

การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์
ในทศวรรษหน้าสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต*

THE DESIRABLE COMMUNITY PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH
NURSING PRACTICE FOR CHILDREN WITH MENTAL HEALTH
PROBLEMS IN THE NEXT DECADE

ศิริพร เพ็งเจริญ, พย.บ. (Siriporn Pengcharoen, B.N.S.)**

จินตนา ยูนิพันธุ์, RN, Ph.D. (Jintana Yunibhand, RN, Ph.D.)***

สุนิสา สุขตระกูล, RN, Ph.D. (Sunisa Suktakul, RN, Ph.D.)****

Abstract

Objective: To study the desirable community psychiatric and mental health nursing practice for children with mental health problems in the next decade (2012 – 2022).

Methods: This descriptive research applied the Ethnographic Delphi Futures Research technique. The informants were 26 experts, professional and client groups, who had experienced in caring of the children with mental health problems in community, from a combination of purposive and snowball sampling. The study instrument in the 1st round comprised of opened end questionnaires and in-depth interviewed, developed by the researcher, the 2nd and 3rd round were rating

scales questionnaires for level of agreement elicited from 26 experts. Data were collected 3 rounds by the researcher within 150 days, and analyzed by median and interquartile range.

Results: These nursing practice could be classified according to Neuman's Nursing Theory, into 3 levels; 1) primary prevention referred to nursing practice for children at risk of mental health problems, 2) secondary prevention referred to nursing practice for children with mental health problems having acute psychotic symptoms and receiving maximum care, and 3) tertiary prevention referred to nursing practice for children with mental health problems during chronic stage and receiving rehabilitative care.

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

***Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: yuni_jintana@hotmail.com

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Conclusions: The desirable psychiatric and mental health nursing practice for children with mental health problems in the next decade should be carried out by professional nurse and nurses with specialization in child psychiatric nursing.

Keywords : The community psychiatric and mental health nursing practice, Children with mental health problems, The next decade

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2555 - 2565) สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

วิธีการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วยกลุ่มนักวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญและกลุ่มผู้รับบริการที่มีประสบการณ์ในการบำบัดดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน จำนวนรวม 26 คน ทำการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดและแบบบอกต่อ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รอบแรกเป็นแบบสอบถามถึงโครงสร้างปลายเปิด และการสัมภาษณ์เชิงลึก รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 150 วัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ผลการศึกษา: การปฏิบัติการพยาบาลกับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนของพยาบาลที่มีสมรรถนะต่างกันจะให้การดูแลเด็กในเรื่องที่แตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนแล้วสามารถสรุปได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต แบ่งเป็นการป้องกัน 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่เสี่ยงต่อปัญหาทางจิต 2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิต ได้แก่ กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมและเด็กที่ป่วยทางจิตระยะที่มีอาการและปัญหาเฉียบพลัน และ 3) การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพเด็กภายหลังได้รับการบำบัดและมีอาการและปัญหาเรื้อรัง

สรุป: การปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิตในทศวรรษหน้า จำเป็นต้องมีพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลเด็กแต่ละกลุ่ม

คำสำคัญ : การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต เด็กที่มีปัญหาทางจิต ทศวรรษหน้า

ความสำคัญของปัญหา

เด็กที่มีสุขภาพดีสมบูรณ์ทั้งกายและจิตเป็นรากฐานเบื้องต้นที่ทำให้ประเทศแข็งแกร่ง มีความเป็นปึกแผ่นก้าวหน้า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 51 และ 52 กล่าวว่าประชาชนชาวไทยมีสิทธิเสมอกันใน

การรับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการรับบริการพื้นฐานจากรัฐอย่างครอบคลุมด้วย (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550) เด็กที่มีปัญหาทางจิตที่พบบ่อยในชุมชน ได้แก่ เด็กออทิสติก เด็กสมาธิสั้น เด็กที่มีความผิดปกติทางสมองและมีปัญหาพฤติกรรมหรืออารมณ์ (Goodman & Scott, 2005) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเด็ก น้อยกว่าร้อยละ 50 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีปัญหาทางจิตและเข้าถึงบริการการรักษาแบบ Treatment Lottery กล่าวคือ เด็กที่มีปัญหาทางจิตเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการการรักษา (Garrison, 1989; Glascoe, 2000; Goodman & Scott, 2005) การปล่อยให้เด็กที่มีปัญหาทางจิตมีอาการทางจิตต่อเนื่องไปจะส่งผลให้ปัญหาด้านพัฒนาการ พฤติกรรมและอารมณ์เพิ่มมากขึ้นจนถึงวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (เฉลิมพงษ์ ศรีวัชรกาญจน์ และชาครียา ชีเรนทร, 2550; Norman & Ryrie, 2009; Goodman & Scott, 2005)

จากสถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเด็กรายใหม่ที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับตติยภูมิสังกัดกรมสุขภาพจิตเป็นจำนวนมาก ทั้ง ๆ ที่กรมสุขภาพจิตดำเนินการขยายบริการสุขภาพจิตและจิตเวชไปบริการในชุมชนมากขึ้น โดยพบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ.2551 - 2553 มีจำนวน 1.03, 1.02 และ 1.05 ล้านคน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2553) เมื่อพิจารณาสถานการณ์การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน บริการส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วย

จิตเวชเด็กในชุมชนได้รับ คือ การตรวจตามนัดเพื่อรับยาตามที่จิตแพทย์จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิกำหนดไว้ และการได้รับคำแนะนำ คำปรึกษา จากพยาบาลวิชาชีพและ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งหนึ่งในสามของ APN สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเท่านั้นที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชน และมี APN สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นจำนวน 4 คน ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับตติยภูมิทั้งหมด (สภาการพยาบาล, 2553) โดยบทบาทสำคัญของพยาบาลในการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน ได้แก่ การเป็นผู้ดูแล ผู้จัดระบบบริการ และเป็นผู้ร่วมให้การบำบัดผู้ป่วย (Shives & Isaacs, 2002; Wilson & Kneisl, 1992)

จากปัญหาการไม่มี APN สาขาพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน ข้องจำกัดในการให้บริการแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิตที่มีเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและยังไม่พบการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในชุมชนที่พึงประสงค์สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในทศวรรษหน้า โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบของนิวแมนเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเรื่อย ๆ กล่าวคือ พยาบาลระดับ APN จะรับผิดชอบการปฏิบัติการพยาบาลในระดับการ

ป้องกันระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตและ
แก้ไขพัฒนาการที่บกพร่อง ส่วนพยาบาลวิชาชีพ
ในชุมชนปฏิบัติการพยาบาลในระดับการป้องกัน
ระยะที่ 1 ในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้
เป็นไปตามวัย และ การป้องกันระยะที่ 3 การคง
ไว้ซึ่งการฟื้นคืนสภาพเพื่อรักษาภาวะสุขภาพดี
ของผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางจิต ภายใต้การช่วยเหลือ
และพัฒนาศักยภาพของ APN โดยให้ชุมชนและ
ครอบครัวมีส่วนร่วม และใช้เทคนิคการวิจัย
เชิงอนาคตแบบ EDFR เพื่อระดมความคิดเห็น
จากผู้เชี่ยวชาญ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2553) โดย
พิจารณาภาพในอนาคตที่สอดคล้องกับทิศทาง
ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผน
พัฒนาสุขภาพแห่งชาติ และแผนสุขภาพจิต
แห่งชาติในอีก 10 ปีข้างหน้า ความรู้จากการวิจัยนี้
สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการปฏิบัติการ
พยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลสำหรับเด็กที่มี
ปัญหาทางจิตในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมาก
ยิ่งขึ้น และตรงกับความต้องการของสังคมใน
ทศวรรษหน้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษ
หน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ
การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต และนำความคิดเห็น
ของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็ก
ที่มีปัญหาทางจิต ได้แก่ จิตแพทย์เด็ก ผู้บริหารที่
สถานบริการในชุมชน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้น
สูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตผู้ใหญ่
ในสถานบริการทุกระดับ ผู้ปฏิบัติการพยาบาล
ชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
เด็กและวัยรุ่นทุกคน พยาบาลวิชาชีพ และ
สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพ
จิต มาสรุปเป็น การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษ
หน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตตามทฤษฎีการ
พยาบาลของนิวแมน ดังนี้

การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
ชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้าสำหรับเด็ก
ที่มีปัญหาทางจิต จากการทบทวนวรรณกรรม
ดังนี้ พรบ.วิชาชีพการพยาบาลฯ พ.ศ.2540;
มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน (กองการพยาบาล,
2544); ทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman,
1980); สมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
(สภาการพยาบาล, 2553); การพยาบาลจิตเวช
เด็กและวัยรุ่น (จินตนา ชูนิพันธุ์, 2551); Child
Psychiatry (Goodman & Scott, 2005)

การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
ชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้าสำหรับเด็ก
ที่มีปัญหาทางจิต ตามความคิดเห็นของ
ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ จิตแพทย์เด็ก/ ผู้บริหารที่
สถานบริการในชุมชน ผู้ปฏิบัติการพยาบาล
ขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
ผู้ใหญ่ในสถานบริการทุกระดับ ผู้ปฏิบัติการ
พยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นทุกคน พยาบาลวิชาชีพ
และสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลเด็กที่มีปัญหา
สุขภาพจิต

การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
ชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับ
เด็กที่มีปัญหาทางจิต

- 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการ
ปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่เสี่ยงต่อปัญหา
ทางจิต
- 2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการ
ปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิต
(กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์/ พฤติกรรม และ
เด็กที่ป่วยทางจิต)
- 3) การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นการ
ปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กภายหลังได้รับการ
บำบัด (กลุ่มฟื้นฟู)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต เพื่อวางแผนการจัดระบบการให้บริการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิตและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในอนาคต วิธีการศึกษาใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคต (Ethnographic Delphi Futures Research: EDFR) มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เป็น

กลุ่มนักวิชาชีพและกลุ่มผู้รับบริการ คือนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการบำบัดดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มจิตแพทย์เด็ก ผู้บริหารที่สถานบริการในชุมชนคือ ผู้อำนวยการ/ หัวหน้าพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีเด็กที่มีปัญหาทางจิตมารับบริการจำนวน 4 คน กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตผู้ใหญ่ในสถานบริการทุก

ระดับ จำนวน 10 คนและผู้ปฏิบัติการพยาบาล
ชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
เด็กและวัยรุ่นจำนวน 4 คน กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ
จำนวน 4 คน และกลุ่มครอบครัวที่ดูแลเด็กที่มี
ปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 4 คน รวมทั้งหมด
26 คน ทำการคัดเลือกเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ
ที่กำหนด (Purposive sampling)

การกำหนดขนาดของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ
เนื่องจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัยนี้มีความ
แตกต่างกันมีลักษณะฮเทอโรเจนี (Heterogeneous
group) ผู้วิจัยกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญรวม 26 คน
เพื่อให้เกิดอัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อน
(error reduction) ในระดับ .48 - .46 และมีระดับ
ความคลาดเคลื่อนลดลง (net change) ที่ .02
(Macmillan, 1971 อ้างถึงใน เกษม บุญอ่อน,
2522)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่ม
สหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว
ผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ
โดยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของ
การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา
การวิจัย พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่ม
ผู้ให้ข้อมูล ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม
วิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เมื่อกลุ่ม
กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ตอบรับการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยได้
ให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย
ผู้วิจัยเก็บข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์และ
การตอบแบบสอบถามไว้เป็นความลับ และรายงาน
ผลการวิเคราะห์โดยภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง เป็น
คำถามปลายเปิด (Open ended question) โดยนำ
ประเด็นที่สำคัญซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม
ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ไป
ใช้สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดง
ความคิดเห็นอย่างอิสระในการให้ข้อมูล

