธีการนี้จะทำให้ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก ได้มีโอกาสอภิปรายกันมากขึ้น ทำให้ข้อมูลมีความเข้มข้นและมีความหมายมากขึ้น และยังทำให้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลมีสีสันมากขึ้นด้วย

หลังจากที่ได้ประเด็นหลัก และได้สาระสำคัญที่อยู่ภายใต้ประเด็นหลักแต่ละประเด็นแล้ว จึงนำไปให้ผู้ตรวจสอบ (auditor) ทบทวนตรวจสอบผลงานทั้งหมดที่ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักได้ทำขึ้นในขั้นนี้ว่าถูกต้องและเหมาะสมแล้วอีกครั้งหนึ่ง

Hill และคณะ (1997) เสนอว่าการมีผู้ตรวจสอบที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการอภิปรายมาตรวจสอบผลการทำงานของทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก เป็นสิ่งจำเป็นมาก เนื่องจากบางครั้งสัมพันธภาพในการทำงานของทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก ที่ดีเกินไปก็อาจทำให้กลุ่มมีลักษณะคล้ายตามกันได้ง่าย จนอาจทำให้ไม่ได้ไตร่ตรองข้อมูลอย่างดีพอ ดังนั้นการมีผู้ตรวจสอบที่มีทัศนคติแตกต่างก็จะช่วยให้กลุ่มได้ปรับข้อมูลให้เข้ารูปเข้ารอยมากยิ่งขึ้น ซึ่งหน้าที่ของผู้ตรวจสอบในขั้นตอนนี้คือการตรวจสอบว่า 1) ข้อมูลดิบแต่ละชุดที่อยู่ภายใต้ประเด็นหลักที่ถูกต้อง 2) ข้อมูลที่สำคัญแต่ละชุดที่อยู่ภายใต้ประเด็นนั้นๆ ได้รับการสรุปสาระสำคัญแล้ว และ 3) คำที่ใช้ในการสรุปสาระสำคัญมีความเหมาะสมและสะท้อนถึงข้อมูลดิบได้ดี

หลังจากที่ผู้ตรวจสอบได้ส่งข้อคิดเห็นจากการตรวจสอบให้กับทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก แล้ว ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก ทำการประชุมอภิปรายกันถึงข้อคิดเห็นของผู้ตรวจสอบว่าจะเลือกรับหรือปฏิเสธข้อคิดเห็นนั้น หากมีเหตุให้ต้องแก้ไข ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก ก็จะต้องอภิปรายจนเห็นชอบร่วมกัน

2.7.3 การวิเคราะห์ภาพรวม

ในขั้นตอนก่อนหน้านี้อจะเป็นการวิเคราะห์ภายในแต่ละชุดข้อมูลเท่านั้น (Individual case only) แต่สำหรับขั้นตอนนี้จะเป็นการวิเคราะห์ภาพรวม (Cross-Analyses) ซึ่งทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก จะต้องตรวจสอบในภาพรวมว่าระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความคล้ายคลึงของข้อมูลเกิดขึ้นอย่างไร โดยการคัดลอกสาระสำคัญที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลทุกคนมารวมกันในกระดาษ

แต่ละใบซึ่งจะแยกแยะตามหัวข้อประเด็นหลัก จากนั้นให้พิจารณาว่าสาระสำคัญของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนภายใต้ประเด็นหลักแต่ละประเด็นว่าสามารถนำมาจัดเป็นหมวดหมู่ (categories) ได้อย่างไร

Hill และคณะ (1997) เสนอว่าในการจัดหมวดหมู่ที่มิผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก จะระดมความคิดแล้วจัดหมวดหมู่ไปพร้อมๆ กันเลยก็ได้ หรือจะต่างคนต่างกลับไปจัดหมวดหมู่ด้วยตัวเอง (อิสระต่อกัน) แล้วจึงนำกลับมาอภิปรายกันก็ได้เช่นกัน จนได้จำนวนหมวดหมู่และชื่อหมวดหมู่ที่เหมาะสม โดยที่แต่ละหมวดหมู่แยกออกจากกันอย่างชัดเจน

จากนั้นสิ่งที่มิผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก ต้องทำต่อมาคือการแจกแจงความถี่ เพื่อให้เห็นถึงความถี่ของข้อมูลที่เกิดขึ้นในแต่ละหมวดหมู่ โดยใช้คำว่า “General” แทนความถี่ในหมวดหมู่ที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนหรือยกเว้น 1 คนที่กล่าวถึงในหมวดหมู่นั้นๆ และใช้คำว่า “Typical” แทนความถี่ในกรณีที่มีผู้ให้ข้อมูลมากกว่าครึ่งหนึ่งขึ้นไปกล่าวถึงหมวดหมู่นั้นๆ (หากมีผู้ตอบเพียงครึ่งหนึ่งให้ใช้คำว่า “Variant”) และใช้คำว่า “Variant” แทนความถี่ในกรณีที่มีผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปถึงครึ่งหนึ่งของทั้งหมดกล่าวถึงในหมวดหมู่นั้นๆ แต่ในกรณีที่การศึกษาใช้กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 15 คนขึ้นไป ให้เพิ่มเติมการใช้คำว่า “Rare” แทนความถี่ในกรณีที่มีผู้ให้ข้อมูล 2-3 คนกล่าวถึงหมวดหมู่นั้นๆ แต่ถ้าหากมีผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงหมวดหมู่นั้นๆ เพียงคนเดียว ให้นำไปใส่ไว้ในหมวดเบ็ดเตล็ดและไม่ต้องนำมาเขียนผล (Hill et al., 2005) ทั้งนี้ในงานวิจัยชิ้นนี้จะมีการให้ความหมายคำว่า “มาก” มีค่าเท่ากับ “General” คำว่า “ปานกลาง” มีค่าเท่ากับ “Typical” คำว่า “น้อย” มีค่าเท่ากับ “Variant” และคำว่า “น้อยมาก” มีค่าเท่ากับ “Rare”

ผู้ตรวจสอบทำการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ภาพรวมของมิผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก เพื่อที่จะดูว่าสาระสำคัญต่างๆ ได้จัดไว้อยู่ในหมวดหมู่ที่ถูกต้อง และหมวดหมู่ต่างๆ ก็เพียงพอที่จะครอบคลุมสาระสำคัญทั้งหมด จากนั้นจึงส่งข้อคิดเห็นต่างๆ กลับมาที่ทีมวิจัย โดยที่มิผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก ก็ต้องประชุมกันถึงข้อคิดเห็นของผู้ตรวจสอบ และจะต้องทำการอภิปรายจนเห็นชอบร่วมกันในกรณีที่ต้องมีการแก้ไขต่างๆ หลังจากนั้นผลสรุปของการวิเคราะห์ข้อมูลให้นำไปเขียนผลต่อไป นอกจากนี้ Hill และคณะ (1997, 2005) ยังเสนอว่าหลังจากเขียนผลเสร็จแล้วควรมีการส่งไปให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบด้วย (member checking) เพื่อดูว่าข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาสอดคล้องกับประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูล

2.8 การประเมินคุณภาพในงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบทีมผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน

Hill และคณะ (1997) ได้เสนอเกณฑ์ 6 ข้อในการประเมินคุณภาพในงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบทีมผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน (CQR) โดยเน้นย้ำว่าในงานวิจัยอย่างน้อยควรมีการนำเสนอข้อมูล

ให้สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินคุณภาพใน 3 ข้อแรก ซึ่งได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือของวิธีการวิจัย 2) ความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกันของผลการวิจัย และ 3) ผลการศึกษามีความเป็นตัวแทนต่อกลุ่มตัวอย่าง ส่วนเกณฑ์ใน 3 ข้อหลัง ได้แก่ 1) ความตรงที่ได้รับรองจากผู้ให้ข้อมูล 2) การนำผลไปปรับใช้ได้ และ 3) การได้ผลการวิจัยตามเดิมในวิธีการศึกษาแบบอื่น ซึ่งไม่จำเป็นต้องทำตามในทุกการศึกษา แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยก็ควรจะมีการอธิบายถึงข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถทำตามเกณฑ์ใน 3 ข้อหลังได้

2.8.1 ความน่าเชื่อถือของวิธีการวิจัย

ความน่าเชื่อถือของวิธีการวิจัยหมายถึง ระดับที่งานวิจัยชิ้นนั้นๆ จะเชื่อถือได้ ผู้วิจัยควรมีการเขียนรายงานถึงรายละเอียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำวิจัย นำเสนอข้อมูลดิบทั้งหมด เช่น คำถามการสัมภาษณ์ บทบันทึกการสัมภาษณ์ บันทึกการอภิปรายจนเห็นชอบร่วมกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังต้องให้ข้อมูลแก่ผู้อ่านเกี่ยวกับความเหมาะสมของคำถามและการสัมภาษณ์ ความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกระบวนการอภิปรายจนเห็นชอบร่วมกัน (consensus process) กระบวนการตรวจสอบ (auditing process) และความคงเส้นคงวาของหลักเกณฑ์การตัดสินใจในทุกกรณี (consistency of the decision rules across cases) เพื่อที่จะให้ผู้อ่านหรือนักวิจัยท่านอื่นสามารถประเมินได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นในขั้นตอนการวิจัย และสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของวิธีการวิจัยได้อีกด้วย

2.8.2 ความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกันของผลการวิจัย

ผลและข้อสรุปของการวิเคราะห์ข้อมูลควรสอดคล้องกับหลักเหตุผล ซึ่งสามารถบรรยายถึงข้อมูลทั้งหมด ตอบคำถามการวิจัย และเป็นที่ยอมรับได้สำหรับผู้อ่านภายนอก หรืออีกนัยหนึ่งคือข้อค้นพบจะต้องมีเหตุผลน่าเชื่อถือและเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกัน ผู้อ่านภายนอกต้องเข้าใจถึงที่มาของผลการศึกษา โดยจะต้องมีการนำเสนอตัวอย่างของข้อมูลเพื่อให้ผู้อ่านสามารถตรวจสอบได้ว่าผู้วิจัยได้มาซึ่งข้อสรุปนั้นๆ ได้อย่างไร การเขียนรายงานต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงภาษาเฉพาะกลุ่มหรือภาษาที่เข้าใจยาก เพื่อให้เกิดความกระจ่างและสามารถเข้าถึงได้สำหรับผู้อ่านทุกคน

การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เป็นวิธีการสำคัญที่จะทำให้งานวิจัยคุณภาพมีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงมากยิ่งขึ้น โดยวิธีการตรวจสอบสามเส้ามี 2 วิธีด้วยกัน วิธีแรก คือ การตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งในงานวิจัยเดียวกัน (เช่น จากผู้ปวย และนักจิตวิทยา) ซึ่งแหล่งข้อมูลที่ต่างกันจะทำให้ข้อมูลมีความเข้มข้นขึ้นถึงแม้ว่าการรับรู้ที่ต่างกันจะให้ผลต่างกันก็

ตาม และวิธีที่สอง คือ การนำการวัดที่มีมาตรฐานเข้ามาใช้ในกระบวนการวิจัย CQR เพื่อทดสอบ คำถามการวิจัย ซึ่งการได้ข้อค้นพบที่ใกล้เคียงกันจากการใช้วิธีการวิจัยที่ต่างรูปแบบกันจะทำให้ ผลการศึกษา มีความตรงมากขึ้น (Validity) แต่ถ้าผู้วิจัยไม่สามารถทำการตรวจสอบสามเส้าได้ ก็ควรมีการเขียนรายงานในข้อจำกัดด้วย

สรุปได้ว่าการทำให้เกิดความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกันของผลการวิจัย ผู้วิจัยต้องทำให้ บทสรุปของการศึกษานั้นสอดคล้องกับหลักเหตุผล สามารถบรรยายถึงข้อมูลทั้งหมด ตอบคำถาม การวิจัย และเป็นที่ยอมรับได้สำหรับผู้อ่านภายนอก

2.8.3 ผลการศึกษามีความเป็นตัวแทนต่อกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพไม่สามารถที่จะนำผลการศึกษาจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ไปอนุมานถึงประชากรทั้งหมดได้ เพราะวิธีการนี้ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็น ตัวแทนของประชากรจริงๆ ดังนั้นวิธีการที่ Hill และคณะ (1997) ใช้ในการบ่งชี้ว่าผลการศึกษามี ความเป็นตัวแทนต่อกลุ่มตัวอย่าง คือ การสามารถบ่งชี้ให้ได้ว่าข้อค้นพบแต่ละอย่างนั้นมี อัตราส่วนเท่าใดต่อผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด โดยให้ใช้คำว่า “มาก” (General) แทนอัตราส่วนที่ผู้ให้ ข้อมูลทุกคนหรือยกเว้น 1 คนที่กล่าวถึงในข้อค้นพบนั้นๆ ใช้คำว่า “ปานกลาง” (Typical) แทน อัตราส่วนที่ผู้ให้ข้อมูลมากกว่าครึ่งหนึ่งขึ้นไปกล่าวถึงในข้อค้นพบนั้นๆ (หากมีผู้ตอบเพียงครึ่งหนึ่ง ให้ใช้คำว่า “น้อย” หรือ “Variant”) และใช้คำว่า “น้อย” (Variant) แทนอัตราส่วนที่มีผู้ให้ข้อมูล ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปถึงครึ่งหนึ่งของทั้งหมดกล่าวถึงในข้อค้นพบนั้นๆ (Hill et al., 1997) แต่ในกรณีนี้ การศึกษาใช้กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 15 คนขึ้นไป ให้เพิ่มเติมการใช้คำว่า “น้อยมาก” (Rare) แทน อัตราส่วนที่มีผู้ให้ข้อมูล 2-3 คนกล่าวถึงหมวดหมู่นั้นๆ (Hill et al., 2005) ส่วนผลที่มีผู้ให้ข้อมูล เพียงคนเดียวตอบจะทำการตัดออก เพราะข้อมูลนั้นมีความเฉพาะเกินไป (idiosyncratic) และไม่ เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง (Hill et al., 1997)

อีกวิธีการหนึ่งที่ใช้เพื่อตรวจสอบว่าผลที่ได้เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างคือการ ตรวจสอบความคงที่ อิมตัว (Stability) ของข้อค้นพบ หรือการทดสอบว่าการเพิ่มชุดข้อมูลลงไปจะ ทำให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกิดความเปลี่ยนแปลงหรือไม่ โดยวิธีการที่ Hill และคณะ (1997) ใช้ คือการเก็บข้อมูลมา 10-15 คน แต่ให้ทำการวิเคราะห์เบื้องต้นแค่ 8-12 คน จากนั้นจึงค่อยเพิ่มชุด ข้อมูลทีละชุด และดูว่าการเพิ่มชุดข้อมูลจะทำให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกิดความเปลี่ยนแปลง หรือไม่ ถ้าผลคงที่แล้วถึงแม้ว่าจะเพิ่มชุดข้อมูลเข้าไปก็ตาม ผู้วิจัยก็จะสามารถมั่นใจในเบื้องต้นถึง ความคงที่ อิมตัวของข้อมูล และมั่นใจว่าผลการศึกษามีความเป็นตัวแทนต่อกลุ่มตัวอย่าง

โดยสรุปก็คือ การแสดงว่าผลการศึกษามีความเป็นตัวแทนต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยต้องแสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีความคงที่ อิมตัวเมื่อเติมชุดข้อมูลใหม่เพิ่มเข้าไป

2.8.4 ความตรงที่ได้รับความรับรองจากผู้ให้ข้อมูล

ความตรงที่ได้รับความรับรองจากผู้ให้ข้อมูล (Testimonial Validity) สามารถทำได้โดยการที่ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทบทวนตรวจสอบผลการศึกษาและให้ข้อมูลสะท้อนกลับ แต่อย่างไรก็ตาม Hill และคณะ (1997) ให้ความเห็นว่าวิธีนี้บางครั้งมีปัญหาตรงที่ผลสรุปการศึกษาในภาพรวมอาจไม่ได้มีความตรงกับผู้ให้ข้อมูลทุกคน ดังนั้นจึงไม่เน้นย้ำประเด็นนี้มาก แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยก็ควรมีการเขียนไว้ในข้อจำกัดหากไม่สามารถทำตามได้

2.8.5 การนำผลไปปรับใช้ได้

การนำผลไปปรับใช้ได้ (Applicability of the Results) หมายถึง ประโยชน์ในการนำข้อค้นพบไปปฏิบัติใช้ได้ โดย Lincoln และ Guba (1985, cited in Hill et al., 1997) เสนอว่าผู้อ่านส่วนมากมักจะให้ความสนใจในเรื่องการนำผลไปปรับใช้มากกว่านักวิจัย ดังนั้นหน้าที่ของนักวิจัยคือการให้ข้อมูลที่เพียงพอเพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาได้ว่าข้อค้นพบในการศึกษานั้นมีประโยชน์อย่างไร และด้วยเหตุนี้ Hill และคณะ (1997) จึงให้ความสำคัญกับการบรรยายถึงกลุ่มตัวอย่างให้ชัดเจนพอๆ กับการระบุบริบทหรือข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับที่วิจัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจเบื้องต้นก่อนที่จะเข้าสู่ขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล ยกตัวอย่างเช่น ในงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิต ผู้อ่านจำเป็นที่จะต้องรู้เกี่ยวกับความเชื่อทางด้านทฤษฎีต่างๆ ของผู้วิจัย เพื่อที่จะสามารถเข้าใจข้อค้นพบนั้นๆ ในบริบทที่มีความเฉพาะเจาะจง

ถึงแม้ว่าการนำผลไปปรับใช้ได้จะเป็นเกณฑ์ที่ดีของการวิจัยเชิงคุณภาพ แต่ถึงกระนั้น Hill และคณะ (1997) ก็ไม่เชื่อว่าผลการศึกษาของทุกงานวิจัยจะจำเป็นที่จะต้องนำมาปรับใช้ให้ได้ ยกตัวอย่าง เช่น การศึกษาเกี่ยวกับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (ข้อได้เปรียบระหว่างผู้สัมภาษณ์คนเดียว และผู้สัมภาษณ์หลายคน) ซึ่งอาจจะไม่ต้องนำมาผลไปใช้ทันที แต่อาจจะมีประโยชน์สำหรับนักวิจัยท่านอื่นๆ ในอนาคต

สรุป เพื่อที่จะทำให้เกิดเกณฑ์การนำผลไปปรับใช้ได้ นักวิจัยจะต้องแสดงให้เห็นว่าสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้อย่างไร

2.8.6 การได้ผลการวิจัยตามเดิมในวิธีการศึกษาแบบอื่น

ผลการศึกษามีความหนักแน่นและเชื่อถือได้มากขึ้นถ้าผลการวิจัยนั้นจะได้ผลตามเดิมในการใช้วิธีการศึกษาแบบอื่น ซึ่งวิธีการทดสอบมี 2 วิธีด้วยกัน วิธีแรกคือ การใช้ข้อมูลชุดเดียวกัน แต่ให้ทีมวิจัยต่างทีมซึ่งมีความความคาดหวังและอคติที่ต่างกันเป็นผู้วิเคราะห์ และวิธีที่สอง คือ การใช้ข้อมูลชุดใหม่ที่ได้มาจากการใช้วิธีการสัมภาษณ์หรือมีแนวคำถามการสัมภาษณ์ที่คล้ายคลึงกับการศึกษาเดิม วิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมผู้วิจัยชุดเดิมหรือชุดใหม่ก็ได้ โดยวิธีการทดสอบทั้ง 2 วิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบว่าข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาในอีกวิธีหนึ่งจะมีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาเดิมอย่างไร

เนื่องจากวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบทีมผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน ตั้งอยู่บนพื้นฐานการอภิปรายและความไม่เห็นด้วยในทีมผู้วิจัย จนกระทั่งทีมวิจัยได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างของข้อมูลซึ่งกันและกัน ดังนั้น Hill และคณะ (1997) จึงคาดหวังว่าทีมวิจัยชุดอื่นจะสามารถสร้างโครงสร้างของข้อมูลขึ้นมาโดยมีความแตกต่างจากของเดิมเล็กน้อย ถึงแม้ว่าจะใช้คำต่างกันก็ตาม

แต่ถึงกระนั้น Hill และคณะ (1997) ก็ไม่ได้แนะนำให้ใช้วิธีการนี้ในทุกการศึกษา เนื่องจากจะเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับผู้วิจัยมากเกินไป และเป็นการยากที่จะนำเสนอข้อมูลจากการศึกษาในหลายๆ วิธีในงานวิจัยชิ้นเดียว นอกจากนี้ยังไม่มีวิธีการที่เหมาะสมเพื่อที่จะทำการเปรียบเทียบผลระหว่างการศึกษาหลายๆ ชิ้น

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ยังไม่พบเอกสารหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีการรวบรวมเกี่ยวกับลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตแต่อย่างใด

ส่วนงานวิจัยในต่างประเทศ พบบางงานของ DuBois (2004) ที่ทำการสำรวจลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้บริการผ่านอีเมลและโปรแกรมแชท ในช่วงระยะเวลา 8 เดือนที่มีการให้บริการ เก็บข้อมูลจากผู้มารับบริการจำนวน 217 คน พบว่าประเด็นที่ผู้รับบริการนำมาปรึกษา ร้อยละ 55 เป็นปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (relationship issue with partner) ร้อยละ 13 เป็นปัญหาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า (depression) ร้อยละ 6 เป็นปัญหาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) ร้อยละ 5 เป็นปัญหาเกี่ยวกับความวิตกกังวล (anxiety) ร้อยละ 4 เป็นปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงดู (parenting) ร้อยละ 3

เป็นปัญหาทางด้านจิตใจ (spiritual issues) ร้อยละ 1 เกี่ยวกับปัญหาด้านการพัฒนาอัตลักษณ์ของบุคคล (identity issues) และเกี่ยวกับอาการบาดเจ็บทางกาย (self-injury) ร้อยละ 0.5 เป็นปัญหาเกี่ยวกับความเศร้าโศกเสียใจ (grief) และปัญหาเกี่ยวกับอาชีพการงาน (career/vocational)

งานวิจัยของ Chester และ Glass (2006) ศึกษาการให้บริการของนักวิชาชีพในเรื่องของปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต ผู้ให้ข้อมูลเป็นนักวิชาชีพ เช่นนักจิตวิทยาการปรึกษา จำนวน 67 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลรายงานว่าผู้ช่วยมักจะมาเข้ารับบริการด้วยลักษณะปัญหาความสัมพันธ์ (relationship issues) มากที่สุด ตามด้วยปัญหาด้านครอบครัว (family issues) ปัญหาด้านความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) และปัญหาด้านความวิตกกังวล (anxiety) ตามลำดับ นอกจากนี้ Powell (1998, cited in Chester & Glass, 2006) พบว่าปัญหาด้านความสัมพันธ์เป็นปัญหาที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้รับบริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต และปัญหาซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบมากเป็นอันดับรองลงมา

ส่วนการศึกษาของ Maheu และ Gordon (2000) ที่สำรวจข้อมูลจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตจำนวน 40 คนถึงลักษณะปัญหาของผู้รับบริการที่พวกเขาพบมากที่สุด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการระบุถึงปัญหาของผู้มารับบริการที่พบได้บ่อยตามลำดับคือ ปัญหาด้านอารมณ์พบได้มากที่สุด รองลงมาคือปัญหาความวิตกกังวล ปัญหาด้านครอบครัว และปัญหาด้านความสัมพันธ์ สำหรับปัญหาที่มักจะพบแม้ว่าความถี่จะไม่มากคือ ปัญหาเรื่องการปรับตัว เช่น การปรับตัวเรื่องเพศ การปรับตัวกับความเศร้าเสียใจและการสูญเสีย เป็นต้น

ส่วนการทบทวนเอกสารงานวิจัยด้านการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต พบว่า มีการนำรูปแบบการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตมาใช้ในสถานศึกษาในหลายประเทศ เช่นสถานศึกษาในประเทศเกาหลีใต้และประเทศสหรัฐอเมริกา (Maple & Han, 2008) และในประเทศออสเตรเลีย (Glasheen & Campbell, 2009) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีกจำนวนหนึ่งที่ศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่น ซึ่งในที่นี้ขอนำเสนองานวิจัยหลักๆ ดังนี้

King และคณะ (2006) ศึกษาแรงจูงใจและประสบการณ์ของวัยรุ่นที่เลือกใช้บริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต (online counseling) แทนการปรึกษาแบบตัวต่อตัว (face to face counseling) หรือการปรึกษาทางโทรศัพท์ (telephone counseling) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน (CQR) การศึกษาคั้งนี้ดำเนินการในเว็บไซต์ Kids Help Line (KHL) (www.kidshelp.com.au) ซึ่งให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์และทางอินเทอร์เน็ต โดยเฉพาะสำหรับชาวออสเตรเลียที่มีอายุระหว่าง 5 – 18 ปี เป็นบริการที่ผู้รับบริการไม่ต้องเสีย

ค่าใช้จ่ายและเป็นความลับ โดยให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เป้าหมายของ KHL คือการเสริมพลังให้กับวัยรุ่นโดยช่วยให้พวกเขาสำรวจทางเลือก เข้าใจถึงผลลัพธ์ของการกระทำ เอื้อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัวและเพื่อนฝูง มีการให้ข้อมูลและให้บริการสนับสนุน (Kids Help Line, 2005, cited in King et al., 2006) โดยที่ผู้รับบริการส่วนมากจะอยู่ในช่วงวัยรุ่น การปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตของเว็บ KHL มีลักษณะของการโต้ตอบโดยใช้ตัวอักษรแบบในเวลาจริง ทันที (real-time) ซึ่งนอกจากการสื่อสารโดยใช้ตัวอักษรเป็นหลักแล้ว ยังมีอุปกรณ์เสริมเพื่อให้ผู้มารับบริการและผู้ให้บริการสามารถถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกได้ด้วย ส่วนระยะเวลาสำหรับการปรึกษาไม่มีการจำกัด แต่โดยเฉลี่ยแล้วจะใช้เวลา 1 ชั่วโมงโดยประมาณ ซึ่งหากประเด็นที่ปรึกษานั้นไม่สามารถทำให้จบลงได้ในเวลาที่มี ผู้ให้การปรึกษามักจะให้ผู้รับบริการหันไปใช้การปรึกษาทางโทรศัพท์แทน หรืออาจให้ติดต่อเพื่อรับบริการภายหลัง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้รับบริการวัยรุ่น จำนวน 39 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลในการเลือกรับบริการและความคาดหวังที่มีต่อการบริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งส่วนใหญ่เคยรับบริการทางอินเทอร์เน็ตอย่างน้อย 1 ครั้ง แต่มีจำนวนน้อย (12คน) ที่เป็นผู้มารับบริการในครั้งแรก โดยที่คนทั้ง 12 คนนี้จะไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ย้อนหลังได้ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกระทำขึ้นโดยการโพสต์ข้อความบนเว็บเพจของ KHL เชิญชวนให้มาร่วมในห้องสนทนาแสดงความคิดเห็น (feedback chat room) ในระหว่างรอคิวเข้ารับบริการปรึกษา จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจะขึ้นอยู่กับจำนวนคนที่ตัดสินใจเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในแต่ละช่วง ผู้สัมภาษณ์เป็นผู้วิจัยที่มีประสบการณ์ด้านจิตบำบัดและการวิจัย และ ผู้ตรวจสอบ (auditor) เป็นผู้วิจัยจำนวน 4 คน (2 คนเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย คนหนึ่งมาจากสาขาจิตวิทยา อีกคนหนึ่งมาจากสาขาอาชีพบำบัด และอีก 2 คนเป็นนักศึกษาที่จบจากสาขาอาชีพบำบัด) ผู้วิจัยแต่ละคนจะบันทึกอคติและความคาดหวังไว้ตั้งแต่ตอนต้นเพื่อที่จะลดอิทธิพลของสิ่งเหล่านี้ที่อาจมีผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและคณะใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มวัยรุ่นที่รอคิวรับบริการปรึกษาออนไลน์ของ KHL โดยมีทั้งหมด 5 กลุ่ม ในการสัมภาษณ์แต่ละช่วงจะมีผู้สัมภาษณ์ 1 คนคุยกับวัยรุ่นในห้องสนทนาออนไลน์ในเว็บของ KHL โดยที่ผู้สัมภาษณ์มีเป้าหมายในการสำรวจ 3 อย่าง คือ 1) เหตุผลที่เลือกใช้บริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต 2) การสื่อสารในสภาวะแวดล้อมทางอินเทอร์เน็ต และ 3) ประโยชน์ของการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งคำถามในการสัมภาษณ์จะผ่านการทบทวนและแก้ไขจากทีมผู้วิจัยหลักจำนวน 2 คน และจากผู้บริหารอาวุโสและทีมนักจิตวิทยาการปรึกษาของ KHL ทั้งนี้มีการบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้ตัวอักษร มีช่วงสัมภาษณ์ยาวนานถึง 120 นาที ผู้ให้การสัมภาษณ์แต่ละคนสามารถเข้าและออกจากห้องสนทนาได้ตามความสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมในช่วงเวลา

ใดก็ได้ที่ห้องสนทนาเปิดอยู่ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนมากจะออกจากห้องสนทนาเมื่อมีสัญญาณเตือนว่ามีนักจิตวิทยาว่างพร้อมให้บริการปรึกษาอยู่ และมีจำนวนน้อยที่กลับมาที่ห้องสนทนาอีกครั้ง หลังจากรับการปรึกษาเรียบร้อยแล้ว ผู้ให้สัมภาษณ์จะไม่สามารถดูและแก้ไขข้อมูลได้จนกว่าจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. *ความเป็นส่วนตัว และ ความรู้สึกว่าอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย* กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าการสนทนาผ่านตัวหนังสือมีการเผชิญหน้าน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับปรึกษาแบบอื่นๆ ประโยคที่ว่า “นักจิตวิทยาการปรึกษาไม่สามารถรู้ได้ว่าฉันร้องไห้” หรือ “(ถ้าเป็นแบบเจอตัวกัน) นักจิตวิทยาการปรึกษาจะคิดว่าฉันประหลาด” บ่งชี้ว่าการขาดการพบตัวกันในสภาพแวดล้อมทางอินเทอร์เน็ตนับเป็นปัจจัยหลักที่วัยรุ่นมักเลือกใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่าการใช้โทรศัพท์หรือการไปขอความช่วยเหลือ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งรายงานประสบการณ์ของการปรึกษาทางโทรศัพท์ว่า “รู้สึกถูกคุกคาม” หรือ “น่ากลัว” กลุ่มตัวอย่างหลายคนรายงานว่าต้องรอให้บ้านไม่มีคนอยู่ก่อนถึงจะใช้การปรึกษาทางโทรศัพท์เนื่องจากมีความกลัวว่า “ถ้าใครบางคนได้ยิน...ฉันจะเขินอาย” ซึ่งประเด็นความเป็นส่วนตัวนี้ได้รับการรายงานว่าเป็นจุดแข็งของการบริการให้การปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต มีกลุ่มตัวอย่างหนึ่งคนรายงานว่ารู้สึกสบายใจที่ได้รู้ว่าสมาชิกในครอบครัวได้อ่านข้อมูลที่เธอรับบริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตจากหน้าจอคอมพิวเตอร์ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังรายงานว่าการมีระยะเวลาพิมพ์โต้ตอบ ทำให้พวกเขาเกิดความรู้สึกควบคุมได้ (Sense of Control) และมีความสบายใจในกระบวนการปรึกษา มีคนหนึ่งรายงานว่าเขาสามารถที่จะลบข้อความที่พิมพ์ก่อนที่จะส่งออกไปได้ ในขณะที่ทางโทรศัพท์ไม่สามารถทำได้

2. *การสื่อสารผ่านตัวอักษร* การสื่อสารผ่านตัวอักษรนั้นมีทั้งข้อดีและข้อเสียเมื่อเทียบกับการสื่อสารทางคำพูด ประโยคเช่น “มันง่ายพอที่ฉันจะพิมพ์ลงไปว่าฉันรู้สึกยังไง” หรือ “ฉันคิดก่อนที่จะบรรยายความรู้สึก” แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้บริการหลายคนรู้สึกสบายใจกับการสื่อสารผ่านตัวอักษร นอกจากนี้ยังมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าการขาดน้ำเสียงก็มีประโยชน์เช่นกัน กลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งรายงานว่าผู้ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ดูเหมือนจะอยากปลื้มตัวหรือรู้สึกเบื่อ ประโยคเช่น “บางครั้งผู้ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ก็แสดงความหยาบคาย แต่ผู้ให้การปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตจะใจดีเสมอ” และ “คุณจะไม่รู้สึกว่าคุณกำลังรบกวนเขา (ตรงข้ามกับโทรศัพท์)” ชี้ให้เห็นว่าการขาดการสื่อสารทางความรู้สึกกับผู้ใช้บริการก็ให้ผลที่น่าพอใจกับผู้ที่รับการปรึกษาได้ ส่วนสิ่งที่ได้รับการรายงานว่าเป็นปัญหาในการสื่อสารผ่านตัวอักษรคือ การที่ผู้ใช้บริการไม่สามารถเข้าใจถึงอารมณ์ความรู้สึกผ่านตัวอักษรได้ หรือ ความยากลำบากที่จะสร้างความร่วมมือในการบำบัดกับผู้ใช้บริการ (เนื่องจากการขาดข้อมูลหรือน้ำเสียงของผู้ให้บริการ) และความ

ยากลำบากของผู้ให้บริการที่จะจับอารมณ์ความรู้สึกของผู้มารับบริการผ่านตัวอักษรได้ มีวัยรุ่นคนหนึ่งคนรายงานว่ามันยากที่จะพิมพ์ได้อย่างชัดเจนในขณะที่กำลังหงุดหงิด ซึ่งจะมีผลทำให้ ผู้ให้บริการจับสาระของข้อความผิดพลาดไป

3. เวลา (ช่วงเวลาให้บริการ, ช่วงรอ และ ระยะเวลาเปิดบริการ) ในประเด็นเรื่องของเวลานี้ประกอบด้วย ระยะเวลาการปรึกษาไม่เพียงพอ (โดยเฉลี่ย 60 นาที) ระยะเวลาที่รอเข้ารับบริการ (ประมาณ 1 ชั่วโมงหรือมากกว่า) และ ระยะเวลาเปิดบริการ ดังที่ ผู้ให้ข้อมูลรายงานว่าถูกกดดันให้จบการสนทนาก่อนกำหนดเวลา หรือถ้าประเด็นที่นำมาปรึกษาไม่สามารถจัดการได้ภายในเวลาที่กำหนดก็จะได้รับการแนะนำให้ไปรับบริการประเภทอื่น มีวัยรุ่นคนหนึ่งกล่าวว่า “จะมีการบริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตไปเพื่ออะไรถ้าผู้ให้บริการบอกให้คุณไปปรึกษาทางโทรศัพท์แทน” ผู้ให้ข้อมูล 4 คนรายงานว่าต้องรอรับบริการถึง 3 ชั่วโมง ในระหว่างที่รอก็ทำการบ้าน คุยกับเพื่อนทางอินเทอร์เน็ต หรือทำงานบ้าน ด้วยการที่รอคิวนานๆ ประกอบกับการปิดบริการของ KHL ตอนสามทุ่มจึงทำให้ไม่มีอะไรจะรับประกันได้ว่าพวกเขาจะได้รับบริการในวันนั้นๆ ผู้รับบริการคนหนึ่งรายงานว่า “รู้สึกซี๊ดเซียดมากขึ้น” จากการไม่ได้รับบริการ ในขณะที่ผู้รับบริการคนอื่นๆ แสดงความเข้าใจถึงระบบการรอคิวว่า “...แต่ฉันเดาว่ามีคนอื่นจำนวนมากกำลังรอคิวรับบริการอยู่เหมือนกัน” ในประเด็นต่างๆ เหล่านี้มีวัยรุ่นจำนวนมากแนะนำว่าควรจะมีจำนวนผู้ให้บริการมากกว่านี้และควรจะมีเวลาเปิดบริการหลังสามทุ่มออกไปอีก

นอกจากนี้ Bambling, King, Reid และ Wegner (2008) ยังได้ศึกษาต่อยอดถึง ประสิทธิภาพของนักจิตวิทยาการปรึกษาในสังกัดของเว็บไซต์ Kids Help Line (KHL) จำนวน 26 คน ซึ่งเป็นผู้ให้บริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตแก่กลุ่มวัยรุ่นในประเทศออสเตรเลีย ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 26 คน มีความชำนาญและมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน แต่ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดได้รับการฝึกในการให้บริการ มีประสบการณ์ในการให้บริการมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และได้รับการควบคุมดูแลอย่างสม่ำเสมอ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบทีมผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน (CQR) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยแบ่งเก็บข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยอ้างอิงจากหัวข้อประเด็นหลัก (Domains) และหมวดหมู่ต่างๆ (Categories) จากงานวิจัยชุดที่ผ่านมาของ King และคณะในปี 2006 โดยที่หัวข้อประเด็นหลักมีดังนี้ คือ 1) ความเป็นส่วนตัว และความรู้สึกว่าอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย 2) การสื่อสารผ่านตัวอักษร และ 3) เวลา โดยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากนักจิตวิทยาการปรึกษาให้เข้ากับหมวดหมู่ต่างๆ ข้างต้น และทำการจัดให้อยู่ในหัวข้อประเด็นหลักที่เหมาะสม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในทั้ง 3 ประเด็นหลัก มีดังนี้

