

**การเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลทีมหมอบรรเทาภัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช:****มุมมองจากผู้มีส่วนได้เสียในระบบบริการสุขภาพชุมชน****Strengthening Mental Health Nursing Competencies in Family Care Teams:****Insights from Community Health Stakeholders**สนธยา มณีรัตน์¹ นาดนา วงษ์สีล² พิมรัตน์ โทกุล³ กมลวรรณ สุขบวรวัฒน์⁴Sonthaya Maneerat¹ Nardnapa Wongsin² Pimrat Tokul³ Kamolwan Sukbawaonwat⁴¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา Faculty of Nursing, Bansomdejchaopraya Rajabhat University² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, FON, PBRI

³ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Prapokklao Nursing College, FON, PBRI⁴ โรงพยาบาลสอยดาว จังหวัดจันทบุรี Soidow Hospital, Chantaburi Province² Corresponding author, Nardnapa Wongsin, Email: nardnapa.wongsin@bcnnv.ac.th**บทคัดย่อ**

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค ความท้าทาย และระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงมุมมองของผู้มีส่วนได้เสียต่อความจำเป็น และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลทีมหมอบรรเทาภัยระดับตำบล กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วยผู้มีส่วนได้เสียในระบบบริการปฐมภูมิ จำนวน 70 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก 40 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม 30 คน โดยใช้แนวคำถามสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาค้นพบ สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค ความท้าทาย และระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชพบ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความซับซ้อนของการเจ็บป่วยและข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ 2) การกีดกันขอบเขตของพยาบาลปฐมภูมิและความเปราะบางของบทบาทในระบบสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน และ 3) ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและพลังการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลปฐมภูมิ ส่วนมุมมองของผู้มีส่วนได้เสียต่อความจำเป็นและแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลทีมหมอบรรเทาภัยระดับตำบล สะท้อนรูปแบบ PRIMARY model ซึ่งครอบคลุมการพัฒนาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของพยาบาล 7 ด้าน

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ และใช้เป็นแนวทางการพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลในระบบปฐมภูมิ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ สมรรถนะพยาบาล ทีมหมอบรรเทาภัย สุขภาพจิต การพยาบาลจิตเวช

Abstract

This qualitative study aimed to explore the current situation, barriers, challenges, and mental health and psychiatric service system within primary health care, as well as to examine stakeholders' perspectives on the necessity for and approaches to developing mental health and psychiatric competencies among Family Care Team Nurses (FCTNs) at the sub-district level. Seventy key stakeholders from the primary health care system participated. Data were collected through in-depth interviews with 40 participants using a semi-structured interview guide and focus group discussions with 30 participants guided by a focus group discussion guide. Data were analyzed using content analysis. The findings related to the situation, barriers, challenges, and the mental health and psychiatric service system revealed three major themes: 1) the complexity of mental health conditions and limitations of mental health and psychiatric services at the primary care level; 2) role expansion beyond primary care nursing and the vulnerability of nurses' roles within the community mental health and psychiatric system; and 3) structural constraints and drivers influencing mental health and psychiatric service delivery by primary care nurses. In addition, stakeholders' perspectives on the necessity for and approaches to developing mental health and psychiatric competencies among sub-district FCTNs reflected the PRIMARY model, which encompasses seven domains of desirable nursing competencies.

The findings provide essential baseline evidence for the development of competency assessment tools and competency-based curriculum guidelines to enhance primary care nurses' capabilities, thereby improving the quality of care for individuals with mental health and psychiatric conditions in community settings.

Keywords nursing competency, family care team, mental health, psychiatric nursing

ความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการขยายบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะพื้นที่ชนบท ซึ่งเกิดจากการลงทุนระยะยาวในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ทั้งในมิติทางภูมิศาสตร์และความเสมอภาคด้านสุขภาพ (Sumriddetchkajorn et al., 2019) หนึ่งในกลไก

สำคัญของนโยบายนี้ คือ "ทีมหมอครอบครัว" (Family Care Team: FCT) ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดบริการที่เน้นการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตภิบาล นักกายภาพ นักโภชนาการ รวมถึงอาสาสมัครในชุมชน เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ต่อเนื่องและครอบคลุมทุกมิติของประชาชนในระดับพื้นที่ (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) โดยทีมหมอครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับครัวเรือน มุ่งเน้นการทำงาน

เชิงรุกแบบบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลระดับอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดการดูแลแบบไร้รอยต่อและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ (World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, & Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies, 2024)

การดำเนินงานบริการปฐมภูมิ แม้จะมีแนวทางการทำงานที่ชัดเจน แต่ผลลัพธ์ในระดับพื้นที่ยังสะท้อนถึงข้อจำกัดหลายประการ เช่น การขาดองค์ประกอบทีมที่ครบถ้วน การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง และภาระงานที่เพิ่มขึ้น (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM], 2025; Bazemore, Petterson, & McCulloch, 2024) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรหลักในทีมที่มีหน้าที่หลากหลาย ทั้งส่งเสริมสุขภาพ ให้คำปรึกษา ดูแลกลุ่มเสี่ยง และประสานการส่งต่อผู้ป่วยสู่ระบบบริการที่เหมาะสม ซึ่งกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยปัญหาสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า การติดสารเสพติด และภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จากข้อมูลตัวชี้วัดด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยในปี 2565 พบว่าสอดคล้องกับผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ ปี 2565 ที่ระบุว่าโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอลกอฮอล์ เป็นกลุ่มปัญหาสุขภาพจิตที่มีความชุกและส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในระดับสูง สะท้อนภาระด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศ

ในช่วงเวลาดังกล่าว (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2568) แม้ว่ากรมสุขภาพจิตจะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนและกลุ่มเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง (SMI-V) ผ่านคู่มือและการอบรมระบบปฐมภูมิแล้ว อย่างไรก็ตามการดำเนินงานยังเผชิญข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการที่ไม่ทั่วถึง ความไม่ต่อเนื่องในการรักษา ขาดผู้ดูแลที่มีทักษะเฉพาะทาง และช่องว่างในระบบส่งต่อ ซึ่งนำไปสู่การกำเริบของโรคและผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559).

ปัจจุบันประเทศไทยยังเผชิญปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีจำนวนรวมประมาณ 4,064 คน หรือคิดเป็นอัตราส่วนเพียง 6.14 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งถือว่ายังไม่เพียงพอต่อความต้องการให้บริการในพื้นที่ทั่วประเทศ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และแม้ว่าสถานการณ์พยาบาลจะกำหนดหลักสูตรการอบรมเฉพาะทางพยาบาลเพื่อพัฒนาสมรรถนะเฉพาะสาขา แต่การอบรมดังกล่าวมักมีระยะเวลาสั้นและมีต้นทุนทั้งด้านเงินและเวลา ซึ่งในทางปฏิบัติอาจเป็นปัจจัยเชิงอุปสรรคต่อการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชให้กับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรหลักในทีมหมอครอบครัว เพื่อให้

สามารถจัดการและให้การดูแลในระดับปฐมภูมิได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมก่อนการส่งต่อสู่ระบบบริการเฉพาะทาง