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยนำข้อมูล
ที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบ
ที่ 1 มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)
ร่วมกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม แล้ว
นำข้อความที่มีเนื้อหาในลักษณะเดียวกันมารวม
เข้าด้วยกัน นำมาจัดหมวดหมู่ในแต่ละด้านและ
จัดทำเป็นแบบสอบถามในลักษณะมาตราประมาณ
ค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ชุดที่ 3 แบบสอบถาม สร้างขึ้นจากแบบ
สอบถามชุดที่ 2 โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้
ในรอบที่ 2 มาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (Median)
ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range)
และเพิ่มตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน
ตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 ของตนเอง แล้ว
สร้างเป็นแบบสอบถามฉบับใหม่ที่ใช้ข้อความ
เดิม นอกจากนี้ยังมีข้อความบางข้อที่ผู้เชี่ยวชาญ
บางท่านเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติม การตอบ
แบบสอบถามรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านจะ
ทราบว่าตนมีความคิดเห็นที่แตกต่างหรือไม่
แตกต่างจากความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ
ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเพียงไร และจะได้
พิจารณาว่าเห็นด้วยกับความสอดคล้องของ
รายการการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและ

สุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ หรือไม่ หากไม่เห็นด้วยก็ให้แสดงเหตุผลประกอบการยืนยันคำตอบที่อยู่นอกคำพิสัยระหว่างควอไทล์ แต่หากผู้ตอบไม่แสดงเหตุผลก็จะถือว่าเห็นด้วยกับตำแหน่งของคำตอบดังกล่าว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอความร่วมมือในการเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการวิจัยแบบ EDFR และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 รอบดังนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1

ผู้วิจัยติดต่อและขอสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเป็นรายบุคคลโดยผู้วิจัยได้ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ และหัวข้อในการสัมภาษณ์ไปยังผู้เชี่ยวชาญก่อนที่จะเดินทางไปสัมภาษณ์ นัดกำหนดวันสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญมีความพร้อมและยินดีที่จะให้สัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ใช้เวลา 45 – 60 นาที ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยการแนะนำตัวเอง และขออนุญาตสัมภาษณ์พร้อมกับบันทึกเทป เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเรียบเรียงข้อมูลย้อนกลับเป็นการทบทวนแก่ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบว่าผู้วิจัยมีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกับผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยได้ทำการถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ แล้วผู้วิจัยเป็นผู้วิเคราะห์เนื้อหาที่ได้และจัดหมวดหมู่ในแต่ละด้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2

หลังจากผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญครบ

26 คนแล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ปรับข้อความที่มีความหมายซ้ำซ้อนหรือหลายประเด็นในข้อเดียวกัน แต่คงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ จากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบพิจารณาความเหมาะสม แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตอบแบบสอบถามแต่ละข้อ ตามระดับความเหมาะสมและเป็นไปได้ หากมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องของภาษา การจัดแบ่งกลุ่มข้อย่อยของแต่ละรายการ หรือรายการตัวชี้วัดอื่นก็สามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้

การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามรอบที่ 3 ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่งถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับที่ตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 และรอบที่ 2 โดยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่ม และทบทวนคำตอบของตนเองจากการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 เมื่อได้ทบทวนคำตอบของตนเองแล้ว ผู้เชี่ยวชาญอาจยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบได้ หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญอยู่นอกพิสัยควอไทล์ของข้อนั้น จะต้องแสดงเหตุผลในช่องเหตุผลในข้อนั้น ๆ ด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์และสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ รวม 3 รอบ และวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละรอบดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

รอบที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด โดย

ให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับอนาคตภาพการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากคำตอบที่ผู้เชี่ยวชาญตอบการสัมภาษณ์ในรอบนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

จากคำตอบในรอบที่ 1 นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามในรอบที่ 2 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert type) ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (Median) และพิสัยระหว่าง ควอไทล์ (Interquartile Range) ของแต่ละข้อคำถาม เพื่อจัดทำเป็นแบบสอบถามในรอบที่ 3 ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 ที่ได้จัดทำขึ้นตามวิธีการดังกล่าวข้างต้นให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบอีกครั้ง พร้อมทั้งให้เหตุผลประกอบในกรณีคำตอบที่ได้อยู่นอกพิสัยระหว่างควอไทล์คำตอบที่ได้ในรอบที่ 3 นี้ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ผู้วิจัยเลือกใช้ค่ามัธยฐาน เป็นสถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลและนอกจากสถิติเกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางดังกล่าวแล้ว ยังใช้ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) เพื่อพิจารณาการกระจายของความคิดเห็น หากข้อความใดที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้าง คือ มากกว่า 1.5

แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่างกันมากข้อความใดที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แคบตั้งแต่ 1.50 ลงมา แสดงถึงความสอดคล้องกันของความคิดเห็น แล้วนำข้อความนั้นมาเป็นข้อสรุปของการวิจัย ทั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลจะต้องพิจารณาถึงเหตุผลของคำตอบซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้ระบุไว้ประกอบกันด้วย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต สรุปผลได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลกับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนของพยาบาลที่มีสมรรถนะต่างกัน จะให้การดูแลเด็กในเรื่องที่แตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนแล้วสามารถสรุปได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต แบ่งเป็นการป้องกัน 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่เสี่ยงต่อปัญหาทางจิต 2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิต ได้แก่ กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมและเด็กที่ป่วยทางจิตระยะที่มีอาการและปัญหาเฉียบพลัน และ 3) การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพเด็กภายหลังได้รับการบำบัดและมีอาการและปัญหาเรื้อรัง ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิตในทศวรรษหน้า จำเป็นต้องมีพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลเด็กแต่ละกลุ่ม

ดังนั้นภาพในอนาคตของการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในภาพรวมนั้น ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนทุกระดับทั้งผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นต้น พยาบาลเฉพาะทาง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ต้องเน้นการปฏิบัติงานกับเด็กที่มีปัญหาทางจิตทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเด็กที่เสี่ยงต่อปัญหาทางจิต 2) กลุ่มเด็กที่มีปัญหาทางจิต ได้แก่ กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมและเด็กที่ป่วยทางจิตระยะที่มีอาการและปัญหาเฉียบพลัน และ 3) กลุ่มเด็กภายหลังได้รับการบำบัดและมีอาการและปัญหาเรื้อรัง ซึ่งเป็นการดูแลระยะยาวในชุมชน จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ทางพยาบาลศาสตร์เฉพาะทาง ระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (เด็กและวัยรุ่น) จะเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นหลักไม่ได้ และการทำงานในลักษณะดังกล่าวต้องเน้นการทำงานร่วมกันกับชุมชน เป็นการทำงานเชิงระบบร่วมกับทีมสุขภาพชุมชน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นต้นที่ปฏิบัติงานในชุมชนทั่วไป กับพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางที่ต้องทำงานประสานงานกัน โดย

1. การปฏิบัติการพยาบาลต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิต เน้นการคัดกรองและการป้องกันการเกิดปัญหา งานส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของ พยาบาลจิตเวชเฉพาะทางและพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (เด็กและวัยรุ่น) จึงทำหน้าที่เฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้องค์ความรู้

ทางคลินิกระดับชำนาญการเฉพาะด้าน

2. การปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิต ได้แก่ กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมและเด็กที่ป่วยทางจิตระยะที่มีอาการและปัญหาเฉียบพลัน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นชัดเจนว่าสมควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (เด็กและวัยรุ่น) ทั้งหมด ยกเว้นการประเมินภาวะสุขภาพและให้การดูแลรักษาแต่เริ่มแรกของการเจ็บป่วยหรือปัญหาต่าง ๆ ของเด็กที่มีปัญหาทางจิต ทั้งทางกายและจิตใจที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่าพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางปฏิบัติได้

3. การปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กเพื่อการฟื้นฟูสภาพเด็กภายหลังได้รับการบำบัดและมีอาการและปัญหาเรื้อรัง เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (เด็กและวัยรุ่น)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการค้นหาภาพการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้าสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ โดยแบ่งการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต เป็น 3 ระดับตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวมาน ดังนี้

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการ

ปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่เสี่ยงต่อปัญหาทางจิต ในชุมชนในทศวรรษหน้า มีจุดมุ่งหมายเพื่อลด ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด และส่งเสริมความแข็งแรงของแนวป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่ายของเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด ปัญหาสุขภาพจิต เป็นการดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งต้องใช้ความรู้ความสามารถในการประเมิน เด็กแบบคนทั้งคน (Total person) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมสติปัญญา พัฒนาการ และจิตวิญญาณ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหา ทางจิต ทำการคัดกรองค้นหาเด็กที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ค้นหา สาเหตุการเจ็บป่วยทางจิต และปัจจัยที่ส่งเสริม ให้เกิดกลไกการต่อต้านความเครียดในเด็กวัยเรียน การส่งเสริมสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อการดูแลเด็กให้มีสุขภาพดี คัดกรองและให้ ความรู้เรื่องสุขภาพจิตแก่พ่อแม่ในเด็กกลุ่มเสี่ยง ในคลินิกฝากครรภ์/คลินิกเด็กดีและเด็กป่วย ดูแล ให้เด็กได้รับวัคซีนครบถ้วน ส่งเสริมสุขภาพตาม วัยและประเมินพัฒนาการเพื่อค้นหาความผิดปกติ ของเด็กทุกคน การส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการให้ เป็นไปตามวัย โดยการให้ศึกษาแก่พ่อแม่/ สมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ตระหนักถึงการเลี้ยง ดูเด็กให้เหมาะสมตามวัย ซึ่งถ้าพบเด็กกลุ่มเสี่ยง เริ่มมีอาการผิดปกติทางจิตโดยเร็ว ย่อมช่วยให้ เด็กเข้าสู่ระบบบริการการรักษาเร็ว ทำให้อาการ ของโรคไม่รุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น อีกทั้งการ ส่งต่อเด็กที่เริ่มมีปัญหาทางจิตไปยังพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญมากกว่า ยังเป็นการช่วยให้เด็ก และครอบครัวได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณก่อนเข้าสู่ การรักษาด้วย

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการ ปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิต (กลุ่ม ที่มีปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมและเด็กที่ป่วย ทางจิตระยะที่มีอาการและปัญหาเฉียบพลัน) โดย ต้องมีการพัฒนาความเชี่ยวชาญของพยาบาลที่ ดูแลเด็กกลุ่มนี้ไปสู่การเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล สาขาจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ดัง คำกล่าวของผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งที่กล่าวว่า “มัน ไม่เหมือนกันเลยนะ น้องคนละเรื่องกันเลย ที่เรียนทั้งป.โทจิตเวช เรียนทั้ง PG แต่พอมาดูแล ก็ต้องเริ่มเรียนใหม่” และผู้เชี่ยวชาญอีกท่านหนึ่ง กล่าวว่า “เด็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ตัวเล็ก เราทำ intervention แบบที่ทำกับผู้ใหญ่ไม่ได้ มันเอามาใช้กันไม่ได้เลย คนที่ดูแลเด็กโดยตรงมีน้อย ยิ่งในชุมชนยิ่งน้อยมาก ยิ่งดีหละ พี่ว่าเด็กมันซับซ้อนกว่าผู้ใหญ่ นะ แล้วก็ต้องดูแลพ่อแม่และครอบครัวด้วย” จากตัวอย่างข้างต้นเป็นการแสดงความเห็นที่ สอดคล้องตรงกันของผู้เชี่ยวชาญว่าการปฏิบัติ พยาบาลสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตต้องปฏิบัติ โดย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น สะท้อนให้ เห็นถึงความต้องการของวิชาชีพและสังคมที่ ต้องการการดูแลจากพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญ เฉพาะ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการกำหนด บทบาทสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ทั้งนี้ยังเป็นแนวทางในการพัฒนาวิชาชีพการ พยาบาลเพื่อมุ่งผลลัพธ์การดูแลเด็กที่มีปัญหา ทางจิตอย่างสัมฤทธิ์ผลแท้จริง