1. *ความเป็นส่วนตัว และ ความรู้สึกว่าอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย* นักจิตวิทยาการปรึกษาที่มีความเชื่อว่าผู้รับบริการมีความรู้สึกปลอดภัยในสภาพแวดล้อมทางอินเทอร์เน็ต นักจิตวิทยาการปรึกษารายงานว่า ในสภาพแวดล้อมทางอินเทอร์เน็ต ผู้รับบริการมีการแสดงออกถึงความรู้สึกที่เป็นทุกข์และพุดคุยเกี่ยวกับปัญหาของอารมณ์ความรู้สึกนั้นๆ ได้อย่างง่ายดาย ผู้รับบริการมีความรู้สึกที่ถูกคุกคามจากนักจิตวิทยาน้อยกว่า มีความสมดุลของพลังระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการ ผู้รับบริการที่เป็นวัยรุ่นมีความคุ้นเคยกับการสื่อสารโดยใช้ตัวอักษร ผู้รับบริการมีความรู้สึกว่าจะกลับมารับบริการอีก นอกจากนี้ นักจิตวิทยาการปรึกษายังมีความรู้สึกปลอดภัยในสภาพแวดล้อมทางอินเทอร์เน็ต คือ การที่นักจิตวิทยาผู้สื่งว่ามีการเผชิญหน้าน้อยกว่า และยังทำให้นักจิตวิทยามีเวลาคิดก่อนที่จะตอบสนงด้วย

2. *การสื่อสารผ่านตัวอักษร* นักจิตวิทยาการปรึกษารายงานว่า การให้บริการทางอินเทอร์เน็ตทำให้ขาดข้อมูลที่สำคัญ ซึ่งจะทำให้เกิดความกังวลอันเนื่องมาจากไม่มั่นใจในสภาพที่แท้จริงของผู้รับบริการ มีความเสี่ยงต่อการสื่อสารที่ผิดพลาด และยังขาดการติดต่อโดยตรง ในประเด็นเรื่องการสื่อสารผ่านตัวอักษร นักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการก็จะมีวิธีการที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารด้วยวิธีการต่างๆ

3. *เวลา* พบว่าการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตสามารถทำได้ช้ากว่าการใช้โทรศัพท์ เช่นการที่ผู้รับบริการทำหลายๆ สิ่งพร้อมกันขณะรับบริการ เช่นการคุยกับเพื่อนไปด้วยขณะรับบริการ ซึ่งทำให้การบริการปรึกษาไม่ได้ประสิทธิภาพเต็มที่ในช่วงเวลาที่มี

สำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย สุวรุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์ และ อรัญญา ต้อยคำภีร์ (2554) ได้ทำการศึกษาเบื้องต้นถึงการบริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น ผู้ให้ข้อมูลเป็นนักจิตวิทยาที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นที่ใช้อีเมล counseling_sty@hotmail.com สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขจำนวน 2 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. *ข้อดีและข้อจำกัดของการบริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต* ในส่วนของข้อดี พบว่าเป็นบริการที่เข้าถึงได้ง่าย ขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นประจำ ผู้รับบริการมีความสะดวกใจที่จะเข้ารับบริการ นอกจากนี้ยังประหยัดค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางอีกด้วย ส่วนข้อจำกัดพบว่าการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตลดช่อง

ทางการสื่อสารให้อยู่ในรูปของตัวหนังสือ โดยที่ทั้งผู้ให้บริการผู้รับบริการไม่สามารถใช้ภาษาในการสื่อความ ดังนั้นจึงอาจก่อให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้ นอกจากนี้การมีทักษะการพิมพ์ตัวยังเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารด้วย

2. การเตรียมความพร้อมของผู้ให้บริการเพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพ พบว่า ผู้ให้บริการมีการตระหนักถึงข้อจำกัดของตนเองและมีการจัดการความเครียด ความเหนื่อยล้าของร่างกาย และมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนให้บริการ

3. ปัญหาที่ผู้ให้บริการมักพบ การแก้ไข และการพัฒนาทักษะเฉพาะด้านของผู้ให้บริการ ปัญหาที่มักพบระหว่างการให้บริการและการแก้ไขหลักๆ ได้แก่ 1) การที่ผู้รับบริการไม่มีการพิมพ์ข้อความตอบสนองกลับมา ในกรณีนี้ผู้ให้บริการจะพิมพ์ย้ำถามไปและรอจนกว่าผู้รับบริการจะตอบสนองกลับมา 2) การที่ผู้ให้บริการจำเป็นต้องยุติการสนทนาเนื่องจากหมดเวลาให้บริการ โดยผู้ให้บริการจะพยายามสรุปประเด็นให้กับผู้รับบริการและแนะนำให้มารับบริการในรอบให้บริการถัดไป แต่ถ้าหากเป็นกรณีที่วิกฤตมากๆ ก็จะต้องหยุดให้บริการต่อจนจบ 3) มีผู้รับบริการมาคุยเล่น ผู้ให้บริการจะทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้บริการและทำการยุติการให้บริการไป และ 4) กรณีมีผู้มารับบริการพร้อมกันหลายคนในขณะที่มีผู้ให้บริการประจำเวรเพียงคนเดียว ในกรณีนี้ผู้ให้บริการจะตั้งสมาธิ จดจำและแยกแยะประเด็นของผู้รับบริการแต่ละคน แต่ถ้าหากประเมินแล้วว่าไม่สามารถที่จะให้บริการพร้อมกันได้ก็จะทำให้จัดคิวให้บริการตามลำดับ หรืออาจจะพิจารณาจากระดับความรุนแรงของปัญหา โดยให้บริการแก่กรณีที่มีปัญหาค่อนข้างหนักกว่าก่อน และให้ผู้ที่มีปัญหามารุนแรงน้อยกว่ารอ ถ้าหากผู้รับบริการไม่ต้องการรอก็จะแนะนำให้ไปใช้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 แทน นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังรายงานว่าการจัดลำดับความสำคัญให้บริการแก่ผู้รับบริการทีละคนดีกว่าให้บริการพร้อมกันหลายคน ซึ่งจะทำให้ไม่สามารถให้ความสนใจในแต่ละประเด็นปัญหาได้ดีพอ ส่วนในประเด็นการพัฒนาทักษะเฉพาะด้านของผู้ให้บริการนั้น ผู้ให้ข้อมูลรายงานว่าตนได้มีการพัฒนาทักษะและความละเอียดอ่อนในการเลือกใช้ถ้อยคำให้สั้น กระชับ และมีการสื่อความหมายได้ถูกต้องตรงกันกับผู้รับบริการให้มากที่สุด

จากเอกสารข้างต้น ทำให้ทราบถึงประวัติความเป็นมาของการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ คุณลักษณะของผู้ให้บริการ ข้อกำหนดมาตรฐานทางจริยธรรม และข้อดีและข้อจำกัดของการให้บริการสุขภาพจิตแบบพบหน้าและการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้นำเสนอการศึกษาลักษณะปัญหาและประสบการณ์ของผู้มารับบริการ และประสบการณ์ของผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้นสำหรับงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ

ศึกษาลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการตามการรับรู้ของผู้ให้บริการและประสบการณ์ของผู้ให้บริการในประเทศไทย โดยเลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกันในการศึกษา เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจถึงการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตในประเทศไทยมากยิ่งขึ้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการและประสบการณ์ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน (Consensual Qualitative Research: CQR) ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งจะทำให้ทราบถึงลักษณะปัญหาที่ผู้มารับบริการที่ผู้ให้บริการมักประสบ และช่วยให้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องของการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตจากมุมมอง ทักษะ และประสบการณ์ของผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์การให้บริการทางสุขภาพจิตในรูปแบบนี้โดยตรง

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นที่ใช้ e-mail: counseling_sty@hotmail.com สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 13 คน (นักจิตวิทยาจำนวน 3 คน นักสังคมสงเคราะห์จำนวน 6 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน) มีอายุระหว่าง 26 – 47 ปี (เฉลี่ย 34.76 ปี SD = 7.76) มีประสบการณ์การให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตเป็นเวลา 3 – 6 ปี โดยที่ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเคยได้รับการอบรมทางด้านการให้การปรึกษาก่อนให้บริการ

ในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 13 คน มาจากจำนวนสมาชิกผู้ให้บริการในขณะที่ทำวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 17 คน คัดเลือกโดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ

- 1) เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น สังกัดกรมสุขภาพจิต
- 2) มีประสบการณ์ในการให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
- 3) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยนี้

โดยมีผู้ให้บริการ 2 คนขอถอนตัวก่อนการให้สัมภาษณ์เนื่องจากไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูล และมีผู้ให้บริการอีก 2 คนไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเนื่องจากมีประสบการณ์การให้บริการไม่ถึง 6 เดือน

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือราชการจากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ติดต่อบริษัทกรมสุขภาพจิตเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาล ศรีรัษฎาเพื่อขอความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัยให้เป็นไปตามหลักการ และจรรยาบรรณการวิจัย
3. เมื่อได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีรัษฎาให้ดำเนินการเก็บข้อมูลได้ จึงติดต่อไปยังกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา โดยทำการนัดวันเวลา และสถานที่เพื่อสัมภาษณ์
4. ผู้วิจัยได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูล ขออนุญาตสัมภาษณ์ และบันทึกเสียงในการเก็บข้อมูล โดยมีแบบฟอร์มเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
5. หลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดเทปบทสัมภาษณ์ และส่งให้เจ้าของข้อมูลนั้นๆ ตรวจสอบ ซึ่งหากมีข้อมูลส่วนใดที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการแก้ไขก็สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ และส่งกลับมาให้ผู้วิจัยเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) มีการใช้เครื่องบันทึกเสียงช่วยในการบันทึกบทสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง มีตัวอย่างคำถามการสัมภาษณ์ดังนี้

1. คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป
 - อาชีพ อายุ การศึกษาของผู้ให้บริการ
2. คำถามเกี่ยวกับลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการ
 - ท่านพบลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการรูปแบบใดบ้าง
3. คำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต
 - ประสบการณ์ของท่านจากการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตเป็นอย่างไรบ้าง
 - ข้อดีและข้อจำกัดของการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตตามการรับรู้ของท่านเป็นอย่างไร
 - ขั้นตอนการให้บริการของท่านเป็นอย่างไร
 - ท่านประสบปัญหาในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการบ้างหรือไม่

- ในกรณีที่ท่านให้บริการได้ประสบความสำเร็จ ท่านทำอย่างไร
- ในกรณีที่ท่านให้บริการไม่ประสบความสำเร็จ ท่านทำอย่างไรต่อ
- ท่านรู้สึกอย่างไร กับงานบริการที่ท่านทำอยู่

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม – 17 สิงหาคม พ.ศ.2553 สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนละ 1 รอบ ณ บริเวณพื้นที่ของโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยวันที่ทำการ สัมภาษณ์ และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน สามารถแจกแจงได้ดังตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2

วันที่ทำการสัมภาษณ์ และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน

ผู้ให้ข้อมูล	วันที่ทำการสัมภาษณ์	ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1	25 มีนาคม 2553	58 นาที
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2	22 เมษายน 2553	40 นาที
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3	22 เมษายน 2553	1 ชั่วโมง 18 นาที
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4	22 เมษายน 2553	22 นาที
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5	23 เมษายน 2553	40 นาที
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 และ 7*	23 เมษายน 2553	53 นาที
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8	26 เมษายน 2553	44 นาที
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9	26 เมษายน 2553	53 นาที
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 และ 11*	29 เมษายน 2553	48 นาที
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12	3 สิงหาคม 2553	1 ชั่วโมง 9 นาที
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13	17 สิงหาคม 2553	46 นาที

หมายเหตุ. ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 และ 7 กับผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 และ 11 ทำการสัมภาษณ์พร้อมกัน

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 และ 7 กับผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 และ 11 พร้อมกันเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีความประสงค์ที่จะให้ข้อมูลพร้อมกันเป็นคู่ ผู้วิจัยเห็นว่าประเด็นที่ทำการ สัมภาษณ์ไม่ได้เป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนหรือเป็นความลับ ไม่ทำให้เกิดความตะขิดตะขวงใจในการ ให้ข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงตัดสินใจสัมภาษณ์พร้อมกันตามความประสงค์ของผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้

ผู้วิจัยยังมีข้อสังเกตจากการสัมภาษณ์พร้อมกัน 2 คน คือ ผู้ให้ข้อมูลจะมีการช่วยกันคิด และคำพูดบางอย่างจะกระตุ้นกันและกัน ผู้ให้ข้อมูลอีกคนอาจช่วยตอบเพิ่มเติมในส่วนที่อีกคนตอบไม่หมด ทั้งนี้การถอดเทปสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทำการพิมพ์แยกข้อมูลตามคำพูดของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนด้วย

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย แจ้งสิทธิในการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัย ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลจะปิดเป็นความลับโดยจะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น และจะมีการทำลายแถบบันทึกเสียงเมื่อจบการวิจัยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยอิงขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวทฤษฎีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบทีมผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน (Consensual Qualitative Research: CQR) (Hill et al., 1997; Hill et al., 2005) มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ขั้นตอนการตั้งทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก

1.1 ผู้วิจัยทำการจัดตั้งทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักขึ้น โดยในทีมจะประกอบด้วยสมาชิก 3 คน ได้แก่ผู้วิจัย และผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก อีก 2 คน ซึ่งคนแรกเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาทางด้านจิตวิทยาการปรึกษาในระดับปริญญาโทจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคนที่สองเป็นนิสิตระดับดุษฎีบัณฑิตสาขาจิตวิทยาการปรึกษาจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเช่นกัน โดยที่ผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักทั้ง 2 คนได้ผ่านการเรียนและมีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพมาแล้ว

1.2 อาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัยซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบทีมผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน ได้ทำการอบรมเรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพแบบทีมผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน ให้กับผู้วิจัยและทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักทั้ง 2 คน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบนี้อย่างถูกต้องและตรงกัน

2. ขั้นตอนการวิเคราะห์ประเด็นหลัก (Domains) และสาระสำคัญ (Core ideas)

2.1 ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตั้งประเด็นหลักขึ้นมาในเบื้องต้น โดยเริ่มจากชุดข้อมูล 3 ชุด ซึ่งได้แก่บทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 คนที่ 3 และคนที่ 9 (ซึ่งเป็นชุดข้อมูลที่ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นชุดข้อมูลที่มีเนื้อหากว้างและค่อนข้างครอบคลุม) โดยผู้วิจัยทำการแจกชุดข้อมูลทั้ง 3 ชุดให้ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลัก และทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลแต่ละคนจะต่าง

คนต่างกลับไปวิเคราะห์ข้อมูล (ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลเป็นอิสระต่อกัน) เพื่อตั้งประเด็นหลักในเบื้องต้นที่มีความครอบคลุมข้อมูลทั้งหมด (ในข้อมูล 3 ชุดนั้น) ขึ้นมาด้วยตนเอง

2.2 ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักทุกคนมารวมตัวกันเพื่อทำการอภิปรายถึงประเด็นหลักที่แต่ละคนวิเคราะห์มาได้ โดยแต่ละคนจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ของตนให้กับสมาชิกทีมอีก 2 คน ฟัง จากนั้นจึงทำการอภิปรายเพื่อให้ได้ประเด็นหลักเพียงรูปแบบเดียวที่สมาชิกทีมทุกคนเห็นชอบร่วมกันว่ามีความเหมาะสมทั้งจำนวน ภาษาที่ใช้ และมีความครอบคลุมข้อมูลทั้งหมด ซึ่งในขั้นตอนนี้สิ่งที่ได้จากการอภิปรายคือแนวประเด็นหลัก (Domains) ในเบื้องต้น

2.3 หลังจากได้แนวประเด็นหลักเบื้องต้นแล้ว สมาชิกทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลทำการทดลองลงรหัสประเด็นหลักให้กับชุดข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 ร่วมกัน เพื่อเป็นการปรับความเข้าใจให้กับทีมผู้วิจัยหลักทุกคน และเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้วิจัยก่อนที่จะไปวิเคราะห์ข้อมูลและลงรหัสประเด็นหลักให้กับข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเอง

2.4 ผู้วิจัยนำแนวประเด็นหลักในเบื้องต้นมาวิเคราะห์ลงรหัสประเด็นหลักให้กับชุดข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเอง

2.5 ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลและลงรหัสประเด็นหลักมาให้ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักอีก 2 คนตรวจสอบความถูกต้อง

2.6 ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักทำการทดลองลงรหัสสาระสำคัญ (Core ideas) ให้กับข้อมูลโดยทำการสกัด สรุปความให้กับข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลพูด ให้ได้ประโยคที่สั้น กระชับ และได้ใจความ โดยทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักทำการทดลองลงรหัสสาระสำคัญให้กับชุดข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 เป็นเบื้องต้นไปพร้อมๆ กัน ซึ่งในระหว่างการลงรหัสนั้น ทุกคนในทีมก็จะอภิปรายถึงสาระสำคัญต่างๆ ที่ได้จนเห็นชอบร่วมกันด้วย

2.7 ผู้วิจัยกลับไปลงรหัสสาระสำคัญให้กับชุดข้อมูลที่เหลือทั้งหมดด้วยตนเอง

2.8 ผู้วิจัยจัดสาระสำคัญที่ลงรหัสไว้ในข้อมูลทุกชุดมารวบรวมและจัดแยกตามตารางที่ตั้งหัวข้อเป็นประเด็นหลักแต่ละประเด็น เพื่อให้สะดวกต่อการตรวจสอบการลงรหัสสาระสำคัญว่าได้จัดลงประเด็นหลักที่เหมาะสมและสอดคล้องกันแล้ว

2.9 ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักทั้ง 2 คนทำการตรวจสอบความถูกต้องของผลการลงรหัสสาระสำคัญ

2.10 ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักทั้งหมดอภิปรายกันถึงสิ่งที่ต้องมีการปรับแก้ไขจนเห็นชอบร่วมกัน

2.11 ผู้วิจัยนำสิ่งที่ได้จากการอภิปรายจนเห็นชอบร่วมกันมาปรับปรุงงานให้เป็นไปตามมติที่ได้อภิปรายจนเห็นชอบร่วมกัน และนำไปวิเคราะห์ภาพรวม (Cross-Analyses) ต่อไป

3. ขั้นตอนการวิเคราะห์ภาพรวม (Cross-Analyses)

3.1 ผู้วิจัยนำสาระสำคัญ (Core ideas) ที่อยู่ในแต่ละประเด็นหลัก (Domains) มาจัดเป็นหมวดหมู่ (Categories) ด้วยตนเอง

3.2 ผู้วิจัยส่งผลการจัดหมวดหมู่ข้อมูลให้ผู้ตรวจสอบ (auditor) ทั้ง 2 ท่าน ซึ่งได้แก่ 1) อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย และ 2) ผู้ตรวจสอบจากภายนอกที่สำเร็จการศึกษาระดับมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและมีประสบการณ์ด้านกาวิจัยเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความเหมาะสมของการจัดหมวดหมู่ และการใช้ภาษาว่ามี ความเหมาะสมและครอบคลุมข้อมูลทั้งหมด

3.3 ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ตรวจสอบทั้ง 2 ท่าน มาปรับปรุงงานให้มีความถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

3.4 ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ภาพรวมที่ได้ให้ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักอีก 2 คน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมอีกครั้งหนึ่ง

3.5 ผู้วิจัยแจกแจงความถี่ของข้อมูลที่เกิดขึ้นในแต่ละหมวดหมู่ โดยใช้คำว่า “มาก” แทนความถี่ในหมวดหมู่ที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนหรือยกเว้น 1 คนที่กล่าวถึงในหมวดหมู่นั้นๆ ซึ่งในที่นี้ หมายถึงจำนวน 12-13 คน ใช้คำว่า “ปานกลาง” แทนความถี่ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลมากกว่าครึ่งหนึ่งขึ้นไปกล่าวถึงหมวดหมู่นั้นๆ ซึ่งในที่นี้หมายถึงจำนวน 7-11 คน และใช้คำว่า “น้อย” แทนความถี่ในกรณีที่มีผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปถึงครึ่งหนึ่งของทั้งหมดกล่าวถึงในหมวดหมู่ ซึ่งในที่นี้ หมายถึง 2-6 คน

3.6 ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ไปเขียนผลการวิจัยต่อไป

ข้อจำกัดในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน ผู้วิจัยได้เลือกที่จะทำการปรับขั้นตอนในส่วนของการให้ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักทั้งหมดต่างคนต่างแยกย้ายกันวิเคราะห์สาระสำคัญ(Core Ideas) และกาวิเคราะห์ภาพรวม(Cross-Analyses) เนื่องจากผู้วิจัยพบว่าขั้นตอนการแยกย้ายกันไปวิเคราะห์ข้อมูล และกลับมาอภิปรายจนเห็นชอบร่วมกันในแต่ละครั้งใช้เวลายาวนานมาก ดังนั้นเพื่อความกระชับในระยะเวลาที่ใช้ทำการวิจัย ผู้วิจัยจึงปรับวิธีการโดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเองแล้วจึงส่งให้ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักอีก 2 คนตรวจสอบ แต่ก็ยังคงไว้ซึ่งขั้นตอนการอภิปรายจนเห็นชอบร่วมกัน โดยจะมีการอภิปรายจนเห็นชอบร่วมกันหากผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้องมีการแก้ไข

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ปรับขั้นตอนการให้ผู้ตรวจสอบ (auditor) ทบทวนตรวจสอบความถูกต้องของงาน โดยจะมีการส่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยตรวจสอบความถูกต้องทุกครั้ง และจะส่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดให้ผู้ตรวจสอบทั้ง 2 คน ซึ่งได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย และผู้ตรวจสอบจากภายนอก ทำการทบทวนตรวจสอบในครั้งสุดท้ายเพื่อความกระชับของระยะเวลาที่ใช้ในการทำวิจัย

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน มีการใช้ทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 3 คน ซึ่งจะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือในการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัยแต่ละคนลดลง และยังทำให้เกิดทรรศนะต่อข้อมูลที่หลากหลาย การได้มาซึ่งข้อมูลสรุปที่มาจาก การอภิปรายจนเห็นชอบร่วมกันจะทำให้ได้ข้อมูลสรุปที่ดีที่สุดตามความคิดเห็นของทีมวิจัย นอกจากนี้ภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลยังมีการให้ผู้ตรวจสอบ (auditor) จำนวน 2 คน ซึ่งได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ตรวจสอบจากภายนอกทำการทบทวน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของผลการวิเคราะห์ข้อมูลของทีมผู้วิจัยหลัก ซึ่งจะทำให้ข้อค้นพบที่ได้มีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

อีกทั้งมีการนำเสนออัตราส่วนของจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่ให้ข้อมูลในประเด็นต่างๆ โดยใช้คำว่า “มาก” “ปานกลาง” และ “น้อย” เพื่อบ่งชี้ว่าน้ำหนักของผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นอย่างไร ในแต่ละประเด็นมีน้ำหนักมากน้อยเพียงใด

และในขั้นสุดท้ายของการสรุปผลข้อมูลจะมีการส่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้กับผู้ให้ข้อมูล ทบทวนตรวจสอบผลการศึกษามีความตรงต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล (Member checks) หรือไม่อย่างไร โดยผู้วิจัยได้ส่งตารางสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดให้ผู้ให้ข้อมูลหนึ่งคน ตรวจสอบ โดยได้มีการปรับแก้คำที่ใช้แทนผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามที่ผู้ให้ข้อมูลท่านนั้นได้เสนอด้วย

ศูนย์วิจัยทรัพยากรชีวภาพและพันธุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน (Consensual Qualitative Research: CQR) โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นจำนวนทั้งสิ้น 13 คน เพื่อตอบคำถามการวิจัย คือ ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการ และประสบการณ์ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นเป็นอย่างไร ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นหลัก 7 ประเด็น กล่าวคือ 1) ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการ สุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ 2) ข้อดีของบริการสุขภาพจิตทาง อินเทอร์เน็ต 3) ข้อจำกัดของบริการสุขภาพจิตทาง อินเทอร์เน็ต 4) คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ให้บริการ 5) แนวปฏิบัติในการให้บริการ 6) แนวทางการช่วยเหลือ 7) อุปสรรค ความท้าทาย และข้อเสนอแนะในการให้บริการ และ 8) คุณค่าจากประสบการณ์การให้บริการ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ

ผู้ให้ข้อมูลรายงานว่าปัญหาของผู้รับบริการที่พบได้มากตามการรับรู้ของตนคือ ปัญหาด้านสัมพันธภาพ โดยเฉพาะปัญหาความรักในวัยรุ่น ตามมาด้วยปัญหาความวิตกกังวลหรือความเครียดเกี่ยวกับการเรียน ปัญหาด้านการปรับตัว และการขอรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพจิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ปัญหาความรัก

1.1.1 ทำใจไม่ได้เนื่องจากผิดหวัง ออกหัก และความรักไม่ลงตัว

ผู้มารับบริการที่มีปัญหาเกี่ยวกับความรักเลือกใช้บริการสุขภาพจิตทาง อินเทอร์เน็ต เพื่อเป็นพื้นที่ในการได้พบทวน ตรวจสอบอารมณ์ ความรู้สึก และประเด็นที่คิดไม่ตก ทำใจไม่ได้ในเรื่องเกี่ยวกับความรัก รวมทั้งผิดหวัง ออกหัก ความรักที่ไม่ลงตัว ตัวอย่างเช่น

“วัยรุ่นส่วนใหญ่ก็จะเป็นเรื่องของความรัก...อกหัก...ทำใจไม่ได้ว่าทำไมแฟนถึง
เลิก...รู้สึกตัวเองไม่มีค่า” (Ki1)

“ความรักเพศเดียวกัน ความรักระหว่างเพศ ก็มีทั้งสองอย่าง” (Ki2)

“เรื่องความรัก ผิดหวัง อกหัก” (Ki13)

1.2 ปัญหาการเรียน

1.2.1 มีความกดดันใจเกี่ยวกับเรื่องการเรียนรู้

ผู้มารับบริการเลือกใช้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตเพื่อช่วยลดความกดดันใจ
เมื่อเผชิญกับความเครียดเกี่ยวกับการแข่งขันด้านการเรียน การเลือกแผนการเรียน และการสอบ
เข้าศึกษาต่อในระดับต่างๆ ตัวอย่างเช่น

“ยิ่งใกล้สอบจะมีลักษณะเหมือนกับถามเกี่ยวกับความเครียด ว่ากังวลว่าจะสอบ
กลัวอ่านหนังสือสอบไม่ทัน กลัวคะแนนสอบออกมาไม่ดี” (Ki1)

“เครียดเรื่องเรียน พอเขาเครียดเรื่องเรียนมันมีอาการปวดหัว มีอาการแบบนี้
นอนไม่หลับ แล้วเขาจะต้องทำยังไง” (Ki7)

“ถ้าเป็นเด็กก็จะเป็นเรื่องการเรียนรู้ การศึกษาต่อ การเรียนต่อ ต้องการจะเข้าสาย
อาชีพนี้ทำอย่างไรดี ต้องการให้การปรึกษาแบบนี้จะทำยังไงดี...อยากทำงาน
แบบที่เราทำอยู่อย่างนี้ ทำยังไงดี ก็คือเหมือนกับว่าต้องเรียนยังไงมา ขึ้นตอนมา
ยังไงถึงจะทำอย่างนี้ได้” (Ki8)

“นักเรียนจะสอบแล้วเครียดมาก จนไม่สามารถอ่านหนังสือต่อได้” (Ki12)

1.3 ความยุ่งยากในการปรับตัว ปัญหาด้านสัมพันธภาพ และรู้สึกเหงา

ผู้รับบริการจะเลือกใช้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต เพื่อคุยกับใครสักคนในปัญหา
ความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน เช่น การปรับตัวด้านสัมพันธภาพที่ไม่ลงรอยกับคนรอบข้าง เช่น
ทะเลาะกับพ่อแม่และคนในครอบครัว เพื่อนสนิท การทำงานไม่ราบรื่น หรือเมื่อรู้สึกเหงา ไม่มีใคร
คุยด้วย

1.3.1 ปัญหาด้านสัมพันธภาพ ไม่ลงรอยกับเพื่อน คนในครอบครัว และเพื่อน ร่วมงาน

ประเด็นปัญหาด้านสัมพันธภาพ ไม่ลงรอยกับเพื่อน คนในครอบครัว และเพื่อน
ร่วมงานเป็นประเด็นปัญหาหลักปัญหาหนึ่งที่ผู้ให้บริการให้ข้อมูลว่ามักจะมีผู้รับบริการมา
ปรึกษาด้วยลักษณะปัญหานี้

“มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน คุยไม่ได้ ทำไม่ต้องทะเลาะกันทั้งวันแบบนี้” (Ki10)

“ผู้ใหญ่...ส่วนใหญ่มีก็คือปัญหาครอบครัวมากกว่า” (Ki8)

“เรื่องทำงาน มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน มีปัญหาเกี่ยวกับหัวหน้างาน” (Ki3)

1.3.2 ความยุ่งยากเรื่องการปรับตัวในสภาพแวดล้อมที่ทำงาน ที่โรงเรียน

ผู้ให้ข้อมูลรายงานว่าประเด็นปัญหาเกี่ยวกับความยุ่งยากเรื่องการปรับตัวในสภาพแวดล้อมที่ทำงาน ที่โรงเรียน เป็นประเด็นหนึ่งที่ได้รับบริการนำมาปรึกษา ดังประโยคต่อไปนี้

“ปัญหาเรื่องของการปรับตัว ปรับตัวทั้งกับเพื่อน ปรับตัวทั้งกับการทำงาน” (Ki2)

“ปัญหาเรื่องเพื่อน การปรับตัวกับเพื่อน การปรับตัวในที่ทำงาน มีปัญหาในการทำงาน” (Ki9)

1.3.3 รู้สึกเหงา ไม่มีใครคุยด้วย

ผู้ให้ข้อมูลรายงานว่าบางครั้ง ผู้รับบริการอาจเข้ามาทักทาย ชวนพูดคุย เนื่องจากมีความเหงา ต้องการหาเพื่อนคุย

“เข้ามาทักทาย เหงา คุยกันไม่มีปัญหาอะไร หาเพื่อนคุย” (Ki2)

“วัยรุ่นส่วนใหญ่ บางคนก็เข้ามาคุยโดยไม่มีประเด็นอะไรชัดเจน จะเป็นความเหงา อยากจะมีเพื่อนคุย” (Ki4)

1.4 ขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

ผู้มารับบริการต้องการขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในลักษณะของการขอคำปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาของตนเอง ของคนในครอบครัว หรือของเพื่อน เช่นโรคและอาการทางจิตเวช ข้อมูลด้านแหล่งช่วยเหลือ สถานพยาบาลต่างๆ และความกังวลใจเกี่ยวกับเรื่องทางเพศ

1.4.1 การขอคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ผู้มารับบริการต้องการที่จะขอคำแนะนำจากผู้ให้บริการเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตและอาการทางจิตเวชในกรณีที่มีรู้สึกว่าตนเองมีอาการบางอย่าง หรือไม่แน่ใจว่าตนเองมีอาการทางจิตหรือไม่ ดังตัวอย่างประโยคดังนี้

“เขาบอกว่าเรามีอาการอย่างนี้ได้ยินเสียงใครก็ไม่รู้มาตำหนิเขาตลอดเวลาเลย ไม่เห็นตัวแต่ก็มาตลอดเวลา แต่มันก็อยู่ในหัวเขาตลอด เรารู้แล้วว่า เป็นอาการประสาทหลอนทางหู” (Ki4)

“หนูมีอาการอย่างนี้ หนูเป็นโรคใหม่ เพราะบางทีเขาแยกไม่ออกว่าฉันเป็นอาการอย่างนี้ฉันป่วยหรือเปล่าควรจะทำยังไงดี ควรจะรักษาใหม่ หรือว่ามีวิธีการแก้ปัญหาตรงนี้ยังไงบ้าง” (Ki6)

“ตัวเองเข้าไปในเว็บกรมสุขภาพจิตแล้วลองทำแบบทดสอบ หรือลองไปอ่านว่าสมมติคนป่วยเป็นโรคจิตเภทมันต้องเป็นยังไงบ้าง แต่เขารู้สึกว่าตัวเองเป็น 5 ข้อก็รู้สึกเหมือนจะเป็น แต่ไม่กล้าที่จะ คือมันติดค้างคาใจเหมือนวัยรุ่น เอ๊ะมันใช่หรือเปล่า แต่จะให้เดินไปถาม โทรไปถามมันก็ไม่กล้า มาเจออันนี้เข้าบริการทางอินเทอร์เน็ตเขาก็เข้ามาถาม เออ เป็นอาการอย่างนี้ เข้าไปทำแบบทดสอบมา มีอาการอย่างนี้ๆ เขาน่าจะเป็นใหม่” (Ki11)

1.4.2 การขอคำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลการรักษา ด้านแหล่งช่วยเหลือ

สถานพยาบาลต่างๆ

ผู้ให้ข้อมูลรายงานว่า ผู้รับบริการบางรายได้มาขอคำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลการรักษา เช่นปรึกษาเรื่องการรับประทานยา และขอข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่ให้บริการช่วยเหลือ หรือสถานพยาบาลที่รักษาอาการทางจิต ดังนี้

“ถามเกี่ยวกับเรื่องของจิตเวช...มีคนมีลักษณะอาการ แบบอาละวาด คุ่มคลั่ง วิวาย มีพฤติกรรมแปลกๆ จะพาไปรักษาที่ไหน...ผู้ป่วยเองก็คือ มาปรึกษา เรื่องว่า กินยาไปนานขนาดไหนถึงจะหยุดยา แล้วก็อยากจะหยุดยาอยากจะทำ ได้ไหม” (Ki1)

“บางคนก็มาถามเกี่ยวกับเบอร์ติดต่อของโรงพยาบาล” (Ki9)

1.4.3 การขอคำแนะนำเกี่ยวกับอาการทางจิตเวชของคนในครอบครัวและ

เพื่อน

ผู้รับบริการบางรายอาจมาขอคำแนะนำเกี่ยวกับอาการทางจิตเวชของคนในครอบครัว หรืออาการของเพื่อน ว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร หรือดูแลพวกเขาอย่างไร

“ถามเกี่ยวกับเรื่องของจิตเวช...ในครอบครัว มีคนมีลักษณะอาการ แบบอาละวาด คุ่มคลั่ง วิวาย มีพฤติกรรมแปลกๆ จะพาไปรักษาที่ไหน” (Ki1)

“ถามเกี่ยวกับข้อมูล ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการรักษาอาการทางจิต” (Ki1)

“เขาอาจไม่ได้ปรึกษาเรื่องของตัวเอง ปรึกษาว่าเพื่อนเขาเป็น คนในครอบครัวเขา เป็น” (Ki10)

1.4.4 การขอคำแนะนำเกี่ยวกับความกังวลใจเรื่องเพศ

ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับความกังวลใจเรื่องเพศก็เป็นปัญหาหนึ่งที่มีผู้มารับบริการ ต้องการขอคำแนะนำจากผู้ให้บริการ โดยอาจจะเป็นลักษณะของการขอความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องทางเพศ

“เรื่องเพศที่เข้ามาปรึกษาก็มี มีอะไรกับแฟนแล้ว จะติดเชื้อไหม” (Ki11)

2. ข้อดีของบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต

ในส่วนของข้อดีของบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต ผู้ให้ข้อมูลระบุข้อดีหลักๆ ว่า การบริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตเป็นบริการที่เข้าถึงได้ง่าย ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก และมีความเป็นส่วนตัวทำให้ผู้รับบริการมีความสะดวกใจที่จะเข้ารับบริการ

2.1 เข้าถึงโลกของผู้ต้องการรับบริการที่ยังไม่พร้อมจะใช้บริการแบบพบหน้า

การบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตมีข้อดีในการเข้าถึงโลกของผู้ต้องการรับบริการที่ยังไม่พร้อมจะใช้บริการแบบพบหน้า เช่น กลุ่มคนที่รู้สึกว่ามีปัญหาของตนเป็นเรื่องน่าละอายใจและต้องการรักษาภาพลักษณ์ เข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นและคนที่คุ้นเคยกับไอที กลุ่มคนที่มีความยุ่งยากในการปรับตัวเข้ากับสังคม และยังเป็นการให้บริการเชิงรุกกับกลุ่มผู้ที่ประสบกับเหตุวิกฤตทางจิตใจอีกด้วย

2.1.1 เข้าถึงคนที่รู้สึกว่าปัญหาของตนเป็นเรื่องน่าละอายใจ และต้องการรักษาภาพลักษณ์

เนื่องจากการบริการในรูปแบบนี้เป็นบริการที่ไม่ต้องพบหน้าและไม่ต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ผู้รับบริการสามารถปกปิดสถานภาพของตนเองได้ ดังนั้นผู้รับบริการที่รู้สึกว่าปัญหาของตนเป็นเรื่องน่าอาย เป็นปัญหาที่สังคมไทยยังไม่เปิดกว้าง ไม่กล้ามารับบริการแบบพบหน้า เพราะกลัวว่าจะกระทบกระเทือนต่อภาพลักษณ์ของตนเอง จึงมีความสบายใจที่จะเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวและเข้ารับบริการในช่องทางนี้

“วัยรุ่นส่วนใหญ่ที่ไม่ค่อยชอบ หรือกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของการเข้ามาปรึกษาในโรงพยาบาลจิตเวช เขาก็ได้มีทาง หรือมี channel ในการที่จะได้รับการปรึกษาจากทีมบุคลากรจิตเวชที่เขาอยู่ในโรงพยาบาล ที่เขาให้การปรึกษาโดยอาชีพ” (Ki4)

“สำหรับคนอีกกลุ่มหนึ่งที่จะเข้าถึงบริการให้การปรึกษาได้ ซึ่งที่บอกแหละบางคนก็ไม่กล้าที่แม้แต่จะพูด ไม่กล้าที่จะมาหาหมอ มี stigma กลัวจะหาว่าบ้า มาโรงพยาบาลก็ไม่กล้ามา โทรศัพทมาก็ไม่กล้าพูด” (Ki5)