ที่ผ่านมามีงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิและบทบาทของพยาบาลทีมหมอบรรเทาส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ประเด็นเชิงโครงสร้างของระบบบริการ การจัดการทีมสหวิชาชีพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชาชนในภาพรวม โดยมักใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณเพื่อประเมินผลลัพธ์ของนโยบาย โปรแกรม หรือรูปแบบการให้บริการ เช่น อัตราการเข้าถึงบริการ ระดับความรู้ หรือทัศนคติของบุคลากร และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ (World Health Organization [WHO], 2022) แม้ในระดับนานาชาติจะมีการเน้นย้ำบทบาทของพยาบาลปฐมภูมิในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนและการบูรณาการบริการสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตามงานทบทวนวรรณกรรมล่าสุดสะท้อนให้เห็นว่า หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มุ่งศึกษาการพัฒนาความสามารถเชิงปฏิบัติของพยาบาลในบริบทการทำงานจริงยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยงานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงให้ความสำคัญกับการประเมินผลลัพธ์เชิงปริมาณ เช่น ระดับความรู้ ทักษะ หรือความเชื่อมั่นก่อนและหลังการฝึกอบรม มากกว่าการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานอย่างองค์รวมในสถานการณ์จริง (McInnes et al., 2022) และในบางการศึกษา มุ่งพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินสมรรถนะด้านสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่การดำเนินงานดังกล่าว

ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาเครื่องมือและการกำหนดมาตรฐานสมรรถนะที่ชัดเจน โดยเฉพาะการประเมินสมรรถนะที่สะท้อนการปฏิบัติงานจริงในบริบทการทำงานของพยาบาลปฐมภูมิอย่างรอบด้าน (Martins & Vieira, 2014) นอกจากนี้งานวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งสำรวจสถานการณ์จริง ปัญหา อุปสรรค และความท้าทายในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตของพยาบาลทีมหมอบรรเทา รวมถึงการสะท้อนมุมมองจากผู้มีส่วนได้เสียหลายกลุ่มในระบบบริการปฐมภูมิ เช่น ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ยังพบว่ามีอยู่อย่างจำกัด และมักศึกษาผู้ให้ข้อมูลเพียงบางกลุ่ม ไม่ครอบคลุมมุมมองเชิงระบบทั้งหมด (WHO, 2022) ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่เพียงพอสำหรับการนำไปใช้พื้นฐานในการออกแบบการพัฒนาสมรรถนะที่ตอบสนองต่อบริบทจริงของการทำงานในระดับปฐมภูมิ

ช่องว่างดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาสมรรถนะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลทีมหมอบรรเทาไม่สามารถอาศัยเพียงกรอบแนวคิดหรือผลลัพธ์จากการวิจัยเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว หากแต่จำเป็นต้องเริ่มต้นจากความเข้าใจสถานการณ์จริงในการปฏิบัติงาน และมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในทุกระดับ เพื่อให้การกำหนดสมรรถนะที่พึงประสงค์และแนวทางการพัฒนาเป็นไปอย่างสอดคล้องกับบริบทของระบบบริการปฐมภูมิและสามารถนำไปใช้ได้จริง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการสำรวจสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบบริการปฐมภูมิ

รวมถึงการสะท้อนมุมมองของผู้มีส่วนได้เสียในระบบ เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลทีมหมอครอบครัวอย่างเป็นระบบและตอบโจทย์การปฏิบัติงานจริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค ความท้าทาย และระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบบริการปฐมภูมิ
2. เพื่อศึกษามุมมองของผู้มีส่วนได้เสียต่อความจำเป็นและแนวทางการพัฒนาสมรรถนะสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลทีมหมอครอบครัวระดับตำบล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับพยาบาลวิชาชีพทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ซึ่งดำเนินการโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ความท้าทาย และระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบบริการปฐมภูมิ และมุมมองของผู้มีส่วนได้เสียต่อความจำเป็นและแนวทางการพัฒนาสมรรถนะสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลทีมหมอครอบครัว ระดับตำบล ระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะและรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะ ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ และระยะที่ 4

ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ การศึกษาที่นำเสนอในบทความนี้เป็นการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งมุ่งเน้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายกลุ่มในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการคัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจง (purposive area selection) โดยเลือกจังหวัดจันทบุรีเป็นพื้นที่ศึกษา เนื่องจากมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีความหลากหลายของบริบททั้งพื้นที่เมืองและชนบท และมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เชื้อชาติ ศาสนา อีกทั้งมีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชนอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) จำนวน 70 คน แบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีส่วนได้เสียในระบบบริการปฐมภูมิ โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูล เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 40 คน และกลุ่มที่ 2 สำหรับการสนทนากลุ่ม จำนวน 30 คน ผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละกลุ่มคัดเลือกจาก 3 กลุ่มหลักดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหารและผู้มีส่วนได้เสียเชิงนโยบาย ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต/ปฐมภูมิระดับจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. กลุ่มบุคลากรสหวิชาชีพปฏิบัติงานทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ (รวมพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิต และจิตเวช)

นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย
นักจิตวิทยา และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน (อสม.)

3. กลุ่มผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิต
เวช ประกอบด้วย ผู้ป่วย/สมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ
และผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง/ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือชุด
แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured
interview guide) ซึ่งใช้ในการรวบรวมข้อมูลทั้ง
การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม แต่มี
การปรับคำถามย่อยให้สอดคล้องกับลักษณะของ
ผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม ชุดแนวคำถามนี้
ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2)
สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค ความท้าทาย และ
ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบ
บริการปฐมภูมิ และ 3) มุมมองของผู้มีส่วนได้เสีย
ต่อความจำเป็น สมรรถนะที่พึงประสงค์ และ
แนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านสุขภาพจิตและ
จิตเวชของพยาบาลทีมหมอบรรเทาในระดับตำบล

ตัวอย่างแนวคำถามหลัก เช่น

1. สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตที่พบใน
ชุมชนของท่านมีลักษณะอย่างไร
2. ท่านมองเห็นปัญหาอุปสรรค หรือ
ความท้าทายในระบบบริการสุขภาพจิตระดับปฐม
ภูมิอย่างไร
3. ระบบบริการปัจจุบันสนับสนุนหรือ
เป็นอุปสรรคต่อการทำงานด้านสุขภาพจิตอย่างไร
4. จากประสบการณ์ของท่าน พยาบาล
ทีมหมอบรรเทาควรมีสมรรถนะด้านสุขภาพจิต
และจิตเวชในเรื่องใดบ้าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นได้รับการ
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)
โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการ
พัฒนาเครื่องมือวิจัย การพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช และการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 3
ท่าน ผลการประเมินพบว่าชุดแนวคำถามมีความ
ครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การ
วิจัย โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content
validity index: CVI) เท่ากับ 0.92 หลังปรับแก้ไข
ตามข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้
กับกลุ่มตัวอย่างทีมหมอบรรเทาที่มีลักษณะ
ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อ
ประเมินความเหมาะสม ก่อนนำเครื่องมือวิจัยไป
ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอความร่วมมือไปยัง
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์
ประโยชน์ และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งเตรียม
ความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ
ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มี
ประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 4
ท่าน เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับ
เครื่องมือวิจัยและแนวทางการปฏิบัติงาน
กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลเกิดขึ้นในช่วง
เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 โดยดำเนินการเฉพาะ
กับผู้ที่ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลาย
ลักษณ์อักษรเท่านั้น

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้การ
บันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนามควบคู่กัน
เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนมุมมองที่แท้จริงของ
ผู้ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน โดยแบ่งกระบวนการ

ออกเป็นสองระยะย่อยเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในลักษณะของการตรวจสอบสามเส้า ระยะแรกเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 40 คน โดยใช้เวลาประมาณ 30 ถึง 45 นาทีต่อราย ระยะที่สองเป็นการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 8 ถึง 10 คน ใช้เวลาประมาณ 60 ถึง 90 นาทีต่อกลุ่ม กระบวนการในระบายนี้นเป็นการนำเสนอข้อค้นพบเบื้องต้นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ผู้มีส่วนได้เสียได้ร่วมตรวจสอบยืนยันความถูกต้องและร่วมให้ข้อเสนอแนะในประเด็นที่ยังขาดความสมบูรณ์ รวมถึงการสนทนาเพื่อค้นหามุมมองของผู้มีส่วนได้เสียต่อความจำเป็น สมรรถนะที่พึงประสงค์ และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่มีความน่าเชื่อถือ หลากหลายมุมมอง และสะท้อนสภาพการณ์ในพื้นที่อย่างแท้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดพระเชตุพน เลขที่รับรอง COA NO.8/2568 ERB NO. 7/2568 ลงวันที่ 3 มิถุนายน 2568 ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลได้รับการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ แนวทางการเก็บข้อมูล การเก็บรักษาความลับ และสิทธิในการถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อสิทธิใด ๆ รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมจากนั้นจึงลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม

เข้าร่วมการวิจัย (informed consent) อย่างเป็นทางการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มถูกถอดความคำต่อคำ (verbatim transcription) และตรวจสอบความถูกต้องร่วมกับผู้ให้ข้อมูลบางราย เพื่อยืนยันความถูกต้องของเนื้อหา (member checking) กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มจากการนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดระเบียบ (data organization) และจำแนกหมวดหมู่ประเด็นควบคู่กับการเปิดรับประเด็นใหม่ที่เกิดขึ้นจากบันทึกภาคสนามเพื่อให้การตีความมีความลึกซึ้งและสะท้อนบริบทที่แท้จริง จากนั้นสังเคราะห์ประเด็นหลักและประเด็นย่อยครอบคลุมประเด็น 2 ด้านตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ 1) ด้านสถานการณ์ปัญหาอุปสรรค ความท้าทาย และระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งสะท้อนสภาพการณ์ปัจจุบันของปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ ลักษณะการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิ และข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและทรัพยากร และ 2) ด้านมุมมองของผู้มีส่วนได้เสียต่อความจำเป็นและแนวทางการพัฒนาสมรรถนะสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ซึ่งมุ่งเน้นประเด็นสมรรถนะที่พึงประสงค์ของพยาบาลทีมหมอครอบครัว

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) บทบาท/วิชาชีพของผู้ให้ข้อมูลหลัก 2) สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค ความท้าทาย

และระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบบริการปฐมภูมิ และ 3) มุมมองของผู้มีส่วนได้เสียต่อความจำเป็นและแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลทีมหออครอบครัวระดับตำบล

ส่วนที่ 1 บทบาท/วิชาชีพของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 70 คน ซึ่งคัดเลือกจากผู้มีส่วนได้เสียกับการดำเนินงานของทีมหออครอบครัวในระบบบริการปฐมภูมิเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชน ดังนี้ (ตารางที่ 1)

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 40 คน ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล รวม 10 คน 2) ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานทีมหออครอบครัว จำนวน 18 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน และ 3) ผู้รับบริการ/ครอบครัว/ผู้ดูแล จำนวน 6 คน

2) การสนทนากลุ่มจำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล จำนวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน และพยาบาลเฉพาะทางที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 คน

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค ความท้าทาย และระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบบริการปฐมภูมิ

ผลการศึกษาสะท้อนสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค ความท้าทาย และระบบบริการ

สุขภาพจิตและจิตเวชในระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ศึกษา 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ความซับซ้อนของการเจ็บป่วยและข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ 2) ภารกิจที่เกินขอบเขตของพยาบาลปฐมภูมิและความเปราะบางของบทบาทในระบบสุขภาพจิตชุมชน และ 3) ระบบที่กำลังพัฒนา: ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและพลังการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตของพยาบาลปฐมภูมิ

ประเด็นที่ 1: ความซับซ้อนของการเจ็บป่วยและข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ

ผลการศึกษา พบว่าสถานการณ์สุขภาพจิตในชุมชนมีความซับซ้อนและทวีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว วัยรุ่นใช้สารเสพติด รวมถึงผู้ดูแลที่สะสมความเครียดจากบทบาทการดูแลผู้ป่วยบางรายแสดงพฤติกรรมเดือน เช่น พุดคนเดียว เดินวนไปมารอบชุมชน หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว แต่กลับเผชิญข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ เนื่องจากขาดระบบประเมินที่เป็นระบบ และไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน

“ผู้ป่วยบางรายไม่มีบ้านอยู่ ต้องไปนั่งหน้าวัด ไม่รู้จะช่วยเหลือยังไง” (ผู้รับบริการ 02)

“บางคนเดินตามถนนทั้งวัน ไม่ได้กินยา ญาติก็บอกว่าไม่ต้องสนใจ” (อสม. 01)

แม้ในบางพื้นที่จะมีการจัดโครงสร้างบริการขั้นพื้นฐาน เช่น คลินิกสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือการนำระบบจำแนกความรุนแรงของอาการมาประยุกต์ใช้ แต่ในทางปฏิบัติพบว่าระบบบริการส่วนใหญ่ยังคงมีลักษณะการจัดบริการเชิงตั้งรับ

(passive approach) ที่มุ่งเน้นการให้บริการภายในสถานบริการเป็นหลักมากกว่าการติดตามดูแลเชิงรุกในชุมชน ข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตรงต่อการเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่แสดงอาการรุนแรง รวมถึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องจนหลุดจากระบบบริการในที่สุด

“งานที่ทำประจำคือฉีดยาคนไข้ตามนัด จะมีรายชื่ออยู่ที่ รพ.สต.” (ผู้บริหาร 08)

“ส่วนใหญ่เน้นดูแลที่ รพ.สต. จ่ายยา ฉีดยา แต่ถ้ารายไหนเจ็บป่วยไป เราก็ไม่รู้ ยกเว้น อสม. มาบอก” (ทีมสหวิชาชีพ 03)

นอกจากนี้พยาบาลปฐมภูมิยังต้องเผชิญข้อจำกัดด้านเวลา บุคลากร และเครื่องมือสนับสนุน มีภาระงานหลากหลาย เช่น บริการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค รวมถึงงานคุณภาพและตัวชี้วัด ทำให้ไม่สามารถจัดเวลาให้กับงานสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม

“พยาบาลต้องทำทุกอย่าง ทั้งเอกสาร ทั้งให้ยา เลยไม่มีเวลา” (ทีมสหวิชาชีพ 05)

“จำเป็นต้องรับผิดชอบงาน เพราะไม่มีคนเลือก” (พยาบาล 01)

จากการสัมภาษณ์ พบว่าระบบคัดกรองผู้ป่วยตามระดับอาการยังไม่สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วน เนื่องจากขาดแนวทางปฏิบัติ เครื่องมือประเมิน และความร่วมมือจากครอบครัวผู้ป่วย

“ส่งผู้ป่วยไป รพ. ก็ไม่รับ บางคนอยู่บ้านก็ไม่มีใครให้ยา” (พยาบาล 07)

“ระบบคัดกรองตามกลุ่มเสี่ยงจริง แต่ปฏิบัติไม่ได้ครบ เพราะขาดคน ขาดงบ และญาติไม่ร่วมมือ” (ผู้บริหาร 08)

นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมที่ควรได้รับการประเมินเชิงป้องกัน เช่น การแยกตัว ความเศร้าเรื้อรัง หรือพฤติกรรมผิดปกติ มักไม่ได้รับการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ เนื่องจากการทำงานยังต้องพึ่งพาการแจ้งจากญาติหรือชุมชน มากกว่าการค้นหาเชิงรุก ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นตัวกลางระหว่างชุมชนและระบบบริการ ยังขาดความมั่นใจในการประเมินปัญหาสุขภาพจิต

“ถ้าเราไม่ไปเยี่ยมบ้านเอง เขาก็หลุดจากระบบ เพราะไม่มีใครตาม” (พยาบาล 05)

“บางทีเราก็ไม่แน่ใจว่าเขาเครียด หรือเป็นโรคจิต ถ้ามีแบบเช็กอาการจะช่วยได้มาก” (อสม. 06)

ในขณะเดียวกันการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชายังเป็นการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือไม่มีผู้ดูแล หรือครอบครัวไม่ประสงค์ให้มีคนมาเยี่ยม ทำให้พยาบาลเยี่ยมบ้านต้องรับความเสี่ยงโดยไม่มีทีมเฉพาะทางรองรับ และจำเป็นต้องพิจารณา และตัดสินใจด้วยตนเองว่าควรเข้าไปเยี่ยมหรือไม่ หรือควรจะดำเนินการอย่างไรเพื่อลดความเสี่ยง และทำให้เกิดความปลอดภัย แม้ในปัจจุบันจะมีนโยบายและโครงการสนับสนุนจากภาครัฐ เช่น care team หรือคลินิก DPAC แต่หลายโครงการไม่สามารถดำเนินต่อเนื่องได้ เนื่องจากขาดบุคลากรและระบบติดตาม

“เวลาไปเยี่ยมบ้านคนไข้จิตเวช ไม่เคยไปคนเดียว เพราะกลัวอันตราย” (พยาบาล 04)

“โครงการดี แต่ไม่มีคนทำต่อ พอเปลี่ยนทีม ก็หายไปเลย” (ผู้บริหาร 05)

ผลการศึกษาสะท้อนว่าปัญหาสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ประกอบ

ด้วยข้อจำกัดเชิงระบบ ภาระงานของพยาบาล การขาดบุคลากรและเครื่องมือ รวมถึงช่องว่างในการติดตามผู้ป่วย จึงนำไปสู่การหลุดจากระบบดูแล และการตอบสนองต่อปัญหาได้ไม่เต็มที่

ประเด็นที่ 2: การกิจที่เกินขอบเขตของพยาบาลปฐมภูมิและความเปราะบางของบทบาทในระบบสุขภาพจิตชุมชน

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลในระบบบริการปฐมภูมิไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่เพียงตามโครงสร้างงานเดิม แต่ถูก “วางบทบาท” ให้ดูแลสุขภาพในทุกมิติ ทั้งด้านการรักษาโรคทั่วไป งานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลเอกสารคุณภาพ และบริหารจัดการหน่วยบริการ ส่งผลให้งานด้านสุขภาพจิตต้องอาศัยเวลา ความสัมพันธ์ และทักษะเฉพาะทาง กลับกลายเป็น “ภารกิจรอง” ที่ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มที่ในสภาพแวดล้อมที่จำกัด

“พยาบาลต้องทำทุกอย่าง ทั้งเอกสาร ทั้งให้ยา เลยไม่มีเวลา” (ทีมสหวิชาชีพ 06)

“หลังเลิกงาน ก็ยังต้องโทรหาญาติคนไข้จิตเวชเรื่องนัดกินยา” (พยาบาล 09)

นอกจากภาระที่ทับซ้อนในระบบ พยาบาลยังแบกรับ “ความคาดหวังทางสังคม” จากชุมชน ซึ่งมองว่าพยาบาลเป็นมากกว่าผู้รักษา คือ ผู้รับฟัง ผู้ประคับประคองจิตใจ และผู้ที่เข้าใจอารมณ์ของประชาชนในยามเผชิญความเครียด หรือความทุกข์จากชีวิตประจำวัน

“เวลาชาวบ้านเครียด ก็จะมาหาพยาบาลก่อน เพราะเขาไว้ใจ” (อสม 03)

“บางคนมานั่งร้องไห้ที่หน้าเคาน์เตอร์ เราก็ต้องฟังให้จบก่อน ถึงจะกลับบ้านได้” (พยาบาล 06)

“บางทีเราก็ไม่ไหวเหมือนกัน สักทุ่มแล้วยังไลน์มาปรึกษาปัญหาเขาจะรู้ไหม ว่าพยาบาลก็ต้องการ

พักผ่อน แต่เมื่อเขาโทรมาเราก็ให้คำปรึกษาเขาจนจบ” (พยาบาล 10)

จากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลในทีมสหวิชาชีพและฝ่ายบริหาร พบว่าพยาบาลในระดับปฐมภูมิกลายเป็น “จุดศูนย์กลางของความหวัง” ในระบบสุขภาพจิตที่ยังไม่สมบูรณ์ โดยต้องรับผิดชอบทั้งการติดตามยา การประเมินความเสี่ยง การสังเกตพฤติกรรม การให้คำปรึกษาทั้งในหน่วยบริการ และการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน แม้จะไม่มีความพร้อมเชิงโครงสร้างหรือระบบสนับสนุนที่ชัดเจน

“อยากให้พยาบาลช่วยติดตามยา และรายงานความเสี่ยงในชุมชนเป็นระยะ ๆ” (ทีมสหวิชาชีพ 01)

“บางเคสไม่ได้กินยาเลย เราก็ไม่รู้ เพราะไม่มีคนติดตาม” (ผู้บริหาร 07)

แนวทางที่สะท้อนจากข้อมูลภาคสนาม เสนอว่าระบบควรสนับสนุน “เครื่องมือที่ใช้งานได้ง่ายจริง” เช่น ฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่สามารถเข้าถึงและพัฒนาาร่วมกันระหว่าง รพ.สต. โรงพยาบาลแม่ข่าย และหน่วยงานชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลและลดการสูญเสียข้อมูลเมื่อบุคลากรเปลี่ยนเวรหรือย้ายตำแหน่ง

“ควรมี one page summary ของผู้ป่วยจิตเวชที่แชร์กันได้ในทุกระดับ” (ทีมสหวิชาชีพ 04)

“บางทีเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ก็ไม่ว่ากันว่าเคยเป็นอะไร ไม่มีข้อมูลย้อนหลัง” (พยาบาล 03)

ภาพรวมของผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า พยาบาลในระดับปฐมภูมิไม่ได้เป็นเพียงผู้ให้บริการทางการแพทย์ แต่เป็นผู้รับภาระเชิงระบบ และผู้แบกรับความคาดหวังจากสังคมในหลายมิติ ข้อจำกัดด้านเวลา ทรัพยากร และเครื่องมือ จึงไม่ได้ส่งผลต่อพยาบาลโดยลำพัง แต่

กระทบต่อ “โครงสร้างการดูแลสุขภาพจิตชุมชนโดยรวม” หากไม่มีการปรับระบบให้สามารถตอบสนองบทบาทดังกล่าวอย่างเหมาะสม ความเปราะบางของพยาบาลระดับปฐมภูมิอาจกลายเป็นจุดเปราะที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการและการเข้าถึงของประชาชนในระยะยาว

ประเด็นที่ 3: ระบบที่กำลังพัฒนา: ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและพลังการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตของพยาบาลปฐมภูมิ

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ ยังคงเผชิญกับความท้าทายจากหลายมิติ ทั้งในด้านโครงสร้างระบบบริการ ทรัพยากรสนับสนุน และศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน แม้จะมีการขับเคลื่อนที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ ในหลายพื้นที่ แต่ข้อจำกัดที่ฝังลึกในระบบยังคงส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล พยาบาลหลายคนสะท้อนถึงความรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากไม่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง หรือไม่มีโอกาสพัฒนาทักษะด้านนี้อย่างเป็นระบบ

“ไม่ค่อยมั่นใจเรื่องคนไข้จิตเวช เพราะไม่เคยอบรมเรื่องนี้เลย” (พยาบาล 01)

เมื่อประกอบกับภาระงานจำนวนมาก ทั้งงานรักษา งานส่งเสริมสุขภาพ งานบริหารคุณภาพ และงานด้านเอกสาร ทำให้เรื่องสุขภาพจิตกลายเป็น “งานแทรก” ที่ไม่ได้รับการจัดสรรเวลา และทรัพยากรอย่างเหมาะสม

“ภาระงานเยอะ ทำให้สุขภาพจิตกลายเป็นงานแทรก ไม่มีความชัดเจน” (พยาบาล 05)

“ไม่มีที่สงบ ๆ ให้อยู่กับคนไข้ เขาก็ไม่กล้าเปิดใจ” (ผู้รับบริการ 02)

ในขณะเดียวกัน ระบบส่งต่อยังคงมีข้อจำกัด โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าหลักเกณฑ์ที่โรงพยาบาลจิตเวชกำหนด ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ แม้จะมีพฤติกรรมเสี่ยงชัดเจน

“บางที่เราส่งต่อไป รพ.จิตเวช ก็ไม่ได้รับ เพราะเคสยังไม่ถึงเกณฑ์” (ผู้บริหาร รพ.สต.)