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นการ ปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กภายหลังได้รับการ บำบัดและมีอาการและปัญหาเรื้อรัง (กลุ่มฟื้นฟู)

เมื่อเด็กที่มีปัญหาทางจิตเข้าสู่ระบบการรักษาแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการติดตามอาการภายหลังได้รับการบำบัด เพื่อให้เด็กและครอบครัวอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข ตามสถานะแห่งตนไม่รู้สึกรังเกียจ และสามารถปรับบทบาทของตนเองได้ ดังคำกล่าวของผู้รับบริการท่านหนึ่งที่กล่าวว่า “ไม่ได้คาดหวังอะไรมาแค่ลูกกินยาแล้วดีขึ้นก็ดีใจแล้ว แต่ปัญหาที่ตามมาคือ ลูกเคยโดนเพื่อนล้อเพราะพกบัตรผู้พิการไปโรงเรียน ตอนนั้นพี่เครียดมากเลยนะก็คุยกับพี่พยาบาลเค้าพี่เค้าใจดีมาก ก็แนะนำวิธีคุยกับลูก พี่ก็ไปเลยนะพาลูกไปขึ้นรถไฟไฟฟ้าที่กรุงเทพ ไปเที่ยวกันไง แล้วเค้าก็ไม่ต้องเสียเงินค่าบัตรไข้ใหม่ พี่ก็บอกลูกว่านี่ใจลูกเห็นมัยการมีบัตรก็มีข้อดีนะ ตอนนั้นก็โอเคนะเค้าก็เข้าใจไม่รู้สึกรังเกียจเป็นตราบาป พี่ก็บอกว่าถ้าอายุเพื่อนลูกก็ไม่ต้องเอาบัตรไปโรงเรียนตอนนี้เค้าก็แฮปปี้ดี” จะเห็นได้ว่าแม้เด็กจะเข้าสู่การรักษาแล้วแต่ปัญหาของเด็กและครอบครัวไม่ได้สิ้นสุดเมื่อเข้าสู่ระบบบริการเท่านั้น ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญมากในการปฏิบัติการพยาบาลที่ใกล้ชิดกับครอบครัวและชุมชนจึงต้องมีการวางแผนการดูแลเด็กภายหลังการบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพให้เด็กและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตในสังคมต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผู้วิจัยขอให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1.1 เิงนโยบาย

ผู้เกี่ยวข้องระดับนโยบายทุกระดับให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช

และสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตอย่างจริงจัง โดยจะต้องมีการผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์ทางการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตที่ชัดเจน

1.2 ด้านการบริหาร

จำเป็นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นขึ้น เพื่อเป็นการพัฒนาองค์กรวิชาชีพ และพัฒนาระบบการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในทุกกลุ่ม

1.3 ด้านบริการ

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำแนวโน้มของอนาคตภาพการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตจากการวิจัยนี้ ไปเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการทั้งกลุ่มเด็กปกติ กลุ่มเด็กเสี่ยง และกลุ่มเด็กป่วยได้ ทั้งด้านแนวคิด แนวทางในการดำเนินงาน การวางแผนงาน การจัดกิจกรรมและการกำหนดผลลัพธ์ของกิจกรรมการพยาบาลตลอดจนพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนตามบริบทของตนได้