“บางที่มันก็มีในเรื่องเพศ ที่เข้ามาปรึกษาก็มี มีอะไรกับแฟนแล้ว จะติดเชื้อไหม อะไรอย่างนี้ เราก็ให้ความรู้เขา เพราะว่าเรื่องแบบนี้บางที่สังคมไทยยังไม่เปิดกว้าง เขาก็อาจจะไม่กล้าแม้แต่จะไปคุยกับเพื่อน หรือครอบครัวใช้ใหม่ครับ เขาก็อาจจะมาคุยผ่านสื่อตรงนี้ได้” (Ki11)

“คนที่ปัญหาเรื้อรัง แล้วไม่กล้าแม้กระทั่งจะโทรศัพท์มาปรึกษาที่ 1323 หรือมีความเชื่อผิดๆ ต่อการมาพบแพทย์ เช่น บางรายมองว่าคนที่มาพบจิตแพทย์นั้นต้องบ้า หรือมีความผิดปกติ เป็นต้น การพิมพ์จะเป็นทางเลือกที่ทำให้เขาสะดวกใจสื่อสาร แบบไม่ต้องพูดไถะ” (Ki12)

2.1.2 เข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นและผู้ที่ยึดติดกับโลกไอทีได้ง่าย

เนื่องจากกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ที่อยู่ในโลกไอทีที่มีความคุ้นเคยกับการใช้คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ดังนั้น กลุ่มคนเหล่านี้ที่อาจไม่สะดวกใจที่จะรับบริการแบบพบหน้าจึงสามารถใช้ช่องทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่ถนัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตผ่านทางอินเทอร์เน็ตได้

“มันเข้าสู่ในกลุ่มของที่อยู่ในยุคไอทีนะ อย่างของวัยรุ่นที่ไม่กล้าที่จะเปิดเผยตัวเอง ไม่กล้าที่จะออกมาปรึกษาใคร แต่ว่ามันมีช่องทางที่จะทำให้เขากล้าที่จะใช้ช่องทางไอทีที่เขาถนัดเป็นตัวเชื่อมกับปัญหาของเขา กับความรู้สึกของเขาที่เขาสามารถที่จะแลกเปลี่ยนได้” (Ki1)

“เข้าถึงง่ายในกลุ่มคนที่ชอบเรื่องเทคโนโลยีแล้วใช้มันอยู่ มีคนจำนวนเยอะนะที่ว่ายที่เย็นลงกลับบ้านแล้วเปิดเน็ต เปิดเมล มันบริการคนกลุ่มนั้นไง เข้าถึงง่าย” (Ki2)

“เข้าถึงกลุ่มที่ทำงานโดยใช้คอมพิวเตอร์ได้ในวงกว้าง เช่น กลุ่มวัยรุ่น คนพิการ คนวัยทำงาน วัยเกษียณ” (Ki12)

2.1.3 เข้าถึงกลุ่มคนที่มีความยุ่งยากในการปรับตัวเข้ากับสังคม

คนที่มีปัญหาในการปรับตัวเข้าสังคม เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นก็มักจะหันหน้าไปพูดคุยปรึกษากับใคร ก็จะมาสามารถใช้ช่องทางนี้เป็นที่รับฟัง ระบาย ปรึกษาได้

“คนที่ไม่ค่อยมีเพื่อน ปรับตัวเข้ากับสังคมลำบาก ส่วนใหญ่ที่จะเจอก็คือมีปัญหา กับเพื่อนเป็นส่วนใหญ่...เพื่อนไม่ชอบ ไม่ชอบเพื่อนอะไรประมาณนี้ ก็วิเคราะห์

แล้วก็น่าจะเป็นคนที่ปรับตัวเข้ากับสังคมไม่ค่อยจะได้ ก็เลยต้องมีตรงนี้ขึ้นมา ก็ดี” (Ki5)

“ไม่รู้จะพูดกับใคร แม้แต่โทรมาหรือปรึกษาเพื่อนก็อาจจะไม่มีเพื่อน บางคนไม่มีเพื่อนก็อาจจะเป็นไปได้นะครับ ตัวอักษรตรงนี้ก็อาจจะให้เขาได้ระบาย หรือว่าสื่อสารให้กับคนที่รับฟัง เหมือนคนให้บริการอินเทอร์เน็ตอยู่อย่างนี้ อย่างน้อยก็รับฟังได้ตอบในระดับหนึ่ง เขาอาจจะเหมือนกับได้ระบายออกนะ” (Ki11)

“พวกนักศึกษิต่างจังหวัดที่เข้ามาเรียนในกรุงเทพฯ อยู่คนเดียวไม่ได้มีเพื่อนที่ไหน เขาก็อินเทอร์เน็ตมาคุยกับเราได้” (Ki11)

2.1.4 การให้บริการเชิงรุกกับกลุ่มเสี่ยงต่างๆ

การบริการทางอินเทอร์เน็ตเป็นเหมือนการลงพื้นที่เข้าไปดูแลผู้รับบริการอย่างทันทีทันใด ดังนั้นเมื่อมีผู้ที่ประสบกับเหตุวิกฤตทางจิตใจ ก็จะสามารถเข้ารับบริการได้ทันทีแบบเชิงรุกก่อนที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้นภายหลัง

“เป็นเชิงรุกมากขึ้นนะ มันก็เหมือนเป็นการป้องกันกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้ใช้อินเทอร์เน็ต...เราก็อาจจะให้คำแนะนำอะไรเขาได้มากขึ้น ก่อนที่ปัญหา มันจะบานปลาย” (Ki10)

“เหมือนที่เราลงซานติก้าฝับ สีนามิ พวกนั้นคือเกิดมีปัญหาแล้วเราถึงได้ลงไป อันนี้ก็เหมือนกันเราคิดว่าคนบนโลกใบนี้มันยังมีปัญหาอีกเยอะที่ไม่ได้เดินเข้ามาใช้บริการ อย่างอันไหนที่เราเจาะลงไปได้อย่างโลกไซเบอร์ โลกอินเทอร์เน็ตอย่างนี้ เราก็เข้าไปได้ ก็จะเป็นช่องทางหนึ่ง” (Ki11)

“เป็นการป้องกันไม่ให้ปัญหาสุขภาพจิตลุกลามเป็นความเจ็บป่วยทางจิต” (Ki12)

2.2 มีความเป็นส่วนตัว

2.2.1 ความเป็นส่วนตัวทำให้ผู้รับบริการกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลและรับบริการ เนื่องจากบริการนี้จะไม่มีการถามข้อมูลผู้รับบริการ เป็นการสื่อสารโดยผ่านการพิมพ์ ผู้รับบริการไม่ต้องเปิดเผยสถานะของตัวเอง มีความเป็นส่วนตัว ดังนั้นผู้รับบริการจึงมีความกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลมากขึ้นโดยไม่ต้องกังวลว่าจะมีใครรู้ว่าตนเองเป็นใคร เป็นผลดีต่อการให้บริการ

“เราก็จะไม่ถามเขาว่าเขาชื่ออะไร เป็นใคร ก็คือมันจะเป็นการสบายใจทั้งสองฝ่าย ทั้งคู่ ทั้งผู้ให้และผู้รับ...ไม่ก้ำก๋ายละเมิดสิทธิส่วนตัวซึ่งกันและกัน แล้วก็เป็นคนที่มาขอรับการปรึกษา เขาก็พร้อมกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของเขาได้พอสมควร” (Ki1)

“เราไม่รู้จ๊กกัน case สบายใจ case ก็ไม่ปิดบังด้วย...เขาก็จะรู้สึกสบายใจด้วย ว่าทุกอย่างจะเป็นความลับนะ จะไม่ถามอะไรคุณเลย เราไม่รู้จ๊กกัน” (Ki2)

“คนที่อาจจะไม่กล้าเดินทางมาที่โรงพยาบาล หรือว่าไม่กล้าโทรศัพท์มาอย่างนี้ ก็คุยทางอินเทอร์เน็ตไม่เห็นหน้ากัน แต่เป็นตัวอักษรเนี่ยมันทำให้ตัวเขารู้สึกกล้าที่จะรับบริการให้การรักษา” (Ki11)

2.3 เข้าถึงปัญหาได้เร็ว

2.3.1 เข้าถึงปัญหาที่แท้จริงได้เร็วโดยไม่ต้องสร้างสัมพันธภาพมาก

ผู้ให้ข้อมูลรายงานว่า การบริการในช่องทางนี้ทำให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการสามารถพูดถึงประเด็นปัญหาที่แท้จริงได้อย่างตรงๆ ทันที โดยไม่ต้องสร้างสัมพันธภาพมากนัก

“เราไม่ต้องใช้เวลามาก ไม่ต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพมาก มีปัญหาอะไร คุณก็บอกมาได้เลย เหมือนกับไม่ต้องให้คุ่นก่อนเหมือนโทรศัพท์” (Ki5)

“พิมพ์อันนี้มันก็เหมือนจะถามได้เลย ไม่ต้องมานั่งอายหรือว่าจะแวงอะไร มันก็เป็นประโยชน์อีกทางหนึ่งนะ เป็นการง่ายในการที่จะถาม ถามตรงๆ ได้เลย บางทีอาจจะถามไม่ต้องมานั่งอ้อมค้อมหรือใช้คำสุภาพอะไรมากมาย” (Ki6)

2.4 เป็นบริการทางเลือก

2.4.1 เป็นการให้บริการที่เพิ่มเติมแก่ผู้รับบริการที่ นอกเหนือไปจากการให้บริการหลัก

เป็นช่องทางการให้บริการที่เพิ่มเติมแก่ผู้รับบริการที่นอกเหนือไปจากการให้บริการหลัก เช่น การให้บริการแบบพบหน้า การให้บริการทางโทรศัพท์

“ได้มีทางออกหรือทางเลือกหลายทาง ไม่ว่าจะทั้งโทรศัพท์ หรือว่าอินเทอร์เน็ต หรือว่ามาพบตัวต่อตัว มันเหมือนกับเพิ่มทางเลือกให้เขา” (Ki7)

“เหมาะที่จะใช้เป็นทางเลือกในการดูแลผู้ที่มีปัญหาที่ซับซ้อนหรือโรคทางจิตเวช ควบคู่ไปกับการรักษาในโรงพยาบาล...เป็นทางเลือกให้ผู้รับบริการตามความชอบส่วนบุคคล” (Ki12)

“บางคนอาจจะไม่สามารถที่จะลงมาโทรศัพท์ได้ ก็อยู่กับคอมมันแหละ คุยไป” (Ki13)

2.4.2 มีความสะดวก เข้าถึงบริการได้ง่ายและทันที ไม่มีขั้นตอนการติดต่อที่ยุ่งยาก

การเข้าถึงบริการนี้มีขั้นตอนที่ไม่มากนัก เพียงแค่เพิ่มรายชื่อผู้ติดต่อลงในโปรแกรม MSN ก็สามารถติดต่อกับผู้ให้บริการได้ทันที

“แค่รู้อีเมลเรา add เข้ามาก็คุยกันได้แล้ว” (Ki3)

“คุณมีเบอร์ในเครื่องคุณสามารถทักได้ตลอด...คุณออนไลน์มาเวลาเราอยู่คุณเห็นมัน ก็ยังสามารถเข้ามาได้เลย” (Ki9)

“การเข้าถึงบริการมันก็ไม่ได้ยุ่งยากซับซ้อน แค่มีบัญชีรายชื่อแล้ว add มา ก็ สามารถคุยกันได้แล้ว” (Ki9)

2.4.3 เป็นสื่อกลางให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลช่วยเหลือในเบื้องต้น และนำไปสู่การรับบริการในรูปแบบอื่น

ผู้ที่เข้ารับบริการในช่องทางนี้จะมีโอกาสได้รับการช่วยเหลือในเบื้องต้น และอาจนำไปสู่การรับบริการในรูปแบบอื่นๆ ต่อไป

“อันนี้มันก็เป็นช่องทางหนึ่งที่จะทำให้เขาเข้าถึงบริการ ถ้าเขาต้องการมากกว่านี้ เราก็ refer เขามายังจุดที่เขาต้องการได้” (Ki4)

“เหมาะสำหรับกลุ่มลูกค้าที่ไม่กล้าแม้แต่จะยกโทรศัพท์มาคุยกับคนแปลกหน้า ไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ตนเองกำลังประสบอยู่ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือไม่...ช่วยนำมาซึ่งการบำบัดรักษาในรายที่ป่วยทางจิต แต่ไม่ทราบถึงความ จำเป็นที่ต้องมารับบริการ” (Ki12)

2.4.4 ขอบเขตการบริการครอบคลุมในพื้นที่ห่างไกลและต่างประเทศที่มี อินเทอร์เน็ต

เนื่องจากอินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางการสื่อสารที่สามารถใช้ได้อย่างกว้างไกลทั่วโลกที่มีอินเทอร์เน็ต ดังนั้นไม่ว่าผู้รับบริการจะอยู่แห่งใดในโลกก็สามารถรับบริการนี้ได้เช่นกัน ในขณะที่เดียวกัน ผู้ให้บริการก็สามารถให้บริการได้จากทุกที่เช่นกัน

“เราสามารถทำได้ในขณะที่เราอยู่ได้ทุกที่ไม่ว่าจำเป็นจะต้องอยู่ที่ทำงานอย่างเดียว เราก็สามารถออนไลน์ที่บ้าน ออนไลน์ถือขณะเดินทางได้” (Ki8)

“สามารถคุยกันได้กว้างไกล บางคนที่เคยเจออยู่อเมริกา เป็นนักเรียนไทยที่ไป อยู่ที่นู่น ก็ยังสามารถเข้ามาคุยได้...ใครอยู่ที่ไหนก็สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ขอเพียงว่าคุณมีความรู้ในเรื่องการใช้อินเทอร์เน็ต ก็สามารถเข้ามาใช้บริการได้”

(Ki3)

“สมมติผมไปเรียนลอนดอน ไปอยู่ที่อเมริกาเกิดเครียดไม่รู้จะปรึกษาใคร คุยกับคนไทยที่นั่นก็ไม่เข้าใจ ไม่ค่อยสนิท หรือมีภาวะความเครียดทางจิตขึ้นมา เราอยากจะปรึกษากับคนที่มีพื้นฐานวัฒนธรรมเดียวกัน บางทีไปพบจิตแพทย์ฝรั่งก็ยังไม่สนิทใจ อยากจะเคลียร์อะไรที่มันไทยนี่แหละ ใช้นิยม บางทีคนไม่สบายใจก็อยากจะพูดในภาษาของตัวเอง มันก็สามารถทำได้” (Ki9)

2.4.5 ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ

ผู้รับบริการสามารถได้รับการบริการจากที่บ้านได้ ดังนั้นจึงเป็นการช่วยประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายที่จะต้องใช้เพื่อเดินทางมารับบริการด้วยตัวเอง

“การให้ข้อมูลตรงนี้มันก็ช่วย อย่างน้อยเขาก็มาถามข้อมูลได้ไม่เสียเวลา อย่างเช่นบางคนอยู่ต่างจังหวัด เขทเข้ามานี่กว่า ไห จะต้องเดินทางมาจนถึงโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยไม่รู้ว่ อ่าวโรงพยาบาลใกล้ๆ บ้านเขามีจิตแพทย์นะ เขาไม่รู้เลย อย่างนี้มันก็ช่วยได้เยอะ” (Ki2)

“เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คนในสังคมรุ่นใหม่สามารถเข้าถึงได้ง่าย และเขาไม่ได้เสียเงิน อย่างเช่นถ้าให้เขาเดินทางมาหาที่โรงพยาบาลก็ต้องเสียค่าใช้จ่าย ค่าน้ำมัน ค่าเดินทาง” (Ki8)

“ไม่ต้องยุ่งยาก เตรียมตัวออกจากบ้านมา เตรียมตัวมาเพื่อนั่งคุยมันก็เสียเวลา แต่อันนี้ใช้เวลาในช่วงหนึ่งที่เขาอยู่บ้านว่างๆ เขาสามารถเข้ามาคุยได้เพื่อให้สบายใจ” (Ki9)

2.5 สามารถใคร่ครวญและทบทวนเนื้อหาของกาให้บริการได้สะดวก

2.5.1 มีบทสนทนาที่กลับไปดูในประเด็นที่ไม่ชัดเจนได้

ด้วยคุณลักษณะเฉพาะของการสื่อสารผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นที่สื่อสารด้วยการพิมพ์ ดังนั้นผู้ให้บริการจึงสามารถที่ย้อนกลับไปดูบทสนทนาในส่วนที่อยากจะทบทวนอีกครั้งได้

“หลังจากเราคุยกันไปสักพัก พิมพ์มาเนีย เวลาเราย้อนกลับไปดูข้อความครั้งที่แล้ว คำพูดประโยคที่แล้วของเขา เราพอจะจับอารมณ์เขาได้ละ” (Ki3)

“กลับไปดูบันทึกการสนทนาที่เก็บไว้ดู ที่เราสามารถดึงมาดูว่า คราวที่แล้วเราคุยกัน มีตอนไหนใหม่ที่เราใช้อารมณ์กับผู้รับกาปรึกษา หรือว่ามีประเด็นที่เราพูดแล้วเป็นคำถาม หรือคำพูดที่พูดแล้ว เอ้อ เราผลออกออกไป ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกมีอารมณ์ที่มันไม่เหมาะสมออกมาใหม่” (Ki9)

2.5.2 มีเวลาให้ผู้ให้บริการคิดก่อนได้ตอบ

เนื่องจากการสื่อสารด้วยการพิมพ์จะต้องมีช่วงเว้นระยะเวลาพิมพ์ ดังนั้นผู้ให้บริการจึงมีเวลาที่จะคิดใคร่ครวญ ทบทวนก่อนที่จะพิมพ์ได้ตอบกับผู้รับบริการได้

“ข้อดีก็คือ ข้อความที่สื่อออกมาชัดเจนเป็นตัวอักษร ในเนื้อความ พอเราอ่านแล้วเรามีโอกาสในการวิเคราะห์ก่อนที่จะได้ตอบ” (Ki2)

“มันเป็นอยู่อย่างหนึ่ง ก็คือมันมีเวลาคิดค่อนข้างนาน มันไม่เหมือนการให้บริการรายบุคคลหรือว่าในกรณีที่เจอตัวหรือว่าทางโทรศัพท์...เพราะว่าอย่างการแชทการพิมพ์มันก็มีช่วงเว้นระยะ มันก็ทำให้เราได้ทบทวนก่อนที่เราจะพิมพ์” (Ki9)

“เราได้มีเวลาที่จะกลั่นกรองประโยคตอบสนองไปที่ที่จะตอบได้ไปกับเขา” (Ki13)

2.6 สามารถทำได้หลายอย่างพร้อมกัน

2.6.1 สามารถให้บริการครั้งละหลายคนและทำกิจกรรมอื่นพร้อมกันได้

ด้วยลักษณะเฉพาะของการแชทในโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น จึงทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการได้พร้อมกันหลายคนโดยเฉพาะในกรณีที่ผู้มารับบริการเข้ามาด้วยลักษณะปัญหาที่ไม่หนักมากนัก เช่นการขอข้อมูล นอกจากนี้เนื่องจากการสื่อสารที่ไม่ต่อเนื่องตลอดเวลา ผู้ใช้จึงสามารถทำงานอื่นๆ ไปในขณะที่แชทด้วยได้โดยการสลับหน้าจอการทำงานกับหน้าจอรับบริการปรึกษา

“เข้ามาพร้อมกันได้หลายคน แล้วมันพอรอกันได้ แต่ละคนมองไม่เห็นกัน มันไม่ได้รับกวนกัน” (Ki3)

“มันเป็นข้อดี ที่สามารถทำได้หลายคนพร้อมกัน” (Ki9)

“สำหรับคนที่ไม่ค่อยมีเวลาต้องมานั่งคุยโทรศัพท์ บางที่เขาทำงานหน้าจอเขาก็คุยไปด้วยได้” (Ki13)

3. ข้อจำกัดของบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า การสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตตลอดช่องทางการสื่อสารให้อยู่ในรูปแบบของตัวหนังสือ โดยที่ทั้งผู้ให้บริการผู้รับบริการไม่สามารถใช้อวัจนภาษาในการสื่อความ ดังนั้นจึงอาจก่อให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้

3.2.2 ใช้เวลาในการสื่อความเข้าใจช้ากว่าการพูด

ในการสื่อสารด้วยการพิมพ์ จะสามารถสื่อให้เกิดการเข้าใจได้ช้ากว่าการพูด เนื่องจากการพิมพ์จะต้องใช้ระยะเวลาในการพิมพ์เป็นตัวอักษร นอกจากนี้การสื่อสารยังอาจจะช้าลงด้วยหากผู้ใช้ทำกิจกรรมอย่างอื่น หรือกำลังพิมพ์คุยอยู่กับคนอื่นในเวลาเดียวกัน

“มันช้า กว่าเราจะพิมพ์ กว่าเขาจะพิมพ์ บางกรณีถ้าเป็นคุยกันจริงๆ อาจจะเป็นสักครึ่งชั่วโมง ซึ่งถ้าไปพิมพ์บางครั้งมันยาวเป็นชั่วโมงครึ่ง สองชั่วโมง” (Ki9)

“แล้วบางที่เหมือนเขาคุยกับเรา แล้วเขาก็คุยกับคนอื่นด้วย สิ่งที่เราตอบไปกว่าเขาจะตอบกลับมามันก็อาจใช้เวลานาน มันก็เลยเหมือนนานนะ มันไม่ใช่ถามมาตอบไปเหมือนโทรศัพท์ บางทีกว่าจะพิมพ์มาได้ก็เลยอาจจะนานมากกว่า”

(Ki13)

3.3 ไม่สามารถตรวจสอบได้

3.3.1 ไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลที่แท้จริงของผู้รับบริการได้

เนื่องจากเป็นบริการที่ไม่เห็นหน้า ไม่เห็นผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจึงไม่สามารถที่จะรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจริงเบื้องหลังหน้าจอคอมพิวเตอร์ได้

“อย่างอินเทอร์เน็ท มันแชทกัน เราไม่รู้ว่าเป็นใคร ข้อมูลที่ได้มาเราก็ตอบไม่ได้ว่าข้อมูลเนี่ย เขาต้องการปรึกษาจริงหรือเขาเด็กร้อนจริง หรือเขาแต่งมันขึ้นมา”

(Ki1)

“เราไม่สามารถพิสูจน์ทราบได้ว่า เป็นผู้หญิงจริงหรือเปล่า เป็นผู้ชายจริงไหม อายุเท่าที่เขาบอกจริงหรือเปล่า แล้วปัญหาที่เขาเล่ามาทั้งหมด จริงๆ แล้วมันเกิดขึ้นจริงไหม หรือเขาแต่งเรื่องขึ้น” (Ki3)

“ข้อจำกัดก็คือไม่เห็นตัวเขาเลยว่าเขาเป็นยังไง” (Ki10)

3.4 จำกัดกลุ่มผู้รับบริการ

3.4.1 ไม่สะดวกสำหรับผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับไอที หรือไม่มีอินเทอร์เน็ตใช้

กลุ่มคนที่เข้าถึงบริการรูปแบบนี้ได้จะต้องเป็นคนที่มีความรู้คอมพิวเตอร์ใช้ และมีความรู้เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้ ดังนั้นกลุ่มคนที่ไม่มีคอมพิวเตอร์ใช้ หรือกลุ่มคนที่ใช้คอมพิวเตอร์ไม่เป็น จึงไม่สามารถรับบริการในช่องทางนี้ได้

“เรื่องโทรศัพท์มันง่าย แต่เน็ตไม่ใช่ ยิ่ง 45 ขึ้นไปแล้วพื่อว่าถ้าคนไม่อยู่ในวงการนี้ บางทีเขาก็ไม่รู้ เข้าไม่ถึง...ใช้ไม่เป็น” (Ki2)

“ผู้ใหญ่บางคนที่เขาไม่ถนัดทางด้านคอมพิวเตอร์ไม่สามารถใช้บริการตรงนี้ได้
ไม่รู้จะเข้าอีเมลเอสเอ็นยังงี้ ไม่มีบัญชีรายชื่อ ไม่มีช่องทางที่จะเข้าถึง” (Ki4)
“จะเป็นกลุ่มคนอีกระดับหนึ่งที่ต้องมีการศึกษาหน่อย บ้านมีฐานะที่จะมี
อินเทอร์เน็ตมีคอมพิวเตอร์ที่จะเข้าถึงบริการตรงนี้ได้” (Ki5)

4. คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ให้บริการ

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงคุณลักษณะของผู้ให้บริการสุขภาพจิตว่านอกเหนือจากการมีความรู้
ความชำนาญเฉพาะแล้วจะต้องมีทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์และการสื่อสารผ่านตัวหนังสือ ดัง
รายละเอียดต่อไปนี้

4.1 มีความรู้ความชำนาญ

4.1.1 มีความรู้ความชำนาญในด้านสุขภาพจิตและการให้การปรึกษาเบื้องต้น

ผู้ให้บริการจะต้องมีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับงานบริการสุขภาพจิต และต้องมี
ทักษะในการให้การปรึกษา

“เราต้องมีความเชี่ยวชาญชำนาญในเรื่องของสุขภาพจิต คือมันก็มีผลต่อการ
ตัดสินใจของเขา ว่าฉันจะไปรักษาดีหรือเปล่า คือคนทั่วไปพูดกับคนที่มาให้
คำปรึกษาตรงนี้ด้านสุขภาพจิต เขาต้องเชื่อถือและรับฟังเรามากกว่า มันก็มีผล
ต่อเขามากกว่า” (Ki6)

“มีความสามารถในการให้การปรึกษาเป็นพื้นฐาน” (Ki9)

“ผู้ให้บริการต้องมีความรู้และประสบการณ์ให้การปรึกษาแบบพบหน้า” (Ki12)

4.2 มีทักษะเฉพาะ

4.2.1 มีทักษะเฉพาะด้านการใช้ภาษาและเทคโนโลยี

นอกจากมีทักษะความชำนาญด้านสุขภาพจิตและทักษะการให้การปรึกษาเบื้องต้น
แล้ว ผู้ให้บริการจะต้องมีทักษะเฉพาะเพื่อที่จะสามารถให้บริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต เช่นมี
ทักษะในการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสาร ทักษะการใช้เทคโนโลยี เช่นการพิมพ์ การใช้คอมพิวเตอร์
และอินเทอร์เน็ต

“นอกจากทักษะการให้คำปรึกษาแล้ว ก็ยังต้องใช้ความสามารถในการเลือกใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะกับผู้รับบริการ ความสามารถในการใช้ภาษาเพื่อสื่อสารทั้งในบทบาทผู้รับสารและผู้ส่งสาร ผ่านการพิมพ์ข้อความในระบบอีเมลเอ็น”

(Ki12)

“มีความสามารถในการพิมพ์ อันนี้ที่สำคัญคืออาจจะไม่ถึงขั้นต้องพิมพ์สัมผัสหรอก แต่มีความไวพอที่จะตอบโต้ได้ทันท่วงที” (Ki9)

“ต้องใช้คอมพิวเตอร์เป็น ใช้อินเทอร์เน็ตเป็น...การใช้โปรแกรม” (Ki13)

5. แนวปฏิบัติในการให้บริการ

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงแนวปฏิบัติร่วมกันของผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตฯ ได้แก่ การมีข้อตกลงด้านการให้บริการสำหรับทีมงาน การรักษาความลับ รวมทั้งแนวทางปฏิบัติอื่นๆ ที่จะช่วยให้การดำเนินงานของผู้ให้บริการเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 ข้อตกลงด้านการให้บริการ สำหรับทีมผู้ให้บริการ

5.1.1 ช่วงเวลาการบริการในวันธรรมดาและวันหยุดราชการ

ช่วงเวลาที่ให้บริการจะมีอยู่ 2 ระบบด้วยกัน คือ วันธรรมดา วันจันทร์ – วันศุกร์จะให้บริการ 1 ช่วงคือ 16.30 – 00.30 น. และวันเสาร์ – วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์จะให้บริการ 2 ช่วง ช่วงแรกคือ 08.30 – 16.30 น. และช่วงที่สองคือ 16.30 – 00.30 น.

“สี่โมงครึ่งถึงเที่ยงคืนครึ่ง ถ้าเป็นจันทร์ถึงศุกร์ แต่ถ้าเป็นวันเสาร์ อาทิตย์หรือว่าวันนักขัตฤกษ์ก็จะมีเวรตั้งแต่แปดโมงครึ่งถึงสี่โมงครึ่ง หนึ่งรอบ แล้วก็สี่โมงครึ่งถึงเที่ยงคืนครึ่งสองรอบ เป็นรอบที่สอง” (Ki1)

5.1.2 การผลัดเปลี่ยนเวรตามตารางเวรที่จัดไว้

ผู้ให้บริการจะมีการเข้าเวรตามตารางเวรที่จัดไว้รายเดือน โดยจะมีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเสมอ ไม่ได้มีช่วงเวลาที่ตายตัว

“จะมีตารางเวรให้อยู่แล้วว่าเดือนนี้อยู่เวรรอบไหน” (Ki1)

“มันจะหมุนไปเรื่อยๆ ไม่ใช่ว่าพี่ทำวันจันทร์พี่ทำวันจันทร์ตลอด ไม่ใช่ จันทร์บ้างอะไรบ้าง แล้วแต่ตาราง” (Ki6)

5.1.3 แลกเวรกับผู้ให้บริการท่านอื่นหากไม่สามารถเข้าเวรได้

หากผู้ให้บริการไม่สามารถที่จะให้บริการในช่วงเวรนั้นได้ จะทำการติดต่อกับผู้ให้บริการท่านอื่นๆ ในทีมเพื่อแลกเวรกัน

“ถ้าคนไหนไม่ได้ ก็สามารถที่จะแลกเวรกันได้ ถ้าวันนี้เราไม่ว่างไม่สะดวก แบบที่ไม่อยู่เลยทั้งเดือนก็จะให้คนอื่นแทน ก็คือสามารถปรับเปลี่ยนได้ ไม่ใช่เรียส ถ้าวันไหนเราทำงานหนัก เราโหด เราไม่สามารถตรงนี้ก็เปลี่ยนให้เพื่อนขึ้นแทน” (Ki8)

5.1.4 เข้าโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นโดยใช้บัญชีรายชื่อส่วนกลางร่วมกัน

ผู้ให้บริการทุกคนจะต้องใช้บัญชีรายชื่อส่วนกลางที่มีรายชื่อเดียวกันในการลงทะเบียนเข้าสู่โปรแกรมเอ็มเอสเอ็นเพื่อรอให้บริการ

“ทุกคนก็จะมี username กับ password อันเดียวกันคือเวรของใครก็คือทุกคนใช้ อันเดียวกัน” (Ki1)

“เราก็ออนเข้าไปในบัญชีรายชื่อที่เป็นของบริการให้คำปรึกษา พอออนขึ้นมาก็รอ ลูกค้าว่าจะมีใครเรียกเข้ามา” (Ki9)

5.1.5 รักษาความเป็นส่วนตัว เน้นการให้บริการแบบนิรนาม

5.1.5.1 ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้บริการ

มีการตกลงกันว่าจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้บริการ ทั้งชื่อ การเข้าเวร แต่ถ้าต้องมีการแนะนำตัวก็จะบอกเพียงวิชาชีพ และบอกว่าเป็นผู้ให้บริการปรึกษาของกรมสุขภาพจิต เพื่อความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของผู้ให้บริการ และยังทำให้ไม่มีการยึดติดผู้ให้บริการคนใดคนหนึ่ง

“ในทีมของเราก็จะตกลงกันในระเบียบอยู่แล้วว่า เราก็จะไม่เปิดเผยว่าเราทำงานอะไร ชื่ออะไร ตำแหน่งอะไร หนึ่งคือเพื่อการปลอดภัยของคนทำงาน สองก็เพราะว่าการอยู่เวรของเรามันหมุนเวียนไป ก็จะได้ไม่มีการยึดติดว่าเคยคุยกับพี่คนนี้ ก็จะต้องหาแต่กับพี่คนนี้” (Ki1)

“เราจะไม่ได้แจ้งชื่อที่เราเป็นใคร ทำงานอยู่ที่ไหน เราก็จะไม่บอกข้อมูลส่วนตัว เวลาที่เราจะกลับมาทำงานเราก็จะไม่บอก เพราะว่าเป็นกฎในการทำงาน...ปลอดภัยตัวเรา เพราะว่าบางครั้งเราไม่รู้ว่ามีผู้ที่เขาเซกมาเข้ามา จุดมุ่งหมายเขาคืออะไร ซึ่งบางครั้งมันอาจจะทำให้มากกว่ากวนชีวิตเราหรือว่ามารบกวนการใช้ชีวิตหรือว่าเป็นอันตรายต่อตัวเราได้” (Ki9)

“ไม่บอกชื่อของผู้ให้บริการ เพราะว่าเราทำในนามกรมสุขภาพจิต...ก็ถ้าถามชื่อก็ต้องแจ้งเขาว่าเราไม่สามารถที่จะแจ้งตรงนี้ได้ เพราะมันเป็นระเบียบของกรมที่ต้องทำในนามกรมสุขภาพจิตนะ ก็จะแจ้งไปว่าเป็นระเบียบไม่สามารถบอกได้” (Ki13)

5.1.5.2 ไม่ถามข้อมูลผู้รับบริการ

ผู้ให้บริการจะไม่ถามข้อมูลส่วนตัวของผู้รับบริการเพื่อความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการเอง

“ก็จะไม่ได้ชกแซกถามชื่ออะไรของเขา” (Ki1)

“ไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้บริการ แล้วเราก็ไม่ถามข้อมูลส่วนตัวของผู้รับบริการด้วย” (Ki2)

“เราก็เป็นส่วนตัวของเราด้วย เขาเองก็เป็นส่วนตัว เพราะฉะนั้นเราก็จะไม่ถามเขาอยู่แล้ว” (Ki10)

5.1.5.3 ไม่เปิดเว็บแคม

ผู้ให้บริการจะไม่มีการเปิดเว็บแคมในการบริการ

“เราจะไม่เปิดเว็บแคมอยู่แล้ว” (Ki1)

“อยากจะชวนเราเล่นเว็บแคม เราก็จะต้องตอบไปว่ามันเป็นระเบียบของการให้บริการ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้” (Ki10)

5.2 การทักทายและสนทนากับผู้รับบริการ

5.2.1 ไม่ทักทายผู้รับบริการก่อน

ในการให้บริการ ผู้ให้บริการจำนวนหนึ่งให้ข้อมูลว่าตนจะไม่ได้ไปทักผู้รับบริการก่อน แต่จะเป็นฝ่ายรอให้ผู้รับบริการทักทายมา

“ของเราจะเป็นเหมือนกับเป็นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ก็คือเราไม่ได้ไปทักเขาก่อนให้เขาทักเข้ามาแล้วค่อยคุย” (Ki4)

“เราก็ไปออนไว้ แล้วก็ขึ้นหัวว่าบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต...รอเขาทักทายเข้ามา เราก็จะทักทายกลับไปว่า เขามีปัญหาอะไร” (Ki10)

5.2.2 ทักทายผู้รับบริการก่อนเมื่อต้องการติดตามผล หรือพบว่าผู้รับบริการ มีความเสี่ยงต่อ ปัญหาด้านสุขภาพจิต

ผู้ให้บริการจำนวนหนึ่งกล่าวว่าตนจะมีการเข้าไปทักผู้รับบริการก่อนในกรณีที่อยาก ติดตามผลการให้บริการจากคราวที่แล้ว หรือในกรณีที่ผู้รับบริการตั้งสถานะชื่อที่ดูแล้วมีโอกาสที่ จะมีปัญหาสุขภาพจิต

“กรณีที่เพิ่งคุยกันแล้วเป็นคนที่เราคิดว่าควรจะติดตามอย่างที่เคยบอกว่า มี อาการซึมเศร้า พี่จะเคยเข้าไปทักเขาว่า สองสามวันนี้ร้องไห้ให้หมดคะ ไม่ได้คุยกัน สองสามวันช่วงนี้ร้องไห้ให้หมด อารมณ์เป็นยังไง ถ้าอย่างนี้พี่จะทักเพราะเรา ต้องการติดตามการรักษาหรือติดตามผลการแนะนำของเราว่าคนไข้ดีขึ้นไหม ถ้า อย่างนี้พี่ที่ทัก แต่อย่างสัมพันธ์ภาพเชิงสังคมพี่จะไม่ทัก” (Ki3)

“หัวเมล่ง หัวออนที่เขาเขียนว่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ อย่างนี้เราถึงจะเข้าไป... อาจจะถูกน่าสนใจ มีอะไรหรือเปล่า ทำไมถึงตั้งหัวข้อแบบนั้น” (Ki6)

5.2.3 หลังจากทักทาย มีการแนะนำการบริการสั้น ๆ ก่อนเริ่มต้นการสนทนา เสมอ

ผู้ให้บริการจะเริ่มต้นการสนทนาด้วยการแนะนำบริการนี้ให้ผู้รับบริการทราบว่าเป็น การบริการด้านสุขภาพจิต ทำการสอบถามความต้องการของผู้รับบริการ และเริ่มการสนทนา

“เขาก็จะเข้ามาทักในอินเทอร์เนตนะครับ มาทักในเอ็มเอสเอ็น แล้วเราก็ตักทาย กลับ เราอาจจะให้ข้อมูลเขาว่าเป็นบริการให้การปรึกษา” (Ki4)

“แนะนำตัวก่อนว่าเราเป็นใคร เป็นผู้ให้บริการให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพจิต... แล้วก็สอบถามว่าเขามีปัญหาอะไรที่ไม่สบายใจ มีเรื่องอะไรอยากปรึกษา วันนี้” (Ki9)

5.2.4 ให้ผู้รับบริการเล่าปัญหาคร่าว ๆ ทั้งกรณีที่เป็นผู้รับบริการรายใหม่และ รายเก่า

ไม่ว่าจะเป็นผู้รับบริการรายใหม่หรือผู้รับบริการที่เคยรับบริการจากผู้ให้บริการคนอื่น มาก่อนแล้ว ผู้ให้บริการจะให้ผู้รับบริการเล่าประเด็นปัญหาคร่าว ๆ เพื่อที่ผู้ให้บริการจะได้เข้าใจใน เรื่องราว และสามารถให้บริการต่อได้