ญาติผู้ป่วยบางรายยังไม่ให้ความร่วมมือทั้งในการมารับยา การนัดพบแพทย์ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจ ส่งผลให้พยาบาลและ อสม. ต้องแบกรับภาระการดูแลเพียงลำพัง

“ญาติไม่สนใจ ปลดปล่อยให้เดินไปมา ไม่ให้ยา...” (อสม. 03)

“ต้องโทรหาเองทุกเดือน ว่าวันนี้ถึงวันกินยาแล้วนะ แต่บางทีก็ไม่รับสาย” (พยาบาล 06)

ในขณะที่ อสม. แม้จะเป็นกำลังสำคัญในการเข้าถึงชุมชน แต่ก็ยังขาดความรู้และเครื่องมือที่ชัดเจนในการแยกแยะปัญหาสุขภาพจิตจากพฤติกรรมทั่วไป ซึ่งอาจทำให้การช่วยเหลือเบื้องต้นยังไม่เต็มประสิทธิภาพ

“บางทีเราก็ไม่แน่ใจว่าเขาเครียด หรือเป็นโรคจิต ถ้ามีแบบเช็กรายการจะช่วยให้มาก” (อสม. 04)

“เราอยากช่วย แต่ไม่รู้จะเริ่มตรงไหน กลัวพูดผิด ทำผิด” (อสม. 01)

แม้ระบบจะยังอยู่ในระยะพัฒนา แต่สิ่งที่ปรากฏเด่นชัดในผลการศึกษานี้คือ “พลังของพยาบาลปฐมภูมิที่ยังคงมุ่งมั่นและยืนหยัดทำหน้าที่ ท่ามกลางข้อจำกัดรอบด้าน ความพยายามของพยาบาลและ อสม. ในการเป็นที่พึ่งให้กับผู้ป่วยจิตเวชคือแรงขับเคลื่อนสำคัญของระบบที่กำลังพัฒนา และเป็นจุดตั้งต้นที่สำคัญในการออกแบบแนวทางใหม่ให้ตอบโจทยความ

ซับซ้อนของปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างยั่งยืน (ตารางวิเคราะห์และถอดรหัสข้อมูล ตารางที่ 2)

2. มุมมองของผู้มีส่วนได้เสียต่อความจำเป็นและแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลทีมหมอครอบครัวระดับตำบล

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้เผยให้เห็นว่า การดูแลสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิไม่สามารถขับเคลื่อนได้ด้วยระบบบริการเพียงลำพัง แต่ต้องอาศัยสมรรถนะเชิงองค์รวมของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าใจทั้งตัวผู้ป่วย บริบทชุมชน และข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่เผชิญในชีวิตจริง พยาบาลในพื้นที่ไม่ใช่เพียงผู้ปฏิบัติงานตามนโยบาย แต่ต้องอาศัยทักษะหลากหลายมิติแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน โดยสามารถจำแนกประเด็นสำคัญได้ดังนี้

2.1 ความจำเป็นและสมรรถนะที่พึงประสงค์ของพยาบาลปฐมภูมิด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเนื่องจากสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงและความซับซ้อนเพิ่มขึ้น ทั้งกลุ่มโรคจิตเวชเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิตจากยาเสพติด ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยระบุว่าหากพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เป็นพยาบาลทั่วไปหรือไม่เคยผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมาก่อน อาจส่งผลกระทบต่อ

พยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการโดยรวม ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตามแนวทางที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากขาดสมรรถนะในการประเมินภาวะซึมเศร้าหรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายย่อมส่งผลกระทบต่อผลกระทบบรรณหนักหากผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ

“ถ้าไม่ได้อบรมก็ไม่มี ความมั่นใจ กลัวคนไข้ ไม่ยอมรับงานนี้” (พยาบาล 08)

“พยาบาลจิตเวชจะมีนิสัยดี ดูแลดี นั่งฟังปัญหาของเราได้นาน ๆ อยากให้มาเยี่ยมบ่อย ๆ” (ผู้รับบริการ 03)

ผลการสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มทำให้ได้ (ร่าง) กรอบแนวคิดชื่อ “PRIMARY model” ซึ่งสะท้อนมุมมองสมรรถนะที่จำเป็นด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลปฐมภูมิ ที่ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้านจริยธรรมและกฎหมายสุขภาพจิต (P: professional ethics and mental health law) ด้านความรู้ ทักษะทางปัญญา และนวัตกรรม (R: research, knowledge and innovation) ด้านสัมพันธภาพ การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม (I: interpersonal relationship and teamwork) ด้านการดูแลแบบองค์รวมและความเข้าใจพหุวัฒนธรรม (M: multicultural and holistic care) ด้านกระบวนการพยาบาลจิตเวชและทักษะเฉพาะทาง (A: act in nursing process and special skills) ด้านการส่งเสริมและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (R: resilience and mental health prevention) และด้านความเป็นผู้นำและอัตลักษณ์วิชาชีพ (Y: your leaderships and professional identity) รายละเอียดดังนี้

1. จริยธรรมและกฎหมายสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมักเผชิญกับการตีตราและการปฏิบัติอย่างไม่ให้เกียรติ พยาบาลจึงต้องมีส่วนร่วมในการเคารพศักดิ์ศรีและเข้าใจความหลากหลายของมนุษย์ นอกจากนี้ยังต้องมีความรู้ด้านกฎหมายเพื่อจัดการเหตุการณ์วิกฤต

“ต้องพูดจาให้เกียรติ ไม่ใช่ตะคอกคนไข้เหมือนคนบ้า” (อสม.02)

“เราต้องไม่ดูถูกคนไข้ ไม่ทำให้เขารู้สึกแปลกแยก” (อสม.05)

“บางทีมีคนใช้อาละวาดในชุมชน พยาบาลจึงต้องรู้กฎหมาย และ พรบ. สุขภาพจิตด้วย” (พยาบาล 09)

2. ความรู้ ทักษะทางปัญญา และ นวัตกรรม พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการนำความรู้วิทยาการสมัยใหม่ไปใช้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งเรื่องโรคและยา เนื่องจากปัจจุบันยังมีความกังวลในการประเมินและแบ่งระดับความซับซ้อนของอาการ รวมถึงความจำเป็นในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับยุคสมัย

“ต้องมีความรู้เรื่องโรค เรื่องยา และการบำบัดแบบต่าง ๆ” (พยาบาล 03)

“บางทีแยกไม่ออกว่าเขาเศร้าหรือซึมเศร้า ถ้ามีเกณฑ์ชัด ๆ จะช่วยได้มาก” (พยาบาล 10)

“ต้องรู้ว่าอาการซึมเศร้าเป็นยังไง จะได้แยกจากแค่อารมณ์ไม่ดีเฉย ๆ” (พยาบาล 07)

“ไม่เคยทำนวัตกรรมด้านสุขภาพจิต แต่รู้ว่ายุคนี้คงต้องจำเป็นล่ะ” (พยาบาล 07)