1.4 ด้านวิชาการ

1.4.1 ผู้บริหารสถาบันการศึกษาสามารถนำแนวโน้มของการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตนี้ ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการศึกษาของพยาบาลทุกระดับได้ ทั้งในการปรับเนื้อหา วิธีการ

จัดการเรียนการสอน และการฝึกประสบการณ์
ทางการพยาบาล

1.4.2 การพัฒนาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช ควรมีเนื้อหาด้านสุขภาพ
จิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมากขึ้น สัดส่วน
อย่างน้อย 1 ใน 3 ของเนื้อหาทั้งหมด เพราะที่
ผ่านมามีเนื้อหาจิตเวชเด็กและวัยรุ่นน้อยมาก ไม่
เพียงพอต่อการประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ จึง
จำเป็นต้องไปศึกษาเพิ่มเติมในหลักสูตรการ
พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
4 เดือน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความหลากหลาย
ค่อนข้างครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในด้านการ
ให้บริการ แต่เป็นมุมมองเฉพาะด้านผู้ให้
บริการ (provider) ยังขาดในส่วนของมุมมอง
ความคาดหวัง ความต้องการของผู้รับบริการ
(consumer) ผู้วิจัยขอให้ข้อเสนอแนะในการทำ
วิจัยครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์
ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
หลัก และ อาจารย์ ดร.สุนิสา สุขตระกูล อาจารย์
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และคณาจารย์คณะ
พยาบาลศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่
ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิดเห็นและ
แนวทางอันมีคุณค่า ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง
ต่าง ๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ ให้กำลังใจแก่
ผู้วิจัยตลอดมา รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ

ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนทุกด้าน
ในการดำเนินการวิจัยนี้จนประสบความสำเร็จ
คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัย
ขอมอบแด่เด็กที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตทุกท่าน
ขอให้มีความสุขกายและสุขภาพใจที่เข้มแข็ง
เติบโตขึ้นในสังคมอย่างมีความสุขตลอดไป
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์
สำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2554). *กรอบทิศทางการพัฒนา
งานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์ กรม
สุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-
2559)*. กรุงเทพฯ: ละม่อม.
- เกษม บุญอ่อน. (2522). เอลฟาย: เทคนิคการวิจัย.
ครุปริทัศน์, 4(10), 26-33.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนา
สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-
2554. (2550). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ
ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554*.
ม.ป.ท.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2553). *การพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*. เอกสารประกอบ
การสอนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. หลักสูตรพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัด
สำเนา).

- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2551). การพยาบาลจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 8-15*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2553). เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDR. ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์. (บก.). *เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์กักดี. (บก.). (2553). *การปฏิบัติขั้นสูง: บุคลากรสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- สภาการพยาบาล. (2551). *แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ (ฉบับปรับปรุง)*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- สภาการพยาบาล. (2540). *พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2548 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540*. นนทบุรี: เดอะเบสกราฟฟิคแอนด์ปริ้น.
- สภาการพยาบาล. (2552). *แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550-2559*. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- Garrison, P. J. (1989). Commentary America's invisible children need visible services: An executive view. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2(3), 97-99.
- Gillam, T. (2002). *Reflections on community psychiatric nursing*. London: Rutledge.
- Glascoe, F.P. (2000). Early detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics in Review*, 21(8), 272-280.
- Goodman, R., & Scott, S., (2005). *Child psychiatry*. Oxford: Blackwell.
- Norman, I., & Ryrie, I., (2009). *The art and science of mental health nursing: a textbook of principles and practice* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Neuman, B. (1980). The Betty Neuman health care systems model: A total approach to patient problems. In J. Rieff & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed.). New York: Appleton-Century-Croft.
- Shives, L. R., & Isaacs, A., (2005). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (5th ed.) Philadelphia: Lippincott.
- Wilson, H. S., & Kneisl, C. R., (1992). *Psychiatric nursing* (4th ed.). Redwood City, California: Addison-Wesley Nursing.