“ทุกครั้งจะให้เขาเล่าซ้ำ อย่างน้อยก็เป็นการทบทวนตัวเอง ให้เขาระบายออกมา เพราะบางที่เราไปคิดเอาเองว่าใช้เรื่องคนเดิมใหม่ ใช้คนเดิมหรือเปล่า เขาก็บอก ว่าใช่ บางที่เขาบอกว่าที่พูดไปแล้ว บางทีมันก็ไม่แน่ใจว่าใช่จริง ๆ หรือเปล่า เราก็ ยืนยันโดยให้เขาเล่าอีกครั้งหนึ่ง ที่ผ่านมาเป็นยังไง อาจจะถูกคร่าว ๆ” (Ki8)

“พอรู้แล้วว่าเขาเคยปรึกษา ก็จะต้องถามทวนไปว่าคราวที่แล้วคุยเรื่องอะไร ไม่ต้องเล่าละเอียด สั้นๆ แล้วก็ถามเขาว่าคราวที่แล้วที่มาปรึกษาเนี่ยเขาแนะนำวิธีไหนให้คุณไปทำบ้าง แล้วเขาจะเล่ามาว่าไปทำแบบนี้ๆ แล้วคุณไปลองทำหรือยัง ทำแล้วผลเป็นยังไง มันก็จะต่อกันได้โดยคนอื่นที่มีพื้นฐาน” (Ki9)

5.3 การให้บริการในช่วงเวลาเร่งด่วน (มีผู้ขอรับบริการพร้อมกันหลายคน)

5.3.1 ให้ข้อมูลจำนวนคนที่รอรับบริการแก่ผู้รับบริการ และให้รอ

ในกรณีที่มีผู้มาขอรับบริการพร้อมกันหลายคน ผู้ให้บริการจะแจ้งผู้รับบริการที่เข้ามาภายหลังถึงจำนวนผู้ที่กำลังรับบริการอยู่ และจะให้ผู้รับบริการที่เข้ามาภายหลังรอดักครู่ จนเมื่อให้บริการเสร็จแล้วจึงจะกลับมาเรียกผู้รับบริการที่รออยู่

“ตอนเนี่ยมีคนเข้ามาคุย 4 คนแล้วนะคะ บางทีคนที่ 5 โผล่ขึ้นมา พอรอไหวใหม่คะพอดีมีคนคุยอยู่ 4 คน เดี่ยวจะตอบไม่ทัน ถ้ารอไหวเดี๋ยวยอดสักครู่คะ เดี่ยวจะเรียกกลับมา” (Ki3)

“ถ้าในช่วงนั้นมีเข้ามาหลายๆ คนพร้อมกันในเวลาเดียวกัน เราก็จะให้ข้อมูลเขาเลยว่าช่วงนี้เรามีให้คำปรึกษาอยู่ 1 รายหรือ 2 รายที่กำลังให้บริการอย่างต่อเนื่อง...เราก็จะให้ข้อมูลเขาว่าขอเวลานิดนึง จะช้าหน่อย เพราะว่าช่วงนี้เรากำลังมีให้คำปรึกษา ถ้าเขาสามารถรอได้ก็รอ” (Ki8)

5.3.2 จัดลำดับความเร่งด่วนของปัญหา และให้บริการรายที่ด่วนกว่าก่อน

ผู้ให้บริการอาจพิจารณาระดับความรุนแรงของปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคน และเลือกให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีประเด็นปัญหารุนแรงและด่วนกว่าก่อน

“อาจจะดูหน่อยว่ารายไหนดูรุนแรงกว่ากันหน่อย ก็อาจจะพิจารณากับเขาก่อน” (Ki6)

“ถ้าเยอะมากจริงๆ บางทีเคยเหมือนกันที่ต้องประเมินว่าคนนี้เป็นปัญหาเร่งด่วนนะ อยากรู้ เป็นปัญหาจริงจัง ก็อาจจะบอกคนอื่นนะว่าเดี๋ยวยอดสักครู่คะ เราขอที่จะให้บริการรายอื่นที่เขาจดจ่ออยู่กับเรา” (Ki10)

5.3.3 แนะนำบริการสุขภาพจิตอื่นๆ ในรายที่ไม่ต้องการรอ

หากผู้รับบริการไม่ต้องการรอ ผู้ให้บริการอาจแนะนำบริการอื่นที่ผู้รับบริการสามารถไปใช้บริการก่อนได้ เช่น บริการสายด่วน หรือบริการอื่นๆ เพื่อเป็นทางเลือกรับบริการ

“ถ้ารอนาน ก็บอกว่าถ้าต้องการปรึกษาค่อนข้างนานมากก็ให้โทร มีบริการไหนเราก็แนะนำเขาต่อไปเลยว่าโทรไปก็ได้นะ ตรงนี้ทำทางจะนาน” (Ki9)

“ให้ข้อมูลหน่วยบริการอื่นๆ ที่เป็นทางเลือกรับบริการ เบอร์ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เว็บไซต์ที่เป็นข้อมูลความรู้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกและไม่ต้องรอนาน...ถ้ารอไม่ได้ พี่ก็จะแนะนำบริการที่เป็นทางเลือกอื่นให้”

(Ki12)

5.4 การให้บริการในช่วงเวลาที่ใกล้ปิดบริการ

5.4.1 แจ้งเวลาที่เหลือและแนะนำช่วงเวลาบริการรอบถัดไป

หากมีผู้รับบริการเข้ามาช่วงใกล้หมดเวลา ผู้รับบริการจะบอกเวลาที่เหลืออยู่ก่อนออกเวอร์ ถ้าปัญหานั้นคุณไม่ทันก็จะแนะนำให้รับบริการในช่วงถัดไป ซึ่งก็จะบอกช่วงเวลาให้บริการด้วย

“บางกรณีเที่ยงคืนแล้ว 5 ทุ่มครึ่งเพิ่งเข้ามา พຽງนี้ค้อยคุดได้ใหม่คะ พี่จะบอกเลยคือเรื่องใหญ่ใหม่ เหลือเวลาอีกประมาณครึ่งชั่วโมงนะคะ เราพอจะคุยกันทันไหม ถ้าไม่ทัน พຽງนี้มีคนอยู่เวรอีกนะคะ แต่ว่าจะมีบริการถึงเที่ยงคืนทุกวัน ถ้าหลังเที่ยงคืนจะไม่มีคนคุยด้วย” (Ki3)

5.4.2 ต่อเวลาและให้บริการจนปัญหาคลี่คลายในกรณีที่เป็น

หากหมดเวลาให้บริการแล้ว ผู้ให้บริการบางท่านอาจยืดหยุ่นต่อเวลาให้บริการไปอีกระยะหนึ่ง จนปัญหาคลี่คลาย

“บางทีถ้าเกิดปัญหาเราก็จะดูก่อนว่ามันหยุดไว้ก่อนได้ไหม หรือต้องการที่จะคุยจริงๆ พี่ก็ต่อเวลาให้ละ” (Ki5)

“ถ้าวันไหนที่มันเลยเวลานิดหน่อยก็ไม่ใช่ไร ถ้าเนื้อหามันยังต่อเนื่องไปได้ก็อาจจะเลยไปหน่อย” (Ki10)

5.5 การปฏิบัติต่อผู้ที่เข้ามาพูดคุยด้วยประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์บริการ

5.5.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์และยุติการให้บริการ

หากมีผู้ที่เข้ามาสนทนาแล้วผู้ให้บริการพบว่าไม่ได้มีความต้องการรับบริการจริง หรือเข้ามาโดยที่ปัญหาไม่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์ของบริการ ผู้ให้บริการจะชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการบริการนี้ และยุติบริการไป

“บางรายเข้ามาคือแค่อยากจะมาคุยเล่น ก็พยายามถามเรื่องส่วนตัวผู้ให้บริการ บางรายเข้ามาหาเพื่อนคุย ซึ่งผู้ให้บริการจำเป็นต้องแนะนำวัตถุประสงค์ของบริการนี้ เพื่อเปิดให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต หรือว่าผู้ที่ไม่สบายใจ อย่างชัดเจน และมีจุดยืนในบทบาทหน้าที่ หากพบว่าผู้รับบริการมีจุดประสงค์อื่น นอกเหนือจากนี้และที่จะขอยุติบริการทันที” (Ki12)

5.6 แนวปฏิบัติในการยุติการให้บริการ

5.6.1 ยุติบริการเมื่อปัญหาคลี่คลายและสอบถามความรู้สึกของผู้รับบริการ

เมื่อปัญหาคลี่คลายก็จะยุติบริการ ผู้ให้บริการอาจถามความรู้สึกของผู้รับบริการด้วย เพื่อที่จะได้ข้อมูลสะท้อนกลับ เชิญชวนให้ใช้บริการครั้งต่อไป จากนั้นผู้ให้บริการจะลงชื่อออกจากระบบ

“ถ้ารายไหนเขาค่อยๆ ผ่อนคลาย คลี่คลายแล้ว และเขาบอกว่าเขามีทางออก ก็ค่อยๆ ยุติบริการไป” (Ki8)

“ถ้าคราวหน้ามีเรื่องที่มีไม่สบายใจก็อาจจะเข้ามาใช้บริการได้อีก” (Ki9)

“หลังจากดำเนินการมาจนกระทั่งถึงจบการให้คำปรึกษา ก็จะถามเขาว่าวันนี้เขารู้สึกยังไงกับการพูดคุยบ้าง เพื่อให้เขาได้ให้ข้อมูลสะท้อนกลับมา” (Ki12)

“ออกเวอร์เสร็จแล้วคุณก็ต้องลงชื่อออกจากระบบออกไป” (Ki1)

5.6.2 แนะนำให้ผู้รับบริการใช้บริการสายด่วน 1323 เมื่อบริการทางอินเทอร์เน็ตไม่สะดวก

ในกรณีที่การบริการทางอินเทอร์เน็ตไม่สะดวกสำหรับผู้รับบริการ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุการพิมพ์ไม่ถนัด อินเทอร์เน็ตหลุดบ่อย หรือผู้ให้บริการไม่สะดวกที่จะให้บริการในขณะนั้น ก็จะแนะนำผู้รับบริการให้ใช้บริการสายด่วน 1323

“บางคนก็บอกว่าผมไม่ถนัดพิมพ์เลย มีทางไหนที่จะสามารถให้คำปรึกษาได้บ้าง เราก็จะแนะนำให้มาโทรเบอร์สายด่วน ฮอตไลน์” (Ki1)

“บางที่อาจจะเป็นการที่มีคนมาขอรับบริการที่เดียวเยอะๆ หรือว่ามาต่อเนื่องกัน ตลอด พอจบรายนี้แล้วเด็งขึ้นมาขอต่อเลย ทำให้รู้สึกเมื่อยล้า บางที่ร่างกายไม่พร้อม เพราะฉะนั้นวิธีที่พี่มักทำบ่อยๆ คือแจ้งเขาว่าขณะนี้ไม่พร้อมที่จะให้บริการ แล้วก็แนะนำให้เขาโทรศัพท์ไปที่ 1323” (Ki12)

“เขาก็ขึ้นมาขออภัยแบบว่าเน็ตเขาหลุดบ่อย มีช่องทางอื่นไหม เราก็บอกให้เขา โทรดีกว่า 1323 เขาก็โอเค...เราก็รองรับด้วยฮอตไลน์ ก็โอเคว่ายังมีช่องทางอื่นอีก” (Ki13)

5.7 มีการบันทึกข้อมูลเป็นสถิติบริการทุกครั้ง

5.7.1 จัดบันทึกสถิติ ข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ และบันทึกบท สนทนา ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

ผู้ให้บริการจะบันทึกจำนวนยอดผู้ใช้บริการ เพศ ลักษณะปัญหาที่ผู้รับบริการนำมาปรึกษา ระยะเวลาที่ให้บริการ อีเมลแอดเดรส และบันทึกบทสนทนาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการทั้งหมดเพื่อดูคุณภาพของการให้บริการ และเป็นหลักฐานว่าเจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติงานจริง โดยข้อมูลเหล่านี้จะต้องพิมพ์ส่งทุกเดือน

“คัดลอกข้อมูลที่เราคุยกันด้วย เพื่อที่จะดูเรื่องของ หนึ่ง คุณภาพของการให้บริการของผู้ให้คำปรึกษาแต่ละท่าน สองก็คือพอมีบทสนทนามันก็จะทำให้เห็นภาพว่าผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการคุยอะไรกันบ้างนะ...นอกจากดูบทสนทนาเราก็จะจดว่าเป็นเพศชาย เพศหญิง แล้วก็อีเมลไหนที่เข้ามา กับช่วงระยะเวลา...เพื่อเก็บเป็นสถิติการให้บริการของโรงพยาบาล” (Ki1)

“สรุปว่าลักษณะปัญหามีที่รายวันนี้ อย่างเช่นปัญหาครอบครัว ปัญหาครอบครัว 1 คน เป็นเพศชาย เพศหญิง ช่วงเวลาไหน ปัญหาเรื่องความรักก็คน เข้ามา ทักทายเฉยๆ เข้ามาสอบถามข้อมูล เราจะแยกเลย” (Ki2)

“เป็นการตรวจสอบก็คือว่าได้ให้การปรึกษาจริงๆ ก็จะใช้การเซฟ เพราะมันจะเป็นตัวเดียวที่สามารถพิสูจน์ได้ว่าคุณได้ให้คำปรึกษาจริง” (Ki8)

5.7.2 หากไม่มีผู้รับบริการหรือมีเหตุขัดข้องก็เขียนรายงานตามจริง

หากในช่วงที่ให้บริกาะนั้นไม่มีผู้มาขอรับบริการ หรือมีเหตุขัดข้องอันทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ ผู้ให้บริการที่เข้าเวรนั้นก็จะเขียนรายงานไปตามจริง

“ถ้าไม่มีใครเข้ามาคุยเราก็จะตอบบันทึกกลับไปว่าไม่มีผู้มาขอรับบริการ” (Ki1)

“เคยมี ก็คืออินเทอร์เน็ตล่ม ออนไม่ได้ พี่ก็ส่งสรุปเป็นรายงานว่าไม่สามารถเข้าได้... พี่ก็เก็บไว้แค่นั้นก็จบ ก็คือ ออนได้ถึง 3 ทุ่ม โดยประมาณ มีอุบัติเหตุรถชนเสาไฟฟ้า ไฟดับก็แค่นั้น” (Ki3)

5.7.3 ส่งข้อมูลสถิติบริการให้นักจิตวิทยาเป็นผู้รวบรวมข้อมูล

เจ้าหน้าที่ทุกคนจะส่งข้อมูลที่บันทึกการให้บริการ ไว้ให้กับนักจิตวิทยาซึ่งเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบรวบรวมข้อมูลทั้งหมด

“สรุปข้อมูลแล้วส่งข้อมูลสถิติไปที่ห้องนักจิตวิทยา... นักจิตวิทยาเขาจะเป็นคนรวบรวมข้อมูล คลังข้อมูลทั้งหมดจะอยู่ที่นักจิตวิทยา ว่าคนไหนอยู่เวรเป็นมา ยังไง ปัญหาอะไรนำ สถิติตรงนี้นั้นก็จะอยู่ที่นักจิตวิทยาทั้งหมด” (Ki1)

5.8 การส่งต่อข้อมูล

5.8.1 การส่งต่อข้อมูลโดยส่งต่อกันเองในที่ม

ในการส่งต่อข้อมูลกัน ผู้ให้บริการจะมีการพูดคุยกันเองในที่มอย่างไม่เป็นทางการ

“การส่งต่อข้อมูลมันก็มีอยู่เพราะว่าบางครั้งก็จะมี การแบ่งปันข้อมูลกันว่าเมื่อคืนเจอลักษณะแบบนี้ๆ เคยเจอบ้างไหม ก็จะมีการมาคุยกันในคนที่ทำงาน... ก็จะมีการคุยกันเป็นลักษณะที่ไม่เป็นทางการ” (Ki9)

“ปัญหาในรายกรณีก็จะคุยกันเองอยู่แล้ว เพราะว่าในกลุ่มคนก็ไม่ค่อยเยอะ ก็จะคุยกันเองอยู่แล้วว่าเจอปัญหาอะไรบ้าง” (Ki13)

6. แนวทางการช่วยเหลือ

ผู้ให้ข้อมูลระบุถึงแนวทางการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการไว้หลายวิธี เช่น การให้ข้อมูล การระดับประคองจิตใจ การให้คำแนะนำ พูดคุยสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาและโน้มน้าวใจให้มารับบริการแบบพบหน้าหรือบริการอื่นที่ตรงกับปัญหาของผู้รับบริการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

6.1 เป็นที่พึ่งในปัญหาด้านสุขภาพจิต ด้วยการให้ข้อมูลและคำแนะนำ

6.1.1 ตอบปัญหาด้านข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพจิต

ผู้ให้บริการจะตอบปัญหา ให้ข้อมูลในเรื่องขององค์ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต

“อยากรู้ข้อมูลว่าถ้าเกิดเขาเป็นอย่างนี้ หรือญาติเป็นอย่างนี้ มาถามในเรื่องของ องค์ความรู้มากกว่า ว่าอย่างนี้ต้องรักษาไหม อย่างนี้ป่วยไหม ถ้ารักษาไปที่ไหน ก็จะอีกอย่างหนึ่ง คือเรื่องของการให้ข้อมูลไป” (Ki2)

“ให้ข้อมูลความรู้ เพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมในแต่ละราย”

(Ki12)

6.1.2 แนะนำแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิต

ผู้ให้บริการจะหาข้อมูลจากการค้นหาในกูเกิ้ล (google) เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลเบื้องต้น เกี่ยวกับสุขภาพจิตให้ผู้รับบริการสามารถนำไปศึกษาด้วยตัวเองได้

“เรื่องของโรค เรื่องของยา ที่มันลงลึกไปมากกว่า เราไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ถ้า เราสามารถสืบค้นในอินเทอร์เน็ตทัน ถ้าความไวอินเทอร์เน็ตเราโอเค สืบค้นใน อินเทอร์เน็ตได้ เราก็อาจจะให้ข้อมูลเขาในระดับหนึ่ง” (Ki1)

“เขาเข้ามาแชทกับเราถามข้อมูล บางทีเราก็จะบอกลองไปสืบค้นดูนะ ในนี้มันจะมี ข้อมูลอยู่เยอะเลย คุณลองไปดูนะมันก็มีสิ่งที่คุณสงสัย โรคที่คุณสงสัยเนี่ย เป็นหรือเปล่า ลองเข้าไปนะในกรมสุขภาพจิต ลองสืบค้นในกูเกิ้ลเข้าไปนะ”

(Ki10)

6.2 ให้การสนับสนุนและประคับประคองด้านจิตใจ

6.2.1 เป็นพื้นที่ในการตรวจสอบปัญหาและหาแนวทางแก้ไข

ผู้ให้บริการประยุกต์ใช้เทคนิคการปรึกษาในการให้บริการ เช่น การสะท้อน สรุป ปัญหา ทำให้เห็นแนวทางเลือก เชื้อให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและแก้ปัญหาด้วยตัวเองได้

“เราก็จะสะท้อน เราจะสรุปประเด็นปัญหาของเขาให้เห็นว่าคุณเครียดจากเรื่อง นี้ๆ นะ แล้วอะไรล่ะที่เป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับคุณตอนนี้ที่คุณกังวล เราอาจจะ เป็นตัวขมวดปัญหาของเขาให้เห็นภาพ...สะท้อนหรือเป็นคนสรุปประเด็นของเขา มากกว่า แต่คนที่แก้ปัญหาก็จะเป็นตัวของผู้มารับบริการ” (Ki1)

“สะท้อนความรู้สึกของเขา เช่น รู้สึกยังไงถึงอยากจะคุยต่อ เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการสำรวจสิ่งที่รบกวนใจ หรือปัญหาในชีวิต เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจตัวเองมากขึ้น” (Ki12)

“ก่อนอื่นเราก็ต้องฟังปัญหาของเขาก่อน แล้วก็มาวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันกับเขา ว่าปัญหาที่แท้จริงมันคืออะไร ในประเด็นไหน แล้วค่อยมาวางแผนว่าเขาจะจัดการกับปัญหาของเขาอย่างไร แล้วก็ให้เขาตัดสินใจเลือกว่ามันมีทางเลือกที่ทางแล้วเขาเลือกทางไหน สมมติว่าเขาเลือกทางนั้นไปแล้วเกิดอะไรขึ้น แล้วเขาโอเคไหม ก็ให้เขาสรุปโอเคเขาจะทำอย่างนั้นะ” (Ki13)

6.2.2 เสนอแนะแนวทางการจัดการปัญหาด้วยตนเอง

ผู้ให้บริการจะเสนอแนะแนวทางในกรณีที่สามารรถแนะนำได้ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับปัญหาของตนได้ด้วยตัวเอง

“คนที่ปัญหา มันเหมือนทางตันนะ มันเหมือนเราคิดเองแล้วคิดไม่ออก แต่ถ้าเราเปิดโอกาสให้เขาได้ทบทวน แล้วก็ชี้แนะในอีกทางหนึ่งที่เขา มองไม่เห็น พอเราชี้แนะ เขามีโอกาสได้คิดตามเราเนี่ย เขาก็เริ่มจะเห็นช่องทางถึงความเป็นไปได้ น่าจะเป็นประเด็นตรงนั้นมากกว่า” (Ki2)

“ก็ชวนเขาว่าเอ๊ะ มันมีวิธีอื่นอีกใหม่ที่จะดีกว่านี้ หรือได้ลองทำวิธีอื่นบ้างไหม ที่อาจจะเคยลองมาแล้ว แต่ถ้าไม่เคยก็มีวิธีอะไรอื่น อาจจะแนะนำไป” (Ki9)

“แนะนำวิธีการปฏิบัติตัว หรือว่าเป็นแนะนำกิจกรรมให้ทำ” (Ki13)

6.2.3 ช่วยลดความกดดันในใจ และให้กำลังใจ

ผู้ให้บริการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้พูดคุย ระบายออกมาเพื่อลดความกดดันในใจ และผู้ให้บริการจะให้กำลังใจแก่ผู้รับบริการ

“เหมือนกับไม่ได้ให้คำปรึกษาแต่ทำให้กำลังใจเขาแทน คือไม่ได้มีปัญหา เขารับรู้ปัญหาของเขาอยู่แล้ว เขาก็รักษาดูแลลูกเขาอย่างดี ตรงนั้นก็เหมือนกับให้กำลังใจเขาไปนะ” (Ki6)

“บางรายต้องการแค่ระบายความรู้สึก พี่ก็จะเปิดโอกาสให้เขาระบายความรู้สึก” (Ki12)

6.3 แนะนำบริการอื่นที่เหมาะสม

6.3.1 ให้คำแนะนำบริการอื่นที่มีความเหมาะสมมากกว่าต่อไป

หากลักษณะปัญหาอยู่นอกเหนือขอบเขตความสามารถ ผู้ให้บริการก็จะแนะนำบริการที่มีความเหมาะสมกว่าแก่ผู้รับบริการ

“ถ้าเป็นปัญหาที่เราแก้ไม่ได้ สมมติว่ามันเกินจริงๆ ส่วนใหญ่เราก็จะแนะนำให้ไปพบแพทย์นะคะ เช่นบอกว่า ที่บ้านมีสมาชิกในครอบครัวมีหุแว่ว อาละวาดจะทำยังไงดี หรือกินเหล้า อาละวาดแล้วก็แบบมีภาพหลอนหลงผิด จะทำยังไง คืออย่างนี้มันเป็นอาการการเจ็บป่วยแล้วละ แล้วเราก็จะให้ข้อมูลกับเขา แล้วแนะนำพบแพทย์ดีกว่า” (Ki1)

“ถามเรื่องยาวๆ ยาวๆ ตัวนี้กินเข้าไปแล้วมีผลยังไง อย่างยานี้เราก็จะรู้เฉพาะบางตัวที่ใช้บ่อยๆ ว่าเป็นยาในกลุ่มที่แก้ทางด้านจิตเวช แต่ลงลึกในรายละเอียดเรื่องยาวๆ มันมี side effect หรือเป็นผลข้างเคียงอะไรอย่างนี้ อันนี้เราก็จะให้บริการไม่ได้ เราก็จะแนะนำให้เขามาปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร...แนะนำเขาให้โทรเข้าเบอร์โรงพยาบาลหรือไม่ก็มาพบเภสัชกรหรือพบแพทย์เลยดีกว่า เพราะเราก็ไม่สามารถแนะนำที่เราไม่รู้ให้เขาได้” (Ki1)

“รายไหนที่เราดูแล้วว่าเขาต้องการอะไรที่มันลึกกว่านั้นอย่างเรื่องเพศที่มันลึกกว่านั้น หรือเรื่องทางพันธุกรรมที่มันลึกกว่านั้นก็อาจจะต้องส่งต่อ... โดยการให้ข้อมูลนะครับ กับหน่วยงานบริการ...ให้เบอร์โทรศัพท์ให้ที่อยู่ติดต่อเขาไป” (Ki11)

6.4 โน้มน้าวให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการรับบริการ

6.4.1 โน้มน้าวให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการรับบริการกับหน่วยงานในรายที่มีปัญหาเรื้อรังหรือรุนแรง

ผู้ให้บริการจะทำการกระตุ้นให้ผู้รับบริการตระหนักถึงความจำเป็นในการเข้ารับบริการตามกระบวนการกับหน่วยงานที่มีความเหมาะสม ในรายที่มีปัญหาเรื้อรัง หรือรุนแรง และพยายามให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นและมีทัศนคติที่ดีในการมารับบริการ

“สิ่งที่เขาเล่าให้ฟังมันเหมือนจะคล้ายกับอาการทางจิตบางอย่าง หรือว่าโรคบางโรคนะครับ แล้วก็คงแนะนำให้เขาเข้ามา เพราะถ้าเขาได้รับการรักษาหรือตรวจประเมินให้ชัดเจนดีกว่าที่เราคุยกันบนอินเทอร์เน็ต มันน่าจะเป็นประโยชน์กับเขามากกว่า เพราะอาการบางอย่างอาการก็ต้องตรวจในเรื่องของร่างกาย ตรวจในเรื่อง

ของ Lab ตรวจในเรื่องของ psychological test ซึ่งน่าจะช่วยเขาได้มากกว่า เราก็จะแนะนำเขาแบบนี้” (Ki4)

“จะได้รับการโน้มน้าวจากผู้รับบริการ เพื่อให้เขาเข้ามารักษาตามระบบโรงพยาบาลหรือหน่วยงานตามความพอใจของผู้รับบริการ...ทำให้ผู้รับบริการมั่นใจ หรือมีทัศนคติที่ดีต่อการมาพบจิตแพทย์” (Ki12)

7. อุปสรรค ความท้าทาย และข้อเสนอแนะในการให้บริการ

ผู้ให้ข้อมูลระบุถึงอุปสรรคต่างๆ ในการให้บริการที่เกิดจากเทคโนโลยี เช่น ระบบอินเทอร์เน็ตขัดข้อง ปัญหาไวรัสคอมพิวเตอร์ โปรแกรมมีปัญหา การถูกก่อกวน เป็นต้น รวมทั้งความท้าทายและข้อเสนอแนะต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ด้านอุปสรรคในการให้บริการ ประกอบด้วย

7.1 อุปสรรคด้านเทคโนโลยี

7.1.1 ระบบอินเทอร์เน็ตขัดข้อง

ระบบอินเทอร์เน็ตเป็นระบบใจกลางที่สำคัญในการสื่อสารช่องทางนี้ การที่อินเทอร์เน็ตมีการหลุดก็จะเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการในระดับหนึ่งแต่ก็ยังให้บริการต่อได้เมื่อต่ออินเทอร์เน็ตได้อีกครั้ง แต่ถ้าระบบอินเทอร์เน็ตล่มก็จะเป็นสิ่งขัดขวางการให้บริการโดยสิ้นเชิง

“เคยมีก็คือเน็ตล่ม ออนไลน์ไม่ได้...เล็กๆ น้อยๆ ที่เน็ตมันเริ่มมีปัญหา เช่น เน็ตเข้าแล้วเดี๋ยวหลุดๆ ก็เคยมีบ้าง” (Ki3)

“เน็ตเนี่ยมีการหลุด ถูกไหมคะ ทั้งเขาและเรา บางทีพอหลุดไปปุ๊บ อ้าวยังไม่ทันจบการปรึกษาเลย ข้อมูลก็ยังไม่ครบ เขาหลุดไปแล้ว เราหลุดไปแล้ว” (Ki6)

“เวลาฝนตกหนักๆ เน็ตมักหลุดบ่อยมาก ทำให้กระบวนการให้คำปรึกษาไม่ต่อเนื่อง” (Ki12)

7.1.2 ฮอตเมลและโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นขัดข้อง

ในบางครั้งหากเว็บไซต์ของฮอตเมลล่ม หรือโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นมีปัญหา ผู้ให้บริการก็จะไม่สามารถลงชื่อเข้าไปในระบบเพื่อให้บริการได้

“บางทีฮอตเมลมันล่ม เข้ายาก” (Ki1)

“บางทีเอ็มเอสเอ็นมีปัญหา หลุดบ่อย” (Ki2)

“บางครั้งตัวเอ็มเอสเอ็นเองบ้างที่มีปัญหา หรือมีการอัปเดต โปรแกรมก็เป็นเหตุสุดวิสัย ไม่อัปเดตมันก็ไม่ยอมให้ใช้ต่อ พออัปเดตขึ้นมามันก็เสียเวลานาน” (Ki9)

7.1.3 ไวรัสนินเทอร์เน็ต

ผู้ให้บริการอาจประสบกับไวรัสที่มากับอินเทอร์เน็ต ซึ่งบางครั้งอาจสร้างความรำคาญหรืออาจทำให้เครื่องคอมพิวเตอร์เสียหายได้

“มันจะมีไวรัสเข้ามา หมายถึงว่าเล่นเอ็มเอสเอ็นที่มันจะส่งเข้ามา เหมือนกับอยู่ดีๆ มันก็จะส่งไปทั่วเลย” (Ki2)

“ได้รับเว็บลิงค์ไม่ระบุที่มา แล้วหากผู้ให้บริการไปคลิกกับอาจเจอไวรัส ทำให้เครื่องคอมพิวเตอร์เสีย” (Ki12)

7.2 อุปสรรคจากลักษณะเฉพาะของการบริการผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น

7.2.1 การมีผู้มาขอรับบริการพร้อมกันหลายรายทำให้ผู้ให้บริการสับสน หรือเกิดภาวะงานล้นมือ

เนื่องจากลักษณะเฉพาะของการให้บริการผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นสามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการได้พร้อมกันหลายคน ดังนั้นในบางครั้งจึงอาจเกิดช่วงเวลาที่ผู้มาขอรับบริการจำนวนมากพร้อมกันหลายคน จนทำให้ผู้ให้บริการสับสน และเกิดภาวะงานล้นมือ ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างเต็มที่

“บทจะเข้ามาทีเดียว 5 คน ก็พิมพ์ไปคนนี่ คนนี้ คนนี้ ก็จะค่อนข้างยุ่ง อาจจะตอบช้าไปบ้าง อาจจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจบ้าง...ก็พิมพ์กลับไป ช่วงนั้นก็เหมือนความยุ่งยากที่แบบว่าบางที่เราก็ต้องแยกให้ได้ว่าคนนี่อะไร คนนี้ปัญหาอะไร อาจจะต้องย้อนไปดูว่าคุยเรื่องอะไรอยู่ ไม่อย่างนั้นเดี๋ยวตอบผิดคน” (Ki2)

“มันไม่ดีกว่าตรงที่บางที่เราสับสนอารมณ์คุยกับคนนี่เสร็จ เอ๊ะ คนนี้อารมณ์ลงแล้วหรือยัง ต้องย้อนกลับไปดูใหม่ อารมณ์โอเคหรือยัง แล้วบางที่ตัวเราเองด้วยจะขาดความต่อเนื่องในการเชื่อมโยงความรู้สึกถ้าเรารับไว้หลายคน เมื่อก่อนคนนี่ถึงไหนแล้ว คนนี้ถึงไหนแล้ว” (Ki3)

7.2.2 ความสับสนจากอีโมติคอน และภาษาวัยรุ่น

อีโมติคอนที่มีลักษณะเป็นตัวการ์ตูนอาจก่อให้เกิดความสับสนแก่ผู้ให้บริการได้ในกรณีที่ผู้ให้บริการไม่รู้จักความหมายของอีโมติคอนนั้นๆ หรือ ผู้รับบริการมีการใช้อีโมติคอนมาก

เกินไป นอกจากนี้ภาษาวัยรุ่นยังอาจก่อให้เกิดความสับสนแก่ผู้ให้บริการได้เช่นกันหากผู้ให้บริการไม่เข้าใจความหมายที่ผู้รับบริการต้องการสื่อ

“พวกอีโมติคอนที่เป็นอุปสรรค คือไม่ใช่อีโมติคอนของเราหรอก มันเป็นคนของเขา ซึ่งมันขึ้นมาตัวกระดูกกระดูกอะไรก็ไม่ได้เต็มเลย ซึ่งเราอ่านแล้วเราก็ปวดหัว ซึ่งบางทีตัวมันยึกๆ ยื่อๆ แต่การ์ตูนเราก็ไม่รู้ว่ามันคืออะไร ซึ่งเราก็ต้องเสียเวลากดไปดูว่าคำนี้เขาใช้รหัสอะไร มันสื่อถึงอะไร บางทีเราต้องตามดู ซึ่งบางทีมันก็เสียเวลา มันทำให้เราสับสน” (Ki9)

“บางทีพิมพ์อะไรมาก็อ่านไม่ออกนะ เป็นตัวไฟกระพริบ ตัวหมิตัวอะไร...มันก็เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งนะที่เขาชอบทำกัน ถ้าเป็นความรักก็เป็นหัวใจมาเลยไม่ต้องเขียนว่าความรักอะไรอย่างนี้” (Ki10)

“อย่าง ‘ความ’ ก็เป็น ‘ฟาม’ เราก็ต้องทำความเข้าใจ ยิ่งอายุเยอะเราก็ยังต้องทำความเข้าใจว่าเขาหมายถึงอะไร” (Ki11)

7.3 อุปสรรคจากการถูกก่อกวน

7.3.1 การถูกก่อกวนจากผู้ที่ไม่ได้มีปัญหาจริง

ผู้ให้บริการอาจพบกลุ่มคนที่พิมพ์เข้ามา แต่ไม่ได้มีจุดประสงค์ที่จะมาขอรับบริการจริง ซึ่งจะเป็นการรบกวนและก่อกวนการปฏิบัติงาน

“เว็บต่างชาติที่เข้ามาให้เราเปิดเว็บแคม เข้ามาเหมือนขายบริการทางอินเทอร์เน็ต มีมาล่าสุดเนี่ยคะ มันก็รบกวนเหมือนกัน รบกวนเพราะว่ามันเข้ามาเยอะมาก” (Ki7)

“พวกเข้ามาเล่น เข้ามาคุยเล่น ทักทายเล่น บางคนเขาก็ไม่เข้าใจอยู่ดีๆ ขึ้นหัวข้อว่าบริการกรมสุขภาพจิต บางคนก็เข้ามา เฮ้ย! เป็นไงวันนี้คนบ้าเยอะไหม เหมือนกับเขายังไม่เข้าใจ มันก็เป็นวัยรุ่น เข้ามาก็เข้าชู้” (Ki11)

“พอเราตอบจริงจังไปก็เข้าชู้ เหมือนกับว่าเราทำอะไรเล่นๆ อยู่อย่างนี้ เข้ามายาวเลย ทำให้คนอื่นที่กรณีที่เข้ามาซ้อนๆ กันที่ต้องการรับการปรึกษาจริงๆ มี พอเราละเลยคนที่พูดเล่นมันก็เข้ามาละ ‘อ้าว หายไปไหนแล้ว’” (Ki10)

7.4 อุปสรรคด้านความผิดพลาดโดยไม่ได้ตั้งใจของผู้ให้บริการ

7.4.1 มีผู้ให้บริการลงชื่อค้างไว้ในระบบทำให้ไม่สามารถเข้าได้ หรือผู้ให้บริการจำเวรผิดวันแล้วเข้ามาชนกันทำให้สายหลุด

บางครั้งผู้ให้บริการบางท่านอาจลงชื่อค้างไว้ในระบบโดยไม่ได้ตั้งใจ เนื่องจากคอมพิวเตอร์อาจทำการลงชื่อเข้าใช้ในโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นไอโดยอัตโนมัติ หรือบางครั้งผู้ให้บริการอาจจำเวรของตัวเองผิดวัน เมื่อลงชื่อเข้าใช้ในระบบจึงมีผลกระทบต่อผู้ให้บริการที่ลงชื่อเข้าใช้อยู่ ทำให้สายหลุด

“อยู่เวรเมื่อคืนแต่ลืมออก บางทีใส่เป็นอัตโนมัติ เปิดเครื่องแล้วมันดึงอัตโนมัติ มันก็จะเข้าไปแต่ว่าตัวเองไม่ได้อยู่เวร ตัวเองก็ไม่ได้ดูใจ ส่วนคนที่เข้าเวรก็จะเข้าไม่ได้” (Ki1)

“จำวันผิดกัน เข้ามาชน...เวรต่างคนต่างก็คิดว่าตัวเองอยู่วันนี้ก็พอเราเข้าไป เอ๊ะทำไมมันหลุด” (Ki10)

สำหรับด้านความท้าทาย ประกอบด้วย

7.5 ความท้าทาย และปัญหาที่รอการแก้ไข

7.5.1 ขาดระบบการประชุมที่มีผู้ให้บริการ

ในที่มบริการยังไม่มีนัดประชุมงานกันอย่างจริงจังเพื่อพูดคุยในเรื่องปัญหาในการปฏิบัติงาน หรือการนำลักษณะปัญหาของผู้รับบริการที่ผู้ให้บริการท่านอื่นพบมาแลกเปลี่ยนพูดคุยกัน เพื่อทำให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขพัฒนางาน และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ซึ่งกันและกัน ดังนั้นผู้ให้บริการจึงเสนอแนะว่าควรจะให้มีการจัดการประชุมขึ้นมาอย่างจริงจัง