3. สัมพันธภาพ การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม การสื่อสารเป็น “เครื่องมือบำบัดเบื้องต้น” ที่ช่วยลดความตึงเครียดและสร้างความเชื่อมั่นได้มากกว่าการใช้ยา พยาบาลที่สื่อสาร

อย่างมีหัวใจจะได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและญาติอย่างมาก

“น้ำเสียงเรามีผลมาก ถ้าพูดไม่ดี เขาก็ไม่คุยต่อ” (พยาบาล 03)

“บางคนมานั่งร้องไห้ที่หน้าเคาน์เตอร์ เราก็ต้องฟังให้จบก่อน ถึงจะกลับบ้านได้” (พยาบาล 06)

“บางครั้งแค่เรานั่งฟัง ไม่พูดอะไร คนไข้ก็รู้สึกดีขึ้นแล้ว” (พยาบาล 08)

นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีสมรรถนะในการทำงานร่วมกับเครือข่ายสะท้อนถึง “ความเป็นผู้ประสานดูแล” และการประสานพลังเมื่อเกิดเหตุการณ์

“เราให้อสม. เป็นหูเป็นตา ถ้าเห็นอะไรผิดปกติก็แจ้งมาเลย แล้วเราจะตามต่อ” (พยาบาล 04)

“บางเคสเราต้องโทรคุยกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ขอคำแนะนำ เพราะไม่มีคู่มือชัดเจน” (พยาบาล 02)

“ถ้าคนใช้อาละวาด ต้องอาศัยกำลังจากผู้ใหญ่บ้าน และตำรวจมาช่วย เราทำอะไรไม่ได้หรอก” (พยาบาล 03)

4. การดูแลแบบองค์รวมและความเข้าใจ พหุวัฒนธรรม พยาบาลต้องมีทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมกับความหลากหลายของกลุ่มชาติพันธุ์และศาสนา โดยต้องเข้าใจในความเชื่อที่แตกต่าง และสามารถประเมินปัญหาที่ทับซ้อนได้

“ที่นี้มีทั้งไทย พม่า มุสลิม ต้องรู้วิธีคุยกับเขา” (อสม. 06)

“เราต้องปรับวิธีพูดกับผู้สูงอายุ พม่า มุสลิม ให้เหมาะกับเขา” (อสม.08)

“บางทีก็มีความเชื่อแปลก ๆ แต่เราก็ต้องเข้าใจเขา” (พยาบาล 02)

“คนไข้บางคนมีปัญหาหลายด้าน... เราต้องประเมินให้ได้ว่าเขามีปัญหาอะไรกันแน่” (พยาบาล 10)

5. กระบวนการพยาบาลจิตเวชและทักษะเฉพาะทาง การเยี่ยมบ้านและการจัดลำดับความสำคัญจำเป็นต้องอาศัยทักษะเฉพาะทางที่ต้องฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลและ อสม. ต้องการเครื่องมือที่ใช้งานได้จริงในชุมชน และต้องการแนวทางที่ชัดเจนเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงก่อนเกิดอาการวิกฤต

“บางวันเราต้องตัดสินใจคนเดียวว่าจะไปบ้านไหนก่อน ทั้งที่มีความเสี่ยงทุกบ้าน” (พยาบาล 03)

“ถ้ามีแบบเช็กอาการง่าย ๆ ที่ใช้ในชุมชนได้จะดีมาก” (พยาบาล 01)

“อยากให้มีแนวทางชัด ๆ แบบว่าเจอแบบนี้ควรพูดอย่างไร” (อสม.05)

6. การส่งเสริมและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต แม้ในพื้นที่ยังขาดเครื่องมือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเป็นระบบ แต่ความต้องการที่พบบ่งชี้ชัดว่า พยาบาลและ อสม. ต้องการแบบประเมิน คู่มือ และวิธีดูแลที่ชัดเจนและใช้งานในพื้นที่ได้จริง

“ถ้ามีแบบเช็กอาการง่าย ๆ ที่ใช้ในชุมชนได้จะดีมาก” (พยาบาล 01)

“อยากให้มีแนวทางชัด ๆ แบบว่าเจอแบบนี้ควรพูดอย่างไร” (อสม. 05)

“บางทีไม่แน่ใจว่าเขาเศร้า หรือว่าเครียดเลย ๆ ถ้ามีตัวช่วยจะดีมาก” (ผู้รับบริการ 05)

7. ความเป็นผู้นำและอัตลักษณ์วิชาชีพในพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากร พยาบาลต้องทำหน้าที่เชิงรุกและกล้าตัดสินใจประสานงานเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง

“ถ้าเราไม่กล้าพูด ไม่กล้าประสานงาน คนไข้ก็หลุดจากระบบ” (พยาบาล 02)

“บางทีต้องตัดสินใจเองว่าจะเยี่ยมบ้านไหม หรือรอให้คนไข้มา”(พยาบาล 08)

“ตัวเราเองต้องพัฒนาบุคลิกภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส ฝึกการฟังให้มากขึ้น” (พยาบาล 10)

2.2 แนวทางการพัฒนาสมรรถนะที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน

ผู้มีส่วนได้เสียมีความเห็นพ้องว่าควรเน้นรูปแบบการเรียนรู้ที่เกิดจากประสบการณ์จริงมากกว่าการอบรมเชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว โดยเสนอให้มีการศึกษาดูงานกรณีศึกษา หรือการโค้ชอย่างต่อเนื่องในพื้นที่

“อบรมอย่างเดียวไม่พอ ต้องไปดูของจริง” (พยาบาลวิชาชีพ 10)

“ชอบแบบที่พาไปดูเคสจริง ๆ หรือให้ลองฝึกพูดกับคนไข้เลย” (ผู้รับบริการ 03)

“ถ้าให้ไปเรียนเลย ๆ โดยไม่รู้ว่าจะเอาไปใช้ยังไง ก็ล้มหมด” (ทีมสหวิชาชีพ 02)

ควบคู่ไปกับการสร้างเครื่องมือสนับสนุนที่ใช้งานง่ายในชุมชน เช่น คู่มือหรือแบบประเมินอาการเบื้องต้น ทั้งนี้ผู้บริหารและทีมสหวิชาชีพยังสะท้อนถึงความจำเป็นในการสนับสนุนเชิงระบบเพื่อให้พยาบาลใช้สมรรถนะได้อย่างเต็มที่ ทั้งการจัดระบบประสานงานที่ชัดเจนและการจัดบริการรูปแบบใหม่ เช่น คลินิกสุขภาพจิตเคลื่อนที่เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ ชุมชน และครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม

“ต้องมีระบบประสานงานที่ชัดเจน และไม่ใช้แค่พยาบาลดูแลอยู่คนเดียว” (ผู้บริหาร 09)

นอกจากนี้ หน่วยงานควรสนับสนุนงบประมาณในการอบรมเพื่อไม่ให้เป็นการระดมค่าใช้จ่ายส่วนตัวของพยาบาล ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

อภิปรายผล

สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค ความท้าทาย และระบบบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ

จากการศึกษาสะท้อนภาพสถานการณ์สุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนที่มีความซับซ้อนและทวีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่เผชิญภาวะเครียดสะสมและการตีตราทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) และข้อมูลของประเทศไทยที่พบจำนวนผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2568) นอกจากนี้ปัญหาที่ค้นพบยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีนรินทร์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร (2561) ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องเผชิญกับสภาวะการดำรงชีวิตที่ยากลำบากจากการเป็นภาระของครอบครัวและการถูกสังคมตีตรา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มแยกตัวอยู่ตามลำพังและขาดโอกาสในการเข้าถึงระบบการช่วยเหลือทางสังคมที่จำเป็น