“ไม่เคยเอาเรื่องของผู้ให้คำปรึกษาทั้งหมด ผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดมาคุยกัน มาประชุมกัน มาวางแผน มาทบทวนร่วมกัน ยังไม่เคยทำ” (Ki1)

“อยากให้มันมีอย่างนี้ว่า เอากรณีที่เราเจอกันมาคุยกันนิดหนึ่ง แล้วแชร์ประสบการณ์ว่าเคยเจอกรณีแบบนี้แล้วมันเป็นยังไง เอารายที่มันรู้สึกมีปัญหา หรือว่ารายที่เราประทับใจก็ได้มาแชร์กันในกลุ่มตรงนี้” (Ki13)

“ทำงานบางทีหลายเดือนก็ยังไม่มีการประชุมเลย ให้มีประชุมเรื่อยๆ เดือนละครั้ง สองเดือนครั้งก็ได้ แล้วก็เอากรณีที่เจอมาแชร์กัน นำประสบการณ์ไปให้การปรึกษารายกรณีอื่นด้วย บางทีถ้ารายกรณีที่เราไม่เคยเจอก็เหมือนกับต้องใช้เวลานิดหนึ่งในการวิเคราะห์ปัญหา น่าจะเอามาคุยกันนิดหนึ่ง” (Ki13)

7.5.2 เจ้าหน้าที่มีภาระงานประจำมากเกินไปจนไม่สามารถนัดประชุมทีมได้

นอกจากงานบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตแล้ว ทีมผู้ให้บริการแต่ละคนก็มีภาระงานประจำหลักที่ต้องรับผิดชอบอยู่แล้วค่อนข้างมาก จึงทำให้ไม่สามารถที่จะให้เวลากับงานบริการทางอินเทอร์เน็ตได้เต็มที่

“สิ่งที่ดีก็ควรมีการประชุมพัฒนาคุณภาพไซ้ใหม่ ปรับไปเรื่อยๆ แต่ว่าในความเป็นจริงแล้วโดยภาระงานเราทำไม่ได้ คนหนึ่งรับเป็นสิบเรื่องเยอะมาก ถึงมาเรียกประชุมก็ไปไม่ได้ งานอื่น เข้ามาเต็มว่บายไปอีกมันจะมีเรื่องของประกันคุณภาพเรื่องงานไปตรวจเยี่ยมหน่วยด้วย แต่ละคนก็จะยุ่ง ไม่มีเวลา” (Ki2)

“ส่วนใหญ่จะหาเวลารว่างที่ผู้ให้บริการจะเข้าประชุมพร้อมกันค่อนข้างยาก เพราะแต่ละคนก็มีหน้าที่รับผิดชอบตามวิชาชีพที่ต่างกัน” (Ki12)

“ผู้ปฏิบัติมีทั้งงานประจำที่ต้องรับผิดชอบในเวลาราชการ และให้การปรึกษานอกเวลาราชการผ่านอีเมลเอสเอ็น บางรายต้องให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ และอยู่เวรประจำตีผู้ป่วยด้วย” (Ki12)

7.5.3 ขาดระบบตรวจสอบการเข้างานและตามผลงานของเจ้าหน้าที่

ในการปฏิบัติงานยังไม่มีระบบการตรวจสอบการเข้างานของเจ้าหน้าที่ที่ประจำเวรนั้นๆ ว่าเข้างานตามเวลาหรือไม่ และยังขาดโครงสร้างการติดตามผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจนจึงทำให้ข้อมูลสถิติยังไม่สามารถเก็บได้เต็มที่

“ยังไม่มีมาตรการจัดการว่ายังไง คนอยู่เวรสาย ก็ไม่มีมาตรการ ไม่มีการจัดการว่าคนนี้มาอยู่เวรสายนะ ก็คือยังไม่มีระบบที่จะเช็คตรงนั้น” (Ki1)

“ทุกวันนี้ยังไม่สามารถรายงานสถิติที่แท้จริงได้ เนื่องจากในแต่ละเดือนเปอร์เซ็นต์ของผู้ปฏิบัติงานโดยเฉลี่ย ผู้ปฏิบัติงานส่งยอดไม่ถึงครึ่งด้วยซ้ำ...ยังไม่มีความชัดเจนติดตามผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจน” (Ki12)

7.5.4 ค่าตอบแทนน้อย

ผู้ให้บริการมองว่าค่าตอบแทนที่ได้รับจากการให้บริการไม่คุ้มค่างับค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ เช่นค่าไฟ ค่าอินเทอร์เน็ต ค่ากระดาษ ค่าปริ้นต์

“ได้ค่าตอบแทนน้อย แล้วก็จริงๆ คนทำเขาก็เสียเวลาดั้งแปดชั่วโมงนะในการที่จะทำตรงนี้ แล้วก็ต้องมีค่าใช้จ่ายอะไรอีกตั้งเยอะแยะ ลอง บวก ลบ คูณ หหาร ค่าใช้จ่ายของคนที่ให้บริการกับค่าตอบแทนที่ได้รับมันสมน้ำสมเนื้อกันไหม มันกลายเป็นค่าใช้จ่ายที่เราจะต้องไปจ่าย” (Ki5)

7.5.5 ขาดการประชาสัมพันธ์บริการให้เป็นที่รู้จัก

ผู้ให้บริการจำนวนหนึ่งรู้สึกว่างานบริการนี้ยังไม่ได้รับการประชาสัมพันธ์ออกสู่สาธารณชนและทำให้เป็นที่รู้จักอย่างเพียงพอ

“ขาดการสนับสนุนเยอะ ก็อยากให้เอาไปช่วยแนะนำ” (Ki5)

“บางคนเขาไม่รู้ไง เพราะว่าการโฆษณาหรือการประชาสัมพันธ์มันยังน้อยอยู่ ซึ่งความจริงมันต้องประชาสัมพันธ์มากกว่านี้ น่าจะได้กลุ่มเป้าหมาย น่าจะมีคนใช้บริการมากกว่านี้” (Ki11)

7.5.6 ผู้ให้บริการไม่สามารถเตรียมความพร้อมเข้าเวรได้ทันทีหลังเลิกงานประจำ

ผู้ให้บริการไม่สามารถเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าเวรได้ทัน เนื่องจากเวลาเข้าเวรกระชั้นกับเวลาเลิกงานประจำมากเกินไป

“ผู้ให้การปรึกษาไม่พร้อม คือมีเวรจริงแต่ว่าอยู่ในช่วงขณะเดินทาง เพราะเราเลิกงาน 4 โมงจะไปเปิดปั๊ป 4 โมงครึ่ง 5 โมงทำงานทันทีทำไม่ทันไง” (Ki8)

“บางทีก็อาจจะเข้าเวรช้าบ้างเพราะว่าเราต้องเดินทาง บางครั้งสภาวะร่างกายเราไม่พร้อม เพราะว่าการรีบกลับไม่มีทางกินข้าวทัน ไม่มีทางดูแลพักผ่อนทัน บางทีมาถึง ออนปั๊ปสวอนขึ้นมาเลยชักขึ้นมาเลยในภาวะที่เราเหนื่อย การให้บริการประสิทธิภาพการให้บริการมันก็ตกลง” (Ki9)

7.5.7 ไม่มีข้อมูลนำร่องในการให้บริการ

การให้บริการทุกครั้งจะต้องให้ผู้รับบริการเริ่มต้นเล่าใหม่ เนื่องจากไม่มีข้อมูลนำร่องให้กับผู้ให้บริการที่มาเข้าเวรในกะนั้นๆ

“เราต้องเริ่มต้นใหม่ ตัวผู้ให้บริการด้วยก็ต้องเริ่มต้นใหม่ด้วยกันทุกครั้ง เพราะมันไม่มีข้อมูลนำร่องไงคะ” (Ki1)

“แล้วมาเข้าอีกวันหนึ่ง กลายเป็นว่าเขาต้องมานั่งเล่าใหม่ เพราะมันคนละคนกัน คนให้การปรึกษาคนละคนกัน บางทีเขาก็จะเข้ามาทักนะว่าที่เมื่อวานเราคุยกันแบบนี้ๆ เละนะ ซึ่งพี่ก็เออ จะทำยังไงดี เราก็ต้องอธิบายว่ามีเจ้าหน้าที่หลายท่านบริการ” (Ki6)

ส่วนข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย

7.6 จัดทำฐานข้อมูล

7.6.1 จัดทำฐานข้อมูลการให้บริการ

ผู้ให้บริการเสนอว่าควรมีการจัดทำฐานข้อมูลขึ้นมาเพื่อให้สามารถเห็นภาพรวมของปัญหาทั้งหมด ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาการบริการ เช่นการต่อยอดหรือเสริมความรู้ในด้านที่ผู้รับบริการมีความต้องการมาก นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ต่อการนำผลการรวบรวมข้อมูลไปทำวิจัยด้วย

“เห็นภาพรวมทั้งหมดว่าปัญหาอะไรเข้ามาเยอะ แล้วมันก็จะทำให้เราได้มีการต่อยอดของวิชาการ บางทีถ้าเรื่องประเด็นนี้เข้ามาเยอะ ตัวเราเองมีองค์ความรู้ในเรื่องนี้พอใหม่กับคนทำงานมันก็จะได้พัฒนาในองค์ความรู้ตรงนี้เพิ่มเติม” (Ki1)

“ถ้ามันมีฐานข้อมูลเวลาที่เรา หรือใครอยากจะทำวิจัยหรือเอาข้อมูลตรงนี้ไปใช้ แค่ลิงค์เข้ามาว่าเพศหรืออะไรน่า คือมันสามารถค้นหาได้” (Ki1)

“อาจจะต้องคุยกันในทีมว่าแต่ละรายกรณี คุณเคยเจอไหม เขาชอบถามเรื่องยาอะไร เพราะส่วนใหญ่มันอาจจะเป็นตัวยาเดียวกันก็ได้ เราอาจจะทำเป็นแผนความรู้ก็ได้ อาจจะทำเป็นเอกสารคู่มือขึ้นมาก็ได้” (Ki6)

7.7 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

7.7.1 การเก็บข้อมูลความพึงพอใจ มีการอบรมเรื่องการใช้โปรแกรม เพิ่มตำแหน่งธุรการโดยเฉพาะ และให้ไปดูงานต่างประเทศ

ผู้ให้บริการได้เสนอความคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติมได้แก่ การให้มีการเก็บข้อมูลความพึงพอใจจากผู้รับบริการเพื่อนำมาปรับปรุงงาน มีการจัดการอบรมการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพิ่มในหลักสูตรอบรม เพิ่มตำแหน่งหน้าที่ธุรการเพื่อจัดการงานเอกสารโดยเฉพาะ และให้มีการดูงานจากต่างประเทศเพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้มาพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

“เราไม่เคยไปสุ่มถามคนที่เข้ามา ไม่เคยไปเก็บข้อมูลเขา ไม่เคยทำแบบสอบถาม เขาว่าเขารู้สึกยังไง ต้องการให้มีอยู่ใหม่” (Ki8)

“การใช้โปรแกรมถ้ามีการอบรมควบคู่กันไปในหลักสูตร อย่างน้อยแนะนำเบื้องต้นว่าโปรแกรมนี้มันมีแอปพลิเคชันอะไร มันมีลูกเล่นอะไร สมมติเราเจออีโมติคอนคุณจะไปดูว่ามันแทนคำไหนยังไง อย่างน้อยมันก็จะช่วยได้” (Ki9)

“พี่คิดว่าควรเพิ่มธุรการเพื่อดูแลติดตามและจัดเก็บเอกสาร โดยแยกจาก
ผู้ปฏิบัติงานให้การปรึกษา” (Ki12)

“การเปิดโอกาสให้ผู้ที่ทำงานได้ไปศึกษาดูงาน เพิ่มเติมในต่างประเทศ เพื่อนำมา
พัฒนาระบบให้เป็นโครงสร้างที่ชัดเจน น่าจะเป็นอีกทางหนึ่งที่ทำให้งานมี
มาตรฐานเพิ่มขึ้น” (Ki12)

8. คุณค่าจากประสบการณ์การให้บริการ

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงคุณค่าของประสบการณ์การให้บริการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

8.1 รู้สึกดีและมีความภาคภูมิใจ

8.1.1 รู้สึกดีและมีความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในการให้บริการแก่ ผู้รับบริการยุคไอที

ผู้ให้บริการมีความรู้สึกภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือ และให้บริการแก่กลุ่มคน
ยุคไอทีที่ไม่กล้าที่จะมารับบริการแบบพบหน้า ให้ได้รับบริการได้

“รู้สึกดีนะ อย่างน้อยเราก็สามารถที่จะให้ช่องทางออกสำหรับผู้ที่รับการปรึกษา
ส่วนหนึ่งที่เขาอยู่ในโลกออนไลน์ที่เขาไม่สามารถจะไปหาใครได้” (Ki8)

“รู้สึกที่ตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของไม่ว่าจะเป็นการป้องกัน แก้อา ผู้ที่มีปัญหา
ทางด้านจิตใจ...บริการนี้ก็ถือว่าเป็นบริการส่วนหนึ่งที่ทำให้ตัวผู้ทำงานตรงนี้ได้
เข้าถึงตัวผู้รับบริการมากขึ้น อย่างน้อยก็รับฟังข้อความข้อมูลที่เขามิพม์มานะ
แล้วก็โต้ตอบ แค่นั้นเขาก็ได้ระบายออกแล้ว เพราะว่าบางคน คนที่มันอยู่คนเดียว
จริงๆ ไม่มีใคร มีปัญหาจริงๆ แล้วไม่รู้จะไปพูดกับใครจริงๆ ไม่กล้าที่จะพูดกับใคร
มันก็ยังรู้สึกไม่มากนักน้อยละ เพราะฉะนั้นเราก็เป็นส่วนหนึ่ง” (Ki11)

“รู้สึกดีค่ะ ภูมิใจ เป็นหนึ่งทางเลือกของการให้บริการแก่ผู้ที่ประสบปัญหา
สุขภาพจิต เหมาะกับยุคสมัย” (Ki12)

8.2 มีความสุขและรู้สึกถึงคุณค่าของการช่วยเหลือ

8.2.1 มีความสุข และรู้สึกถึงคุณค่าของการช่วยเหลือ เมื่อผู้รับบริการคลายทุกข์

ผู้ให้บริการรู้สึกมีความสุข อิ่มใจ ภาคภูมิใจ รู้สึกถึงคุณค่าของการช่วยเหลือเมื่อได้รับรู้ว่าผู้รับบริการคลายทุกข์ลง

“รู้สึกภูมิใจกับงานที่ได้ทำนะ เพราะว่าอย่างน้อยก็ได้ช่วยเหลือใคร ยิ่งวันไหนมีรายที่เราช่วยเขาแล้วประสบความสำเร็จ มันเป็นความอิ่มใจนะ” (Ki2)

“ได้กำลังใจ หรือได้รางวัลชีวิตเดี๋ยวนั้นเลยไง ทันทันที่เราคุยกับเขาจบ หรือแนะนำอะไรเขาไปเสร็จแล้วเขายกมือขอบคุณมาก เขาเจอทางออกหรือเขารู้สึกดีขึ้น มันเหมือนเป็นกำลังใจให้เรา” (Ki3)

“พี่ว่าได้ทำให้คนๆ หนึ่งมีสุขภาพจิตที่ดี มีแนวทางแก้ปัญหา หรือว่าปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิตตัวเองให้ดีขึ้น มันก็เหมือนกับเราทำบุญนะ” (Ki5)

“เราเองเราก็ภาคภูมิใจ ถ้าเขาเข้ามาแล้วออกไปด้วยความสุข ออกไปด้วยคำพูดของเขาว่าเขาพอใจ เขามีความสุข เขาหาทางออกได้ ถ้าเขาเป็นยังไงเขาจะกลับมาใหม่นะ” (Ki8)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการและประสบการณ์ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นทั้งหมดที่เสนอในข้างต้น สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 3 ดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

หมวดหมู่	หมวดหมู่ย่อย	ความถี่
1. ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ		
1.1 ปัญหาความรัก	1.1.1 ทำใจไม่ได้เนื่องจากผิดหวัง ออกหัก และความรักไม่ลงตัว	มาก
1.2 ปัญหาการเรียน	1.2.1 มีความกดดันใจเกี่ยวกับเรื่องการเรียน	ปานกลาง
1.3 ความยุ่งยากในการปรับตัว ปัญหาด้านสัมพันธภาพ และรู้สึก เหงา	1.3.1 ปัญหาด้านสัมพันธภาพ ไม่ลงรอยกับเพื่อน คนในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน 1.3.2 ความยุ่งยากเรื่องการปรับตัวใน สภาพแวดล้อมที่ทำงาน ที่โรงเรียน 1.3.3 รู้สึกเหงา ไม่มีใครคุยด้วย	มาก ปานกลาง น้อย
1.4 ขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพจิต	1.4.1 การขอคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาด้าน สุขภาพจิตและจิตเวช 1.4.2 การขอคำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลการรักษา ด้านแหล่งช่วยเหลือ สถานพยาบาลต่างๆ 1.4.3 การขอคำแนะนำเกี่ยวกับอาการทางจิตเวช ของคนในครอบครัวและเพื่อน 1.4.4 การขอคำแนะนำเกี่ยวกับความกังวลใจเรื่อง เพศ	ปานกลาง น้อย น้อย น้อย
2. ข้อดีของบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต		
2.1 เข้าถึงโลกของผู้ต้องการรับ บริการที่ยังไม่พร้อมจะใช้บริการ แบบพบหน้า	2.1.1 เข้าถึงคนที่รู้สึกว่าปัญหาของตนเป็นเรื่องนำ ละอายใจ และต้องการรักษาภาพลักษณ์ 2.1.2 เข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นและผู้ที่ยังไม่เคยกับโลกไอที ได้ง่าย 2.1.3 เข้าถึงกลุ่มคนที่มีความยุ่งยากในการปรับตัว เข้ากับสังคม 2.1.4 การให้บริการเชิงรุกกับกลุ่มเสี่ยงต่างๆ	ปานกลาง น้อย น้อย
2.2 มีความเป็นส่วนตัว	2.2.1 ความเป็นส่วนตัวทำให้ผู้รับบริการกล้าที่จะ เปิดเผยข้อมูลและรับบริการ	ปานกลาง
2.3 เข้าถึงปัญหาได้เร็ว	2.3.1 เข้าถึงปัญหาที่แท้จริงได้เร็วโดยไม่ต้องสร้าง สัมพันธภาพมาก	น้อย
2.4 เป็นบริการทางเลือก	2.4.1 เป็นการให้บริการที่เพิ่มเติมแก่ผู้รับบริการที่ นอกเหนือไปจากการให้บริการหลัก	น้อย

ตารางที่ 3 (ต่อ)

หมวดหมู่	หมวดหมู่ย่อย	ความถี่
	2.4.2 มีความสะดวก เข้าถึงบริการได้ง่ายและทันที ไม่มีขั้นตอนการติดต่อที่ยุ่งยาก	น้อย
	2.4.3 เป็นสื่อกลางให้ผู้รับบริการได้รับการดูแล ช่วยเหลือในเรื่องต้น และนำไปสู่การรับบริการใน รูปแบบอื่น	น้อย
	2.4.4 ขอบเขตการบริการครอบคลุมในพื้นที่ ห่างไกลและต่างประเทศที่มีอินเทอร์เน็ต	น้อย
	2.4.5 ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการรับ บริการ	น้อย
2.5 สามารถวิเคราะห์และ ทบทวนเนื้อหาของการให้บริการได้ สะดวก	2.5.1 มีบทสนทนาที่กลับไปดูในประเด็นที่ไม่ ชัดเจนได้	น้อย
	2.5.2 มีเวลาให้ผู้ให้บริการคิดก่อนได้ตอบ	น้อย
2.6 สามารถทำได้หลายอย่าง พร้อมกัน	2.6.1 สามารถให้บริการครั้งละหลายคนและทำ กิจกรรมอื่นพร้อมกันได้	น้อย
3. ข้อจำกัดของบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต		
3.1 สัมผัสอารมณ์ความรู้สึกได้ ยาก	3.1.1 สัมผัสอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับบริการได้ ยาก	ปานกลาง
3.2 การสื่อสารแบบใช้ตัวอักษร อย่างเดียว	3.2.1 ขาดข้อมูลที่เป็นจากอวัจนภาษา เช่น น้ำเสียง ภาษาท่าทาง ในการสื่อสารระหว่างผู้ ให้บริการและผู้รับบริการ	ปานกลาง
	3.2.2 ใช้เวลาในการสื่อความเข้าใจช้ากว่าการพูด	น้อย
3.3 ไม่สามารถตรวจสอบได้	3.3.1 ไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลที่แท้จริงของ ผู้รับบริการได้	น้อย
3.4 จำกัดกลุ่มผู้รับบริการ	3.4.1 ไม่สะดวกสำหรับผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับไอที หรือไม่มีอินเทอร์เน็ตใช้	น้อย
4. คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ให้บริการ		
4.1 มีความรู้ความชำนาญ	4.1.1 มีความรู้ความชำนาญในด้านสุขภาพจิต และการให้การปรึกษาเบื้องต้น	น้อย
4.2 มีทักษะเฉพาะ	4.2.1 มีทักษะเฉพาะด้านการใช้ภาษาและ เทคโนโลยี	น้อย

ตารางที่ 3 (ต่อ)

หมวดหมู่	หมวดหมู่ย่อย	ความถี่	
5. แนวปฏิบัติในการให้บริการ			
5.1 ข้อตกลงด้านการให้บริการ สำหรับทีมผู้ให้บริการ	5.1.1 ช่วงเวลาการบริการในวันธรรมดาและ วันหยุดราชการ	น้อย	
	5.1.2 การผลัดเปลี่ยนเวรตามตารางเวรที่จัดไว้	ปานกลาง	
	5.1.3 แลกเวรกับผู้ให้บริการท่านอื่นหากไม่ สามารถเข้าเวรได้	น้อย	
	5.1.4 เข้าโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นโดยใช้บัญชีรายชื่อ ส่วนกลางร่วมกัน	น้อย	
	5.1.5 รักษาความเป็นส่วนตัว เน้นการให้บริการ แบบนิรนาม		
	5.1.5.1 ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ ให้บริการ	มาก	
	5.1.5.2 ไม่ถามข้อมูลผู้รับบริการ	น้อย	
	5.1.5.3 ไม่เปิดเว็บแคม	น้อย	
	5.2 การทักทายและสนทนากับ ผู้รับบริการ	5.2.1 ไม่ทักทายผู้รับบริการก่อน	น้อย
		5.2.2 ทักทายผู้รับบริการก่อนเมื่อต้องการติดตาม ผล หรือพบว่าผู้รับบริการมีความเสี่ยงต่อปัญหา ด้านสุขภาพจิต	น้อย
		5.2.3 หลังจากทักทาย มีการแนะนำการบริการ สั้นๆ ก่อนเริ่มต้นการสนทนาเสมอ	น้อย
		5.2.4 ให้ผู้รับบริการเล่าปัญหาคร่าวๆ ทั้งกรณีที่เป็น เป็นผู้รับบริการรายใหม่และรายเก่า	ปานกลาง
	5.3 การให้บริการในช่วงเวลา เร่งด่วน (มีผู้ขอรับบริการพร้อมกัน หลายคน)	5.3.1 ให้ข้อมูลจำนวนคนที่รอรับบริการแก่ ผู้รับบริการ และให้รอ	น้อย
		5.3.2 จัดลำดับความเร่งด่วนของปัญหา และ ให้บริการรายที่ด่วนกว่าก่อน	น้อย
		5.3.3 แนะนำบริการสุขภาพจิตอื่นๆ ในรายที่ไม่ ต้องการรอ	น้อย
5.4 การให้บริการในช่วงเวลาที่ ใกล้ปิดบริการ	5.4.1 แจ้งเวลาที่เหลือและแนะนำช่วงเวลาบริการ รอบถัดไป	น้อย	
	5.4.2 ต่อเวลาและให้บริการจนปัญหาคลี่คลายใน กรณีที่จำเป็น	น้อย	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

หมวดหมู่	หมวดหมู่ย่อย	ความถี่
5.5 การปฏิบัติต่อผู้ที่เข้ามาพูดคุยด้วยประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์บริการ	5.5.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์และยุติการให้บริการ	น้อย
5.6 แนวปฏิบัติในการยุติการให้บริการ	5.6.1 ยุติบริการเมื่อปัญหาคลี่คลายและสอบถามความรู้สึกของผู้รับบริการ	น้อย
	5.6.2 แนะนำให้ผู้รับบริการใช้บริการสายด่วน 1323 เมื่อบริการทางอินเทอร์เน็ตไม่สะดวก	น้อย
5.7 มีการบันทึกข้อมูลเป็นสถิติบริการทุกครั้ง	5.7.1 จัดบันทึกสถิติ ข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ และบันทึกบทสนทนาระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ	ปานกลาง
	5.7.2 หากไม่มีผู้รับบริการหรือมีเหตุขัดข้องก็เขียนรายงานตามจริง	น้อย
	5.7.3 ส่งข้อมูลสถิติบริการให้นักจิตวิทยาเป็นผู้รวบรวมข้อมูล	น้อย
5.8 การส่งต่อข้อมูล	5.8.1 การส่งต่อข้อมูลโดยส่งต่อกันเองในทีม	น้อย
6. แนวทางการช่วยเหลือ		
6.1 เป็นที่พึ่งในปัญหาด้านสุขภาพจิต ด้วยการให้ข้อมูลและคำแนะนำ	6.1.1 ตอบปัญหาด้านข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพจิต	น้อย
	6.1.2 แนะนำแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิต	น้อย
6.2 ให้การสนับสนุนและระดับประคองด้านจิตใจ	6.2.1 เป็นพื้นที่ในการตรวจสอบปัญหาและหาแนวทางแก้ไข	ปานกลาง
	6.2.2 เสนอแนะแนวทางการจัดการปัญหาด้วยตนเอง	น้อย
	6.2.3 ช่วยลดความกดดันในใจ และให้กำลังใจ	น้อย
6.3 แนะนำบริการอื่นที่เหมาะสม	6.3.1 ให้คำแนะนำบริการอื่นที่มีความเหมาะสมมากกว่าต่อไป	ปานกลาง
6.4 โน้มน้าวให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการรับบริการ	6.4.1 โน้มน้าวให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการรับบริการกับหน่วยงานในรายที่มีปัญหาเรื้อรังหรือรุนแรง	ปานกลาง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

หมวดหมู่	หมวดหมู่ย่อย	ความถี่
7. อุปสรรค ความท้าทาย และข้อเสนอแนะในการให้บริการ		
<i>อุปสรรคในการให้บริการ</i>		
7.1 อุปสรรคด้านเทคโนโลยี	7.1.1 ระบบอินเทอร์เน็ตขัดข้อง	ปานกลาง
	7.1.2 ฮอตเมลและโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นขัดข้อง	น้อย
	7.1.3 ไวรัสนิเตอร์เน็ต	น้อย
7.2 อุปสรรคจากลักษณะเฉพาะของการบริการผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น	7.2.1 การมีผู้มาขอรับบริการพร้อมกันหลายราย ทำให้ผู้ให้บริการสับสน หรือเกิดภาวะงานล้นมือ	มาก
	7.2.2 ความสับสนจาก อีโมติคอน และภาษาวัยรุ่น	น้อย
7.3 อุปสรรคจากการถูกก่อกวน	7.3.1 การถูกก่อกวนจากผู้ที่ไม่ได้มีปัญหาคงจริง	น้อย
7.4 อุปสรรคด้านความผิดพลาดโดยไม่ได้ตั้งใจของผู้ให้บริการ	7.4.1 มีผู้ให้บริการลงชื่อค้างไว้ในระบบทำให้ไม่สามารถเข้าได้ หรือผู้ให้บริการจำเผลอผิดวันแล้วเข้ามาชนกันทำให้สายหลุด	น้อย
<i>ความท้าทาย</i>		
7.5 ความท้าทาย และปัญหาที่รอการแก้ไข	7.5.1 ขาดระบบการประชุมที่ผู้ให้บริการ	น้อย
	7.5.2 เจ้าหน้าที่มีภาระงานประจำมากเกินไปจนไม่สามารถนัดประชุมที่มิได้	น้อย
	7.5.3 ขาดระบบตรวจสอบการทำงานและตามผลงานของเจ้าหน้าที่	น้อย
	7.5.4 ค่าตอบแทนน้อย	น้อย
	7.5.5 ขาดการประชาสัมพันธ์บริการให้เป็นที่รู้จัก	น้อย
	7.5.6 ผู้ให้บริการไม่สามารถเตรียมความพร้อมเข้าเวรได้ทันทีหลังเลิกงานประจำ	น้อย
	7.5.7 ไม่มีข้อมูลนำร่องในการให้บริการ	น้อย
<i>ข้อเสนอแนะ</i>		
7.6 จัดทำฐานข้อมูล	7.6.1 จัดทำฐานข้อมูลการให้บริการ	น้อย
7.7 ข้อเสนอแนะอื่นๆ	7.7.1 การเก็บข้อมูลความพึงพอใจ มีการอบรมเรื่องการใช้โปรแกรม เพิ่มตำแหน่งบุคลากรโดยเฉพาะและให้ไปดูงานต่างประเทศ	น้อย

ตารางที่ 3 (ต่อ)

หมวดหมู่	หมวดหมู่ย่อย	ความถี่
8. คุณค่าจากประสบการณ์การให้บริการ		
8.1 รู้สึกดีและมีความภาคภูมิใจ	8.1.1 รู้สึกดีและมีความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในการให้บริการแก่ผู้รับบริการยุคไอที	ปานกลาง
8.2 มีความสุขและรู้สึกถึงคุณค่าของการช่วยเหลือ	8.2.1 มีความสุขและรู้สึกถึงคุณค่าของการช่วยเหลือเมื่อผู้รับบริการคลายทุกข์	ปานกลาง

หมายเหตุ. มาก หมายถึง มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12-13 คน กล่าวถึงในหมวดหมู่นั้น ปานกลาง หมายถึง มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7-11 คน กล่าวถึงในหมวดหมู่นั้น และ น้อย หมายถึง มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2-6 คน กล่าวถึงในหมวดหมู่นั้น



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการและประสบการณ์ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็ม โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน (Consensual Qualitative Research: CQR) ในการวิเคราะห์ข้อมูล เก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็มจำนวน 13 คน สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ

ลักษณะปัญหาที่ผู้รับบริการมักนำมาปรึกษากับผู้ให้บริการ ได้แก่

- 1.1 ปัญหาความรัก ได้แก่ การที่ผู้รับบริการทำใจไม่ได้เนื่องจากผิดหวัง อหกั และความรักไม่ลงตัว
- 1.2 ปัญหาการเรียน ผู้รับบริการมีความกดดันใจเกี่ยวกับเรื่องการเรียน เช่น มีความเครียดเกี่ยวกับการแข่งขันด้านการเรียน การเลือกแผนการเรียน และการสอบเข้าศึกษาต่อ
- 1.3 ความยุ่งยากในการปรับตัวในสภาพแวดล้อมที่ทำงานหรือที่โรงเรียน ปัญหาด้านสัมพันธภาพ เช่น ไม่ลงรอยกับเพื่อน คนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และมีความรู้สึกเหงาไม่มีใครคุยด้วย
- 1.4 ขอบความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ซึ่งได้แก่ การขอคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ข้อมูลการรักษา ด้านแหล่งช่วยเหลือ สถานพยาบาลต่างๆ อาการทางจิตเวชของคนในครอบครัวและเพื่อน และการขอคำแนะนำเกี่ยวกับความกังวลใจเรื่องเพศ

2. ข้อดีของบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต

2.1 เข้าถึงโลกของผู้ต้องการรับบริการที่ยังไม่พร้อมจะใช้บริการแบบพบหน้า เช่น กลุ่มคนที่รู้สึกว่ามีปัญหาของตนเป็นเรื่องน่าละอายใจและต้องการรักษาภาพลักษณ์ กลุ่มวัยรุ่นและผู้ที่ยังคุ้นเคยกับโลกไอที กลุ่มคนที่มีความยุ่งยากในการปรับตัวเข้ากับสังคม นอกจากนี้ยังสามารถให้บริการแบบเชิงรุกกับกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

2.2 มีความเป็นส่วนตัว ผู้รับบริการไม่ต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ดังนั้นผู้รับบริการจึงมีความกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลและเข้ารับบริการ

2.3 เข้าถึงปัญหาได้เร็ว ผู้ให้บริการและผู้รับบริการสามารถพูดคุยถึงปัญหาที่แท้จริงได้ทันทีโดยไม่ต้องสร้างสัมพันธภาพมาก

2.4 เป็นบริการทางเลือก ได้แก่ เป็นการให้บริการเพิ่มเติมแก่ผู้รับบริการที่นอกเหนือไปจากการให้บริการหลัก เป็นบริการที่มีความสะดวก เข้าถึงบริการได้ง่ายและทันที ไม่มีขั้นตอนการติดต่อที่ยุ่งยาก เป็นสื่อกลางให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลช่วยเหลือในเบื้องต้นและนำไปสู่การรับบริการในรูปแบบอื่น ขอบเขตการบริการครอบคลุมในพื้นที่ห่างไกลและต่างประเทศที่มีอินเทอร์เน็ต และเป็นบริการที่ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ

2.5 สามารถใคร่ครวญและทบทวนเนื้อหาของการให้บริการได้สะดวก เนื่องจากมีบทสนทนาที่สามารถย้อนกลับไปได้ดูในประเด็นที่ไม่ชัดเจนได้ และการมีระยะเวลาการพิมพ์ทำให้ผู้ให้บริการมีเวลาคิดก่อนได้ตอบ

2.6 สามารถทำได้หลายอย่างพร้อมกัน เช่น ผู้ให้บริการสามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการได้พร้อมกันหลายคน หรือผู้รับบริการสามารถทำงานอื่นไปพร้อมกับการพิมพ์สนทนากับผู้ให้บริการได้

3. ข้อจำกัดของบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต

3.1 ผู้ให้บริการสัมผัสอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับบริการได้ยาก

3.2 การสื่อสารแบบใช้ตัวอักษรอย่างเดียว ทำให้ขาดข้อมูลที่จำเป็นจากอวัจนภาษา เช่น น้ำเสียง ภาษาท่าทางในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังใช้เวลาในการสื่อความเข้าใจกันได้ช้ากว่าการพูด

3.3 ผู้ให้บริการไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลที่แท้จริงของผู้รับบริการ เนื่องจากไม่สามารถรับรู้สภาพที่แท้จริงของผู้รับบริการได้

3.4 จำกัดกลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี คอมพิวเตอร์ หรือไม่มีอินเทอร์เน็ตใช้ จะไม่สามารถเข้าถึงบริการได้

4. คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ให้บริการ

4.1 ผู้ให้บริการจะต้องมีความรู้ความชำนาญในด้านสุขภาพจิตและการให้การปรึกษาเบื้องต้น

4.2 ผู้ให้บริการจะต้องมีทักษะเฉพาะด้านการใช้ภาษาและเทคโนโลยี

5. แนวปฏิบัติในการให้บริการ

5.1 ข้อตกลงด้านการให้บริการสำหรับทีมผู้ให้บริการ ได้แก่ การให้บริการตามเวลาให้บริการที่กำหนดไว้ คือวันธรรมดาตั้งแต่ 16.30-00.30 น. และวันเสาร์ อาทิตย์ วันหยุดราชการ ตั้งแต่ 08.30-00.30 น. ผู้ให้บริการจะต้องเข้าเวรตามตารางเวลาที่กำหนดไว้โดยไม่มีกำหนดตายตัวว่าต้องเข้าวันหรือเวลาไหนเป็นประจำ หากผู้ให้บริการประจำเวรนั้นไม่สามารถที่จะเข้าเวรได้ก็จะทำการแลกเวรกับผู้ให้บริการท่านอื่น ผู้ให้บริการทุกคนจะใช้บัญชีรายชื่อและรหัสผ่านเดียวกันในการลงชื่อเข้าระบบเพื่อให้บริการในโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น ทั้งนี้การให้บริการผู้ให้บริการจะต้องรักษาความเป็นส่วนตัว เน้นการให้บริการแบบนิรนาม โดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้บริการทั้งชื่อ หรือแม้แต่ตารางเวร ไม่ถามข้อมูลส่วนตัวของผู้รับบริการ และไม่เปิดกล่องเว็บแคมไม่ว่าด้วยกรณีใดๆ ก็ตาม

5.2 การเริ่มต้นทักทายและสนทนากับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะไม่ได้เข้าไปทักทายผู้รับบริการก่อน จะเป็นฝ่ายรอให้ผู้รับบริการเข้ามาทัก แต่ผู้ให้บริการบางท่านอาจเลือกที่จะทักทายผู้รับบริการก่อนในกรณีที่ต้องการติดตามผลการพูดคุยคราวก่อน หรือเมื่อพบว่าผู้รับบริการบางรายมีความเสี่ยงต่อปัญหาด้านสุขภาพจิตเพื่อที่จะได้เข้าทำการดูแลในทันที โดยหลังจากการเริ่มต้นทักทายแล้ว ผู้ให้บริการจะทำการแนะนำบริการนี้เป็นบริการปรึกษาด้านสุขภาพจิตก่อนการเริ่มต้นสนทนา จากนั้นผู้ให้บริการจะให้ผู้รับบริการเล่าประเด็นปัญหาอย่างคร่าวๆ เพื่อสนทนาต่อไป

5.3 การให้บริการในช่วงเวลาเร่งด่วนในกรณีที่มีผู้ขอรับบริการพร้อมกันหลายคน ผู้ให้บริการจะแจ้งจำนวนผู้รับบริการที่กำลังให้บริการอยู่และให้ผู้ที่ต้องการรับบริการที่เพิ่งเข้ามารอ ก่อน เมื่อให้บริการเสร็จแล้วจึงกลับมาเรียกผู้รับบริการที่รออยู่ ซึ่งบางครั้งผู้ให้บริการอาจประเมินจัดลำดับความสำคัญ และเลือกให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีประเด็นปัญหารุนแรงกว่าก่อน หากผู้รับบริการไม่ต้องการรอ ผู้ให้บริการก็จะแนะนำบริการอื่น เช่น บริการสายด่วน 1323 หรือเว็บไซต์อื่นๆ เป็นต้น

5.4 การให้บริการในช่วงเวลาที่ใกล้ปิดบริการ ผู้ให้บริการจะแจ้งเวลาให้บริการที่เหลืออยู่และทำการแนะนำช่วงเวลารอบถัดไปให้ผู้รับบริการเข้ามาใช้บริการใหม่ หรือในบางกรณีผู้ให้บริการอาจยืดหยุ่นต่อเวลาไปอีกกระยะหนึ่งและให้บริการจนปัญหาคลี่คลาย

5.5 การปฏิบัติต่อผู้ที่เข้ามาพูดคุยด้วยประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์บริการ ผู้ให้บริการจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้บริการนี้ว่าเป็นการให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และจะยุติการให้บริการ

5.6 แนวปฏิบัติในการยุติการให้บริการ ผู้ให้บริการจะยุติบริการเมื่อปัญหาคลี่คลาย และจะสอบถามความรู้สึกของผู้รับบริการก่อนที่จะยุติการบริการ นอกจากนี้ในกรณีที่พบว่าการให้บริการทางอินเทอร์เน็ตอาจไม่สะดวก ผู้ให้บริการอาจแนะนำให้ผู้รับบริการใช้บริการสายด่วน 1323 แทน

5.7 ทีมผู้ให้บริการจะมีการบันทึกข้อมูลเป็นสถิติบริการทุกครั้ง โดยจะจดบันทึกสถิติข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ และบันทึกบทสนทนาระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ถ้าหากในช่วงเวรนั้นไม่มีผู้มาขอรับบริการหรือมีเหตุขัดข้องจนไม่สามารถให้บริการได้ก็เขียนรายงานเหตุการณ์ตามจริง ข้อมูลสถิติบริการจะส่งให้กับนักจิตวิทยาเป็นผู้รวบรวมข้อมูลต่อไป

5.8 การส่งต่อข้อมูล ผู้ให้บริการจะส่งต่อข้อมูลกันเองในทีม โดยเป็นการแลกเปลี่ยนพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ

6. แนวทางการช่วยเหลือ

6.1 ผู้ให้บริการจะเป็นที่พึ่งในปัญหาด้านสุขภาพจิต ด้วยการให้ข้อมูลและคำแนะนำ เช่น ตอบปัญหาด้านข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพจิต และแนะนำแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิต

6.2 ให้การสนับสนุนและประคับประคองด้านจิตใจ โดยจะเป็นพื้นที่ในการตรวจสอบปัญหาและหาแนวทางแก้ไข เสนอแนะแนวทางแก่ผู้รับบริการในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง ช่วยลดความกดดันในใจ ให้กำลังใจ

6.3 หากผู้ให้บริการไม่มีองค์ความรู้หรือไม่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นที่ผู้รับบริการนำมาปรึกษาก็จะให้การแนะนำบริการอื่นที่มีความเหมาะสมมากกว่าต่อไป

6.4 สำหรับผู้รับบริการในรายที่มีลักษณะปัญหาเรื้อรังหรือรุนแรง ผู้ให้บริการจะแนะนำให้ผู้รับบริการตระหนักถึงความจำเป็นในการรับการช่วยเหลือตามกระบวนการกับหน่วยงานที่มีความเหมาะสมมากกว่า

7. อุปสรรค ความท้าทาย และข้อเสนอแนะในการให้บริการ

อุปสรรคในการให้บริการ

7.1 อุปสรรคด้านเทคโนโลยี ได้แก่ ระบบอินเทอร์เน็ตช้าของ ฮอตเมลและโปรแกรม เอ็มเอสเอ็นช้าของ ไวรัสอินเทอร์เน็ต

7.2 อุปสรรคจากลักษณะเฉพาะของการบริการผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น เนื่องจากการสนทนาในเอ็มเอสเอ็นสามารถสนทนาได้พร้อมกันหลายคน ดังนั้นการมีผู้มาขอรับบริการพร้อมกันหลายรายจึงทำให้ผู้ให้บริการสับสนหรือเกิดภาวะงานล้นมือ นอกจากนี้ อีโมติคอน และ ภาษาวัยรุ่นก็สร้างความสับสนให้ผู้ให้บริการด้วยเช่นกัน

7.3 การถูกก่อกวนจากผู้ที่ไม่ได้มีปัญหามาจริง ซึ่งเป็นการรบกวนการปฏิบัติงาน

7.4 อุปสรรคด้านความผิดพลาดโดยไม่ได้ตั้งใจของผู้ให้บริการ คือ การที่มีผู้ให้บริการท่านอื่นลงชื่อค้างไว้ในระบบโดยไม่ได้ตั้งใจ ทำให้ผู้ให้บริการที่ต้องเข้าเวรในช่วงนั้นไม่สามารถลงชื่อเข้าได้ หรือผู้ให้บริการบางท่านจำเวรผิดวันแล้วเข้ามาชนกับผู้ให้บริการที่เข้าเวรอยู่ทำให้สายหลุด

ความท้าทาย

7.5 ความท้าทาย และปัญหาที่รอการแก้ไข ได้แก่ การขาดระบบการประชุมที่มผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่มีภาระงานประจำมากเกินไปจนไม่สามารถนัดประชุมทีมได้ ขาดระบบตรวจสอบการเข้างานและตามผลงานของเจ้าหน้าที่ค่าตอบแทนน้อยเกินไป ขาดการประชาสัมพันธ์บริการให้เป็นที่รู้จักในวงกว้าง ผู้ให้บริการไม่สามารถเตรียมความพร้อมเข้าเวรได้ทันทีหลังเลิกงานประจำ และไม่มีข้อมูลนำร่องในการให้บริการ

ข้อเสนอแนะ

7.6 ควรจัดทำฐานข้อมูลการให้บริการ

7.7 ข้อเสนอแนะอื่นๆ ได้แก่ ให้มีการเก็บข้อมูลความพึงพอใจ มีการอบรมเรื่องการใช้โปรแกรม เพิ่มตำแหน่งธุรการโดยเฉพาะ และให้ไปดูงานต่างประเทศ

8. คุณค่าจากประสบการณ์การให้บริการ

8.1 ผู้ให้บริการรู้สึกดีและมีความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในการให้บริการแก่ผู้รับบริการยุคไอที

8.2 ผู้ให้บริการมีความสุขและรู้สึกถึงคุณค่าของการช่วยเหลือเมื่อผู้รับบริการคลายทุกข์

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลงานวิจัยจะอภิปรายตามประเด็นหลักที่พบ ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 : ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ลักษณะปัญหาที่ผู้ให้บริการพบมากที่สุดตามการรับรู้จากการให้บริการจะเป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพโดยเฉพาะปัญหาความรักในวัยรุ่น มีความสอดคล้องกับ DuBois (2004) ที่ทำการสำรวจลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต โดยการใช้อีเมลและแชทจำนวน 217 คน พบว่า ประเด็นที่ผู้รับบริการนำมาปรึกษาเป็นปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานมากที่สุด เช่นเดียวกับ Chester และ Glass (2006) ที่ศึกษาการให้บริการของผู้ให้บริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตจำนวน 67 คน พบว่าผู้ให้ข้อมูลรายงานว่าผู้ป่วยมักจะมาเข้ารับบริการด้วยลักษณะปัญหาด้านสัมพันธภาพมากที่สุด รวมไปถึง Powell (1998, cited in Chester & Glass, 2006) ที่พบว่าปัญหาด้านสัมพันธภาพเป็นปัญหาที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้รับบริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต

ประเด็นที่ 2 : ข้อดีของบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต

ข้อดีของการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตที่พบในการวิจัย ในประเด็นความเป็นส่วนตัวทำให้ผู้รับบริการกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลและรับบริการ มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bambling และคณะ (2008) ที่ศึกษาประสบการณ์ของนักจิตวิทยาการปรึกษาที่ให้บริการทางอินเทอร์เน็ตในประเทศออสเตรเลีย พบว่าผู้ให้บริการมีความเชื่อว่าผู้รับบริการมีความรู้สึกปลอดภัยในสภาพแวดล้อมทางอินเทอร์เน็ต โดยผู้รับบริการมีการแสดงออกถึงความรู้สึกที่เป็นทุกข์และพุดคุยเกี่ยวกับปัญหาของอารมณ์ความรู้สึกนั้นๆ ได้อย่างง่ายดาย เช่นเดียวกับงานของ Centore และ Milacci (2008) ที่เสนอว่าการรับบริการทางอินเทอร์เน็ตอาจเพิ่มความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ เนื่องจากผู้รับบริการสามารถได้รับการช่วยเหลือในขณะที่อยู่ที่บ้าน ซึ่งสิ่งนี้จะทำให้ผู้รับบริการกล้าที่จะเปิดเผยตัวเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Panyamethekul และ Herring (2003, cited in Centore & Milacci, 2008) ที่พบว่าหญิงไทยที่ไม่ค่อยมีปฏิริยาโต้ตอบในการปฏิสัมพันธ์แบบพบหน้า กลับพุดคุยอย่างกล้าแสดงออกและพุดมากขึ้นในการสนทนาทางอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้การบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตยังมีข้อดีคือ การทำให้สามารถพุดคุยถึงประเด็นปัญหาที่แท้จริงได้รวดเร็วโดยไม่ต้องสร้างสัมพันธภาพมาก สอดคล้องกับ Morrison (2005, cited in Maples & Han, 2008) ที่เสนอว่า ข้อดีที่สำคัญของการปรึกษาทาง

อินเทอร์เน็ตคือความฉับไว เนื่องจากช่องทางนี้ทำให้ผู้รับบริการสามารถพูดถึงประเด็นปัญหาได้ในทันที อย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องสร้างสัมพันธภาพมากนัก

ส่วนข้อดีในประเด็นการเข้าถึงกลุ่มคนที่รู้สึกว่าเป็นเรื่องน่าละอายใจ ต้องการรักษาภาพลักษณ์ สอดคล้องกับการนำเสนอของ Centore และ Milacci (2008) ที่เสนอว่าการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตมีประสิทธิภาพในการขจัดปัญหาทางสังคม (social stigma) เนื่องจากผู้รับบริการสามารถติดต่อกับผู้ให้บริการได้เป็นความลับ ไม่ต้องพบหน้ากัน และไม่ต้องกลัวว่าจะมีใครพบเห็นตนในบริเวณใกล้กับศูนย์ให้บริการ นอกจากนี้ Worona (2003) ยังได้เสนอว่าการคงไว้ซึ่งสภาวะนิรนาม หรือการไม่ต้องเปิดเผยตนเอง ทำให้ผู้รับบริการกล้าที่จะถามคำถาม พูดถึงประเด็นปัญหา และเปิดเผยข้อมูลต่างๆ โดยไม่ต้องกังวลถึงอคติเกี่ยวกับเชื้อชาติ เพศ อายุ หรือภาพลักษณ์ของตน นอกจากนี้ยังเสนอว่าผู้รับบริการจะสามารถสำรวจความรู้สึกและความต้องการของตนได้เป็นอย่างดี หากพวกเขาไม่ต้องกังวลถึงสายตาจากผู้อื่นที่จับจ้องพวกเขาอยู่

ข้อค้นพบที่ว่าบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตเป็นสื่อกลางให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลช่วยเหลือในเบื้องต้น และนำไปสู่การรับบริการในรูปแบบอื่นต่อไป สอดคล้องกับ ข้อเสนอของ Richards (2009) ที่เสนอว่าการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตเป็นเหมือนจุดเริ่มต้นในการเชื่อมต่อระหว่างผู้ที่ต้องการรับบริการกับตัวบริการที่มีความเหมาะสม เช่นการกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ผู้ใช้การปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตเข้ารับบริการปรึกษาแบบพบหน้า ดังนั้นการให้บริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตจึงเป็นเหมือนการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ แต่กระนั้นการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตก็ไม่ได้มีขึ้นเพื่อมาแทนที่การปรึกษาแบบพบหน้า แต่เป็นเหมือนการบริการทางเลือกที่เพิ่มเติมออกไป Richards ยังเสนอผลการศึกษาอีกว่า มีผู้ใช้บริการร้อยละ 24 ไปเข้ารับบริการปรึกษาแบบพบหน้าหลังจากที่ได้เข้ารับบริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตมาก่อนหน้านี้ ทั้งนี้ Maples และ Han (2008) ยังเสนอว่าการให้บริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตมีประโยชน์เนื่องจากผู้รับบริการไม่ต้องพบหน้าผู้ให้บริการ ทำให้ความรู้สึกกดดันใจของผู้รับบริการลดลง ดังนั้นผู้รับบริการที่ยังไม่กล้ารับการปรึกษาแบบพบหน้า หรือยังไม่กล้าเล่าปัญหาของตนให้คนแปลกหน้าฟัง ก็จะมีความรู้สึกปลอดภัยและรู้สึกไว้วางใจในการปรึกษามากยิ่งขึ้น

การที่ขอบเขตการบริการครอบคลุมในพื้นที่ห่างไกลและต่างประเทศที่มีอินเทอร์เน็ตนั้น นับเป็นข้อดีที่สำคัญ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่าถ้าไปอยู่ต่างประเทศแล้วเกิดความเครียดขึ้นมา ก็สามารถติดต่อกับผู้ให้บริการในประเทศไทย ที่มีพื้นฐานวัฒนธรรมเดียวกันผ่านอินเทอร์เน็ตได้ นอกจากนี้การบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตยังเป็นช่องทางที่ทำให้กลุ่มคนที่ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นประจำอยู่แล้วเข้าถึงบริการนี้ได้ง่าย ผู้รับบริการยังสามารถเข้าถึงบริการโดยไม่ต้องเดินทาง

ไปด้วยตนเองซึ่งจะทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและเวลาที่ต้องเสียไป ยิ่งไปกว่านั้นยังเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล มีอุปสรรคทางด้านการคมนาคม หรือไม่สะดวกในการออกมานอกบ้าน (Jones & Stokes, 2009; Centore & Milacci, 2008; Maples & Han, 2008)

การให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตมีประโยชน์ต่อผู้ให้บริการเนื่องจากผู้ให้บริการสามารถย้อนกลับไปทบทวนและตรวจสอบบทสนทนาที่ผ่านมาได้ (Jones & Stokes, 2009) และยังทำให้ผู้ให้บริการมีเวลาคิดก่อนที่จะตอบสนองอีกด้วย (Bambling et al., 2008) นอกจากนี้ งานวิจัยของ King และคณะ (2006) ยังพบว่ากลุ่มวัยรุ่นเลือกใช้การบริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตมากกว่าการใช้โทรศัพท์หรือการไปรับบริการจากนักจิตวิทยาแบบพบหน้า เนื่องจากพวกเขามีระยะเวลาในการพิมพ์โต้ตอบ ทำให้พวกเขาเกิดความรู้สึกว่าเขาควบคุมตนเองได้ (Sense of Control) รวมทั้งมีเวลาคิดใคร่ครวญก่อนพิมพ์ หรือสามารถลบประโยคที่พิมพ์ไปแล้วได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่สามารถทำได้ในการปรึกษาแบบพบตัวหรือการปรึกษาทางโทรศัพท์ ดังนั้นการสามารถย้อนกลับไปดูบทสนทนา และการมีระยะเวลาในการคิดแล้วพิมพ์โต้ตอบ จึงเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

แต่ในทางกลับกัน Maples และ Hans (2008) กลับเสนอว่าการมีระยะเวลาให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการคิดก่อนพิมพ์ จะทำให้การตอบสนองต่อกันไม่เป็นธรรมชาติ ซึ่งการมีเวลาให้คิดจะสร้างโอกาสให้ผู้รับบริการใช้กลไกการป้องกันตัว (defense mechanisms) อันจะมีผลต่อการนำเสนอลักษณะปัญหาหรือการเบี่ยงไปจากปัญหาที่แท้จริง ซึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้ได้มีผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งกล่าวว่า การพิมพ์ทำให้ผู้รับบริการมีเวลาได้คิดก่อนพิมพ์ มีโอกาสได้คิดใคร่ครวญก่อนตอบสนอง ทำให้การตอบสนองไม่เกิดขึ้นตามธรรมชาติแบบทันที จึงทำให้ตนไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ผู้รับบริการพิมพ์มาเป็นความจริงหรือไม่

ประเด็นที่ 3 : ข้อจำกัดของบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต

ข้อจำกัดด้านการขาดอวัจนภาษาถือเป็นข้อจำกัดที่สำคัญของการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต เนื่องจากคอมพิวเตอร์ยังไม่สามารถทำให้ลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ตามปกติ (การมีปฏิสัมพันธ์แบบพบหน้า) เกิดขึ้นได้ (Maples & Han, 2008) ทั้งนี้ Law (2002) ยังเสนอว่าการมีปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์จะทำให้นักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถรู้ได้ถึงความรู้สึกและสภาวะของผู้รับบริการจากข้อมูลทางวัจนภาษาและอวัจนภาษา โดยนักจิตวิทยาการปรึกษามักจะต้องใช้ข้อมูลทางอวัจนภาษาในการตีความสิ่งที่ผู้รับบริการกำลังคิดหรือกำลังรู้สึกอยู่ อันจะเป็นการช่วยให้ผู้รับบริการได้ตระหนักถึงความคิดและความรู้สึกของตัวเอง ดังนั้นการขาดอวัจนภาษาในการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตอาจทำให้เกิดการเข้าใจผิดระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้

นอกจากนั้น ในงานวิจัยชิ้นนี้ผู้ให้ข้อมูลยังรายงานว่าตนสัมผัสอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับบริการได้ยาก และไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลที่แท้จริงของผู้รับบริการได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bambling และคณะ (2008) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ให้การรักษาทางอินเทอร์เน็ตในประเทศออสเตรเลีย พบว่าผู้ให้ข้อมูลรายงานว่าการให้บริการทางอินเทอร์เน็ตทำให้ขาดข้อมูลที่สำคัญ ซึ่งจะทำให้เกิดความกังวลอันเนื่องมาจากไม่มั่นใจในสภาพที่แท้จริงของผู้รับบริการ มีความเสี่ยงต่อการสื่อสารที่ผิดพลาดอีกด้วย

การสื่อสารโดยการพิมพ์ยังใช้เวลาในการสื่อความเข้าใจที่ช้ากว่าการพูดโดยตรง เนื่องจากการพิมพ์สื่อสารจะต้องมีช่วงระยะเวลาในการพิมพ์ ทำให้การสื่อสารไม่ได้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเท่าการพูด ยิ่งไปกว่านั้น หากผู้รับบริการทำหลายๆ สิ่งพร้อมกันขณะรับบริการ เช่นการคุยกับเพื่อนไปด้วยขณะรับบริการ ก็จะทำให้การสื่อสารทำได้ช้าลง และการปรึกษาก็จะไม่ได้ประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ในช่วงเวลาที่มีอยู่ (Bambling et al., 2008)

นอกจากนี้ ข้อจำกัดของการบริการสุขภาพจิตในประเด็นของการจำกัดกลุ่มผู้รับบริการที่ไม่คุ้นเคยกับไอทีหรือไม่มีอินเทอร์เน็ตใช้ ยังสอดคล้องกับ Maples และ Han (2008) ที่เสนอว่าผู้ที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ใช้อินเทอร์เน็ตได้ และมีทักษะในการใช้เทคโนโลยีเท่านั้นถึงจะสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตได้ และ Law (2002) ที่เสนอว่ากลุ่มผู้ที่มีรายได้ดีหรือมีฐานะดี จะมีศักยภาพในการเข้าถึงเทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตได้มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย ดังนั้นจากข้อมูลจะทำให้เห็นได้ว่า กลุ่มผู้ที่มีโอกาสจะได้รับบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต มีแนวโน้มที่จะเป็นกลุ่มคนที่มีฐานะดี เข้าถึงเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ต และมีความรู้ทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์เท่านั้น

ประเด็นที่ 4 : คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตนั้นจะต้องมีความรู้ความชำนาญในด้านสุขภาพจิตและการให้การปรึกษาเบื้องต้นเป็นพื้นฐาน แต่อย่างไรก็ตามสำหรับทีมผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้รับการอบรมการให้การปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตโดยเฉพาะ แต่เป็นการประยุกต์องค์ความรู้ของการให้บริการแบบพบหน้ากับการให้บริการทางโทรศัพท์มาใช้ในการให้บริการ ซึ่ง Rochlen และคณะ (2004) ได้เสนอว่าผู้ให้บริการจะต้องได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตมาโดยเฉพาะ รวมไปถึงมีการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือเข้าร่วมการฝึกอบรมและเข้าร่วมฟังการประชุมวิชาการ ซึ่งถ้าหากมองตามสภาพความเป็นจริงในประเทศไทยแล้ว องค์ความรู้ และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการให้บริการ

สุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตถือว่ายังมีน้อยมาก ซึ่งถือเป็นอุปสรรคสำคัญในการจัดการฝึกอบรม การให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตให้มีคุณภาพและมาตรฐานที่ดีต่อไป

ผู้ให้บริการจะต้องมีทักษะเฉพาะด้านการใช้ภาษา มีความสบายใจที่จะทำการสื่อสารผ่าน ตัวหนังสือ (Rochlen et al., 2004) และผู้ให้บริการต้องมีความสามารถในการถ่ายทอดสิ่งต่างๆ โดยวิธีการพิมพ์ได้ดี ผู้ให้บริการยังต้องระมัดระวังในเรื่องการพิมพ์สิ่งที่ทำให้ตนเองดูไม่น่าเชื่อถือ ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการไม่เชื่อถือและไม่ไว้วางใจในตัวผู้ให้บริการอันจะส่งผลให้เกิดความเสียหายใน สัมพันธภาพได้ (Zelvin & Speyer, 2004) นอกจากนี้ Mallen, Vogel, และ Rochlen (2005) ยัง เสนอว่าผู้ให้บริการควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการตีความข้อความ และการประเมินผู้รับบริการ โดยปราศจากข้อมูลทางอวัจนภาษาด้วย

ทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีก็เป็นทักษะหนึ่งที่สำคัญสำหรับผู้ที่จะมาให้บริการสุขภาพจิต ทางอินเทอร์เน็ต สอดคล้องกับ Rochlen และคณะ (2004) ที่เสนอว่าผู้ให้บริการจะต้องมีความ สะดวกใจที่จะใช้คอมพิวเตอร์ Zelvin และ Speyer (2004) เสนอเพิ่มเติมอีกว่าผู้ให้บริการจะต้อง มีความสบายใจในการใช้อินเทอร์เน็ตและมีทักษะในการใช้คีย์บอร์ด ผู้ให้บริการอาจไม่จำเป็นต้อง มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบคอมพิวเตอร์ทั้งหมด เพียงแต่มีความรู้และสามารถควบคุม อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ได้ และมีความเอาใจใส่ หมั่นซ่อมบำรุงอยู่เสมอก็เพียงพอ ซึ่งในบางครั้งผู้ ให้บริการอาจต้องเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับอุปกรณ์เทคโนโลยีเหล่านี้ เช่น การขาดการติดต่อ ระหว่างการให้บริการ คอมพิวเตอร์ช้าๆ ปัญหาทางเทคนิคต่างๆ ดังนั้นผู้ให้บริการจึงต้องมีทักษะ ในการแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้ รวมไปถึงการรับมือกับความรู้สึกของตัวผู้ให้บริการเอง และ รับมือการตอบสนองของผู้รับบริการด้วย

ส่วนคุณลักษณะด้านอื่นนั้น Rochlen และคณะ (2004) เสนอเพิ่มเติมว่าผู้ให้บริการ จะต้องมีความสามารถในการคิดจินตนาการสูง มีความยืดหยุ่น อดทนอดกลั้น มีความคิด สร้างสรรค์ ส่วน Zelvin และ Speyer (2004) ได้เสนอว่าความยืดหยุ่นเป็นคุณลักษณะที่สำคัญ ของผู้ให้บริการ เนื่องจาก งานให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ซึ่งยังคงมี ความสงสัย แรงต้านทาน และความคิดต่อต้านจากหลายๆ ฝ่าย ดังนั้นการเป็นผู้ให้บริการ สุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตจึงอยู่ในสถานะที่มีความเสี่ยง นอกจากนี้ความคาดหวังของผู้รับบริการ ที่มีต่อการบริการก็ยังไม่คงที่แน่นอนและเปลี่ยนแปลงได้ง่ายกว่าการให้การปรึกษาแบบดั้งเดิม ผู้ ให้บริการจึงต้องมีความยืดหยุ่นปรับตัวไปตามกระแสต่างๆ

ประเด็นที่ 5 : แนวปฏิบัติในการให้บริการ

การให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตของกรมสุขภาพจิตเป็นการให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป และการให้บริการทางอินเทอร์เน็ตต่างจากการให้บริการแบบพบหน้า คือผู้ให้บริการไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลที่แท้จริงของผู้รับบริการได้ ผู้ให้บริการไม่มีทางรู้ได้เลยว่าผู้ที่เข้ามาแสดงความจำนงขอรับบริการเป็นใคร มีลักษณะอย่างไร มีความต้องการที่จะรับบริการจริงหรือไม่ ดังนั้นการให้บริการทางอินเทอร์เน็ตจึงทำให้ผู้ให้บริการขาดข้อมูลที่สำคัญ ซึ่งจะก่อให้เกิดความกังวลใจอันเนื่องมาจากความไม่มั่นใจในสภาพที่แท้จริงของผู้รับบริการ (Bambling et al., 2008) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งยังกล่าวว่า การทำงานกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นงานที่เสี่ยงเพราะไม่มีทางรู้ได้เลยว่าผู้รับบริการจะเกิดอาการขึ้นเมื่อใด และการให้บริการกับประชาชนทั่วไปนั้นหมายถึงความหลากหลายของผู้คน ดังนั้นข้อตกลงของทีมในการให้บริการจึงเน้นความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของผู้ให้บริการ เช่น การรักษาความเป็นส่วนตัว ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้บริการ ทั้งชื่อหรือตารางเวรของผู้ให้บริการแต่ละคน และไม่เปิดเว็บแคม ผู้ให้บริการจะต้องเข้าสู่ระบบเอ็มเอสเอ็นด้วยบัญชีรายชื่อส่วนกลางร่วมกัน และเข้าเวรตามตารางเวลาที่จัดไว้แบบไม่ตายตัว ดังนั้นผู้รับบริการจะไม่มีทางรู้ว่าผู้ให้บริการเป็นใคร ซึ่งจะทำให้ไม่เกิดการยึดติดกับผู้ให้บริการคนใดคนหนึ่ง นอกจากนี้ผู้ให้บริการก็จะไม่ถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้บริการด้วย เพื่อที่จะทำให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกเป็นส่วนตัว และกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลเรื่องราวปัญหาได้อย่างสะดวกใจมากขึ้น

อย่างไรก็ตามด้วยลักษณะการให้บริการแบบนิรนามจึงทำให้การให้บริการเน้นแบบครั้งเดียวจบ ไม่ได้เป็นการให้บริการแบบต่อเนื่อง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะไม่มีนัดเพื่อให้บริการครั้งต่อไป ดังนั้นหากผู้ที่เคยเข้ามารับบริการแล้ว ต้องการเข้ามารับบริการอีก ก็จะต้องคุยกับผู้ให้บริการที่ประจำเวรอยู่ในขณะนั้น ซึ่งอาจจะไม่ใช่ผู้ให้บริการคนเดิม ผู้รับบริการก็ต้องเล่าประเด็นปัญหานั้นอีกครั้งเพื่อให้ผู้ให้บริการเข้าใจและสนทนาต่อได้

สำหรับในประเด็นการทักทายผู้รับบริการนั้น จากข้อมูลจะเห็นได้ว่ามีแนวทางปฏิบัติที่แตกต่างกันระหว่าง การไม่ทักทายผู้รับบริการก่อน และ การทักทายผู้รับบริการก่อนเมื่อต้องการติดตามผล หรือทักทายเมื่อพบว่าผู้รับบริการมีความเสี่ยงต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้ให้บริการที่ให้ข้อมูลว่าตนไม่เริ่มทักทายผู้รับบริการก่อน เสนอว่า ตนไม่รู้ว่าเป็นเบื้องหลังหน้าจของผู้รับบริการมีใครอยู่บริเวณนั้นหรือไม่ เป็นผู้รับบริการตัวจริงหรือเปล่า เพราะฉะนั้นหากผู้รับบริการพิมพ์ทักทายไปก่อนก็อาจจะเกิดปัญหาได้ เช่น มีคนอื่นที่ผู้รับบริการไม่อยากจะรู้ว่าตัวเองเคยเข้ารับบริการปรึกษาจากกรมสุขภาพจิต ทำให้บริการไม่เป็นความลับและไม่เป็นส่วนตัว ส่วนแนวทางการปฏิบัติอีกด้านหนึ่งที่เสนอว่าจะทักทายผู้รับบริการเมื่อต้องการติดตามผล หรือพบว่าผู้รับบริการมีความเสี่ยง

ต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้ให้บริการเสนอว่าตนจะเข้าไปทักทายก่อนในกรณีที่ผู้รับบริการเคยมาเข้ารับบริการก่อนหน้านี้ไม่กี่วัน ซึ่งการทักทายจะเป็นเหมือนการเข้าไปดูแลติดตามผลการพูดคุยจากครั้งที่แล้ว ส่วนผู้ให้บริการอีกท่านก็เสนอว่าจะเข้าไปทักผู้รับบริการที่มีการตั้งชื่อ หรือตั้งสถานะของตนบนเอ็มเอสเอ็มเอ็นว่ามีปัญหา เช่น อยากตาย ในกรณีนี้ผู้ให้บริการจะเข้าไปทักเพื่อดูว่ามีปัญหาอะไร แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากเหตุผลในการปฏิบัติต่อการทักผู้รับบริการ แต่ละด้านก็มีเหตุผลที่สมควร ดังนั้นประเด็นนี้คงขึ้นอยู่กับวิจารณญาณของผู้ให้บริการเองว่าจะปฏิบัติในสถานการณ์นั้นอย่างไร

ในการให้บริการบางครั้งผู้ให้บริการอาจต้องเจอผู้ที่มาขอรับบริการพร้อมกันหลายคน ผู้ให้บริการอาจให้บริการพร้อมกันทั้งหมดหากรู้สึกว่าคุณเองสามารถรับมือได้ เช่น ปัญหาเล็กน้อย แต่หากเป็นปัญหาที่มีระดับความรุนแรงและต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ ผู้ให้บริการจะทำการจัดคิวให้บริการ โดยให้บริการรายที่เข้ามาก่อน และให้รายที่เพิ่งเข้ามารอ หรือผู้ให้บริการอาจจัดลำดับความรุนแรงของปัญหาและให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาหนักที่สุดก่อน ซึ่งการจัดลำดับนี้จะทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและให้ความสนใจผู้รับบริการได้อย่างเต็มที่ จะเห็นได้ว่าการจัดคิวให้บริการ ผู้ให้บริการจะเป็นผู้จัดคิวด้วยตนเอง ผู้รับบริการจะได้พูดคุยกับผู้ให้บริการในเบื้องต้นก่อนและจะได้รับการจัดคิวถ้าจำเป็น ในขณะที่การให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตในต่างประเทศ เช่น ในประเทศออสเตรเลีย จะมีการใช้ระบบจัดคิวผู้รับบริการให้ โดยเป็นคิวตามลำดับ ผู้รับบริการจะไม่ได้คุยกับผู้ให้บริการในเบื้องต้น แต่จะเข้าคิวตามระบบ ซึ่งผู้รับบริการจะไม่มีทางรู้เลยว่าตนเองต้องรอนานเท่าไร ผู้รับบริการบางรายต้องรอถึง 3 ชั่วโมง นอกจากนี้ผู้รับบริการบางคนก็ไม่อาจได้รับบริการในวันนั้น เนื่องจากหมดเวลาให้บริการ ผู้มารับบริการรายหนึ่งบอกว่าตนรู้สึกซึมเศร้ามากขึ้นเมื่อไม่ได้รับบริการในวันนั้น (King et al., 2006) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า การได้พูดคุยกับผู้ให้บริการในเบื้องต้นอาจทำให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจมากกว่า เพราะสามารถพูดคุยกับผู้ให้บริการได้ทันที

ช่วงเวลาการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตจะให้บริการในทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ วันธรรมดาจะมีกะเดียวคือ 16.30-00.30น. ส่วนวันเสาร์ อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ จะให้บริการสองช่วงกะคือ 08.30-16.30น. และ 16.30-00.30น. เป็นช่วงเวลาที่อาจจะพอเหมาะกับผู้รับบริการในการเข้ามาใช้บริการ เพราะเปิดถึงค่อนข้างดี ผู้รับบริการมีโอกาสใช้บริการได้ทุกวัน แต่อย่างไรก็ตามถ้าหากผู้รับบริการต้องการใช้บริการนอกเหนือจากเวลาที่เปิดให้บริการ ผู้รับบริการอาจเลือกใช้บริการสายด่วน 1323 แทนได้ เนื่องจากบริการสายด่วนของกรมสุขภาพจิตจะเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งนี้การรองรับบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตด้วยบริการสายด่วน 1323 ยังถือเป็นการสนับสนุนการบริการที่ดี เนื่องจากบางครั้งการให้บริการทางอินเทอร์เน็ตอาจไม่

สะดวกหรือมีอุปสรรค ดังนั้นการแนะนำให้ผู้รับบริการใช้บริการสายด่วน 1323 ก็จะทำให้ผู้รับบริการยังคงสามารถรับบริการทางสุขภาพจิตได้โดยยังคงไว้ซึ่งสภาวะนิรนามของผู้รับบริการด้วยสอดคล้องกับ Maples และ Han (2008) ที่เสนอว่า ผู้ให้บริการควรมีการกล่าวถึงการบริการช่องทางอื่นที่ช่วยสนับสนุนการบริการทางอินเทอร์เน็ต เพื่อที่จะทำให้ผู้รับบริการยังคงสามารถได้บริการต่อไปได้ในกรณีที่เกิดปัญหาความขัดข้องต่างๆกับการบริการทางอินเทอร์เน็ต

ประเด็นที่ 6 : แนวทางการช่วยเหลือ

การบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตของกรมสุขภาพจิตสามารถเป็นที่พึ่งในปัญหาด้านสุขภาพจิต ด้วยการให้ข้อมูลและคำแนะนำ ซึ่งผู้ให้บริการจะเป็นเหมือนผู้ให้ความรู้ เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับผู้รับบริการที่ต้องการข้อมูล องค์ความรู้ หรือข้อมูลบริการทางสุขภาพจิตที่ตนสามารถเข้าถึงได้ สอดคล้องกับ Jones และ Stokes (2009) เสนอว่าการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นแหล่งหาข้อมูลเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องต่อทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพราะอินเทอร์เน็ตเป็นแหล่งข้อมูลที่มีความหลากหลายและกว้างขวาง สามารถค้นหาข้อมูลที่จำเป็นได้ ผู้ให้บริการสามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับยาหรือข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้รับบริการ เพื่อนำข้อมูลนั้นมาประกอบการให้บริการ หรือผู้ให้บริการยังอาจเสนอแนะให้ผู้รับบริการหาข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเอง หรือผู้ให้บริการจะช่วยหาข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องส่งให้กับผู้รับบริการก็ได้

การบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตยังให้การสนับสนุนและประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้รับบริการ ซึ่งในส่วนนี้เป็นลักษณะการให้การปรึกษาปัญหาชีวิต ผู้ให้บริการประยุกต์ใช้เทคนิคการปรึกษาในการให้บริการ เช่น การสะท้อน สรุปปัญหา ทำให้เห็นแนวทางเลือก เชื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและแก้ปัญหาด้วยตัวเองได้ ซึ่งบางครั้งผู้ให้บริการอาจจะเสนอแนะแนวทางหรือชี้แนะเพิ่มเติม เป็นเหมือนเพื่อนคู่คิดหากผู้รับบริการมีอุปสรรคด้าน เพื่อที่จะหาทางออกร่วมกันได้ นอกจากนี้ยังเป็นพื้นที่ที่เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ระบายสิ่งที่อัดอั้นอยู่ในใจออกมา เพื่อลดความกดดันใจลง และผู้ให้บริการจะให้กำลังใจแก่ผู้รับบริการ

ผู้ให้บริการจะให้การแนะนำบริการอื่นที่มีความเหมาะสมมากกว่า หากลักษณะปัญหาที่ผู้รับบริการเข้ามาขอปรึกษาอยู่นอกเหนือขอบเขตความสามารถของผู้ให้บริการ เช่น ปัญหาเรื่องยา เรื่องโรคทางจิตเวชที่ลงลึก เป็นต้น ผู้ให้บริการก็จะแนะนำบริการที่มีความเหมาะสมมากกว่าตามลักษณะปัญหานั้นๆ แก่ผู้รับบริการ

ทั้งนี้ ผู้ให้บริการยังโน้มน้าวให้ผู้รับบริการตระหนักถึงความจำเป็นในการรับบริการตามกระบวนการที่เหมาะสมในรายที่มีปัญหาเรื้อรังหรือรุนแรง นอกจากนี้ผู้ให้บริการยังพยายามให้

ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นและมีทัศนคติที่ดีในการมารับบริการ ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการกล้าที่จะตัดสินใจมาเข้ารับบริการมากขึ้น