ในมิติด้านระบบบริการ ผลการศึกษาพบว่าโครงสร้างบริการปฐมภูมิยังคงเน้นสุขภาพกายเป็นหลัก ทำให้เกิด “วิกฤตที่ซ่อนอยู่” เนื่องจากการขาดกลไกตอบสนองที่เป็นรูปธรรมทั้งในด้านงบประมาณและนโยบายที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิวรรณ วงศ์ตาชี (2560) ที่พบว่าระบบบริการสุขภาพจิตปฐมภูมิยังเผชิญอุปสรรคด้านการบริหารจัดการและทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ข้อจำกัดด้านสถานที่ อุปกรณ์การประเมิน และระบบข้อมูลที่ไม่เชื่อมต่อกัน ส่งผลให้พยาบาลเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลและตัดสินใจเลือกการส่งต่อผู้ป่วยแทน

การให้การดูแลในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ Winqvist, Näppä, และ Häggström (2023) ที่ระบุว่าความไม่พร้อมของเครื่องมือสนับสนุนเชิงโครงสร้างเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นสำคัญที่ค้นพบ คือ ภาระงานที่เกินขอบเขตมาตรฐานวิชาชีพของพยาบาลปฐมภูมิ ซึ่งต้องรับผิดชอบงานทุกด้านตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการดูแลความปลอดภัย โดยขาดทีมสนับสนุนและระบบสหวิชาชีพที่ชัดเจน สภาวะการดังกล่าวส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและลึกซึ้งเพียงพอ ขณะเดียวกันพยาบาลผู้ปฏิบัติงานต้องเผชิญกับภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์และลดแรงจูงใจในการทำงาน การที่พยาบาลต้องแบกรับความเสี่ยงและความคาดหวังเพียงลำพังภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดนี้น่าจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวในการทำงาน (feeling of isolation) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khatatbeh และคณะ (2022) และ Lundqvist และคณะ (2024) ที่ชี้ว่าการขาดระบบสนับสนุนและกลไกการส่งต่อที่ราบรื่น ส่งผลลบต่อทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความมั่นคงทางจิตใจของผู้ให้บริการ

ความจำเป็นและสมรรถนะที่พึงประสงค์ของพยาบาลปฐมภูมิด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ผลการสังเคราะห์สมรรถนะที่พึงประสงค์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระบบปฐมภูมิจากการศึกษาครั้งนี้ ได้รูปแบบการพัฒนาชื่อ “PRIMARY model” ที่ประกอบด้วยสมรรถนะที่

จำเป็น 7 ด้านหลัก ได้แก่ 1) P: professional ethics and mental health law 2) R: research, knowledge and innovation 3) I: interpersonal relationship and teamwork 4) M: multicultural and holistic care 5) A: act in nursing process and special skills 6) R: resilience and mental health prevention และ 7) Y: your leadership and professional identity การค้นพบจากการศึกษานี้ช่วยยืนยันว่า PRIMARY model เป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่เป็นไปได้จริง และสามารถเป็น “แกนกลางการเสริมพลัง” ให้พยาบาลปฐมภูมิสามารถดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนได้อย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลไม่เพียงปฏิบัติงานตามบทบาท แต่เป็น “ผู้ขับเคลื่อน” การฟื้นฟูจิตใจและเชื่อมโยงระบบในชุมชนอย่างแท้จริง สมรรถนะเหล่านี้มีความสอดคล้องกับแนวคิด mhGAP (mental health Gap Action Programme) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) ที่มุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพบุคลากรด่านหน้าที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญให้สามารถประเมิน จัดการปัญหา และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเป็นระบบ โดย PRIMARY model ได้ขยายความให้สอดคล้องกับบริบทพยาบาลไทยที่ต้องใช้ทั้งทักษะทางคลินิกและภาวะผู้นำในการประสานเครือข่ายชุมชน เมื่อพิจารณาความสอดคล้องกับแนวคิดองค์กรวิชาชีพและงานวิจัยอื่น พบว่า PRIMARY model มีความสอดคล้องกับโครงสร้างสมรรถนะของสภาการพยาบาลสากล (ICN) ในด้านจริยธรรมและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ TRUCKS model ของ ฌีตูติกา ซูร์ตัน, มุสลินท์ โตแปเราะ, และนิรุสณีย์ อากาจิ (2565) ในหลายมิติ โดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพ

ระหว่างบุคคล (T: therapeutic relationship) ทักษะทางปัญญาและนวัตกรรม (R: reasoning and innovation) ความเข้าใจพหุวัฒนธรรม (U: understanding of Culture) และทักษะเฉพาะทาง (K: knowledge and S: skill) ซึ่งเป็นการยืนยันว่าการดูแลสุขภาพจิตชุมชนในพื้นที่ที่มีความหลากหลาย พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่บูรณาการทั้งศาสตร์การพยาบาลจิตเวชและความเข้าใจในบริบทพื้นที่อย่างลึกซึ้ง

แนวทางการพัฒนาสมรรถนะที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการเรียนรู้ต้องเปลี่ยนจากทฤษฎีสู่การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) เช่น การเรียนแบบอิงกรณีศึกษาและการจำลองสถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับ Wijnën-Meijer, Brandhuber, Schneider, และ Berberat, (2022) ที่พบว่าวิธีการนี้ช่วยให้พยาบาลมั่นใจในการปฏิบัติจริงมากขึ้น นอกจากนี้การมีพี่เลี้ยงหรือผู้ควบคุมสะท้อนประสบการณ์ (reflective supervisor) ยังเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างวุฒิภาวะทางอารมณ์และการเรียนรู้เชิงลึก (Aguilar-Ferrándiz et al., 2024)

การพัฒนาสมรรถนะจะบรรลุผลได้ต้องอาศัยการสนับสนุนเชิงระบบควบคู่กัน โดยเฉพาะการจัดอบรมร่วมสหวิชาชีพ (interprofessional training) และการจัดทำคู่มือภาคสนามที่ใช้งานง่าย ซึ่งจะช่วยลดภาระทางใจและเพิ่มความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานเชิงรุก สอดคล้องกับข้อเสนอของ Roncero และคณะ (2020) ที่ระบุว่าระบบบริการสุขภาพจิตเคลื่อนที่และเครื่องมือสนับสนุนการประเมินอาการเป็นปัจจัยสำคัญที่

ทำให้การดูแลสุขภาพจิตในชุมชนมีความยั่งยืน และลดความรู้สึกละเลยของผู้ปฏิบัติงานในระดับตำบลได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรเสริมสมรรถนะพยาบาลปฐมภูมิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยอิงจาก PRIMARY model ที่ประกอบด้วย 7 สมรรถนะสำคัญ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาเครื่องมือประเมิน จดอบรมที่เน้นการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง เช่น การโค้ช กรณีศึกษา และการฝึกปฏิบัติ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อีกทั้งควรใช้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคเชิงระบบในการออกแบบนโยบายสนับสนุนที่เหมาะสมและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายการศึกษาสู่พื้นที่ที่มีความหลากหลายด้านบริบท และพัฒนาเครื่องมือที่สะท้อนความต้องการเฉพาะของพยาบาลในการดูแลกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ตลอดจนประเมินผลลัพธ์ของการฝึกอบรมตาม PRIMARY model ในระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวทางการพัฒนาสมรรถนะ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพจิตแบบบูรณาการ

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566).

รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต

ปีงบประมาณ 2566. สืบค้น 28 ธันวาคม

2568, จาก

https://dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/view.asp?id=467

ณัฐิกา ชูรัตน์, มุสลิมท์ โตแป๊ะเราะ, และนิรุศณีย์ อาภาจิ. (2565). สมรรถนะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจิตเวชชุมชนจังหวัดนครราชสีมาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท แนววิถีพัฒนาธรรม: TRUCKS model. วารสารมหาวิทยาลัยนครราชสีมา นวัตกรรม, 14(2). 177-192.

วิวรรณ วงศ์คำจี. (2560). การพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม. วารสาร โรงพยาบาล นครพนม, 4(2), 50-68.

ศรินรัตน์ จันทพิมพ์, และชนิษฐา นันทบุตร. (2561). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสาร การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(2), 68-76.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. สืบค้น 1 ธันวาคม 2568, จาก <https://dmh-elibrary.org/items/show/274>

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติ. (2568). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2567. สืบค้น 4

ธันวาคม 2568, จาก

<https://www.nesdc.go.th/wordpress/wp->

- content/uploads/2025/09/Final-Report-2024_as-of-20250912.pdf
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- Aguilar-Ferrández, M. E., Toledano-Moreno, S., Casas-Barragan, A., Albornoz-Cabello, M., Tapia-Haro, R. M., & Correa-Rodriguez, M. (2024). Implementation of a coaching training for enhancing empathy and emotional intelligence skills in health sciences students: A prospective study. *BMC Medical Education*, 24(1): 76. doi: 10.1186/s12909-024-05076-z
- Bazemore, A. W., Petterson, S. M., & McCulloch, K. K. (2024). US primary care workforce growth: A decade of limited progress, and projected needs through 2040. *Journal of General Internal Medicine*, 40(2), 339–346. doi:10.1007/s11606-024-09121-x
- Khatatbeh, H., Pakai, A., Al-Dwaikat, T., Onchonga, D., Amer, F., Premusz, V., & Olah, A. (2022). Nurses’ burnout and quality of life: A systematic review and critical analysis of measures used. *Nursing Open*, 9(3), 1564–1574. doi: 10.1002/nop2.936
- Lundqvist, L-O., Rytterström, P., Rask, M., Brunt, D., Sellin, T., Grim, K., ... Schröder, A. (2024). Influence of mental health service provision on the perceived quality of life among psychiatric outpatients: Associations and mediating factors. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1282466. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1282466
- Martins, A. K. L., & Vieira, N. F. C. (2014). Nurses’ mental health competencies in the primary care: A methodological study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(suppl I), 373-375.
- McInnes, S., Halcomb, E., Ashley, C., Kean, A., Moxham, L., & Patterson, C. (2022). An integrative review of primary health care nurses’ mental health knowledge gaps and learning needs. *Collegian*, 29(4), 540–548. doi: 10.1016/j.colegn.2021.12.005
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM]. (2025). *Building a workforce to develop and sustain interprofessional primary care teams*. Washington, DC: National Academies Press.
- Roncero, C., García-Ullán, L., de la Iglesia-Larrad, J. I., Martín, C., Andrés, P., Ojeda, A., ... Montejo, Á. L. (2020). The response of the mental health network of the Salamanca area to the COVID-19 pandemic: The role of telemedicine. *Psychiatry Research*, 291, 113252. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113252
- Sumriddetchkajorn, K., Shimazaki, K., Ono, T., Kusaba, T., Sato, K., & Kobayashi, N. (2019). Universal health coverage and primary care, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(6), 415–422. doi: 10.2471/BLT.18.223693



- Wijnën-Meijer, M., Brandhuber, T, Schneider, A, & Berberat, P. O. (2022). Implementing Kolb's experiential learning cycle by linking real experience, case-based discussion and simulation. *Journal of medical education and curricular development*, 9. doi: 10.1177/23821205221091511
- Winqvist, I., Näppä, U., & Häggström, M. (2023). Quality of care during rural care transitions: A qualitative study on structural conditions. *BMC Nursing*, 22, 262. doi: 10.1186/s12912-023-01423-5
- World Health Organization [WHO]. (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings (Version 2.0)*. Retrieved December 3, 2025, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Mental health: Strengthening our response*. Retrieved December 6, 2025, from https://cdn.ymaws.com/www.safestates.org/resource/resmgr/connections_lab/glossary_citation/mental_health_strengthening_.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Retrieved December 28, 2025, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific & Asia Pacific Observatory on Health System and Policies. (2024). Thailand health system review. *Health Systems in Transition*, 13(1), 9789290620457.

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามกลุ่มบทบาทหน้าที่และวิธีการจัดเก็บข้อมูลกลุ่มบทบาทหน้าที่และวิชาชีพ

บทบาทหน้าที่และวิชาชีพ	การสัมภาษณ์เชิงลึก (ราย)	การสนทนากลุ่ม (ราย)	รวม (ราย)
1. กลุ่มผู้บริหารและผู้รับผิดชอบนโยบาย	10	10	20
- ระดับจังหวัด (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต/ปฐมภูมิ)	2	2	4
- ระดับอำเภอ (สาธารณสุขอำเภอ)	4	4	8
- ระดับตำบล (ผู้อำนวยการ รพ.สต.)	4	4	8
2. ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานทีมหมอบรรเทา	24	20	44
- พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	10	10	20
- พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช (ปฏิบัติงานรพช.)	0	10	10
- ทีมสหวิชาชีพในทีมหมอบรรเทา (นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย และนักจิตวิทยา)	8	0	8
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	6	0	6
3. ผู้รับบริการ/ครอบครัว และผู้ดูแล	6	0	6
รวม	40	30	70

ตารางที่ 2 ตารางวิเคราะห์และถอดรหัสข้อมูล

ข้อมูลคำให้สัมภาษณ์ (Meaning Unit)	รหัสข้อมูล (Code)	ประเด็นย่อย (Sub-theme)	ธีมที่เกิดขึ้น (Theme)
“ผู้ป่วยบางรายไม่มีบ้านอยู่ ต้องไปนั่งหน้าวัด...”	ผู้ป่วยไร้บ้าน/เปราะบาง	กลุ่มเสี่ยงที่ซับซ้อน	ความซับซ้อนของปัญหาในชุมชน
“บางคนเดินอยู่ตามถนนทั้งวัน ไม่ได้กินยา ญาติเพิกเฉย”	การไม่กินยา/ญาติไม่ร่วมมือ	การหลุดจากระบบติดตาม	ความซับซ้อนของปัญหาในชุมชน
“งานที่ทำประจำคือติดยาคนไข้ตามนัด...”	งานจิตเวชเชิงรับ	การดูแลเน้นในหน่วยบริการ	ระบบบริการเชิงรับ (Passive care)
“การไปเยี่ยมบ้านไม่ไปคนเดียว เพราะกลัวอันตราย”	ความเสี่ยง/ความปลอดภัย	ข้อจำกัดความปลอดภัย	ข้อจำกัดเชิงระบบ
“พยาบาลต้องทำทุกอย่าง ไม่มีเวลา”	ภาระงานล้น	ภารกิจเกินขีดจำกัด	ภาระงานเกินขอบเขต
“ระบบคัดกรองสีมี แต่ปฏิบัติจริงทำไม่ได้”	ระบบสีทำไม่ได้จริง	ช่องว่างนโยบาย-ปฏิบัติ	ข้อจำกัดเชิงนโยบาย
“ถ้าไม่เยี่ยมบ้านเอง คนไข้จะหลุดจากระบบ”	ขาดการติดตามเชิงรุก	ช่องว่างการเฝ้าระวัง	ระบบติดตามอ่อนแอ
“อสม. ไม่แน่ใจว่าเขาเครียด หรือเป็นโรคจิต”	ขาดทักษะประเมิน	ทักษะชุมชนไม่พร้อม	ข้อจำกัดศักยภาพเครือข่าย
“ส่งต่อไปรพ. แต่ไม่รับเพราะไม่เข้าเกณฑ์”	ส่งต่อไม่ได้	ความไม่พร้อมระบบส่งต่อ	โครงสร้างระบบบริการจำกัด
“ไม่มีแบบประเมิน ไม่มีคู่มือ”	ขาดเครื่องมือสนับสนุน	เครื่องมือไม่เพียงพอ	ทรัพยากรไม่พร้อม