ประเด็นที่ 7 : อุปสรรค ความท้าทาย และข้อเสนอแนะในการให้บริการ

การให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตเป็นการให้บริการโดยพึ่งพาระบบอินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางการสื่อสารหลัก ดังนั้นเมื่อระบบอินเทอร์เน็ตขัดข้อง เว็บไซต์อีเมล หรือโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นมีปัญหา ผู้ให้บริการก็ไม่สามารถให้บริการต่อได้ แต่ในส่วนของปัญหาไวรัสคอมพิวเตอร์นั้น Derrig-Palumbo และ Zeine (2005) เสนอว่า ผู้ให้บริการควรที่จะนำโปรแกรมป้องกันไวรัสติดตั้งในเครื่องคอมพิวเตอร์ของตนเพื่อป้องกันไวรัส โดยโปรแกรมป้องกันไวรัสควรจะได้รับการอัปเดตอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้ให้บริการอาจจะต้องมีความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการระวังป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงเหตุการณ์เสี่ยงที่จะทำให้คอมพิวเตอร์ของตนติดไวรัสด้วย

อุปสรรคการมีผู้มาขอรับบริการพร้อมกันหลายรายจึงทำให้ผู้ให้บริการสับสนหรือเกิดภาวะงานล้นมือ เกิดขึ้นเพราะผู้ให้บริการที่เข้าประจำเวรมีคนเดียว จึงถือเป็นขีดจำกัดที่ผู้ให้บริการไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ที่ต้องการรับบริการพร้อมกันทั้งหมดได้ ซึ่งผู้ให้บริการอาจต้องจัดการปัญหานี้ด้วยการบริหารจัดการลำดับให้บริการครั้งละไม่มาก ส่วนอุปสรรคที่เกิดจาก อีโมติคอน (emoticon) หรือภาษาวัยรุ่นนั้น ผู้วิจัยเห็นว่าหากผู้ให้บริการมีประสบการณ์มากขึ้นเกี่ยวกับอีโมติคอนและภาษาวัยรุ่น ผู้ให้บริการจะมีความคุ้นเคยและมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามอุปสรรคที่กล่าวในช่วงต้น ได้เกิดขึ้นจากการเลือกใช้โปรแกรมเอ็มเอสเอ็นในการให้บริการ ซึ่งโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นเป็นโปรแกรมที่ออกแบบไว้เพื่อพูดคุยแบบสาธารณะ ไม่ได้ออกแบบเพื่อให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตโดยเฉพาะ ดังนั้นการเลือกใช้โปรแกรมสาธารณะอาจมีข้อดีคือไม่มีค่าใช้จ่าย และประชาชนทั่วไปมีความคุ้นเคยและใช้กันประจำ แต่ในขณะเดียวกันก็มีข้อจำกัดคือลักษณะของโปรแกรมอาจไม่ได้มีความเหมาะสมกับการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตโดยสมบูรณ์ เช่นเดียวกัน ปัญหาในกรณีคนที่ไม่ได้มีความต้องการรับบริการจริงเข้ามาก่อนนั้นก็ สามารถเกิดขึ้นได้ เนื่องจากโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นเป็นโปรแกรมสาธารณะ จึงไม่สามารถที่จะคัดกรองคนเฉพาะกลุ่มคนที่มีความต้องการรับบริการจริงได้

ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบงานให้บริการ เช่นการขาดการประชุมทีมผู้ให้บริการ อาจเกิดขึ้นจากทีมผู้ให้บริการแต่ละคนก็มีภาระรับผิดชอบในงานประจำค่อนข้างมาก คนหนึ่งทำหลายบทบาท หลายตำแหน่ง ดังนั้นผู้ให้บริการจึงไม่สามารถทุ่มเทกำลังให้กับงานบริการทางอินเทอร์เน็ตได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้ ทีมผู้ให้บริการมีตำแหน่งอาชีพที่ต่างกัน ตารางเวลาการทำงาน และภาระงานประจำก็ต่างกัน ทำให้การนัดประชุมทีมทำได้ยาก ส่วนประเด็นปัญหาเรื่องการทำผู้ให้บริการไม่

สามารถเข้าเวรได้ทันที อาจเกิดขึ้นเพราะเวลาเลิกงานประจำของผู้ให้บริการ ยังไม่สอดคล้องกับเวลา เริ่มต้นให้บริการทางอินเทอร์เน็ตที่ผู้ให้บริการท่านนั้นจะต้องไปเข้าประจำเวร ซึ่งมีระยะเวลาที่ติดต่อกันเกินไป จนไม่มีระยะเวลาให้ผู้ให้บริการได้เตรียมตัวก่อน

ข้อมูลนำร่องในการให้บริการนับเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เพราะการมีข้อมูลนำร่องของผู้รับบริการแต่ละราย จะช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถวางแผนการให้บริการและติดตามดูแลผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น ผู้ให้บริการสามารถกลับไปค้นดูประวัติการสนทนาของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการรายนั้นๆ ได้ นอกจากนี้ ผู้ให้บริการอาจมีการจัดทำฐานข้อมูลในการให้บริการ เพื่อให้สามารถเห็นภาพรวมของปัญหาทั้งหมดได้ ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาการบริการ เช่น การต่อยอดทางวิชาการหรือส่งเสริมความรู้แก่ผู้ให้บริการในด้านที่ผู้รับบริการมีความต้องการมาก นอกจากนี้ผลการรวบรวมข้อมูลยังมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้เพื่อการศึกษาวิจัยต่อไป ทั้งนี้การเก็บข้อมูลความพึงพอใจก็ยังเป็นส่วนหนึ่งที่ระบบการปฏิบัติงานขาดไป การเก็บข้อมูลความพึงพอใจจะทำให้หน่วยงานได้รับเสียงตอบรับของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นเหมือนกระจกสะท้อนบริการ ทำให้เกิดการพัฒนารับปรุงงานให้ถูกใจผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนมากขึ้น

นอกจากนี้ การเพิ่มการอบรมเรื่องการใช้เทคโนโลยี คอมพิวเตอร์ และโปรแกรมก็เป็นหลักสูตรสำคัญที่ควรจัดขึ้นพร้อมกับการให้การอบรมเรื่องการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต เพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถควบคุม ใช้งานเครื่องมือของตนได้เป็นอย่างดี และให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ประเด็นที่ 8 : คุณค่าจากประสบการณ์การให้บริการ

ผู้ให้บริการเสนอว่าตนเองมีความรู้สึกดีและภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการให้บริการแก่กลุ่มคนที่อยู่ในยุคไอที ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่การให้บริการสุขภาพจิตแบบพบหน้าไม่อาจเข้าถึงพวกเขาได้ นอกจากนี้ผู้ให้บริการยังรู้สึกมีความสุขและรู้สึกถึงคุณค่าของการช่วยเหลือเมื่อรับรู้ว่าคุณรับบริการได้คลายทุกข์ลงอีกด้วย

ประเด็นที่ 9 : การอภิปรายในประเด็นอื่นๆ

การที่บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็นสามารถให้บริการได้ครั้งละหลายคนและทำกิจกรรมอื่นพร้อมกันได้นับเป็นข้อดีที่สำคัญประการหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลรายงาน แต่ในขณะเดียวกันข้อค้นพบก็บ่งชี้ว่าบางครั้งการที่มีผู้มาขอรับบริการพร้อมกันหลายรายเกินไปก็ทำให้ผู้ให้บริการเกิดภาวะงานล้นมือและเป็นอุปสรรครบกวนการทำงานของผู้ให้บริการได้ นอกจากนี้การบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตยังมีข้อดีในการเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นและผู้ที่มี

ความคุ้นเคยกับไอทีได้ง่าย แต่ในทางกลับกันผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับไอทีหรือไม่มีอินเทอร์เน็ตใช้ก็จะไม่สามารถเข้าถึงบริการในส่วนนี้ได้

จะเห็นได้ว่าการบริการนี้มีข้อดีที่สำคัญอยู่ แต่ในขณะเดียวกันก็มีข้อจำกัดและอุปสรรคสำคัญที่เกิดขึ้นในทางตรงกันข้าม ดังนั้นในประเด็นเหล่านี้หากมีการจัดการลดข้อจำกัดและอุปสรรคเหล่านี้ลงได้ ก็จะทำให้ข้อดีของการบริการดีมีความโดดเด่นมากยิ่งขึ้น ซึ่งการจัดการปัญหาเหล่านี้อาจสามารถทำได้โดยจัดให้มีการให้บริการอย่างเหมาะสม ได้แก่ ให้บริการที่ละรายหรือให้บริการพร้อมกันเฉพาะในรายที่มาขอรับบริการในประเด็นที่ไม่หนัก ก็จะทำให้ยังสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดภาวะล้นมือ เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าการบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตนับเป็นช่องทางที่ทำให้กลุ่มคนที่ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นประจำอยู่แล้วเข้าถึงบริการนี้ได้ง่าย โดยที่ไม่ต้องมีขั้นตอนยุ่งยากซับซ้อน นอกจากนี้การบริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตยังเหมาะสำหรับกลุ่มคนที่มีความต้องการที่จะรับบริการด้านสุขภาพจิตแต่ไม่กล้าที่จะไปเข้ารับบริการด้วยตนเอง เนื่องจากไม่สะดวกใจหรือไม่คุ้นเคยกับการคุยกับคนแปลกหน้าหรือมีค่านิยมว่าการมาเข้ารับบริการในสถานบริการด้านสุขภาพจิตเป็นเรื่องของความรู้สึกด้อยค่า ดูไม่ดี น่าอาย สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้ นอกจากนี้ยังมีเรื่องความสะดวกในการเข้าถึงบริการ เช่นการที่ไม่ต้องเดินทางไปด้วยตนเองซึ่งจะทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย และเวลาที่ต้องเสียไป และด้วยการที่ผู้รับบริการสามารถปิดสถานะทางสังคมหรือข้อมูลส่วนบุคคลได้ จึงทำให้ผู้รับบริการมีความสะดวกใจที่จะนำประเด็นปัญหาหรือเรื่องส่วนตัวมาบอกเล่า ปรึกษากับผู้ให้บริการ

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสะท้อนถึงความต้องการของผู้ให้บริการในเรื่องแนวปฏิบัติในการให้บริการอย่างเป็นมาตรฐานรวมทั้งการสนับสนุนในด้านบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ การส่งเสริมให้มีการบริการในรูปแบบของการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านนี้ควบคู่ไปกับการบริการ และการควบคุมมาตรฐาน

ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นจุดตั้งต้นในการพัฒนารูปแบบการให้บริการด้านจิตวิทยาและด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตเพื่อปรับเจตคติต่อการรับบริการด้านจิตวิทยา และลดความไม่สะดวกใจ หรือความรู้สึกด้อย เป็นตราบาป ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาด้านจิตใจ โดยผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

เนื่องจากเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต เป็นสิ่งที่กลุ่มคนรุ่นใหม่หรือวัยรุ่นให้ความสนใจ จึงทำให้สามารถใช้บริการทางอินเทอร์เน็ตเป็นจุดเริ่มต้นในการเชื่อมต่อระหว่างผู้ที่ต้องการรับบริการที่เป็นคนรุ่นใหม่หรือวัยรุ่นกับรูปแบบการบริการที่มีความเหมาะสม เช่น การกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ผู้ใช้ที่ใช้บริการทางอินเทอร์เน็ตเข้ารับบริการปรึกษาแบบพบหน้า หรือเป็นสื่อกลางให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลช่วยเหลือในเบื้องต้น และนำไปสู่การรับบริการในรูปแบบอื่นต่อไป ตัวอย่างการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ เช่น

1.1 นักจิตวิทยาการปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนและสถาบันการศึกษาที่ให้บริการปรึกษาแบบพบหน้าและการให้บริการด้านสุขภาพจิตเป็นหลัก สามารถใช้ข้อดีของการบริการทางอินเทอร์เน็ต คือ เข้าถึงง่าย สะดวก ประหยัด เพื่อเสริมการให้บริการหลักให้มีความต่อเนื่องและครอบคลุมมากขึ้น ได้แก่ กรณีผู้รับบริการเดิมมีคำถามหรือปัญหาที่ต้องการคำแนะนำก่อนเวลานัดหมาย เป็นต้น

1.2 นักจิตวิทยาการปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตสามารถใช้รูปแบบบริการทางอินเทอร์เน็ตเป็นบริการเชิงรุกเพื่อป้องกันปัญหาด้านจิตใจและเป็นการส่งเสริมการให้บริการหลักแบบตั้งรับได้ โดยเฉพาะปัญหาด้าน ความรัก สัมพันธภาพ และการปรับตัว ทั้งนี้การบริการทางอินเทอร์เน็ตโดยการพูดคุยเบื้องต้นสามารถใช้เป็นการคัดกรองและให้คำแนะนำให้ผู้รับบริการได้รับบริการด้านจิตวิทยาและสุขภาพจิตที่เหมาะสมต่อไปได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการในมุมมองของผู้ให้บริการฝ่ายเดียว รวมทั้งข้อมูลด้านปัญหาไม่ได้มาจากการบันทึกลักษณะปัญหาของผู้ที่มาเข้ารับบริการจริงอย่างเป็นระบบ ดังนั้นเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สะท้อนภาพของปัญหาผู้มารับบริการ การวิจัยครั้งต่อไปควรได้มีการออกแบบเพื่อเก็บข้อมูลทางสถิติให้ครอบคลุมมุมมองของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตลอดจนมีการศึกษาวิจัยให้เป็นรูปธรรมต่อไป

2.2 ด้านบทบาท สถานะ ขอบเขตการให้บริการ ระบบงาน และมาตรฐานของการให้บริการด้านจิตวิทยาและสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตนับเป็นประเด็นที่ทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็น องค์การวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักวิชาชีพ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ในสังคมให้ความสำคัญ ซึ่งประเด็นนี้ต้องการการวิจัยและพัฒนา (research and development) ควบคู่ไปกับการให้บริการ การมีข้อมูลที่ได้รับการศึกษาอย่างเป็นระบบและเป็นการศึกษาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ตัวอย่างหัวข้อของการศึกษาวิจัย เช่น การวิจัยและพัฒนาฐานข้อมูลในการ

ให้บริการเพื่อให้สามารถเห็นภาพรวมของปัญหาของผู้มารับบริการทั้งหมดซึ่งจะทำให้ผู้ให้บริการมีการพัฒนาการบริการแบบต่อยอดหรือเสริมความรู้ในด้านที่ผู้รับบริการมีความต้องการมากหรือข้อมูลดังกล่าวสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการวางแผนนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านนี้ต่อไป การวิจัยและพัฒนาอีกรูปแบบต่อมา คือ การวิจัยและพัฒนารูปแบบการให้บริการมาตรฐานของการให้บริการ และการฝึกอบรมบุคลากรด้านนี้

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เนื่องจากการบริการทางอินเทอร์เน็ตเป็นบริการที่เพิ่งมีการเริ่มต้นนำมาใช้ ประกอบกับผลการศึกษาพบว่ามีความท้าทายและอุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติงาน ดังนั้นเพื่อให้การให้บริการที่มีมาตรฐานและมีความเหมาะสมต่อทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่มีความต้องการรับบริการในช่องทางนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

3.1 การเปิดโอกาสและสนับสนุนให้นักจิตวิทยาการปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตที่สนใจให้บริการทางอินเทอร์เน็ต ได้มีการจัดบริการไปพร้อมๆ กับการวิจัยและพัฒนาเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการบริการในแต่ละบริบทอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการจัดให้มีการฝึกอบรมในด้านความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้การปรึกษาที่มีมาตรฐาน การให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตโดยเฉพาะ รวมไปถึงการใช้เครื่องมือคอมพิวเตอร์และโปรแกรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ให้บริการมีความพร้อม มีทักษะ ความรู้ ความสามารถเพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตที่มีความปลอดภัย มีคุณภาพมาตรฐานแก่ผู้รับบริการ

3.2 หน่วยงานที่ให้บริการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตนักจิตวิทยาการปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และองค์กรด้านวิชาชีพ ควรได้มีส่วนในการกำหนดมาตรฐานของเว็บไซต์ที่ให้บริการให้มีความปลอดภัยและปกป้องข้อมูลส่วนตัวของผู้รับบริการ การกำหนดมาตรฐานในการให้บริการ การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่รายละเอียด ข้อดีข้อเสียของการให้บริการ การจัดทำมีบริการอินเทอร์เน็ตที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานบริการให้ก้าวหน้าไปได้อย่างดีต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2551). ออนไลน์คลายเครียด. http://www.dmh.go.th/sty_libnews/news/view.asp?id=10486. เข้าถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2552.
- เชิญศิริ รุ่งสบแสง และ กุณิสรา ไคร่ครวญ. (2550). *คุยออนไลน์มันส์ๆ MSN8+Free e-mail*. นนทบุรี: ไอดีซี อินโฟ ดิสทริบิวเตอร์ เซ็นเตอร์ จำกัด.
- ไทยฮอตเว็บ. (2552). รวมสุดยอดเว็บเกี่ยวกับ MSN. <http://www.thaihotweb.com/hotweb/MSN.html>. เข้าถึงวันที่ 7 ตุลาคม 2552.
- ศิริพร จิรวัดมนกุล. (2552). *การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา.
- สุพรรณณี รัชตวโรทัย. (2551). *แชทมันส์สนั่นจอ MSN9*. กรุงเทพฯ: เสริมวิทย์ อินฟอร์เมชั่น เทคโนโลยี จำกัด.
- สุภาวงศ์ จันทวานิช. (2551). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 16). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณิ วงศ์ทางสวัสดิ์ และ อรัญญา ต้อยคำภีร์. (2554). บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น: รายงานเบื้องต้น. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 19, 58-65.
- สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. (2551). รายงานผลสำรวจกลุ่มผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2551. คัดมาจาก <http://nstda.or.th/index.php/nstda-knowledge/560-internet-user-profile-thailand>. เข้าถึงวันที่ 8 ตุลาคม 2552.

ภาษาอังกฤษ

- Amani, N. (2007). Investigating the nature, the prevalence, and effectiveness of online counseling. Master's Thesis, California State University, Long Beach.
- Bambling, M., King, R., Reid, W., & Wegner, K. (2008). Online counselling: the experience of counsellors providing synchronous single-session counselling to young people. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8, 110-116.
- Barak, A. (1999). Psychological applications on the Internet: A discipline on the threshold of a new millennium. *Applied and Preventive Psychology*, 8, 231-246.

- Centore, J. A., & Milacci, F. (2008). A study of mental health counselors' use of and perspectives on distance counseling. *Journal of Mental Health Counseling, 30*, 267-282.
- Chester, A., & Glass, C. A. (2006). Online counselling: A descriptive analysis of therapy services on the internet. *British Journal of Guidance & Counselling, 34*, 145-160.
- Cohen, G. E., & Kerr, B. A. (1998). Computer-mediated counseling: An empirical study of a new mental health treatment. *Computers in Human Services, 15*, 13-26.
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior, 5*, 95-105.
- Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). *Online therapy: a therapist's guide to expanding your practice*. New York, W.W. Norton & Company.
- DuBois, D. (2004). Clinical and demographic features of the online counseling client population. *Counselling and Psychotherapy Research, 4*, 18-22.
- Elleven, R. K., & Allen, J. (2004). Applying technology to online counseling: Suggestions for the beginning e-therapist. *Journal of Instructional Psychology, 31*, 223-227.
- Fenichel, M. A. (2004). Online behavior, communication, and experience. In R. Kraus, J. Zack, & G. Stricker (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (pp. 3-18). San Diego, CA: Academic Press.
- Glasheen, K., & Campbell, M. (2009). The use of online counseling within an Australian secondary school setting: A practitioner's viewpoint. *Counseling Psychology Review, 24*, 42-51.
- Gray, N. J., Klein, J. D., Noyce, P. R., Sesselberg, T. S., & Cantrill, J. A. (2005). Health information-seeking behavior in adolescence: The place of the internet. *Social Science and Medicine, 60*, 1467-1478.
- Grohol, J. M. (2004). Online counseling: A historical perspective. In R. Kraus, J. Zack, & G. Stricker (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (pp. 51-68). San Diego, CA: Academic Press.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 196-205.

- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *Counseling Psychologist, 25*, 517-572.
- Jones, G., & Stokes, A. (2009). *Online Counseling: A Handbook for Practitioners*. New York, Palgrave Macmillan.
- King, R., Bambling, M., Lloyd, C., Gomurra, R., Smith, S., Reid, W., & Wegner, K. (2006). Online counselling: The motives and experiences of young people who chose the internet instead of face-to-face or telephone counseling. *Counseling and Psychotherapy Research, 6*, 169-174.
- Kraus, R., Zack, J., & Stricker, G. (Eds.). (2004). *Online counseling: A handbook for mental health professionals*. San Diego, CA: Academic Press.
- Law, M. B. (2002). Cybercounseling: Characteristics and barriers for use in school counseling programs. Retrieved February 28, 2011, from http://teach.valdosta.edu/are/Artmascript/vol1no1/law_am.pdf.
- Maheu, M. M., & Gordon, B. L. (2000). Counseling and therapy on the Internet. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*, 484-489.
- Mallen, M. J., & Vogel, D. L. (2005). Introduction to the major contribution: Counseling psychology and online counseling. *The Counseling Psychologist, 33*, 761-775.
- Mallen, M. J., Vogel, D. L., & Rochlen, A. B. (2005). The Practical Aspects of Online Counseling: Ethics, Training, Technology and Competency. *The Counseling Psychologist, 33*, 776-801.
- Mallen, M. J., Vogel, D. L., Rochlen, A. B., & Day S. X (2005). Online counseling: Reviewing the literature from a counseling psychology framework. *The Counseling Psychologist, 33*, 819-871.
- Manhal-Baugus, M. (2001). E-therapy: Practical, ethical, and legal issues. *Cyber Psychology & Behaviors, 4*, 551-563.
- Maple, M. F., & Han, S. (2008). Cybercounseling in the United States and South Korea: Implications for Counseling College Students of the Millennial Generation and the Networked Generation. *Journal of Counseling & Development, 86*, 178-183.
- Miniwatts Marketing Group. (2010). World Internet Usage and Population Statistics. <http://www.internetworldstats.com/stats.htm>. accessed 9 November 2010.

- Richards, D. (2009). Features and benefits of online counselling: Trinity College online mental health community. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37, 231-242.
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, W. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 269-283.
- Shernoff, M. (2000). Cyber counseling for queer clients and clinicians. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 11, 105-112.
- Tanrikulu, I. (2009). Counselors-in-training students' attitudes towards online counseling. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 1, 785-788.
- Tuicomepee, A., & Romano, J. L. (2008). Thai adolescent survivors 1 year after the 2004 Tsunami: A mixed methods study. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 308-320.
- Worona, S. (2003). Privacy, security, and anonymity: An evolving balance. *Educause Review*, 38, 62-63.
- Young, K. S. (2005). An empirical examination of client attitudes towards online counseling. *CyberPsychology & Behavior*, 8, 172-177.
- Zack, J. S. (2004). Technology of online counseling. In R. Kraus, J. Zack, & G. Stricker (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (pp. 93-121). San Diego, CA: Academic Press.
- Zelvin, E., & Speyer, C. M. (2004). Online counseling skills part I: Treatment strategies and skills for conducting counseling online. In R. Kraus, J. Zack, & G. Stricker (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (pp. 163-180). San Diego, CA: Academic Press.

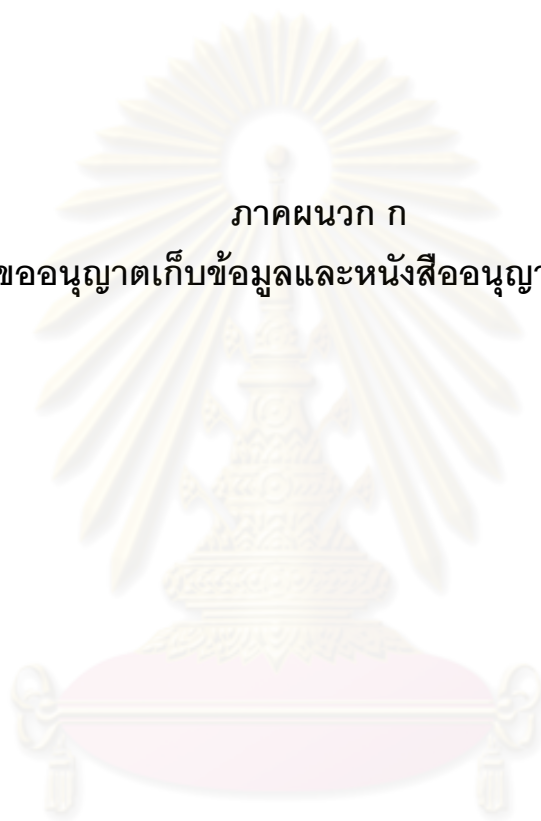


ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

เอกสารขออนุญาตเก็บข้อมูลและหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูล



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทช. 0512.7/ 123



กรมสุขภาพจิต
เลขที่ ๑๐๗
วันที่ ๑๕ ธ.ค. ๕๗
เวลา ๑๕.๐๗.

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ชั้น 16 อาคารวิทยกิตติ ถนนพญาไท
 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ
 10330

15 มกราคม 2553

งานบริการศึกษาและนิเทศ
วันที่ ๑๑/๑
วันที่ ๑๕/๑๑/๕๓
เวลา 14-๐๐ น.

เรื่อง ขออนุญาตสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลทำวิทยานิพนธ์
 เรียน อธิการบดีกรมสุขภาพจิต
 สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ จำนวน 1 ชุด

ด้วย นายสุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขประจำตัวนิสิต 517 81406 38 ซึ่งได้ทำวิทยานิพนธ์ในหัวข้อ เรื่อง "การบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต : ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการและประสบการณ์ของผู้ให้บริการผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา คัญคำภีร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีทางคณะไคร้ขออนุญาตให้นิสิตดังกล่าว สามารถเข้าสัมภาษณ์ผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็น ที่ใช้ e-mail: counseling_sty@hotmail.com จำนวน 15 คน รวมถึงขออนุญาตเก็บข้อมูลด้วยการบันทึกเสียง ระยะเวลาสัมภาษณ์คนละประมาณ 1 ชั่วโมง ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานกับท่านเกี่ยวกับวันและเวลาต่อไป หากท่านมีข้อสงสัยต้องการทราบรายละเอียดเพิ่มเติม สามารถติดต่อ นิสิตได้ที่ นายสุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์ โทร. 085-0621521

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและขอขอบพระคุณในความกรุณาของท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เก็บไว้หมู่ที่ ๑๖ มีที่ 53

ขอแสดงความนับถือ

อรัญญา คัญคำภีร์
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คณางค์ มณีศรี)
 คณบดีคณะจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 โทร. 02-218-9925, โทรสาร. 02-218-9923

โรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี
 วันที่ 11/11/53
 วันที่ 9 ก.พ. 53
 เวลา 8.59 น.

ฝ่ายพัฒนากิจการฯ, ฝ่ายวิจัย
 เลขที่รับ 53
 วันที่ 3 ก.พ. 53
 เวลา 11.00 น.

๑) เว็บบอร์ด อธิปไตยสุขภาพจิต

นายสุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำวิทยานิพนธ์ในหัวข้อ เรื่อง "การบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต: ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการและประสบการณ์ของผู้ให้บริการผ่านโปรแกรมอินเทอร์เน็ต" ขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมอินเทอร์เน็ต ที่ใช้ e-mail : counseling_sly@hotmail.com จำนวน ๑๕ คน รวมถึงขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการบันทึกเสียง ระยะเวลาสัมภาษณ์ และประมาณ ๑ ชั่วโมง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และเห็นควรมอบโรงพยาบาลศรีธัญญาคำยินยอม จะเป็นพระคุณ

[Signature]

(นางอำไพ มหากาญจนกุล)
 หัวหน้าฝ่ายช่วยผู้อำนวยการ
 ปฏิบัติราชการแทน เลขาธิการกรม
 ๒๖ มก ๕๓

เรียน ผู้อำนวยการ เพื่อโปรด
 ทราบ
 เห็นควร
 - เห็นควรแจ้ง.....
 ต่อ.....

11/11/53

๒) ขอบคำเห็นการ

(นายเกียรติภูมิ วงศ์จิด)
 รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
 อธิบดีกรมสุขภาพจิต
 ๒๕ ม.ค. ๕๓

[Signature]

(นายทศิตา กาญจนาวีโรจน์กุล)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา
 2 ก.พ. 2553

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อโปรดพิจารณา และเป็นพระคุณ

[Signature]

เรียน เลขาธิการ สสจ. นนทบุรี
 เพื่อโปรดพิจารณาต่อไป ต่อเป็นกลุ่ม
 ๓๐ ก.พ. ๕๓

[Signature]

(นางอำไพ มหากาญจนกุล)
 หัวหน้าฝ่ายช่วยผู้อำนวยการ
 ปฏิบัติราชการแทน เลขาธิการกรม
 ๑ ก.พ. ๕๓

๓๑ ทราบ
 เห็นควรแจ้ง.....
[Signature]



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีวิบูลญา (ฝ่ายวิจัย) โทร ๒๑๑๑
 ที่ สธ ๐๔๐๑๗.๒๑/ ๓๐ วันที่ มีนาคม ๒๕๕๓
 เรื่อง การแจ้งผลการพิจารณาขอเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายสุรวุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์

ตามหนังสือที่ ศธ. ๐๕๑๒.๗ / ๑๒๓ ลงวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๕๓ จากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็มเอสเอ็น ที่ใช้ e-mail: counseling_sly@hotmail.com จำนวน ๑๕ คน เพื่อการศึกษาวิจัยเรื่อง "การบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต : ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการและประสบการณ์ของผู้ให้บริการผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็มเอสเอ็น" นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีวิบูลญา ขอแจ้งว่าโครงการวิจัยเรื่อง "การบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต : ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการและประสบการณ์ของผู้ให้บริการผ่านโปรแกรมเอ็มเอสเอ็มเอสเอ็น" ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีวิบูลญา เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ โดยคณะกรรมการฯ มีมติดังนี้

- อนุญาต โดยมีข้อเสนอนะเงื่อนไขดังนี้
๑. ให้จัดทำเอกสารขอคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย และนำมาให้คณะกรรมการฯ พิจารณาก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
 ๒. ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเวลา ๖ เดือน (๓ มีนาคม ๒๕๕๓ - ๒ กันยายน ๒๕๕๓) โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง
 ๓. ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยนำเอกสารแจ้งผลการพิจารณานี้ แลกส่งหน่วยงานที่ต้องการเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการ
 ๔. หลังจากดำเนินการศึกษาวิจัยเสร็จสิ้น กรุณาส่งเอกสารฉบับสมบูรณ์จำนวน ๒ เล่ม ที่ฝ่ายวิจัย โรงพยาบาลศรีวิบูลญา เพื่อเผยแพร่ต่อไป
 ๕. คณะกรรมการด้านการวิจัยฯ มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับ/ ติดตามการดำเนินการวิจัยให้เป็นไปตามจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์
- ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

ลงนาม.....

แพทย์หญิงอรพรรณ ศิลปกิจ

ประธานคณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีวิบูลญา

วันที่ มีนาคม ๒๕๕๓

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเอกสารที่เกิดขึ้นในการวิเคราะห์ข้อมูล



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ตัวอย่างเอกสารที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการวิเคราะห์ประเด็นหลัก (Domains) ของทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักทั้ง 3 คน

ผู้วิเคราะห์ 1

- ① คิดค้น วิจัย ทดลอง ผู้ให้บริการ ✓
- ② การตลาด ผู้ให้บริการ ใช้ ๕๓ ปีแล้ว
- ③ สังเกตเห็นภาพของบริการที่มี ee ไม่เป็นรูปของผู้ให้บริการ
- ④ ค้นหา วิจัย ผู้ให้บริการ ✓
- ⑤ ฟอร์ด ✓
- ⑥ ฟอร์ด ✓
- ⑦ วิจัย บริการ
- ⑧ Feed back จากผู้ให้บริการ
- ⑨ อ. ศ. อบรมเพิ่มเติมจากผู้ให้บริการ (งานออนไลน์)
- ⑩ ดูภาพจากประวัติ บริการ

ผู้วิเคราะห์ 2

- ① คิดค้น วิจัย ทดลอง ผู้ให้บริการ ✓
- ② วิจัย ทดลอง บริการ ผู้ให้บริการ (ยูทูป)
- ③ วิจัย (กร. บริการ ออนไลน์)
- ④ วิจัย ทดลอง ผู้ให้บริการ ✓
- ⑤ ฟอร์ด ✓
- ⑥ ~~บริการ~~ การจัดการข้อมูล (ผลิตภัณฑ์)
- ⑦ การประเมิน อ. ๑-๕๐๐. วิจัย บริการ ผู้ให้บริการ
- ⑧ สังเกตเห็นภาพจากประวัติ ผู้ให้บริการ
- ⑨ วิจัย ทดลอง บริการ ผู้ให้บริการ
- ⑩ อื่นๆ, ๕๐, ๕๑

ผู้วิเคราะห์ 3

- ① คิดค้น วิจัย ทดลอง ผู้ให้บริการ ✓
- ② บริการ ลูกค้า จากอินเทอร์เน็ต
- ③ วิจัย บริการ วิจัย
- ④ วิจัย ทดลอง ผู้ให้บริการ ออนไลน์
- ⑤ ฟอร์ด, ฟอร์ด, ฟอร์ด, ฟอร์ด, ฟอร์ด, ฟอร์ด, ฟอร์ด ✓

NO. _____
DATE _____

Domain Full

Feed back 10/07

- ① ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการ
- ② ข้อดี + ข้อจำกัด ของบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต
- ③ คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ให้บริการ
- ④ ~~ระบบสารสนเทศ~~ ลำดับขั้นตอน
 - sign in - ข้อตกลง
 - บริการ - ช่วงเวลาในการให้บริการ
 - sign out
 - print ส่งนักจิต
- ⑤ ~~ระบบสารสนเทศ / ระบบการให้บริการทางจิตวิทยา / ระบบการให้บริการ / บริการในหน่วย~~
 - ให้อาหาร
 - ให้บริการปรึกษาตามกระบวนการทางจิตวิทยา msHealing
 - แนะนำให้เข้ารับบริการต่อในหน่วยงานอื่น (refer) ส่งต่อ (แนะนำ)
- ⑥ อุปสรรคจากระบบการให้บริการ ex เข้าอินเทอร์เน็ตไม่ได้ และอีเมลล์ MS
- ⑦ ข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการ + ปัญหาและข้อเสนอแนะ
- ⑧ คุณค่าจากประสบการณ์

Domain ที่ได้จากการประชุมทีม CQR

1. ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการ
2. ข้อดี + ข้อจำกัดของบริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต
3. คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ให้บริการ
4. ลำดับขั้นตอน
 - sign in, บริการ, sign out, print ส่งนักจิต, ข้อตกลง, ช่วงเวลาในการให้บริการ
5. วิธีการช่วยเหลือ
 - ให้อาหาร, ให้บริการปรึกษาตามกระบวนการทางจิตวิทยา(Healing), แนะนำให้เข้ารับบริการในหน่วยงานอื่น
6. อุปสรรคจากระบบการให้บริการ
 - เช่น เข้าอินเทอร์เน็ตไม่ได้
7. ข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการ + ปัญหาและข้อเสนอแนะ
8. คุณค่าจากประสบการณ์

2. ตัวอย่างเอกสารที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการวิเคราะห์สาระสำคัญของทีมผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลักทั้ง 3 คน

Domain1 ลักษณะปัญหาของผู้มารับบริการ (ผู้วิเคราะห์ 1, ผู้วิเคราะห์ 2, ผู้วิเคราะห์ 3) **ตัดทิ้ง ไม่แน่ใจ**

ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลดิบ (หน้า/บรรทัด)	ใจความสำคัญ (Core Ideas)
Ki1	ถามเกี่ยวกับ เรื่องของจิตเวช ... ในครอบครัว มีคนมีลักษณะอาการ แบบอาละวาด คุ่มคลั่ง โวยวาย มีพฤติกรรมแปลกๆ จะพาไปรักษาที่ไหน P1/L16	- ถามข้อมูลโรคทางจิตเวช - ถามเรื่องอาการของคนในครอบครัว - ถามข้อมูลแหล่งรักษา
Ki1	ผู้ป่วยเองก็คือ มาปรึกษาเรื่องว่า กินยาไปนานขนาดไหนถึงจะหยุดยา แล้วก็อยากจะหยุดยาอยากจะทำได้อะไรใหม่ P1/L20	ถามข้อมูลการใช้ยา
Ki1	ยิ่งใกล้สอบจะมีลักษณะเหมือนกับถามเกี่ยวกับ ความเครียด ว่ากังวลว่าจะสอบ กลัวอ่านหนังสือสอบไม่ทัน กลัวคะแนนสอบออกมาไม่ดี P1/L26	- เครียดเรื่องสอบ - กังวลเรื่องสอบ
Ki1	ส่วนมากแล้วจะกังวลในเรื่องของ เอ่อ บอกร้านหนังสือสอบไม่ทัน P2/L35	กังวลเรื่องสอบ (ประโยคสั้นไม่ได้ใจความ)
Ki1	วัยรุ่นส่วนใหญ่ก็จะเป็นเรื่องของความรัก ... ออกหัก ... ทำใจไม่ได้ว่าทำไมแฟนถึงเลิก ... รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า P2/L54	- ความรัก - ออกหัก รู้สึกตัวเองไม่มีค่า
Ki1	ถามเกี่ยวกับข้อมูล ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับ การรักษาอาการทางจิต P3/L62	- ถามข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย - การรักษาอาการทางจิต
Ki1	เรื่องของการเรียน ยิ่งเป็นช่วงใกล้สอบ เทศกาลใกล้สอบ ก็จะเป็นเรื่องของการเรียนน่า P3/L63	การเรียน
Ki1	เรื่องของความรัก P3/L65	ความรัก (สั้น ไม่ได้ใจความ)
Ki2	ปัญหาครอบครัวก็เจอ ในวัยรุ่นก็จะเป็นปัญหาความรัก P2/L55	- ปัญหาครอบครัว - ปัญหาความรัก
Ki2	ปัญหาเรื่องของการปรับตัว ปรับตัวทั้งกับเพื่อน ปรับตัวทั้งกับการทำงาน P2/L56	ปัญหาการปรับตัว กับเพื่อน กับที่ทำงาน
Ki2	ปัญหาของจิตเวช มีคนใช้ depress P2/L57	ปัญหาจิตเวช ซึมเศร้า
Ki2	เข้ามาพักทนาย เหงา คุณกันไม่มีปัญหาอะไร หาเพื่อนคุย P2/L58	เข้ามาพักทนาย เหงา หาเพื่อนคุย
Ki2	กลุ่มวัยรุ่นปัญหาไม่หนักหนาอะไร ทั่วไปปัญหาปรับตัว ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน ปัญหาเกี่ยวกับที่ทำงาน P3/L79	วัยรุ่นมีปัญหาเรื่องการปรับตัว ปัญหากับเพื่อน

		ปัญหากับที่ทำงาน
Ki2	ถ้าเป็นวัยทำงาน ก็เรื่องงานกับการปรับตัว กลุ่มเด็ก วัยรุ่นส่วนใหญ่ความรัก กับพ่อแม่บ้างน้อย แต่ส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องความรักเยอะ P4/L117	- วัยทำงานมีปัญหาเรื่องงาน การปรับตัว - วัยรุ่นมีปัญหาเรื่องความรัก ปัญหากับพ่อแม่
Ki2	ความรักเพศเดียวกัน ความรักระหว่างเพศ ก็มีทั้งสอง อย่าง P4/L126	ปัญหาความรัก เพศเดียวกัน เพศตรง ข้าม
Ki2	สภาพของปัญหานั้นก็เหมาะกับบริบทของตัวเอง— หมายถึงว่าคนที่เข้ามาไม่ได้มีปัญหารุนแรงเหมือนกับ คนที่เข้ามาโทรศัพท์ P18/L543	ลักษณะปัญหาไม่รุนแรง (ประเมินไม่ได้ว่าแรงหรือไม่แรง)
Ki3	ในเนื้อหาของปัญหาจริงๆ พอคุยๆไปแล้วก็มีทั้งเรื่อง เรียน เรื่องทำงาน มีปัญหากับเพื่อนร่วมงาน มีปัญหา กับหัวหน้างาน P3/L72	- ปัญหาการเรียน - ปัญหาเรื่องการทำงาน ปัญหากับ เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน
Ki4	หลากหลาย เช่นปัญหาเรื่องของกา รเรียน เรื่องของ ชิมเศร้า ปัญหาครอบครัว P1/L27	- ปัญหาการเรียน - ชิมเศร้า - ปัญหาครอบครัว
Ki4	วัยรุ่นส่วนใหญ่ บางคนก็เข้ามาคุยโดยไม่มีประเด็น อะไรชัดเจน จะเป็นความเหงา อยากจะมีเพื่อนคุย P2/L32	วัยรุ่น เหงา อยากมีเพื่อนคุย
Ki4	กอดดันในการเรียน P2/L34	ปัญหาการเรียน
Ki4	เรื่องของความสัมพันธ์กับเพื่อน กับคนรัก กับแฟน P2/L34	ความสัมพันธ์กับเพื่อน กับคนรัก
Ki4	เรื่องความรักก็มี P2/L35	ความรัก
Ki4	วัยทำงานก็จะเป็นเรื่องของการปรับตัวในที่ทำงาน เรื่องปัญหากับเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน P2/L37	วัยทำงานเป็นปัญหาเรื่องการทำงาน ในที่ทำงาน เพื่อนร่วมงาน หัวหน้า งาน
Ki4	บางที่เค้าบอกว่าเค้ามีอาการอย่างนี้ได้ยินเสียงใครก็ ไม่รู้มาตำหนิเค้าตลอดเวลาเลย ไม่เห็นตัวแต่ก็มา ตลอดเวลา แต่มันก้องอยู่ในหัวเค้าตลอด เรายังไม่รู้เลยว่า เป็นอาการประสาทหลอนทางหู P7/L208	ประสาทหลอน (มีอาการทางจิต)
Ki5	คนปกติก็จะมีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งยังไม่ป่วย เครียด เรื่อง การเรียน ครอบครัว เรื่องแฟน P1/L18	คนปกติมีปัญหาเครียดเรื่องการเรียน ครอบครัว แฟน
Ki5	คนไข้จิตเวชของเรา อาจจะเป็น bipolar เป็นจิตเวชรับ ยาศรีรัญญา มา P1/L20	- คนไข้จิตเวช - อาการทางจิต

Ki5	ส่วนใหญ่ที่เจอก็จะเป็นพวกเด็กๆ ที่เข้ามาแซทเรื่อง การเรียน จะเป็นส่วนใหญ่ การเรียนกับแฟน P1/L22	เด็กๆ มีปัญหาเรื่องการเรียนรู้ แฟน
Ki5	ถ้าเกิดเป็นพวกคนใช้ ส่วนใหญ่ก็เป็นเรื่องการปรับตัว บางคนไม่เข้าใจทำไมพ่อแม่เป็นอย่างนี้ P1/L27	คนใช้มีปัญหาเรื่องการปรับตัว
Ki5	ถ้ามีอาการทางจิตที่ว่าเค้าจะไม่เข้ามาผ่านทางช่องทางนี้หรือคงไม่มี insight ดีขนาดมาแซทได้ P2/L38	ผู้ใช้บริการไม่มีอาการทางจิตรุนแรง (ประเมินไม่ได้จริง)
Ki5	ธรรมดาส่วนใหญ่ ก็จะเป็นพวกการปรับตัว ไม่ชอบหน้าคนโน้นคนนี้ คาดว่าวิเคราะห์แล้วน่าจะเป็นพวกที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม การปรับตัวเข้ากับคนอื่นในสังคม P2/L59	ปัญหาการปรับตัว
Ki6+7 (Ki6พูด)	บางคนก็เข้ามาทักทายว่ามีอย่างนี้ด้วยหรือ เค้าก็ไม่ทราบข้อมูลตรงนี้ P1/L28	- เข้ามาทักทาย (ไม่ใช่ลักษณะปัญหา) - สอบถามบริการ (ไม่ชัด)
Ki7+6 (Ki7พูด)	เรื่องเรียน เรื่องอาการ ความรัก อาการทางด้านจิตเวช P2/L37	- ปัญหาการเรียน - ความรัก - อาการด้านจิตเวช
Ki6+7	เรื่องการรักษาพยาบาลก็มีเหมือนกัน P2/L39	การรักษาพยาบาล (ไม่ชัด)
Ki6+7	หนูมีอาการอย่างนี้ หนูเป็นโรคใหม่ บางทีก็มี เพราะบางที่เค้าแยกไม่ออกว่าฉันเป็นอาการอย่างนี้ฉั นป่วยหรือเปล่าควรจะทำยังไงดี ควรจะรักษาใหม่ หรือว่ามีวิธีการแก้ปัญหาตรงนี้ยังงัยบ้าง P2/L41	- สอบถามอาการของตนเอง - วิธีการแก้ปัญหา
Ki7+6	เครียดเรื่องเรียน พอเค้าเครียดเรื่องเรียนมันมีอาการปวดหัว มีอาการแบบนี้ นอนไม่หลับ แล้วเค้าจะต้องทำยังไง ถึงขั้นต้องไป ปรึกษาหรือยัง ต้องไปหาหมอหรือยัง P2/L46	- ปัญหาความเครียดเรื่องการเรียนรู้ - ปวดหัว - นอนไม่หลับ
Ki6+7	ความเครียด นอนไม่หลับ เครียดทั่วไปนิดหน่อยๆ ไม่ได้รุนแรง เรื่องเรียนบ้าง เรื่องงานบ้าง เพื่อนร่วมงานบ้าง P14/L404	ปัญหาความเครียดเรื่องเรียน เรื่องงาน เรื่องเพื่อนร่วมงาน - เครียด - นอนไม่หลับ
Ki7+6	ปรับตัวกับเพื่อนที่ทำงานบ้าง P14/L407	ปัญหาการปรับตัวกับเพื่อนที่ทำงาน (สั้น) (สั้นไปด้วย)

Ki8	ถ้าเป็นวัยรุ่นก็ปัญหาเรื่องการเรียน เรื่องคนรัก ครอบครัว P2/L46	วัยรุ่นมีปัญหาเรื่องการเรียน คนรัก ครอบครัว
Ki8	บางที่เค้าเห็นหัวว่าบริการให้คำปรึกษา เค้าก็เข้ามา— เหมือนกับไม่เคยเห็น ไม่เคยรู้จักเลยเข้ามาทักทายดูว่า— ใช้มีจริงไหมมากกว่า P6/L168	สอบถามบริการ (ไม่น่าใช้ลักษณะปัญหา)
Ki8	ถ้าเป็นเด็กก็จะเป็นเรื่องการเรียน การศึกษาต่อ การ เรียนต่อ ต้องการจะเข้าสายอาชีพนี้ทำอย่างไรดี ต้องการให้คำปรึกษาแบบนี้จะทำยังไงดี ...อยาก ทำงานแบบที่เราทำอยู่อย่างนี้ ทำยังไงดี ก็คือ เหมือนกับว่าต้องเรียนยังไงมา ขึ้นตอนมายังไงถึงจะ ทำอย่างนี้ได้ P16/L497	เด็กมีปัญหาเรื่องการเรียนต่อ การศึกษาต่อ
Ki8	วัยรุ่นจะเป็นเรื่องการเรียน แล้วก็เรื่องความรัก P16/L504	วัยรุ่นมีปัญหาการเรียน ปัญหาความรัก
Ki8	เครียดจะทำยังไงดี นอนไม่หลับหรือไม่ก็ทำงานแล้วแต่ เจอปัญหากับเพื่อนร่วมงาน P17/L508	- ปัญหาความเครียด - ปัญหากับเพื่อนร่วมงาน - นอนไม่หลับ
Ki8	ส่วนผู้ใหญ่จะน้อย ไม่ค่อยมี ส่วนใหญ่มีก็คือปัญหา ครอบครัวมากกว่า P17/L510	ผู้ใหญ่มีปัญหาครอบครัว
Ki8	ปัญหาไม่ค่อยรุนแรงเท่าไร เพราะว่าถ้ารุนแรงเค้าคง ไม่เข้ามาตรงนี้หรอก ถ้ารุนแรงเค้าคงหาช่องทางอื่นที่ สามารถที่จะไป face to face หรือว่าไปคุยไประบาย ได้ ตรงนี้อาจจะแค่เริ่มต้น เริ่มที่จะสอเค้า เริ่มที่จะเกิด จะเป็นแบบนี้ จะหาช่องทางยังไง P17/L514	ลักษณะปัญหาไม่รุนแรง
Ki9	บางคนอาจจะมาสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทางจิตเวช P3/L85	สอบถามข้อมูลทางจิตเวช
Ki9	บางคนก็มาถามเกี่ยวกับเบอร์ติดต่อของโรงพยาบาล P3/L87	สอบถามเบอร์ติดต่อของโรงพยาบาล
Ki9	ปัญหาเรื่องเพื่อน การปรับตัวกับเพื่อน การปรับตัวในที่ ทำงาน มีปัญหาในการทำงาน ความรัก P13/L368	- ปัญหาเรื่องเพื่อน - การปรับตัวกับเพื่อน กับที่ทำงาน - ปัญหาในการทำงาน - ความรัก
Ki10+11 (Ki10พูด)	เค้าอาจไม่ได้ปรึกษาเรื่องของตนเอง ปรึกษาว่าเพื่อน เค้าเป็น คนในครอบครัวเค้าเป็น P4/L103	ปรึกษาเรื่องอาการของเพื่อน คนใน ครอบครัว (ผู้เข้ามาปรึกษาไม่ใช่ผู้ประสบปัญหา)

		โดยตรง)
Ki10+11	มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน คุยไม่ได้ ทำไม่ต้องทะเลาะกันทั้งวัน อย่างนี้ P5/L130	มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน
Ki11+10 (Ki11พูด)	บางที่มันก็มีในเรื่องเพศ ที่เข้ามาปรึกษาก็มี มีอะไรกับ แฟนแล้ว จะติดเชื้อมั้ยอะไรอย่างนี้ P6/L161	ปรึกษาเรื่องเพศ - ตามเรื่องโรคจากเพศสัมพันธ์
Ki11+10	ตัวเองเข้าไปในเว็บกรมสุขภาพจิตแล้วลองทำ test หรือลองไปอ่านว่าสมมติคนป่วยเป็นโรคจิตเภทมัน ต้องเป็นยังไงบ้าง แต่เค้ารู้สึกว่าเป็น 5 ข้อ ก็รู้สึก เหมือนจะเป็นอะไรอย่างนี้ แต่ไม่กล้า ถ้าที่ จะ คือมันติด ค้างคาใจเหมือนวัยรุ่น เอะมันใช่ป่าววะ แต่จะให้เดิน ไปถาม โทรไปถามมันก็ไม่กล้า มาเจออันนี้เข้าบริการ ทางอินเทอร์เน็ตเค้าก็เข้ามาถาม เออ เป็นอาการอย่าง นี้ เข้าไปทำ test มามีอาการอย่างๆ เค้าน่าจะเป็นมัย P6/L166	สอบถามข้อมูลเนื่องจากสงสัยว่า ตัวเองมีอาการทางจิตจากการทำ Test (ประโยคตัวอย่างมันอ่านแล้วไม่ค่อย เคลียร์เท่าไร แต่ก็พอจับใจความได้ นะ) เห็นเหมือน 2
Ki10+11	ที่เจอบ่อยๆก็น่าจะเป็นเหงา เรื่องการปรับตัวกับเพื่อน P12/L378	- เหงา - ปัญหาการปรับตัวกับเพื่อน
Ki10+11	ส่วนใหญ่ ความรัก แล้วก็สอบถามว่าเป็นโรคสมาธิสั้น มั๊ย ตัวเองเป็นซึมเศร้ามั๊ย P12/L379	- ปัญหาความรัก - สอบถามอาการของตนเอง
Ki10+11	ความรัก เรื่องเพื่อน เรื่องเกี่ยวกับโรค นี้แหละ หลักๆที่ เจอบ่อยๆ P13/L383	- ปัญหาความรัก - ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน - ปัญหาเกี่ยวกับโรค
Ki11+10	กลุ่มคนที่จะมาเล่นอินเทอร์เน็ตเนี่ยก็จะเป็นพวกกลุ่ม วัยรุ่น จนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง เรื่องมันก็จะ เกี่ยวกับพวกนี้ การทำงาน สัมพันธภาพกับเพื่อน ร่วมงาน เรื่องเพื่อน เรื่องความรัก เรื่องสุขภาพจิตบ้าง การดำเนินชีวิตในสังคม P13/L391	- การทำงาน - สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน - เพื่อน - ความรัก - สุขภาพจิต - การดำเนินชีวิต
Ki10+11	เท่าที่เจอมาก็ยังไม่เจอใครที่ขึ้นวิกฤตบอกจะฆ่าตัว ตาย ไม่เคยนะ P14/L423	ไม่เคยเจอปัญหาวิกฤตรุนแรง
Ki11+10	ก็ถ้าถึงขั้นวิกฤตแบบต้องรีบแจ้งตำรวจ โรงพยาบาล วิ่งไปที่บ้านหลังนั้นด่วนคงยังไม่มี P14/L433	ไม่เคยเจอปัญหาวิกฤตรุนแรง
Ki12	ปัญหา มีทั้งการปรับตัวในวัยรุ่น เรื่องเพศ ชีวิต ครอบครัว การเรียน ความเครียด แม้แต่ปัญหาของผู้ที่ ป่วยทางด้านจิตเวชที่รักษาตัวอย่างต่อเนื่องตามระบบ	- การปรับตัวในวัยรุ่น - เรื่องเพศ - ชีวิตครอบครัว

	โรงพยาบาลอยู่แล้วก็ตาม P19/L558	- ปัญหาการเรียน - ความเครียด - ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช
Ki12	นักเรียนจะสอบแล้วเครียดมาก จนไม่สามารถอ่านหนังสือต่อได้ ออกหักในวัยรุ่น หรือปัญหาสัมพันธภาพ P19/L570	- ความเครียดเรื่องการสอบ - ปัญหาความรัก ออกหัก - ปัญหาสัมพันธภาพ
Ki13	มีปัญหาเรื่องสมาธิสั้น ซึมเศร้า P1/L25	- สมาธิสั้น (ตย.สั้น) (เห็นด้วยกับ 2) - ซึมเศร้า
Ki13	มีสมาธิสั้น ซึมเศร้า แล้วก็ย้ำคิดย้ำทำ Panic ก็มีบ้าง P2/L37	- สมาธิสั้น (ตย.สั้น) - ซึมเศร้า - ย้ำคิดย้ำทำ - Panic
Ki13	เรื่องความรัก ผิดหวัง ออกหัก หรือเรื่องการทำงานก็ มีบ้าง P2/L41	- ปัญหาความรัก - ปัญหาการทำงาน
Ki13	เท่าที่เจอมายังไม่เจอปัญหาที่รุนแรง ยังไม่มี ไม่เหมือน hotline ที่โทรมาแบบจะฆ่าตัวตายอันนั้นมี แต่อันนี้ไม่มีขนาดนั้นไง มันก็มีแค่เครียดจะทำยังไง ทะเลาะกับลูกจะทำยังไง ทะเลาะกับแม่จะทำยังไง P4/L113	ลักษณะปัญหาไม่รุนแรง

3. ตัวอย่างเอกสารที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการวิเคราะห์ภาพรวม (Cross-Analyses) และการจัดหมวดหมู่ (Categories) ภายหลังจากที่ผู้ตรวจสอบ (Auditor) ให้ความเห็นแล้ว

Domain 1 ลักษณะปัญหาของผู้เลือกใช้บริการ

1.1 ขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

คำอธิบาย : ผู้เลือกใช้บริการต้องการความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในลักษณะของการ Consultation เพื่อช่วยในการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาของตนเองหรือคนในครอบครัวหรือเพื่อน เช่นโรคและอาการทางจิตเวช ข้อมูลด้านแหล่งช่วยเหลือ สถานพยาบาลต่างๆ และความกังวลใจเกี่ยวกับเรื่องทางเพศ

1.1.1 การขอคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

Ki2 : ปัญหาของจิตเวช มีคนใช้ depress P2/L57

Ki4 : เรื่องของซึมเศร้า P1/L27

Ki4 : บางทีเค้าบอกว่าเค้ามีอาการอย่างนี้ได้ยินเสียงใครก็ไม่รู้มาตำหนิเค้าตลอดเวลาเลยไม่เห็นตัวแต่ก็มาตลอดเวลา แต่มันก็อยู่ในหัวเค้าตลอด เรายกัรู้แล้วว่าเป็นอาการ ประสาทหลอน ทางหู P7/L208

Ki5 : คนใช้จิตเวชของเรา อาจจะเป็น bipolar เป็นจิตเวชรับยาศรีรัฐัญญา มา P1/L20

Ki6+7 : หนูมีอาการอย่างนี้ หนูเป็นโรคใหม่ บางทีก็มี เพราะบางทีเค้าแยกไม่ออกว่าฉันเป็นอาการอย่างนี้ฉันป่วยหรือเปล่าควรจะทำยังไงดี ควรจะรักษาไหม หรือว่ามีวิธีการแก้ปัญหาตรงนี้ยังไงบ้าง P2/L41

Ki7+6 : เรื่องเรียน เรื่องอาการ ความรัก อาการทางด้านจิตเวช P2/L37

Ki9 : บางคนอาจจะมาสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทางจิตเวช P3/L85

Ki11+10 : ตัวเองเข้าไปในเว็บกรมสุขภาพจิตแล้วลองทำ test หรือลองไปอ่านว่าสมมติคนป่วยเป็นโรคจิตเภทมันต้องเป็นยังไงบ้าง แต่เค้ารู้สึกของตัวเองเป็น 5 ข้อ ก็รู้สึกเหมือนจะเป็นอะไรอย่างนี้ แต่ไม่กล้าที่จะ คือมันติดค้างคาใจเหมือนวัยรุ่นนั้ เอ๊ะมันใช่ป่าววะ แต่จะให้เดินไปถามโทรไปถามมันก็ไม่กล้า มาเจออันนี้เข้าบริการทางอินเทอร์เน็ตเค้าก็เข้ามาถาม เออ เป็นอาการอย่างนี้ เข้าไปทำ test มามีอาการอย่างๆ เค้าน่าจะเป็นมึน P6/L166

Ki10+11 : ความรัก เรื่องเพื่อน เรื่องเกี่ยวกับโรคนี้แหละ หลายๆที่เจอบ่อยๆ P13/L383

Ki10+11 : ส่วนใหญ่ ความรัก แล้วก็สอบถามว่าเป็นโรคสมาธิสั้นมึน ตัวเองเป็นซึมเศร้า มึน P12/L379

Ki12 : ปัญหาที่มีทั้งการปรับตัวในวัยรุ่น เรื่องเพศ ชีวิตครอบครัว การเรียน ความเครียด แม้แต่ปัญหาของผู้ที่ป่วยทางด้านจิตเวชที่รักษาตัวอย่างต่อเนื่อง ตามระบบโรงพยาบาลอยู่แล้วก็ตาม P19/L558

Ki13 : มีสมาธิสั้น ซึมเศร้า แล้วก็ย้ำคิดย้ำทำ Panic ก็มีบ้าง P2/L37

1.1.2 การขอคำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลการรักษา ด้านแหล่งช่วยเหลือสถานพยาบาลต่างๆ

Ki1 : ผู้ป่วยเองก็คือ มาปรึกษาเรื่องว่า กินยาไปนานขนาดไหนถึงจะหยุดยา แล้วก็อยากจะหยุดยาอยากจะทำได้อะไรใหม่ P1/L20

Ki1 : ถามเกี่ยวกับเรื่องของจิตเวช...ในครอบครัว มีคนมีลักษณะอาการ แบบอาละวาด คุ้มคั่ง โวยวาย มีพฤติกรรมแปลกๆ จะพาไปรักษาที่ไหน P1/L16

Ki9 : บางคนก็มาถามเกี่ยวกับเบอร์ติดต่อของโรงพยาบาล P3/L87

1.1.3 การขอคำแนะนำเกี่ยวกับอาการทางจิตเวชของคนในครอบครัวและเพื่อน

Ki1 : ถามเกี่ยวกับเรื่องของจิตเวช...ในครอบครัว มีคนมีลักษณะอาการ แบบอาละวาด คุ้มคั่ง โวยวาย มีพฤติกรรมแปลกๆ จะพาไปรักษาที่ไหน P1/L16

Ki1 : ถามเกี่ยวกับข้อมูล ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการรักษาอาการทางจิต P3/L62

Ki10+11 : คำอาจไม่ได้ปรึกษาเรื่องของตนเอง ปรึกษาว่าเพื่อนคำเป็น คนในครอบครัว คำเป็น P4/L103

1.1.4 การขอคำแนะนำเกี่ยวกับความกังวลใจเรื่องเพศ

Ki11+10 : บางทีมันก็มีในเรื่องเพศ ที่เข้ามาปรึกษาก็มี มีอะไรกับแฟนแล้ว จะติดเชื้อมัยอะไรอย่างนี้ P6/L161

Ki12 : ปัญหาที่มีทั้งการปรับตัวในวัยรุ่น เรื่องเพศ ชีวิตครอบครัว การเรียน ความเครียด แม้แต่ปัญหาของผู้ที่ป่วยทางด้านจิตเวชที่รักษาตัวอย่างต่อเนื่องตามระบบโรงพยาบาลอยู่แล้วก็ตาม P19/L558

1.2 มีความกดดันใจเกี่ยวกับเรื่องการเรียนรู้

คำอธิบาย : ผู้เลือกใช้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต เพื่อช่วยลดความกดดันใจเมื่อเผชิญกับความเครียดเกี่ยวกับการแข่งขันด้านการเรียน การเลือกแผนการเรียน และการสอบเข้าศึกษาต่อในระดับต่างๆ ตัวอย่าง เช่น

Ki1 : ยิ่งใกล้สอบจะมีลักษณะเหมือนกับถามเกี่ยวกับความเครียด ว่ากังวลว่าจะสอบกลัวอ่านหนังสือสอบไม่ทัน กลัวคะแนนสอบออกมาไม่ดี P1/L26

Ki1 : เรื่องของการเรียน ยิ่งเป็นช่วงใกล้สอบ เทศกาลใกล้สอบ ก็จะเป็นเรื่องของการเรียน
นำ P3/L63

Ki3 : ในเนื้อหาของปัญหาจริงๆ พอคุยๆไปแล้วก็จะมีทั้งเรื่องเรียน P3/L72

Ki4 : เช่นปัญหาเรื่องของการเรียน P1/L27

Ki4 : กอดันในการเรียน P2/L34

Ki5 : คนปกติก็จะมีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งยังไม่ป่วย เครียดเรื่อง การเรียน ครอบครัว เรื่อง
แฟน P1/L18

Ki5 : ส่วนใหญ่ที่เจอก็จะเป็นพวกเด็กๆ ที่เข้ามาแซทเรื่องการเรียน จะเป็นส่วนใหญ่
P1/L22

Ki7+6 : เรื่องเรียน เรื่องอาการ ความรัก อาการทางด้านจิตเวช P2/L37

Ki7+6 : เครียดเรื่องเรียน พอเค้าเครียดเรื่องเรียนมันมีอาการปวดหัว มีอาการแบบนี้ นอน
ไม่หลับ แล้วเค้าจะต้องทำยังไง ถึงขั้นต้องไปปรึกษาจริงๆ ต้องไปหาหมอจริงๆ P2/L46

Ki6+7 : ความเครียด นอนไม่หลับ เครียดทั่วไปนิดหน่อยๆ ไม่ได้รุนแรง เรื่องเรียนบ้าง
เรื่องงานบ้าง เพื่อนร่วมงานบ้าง P14/L404

Ki8 : ถ้าเป็นวัยรุ่นก็ปัญหาเรื่องการเรียน เรื่องความรัก ครอบครัว P2/L46

Ki8 : ถ้าเป็นเด็กก็จะเป็นเรื่องของการเรียน การศึกษาต่อ การเรียนต่อ ต้องการจะเข้าสาย
อาชีพนี้ทำอย่างไรดี ต้องการให้คำปรึกษาแบบนี้จะทำยังไงดี...อยากทำงานแบบที่เราทำอยู่อย่าง
นี้ ทำยังไงดี ก็คือเหมือนกับว่าต้องเรียนยังไงมา ขึ้นตอนมาอย่างไรถึงจะทำอย่างนี้ได้ P16/L497

Ki8 : วัยรุ่นจะเป็นเรื่องของการเรียน แล้วก็เรื่องความรัก P16/L504

Ki12 : ปัญหาที่ทั้งการปรับตัวในวัยรุ่น เรื่องเพศ ชีวิตครอบครัว การเรียน ความเครียด
แม้แต่ปัญหาของผู้ที่ป่วยทางด้านจิตเวชที่รักษาตัวอย่างต่อเนื่องตามระบบโรงพยาบาลอยู่แล้วก็
ตาม P19/L558

Ki12 : นักเรียนจะสอบแล้วเครียดมาก จนไม่สามารถอ่านหนังสือต่อได้ ออกหักในวัยรุ่น
หรือปัญหาสัมพันธภาพ P19/L570

1.3 ทำใจไม่ได้เนื่องจากผิดหวัง ออกหัก และความรักไม่ลงตัว

คำอธิบาย : ผู้เลือกใช้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต เพื่อเป็นพื้นที่ในการได้พบทวน
ตรวจสอบอารมณ์ ความรู้สึก และประเด็นที่คิดไม่ตก ทำใจไม่ได้ในเรื่องเกี่ยวกับความรัก รวมทั้ง
ผิดหวัง ออกหัก ความรักที่ไม่ลงตัว ตัวอย่าง เช่น

Ki1 : วัยรุ่นส่วนใหญ่ก็จะเป็นเรื่องของความรัก...อกหัก...ทำใจไม่ได้ว่าทำไมแฟนถึงเลิก...รู้สึกว่าคุณค่าตัวเองไม่มีค่า P2/L54

Ki2 : ในวัยรุ่นก็เป็นปัญหาความรัก P2/L55

Ki2 : เด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่ความรัก กับพ่อแม่บ้างน้อย แต่ส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องความรัก เยอะ P4/L117

Ki2 : ความรักเพศเดียวกัน ความรักระหว่างเพศ ก็มีทั้งสองอย่าง P4/L126

Ki4 : เรื่องของความสัมพันธ์กับเพื่อน กับคนรัก กับแฟน P2/L34

Ki4 : เรื่องความรักก็มี P2/L35

Ki5 : คนปกติก็จะมีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งยังไม่ป่วย เครียดเรื่อง การเรียน ครอบครัว เรื่อง แฟน P1/L18

Ki7+6 : เรื่องเรียน เรื่องอาการ ความรัก อาการทางด้านจิตเวช P2/L37

Ki8 : ถ้าเป็นวัยรุ่นก็ปัญหาเรื่องการเรียน เรื่องคนรัก ครอบครัว P2/L46

Ki8 : วัยรุ่นจะเป็นเรื่องการเรียน แล้วก็เรื่องความรัก P16/L504

Ki9 : ปัญหาเรื่องเพื่อน การปรับตัวกับเพื่อน การปรับตัวในที่ทำงาน มีปัญหาในการทำงาน ความรัก P13/L368

Ki10+11 : ส่วนใหญ่ ความรัก แล้วก็สอบถามว่าเป็นโรคสมาธิสั้นมั้ย ตัวเองเป็นซึมเศร้า มั้ย P12/L379

Ki10+11 : ความรัก เรื่องเพื่อน เรื่องเกี่ยวกับโรคนี้แหละ หลักรๆที่เจอบ่อยๆ P13/L383

Ki11+10 : การทำงาน สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน เรื่องเพื่อน เรื่องความรัก เรื่องสุขภาพจิตบ้าง การดำเนินชีวิตในสังคม P13/L391

Ki12 : นักเรียนจะสอบแล้วเครียดมาก จนไม่สามารถอ่านหนังสือต่อได้ อกหักในวัยรุ่น หรือปัญหาสัมพันธภาพ P19/L570

Ki13 : เรื่องความรัก ผิดหวัง อกหัก หรือเรื่องการทำงานก็มีบ้าง P2/L41

1.4 ความยุ่งยากในการปรับตัว ปัญหาด้านสัมพันธภาพ และรู้สึกเหงา

คำอธิบาย : ผู้รับบริการจะเลือกใช้บริการสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต เพื่อคุยกับใครสักคน ในปัญหาความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน เช่น การปรับตัวด้านสัมพันธภาพที่ไม่ลงรอยกับคนรอบข้าง เช่น ทะเลาะกับพ่อแม่และคนในครอบครัว เพื่อนสนิท การทำงานไม่ราบรื่น หรือเมื่อรู้สึกเหงา ไม่มีใครคุยด้วย เป็นต้น

1.4.1 ความยุ่งยากเรื่องการปรับตัวในสภาพแวดล้อมที่ทำงาน ที่โรงเรียน

Ki2 : ปัญหาเรื่องของการปรับตัว ปรับตัวทั้งกับเพื่อน ปรับตัวทั้งกับการทำงาน P2/L56

Ki2 : กลุ่มวัยรุ่นปัญหาไม่หนักหนาอะไร ทั่วไปปัญหาปรับตัว ปัญหากับเพื่อน ปัญหาที่ทำงาน P3/L79

Ki2 : ถ้าเป็นวัยทำงาน ก็เรื่องงานกับการปรับตัว P4/L117

Ki4 : วัยทำงานก็จะเป็นเรื่องของการปรับตัวในที่ทำงาน เรื่องปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน P2/L37

Ki5 : ถ้าเกิดเป็นพวกคนไข้ ส่วนใหญ่ก็จะเป็นเรื่องการปรับตัว บางคนไม่เข้าใจทำไมพ่อแม่เป็นอย่างนี้ P1/L27

Ki5 : ธรรมดาส่วนใหญ่ก็จะเป็นพวกการปรับตัว ไม่ชอบหน้าคนโน้นคนนี้ คาดว่าวิเคราะห์แล้วน่าจะเป็นพวกที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม การปรับตัวเข้ากับคนอื่นในสังคม P2/L59

Ki7+6 : ปรับตัวกับเพื่อนที่ทำงานบ้าง P14/L407

Ki9 : ปัญหาเรื่องเพื่อน การปรับตัวกับเพื่อน การปรับตัวในที่ทำงาน มีปัญหาในการทำงาน ความรัก P13/L368

Ki10+11 : ที่เจอบ่อยๆ ก็น่าจะเป็นเหงา เรื่องการปรับตัวกับเพื่อน P12/L378

Ki10+11 : ความรัก เรื่องเพื่อน เรื่องเกี่ยวกับโรคนี้แหละ หลักๆ ที่เจอบ่อยๆ P13/L383

Ki12 : ปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวในวัยรุ่น เรื่องเพศ ชีวิตครอบครัว การเรียน ความเครียด แม้แต่ปัญหาของผู้ที่ป่วยทางด้านจิตเวชที่รักษาตัวอย่างต่อเนื่องตามระบบโรงพยาบาลอยู่แล้วก็ตาม P19/L558

1.4.2 ปัญหาด้านสัมพันธภาพ ไม่ลงรอยกับเพื่อน คนในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน

- ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน

Ki2 : กลุ่มวัยรุ่นปัญหาไม่หนักหนาอะไร ทั่วไปปัญหาปรับตัว ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน ปัญหาที่ทำงาน P3/L79

Ki4 : เรื่องของความสัมพันธ์กับเพื่อน P2/L34

Ki10+11 : มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน คุยไม่ได้ ทำไม่ต้องทะเลาะกันทั้งวันอย่างนี้ P5/L130

Ki11+10 : การทำงาน สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน เรื่องเพื่อน เรื่องความรัก เรื่องสุขภาพจิตบ้าง การดำเนินชีวิตในสังคม P13/L391

Ki12 : นักเรียนจะสอบแล้วเครียดมาก จนไม่สามารถอ่านหนังสือต่อได้ ออกหักในวัยรุ่นหรือปัญหาสัมพันธภาพ P19/L570

- ปัญหาเกี่ยวกับคนในครอบครัว

Ki2 : ปัญหาครอบครัวก็เจอ P2/L55

Ki2 : เด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่ความรัก กับพ่อแม่บ้างน้อย P4/L117

Ki4 : ปัญหาครอบครัว P1/L27

Ki5 : คนปกติก็จะมีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งยังไม่ป่วย เครียดเรื่อง การเรียน ครอบครัว เรื่องแฟน P1/L18

Ki8 : ถ้าเป็นวัยรุ่นก็ปัญหาเรื่องการเรียน เรื่องคนรัก ครอบครัว P2/L46

Ki8 : ส่วนผู้ใหญ่จะน้อย ไม่ค่อยมี ส่วนใหญ่มีก็คือ ปัญหาครอบครัวมากกว่า P17/L510

Ki12 : ปัญหาที่ทั้งการปรับตัวในวัยรุ่น เรื่องเพศ ชีวิตครอบครัว การเรียน ความเครียด แม้แต่ปัญหาของผู้ที่ป่วยทางด้านจิตเวชที่รักษาตัวอย่างต่อเนื่องตามระบบโรงพยาบาลอยู่แล้วก็ตาม P19/L558

- ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน และหัวหน้างาน

Ki2 : กลุ่มวัยรุ่นปัญหาไม่หนักหนาอะไร ทั่วไปปัญหาปรับตัว ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน ปัญหาเกี่ยวกับ ทำงาน P3/L79

Ki3 : เรื่องทำงาน มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน มีปัญหาเกี่ยวกับหัวหน้างาน P3/L72

Ki4 : วัยทำงานก็จะเป็นเรื่องของการปรับตัวในที่ ทำงาน เรื่อง ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน P2/L37

Ki6+7 : ความเครียด นอนไม่หลับ เครียดทั่วไปนิดหน่อยๆ ไม่ได้รุนแรง เรื่องเรียนบ้าง เรื่องงานบ้าง เพื่อนร่วมงานบ้าง P14/L404

Ki8 : เครียดจะทำยังไงดี นอนไม่หลับหรือไม่กิน ทำงานแล้วแต่เจอปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน P17/L508

Ki9 : ปัญหาเรื่องเพื่อน การปรับตัวกับเพื่อน การปรับตัวในที่ทำงาน มีปัญหาในการ ทำงาน ความรัก P13/L368

Ki11+10 : การทำงาน สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน เรื่องเพื่อน เรื่องความรัก เรื่อง สุขภาพจิตบ้าง การดำเนินชีวิตในสังคม P13/L391

Ki13 : เรื่องความรัก ผิดหวัง ออกหัก หรือเรื่องการทำงานก็มีบ้าง P2/L41

1.4.3 รู้สึกเหงา ไม่มีใครคุยด้วย

Ki2 : เข้ามาทักทาย เหงา คุยกันไม่มีปัญหาอะไร หาเพื่อนคุย P2/L58

Ki4 : วัยรุ่นส่วนใหญ่ บางคนก็เข้ามาคุยโดยไม่มีประเด็นอะไรชัดเจน จะ เป็นความเหงา อยากจะมีเพื่อนคุย P2/L32

Ki10+11 : ที่เจอบ่อยๆก็น่าจะเป็นเหงา เรื่องการทำงานกับเพื่อน P12/L378

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายสุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์ เกิดเมื่อวันพฤหัสบดีที่ 26 ธันวาคม พ.ศ.2528 สำเร็จการศึกษา
ระดับประถมศึกษาจากโรงเรียนพญาไท ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายจากโรงเรียน
สุรศักดิ์มนตรี และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต เอกจิตวิทยา คณะ
มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (เกียรตินิยมอันดับ 2) และได้เข้าศึกษาต่อใน
หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551

ผู้ที่สนใจเกี่ยวกับเนื้อหาในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถติดต่อกับผู้เขียนวิทยานิพนธ์ได้ที่
e-mail: suwawute_v@hotmail.com



ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย