

การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี 2553



นางสาวจันทร์อัมพร รุณดี

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

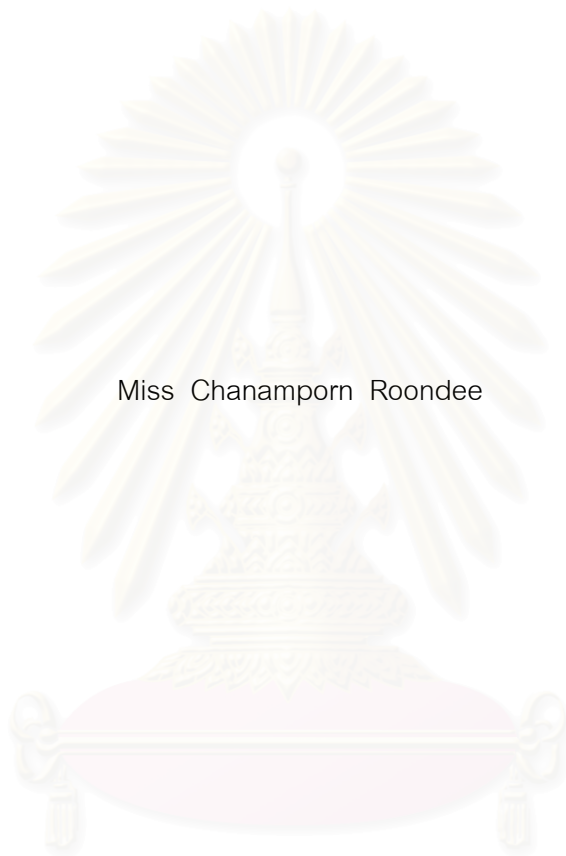
ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-17-0199-3

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING SERVICE
IN PRIMARY CARE SETTING, B.E. 2010

Miss Chanamporn Roondee



สถาบันวิทยบริการ

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974-17-0199-3

นางสาวจันทร์อัมพร รุณดี : การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ
 ในปี 2553 (PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING SERVICE IN PRIMARY
 CARE SETTING, B.E. 2010) อ. ที่ปรึกษา : อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 230 หน้า.
 ISBN 974-17-0199-3

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับ
 ปฐมภูมิ ในปี 2553 โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการ
 บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และ/หรือ การบริการในระดับปฐมภูมิ ในฐานะผู้กำหนดนโยบาย
 ผู้บริหาร นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกรรมการในอนุกรรมการฝึกอบรมเพื่อ
 วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลของสภาการพยาบาลสาขา
 ต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมจำนวน 19 คน

ผลการวิจัย พบว่า การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิที่ผู้เชี่ยวชาญให้
 ความเห็นทั้งหมดมี 195 รายการ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันในรอบสุดท้ายว่าการบริการ
 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี 2553 มีทั้งหมด 191 รายการ จำแนกเป็น 5 ส่วน
 ประกอบด้วย 1) ลักษณะการบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 15 รายการ 2) คุณลักษณะของพยาบาล
 สุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิด้านความรู้ความสามารถ ด้านบุคลิกลักษณะ และด้านคุณวุฒิ
 จำนวน 41 รายการ 3) บทบาท/ขอบเขตการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ
 ของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลระดับพื้นฐาน จำนวน 9 รายการ 4) บทบาท/ขอบเขตการให้
 บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
 จำนวน 15 รายการ 7) กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการ
 พยาบาลขั้นสูง จำนวน 111 รายการ

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิติดี
 ปีการศึกษา 2544 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

4377555136 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD : PRIMARY CARE / PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING

CHANAMPORN ROONDEE : PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING SERVICE

IN PRIMARY CARE SETTING, B.E. 2010, THESIS ADVISOR : PENPAKTR UTHIS, Ph.D.

230 pp. ISBN 974-17-0199-3

The purpose of this research was to explore psychiatric and mental health nursing service in primary care setting, B.E. 2010 by using Delphi technique. The experts were altogether 19 persons involved with psychiatric and mental health nursing service and /or primary care service in the status of appointed policy , administrator, educator, nursing practice, and the committees of the subcommittee on training program for certification of Advanced Practice Nursing in related areas, the Nursing Council of Thailand.

The results revealed that psychiatric and mental health nursing service in primary care setting, B.E.2010 which the experts given the ideas composed of 195 items. The final agreement composed of 191 items divided into 5 parts including : 1) characteristic of primary care service 15 items, 2) characteristics of psychiatric and mental health nurse including knowledge and competence, personality, and qualification, 41 items, 3) the role/boundary in psychiatric and mental health nursing service in primary care setting of basic nurse 9 items, 4) the role/boundary in psychiatric and mental health nursing service in primary care setting of advance practice psychiatric nurse 15 items, and 5) tasks of psychiatric and mental health nursing service in primary care setting of advance practice psychiatric nurse 111 items.

Field of study Mental Health and Psychiatric

Nursing Service

Student's signature

Academic year 2001

Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถจาก อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าของท่าน ในการให้คำปรึกษา แนะนำ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่ ติดตาม ช่วยเหลือ และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจและมีแนวทางในการทำวิจัย ครั้งนี้จนประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ตลอดระยะเวลา ดังกล่าวเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ กราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร ที่กรุณาให้คำแนะนำ เกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้ความรู้ ประสบการณ์ที่มีค่า และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญทั้ง 21 ท่าน ที่กรุณาสละเวลาในการ ตอบแบบสอบถามจนได้ข้อสรุปในงานวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาลโรงพยาบาลพนมสารคาม ที่ได้กรุณาให้ผู้วิจัยได้มาศึกษาต่อในครั้งนี้

ความอบอุ่นใจ ความห่วงใย เอื้ออาทร จากครอบครัว เพื่อน รวมทั้งกำลังใจจาก เพื่อนๆ พี่ๆน้องๆ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน เป็นส่วนสำคัญที่ผลักดันให้ผู้วิจัยเกิดกำลังใจ มีความมานะพยายาม อุตุนเพื่อผลงานวิจัยชิ้นนี้ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งยิ่งนัก

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่ผู้มีพระคุณ ทุกท่าน และเนื่องจากผู้วิจัยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยนี้บางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย จึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

จันทร์อัมพร รุณดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
การปฏิรูประบบบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ	11
แนวคิดเกี่ยวกับการบริการระดับปฐมภูมิ	17
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ	28
การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูง	42
การวิจัยเชิงอนาคต	51
การวิจัยแบบเดลฟาย	54
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	65
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	68
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	69
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
ตอนที่ 1 ผลที่ได้จากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการกำหนดกรอบแนวคิด การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี2553	80
ตอนที่ 2 ผลการประเมินภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 แยกตามประเด็นข้อคำถามหลัก	82
ตอนที่ 3 ภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิปี 2553	84

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	109
การอภิปรายผลการวิจัย	111
ข้อเสนอแนะ	122
รายการอ้างอิง	123
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ ประวัตินี้ และหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ	132
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	152
ภาคผนวก ค ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 , 3	199
ภาคผนวก ง เหตุผลที่ตอบนอกพิสัยควอไทล์ รอบที่ 3	222
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	230

สารบัญตาราง

ณ

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 1 รายการการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิปี 2553 แยกตามประเด็นข้อคำถามหลัก	82
ตารางที่ 2 ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะการบริการ ในระดับปฐมภูมิ	84
ตารางที่ 3 ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับคุณสมบัติของพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553.....	86
ตารางที่ 4 ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทบาท/ขอบเขตการบริการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน	91
ตารางที่ 5 ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทบาท/ขอบเขตการบริการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง.....	93
ตารางที่ 6 ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับกิจกรรมการบริการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง.....	95

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบัน ส่งผลให้ประเทศไทยที่เคยมีเศรษฐกิจ เจริญรุ่งเรืองอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี ก็เข้าสู่ภาวะชะงักงันและเกิดภาวะถดถอย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี รวมถึงสภาวะเศรษฐกิจที่ถดถอย ย่อมกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลของการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมศาสตร์และสิ่งแวดล้อม และการติดต่อสื่อสารอย่างรวดเร็ว ทำให้บริการสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนอย่างมากและรวดเร็ว ก่อให้เกิดความสับสนทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เพราะต้องการจะให้เกิดบริการที่ดีที่สุด รูปแบบการจัดบริการไม่เป็นไปตามนโยบาย สถานบริการแต่ละระดับยังทำงานซ้ำซ้อนกันอยู่ ระบบส่งต่อไม่มีความเข้มงวด อีกทั้งลักษณะการใช้บริการสุขภาพของประชาชนเป็นไปในทิศทางที่ไม่ถูกต้อง ฟุ่มเฟือย มีการสร้างความต้องการที่ไม่จำเป็น ประชาชนจึงแสวงหาบริการเฉพาะทางต่างๆ เกิดความจำเป็น มีการสร้างบุคลากรเฉพาะทางมากขึ้น ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและราคาแพงมากขึ้น การจัดระบบบริการในลักษณะที่แบ่งแยกเป็นระบบ ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาโดยขาดการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนเป็นองค์รวม ซึ่งการดูแลรักษาแบบแยกส่วนนี้ก่อให้เกิดปัญหาด้านคุณภาพของการดูแลรักษา สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและมีผลกระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจสาธารณสุขศาสตร์สาธารณสุขของประเทศ จึงมีความจำเป็น ที่จะต้องมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Health Care Reform) เพื่อให้สามารถที่จะตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนได้

ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งในระบบบริการดูแลสุขภาพของสถานบริการสุขภาพที่ผ่านมาคือ การมุ่งเน้นบริการด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก เพื่อแก้ปัญหาการเจ็บป่วยมากกว่าการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้ค่าใช้จ่ายทางการรักษามีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปี เพราะต้องพึ่งพิงวิทยาการและเทคโนโลยีที่ราคาแพง ดังจะเห็นได้จากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure) ของคนไทยในปัจจุบันที่พบว่ามีสูงถึงเกือบปีละ 3 แสนล้านบาท (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543) ซึ่งคิดเป็นมูลค่าถึงร้อยละ 5 - 6 ของรายได้ประชาชาติ ซึ่งสูงกว่าประเทศเพื่อนบ้าน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย ที่ใช้เพียงร้อยละ 3 - 4 เท่านั้น (ชาติวิธานชื่น, 2542) ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงนี้เป็นการเพิ่มในลักษณะที่ด้อยประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นการลงทุนที่ให้ผลตอบแทนทางด้านสุขภาพต่ำและมีผลที่ยังยั้งยืน เป็นการตอบสนองต่อความต้องการแบบเฉียบพลัน (Acute care) เพื่อแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือเป็นการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในอดีต (เกิดปัญหาแล้ว/ป่วยแล้ว) มากกว่าการตอบสนอง ต่อความต้องการบริการในอนาคต ซึ่งต้องการบริการอย่างต่อเนื่องและมีความเชื่อมโยงกับสถานบริการสุขภาพชุมชน

เนื่องจากสถานะสุขภาพของประชาชนชาวไทยเปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น ความต้องการดูแลด้านสุขภาพเปลี่ยนไป มีความเข้าใจและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น จึงมีความต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย รวมทั้งการดูแลเมื่อเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ดังนั้น จากความ

ต้องการบริการสุขภาพทั้งทางด้านประสิทธิภาพและคุณภาพ และค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่สูงมากขึ้น จึงทำให้ประเทศไทยมีความจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Health Care Reform) เพื่อให้สามารถที่จะตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ในภาวะที่งบประมาณจำกัด การเปลี่ยนแนวคิดเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งเน้นเรื่องสุขภาพเสีย (Ill Health) มาให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพดี (Good Health) ร่วมกับการดำเนินการตามแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 (2544-2549) ที่จะต้องพิจารณาถึงการตอบสนองความต้องการของประชาชน เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนาสุขภาพนั้นจำเป็นต้องมีระบบบริการด้านสุขภาพซึ่งเหมาะสมที่จะรองรับ เพื่อส่งเสริม และสนับสนุนให้ประชาชนมีและพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองสมาชิกในครอบครัว และชุมชน โดยกลยุทธ์ที่สำคัญประการหนึ่งที่จะนำไปสู่ภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนตามทิศทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ คือ การจัดให้มีระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบริการด่านแรกของการเข้าสู่บริการสุขภาพแก่ประชาชน เนื่องจากพบว่าการเจ็บป่วยของประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) เป็นการเจ็บป่วยที่สามารถดูแลด้วยการใช้ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) ดังนั้น ระบบบริการสุขภาพแนวใหม่ของประเทศต่างๆรวมทั้งประเทศไทยจึงหันมาให้ความสำคัญระบบบริการสุขภาพ โดยเน้น “ การบริการระดับปฐมภูมิ “ (Primary care)

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามแนวคิดของ Starfield (1992) นั้น เป็นการให้บริการที่เน้นการดูแลครั้งแรก (First contact care) ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย (Accessibility) สะดวก (Accommodation) และสามารถให้บริการได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง สำหรับในประเทศไทยระบบบริการสุขภาพแบบปฐมภูมินั้นควรจะเป็นระบบบริการระดับชุมชนที่ประชาชนมารับบริการได้ง่ายและประหยัดค่าใช้จ่าย เป็นการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้กับประชาชนทุกคน ทุกครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมในทุกภาวะของสุขภาพ ตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย และระยะสุดท้ายของชีวิต (ทัศนาศ นุญทอง และ วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2544) เป็นการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) ที่มีขอบเขตการให้บริการที่กว้าง ทั้งในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ ในระยะเฉียบพลัน และระยะเรื้อรัง ครอบคลุมการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้แนวคิดเรื่องบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในต่างประเทศยังได้เสนอว่าต้องเป็นบริการที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Jean. & Rosalie, 1999) เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนมากขึ้น มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน (Longitudinality and continuous of care) จากโรงพยาบาลสู่บ้าน เน้นที่การดูแลบุคคลมากกว่าดูแลโรค ซึ่งทำให้มีการส่งเสริมบุคคลให้มีสุขภาพดีอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และการที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพดีได้นั้น จะต้องส่งเสริมให้บุคคลมีศักยภาพในการดูแลตนเอง รวมถึงมีวิธีการ ดูแลตนเองที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ตามที่ต้องการ (Gedon, Isaramalai & Taylor ,2001) การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของตน ถ้ากระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาไปได้จนถึงขีดสูงสุด ทำให้มีชีวิตที่ดี การที่จะสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ต้องให้ประชาชนได้เรียนรู้ ภายใต้อบรมธรรมนิยม ประเพณี และวัฒนธรรมของตนเอง สามารถเข้าถึงข้อมูลทุกด้านที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง ซึ่ง

จะช่วยให้ประชาชนมีความรู้และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง (ทศนา บุญทอง, 2542) นอกจากนี้จะต้องมีการดูแลอย่างประสานความร่วมมือ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือ (Coordination) ในการทำงานร่วมกันในแต่ละสาขาวิชาชีพ ผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิจึงต้องมีการประสานงานกับบุคลากรสหวิชาชีพในการให้ข้อมูลรายละเอียดเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการเมื่อมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลที่พิเศษจากบุคลากรอื่น พร้อมทั้งจะต้องเป็นแหล่งข้อมูลในการช่วยเหลือ แนะนำให้ผู้รับบริการได้ไปใช้บริการสุขภาพด้านอื่นต่อไป

ระบบบริการปฐมภูมิตามแนวคิดของการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นจะเป็นระบบบริการระดับชุมชนที่อยู่ใกล้บ้านใกล้ใจประชาชน ช่วยให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และประหยัดค่าใช้จ่าย เป็นการรักษาแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive) รวมถึงการดูแลปัญหาของ ผู้รับบริการในทุกๆด้าน เป็นระบบบริการที่ให้บริการอย่างผสมผสาน เป็นองค์รวม และต่อเนื่อง ทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรค และปัญหาที่คุกคามสุขภาพ บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนและฟื้นฟูสภาพ สันับสนุนระบบการดูแล สุขภาพตนเอง ครอบครัว มีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและที่ชุมชน มีการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ที่เหมาะสมเป็นส่วนสำคัญ (Rakel, 1993) และสามารถเชื่อมโยงกับระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิอย่างเป็นระบบ มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ,2544)

ความสำคัญของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพในระดับปฐมภูมิจะเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความสำคัญมากต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต เนื่องจากเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการให้การดูแลที่มีคุณภาพ มีการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมในทุกๆด้านของผู้รับบริการ และมีการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ซึ่งการให้การดูแลอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพนี้ ย่อมจะนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประเทศไทยในภาพรวมลงได้ (U.S. Public Health Services, 1990 : Zucconi,1993) ทั้งนี้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน เนื่องจากเป็นบุคลากรกลุ่มหลักที่มีกำลังคนกระจายอยู่ในระบบสุขภาพทุกระดับมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการดูแลและพัฒนาสุขภาพของประชาชน ครอบครัว และชุมชน (สุนทราวดี เขียวพิเชฐ และอุไร หัตถกิจ,2544) และเนื่องจากระบบบริการพยาบาลเป็นระบบย่อยระบบหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ (ทศนา บุญทอง, 2544) ดังนั้น การบริการพยาบาลจึงต้องมีการปฏิรูปเพื่อปรับเปลี่ยนระบบบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน และแนวคิดสำคัญอย่างหนึ่งที่จะมีการดำเนินการให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพโดยรวม ซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนตามนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว คือ การปฏิรูปการบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ ที่มุ่งให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกวัย โดยเน้นการสร้างสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การคัดกรอง การดูแลรักษาขั้นต้น การจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนและการฟื้นฟูสภาพ การสร้างเสริมการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและทรัพยากรในชุมชน การส่งต่อผู้ป่วย และปฏิบัติการพยาบาลด้วยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพ สันับสนุนการพึ่งตนเอง การรู้จักตัดสินใจ และการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายสุขภาพภาวะแนวองค์รวม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2544) โดยการปฏิรูปดังกล่าวจะประสบผลสำเร็จได้จำเป็นต้องอาศัยพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในระดับต่างๆ ทั้งพยาบาลผู้มีความรู้และความสามารถในการดูแลขั้นพื้นฐาน และพยาบาลผู้มีความรู้ที่ลึกซึ้งเฉพาะเจาะจงซึ่งสามารถตัดสินใจให้บริการพยาบาลได้อย่างอิสระที่เรียก

ว่า“การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ” เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทางการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนให้ครอบคลุมทุกด้าน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพแบบองค์รวมนั้น ปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตเป็นปัญหาหนึ่งที่ต้องนำมาพิจารณาดำเนินงานไปพร้อมๆกับการบริการ ด้านร่างกายและอื่นๆ เนื่องจากพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตมักจะกลับเป็นซ้ำได้อีก ทำให้สูญเสียเวลาและ ทรัพยากรในการรักษาพยาบาล ครอบครัวต้องเสียเวลาในการดูแล ซึ่งความสูญเสียเหล่านี้ไม่สามารถประเมินได้ว่า มากมายเพียงใด (ปรีชา อินท, 2541)

ปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติทางจิต มีสาเหตุจากปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ภาวะการเจ็บป่วย ทางกายอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง และสภาพทางสังคมสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดภาวะเครียด ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เพิ่ม ความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคได้มาก จากการศึกษาของ Barker และคณะ (1992) พบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวนของผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากปัญหาทางด้านจิตประสาทมีเพิ่มขึ้นมาก โดยพบมากในชุมชนซึ่งไม่ ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถที่จะทำงานได้ ไม่สามารถที่จะดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำ วัน และไม่สามารถที่จะปรับตัวเข้ากับสังคมได้จนทำให้มีการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงทางจิต อุบัติการณ์ของความผิด ปกติทางจิตที่พบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ติดสุราเรื้อรัง แยกตัว หวาดกลัวไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มในสังคม ได้ บุคคลเหล่านี้มีอยู่ 56% และ 40% พบว่า มีประวัติเคยได้รับการรักษาทางจิตเวช (Kessler, et al., 1994)

สำหรับในประเทศไทยก็พบว่ามีสถิติการเจ็บป่วยทางจิตเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากตัวเลขราย งานการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตจากผู้มารับบริการของรัฐถึง 922,756 ราย (พหล วงศาโรจน์, 2541) ซึ่งยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่มีอาการตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกหรือมีอาการแต่ไม่ได้รับการรักษา อาศัยอยู่ในชุมชน ผู้ป่วยเหล่านี้หากได้รับการค้นหาและช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ก็จะมีโอกาสที่จะมีอาการดีขึ้นและลด ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคทางจิตได้ ในทางตรงข้าม ปัญหาสุขภาพจิตหากไม่ได้รับการแก้ไขหรือบำบัดรักษา แล้ว ไม่ได้มีผลเพียงก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตในระดับรุนแรงเท่านั้น แต่ยังทำให้เกิดปัญหาสังคมอื่นๆตามมา ดัง นั้น การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิต จึงเป็นเรื่องสำคัญและควรจะมีการดำเนินงาน อย่างเร่งด่วน จากการศึกษาของกลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิตเขต 11 (2542) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังนิยมที่จะมา รับการรักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชอยู่ ซึ่งอาจเนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพไม่พร้อมและไม่มีความรู้ความ สามารถเพียงพอที่จะทำหน้าที่ให้การดูแล หรืออาจมาจากสาเหตุจากตัวผู้ป่วย ที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงและต้องการ จะมารักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะทาง จึงส่งผลให้โรงพยาบาลเฉพาะทางเหล่านี้มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้น บุคลากรจึงต้องทำงานมากไม่มีความสุขเนื่องจากมีผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้ง 2 ระดับมากขึ้นเกินความจำเป็น ดัง จะเห็นได้จากแผนแม่บทระบบบริการสุขภาพจิตปี 2542 – 2544 ของกรมสุขภาพจิตระบุว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยนอกที่ มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสามารถรับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนได้ การบริการผู้ ป่วยจิตเวชในปัจจุบันที่มีปัญหาพบว่า การดูแลระดับปฐมภูมิ ซึ่งกลุ่มนี้ยังไม่ป่วยต้องการการดูแล แต่ระบบการดูแลอ่อนแอมาก และยังได้รับการดูแลแบบเดิมๆโดยวิธีปฏิบัติจากประสบการณ์มากกว่าใช้ความรู้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2543)

ปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมินับเป็นปัญหา ใหญ่ในระบบสาธารณสุข (Sartorius, et al., 1993) ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงทำ

ให้เกิดปัญหาทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งอาจเนื่องมาจากปัญหาทางเศรษฐกิจและการเดินทางที่ไม่สะดวก ทำให้ไม่ได้มาตรวจ วินิจฉัย และรักษาโรคในระยะแรก (Baetsh, Shern, Feinberg, 1990) จนทำให้มีอุบัติการณ์สูงขึ้น หรืออาจเนื่องมาจากข้อจำกัดในเรื่องการให้การรักษาอาการทางจิตบางโรคที่ผู้ให้บริการสุขภาพไม่มีความรู้ความสามารถหรือไม่ได้เน้นในเรื่องการรักษาอาการทางจิตควบคู่ไปกับการรักษาโรคทั่วไป (Zucconi, Carson & Holsinger, 1993) จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยทางจิตที่สูงขึ้น ร่วมกับการขาดบุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพที่จะมาให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ได้ ก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคต่อระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีพยาบาลซึ่งจะทำหน้าที่ในระดับปฐมภูมิเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและทั่วถึงกับปัญหาที่ซับซ้อน หลากหลายและเรื้อรังของผู้ป่วย อีกทั้งเพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่จะรองรับความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและปัญหาสุขภาพจิตที่ซับซ้อนของผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้พยาบาลที่จะมาให้บริการดูแลในระดับปฐมภูมิ ควรจะต้องมีการพัฒนาทั้งทางด้านความรู้และทักษะ เพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ลึกซึ้งกว่า ยากกว่า และซับซ้อนมากกว่า โดยต้องใช้องค์ความรู้ที่สูงกว่าระดับของการช่วยเหลือต่อปัญหาพื้นฐานทั่วไปได้ ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพยุคปัจจุบัน (สุปาณี เสนาดีสัย, 2544)

พยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชควรมีความสามารถครอบคลุมในเรื่องการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ทั้งที่มีอาการแสดงและไม่มีอาการแสดงทางจิต หรือมีอาการเจ็บป่วยทางจิตควบคู่ไปกับการเจ็บป่วยทางจิต นอกจากการให้การดูแลแล้ว จะมีการผสมผสานการป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตแก่บุคคลและครอบครัว โดยมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมที่เข้ามากระทบ และสนับสนุนให้มีการดูแลตนเอง ดังนั้น การที่จะแก้ไขปัญหานั้นเนื่องมาจากระบบบริการสุขภาพที่ขาดประสิทธิภาพ และปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆได้นั้น การให้การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาสังคมต่างๆได้ โดยมีการบริการในเชิงรุกด้วยจุดประสงค์ที่ต้องการจะให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งพยาบาลผู้ให้บริการต้องมีความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ผู้ป่วยทางจิต โรคประสาท ผู้ติดยาเสพติดและผู้ที่มีภาวะ ปัญญาอ่อนและลมชัก ทั้งเป็นรายบุคคล กลุ่มบุคคล ทุกเพศ วัย รวมทั้งครอบครัวที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยจะต้องครอบคลุมประชาชนผู้รับบริการที่ในโรงพยาบาล ที่บ้านและชุมชน

จากปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่เพิ่มขึ้นร่วมกับปัญหาในระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชในระดับปฐมภูมิดังกล่าว ซึ่งให้เห็นว่า การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิมีความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมในปี 2553 ซึ่งมีความต้องการในระบบบริการพยาบาลและผู้ให้บริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพและระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า เป็นระยะเวลาที่เราสามารถจะคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงได้ และมีเวลาพอที่จะตัดสินใจทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อการเปลี่ยนแปลงได้ (Comish อ้างถึงใน นาดยา ปิฉันทานนท์, 2526) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี 2553 โดยใช้ทฤษฎีวิจัยอนาคตแบบเดลฟาย เนื่องจากการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทางการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและ/หรือการบริการในระดับปฐมภูมิตั้งกรรมการวุฒิสภ ของสภาการพยาบาลแต่ละสาขา ซึ่งจะทำให้ภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด โดยนำแนวคิดของ Starfield ที่เกี่ยวกับลักษณะการบริการระดับปฐมภูมิมาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการปฏิรูประบบบริการพยาบาลของประเทศไทย เพื่อหาความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยให้มองเห็นภาพการบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อให้สอดคล้องกับภาพการพยาบาลที่พึงประสงค์ในอนาคตที่ต้องการผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการที่จะให้การบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ได้ครอบคลุมปัญหาในอนาคตที่นับวันจะมีความยุ่งยาก ซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ ได้ ข้อความรู้จากการวิจัยนี้จะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและกำหนดรูปแบบกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้รับบริการและประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพตรงกับความต้องการของสังคมและการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปี 2553

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553
2. เพื่อประเมินภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้คือ
 - 1.1 ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้แสดงความคิดเห็นเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและ/หรือการบริการระดับปฐมภูมิ ในฐานะผู้ที่มีส่วนในการวาง/กำหนดนโยบาย ผู้บริหารและนักวิชาการ

1.2 ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ประเมินภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิปี 2553 ที่เกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและ/หรือการบริการระดับปฐมภูมิ ในฐานะผู้ที่มีส่วนในการวาง/กำหนดนโยบาย ผู้บริหารและนักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกรรมการวุฒิปัตร์ของสภาการพยาบาลในสาขาที่เกี่ยวข้อง

2. ตัวแปรที่ศึกษา คือ การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยครั้งนี้ คาดการณ์ถึงการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ปี 2553 ในภาพรวม โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างภูมิภาค

2. ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ตอบแบบสอบถามด้วยความจริงใจ เต็มใจ และมีอิสระในการให้ข้อมูล

3. วันเวลาที่แตกต่างกันในการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบของผู้เชี่ยวชาญ ไม่มีผลต่อความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล การบริการพยาบาล หรือกิจกรรมในการดูแลช่วยเหลือบุคคลทุกวัย ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพจิตปกติ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิต ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต รวมถึงบุคคลปัญญาอ่อน ผู้ป่วยโรคจิต โรคประสาท ลมชัก และผู้ใช้สารเสพติด ทุกระยะของการเจ็บป่วย

2. การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 หมายถึง การคาดคะเนลักษณะการดำเนินการเกี่ยวกับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิปี 2553โดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยและผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมินภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ

3. พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หมายถึง พยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้สูงกว่าระดับปริญญาตรีทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความสามารถปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน โดยต้องใช้ความรู้ ทฤษฎี และผลการวิจัยต่างๆ ในการทำความเข้าใจ และแก้ปัญหาสุขภาพ สามารถปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ

4. พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจากสถาบันที่สภาการพยาบาลรับรองและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ มีความ

สามารถในการปฏิบัติการพยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยใช้องค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในการให้การดูแลผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบแนวทางการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้นำผลการวิจัยมาวางแผนพัฒนางานและกำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับต่างๆ
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่จะปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ
3. เป็นประโยชน์ต่อสถาบันการศึกษาในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาบัณฑิตทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานได้ตรงตามความต้องการทางสังคม
4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลระดับปฐมภูมิในด้านอื่นๆต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การปฏิรูประบบบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ
 - 1.1 การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ
 - 1.2 ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์
 - 1.3 การปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์
2. แนวคิดเกี่ยวกับการบริการระดับปฐมภูมิ
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 ความจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ
 - 2.3 ลักษณะของระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ
 - 2.4 เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
 - 2.5 แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
3. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ
 - 3.1 ความหมายการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 3.2 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 3.3 แนวคิดพื้นฐานของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 3.4 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช
 - 3.5 การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ
 - 3.6 การปฏิรูประบบการบริการพยาบาล : ทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
4. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานและการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล
5. การวิจัยแบบเดลฟาย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

1. การปฏิรูประบบบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยีที่ก้าวหน้า สิ่งเหล่านี้มีบทบาทต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงเพื่อความอยู่รอด ประเทศไทยเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโลก ย่อมได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาแนวทางในการปรับเปลี่ยน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ในกระแสแห่งการเปลี่ยนแปลงนี้ ระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการทางสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง การหาแนวทางเพื่อปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพให้มีความเหมาะสมกับสภาพสังคมไทยจึงมีความจำเป็นและมีประโยชน์ (ทัศน บุญทอง, 2542) ในที่นี้จะขอกกล่าวถึงข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ดังต่อไปนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ

ประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วจากประเทศเกษตรกรรมไปสู่การเป็นประเทศที่มุ่งเน้นทางด้านอุตสาหกรรม เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และประชากร ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของประชาชน ดังนี้

1.1.1 สถานะทางสุขภาพและลักษณะโรคในสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะต่างๆ ได้แก่

1) ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้เป็นผลมาจากโครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทยสูงขึ้นสัดส่วนของประชากร ผู้สูงอายุจึงเพิ่มมากขึ้นในขณะที่ประชากรเด็กลดลง

2) วิทยาการที่ก้าวหน้า โดยเฉพาะด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และเทคโนโลยีสมัยใหม่ในปัจจุบัน ทำให้รักษาโรคต่าง ๆ ได้มากขึ้น โรคเฉียบพลันหรือโรคที่มีความรุนแรงมากในอดีต เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ฯลฯ ในปัจจุบันสามารถรักษาและยืดชีวิตผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้ให้มีอายุยืนยาวขึ้น โดยไม่ต้องมาติดตามการรักษาเป็นระยะ ๆ ที่หน่วยผู้ป่วยนอกหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อควบคุมโรคไม่ได้หรือเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น สังคมไทยในปัจจุบันจึงมีกลุ่มผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มมากขึ้น

3) ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม เนื่องจากประเทศไทยได้มีการพัฒนาจากสังคมเกษตรกรรมเข้าสู่สังคมอุตสาหกรรม มีการอพยพเข้าสู่ชุมชนเมือง การเคลื่อนย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองมากเกินไป ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น มีโรคติดต่อต่าง ๆ เกิดขึ้น การติดยาเสพติด อาชญากรรม เป็นต้น และจากการที่ประเทศไทยกำลังพัฒนาเป็นประเทศอุตสาหกรรม ทำให้มีปัญหามลพิษทางอากาศ ทั้งภาคเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม ส่งผลให้เกิดสภาพแวดล้อมเป็นพิษและมีแนวโน้มรุนแรงมาก

4) ปัญหาความเครียดและสุขภาพจิตในสังคมไทย ผลกระทบจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากภาวะดังกล่าว ไม่สามารถปรับตัวได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องประสบกับปัญหาทางธุรกิจ กลุ่มคนที่ต้องว่างงานนาน ซึ่งถูกยกเลิกสวัสดิการ และการคุ้มครองด้านสุขภาพ ตลอดจนกลุ่มผู้มีรายได้น้อยที่ต้องเผชิญกับปัญหาค่าครองชีพและปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น

5) ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โรคเรื้อรังหลายอย่างเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ส่วนหนึ่งยังเกิดจากการที่ประชาชนขาดความรู้หรือมีเจตคติและค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง

6) ปัญหาสุขภาพจากโรคติดต่อที่ซับซ้อน แม้ว่าปัญหาโรคติดต่อในปัจจุบันจะน้อยลงแต่ก็พบว่ามีปัญหาสุขภาพจากโรคติดต่อใหม่ ๆ ที่ยังไม่สามารถค้นหาวิธีการรักษาให้หายได้ เช่น โรคเอดส์ นอกจากนี้โรคติดต่อต่าง ๆ ที่เคยเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศในอดีตกลับมาเป็นปัญหาใหม่อีกครั้งหนึ่ง เช่น วัณโรค ซึ่งพบว่าเป็นปัญหาโรคติดต่อที่ควบคุมยากขึ้น เชื้อดื้อยา และ/หรือร่วมกับการมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

1.1.2 ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้น

จากความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์สุขภาพและเทคโนโลยีมากขึ้น ในปัจจุบันมีการคิดค้นประดิษฐ์เครื่องมือใหม่และนำมาใช้ในการรักษามากขึ้น เปิดโอกาสให้โรคที่เคยเป็นปัญหาสามารถควบคุมได้ แต่ค่าใช้จ่ายด้านบริการมีราคาสูงขึ้น เป็นผลให้ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพสูงขึ้นด้วย ทั้งในภาครัฐและภาคประชาชน นอกจากนี้จากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจที่ประชาชนชาวไทยต้องเผชิญตั้งแต่กลางปี 2540 เป็นผลให้ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งในด้านค่ารักษาพยาบาลและค่ายารักษาโรคสูงเกินกว่าที่จะแบกรับได้ เห็นได้จากประชาชนส่วนหนึ่งที่เคยเลือกใช้บริการจากภาคเอกชน ต้องหันมาใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐแทน ซึ่งเป็นผลให้เกิดความแออัดในสถานบริการสุขภาพของรัฐ และกระทบต่อคุณภาพของการให้บริการในภาพรวม

1.1.3 ประชาชนไม่ได้รับบริการที่ได้มาตรฐานอย่างเสมอภาค

จากสถานการณ์ที่ทำให้บริการด้านสุขภาพมีราคาสูงขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในการได้รับบริการ ดังนั้น การที่จะทำให้ความเสมอภาคเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ จำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของบริการสุขภาพที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับ เรียกว่า บริการสุขภาพที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน แต่ในปัจจุบันผลจากการพัฒนาประเทศยังจำกัดอยู่เฉพาะประชาชนบางกลุ่มเท่านั้น ทำให้ประชาชนจำนวนหนึ่งไม่ได้รับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานตามความจำเป็น

1.1.4 ความต้องการดูแลด้านสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลง

ความต้องการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพในภาวะปกติสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนมีการศึกษามากขึ้น และสื่อสิ่งพิมพ์ทางด้านสุขภาพกว้างขวางมากขึ้น จึงทำให้ประชาชนมีความเข้าใจและเอาใจใส่สุขภาพอนามัยของตนเองมากขึ้น

1) ความต้องการการดูแลเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย

2) **ความต้องการดูแลเมื่อเจ็บป่วย**

- ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
- ต้องการการค้นพบโรคในระยะเริ่มต้นและการบำบัดรักษา
- ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- ต้องการการดูแลจากผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง

3) **ความต้องการการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ**

มากขึ้น

แม้ว่าประเทศไทยจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่ค่อนข้างสูงตามที่กล่าวมาแล้วนั้น แต่เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ สถานภาพทางด้านสุขภาพของประชาชนนับว่าดีด้อยกว่าประเทศเพื่อนบ้านที่มีการลงทุนทางด้านสุขภาพในอัตราที่ต่ำกว่า การใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยยังไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากลงทุนสูงแต่ผลตอบแทนไม่คุ้มค่า นอกจากนั้นแล้ว การที่ประชาชนมีการศึกษาสูงขึ้น การติดตามข้อมูลข่าวสารทั้งจากเทคโนโลยีสารสนเทศ และจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ กว้างขวางขึ้น ทำให้ความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับสิทธิที่พึงจะได้รับจากบริการด้านสุขภาพมากขึ้น การที่ประชาชนต้องจ่ายค่าบริการเพื่อสุขภาพขึ้น จึงเป็นตัวเสริมให้ประชาชนเรียกร้องเรื่องคุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการสุขภาพในปัจจุบันมากขึ้น

1.2 ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบันดังกล่าวซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ ทำให้ประเทศไทยมีความจำเป็นต้อง

หาแนวทางในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมโดยสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลกที่เกิดขึ้น ดังนั้นระบบบริการสุขภาพที่ต้องการควรมีลักษณะดังนี้ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541)

1.2.1 ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง

โดยการกำหนดมาตรฐานที่เหมาะสมเกี่ยวกับกลุ่มบริการหลักที่จำเป็นที่ประชาชนทุกคนจะสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงเมื่อเกิดความจำเป็น กลุ่มบริการหลักครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การได้รับการดูแลก่อนคลอดของมารดา การได้รับการรักษาทางยาเมื่อเกิดโรคปอดบวม การได้รับการผ่าตัดสมอเมื่อประสบอุบัติเหตุทางสมอ การได้รับกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันความพิการภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น

1.2.2 เป็นระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ

ระบบบริการสุขภาพที่ดีควรจะเป็นระบบที่ไม่จ่ายมากเกินไป แต่ประชาชนยังคงได้รับบริการที่จำเป็นอย่างทั่วถึง เป็นระบบที่ได้รับการพัฒนาให้มีความยั่งยืน สามารถดำเนินการได้ระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบที่จะทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นได้สูงสุดบนทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด การกำหนดบริการหลักที่จำเป็น เป็นมาตรการหนึ่งที่กำหนดให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้มีการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยวิธีการ ส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม การส่งเสริมระบบบริการระดับต้น (primary care) ที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เพื่อลดการไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ฯลฯ การปรับจัดระบบบริการสุขภาพที่ประกอบด้วยมาตรการต่างๆ เหล่านี้จะทำให้สังคมไทย ซึ่งแม้มิได้เป็นสังคมที่มีฐานะร่ำรวยก็สามารถที่จะจัดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพที่ประชาชนทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้

ดูแล “ คน “ ไม่ใช่เพียงแต่ดูแล “ ไข้ “

ระบบบริการสุขภาพที่ดีควรจะเป็นระบบที่ดูแล “ คน “ ทั้งคนให้มีสุขภาพดีโดยรวม (holistic) อย่างต่อเนื่อง โดยรู้ว่าเมื่อใดประชาชนมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาสุขภาพและให้การป้องกันเอาไว้ก่อน หรือรู้ว่าคนไข้เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแล้วจะต้องมีการจัดระบบติดตามให้การดูแลที่มีที่พึ่งได้ต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว

1.2.3 มีแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการแข่งขันและการร่วมมือของผู้ให้บริการ

ระบบบริการสุขภาพควรจะเป็นระบบที่สามารถปรับทันกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะแวดล้อมปัจจุบัน ส่งเสริมการแข่งขันและการร่วมมือกันด้วยจุดมุ่งหมายก็คือ ประชาชนได้รับบริการที่ดีที่สุด

1.2.4 มีความหลากหลาย

การมีความหลากหลายนี้ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพียงแต่ทำให้ประชาชนเกิดความมั่นใจถึงความครบถ้วนสมบูรณ์ของบริการที่ได้รับแต่ยังทำให้ประชาชนได้มีโอกาสและทางเลือกมากขึ้นในการเลือกบริการสุขภาพที่ตนเองพอใจมากที่สุด

1.2.5 ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการที่เหมาะสม

ในการจัดการเพื่อให้เกิดการเลือกบริการที่เหมาะสมนั้นไม่ใช่การเลือกแบบอิสระไม่มีขอบเขต แต่จะเป็นทางเลือกที่ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกในขอบเขตที่เหมาะสมที่คนในสังคมได้ร่วมกันตกลงไว้อย่างเหมาะสม

1.2.6 มีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้

การที่จะมีการกำหนดความรับผิดชอบที่สามารถจะถูกรับตรวจสอบถึงคุณภาพของบริการที่ให้กับประชาชนและถูกตรวจสอบถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรและการให้บริการว่าสามารถดำเนินงานมีคุณภาพและได้ผลคุ้มค่าหรือไม่จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพดังกล่าวได้มีการปรับปรุงแก้ไขให้สามารถดำเนินการภารกิจต่างๆได้อย่างสมบูรณ์ที่สุด

1.2.7 ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบให้ดีขึ้น

การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดในเรื่องการกระจายอำนาจ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมนี้ครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูลร่วมตัดสินใจในขั้นตอนการรักษาพยาบาล การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการบริการสุขภาพเช่นนี้ จะทำให้ระบบบริการสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนมากขึ้น การบริการระดับปฐมภูมิโดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับสถานีอนามัยและศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน

เป็นการบริการที่ใกล้ชิดชุมชน และสามารถให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้มากที่สุด ทั้งยังสามารถสนับสนุนความเข้มแข็ง ของชุมชนได้ง่ายที่สุดด้วย ดังนั้นการจัดการบริการระดับปฐมภูมิจึงมีประสิทธิภาพ จึงเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนได้เป็นอย่างดี

1.2.8 เป็นระบบบริการที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของตนถ้ากระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาไปได้จนถึงขีดสูงสุด ทำให้ประชาชนมีชีวิตและความเป็นอยู่อย่างดี ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย การสนับสนุนให้ประชาชนได้เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของตนเอง สามารถเข้าถึงข้อมูลทุกด้านที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนมีความรู้และสามารถปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

1.2.9 เป็นระบบบริการที่มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง

ระบบบริการสุขภาพที่ดีจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในทุกระดับของระบบจะต้องมีความรู้ที่เป็นปัจจุบันและทันต่อเหตุการณ์ และการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และสามารถนำความรู้ที่นำมาพัฒนางานบริการให้มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคม

โดยสรุป คุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรมีคุณลักษณะที่สำคัญ คือ เป็นบริการที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ มีลักษณะบริการที่เป็นองค์รวมมีการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยให้ประชาชนได้พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและตรวจสอบการบริการและอยู่บนพื้นฐานของค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

1.3 การปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์

ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยน เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทย ระบบบริการการพยาบาลซึ่งเปรียบเสมือนระบบย่อยในระบบบริการสุขภาพโดยรวมและเป็นระบบที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง จึงมีความจำเป็นต้องมีการปฏิรูปเพื่อให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ และเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในทุกระดับของสถานบริการสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพตอบสนองความต้องการของสังคมไทยในอนาคต พยาบาลเป็นบุคลากรหลักที่ปฏิบัติงานตอบสนองต่อระบบบริการ สุขภาพที่พึงประสงค์ดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับปฐมภูมิได้ให้บริการที่ครอบคลุมงานทุกประเภทและได้ทำหน้าที่เป็นบุคลากรหลักในสถานบริการ

ระดับนี้ จึงถือเป็นบุคลากรสำคัญที่จะช่วยดูแลสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีอันเป็นนโยบายสำคัญของประเทศได้

- ระบบบริการการพยาบาล

เป็นระบบย่อยในระบบบริการด้านสุขภาพ ครอบคลุมภารกิจในระบบบริการสุขภาพ ดังนี้ (ทัศนา บุญทอง, 2544)

1. ส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนาให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลตนเอง
2. การบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ ใกล้ใจประชาชน
3. ส่งเสริม – ป้องกัน – รักษาพยาบาลขั้นต้น – ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน/ชุมชน
4. การบริการพยาบาลฉุกเฉิน
5. การบริการพยาบาลระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ และการบริการเฉพาะทางเฉพาะด้าน
6. เป็นเครือข่ายงานบริการพยาบาลสุขภาพ ปฐมภูมิ – ทุติยภูมิ - ตติยภูมิ – ฉุกเฉิน
7. การบริการพยาบาลโดยใช้ความรู้แพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกควบคู่กับการพยาบาลแผนปัจจุบัน
8. การพยาบาลสุขภาพจำเพาะแก่ผู้ยากไร้ ด้อยโอกาส

โดยการบริการพยาบาลเปลี่ยนจาก การให้ความสำคัญที่อาการ / การเจ็บป่วย จากการมีอำนาจในระบบ / การบริการ เป็นการส่งเสริมพลังอำนาจผู้ใช้บริการในการดูแลตนเองและสร้างแรงขับเคลื่อนทางสังคมสู่เป้าหมาย สุขภาวะแนวองค์รวม

ทิศทางในการปฏิรูประบบบริการพยาบาล

1. การปฏิรูประบบกำลังคนด้านการพยาบาล
2. การปฏิรูประบบบริการการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ
3. การปฏิรูประบบบริหารการพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ
4. การปฏิรูประบบบริหารการบริการพยาบาลที่จะเชื่อมต่อการปฏิรูประบบบริการ

พยาบาลในอนาคต

2. แนวคิดเกี่ยวกับการบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care)

2.1 ความหมาย

สมจิต หนูเจริญกุล (2544) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จัดให้กับประชาชนทุกคน ในทุกภาวะของสุขภาพ เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย และระยะสุดท้ายของชีวิต ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน

โรค การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง และการฟื้นฟูสภาพ มีการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่นๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน

จินตนา ยูนิพันธ์ (2544) กล่าวว่า การพยาบาลระดับปฐมภูมิ เน้นการสร้างสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วย การคัดกรองและการดูแลรักษาขั้นต้น การจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน และการฟื้นฟูสภาพ การสร้างเสริมการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และทรัพยากรในชุมชน และการส่งต่อผู้ป่วย

ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (2541) กล่าวว่า ระบบบริการปฐมภูมิเป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านแรก (First contact care) ที่เน้นคุณภาพการให้บริการเชิงสังคมควบคู่ไปกับเชิงเทคนิคบริการ กล่าวคือ นอกจากผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถด้านการรักษาพยาบาลแล้ว ยังต้องมีความรู้ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับประชาชนและชุมชนได้ดีด้วย จนทำให้การบริการมีความต่อเนื่อง (Continuity) ผสมผสาน (Integrated) และมีลักษณะ องค์กรวม (Holistic)

Donaldson, Yourdy, & Vanselow (1994) ให้คำจำกัดความว่า การดูแลระดับปฐมภูมิเป็นการเตรียมการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยพยาบาล ซึ่งรับผิดชอบในการตอบสนองของความต้องการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน พัฒนาการมีส่วนร่วมกับประชาชนรวมทั้งครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมรอบตัวของประชาชนเอง

White (1967) ให้คำจำกัดความว่า การดูแลระดับปฐมภูมิเป็นการให้บริการที่เน้นการดูแลครั้งแรก (First contact care)

American Academy of Family Physicians (1993, อ้างใน พิไลพร พุทธเสน, 2539 หน้า 16) ให้คำจำกัดความว่า การดูแลระดับปฐมภูมิ หมายถึง รูปแบบหนึ่งของการจัดบริการที่เน้นการดูแลครั้งแรก (First-contact Care) และต้องรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง (Ongoing Responsibility) ในการดำรงรักษาสุขภาพและรักษาความเจ็บป่วยของคนไข้ เป็นการดูแลบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่เป็นหนึ่งเดียวระหว่างแพทย์กับคนไข้เป็นการรักษาในรูปแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive) และรวมถึงการประสานการดูแลรักษาปัญหาของคนไข้ในทุกๆด้าน

Alpert and Charney (1973) ให้คำจำกัดความว่า การให้บริการในระดับปฐมภูมิเป็นความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องและยาวนาน ทั้งในภาวะที่สุขภาพดีและในภาวะที่เจ็บป่วย

Golden (1982) ให้คำจำกัดความว่าการดูแลระดับปฐมภูมิเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว ซึ่งจะให้บริการทั้งในระยะที่เจ็บป่วยธรรมดา และในระยะเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน รวมทั้งมีการส่งต่อแก่แพทย์เฉพาะทางเมื่อมีปัญหาที่ซับซ้อน

Institute of Medicine (1996) ให้ความหมายว่าการให้บริการในระดับปฐมภูมิเป็นการให้บริการที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ อย่างต่อเนื่อง และประสานงาน รวมทั้งมีความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการ

Starfield (1992) ได้ให้คำจำกัดความว่าการให้บริการในระดับปฐมภูมิซึ่งค่อนข้างจะครอบคลุมแนวคิดที่คนอื่น ๆ กล่าวไว้ข้างต้น โดยระบุว่าต้องเป็นบริการที่มีลักษณะสำคัญๆ ดังนี้

1. เป็นการดูแลครั้งแรก (first contacts) ที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่าย สะดวก และเป็นจุดเริ่มในการให้บริการที่ครอบคลุมปัญหาทุกด้านของผู้รับบริการ
2. เป็นการดูแลที่ยาวนาน (Longitudinal) ครอบคลุมทั้งในภาวะที่สุขภาพดีและในภาวะที่เจ็บป่วย โดยการบริการที่ให้แกผู้รับบริการจะต้องมีอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา
3. เป็นการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive) เป็นการให้บริการที่มีขอบเขตการให้บริการที่กว้าง และครอบคลุมในเรื่องสำคัญๆทุกด้าน
4. เป็นการดูแลแบบประสานงาน (Coordinated) การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการประสานงานเพื่อส่งต่อผู้รับบริการเพื่อการดูแลที่เฉพาะทาง เพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแล

โดยสรุป การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care) หมายถึง การดูแลสุขภาพที่เน้นการดูแลครั้งแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก มีการให้การดูแลในแบบเบ็ดเสร็จ ทั้งในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ โดยจะต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง และยาวนาน รวมทั้งมีการประสานการดูแลเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ครอบคลุมมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ทุกครอบครัว อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องในทุกภาวะของสุขภาพ ตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ครอบครัวและชุมชน ในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของชุมชน

อาจกล่าวโดยสรุปว่า Primary Care ควรมีลักษณะดังนี้

1. เป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าสู่บริการสาธารณสุขของผู้ป่วย
2. ให้บริการต่อผู้ใช้บริการที่มีความต่อเนื่องทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย

3. ให้บริการที่มีลักษณะเป็นองค์รวมโดยผู้ให้บริการที่มีความรู้ความสามารถในหลายสาขาที่เกี่ยวข้อง
4. สร้างความเชื่อมโยงและประสานกับการให้บริการสาธารณสุขในระดับสูงขึ้น ตามความจำเป็นของผู้ป่วย
5. รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องในปัญหาของผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชนตลอดชีวิตของผู้รับบริการ

ข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับความต้องการบริการระดับปฐมภูมิ คือ การมองบุคคลในภาพรวม ร่างกายและจิตใจ ไปพร้อมกับการดูแลที่เขาต้องการ การดูแลที่เข้าถึงบริการต้องตรงกับความต้องการของบุคคลและชุมชนของผู้รับบริการ จุดใหญ่ของการดูแลระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย บริการที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวและต่อเนื่องร่วมกัน มีความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยตลอดช่วงชีวิต โดยต้องนำความรู้ทั้งทางด้านชีว สังคม ของบุคคล ระหว่างบุคคลและระบบสังคมใหญ่ การทำให้ประสบผลสำเร็จต้องเป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพสำหรับผู้ให้บริการทางสุขภาพ

Institute of Medicine (1994) กล่าวว่า มีความแตกต่างระหว่างการดูแลระดับปฐมภูมิ สำหรับ Generalist กับ Specialist คือ การให้บริการระดับปฐมภูมิมีความเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพที่ให้บริการโดย generalist prationer ซึ่งจะมีการส่งต่อผู้รับบริการไปสู่ specialist ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน จุดมุ่งหมายสำหรับการให้บริการของ generalist และ specialist ไม่เหมือนกัน กล่าวคือ specialist มีจุดมุ่งหมายที่การดูแลหรือการรักษาปัญหาที่เฉพาะทาง เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย แต่ generalist มีจุดมุ่งหมายในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการเจ็บป่วย การช่วยเหลือตามอาการ

Starfield (1992) กล่าวว่า โดยปกติแล้วการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเป็นการยากสำหรับ specialist ที่จะปฏิบัติงานให้ได้ตามองค์ประกอบที่สำคัญในการบริการระดับปฐมภูมิ การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลไม่ใช่ประสบการณ์และทักษะที่จำเป็นสำหรับจัดการกับปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจและปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยซึ่งโดยทั่วไปแล้วจะพบได้ในการดูแลในระดับปฐมภูมิ ดังตัวอย่างของปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคล เช่น ปฏิกริยาของความเครียด ความวิตกกังวล และสับสน ความยุ่งยากในครอบครัวที่เกิดจากการกระทบกระทั่งกันระหว่างสามี – ภรรยา วิกฤตการณ์ที่รุนแรงในวัยรุ่น เกี่ยวกับ เรื่อง สุรา ยาเสพติด การหย่าร้างหรือการตายของสมาชิกในครอบครัว

ในการพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพใหม่นั้นมีจุดมุ่งหมายให้มีการลดค่าใช้จ่าย และรักษาคุณภาพของการดูแลไปพร้อมๆกันซึ่งในระบบบริการระดับปฐมภูมิใหม่มีความต้องการที่จะผสมผสานการจัดการดูแลร่วมกับชุมชน โดยมีจุดศูนย์กลางของการดูแลอยู่ที่ผู้รับบริการและ

ประชาชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้การดูแลรักษาบนพื้นฐานของความรู้ความสามารถ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดและลดภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนผู้รับบริการ มีแหล่งบริการในชุมชนที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ มีการประสานความร่วมมือในการให้บริการในทีมสุขภาพ ความสำคัญของการดูแลอยู่ที่การทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นและมีแหล่งบริการสุขภาพในชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายที่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดอันตราย ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคลและชุมชนที่ต้องรับผิดชอบร่วมกันในการที่จะทำให้จุดมุ่งหมายเหล่านี้ประสบความสำเร็จ (O'Neil, 1993) การทำงานร่วมกันระหว่างในสหวิชาชีพนั้น ผู้ให้บริการในทีมจะต้องมีความรู้ในการ เปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม การวินิจฉัยโรค การรักษา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการให้บริการ (Stokols, 1996)

2.2 ความจำเป็นที่ต้องมีการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของประชาชนที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้นและระบบบริการสุขภาพไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน หย่อนประสิทธิภาพและเข้าถึงได้ยาก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ เนื่องจาก (วิจิตร ศิริสุพรรณและคณะ, 2544)

2.2.1 ประชาชนไทยยังไม่ได้รับสิทธิของการมีสุขภาพดี รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้ระบุว่า คนไทยทุกคนต้องได้รับโอกาสและมีความเสมอภาคในการเข้าถึงการมีสุขภาพดี และการบริการด้านสุขภาพที่ดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และทุกคนทุกภาคของสังคมต้องมีหน้าที่ร่วมสร้างสุขภาพดี

2.2.2 ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองน้อย และครอบครัวมีส่วนร่วมน้อย ในการดูแลสุขภาพ แบบแผนของความเจ็บป่วยสะท้อนให้เห็นว่า ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค

จากภาวะเจ็บป่วยของคนไทย พบว่า ความเจ็บป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ อุจจาระร่วง อาหารเป็นพิษ ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ปอดบวม ตาแดงจากเชื้อไวรัส ไข้เลือดออก วัณโรค และอีสุกอีใส และในจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีสาเหตุจากโรคติดต่อของลำไส้ ภาวะการตั้งครรภ์ โรคระบบหายใจติดเชื้อเฉียบพลัน และการบาดเจ็บ พบสูงสุดจากการขับชี่จากรายานต์ (จันเพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) จึงทำให้เห็นว่า ประชาชนยังเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากโรคหรือสาเหตุที่ป้องกันได้ถ้ามีความรู้ และสามารถในการดูแลตนเองทางสุขภาพ

และการที่จำนวนผู้ป่วยเด็กยังเจ็บป่วยอยู่ก็แสดงให้เห็นว่า มารดาหรือครอบครัวยังมีการดูแลสุขภาพบุคคลที่ต้องพึ่งพายังไม่ถูกต้องนัก ในการปฏิรูปสุขภาพจึงเป็นการปรับวิธีคิดเรื่องสุขภาพ นิยามสุขภาพรวมถึงการที่ผู้ที่มีหน้าที่ต้องให้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ การพัฒนาศักยภาพและเจ็บป่วยเล็กน้อย โดยต้องเสริมพลังอำนาจให้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถในการตัดสินใจ และดำเนินกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีของตน ครอบครัว และชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมขององค์กรส่วนท้องถิ่น และการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น

2.2.3 ระบบสุขภาพมีความไม่เป็นธรรมและเข้าถึงยาก แม้สถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชนจะมีจำนวนมาก และกระจายอยู่ทั่วประเทศและไม่มีบริการที่ต้องการในระดับต่าง ๆ แต่ในชนบทที่ห่างไกลสถานบริการสุขภาพมีอยู่น้อยและห่างไกล นอกจากนี้สถานบริการสุขภาพบางแห่งมีการคิดค่าบริการที่สูงกว่าที่คนโดยทั่วไปที่ไม่มีหลักประกันในแบบใดจะสามารถจ่ายได้ จึงทำให้คนจำนวนหนึ่งเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อมีอาการหนักและบางคนที่เข้ารับบริการได้รับบริการที่ไม่เท่าเทียมแม้จะมีความต้องการทางสุขภาพเท่ากัน

จากสัดส่วนการกระจายรายได้ของคนรวยและคนจนในประเทศไทย พบว่า แตกต่างกันมาก และในวิกฤตเศรษฐกิจ ปี พ.ศ. 2540 คนจนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในด้านสาธารณสุขการกระจายทรัพยากรต่าง ๆ ระหว่างกรุงเทพฯ กับต่างจังหวัดยังแตกต่างกันมาก ทั้งในด้านอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาล เตียง ร้านขายยา งบประมาณ ฯลฯ ความไม่เป็นธรรมเหล่านี้จึงมีผลต่อสุขภาพและประสิทธิภาพของบริการ การแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมของระบบสุขภาพต้องพิจารณาแก้ไขปัญหาของระบบอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย วิธีที่จะแก้ความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพคือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขที่คำนึงถึงอุปสงค์ควบคู่กับอุปทาน และการที่ประชาชนผู้ด้อยโอกาสจะเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ต้องมีการพัฒนาเครือข่ายของระบบสุขภาพปฐมภูมิ และทำให้ทั้งระบบมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาสังคม ในการตรวจสอบการบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพ

2.2.4 ระบบบริการสุขภาพยังไม่ได้มาตรฐาน ไม่มีคุณภาพ ทำให้ผู้รับบริการยังไม่ได้รับบริการที่ดีที่สุดตามมาตรฐาน ผู้รับบริการไม่ปลอดภัยและไม่พึงพอใจ ในการปฏิรูประบบสุขภาพสถานบริการสุขภาพจึงต้องมีการสร้างหลักประกันคุณภาพขึ้นโดยมีการกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้าง เชิงกระบวนการ และเชิงผลลัพธ์ มีการดำเนินการตามมาตรฐาน และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานว่าเป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่ โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ และมีองค์กรภายนอกเข้าไปตรวจสอบและให้การรับรองโรงพยาบาล

มิติคุณภาพมีหลายด้านที่สำคัญ คือ ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้ ทักษะ เทคโนโลยี การดูแล ปฏิบัติอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยสามารถเข้าถึง บริการได้ รวมทั้งการให้ความสำคัญที่ผู้รับบริการและการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ได้อย่างสม่ำเสมอ

2.2.5 ระบบบริการสุขภาพยังไม่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ ยังไม่สามารถใช้ทรัพยากร ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดผลิตผล (Product) หรือประโยชน์ (Utility) สูงสุด หรือมีคุณค่ามากที่สุด โดยมีต้นทุนที่ต่ำที่สุด และใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด ซึ่งในระบบสุขภาพ ประสิทธิภาพและคุณภาพ มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด

จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเทียบกับประเทศในเอเชีย พบว่า ประเทศไทยใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพเป็นสัดส่วนต่อรายมากกว่าประเทศอื่น ในขณะที่บรรลุผลลัพธ์ ต่อสุขภาพในระดับที่ใกล้เคียงหรือด้อยกว่า ซึ่งจะสะท้อนถึงการจัดสรรทรัพยากรยังไม่มีประสิทธิภาพในภาพรวม รวมทั้งจำนวนเงินที่ใช้เพื่อสุขภาพยังไม่ทำให้ประชาชนโดยรวมมีสุขภาพถ้วนหน้า การกระจายอำนาจในระบบสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพของบริการ

กล่าวโดยสรุป ความจำเป็นที่ต้องมีการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ เนื่องจากระบบบริการ สุขภาพโดยทั่วไปประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ขาดคุณภาพและประสิทธิภาพ และเหตุ ผลจากประชาชนผู้รับบริการที่ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง

2.3 ลักษณะของระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เพื่อให้แนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นจริงขึ้นมาได้ จำเป็นที่จะต้องมีการจัด การดูแลสุขภาพให้เหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะได้เสนอว่า ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีลักษณะดังนี้

2.3.1 เป็นบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ง่าย อย่างเท่า เทียม

ทั่วถึง (Accessibility, Equity)

2.3.2 เป็นบริการที่จัดให้ประชาชนโดยมีการกำหนดพื้นที่ให้บริการชัดเจน (Catchment Area)

2.3.3 เป็นบริการที่เป็นกระบวนการเสริมสร้างอำนาจของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

2.3.4 เป็นบริการที่มีการเชื่อมโยงกับหน่วยงาน/เครือข่าย เพื่อการเฝ้าระวังและแก้ไข ทุกมิติของปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

2.3.5 เป็นบริการที่เป็นองค์รวมต่อเนื่องครอบคลุมคนทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกวัย ในทุกภาวะสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลสุขภาพที่บ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.3.6 เป็นบริการที่เปิดโอกาสให้ประชาชน เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรรูปแบบอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินการหรือร่วมเป็นเจ้าของ

2.3.7 เป็นการให้บริการโดยนักวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล นักการสาธารณสุข แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เภสัชกรในร้านขายยา เป็นต้น ร่วมกับผู้ให้บริการแพทยภูมิปัญญาไทย

2.4 เป้าหมาย

เป้าหมายการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ กระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนมีความสามารถดังต่อไปนี้

2.4.1 สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

2.4.2 ใช้ปัญญาในการกลั่นกรองปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตน ครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยรวม

2.4.3 สามารถประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

2.4.4 สามารถแสวงหาบริการที่จำเป็นเมื่อต้องใช้วิธีการรักษาในระดับที่ไม่สามารถ

ดูแล

ตนเองได้

วัตถุประสงค์ของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1) ประชาชนในชุมชนได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ มีความเท่าเทียมกัน และเหมาะสมกับการเจ็บป่วย และเพื่อสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพ ตามสิทธิภายใต้เงื่อนไขที่ชุมชนยอมรับได้

2) ประชาชนสามารถลดปัจจัยเสี่ยง ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ และควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพของตนเองและชุมชน

3) ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสู่การมีสุขภาพที่ดี อย่างเหมาะสมกับบริบททางสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่น

4) ประชาชน ครอบครัวและองค์กรท้องถิ่น ได้รับการเสริมพลังอำนาจและมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาสุขภาพ และเป็นผู้จัดหาและควบคุมกำกับทำให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในชุมชน

2.5 แนวทางการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เพื่อให้เป็นไปตามลักษณะการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ การจัดบริการควรเป็นดังนี้ (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2544)

1. สถานบริการสุขภาพควรเป็นสถานบริการที่ตั้งอยู่ในชุมชน ครอบคลุมพื้นที่ที่ชัดเจน มีอุปกรณ์ที่พอเพียง สามารถให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพฉุกเฉินได้ และเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพและอื่นๆ แก่คนในชุมชน

2. การให้บริการและกิจกรรมของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีขอบเขตดังนี้

2.1 การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคหรือการเจ็บป่วย

2.2 การเฝ้าระวัง การควบคุมและการป้องกันโรค ความเจ็บป่วย ความรุนแรง

(Violence) และสารพิษ

2.3 การรักษาโรคและการเจ็บป่วยเบื้องต้น การเจ็บป่วยเรื้อรัง อุบัติเหตุฉุกเฉิน และการส่งต่อเมื่อเกินความสามารถในการรักษาเบื้องต้น

2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน

2.5 การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

3. ผู้ให้บริการ ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้และทักษะตามขอบเขตของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

4. สมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีลักษณะดังต่อไปนี้คือ

4.1 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุคคล สุขภาพของบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่

1) กาย จิต สังคม จิตวิญญาณของบุคคลแต่ละวัย

2) มโนทัศน์สุขภาพ ภาวะเสี่ยง ความผิดปกติ ความเจ็บป่วย

3) ปัจจัยเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ พันธุกรรม พฤติกรรม ความเชื่อ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง กฎหมาย การศึกษา สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ศาสนา เทคโนโลยี และระบบบริการสุขภาพ

4) สิทธิมนุษยชนและสิทธิผู้ป่วย

4.2 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยม ภูมิปัญญาท้องถิ่น วิถีชีวิต และการดูแลสุขภาพของบุคคลในแต่ละวัฒนธรรมและท้องถิ่น

4.3 คิดเป็น และคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อแก้ปัญหาและตัดสินใจ และการนำความรู้สู่การปฏิบัติ

4.4 สามารถในการสื่อสารทั้งการฟัง พูด เขียน และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสืบค้น บันทึก และจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ

4.5 ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน กฎหมายวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย

4.6 ปฏิบัติโดยใช้ข้อมูล (evidence – based practice) และการทำงานวิจัยเบื้องต้น

4.7 สามารถบริหารจัดการการให้บริการและหน่วยที่ให้บริการ โดยผู้ปฏิบัติต้องมีความสามารถดังต่อไปนี้

- 1) มีภาวะผู้นำ
- 2) มีมนุษยสัมพันธ์
- 3) มีความสามารถทำงานเป็นที่ร่วมกับสหวิชาชีพ
- 4) มีความสามารถในการประสาน และสร้างความร่วมมือกับประชาชน ผู้นำชุมชนองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและหน่วยงาน
- 5) สามารถทำแผนและโครงการ ติดตามงานและประเมินผล

4.8 ส่งเสริมสุขภาพบุคคลทุกวัยอย่างเป็นองค์รวมในทุกภาวะสุขภาพด้วยการ

- 1) ประเมินภาวะสุขภาพบุคคล
- 2) ส่งเสริม สนับสนุนพลังอำนาจ และศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง
- 3) สอน ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และบุคคลในความดูแล เช่น ในเรื่องอาหารและน้ำ การออกกำลังกาย การพักผ่อนและนอนหลับ การได้รับอากาศ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การมีพัฒนาการตามวัย การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพจิต เป็นต้น
- 4) ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างในเรื่องสุขภาพ

4.9 ป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพต่าง ๆ แก่บุคคลทุกวัยในทุกภาวะสุขภาพ

- 1) สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรค และปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง การหลีกเลี่ยงแหล่งแพร่เชื้อโรค การจัดการสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงสารเสพติด
- 2) การให้ภูมิคุ้มกันโรค
- 3) คัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก
- 4) สนับสนุนและจัดกิจกรรมรณรงค์ ป้องกันปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น การป้องกันการติดสารเสพติด การสวมหมวกกันน็อก การใส่เข็มขัดนิรภัย การไม่ขับขี้นกพาหนะเมื่อมีนเมา การใช้ถุงยางอนามัย การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

4.10 ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายดังนี้

1. ดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ที่มีปัญหาติดเชื้อเสพติด และผู้พิการที่บ้าน
2. สนับสนุนและหาแหล่งประโยชน์สำหรับผู้พิการ ผู้ติดเชื้อเสพติด ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้เจ็บป่วยเรื้อรังในด้านการฟื้นฟูสภาพและการลดภาวะแทรกซ้อน
3. ดูแลช่วยช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

4.11 ให้การรักษาโรคเบื้องต้น แก่ผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยเบื้องต้น และฉุกเฉิน และส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสมด้วยการ

- 1) ตรวจวินิจฉัย
- 2) ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ ให้การรักษาเบื้องต้น
- 3) ส่งต่อในกรณีจำเป็น

4.12 ปฏิบัติการผดุงครรภ์

- 1) ให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด แก่ผู้สมรสก่อนมีบุตร
- 2) ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์
- 3) ทำคลอดปกติ
- 4) ดูแลบิดา มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด

4.13 ดูแลสุขภาพครอบครัว

- 1) ประเมินครอบครัว
- 2) สนับสนุน ส่งเสริมศักยภาพครอบครัว ในการดูแลสุขภาพครอบครัว
- 3) สอนให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวมีสุขภาพดี

4.14 ดูแลสุขภาพชุมชน

- 1) ประเมินชุมชน
- 2) เฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคและปัญหาในชุมชน
- 3) สนับสนุน ส่งเสริม ศักยภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพชุมชน เช่น การจัดโครงการสุขภาพร่วมกับชุมชน

4.15 ส่งต่อผู้ใช้บริการ ไปปรับความช่วยเหลือ หรือรักษาที่เหมาะสม ติดตามผลการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ใช้บริการกลับพื้นที่

สรุป จากความสำคัญของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ระบบประสานงานในการดูแลการทำงานร่วมกันในลักษณะสหวิชาชีพ และการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ จึงทำให้แนวคิดของการดูแลในระดับปฐมภูมิ โดยการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิเป็นการดูแลสุขภาพ ในบริการระดับต้น เป็นการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive) ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การค้นหาโรคในระยะแรก การวินิจฉัยและการรักษาโรค และปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ มีการดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนาน โดยมีจุดมุ่งหมายของการให้บริการที่การช่วยเหลือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ด้วยสาเหตุนี้ การให้บริการในระดับปฐมภูมิจึงทำให้ลดความต้องการการดูแลเฉพาะทางในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิได้

3. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ

3.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ความตื่นตัวด้านสุขภาพจิตเริ่มขึ้นในระหว่างปี ค.ศ. 1920 โดยยังรวมอยู่ในจิตเวชศาสตร์ หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ทั่วโลกมีความสนใจปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น งานด้านจิตเวชศาสตร์ จึงให้ความสำคัญกับการป้องกันปัญหามากขึ้น จึงเรียกวิชาการสาขานี้ให้เห็นชัดเจนว่า จิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต อีวาน (Evan, 1992) กล่าวว่า หากใช้คำว่า “Mental illness” ซึ่งอาจมีความหมายรวมถึง “Mental health” ด้วยจะทำให้ผู้ให้บริการหรือพยาบาลเข้าใจผิดในบทบาทหน้าที่ ซึ่งมีผลต่อการจัดบริการพยาบาลเพราะอาจทำให้การบริการด้านสุขภาพจิตถูกลืมได้

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนจิตวิทยาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยเหลือ และฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

Evan (1992) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Mental health and psychiatric nursing) เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งซึ่งเน้นการพยาบาลด้านจิตใจ ทั้งด้านการดูแลรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบนและเจ็บป่วย โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลด้านจิตใจและที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ตลอดจนแนวทาง การบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึก และ

สามารถประยุกต์ความรู้ที่เข้าใจดังกล่าวในการปฏิบัติพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการเฉพาะราย

มีรีเนสส์และเทลเลอร์ (Mereness and Taylor, 1978) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลจิตเวชว่าเป็นกระบวนการที่พยาบาลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการมีความสามารถต่อไปนี้ คือ

1. รับรู้เกี่ยวกับตนเองดีขึ้น
2. สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผสมกลมกลืนระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

ช่วยให้ผู้รับบริการมีบทบาทในการทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ดีขึ้น

เทรเวลบี (Travelbee, 1973) อธิบายว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันหรือดูแลบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตและหาสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ยูร์แดง (Urdang, 1983. Cited in Shives, 1990) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นสาขาหนึ่งของการพยาบาลที่ให้ความสำคัญในด้านการป้องกัน รักษาความแปรปรวนทางจิตและสิ่งที่เป็นปัญหาตามมา โดยใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์เป็นกรอบในด้านวิชาการ และใช้ตัวเองเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีศิลป์

อุบล นิวัติชัย (2533) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่มีเอกลักษณ์ของตนเอง โดยพอสรุปได้ดังนี้ คือ

1. มีความเชื่อหลากหลายในการพิจารณามนุษย์หรือผู้ป่วย
2. มีการใช้แนวความคิด (Concept) แบบจำลอง (Model) และทฤษฎี (Theory) ที่เกี่ยวข้องกับจิตใจและพฤติกรรมของมนุษย์อย่างผสมผสาน เพื่อให้การพยาบาลคนทั้งคนในฐานะเป็นชีวิตที่มีร่างกายจิตใจเกี่ยวข้องกับสังคมแวดล้อมอย่างไม่อาจแยกจากกัน แม้จะให้ความสำคัญเรื่องของจิตสังคมก็ตาม
3. มีลักษณะงานที่ครอบคลุมงานหลายประเภท ที่สำคัญได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา การแก้ไขปัญหาจิตสังคมด้วยกระบวนการพยาบาล การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต การบำบัดทางจิตด้วยสัมพันธภาพ การสนทนาด้วยเทคนิคการสื่อสารบำบัด การจำกัดสิทธิผู้ป่วยด้วยการผูกมัดและให้อยู่ในห้องแยก การจัดสิ่งแวดล้อมในรูปแบบของการบำบัด การบริหารยาทางจิตเวช
4. มีองค์กรทางวิชาชีพเฉพาะสาขา ซึ่งเป็นทั้งที่รวมของสมาชิกคือพยาบาลจิตเวชและเป็นองค์กรที่ควบคุมคุณภาพการพยาบาลในสาขานี้ คือสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

สรุป การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง การกระทำเพื่อดูแลช่วยเหลือบุคคลทุกวัย ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิต ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อน ผู้ป่วยโรคจิต โรคประสาท ลมชัก และสารเสพติด

ติด ทุกระยะของการเจ็บป่วย โดยประยุกต์ศาสตร์เฉพาะสาขา ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและผลการ
 วิจัย เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม การบำบัดทางจิต ตลอดจนการ
 ปฏิบัติ บทบาทในการบริหารจัดการ การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษา และการวิจัย

คุณสมบัติของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ลักษณะงานของการช่วยเหลือผู้รับบริการทางจิตที่มีประสิทธิภาพ ต้องประกอบด้วยทีมสุขภาพจิตและจิตเวช หรือทีมการรักษาเพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาของผู้รับบริการอย่างสมบูรณ์ พยาบาลจิตเวชจึงไม่เพียงแต่ปฏิบัติในขอบเขตงานพยาบาลเท่านั้น แต่ต้องทำหน้าที่ร่วมกับทีมสุขภาพจิตและจิตเวชและบุคคลที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ด้วย พยาบาลที่จะทำหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีคุณสมบัติเฉพาะที่แตกต่างจากพยาบาลทั่วไป ซึ่ง บิร์คเฮด (Birckhead, 1989) เน้นว่า “พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องมีหลักเกณฑ์ของการปฏิบัติตามวิชาชีพ โดยพยาบาลต้องแสดงบทบาทของตนให้ชัดเจน พยาบาลไม่ได้เป็นเครื่องมือของใคร แต่จะต้องทำให้ตนเองเป็นที่ยอมรับของสังคมให้ได้” นอกจากนี้ บิร์คเฮดยังได้กล่าวถึงคุณลักษณะที่พยาบาลจิตเวชต้องมี ได้แก่

1. ความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ทั้งในงานพยาบาลโดยตรง และงานที่ต้องปฏิบัติร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ อย่างเต็มที่
2. ความมีอำนาจในตัวเองที่จะรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยไม่ขึ้นกับการสั่งการของบุคลากรสาขาอื่น ๆ
3. ความเป็นอิสระในการปฏิบัติและการตัดสินใจภายในขอบเขตของวิชาชีพพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพพยาบาล
4. ความเป็นที่ยอมรับนับถือทั้งในด้านวิชาความรู้ มีเป้าหมายที่ชัดเจน มีวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมและมีความชำนาญ ทำให้ปรากฏผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการทั้งกายและจิตสังคมอย่างมีคุณภาพ และเป็นที่ยอมรับของสังคมได้

จะเห็นได้ว่า พยาบาลจิตเวชจะมีคุณสมบัติดังกล่าวได้ครบถ้วนต้องเริ่มต้นจากการพัฒนาตนเองเพื่อวิชาชีพอย่างชัดเจน ทั้งในด้านส่วนบุคคล เช่น บุคลิก สัมพันธภาพ การบริหารงาน ความเป็นผู้นำ ความคิดสร้างสรรค์ และในด้านพื้นฐานวิชาการโดยเฉพาะการค้นคว้าหาความรู้ใหม่ ๆ ในการพยาบาลผู้รับบริการทางจิต โดยใช้กระบวนการวิจัย เพื่อพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ทันสมัย

3.2 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Conceptual Model of Psychiatric Mental Health Nursing)

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการพยาบาลเฉพาะสาขา มีแนวทางการปฏิบัติตามแนวทางของทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นที่มุ่งอธิบายความผิดปกติของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของมนุษย์

ซึ่งพยาบาลจิตเวชใช้เป็นแนวทางในการทำความเข้าใจและให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ในปัจจุบันยังไม่มีทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวที่อธิบายความผิดปกติทางจิตใจ และพฤติกรรมของมนุษย์ได้ ทฤษฎีหนึ่งอาจใช้อธิบายมนุษย์และพฤติกรรมได้ดีในสถานการณ์หนึ่ง แต่ในอีกหลายสถานการณ์อาจอธิบายได้ดีโดยใช้อีกทฤษฎีหนึ่ง ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจะต้องเลือกใช้ทฤษฎีเหมาะสมกับบุคคลในแต่ละสถานการณ์ในแต่ละสังคม สำหรับกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ที่ใช้ในพยาบาลจิตเวช ได้แก่ (Taylor, 1994)

1. กรอบแนวคิดทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological or Medical Model)

แนวคิดนี้มีความเชื่อว่า ผู้ที่มีความแปรปรวนของพฤติกรรมเป็นเพราะมีสารเคมีที่ผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย และสารเคมีนี้รบกวนการทำงานของสมอง ทำให้สมองสั่งงานผิดปกติไป จึงทำให้บุคคลมีความประพฤติปฏิบัติตัวที่ผิดปกติไป การรักษาผู้ป่วยจะต้องอาศัยความรู้พื้นฐานทางด้านการแพทย์ เน้นในเรื่องการวินิจฉัยสาเหตุของการเจ็บป่วย และให้การรักษาด้วยวิธีการทาง วิทยาศาสตร์การแพทย์ เช่น การให้ยา การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

2. กรอบแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychological Model or Psychoanalytical Model) แนว

ความคิดนี้มีความเชื่อว่าบุคลิกภาพแปรปรวน มีสาเหตุมาจากพัฒนาการในวัยเด็กไม่ราบรื่น สัมพันธภาพในครอบครัวแตกแยก การติดต่อสื่อสารระหว่างพ่อ แม่ กับลูก สับสน เด็กได้รับประสบการณ์ในการแก้ปัญหาเป็นไปในทางลบ ทำให้ป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาท การรักษาด้วยการทำจิตวิเคราะห์, Free association, Dream analysis พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับ ประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาลงไปในทางบวก และใช้บทบาทตัวแทนของพ่อ แม่ ในโอกาสที่เหมาะสม

3. กรอบแนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรม (Behavioral Model)

แนวความคิดนี้มีความเชื่อว่า พฤติกรรมทุกชนิดเกิดจากการเรียนรู้ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดจากการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คือการแก้ไขการเรียนรู้ใหม่ เพื่อทดแทนด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสมกว่า วิธีการที่ใช้มีอยู่หลายแบบด้วยกัน ได้แก่ Desensitization Relaxation Technique เป็นการลดความวิตกกังวลโดยทำให้เกิดความคุ้นเคยกับสิ่งทำให้เกิดความกังวล ขณะเดียวกันก็ฝึกหัดการผ่อนคลายความรู้สึกหรือ Assertive Training เป็นวิธีการฝึกให้บุคคลมีความกล้าที่จะแสดงตัวและกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นเพื่อที่จะปกป้องรักษาสิทธิของตนเอง โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น

4. กรอบแนวคิดทฤษฎีทางสังคม (Social Model)

แนวความคิดนี้มุ่งสนใจที่ความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ในสังคม ผลกระทบของสังคมต่อบุคคล และเชื่อว่าความเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากบุคคลขาดความสามารถในการทำหน้าที่และแก้ไขปัญหาในสังคมหรือสิ่งแวดล้อมของเขาในทางสร้างสรรค์ การบำบัดรักษาจึงมุ่งที่จะจัดรูปแบบสังคมสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมในการรักษา ได้แก่ ครอบครัวบำบัด โรงพยาบาลกลางวัน คลินิกผู้ป่วยนอก การให้การช่วยเหลือผู้ป่วย วิกฤต นันทนาการบำบัด อาชีวบำบัด และการร่วมมือกันของทีมสุขภาพในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

5. กรอบแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพ (Interpersonal Model)

แนวความคิดนี้เชื่อว่าประสบการณ์ด้านมนุษยสัมพันธ์ในชีวิตต้น ๆ จะส่งผลถึงภาวะสุขภาพจิตของบุคคลในสภาพหน้า จุดสำคัญของการรักษาโดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพ อาศัยหลักว่า ให้ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์

ด้านสัมพันธภาพที่ถูกต้องกับการรักษาเสียก่อน แล้วผู้ป่วยจะเกิดการเรียนรู้ใหม่ในเรื่องมนุษยสัมพันธ์ และจะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพที่ถูกต้องกับคนอื่น ๆ ต่อไป ในกระบวนการรักษา ผู้รักษาจะสร้างความเชื่อถือไว้วางใจโดยแสดงความจริงใจกับผู้ป่วย ไม่เสแสร้งเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในตนเอง ความใกล้ชิดในกระบวนการรักษาจะเป็นจุดเริ่มต้นที่จะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อถือไว้วางใจในตนเองและผู้อื่น เห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะเป็นพื้นฐานและจุดเริ่มต้นที่ทำให้บุคคลมีพัฒนาการและพฤติกรรมที่เหมาะสมกับวัยมากยิ่งขึ้น กระบวนการรักษาจะยุติเมื่อผู้ป่วยได้พัฒนาถึงขั้นที่มีความพึงพอใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

6. กรอบแนวคิดทฤษฎีปรัชญาชีวิต (Existential Model)

แนวความคิดนี้ได้รับอิทธิพลจากศาสตร์ทางด้านปรัชญา เน้นในเรื่องของเหตุการณ์ในปัจจุบัน คือ Here and Now และเชื่อว่าพฤติกรรมแปรปรวนมีสาเหตุมาจากการที่บุคคลไม่รู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีผลทำให้บุคคลไม่มีอิสระที่จะเลือกทางอื่น ๆ ในการที่จะประพฤติปฏิบัติตนให้อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับ และเป็นวิธีการเลี่ยงภาวะความรับผิดชอบที่เขาจะพึงมีต่อตนเองและสังคม รูปแบบการรักษามืออยู่หลายแบบ เช่น Gestalt, Encounter Group Therapy เป็นต้น วิธีการในแต่ละรูปแบบอาจจะแตกต่างกัน แต่แนวความคิดพื้นฐานจะเหมือนกัน คือ จะยึดหลักว่าผู้ป่วยทุกคนควรจะมีอิสระในการเลือกสรรสิ่งที่มีชีวิตมอบให้ และจะมีจุดมุ่งหมายอย่างเดียวกัน คือการทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงชีวิตอย่างแท้จริง

7. กรอบแนวคิดทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (Communication Model)

แนวความคิดนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์ทุกพฤติกรรม ได้สื่อความหมายบางอย่างออกมา การที่เราจะเข้าใจความหมายที่สื่อออกมาขึ้นอยู่กับความชัดเจนของการสื่อความหมายนั้น และขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะส่งและรับข่าวสารระหว่างผู้ส่งข่าวสารและผู้รับข่าวสาร พฤติกรรมแปรปรวนเกิดจากกระบวนการสื่อความหมายที่ล้มเหลว จะทำให้การส่งข่าวสารไม่เป็นผลสำเร็จตามที่ผู้สื่อความหมายต้องการ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ผู้รักษาให้เห็นถึงปัญหาในกระบวนการสื่อความหมาย มีการให้ Feedback และชักจูงให้ผู้ป่วยรับการรักษามีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการสื่อความหมายไปในทางที่ดีขึ้น วิธีการที่ใช้ได้แก่ การวิเคราะห์การติดต่อสื่อสาร (Transactional Analysis) ครอบครัวบำบัด (Family therapy) การแสดงบทบาทสมมติ

8. กรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล

แนวความคิดนี้เน้นเรื่องการให้การพยาบาลบุคคลทั้งคน (Holistic Approach) คือ พยาบาลจะต้องให้ความสนใจในเรื่องของ กาย จิตใจ และสังคม และเชื่อว่าความเครียดที่อาจจะเกิดได้จากภายในร่างกาย จากสภาวะทางเศรษฐกิจ ทางสังคม สิ่งแวดล้อม เป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมแปรปรวน การให้การบริการพยาบาลเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การพยาบาลที่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและพลังงานกันอย่างต่อเนื่อง สนใจต่อความเครียดและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น พยายามช่วยผู้ป่วยหาวิธีการรักษาในการที่จะจัดการความเครียดและความรู้สึกเจ็บปวดด้วยการสร้างสัมพันธภาพชนิด therapeutic Nurse – Patient' s Relationship กับผู้ป่วย และอาศัยกระบวนการพยาบาล (The Nursing Process) ซึ่งมีขั้นตอนตั้งแต่ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาล การดำเนินการตามแผน และการประเมินผลการพยาบาล

จากแนวคิดทฤษฎีทั้งหลายข้างต้นได้ตั้งสมมติฐานและพยายามอธิบายความจริงเกี่ยวกับมนุษย์ และ ความผิดปกติทางพฤติกรรมของมนุษย์ แต่ละแนวคิดทฤษฎีก็มีความเป็นไปได้ ดังนั้นในแนวปฏิบัติการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชได้นำแนวคิดเหล่านี้มาผสมผสานกันเป็นความเชื่อพื้นฐาน ซึ่งเป็นเสมือนเครื่องนำทางในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยจิตเวช

3.3 แนวคิดพื้นฐานของการพยาบาลจิตเวช

แนวคิดพื้นฐานซึ่งผู้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวช ควรยึดเป็นหลักมีดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2527 : 2-3)

1. บุคคลแต่ละคนมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตน สมควรจะได้รับ การยอมรับนับถือ
2. จุดมุ่งหมายของบุคคลแต่ละคน เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต มีสุขภาพดี มีอิสระ เป็นตัวของตัวเองและประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (Self – actualization)
3. บุคคลทุกคนมีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลงและมีความรู้ความต้องการที่จะให้บรรลุ จุดมุ่งหมายที่ตนเองตั้งไว้
4. บุคคลดำรงชีวิตอยู่โดยมีการกระทำโต้ตอบ มีปฏิกริยาต่อสิ่งแวดล้อมเหมือนเป็นหน่วย (a whole person) แต่ละส่วนของบุคคลจะทำงานร่วมกันเหมือนสิ่งเดียวกันแยกจากกันไม่ได้
5. บุคคลมีความต้องการพื้นฐานคล้าย ๆ กัน กล่าวคือ ความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น ความต้องการการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง
6. พฤติกรรมของบุคคลเป็นสิ่งที่มีความหมาย พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความต้องการและจุดมุ่งหมายของบุคคลในขณะนั้น และสามารถเข้าใจได้โดยบุคคลผู้กระทำพฤติกรรมนั้น หรือผู้เกี่ยวข้องที่ทำการศึกษาจากความต้องการและจุดมุ่งหมายของบุคคลผู้กระทำพฤติกรรมในสถานการณ์พฤติกรรมนั้น ๆ ปรากฏ
7. พฤติกรรมจะประกอบด้วย การรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำสิ่งเหล่านั้นเกิดขึ้นเป็นลำดับกล่าวคือ จากการรับรู้ทำให้บุคคลเกิดความคิด จากนั้นความรู้สึกจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เกิดการกระทำ
8. บุคคลจะมีความแตกต่างกันอยู่ที่ความสามารถในการปรับ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ธรรมชาติหรือความรุนแรงของความเครียดและทรัพยากรที่มีอยู่ บุคคลทุกคนมีศักยภาพที่จะมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้
9. ความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ที่นำไปสู่การเจริญเติบโต และพัฒนาการในทางที่ดีได้ จุดประสงค์ของการพยาบาล คือ การส่งเสริมให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในทางบวก การส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีขึ้นและส่งเสริมการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง
10. บริการสุขภาพเป็นสิ่งที่บุคคลทุกคนจะได้รับไม่จำกัด เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ผิว หรือวัฒนธรรม การบริการพยาบาลขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ขึ้นอยู่กับความคาดหวัง และจุดมุ่งหมายที่ทั้งสองฝ่ายได้ตั้งไว้ร่วมกัน
11. บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ และสุขภาพจิตของตนเอง

12. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการเจริญเติบโตและพัฒนาการขึ้นในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพนั้น ๆ ซึ่งการพยาบาลจิตเวชจะยึดหลักการการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาล

3.4 บทบาทในปัจจุบันของพยาบาลจิตเวช

เบนเนอร์ (Benner, 1993) ได้จำแนกบทบาทปัจจุบันและหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช ดังนี้คือ

1. บทบาทของพยาบาลประจำการ (Staff nurse)
2. บทบาทผู้บริหาร (Administrators)
3. บทบาทเป็นผู้ในคำปรึกษา (Consultants)
4. บทบาทในการสอนแก่บุคลากรพยาบาล (Inservice educators)
5. บทบาทของนักวิจัย (Researchers)
6. บทบาทผู้ปฏิบัติงานพยาบาลในคลินิก (Clinical practitioners)
7. บทบาทเป็นผู้ประเมินโครงการ (Program evaluators)
8. บทบาทผู้ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น (primary care providers)
9. บทบาทผู้ประสานระหว่างผู้รับบริการและสมาชิกอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ

ส่วนหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

1. หน้าที่ทั่วไป
 - 1.1 จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด
 - 1.2 ช่วยเหลือให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพ
 - 1.3 ปฏิบัติหน้าที่คล้ายผู้ปกครองปฏิบัติต่อบุตร
 - 1.4 ใช้เทคนิคการบำบัดรักษาทางกาย
 - 1.5 ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพื่อการดำรงไว้เพื่อสุขภาพจิตที่ดี
 - 1.6 ให้การส่งเสริมด้านฐานะความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น
 - 1.7 เป็นผู้นำแก่บุคลากรอื่น ๆ
 - 1.8 ใช้จิตบำบัดแก่ผู้มีปัญหาทางจิต
2. หน้าที่ที่แบ่งตามระยะของการช่วยเหลือ
 - 2.1 การป้องกันระยะที่หนึ่ง (Primary Prevention)
 - 2.1.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป
 - 2.1.2 ให้การสนับสนุนส่งเสริมให้มีความเป็นอยู่และมีฐานะที่ดีขึ้น
 - 2.1.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ปกติ
 - 2.1.4 ส่งต่อก่อนที่บุคคลจะมีปัญหาทางจิต หรือโรคจิตเกิดขึ้น
 - 2.1.5 สนับสนุนให้สมาชิกของครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ของตนได้เหมาะสม
 - 2.1.6 มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน กิจกรรมการเมือง
 - 2.2 การป้องกันระยะที่สอง (Secondary Prevention)

- 2.2.1 ประเมินและคัดกรองบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ
- 2.2.2 ให้การเยี่ยมบ้านผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือมีการเจ็บป่วยทางจิต
- 2.2.3 ให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน
- 2.2.4 จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด
- 2.2.5 ช่วยเหลือให้การพยาบาลผู้ป่วยที่กำลังรักษาด้วยยา
- 2.2.6 ป้องกันการทำอัตวินิบาตกรรม
- 2.2.7 ให้คำปรึกษาเฉพาะกรณี
- 2.2.8 ให้ความช่วยเหลือในภาวะวิกฤต
- 2.2.9 ปฏิบัติงานร่วมกับชุมชนและองค์กรต่าง ๆ
- 2.3 การป้องกันระยะที่สาม (Tertiary Prevention)
 - 2.3.1 จัดให้มีการฝึกอาชีพและการฟื้นฟูสภาพ
 - 2.3.2 จัดให้มีโครงการดูแลแก่ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว
 - 2.3.3 จัดให้มีการพักอยู่ในโรงพยาบาลบางเวลาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย
 - 2.3.4 หน้าที่อื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการปฏิบัติงานโดยตรงคือ
 - 2.3.5 การให้การศึกษากับบุคลากรพยาบาลและการศึกษาต่อเนื่อง
 - 2.3.6 หน้าที่ในการเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล
 - 2.3.7 นิเทศการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาล
 - 2.3.8 ช่วยเหลือคำปรึกษาและการวิจัย

สรุปได้ว่า ในปัจจุบันพยาบาลจิตเวชมีบทบาทเป็นได้ทั้งผู้บริหารการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลทั้งในคลินิกและในชุมชน เป็นผู้วิจัยผู้สอนให้คำปรึกษาและผู้ประสานงานในทีมสุขภาพส่วนหน้าของพยาบาลจิตเวช แบ่งออกตามระยะของการช่วยเหลือ คือการป้องกันระยะที่หนึ่ง พยาบาลมีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต การป้องกันระยะที่สอง พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือให้การพยาบาล แก่ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ และผู้เจ็บป่วยทางจิตในระยะเริ่มแรกไม่ให้อาการป่วยมากขึ้น และการป้องกันระยะที่สาม พยาบาลมีหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตที่ทุเลาแล้ว ให้ดำรงตน อยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข และยังมีหน้าที่อื่น ๆ อีก นอกเหนือจากการปฏิบัติงานการพยาบาลโดยตรง ได้แก่ การเป็นผู้บริหารการพยาบาล นิเทศ สอน วิจัย เป็นต้น

3.5 แนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ

ในประเทศสหรัฐอเมริกา แนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงเริ่มมีขึ้นในปี 1940 เพื่อตอบสนองความต้องการทางสังคมในการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลสุขภาพ และได้มีการกำหนดให้เป็นโปรแกรมการศึกษาในระดับปริญญาในปี 1954 เมื่อ Hildegard Peplau

ได้เสนอโปรแกรมของ clinical nurse specialist เป็นครั้งแรกที่ Rutgers University (Smoyak, 1976)

ระบบการดูแลทางด้านสุขภาพของสหรัฐอเมริกาในขณะนั้นได้มีการเปลี่ยนแปลงใน 3 มิติใหญ่คือ

1. เปลี่ยนจาก specialty care to primary care (Pew, 1991 ; United States Public Health Service, 1990)
2. เปลี่ยนจาก institution-based, episode-focused delivery systems to systems that are horizontally and vertically integrated, (Shortell, Gillies, Anderson, Mitchell, & Morgan, 1993)
3. เปลี่ยนจาก fee-for-service to capitated reimbursement systems (Loomis, 1994)

จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ แนวคิดที่สำคัญใน primary care จึงอยู่ที่การดูแลทั้งในภาวะที่สุขภาพดีและเจ็บป่วยของบุคคลและครอบครัว (Aiken & Sage, 1993 ; Donaldson, Yordy, & vanselow, 1994) โดยการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในปัจจุบันนี้จะครอบคลุมการดูแลทั้งหมดที่ให้แก่ผู้รับบริการ รวมทั้งการบริการทางด้านสุขภาพจิต และการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง จากความสำคัญเหล่านี้ทำให้ต้องมีการพัฒนาระบบบริการทางด้านสุขภาพจิตให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน โดยมีรูปแบบ การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในระบบการดูแลทางด้านสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ (Haber & Billings, 1995) รวมทั้งบทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้จัดการรายกรณี (case management) (Bailey & Snyder, 1995)

ในปัจจุบันนี้ ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชจะเป็นการบริการเคลื่อนที่ที่เข้าไปให้บริการในชุมชน ไม่ได้เป็นการตั้งรับอยู่ในสถานบริการเท่านั้น (Jance, Kathleen, Mary, Ann, & Shirley, 1997) การดูแลจะไม่ได้เป็นการแยกส่วนแต่จะให้การดูแลที่ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้น ผู้ให้บริการจะต้องมีกลวิธีที่เหมาะสมในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตและเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตด้วย

3.6 การปฏิรูประบบการบริการพยาบาล : ทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ตลอดระยะเวลาการพัฒนาสาธารณสุขตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนที่ 1 จนถึง แผนที่ 8 เน้นการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างสุขภาพ และงบประมาณแผนปัจจุบันก็ยังคงใช้เพื่อซ่อมสุขภาพมากกว่าร้อยละ 80 จากปัญหาดังกล่าวผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลง

คนที่เปลี่ยนแปลงได้คือประชาชนเท่านั้น พยาบาลสามารถเป็นสื่อกลางในการปรับเปลี่ยนและกระตุ้นให้ประชาชนสนใจการสร้างสุขภาพ

ในอดีตการบริการสุขภาพเป็นการรักษาไข้ (disease oriented) มากกว่ารักษาคน ซึ่งเป็นปัญหามานาน จึงควรปรับเปลี่ยนให้เกิดการรักษาคนมากกว่าคนไข้ นั่นคือการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลแบบองค์รวมมากกว่าวิชาชีพอื่นๆอยู่แล้ว ดังนั้น ความสำเร็จในการปฏิรูปจึงขึ้นอยู่กับพยาบาล เพราะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความรู้หลายด้าน แต่ปัจจุบันพยาบาล ผู้ให้การดูแล (care provider) และผู้ป่วยเป็นผู้รับ ทำให้เกิดการพึ่งพา (independent care) ทำให้ผู้ป่วยติดโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องคิดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในฐานะผู้ให้บริการ (care provider) เป็น ผู้ส่งเสริมสนับสนุน (care facilitator) ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชสามารถดูแลตนเองได้ หรือ care manager คือ จัดการดูแลให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ช่วยพิทักษ์สิทธิ์ให้การดูแลที่ถูกต้องจากวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้มีสิ่งที่น่าสนใจ คือการดูแลที่บ้านและการดูแลในชุมชน ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาต่อไป (วชิระ เพ็งจันทร์, 2543)

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องสร้างระบบให้มี specialist ที่จะช่วยนำไปสู่การปฏิบัติเพราะการพยาบาลไม่ใช่เรื่องง่าย เป็นเรื่องของความยุ่งยาก ซับซ้อน จึงต้องการคนที่มีความรู้ความสามารถที่จะดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและสามารถทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

การบริการผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันที่มีปัญหา พบว่า การดูแลระดับปฐมภูมิ ซึ่งกลุ่มนี้ยังไม่ป่วย ต้องการการดูแล แต่ระบบการดูแลอ่อนแอมาก และยังได้รับการดูแลแบบเดิมๆ โดยใช้วิธีการปฏิบัติจากประสบการณ์มากกว่าการใช้ความรู้ การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในยุคการปฏิรูปไม่ควรแยกการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต เพราะการมีสุขภาพดีและมีความรู้ผลักดันให้มีการสร้างสุขภาพ การดูแลสุขภาพจิตยุคปฏิรูปต้องเน้นการบำบัดทางการแพทย์ การฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยจุดเน้นของการบำบัดและการฟื้นฟู คือ การดำรงชีวิตเพราะต้องคิดถึงองค์รวมเพื่อชีวิตที่เป็นปกติสุข

ดังนั้น การพยาบาลจิตเวชในระดับปฐมภูมิ จะเป็นการให้บริการเกี่ยวกับ การช่วยเหลือและบำบัดในชุมชน แก่ผู้ป่วยทางจิตและผู้ให้บริการในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งแต่เดิมเคยได้รับการบริการในโรงพยาบาล การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤติและกลุ่มบุคคลที่เผชิญสาธาณภัย และการจัดโปรแกรมป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตในโรงเรียน และกลุ่มอื่นในชุมชน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544)

สรุป เพื่อให้ระบบบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิมีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพใหม่ตามความต้องการทางสังคม ผู้ให้บริการจะต้องให้การดูแลโดยยึดผู้รับ

บริการเป็นศูนย์กลาง มีการดูแลที่ยาวนาน เน้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การวินิจฉัย และจัดการกับปัญหาผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต มีกลวิธีในการที่จะส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองทั้งทางกายและทางสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้มีการปฏิบัติการพยาบาล ขั้นสูงจะมีขอบเขตการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมบทบาททั้งทางตรงและทางอ้อม โดยบทบาททางตรง (direct) ได้แก่ การปฏิบัติการดูแล การวินิจฉัย ตัดสินใจในการปฏิบัติการทางคลินิกอย่างมีวิจารณญาณ การให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การบำบัดทางจิต ส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสม การบริหารจัดการกับปัญหาทางยาของผู้ป่วย การเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย สำหรับ บทบาททางอ้อม (indirect) ได้แก่ บทบาทในการเป็นผู้จัดการรายการณี การใช้ผลงานวิจัยเป็น พื้นฐานในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย การเป็นผู้มีจริยธรรม และมีทักษะในการจัดการหรือเปลี่ยนแปลงระบบบริการเพื่อให้เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ และความต้องการทางสังคม (Cronenwett, 1995)

ขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีการขยายขอบเขตการปฏิบัติงานในระดับต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและในวิชาชีพการพยาบาล ANA ได้กล่าวถึงขอบเขตการปฏิบัติงานที่ประกอบด้วย ระดับของการปฏิบัติ บทบาทของพยาบาล และสถานที่ปฏิบัติงาน การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพจะแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ANA, 1994)

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ปฏิบัติคือพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาอย่างต่ำปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ได้ขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และได้มีการปฏิบัติการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชกับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัวและชุมชน กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี การคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น การประเมินผล การจัดการดูแลผู้ป่วยรายการณี การจัดการ สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การช่วยเหลือสนับสนุนให้มีการดูแลตนเอง การช่วยเหลือและบำบัดทางจิต การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤติ การสอน การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (ANA, 1994) การบริการจะต้องให้ความสำคัญสะดวกแก่ผู้รับบริการ โดยเน้นที่การให้บริการช่วยเหลือในชุมชน แก่ผู้ป่วยทางจิตและผู้ใช้บริการในกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาทางจิต (เดิมเคยได้รับการบริการในโรงพยาบาล) มีการจัดโปรแกรมป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตในโรงเรียนและกลุ่มอื่นในชุมชน และการช่วยเหลือกลุ่มบุคคลที่เผชิญสถานการณ์ภัย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544)

สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโทขึ้นไป ซึ่งจะต้องมีความรู้ทางทฤษฎีและการปฏิบัติในเชิงลึก เป็น supervised ในการปฏิบัติการพยาบาล และมีทักษะทางคลินิกขั้นสูงในการเป็นผู้ปฏิบัติการเฉพาะทาง เรียกว่า ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (clinical specialist) ซึ่ง American Nurses Credentialing Center (ANCC) กำหนดให้เป็นความต้องการที่จะต้องมีในการปฏิบัติการทางคลินิกขั้นสูงในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในอนาคตพยาบาลผู้ปฏิบัติการ (nurse practitioner) ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องมีความต้องการในระดับผู้ปฏิบัติการขั้นสูงเช่นเดียวกัน (ในประเทศสหรัฐอเมริกา พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จะหมายรวมถึง clinical specialist, nurse practitioner, nurse midwives, and nurse anesthetists)

พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีการปฏิบัติบทบาททางคลินิกในระดับพื้นฐาน แต่จะต้องใช้ความเชี่ยวชาญที่มีอยู่ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาความรุนแรงและซับซ้อนกว่า และต้องแสดงบทบาทในการเป็นผู้นำและผู้ประสานงานระหว่างสาขาวิชาชีพอื่น สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลนั้นจะต้องให้การวินิจฉัย การรักษาความผิดปกติทางจิต ให้การบำบัดรักษาทางจิตได้ตามขอบเขตที่กำหนดของสภาการพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงจะมีบทบาทในการเป็น ผู้นำบัดขั้นต้น แก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคล และบทบาทอื่นจากที่กล่าวมาได้แก่ การเป็นผู้ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา ให้แก่ผู้ให้การบำบัดทางจิตอื่นๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลประจำการในการทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยทางกายด้วย

นอกจากนี้บทบาทในด้านการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงยังต้องใช้ประสบการณ์การตัดสินใจในการให้การบำบัดช่วยเหลือกลุ่มบุคคลที่เฉพาะเจาะจงที่มีปัญหาทางจิต ได้แก่ เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง หรือมารดาที่ติดสารเสพติดและติดเชื้อเอชไอวี (ANA, 1994)

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะเกี่ยวข้องข้องกับการเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (specialization) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพยาบาล การให้การดูแลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งมีขอบเขตในการปฏิบัติงานที่กว้าง (expansion) เกี่ยวข้องกับการใช้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างอิสระในการให้การดูแลรักษา เช่น การให้การบำบัดรักษาทางจิต การวินิจฉัยแยกโรค และการสั่งยาในการรักษา โดยการผสมผสานความรู้ในการปฏิบัติการขั้นสูง ในการใช้ทฤษฎี ผลงานวิจัย และประสบการณ์ในการปฏิบัติมาประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะต้องมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอก ในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Cronenwett, 1995)

ในประเทศไทย ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งต้องการผู้นำทางการพยาบาลระดับผู้ปฏิบัติการชั้นสูง ที่จะพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และพัฒนางานบริการพยาบาลที่ครอบคลุม งานส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพจิต ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน โดยจะต้องมีความรู้ ความสามารถในด้านต่างๆ ดังนี้ (สภาการพยาบาล, ม.ป.ป.)

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ใช้ความรู้และความชำนาญการพยาบาลทางคลินิก ในการให้การพยาบาลโดยตรงในโรงพยาบาลและในชุมชน แก่บุคคลทุกวัย ครอบครัว และ/หรือกลุ่มบุคคลทั้งในภาวะปกติและที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยทางจิต บุคคลปัญญาอ่อน และผู้ใช้สารเสพติดในทุกระยะของการเจ็บป่วยที่มีปัญหาและความต้องการซับซ้อน รวมถึงผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต โดยใช้ทักษะการประเมินและสังเคราะห์ สิ่งที่ได้จากการประเมิน การคัดกรองโรค การวางแผน และให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันโรคและปัญหาทางจิต การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ สร้างและ/หรือใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลในการควบคุมคุณภาพการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมาย ประสานความร่วมมือเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีแก่พยาบาลในการปฏิบัติวิชาชีพ

2. ด้านบริหารจัดการ

เป็นผู้นำ และแสดงพฤติกรรมกรบริหารจัดการ โดยผสมผสานกับความชำนาญการพยาบาลเฉพาะสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้เกิดการประสานแหล่งประโยชน์ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

3. ด้านการให้ความรู้

วางแผนและดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมความรู้ให้แก่พยาบาล และผู้ใช้บริการตามปัญหาและความต้องการ ประสานงาน และให้การช่วยเหลือพยาบาลในการจัดโครงการฝึกอบรมและพัฒนาประสิทธิภาพในการสอนผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้ความร่วมมือในการสอนหลักสูตรต่างๆ และเป็นพี่เลี้ยงให้แก่พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์

4. ด้านการเป็นที่ปรึกษา

เป็นแหล่งประโยชน์ด้านการเป็นที่ปรึกษาในสาขาการพยาบาลแก่พยาบาล บุคลากร ในทีมสุขภาพทั้งในสาขาและนอกสาขา และผู้รับบริการ โดยใช้ความชำนาญทางคลินิกในสาขา การพยาบาลเพื่อร่วมมือแก้ไขปัญหา ให้บรรลุเป้าหมายของการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม

5. ด้านการวิจัย

ใช้ผลการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล ทำวิจัย หรือร่วมวิจัย ตลอดจนติดตาม งานวิจัยในสาขาการพยาบาล และสาขาที่เกี่ยวข้อง สร้างและเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการ ปฏิบัติการพยาบาลในสาขา

6. ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย

ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งร่วมตัดสินใจในทางจริยธรรม และพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ

4. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานและการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

4.1 ความหมาย

สภาการพยาบาลของประเทศไทยได้จำแนกการปฏิบัติการพยาบาลของวิชาชีพการ พยาบาลเป็น 2 ระดับ คือ การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน (Basic nursing practice) และ การ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced nursing practice) (สภาการพยาบาล, 2539)

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน (Basic nursing practice)

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน (Basic nursing practice) หมายถึงการปฏิบัติการ พยาบาลที่ต้องอาศัยความรู้จากการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ จากสถาบันที่ สภาการพยาบาลรับรองและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาล โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ ที่ได้จากการศึกษาในระดับปริญญาตรีเพื่อปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและประชาชนในสถานพยาบาล บ้าน โรงเรียน และชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟู สภาพจากความเจ็บป่วยหรือตายอย่างสงบ ประสานการดูแลในระบบบริการ เตรียมผู้ป่วยเพื่อ การตรวจวินิจฉัย ตลอดจนเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองของผู้ป่วยจากการรักษา พยาบาลที่ได้รับจากบุคลากรทีมสุขภาพ

สรุป การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา ทั่วไป โดยใช้องค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน โดยทั่วไป คือผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced nursing practice)

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced nursing practice) หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องอาศัยความรู้จากการศึกษาพยาบาลที่สูงกว่าระดับปริญญาตรี และต้องมีการประกอบวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลในสาขานั้นๆ หนึ่ง จนมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลสาขานั้นๆ ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ได้แก่ การประเมินความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน วินิจฉัยการพยาบาล มีการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล จัดการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความพิการที่จะเกิดขึ้น ให้การดูแลโดยตรงและจัดระบบการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ เป็นที่ปรึกษาให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล ทำการวิจัยเพื่อขยายความรู้ในการปฏิบัติ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งนี้ในการปฏิบัติการพยาบาลจะต้องมีความรู้ ทักษะด้านการพยาบาลทั้งในแนวคิดและกว้างในสาขาที่เชี่ยวชาญ โดยปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีอิสระภายใต้ความรับผิดชอบที่กำหนด และมีเอกสิทธิ์ในการตัดสินใจตามหลักการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2539)

4.2 ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล

การระบุขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลแต่ละยุคสมัย ทั้งนี้ ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลของแต่ละประเทศอาจแตกต่างกันได้ อย่างไรก็ตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป็นบทบาทและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ตอบสนองต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน สภาพการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตไว้มีดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2539)

3.2.1 จัดการกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยทั้งสุขภาพกายและจิต ได้แก่ การประเมินเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยประสานการดูแลร่วมกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ บุคคล ครอบครัวและชุมชน ส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพ ตรวจสอบและให้การรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยทั้งที่ป่วยอย่างเฉียบพลันและโรคประจำท้องถิ่น รวมทั้งเฝ้าติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

3.2.2 เฝ้าระวังและติดตามเพื่อควบคุมคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมการปฏิบัติงานของตนเอง เป็นที่ปรึกษาและประเมินการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ได้บังคับบัญชาและบุคลากรในทีมงานสุขภาพ

3.2.3 จัดระบบการบริหารจัดการของระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการจัดระบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ จัดลำดับ

ความสำคัญของความต้องการของผู้รับบริการ สร้างและรักษาทีมงาน แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ส่งเสริมการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ให้ข้อมูลและแหล่งประโยชน์ระหว่างสถานบริการสุขภาพเพื่อการพัฒนากระบวนการพัฒนาสุขภาพ

3.2.4 การช่วยเหลือและการดูแล ได้แก่ การดูแลเรื่องความสบาย การสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ การช่วยเหลือให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย สนับสนุนกิจกรรมในการพัฒนาบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้มีพัฒนาการตามวัยและตายอย่างสงบเมื่อถึงเวลา

3.2.5 การสอนให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองโดยสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ในการสอนนั้น พยาบาลต้องคำนึงถึงความพร้อมและใช้เทคนิควิธีการสอนที่เหมาะสมกับระดับความรู้ของประชาชนนั้นๆ

3.2.6 การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งมีความจำเป็นพยาบาลไม่เพียงแต่มีทักษะในการจัดการกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันเท่านั้น แต่ต้องสามารถจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉินรวมทั้งสามารถคาดการณ์และจัดการกับภาวะวิกฤติต่างๆได้อย่างเหมาะสมและมีความปลอดภัยในชีวิต

ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลที่กล่าวมานั้น เป็นขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน และระดับโรงพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูงด้วย

สภาการพยาบาลได้กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพขั้นพื้นฐานไว้ดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2539)

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ใช้ความรู้ทางศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการประเมินปัญหาสุขภาพ ให้การวินิจฉัย วางแผนป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลแก่ผู้มารับบริการ ครอบครัวและชุมชน

1.2 ประสานความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ จัดเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจทั่วไป และการตรวจพิเศษต่างๆ และให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ในสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม

1.3 มีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาหารือ/ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

1.4 ฝ้าสังเกตวิเคราะห์อาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและดำเนินการปรึกษาพยาบาลวิชาชีพในระดับสูงหรือบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทัน่วงทีก่อนที่อาการจะเข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือมีปัญหาคับขันตามมา

1.5 ควบคุมดูแลสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้เอื้อต่อการดูแลพยาบาลและมีความเหมาะสมสำหรับเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของนักศึกษาในทีมสุขภาพทุกระดับ รวมถึงการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคและป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยโรคจิตและประสาท

1.6 ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับบุคลากรในหน่วยงานเพื่อประเมินปัญหาและร่วมหาแนวทางในการแก้ไขเพื่อพัฒนาคุณภาพของการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

1.7 จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลให้อยู่ในสภาพที่พร้อมจะใช้ได้ตลอดเวลา

1.8 สนองนศึกษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ ครอบครัวและประชาชนทั่วไปเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.9 ควบคุมคุณภาพของการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน โดยใช้มาตรฐานการพยาบาลและคู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ

1.10 ให้คำแนะนำและช่วยเหลือบุคลากรด้านการพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

1.11 เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาล

2. ด้านการบริหารจัดการ

2.1 มีส่วนร่วมในการสร้างทีมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

2.2 มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขอุปสรรคที่เกิดจากระบบงาน บุคคล และสิ่งแวดล้อม

2.3 มีส่วนร่วมในโครงการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของหน่วยงาน

2.4 ประเมินการทำงานภายในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

2.5 ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อประเมินคุณภาพของการให้บริการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน

2.6 มีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์การวิชาชีพการพยาบาล

3. ด้านวิชาการ

3.1 มีส่วนร่วมในการปฐมพยาบาลที่เข้าปฏิบัติงานใหม่และผู้ที่มารับการอบรม
ในหน่วยงาน

3.2 สอนหรือเป็นที่เลี้ยงให้แก่นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี พยาบาลเทคนิค
หรือผู้ช่วยพยาบาล

3.3 มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือการสอนและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและ
ประชาชนทั่วไปมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

สุภาณี เสนาดีสัย (2544) ได้กล่าวว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ
ทางการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทางการพยาบาล
มีความสามารถในการเป็นผู้นำทางการพยาบาลในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ เป็นผู้นำในการพัฒนาการ
ปฏิบัติการพยาบาลให้ได้คุณภาพและทันกับวิทยาการและเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าอย่างไม่หยุดยั้ง
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจึงควรมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงควรมีบทบาทในการ

1.1 ประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อน จัดหาและให้การ
พยาบาลทั้งโดยทางตรง และทางอ้อมที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจง โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีและ
หรืองานวิจัยเป็นพื้นฐานแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน โดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณ
ของวิชาชีพ

1.2 ประสานความร่วมมือและช่วยเหลือกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
กับปัญหาของผู้ป่วย ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและสนอง
ตอบต่อความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด

1.3 ริเริ่ม คิดค้นและพัฒนาาระบบการพยาบาลที่จะรองรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้
เทคโนโลยีสมัยใหม่ ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัยมากที่สุด

1.4 เป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลประจำการในการวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล
ตลอดจนการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแต่ละรายโดยใช้กระบวนการ
พยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน

1.5 ริเริ่ม ส่งเสริม กระตุ้นและชี้แนะพยาบาลประจำการให้มีการพัฒนาเทคนิคและวิธี
การพยาบาลใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญให้ดียิ่งขึ้น

1.6 ริเริ่มและร่วมมือในการสร้างและใช้มาตรฐานการพยาบาลในการปฏิบัติงาน
ตลอดจนประเมินคุณภาพการพยาบาลในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญอย่างสม่ำเสมอ

1.7 ริเริ่มโครงการการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่ตนเชี่ยวชาญ โดยร่วมมือกับแพทย์และ
บุคลากรอื่นๆ เพื่อให้การดูแลแบบสหวิทยาการ

2. ด้านการให้ความรู้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงควรมีบทบาทในการ
 - 2.1 ให้คำแนะนำและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแก่พยาบาลประจำการในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญ
 - 2.2 ประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีอื่นที่เกี่ยวข้องตลอดจนคัดเลือกรูปแบบและแปลวารสารทางการพยาบาลและการแพทย์ที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ ให้แก่พยาบาลประจำการ เพื่อเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจพื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาลและให้ทันกับความก้าวหน้า
 - 2.3 ช่วยเหลือและพัฒนาการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ ด้วยการเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาลและการสอนที่ข้างเตียงผู้ป่วยและเป็นผู้นำในการประชุมปรึกษาและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญ
 - 2.4 ให้ความรู้และเป็นแบบอย่างของการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงแก่นักศึกษาพยาบาลระดับต่างๆในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญ
 - 2.5 มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้ทางวิชาชีพ
3. ด้านการเป็นที่ปรึกษา ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงควรมีบทบาทในการ
 - 3.1 เป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลประจำการในการประเมินปัญหา วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและครอบคลุม ในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญ
 - 3.2 เป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน และ/หรือมีความยากลำบากในการปรับตัวในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญ
 - 3.3 ร่วมมือและปรึกษากับผู้บริหารในการควบคุมเทคนิคการให้การพยาบาลในสาขาที่รับผิดชอบ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลตามที่กำหนดไว้
 - 3.4 เป็นที่ปรึกษาแก่นักศึกษาพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษาทั้งในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาที่ตนเชี่ยวชาญ ตลอดจนบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง
4. ด้านการวิจัย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงควรมีบทบาทในการ
 - 4.1 ริเริ่มและส่งเสริมการทำวิจัยจากปัญหาที่พบในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญอย่างเหมาะสม
 - 4.2 คัดเลือก แปลผล และนำผลการวิจัยทางการพยาบาลและสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องมาเผยแพร่ให้แก่พยาบาลประจำการได้ทราบ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

4.3 ประเมินและปรับปรุง ตลอดจนพัฒนาวิธีการปฏิบัติการพยาบาลด้วยการทำวิจัย และเผยแพร่ผลการวิจัยดังกล่าวให้แก่เพื่อนร่วมวิชาชีพ

5. ด้านการเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงทางการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงควรมีบทบาทในการ

5.1 ร่วมมือกับผู้บริหารในการประเมินและค้นคว้าการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก ที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา

5.2 ริเริ่ม วางแผน เปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนระบบการพยาบาลในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญ เพื่อที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

5.3 มีส่วนร่วมกับผู้บริหารในการตั้งเป้าหมาย วางแผนและดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล

5.4 มีส่วนร่วมกับผู้บริหารในการวางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาวในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญ

The American Nurses Association กล่าวว่า พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ พยาบาลที่มีการศึกษาระดับปริญญาโท หรือปริญญาเอก ที่มีความสามารถเฉพาะทางชั้นสูง มีการฝึกปฏิบัติและมีประสบการณ์ในการดูแลทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยมีความรู้ทั่วไปของการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงและขยายขอบเขตของความรู้ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางชั้นสูงจนเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ที่ลึกและมีทักษะทางคลินิกชั้นสูง ที่สามารถที่จะผสมผสานทฤษฎี ทักษะ ความสามารถในการตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว รวมไปถึงความต้องการในระบบบริการสุขภาพด้วย (ANA, 1996)

ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จำแนกประเภทของการปฏิบัติการชั้นสูงเป็น 4 ประเภท คือ (U.S. Department of Human Services, 1996)

1. พยาบาลวิสัญญี (Nurse-Anesthetist)
2. พยาบาลผดุงครรภ์ (Nurse-Midwife)
3. พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางคลินิก (Clinical Nurse Specialist)
4. พยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner)

ในที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะพยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางคลินิก (Clinical Nurse Specialist) และ พยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner) ซึ่งจะมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางคลินิก (Clinical Nurse Specialist-CNS) เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ที่ปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในสาขาหรือแขนงที่เชี่ยวชาญเฉพาะ และมักปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการ โดยมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังต่อไปนี้ (สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ, 2544)

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการโดยตรง โดยการประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน และการให้ยา (เมื่อกฎหมายของรัฐอนุญาต) หรือให้การรักษาปัญหาสุขภาพด้วยวิธีอื่นที่ไม่ต้องให้ยา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคให้กับผู้ป่วยแต่ละบุคคล หรือ แต่ละกลุ่มในเรื่องที่ตรงกับความรู้ความเชี่ยวชาญของตนเอง
2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาล และเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ
3. ให้คำปรึกษากับพยาบาล แพทย์ เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น และผู้ที่สนใจ
4. ใช้ผลการวิจัยและมีส่วนร่วมในการทำวิจัย

พยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner-N.P.) เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก อีกประเภทหนึ่ง ซึ่งมีบทบาทค่อนข้างกว้าง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม CNS พยาบาลเวชปฏิบัติส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในชุมชนมีลักษณะงาน คือ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ อย่างสมบูรณ์ ให้การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ ให้การบำบัดทั้งโดยวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยา ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการดูแลผู้ป่วยแต่ละบุคคลที่มีปัญหาเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง และจะต้องสอดแทรกการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ให้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติในสถานที่ต่างๆ ให้การดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการทำงานอย่างอิสระ หรือร่วมมือกับเจ้าหน้าที่จากหลายสาขา แขนงของความเชี่ยวชาญที่ปฏิบัติ ได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ใหญ่ ครอบครัว Primary Care Acute Care หรือสุขภาพจิตและจิตเวช (สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ, 2544)

ความสามารถของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา(1996) ได้วางขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงไว้ว่าต้องเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ปฏิบัติต้องมีลักษณะดังนี้

1. ใช้ทักษะและสมรรถนะในการจัดการดูแลผู้ป่วย/ผู้ให้บริการโดยใช้ประสบการณ์และความรู้ที่กว้างขวาง ลึกซึ้ง
2. ใช้วิจารณ์ญาณในการตรึกตรองหาเหตุผล และการตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการบริการผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน
3. มีทักษะสูงในการจัดการเกี่ยวกับองค์กร ระบบและสิ่งแวดล้อม
4. มีเอกสิทธิ์สูงในการปฏิบัติ

5. สามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระ
6. มีทักษะในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกระบบสุขภาพที่ซับซ้อน

Advanced Practice Competencies

Benner (1984) ได้เสนอแนวคิดที่ว่าพยาบาลซึ่งมีทักษะในการปฏิบัติตามบทบาทของการปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูง ซึ่งต้องมีความสามารถในด้านต่างๆ ดังนี้

1. เป็นผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิก
2. มีทักษะในการสอน กำกับ และแนะนำ ที่สามารถปรับให้เหมาะสมแก่บุคคล ครอบครัว และกลุ่มบุคคล
3. เป็นที่ปรึกษา
4. เป็นผู้นำในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
5. การประสานความร่วมมือในการทำงานร่วมกันเป็นทีมภายในวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่อื่น ทั้งภายใน ภายนอกทีมสุขภาพ
6. มีภาวะผู้นำทั้งด้านการพยาบาลและภายนอกวิชาชีพ
7. มีความสามารถตัดสินใจในเชิงจริยธรรม
8. ใช้ผลงานวิจัยและทำวิจัยเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล
9. ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดคุณภาพ
10. มีความสามารถในเรื่องการประกันคุณภาพ

ความสามารถเหล่านี้จะต้องเป็นการปฏิบัติที่มีการตัดสินใจโดยใช้หลักฐานข้อมูล

เชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) และต้องเป็นการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practice) ร่วมกับ มีการประเมิน ผลการปฏิบัติ และมีการจัดการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งความคาดหวังของบุคคลต้องการการรักษาที่ดีเมื่อเกิด ความเจ็บป่วยขึ้น ดังนั้นสิ่งใดก็ตามที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้มารับบริการ สิ่งนั้นคือความรับผิดชอบของผู้ให้ บริการทางด้านสุขภาพนั่นเอง

การให้บริการโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (EBP) เป็นการบูรณาการผลงานวิจัย ศาสตร์ทางการพยาบาล หรือเหตุผลทางพยาธิวิทยาเป็นหลักฐานข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติและความต้องการของผู้รับบริการในการให้การดูแล (Cook & Levy, 1998) ทั้งนี้ต้องมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมด้วย ดังนั้น การตัดสินใจเพื่อปฏิบัติของพยาบาลขั้นสูงจึงต้องอยู่บนพื้นฐานของปัญญาและวิจารณญาณ วิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติ ตลอดจนการใช้ความรู้ และสร้างความรู้จากการปฏิบัติ

Best practice เป็นการรวมการใช้หลักฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ การตัดสินใจ และความต้องการของผู้ป่วย (Byers & Brunell, 1998) เป็นเครื่องมือทำให้การปฏิบัติเกิดผลสำเร็จ หรือดีขึ้น จนทำให้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติใหม่หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการทำงานที่เห็นผลในการลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพลง (AACN News, 1998)

สรุป การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานและการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจำเป็นต้องอาศัยพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกันในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ที่กว้างขวางและลึกซึ้งกว่าการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ดังกล่าว

5. การวิจัยอนาคต (Future Research)

คำว่าอนาคต หมายถึง ระยะเวลาที่ยังมาไม่ถึง ซึ่งอนาคตหรือโลกอนาคตยังไม่ปรากฏอยู่ให้เราเห็น จึงไม่สามารถศึกษาได้ ดังนั้นเมื่อเราศึกษาอนาคตสิ่งที่เรากำลังทำอยู่จริง ๆ ก็คือ เรากำลังศึกษาแนวความคิดว่าโลกจะเป็นอย่างไรในอนาคต แนวความคิดที่พัฒนาจากความเข้าใจเกี่ยวกับโลกว่ามันจะเป็นอย่างไรในอดีต และเราเชื่อว่ามันกำลังจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร การศึกษาอนาคตมีความเป็นระบบและซับซ้อน เพราะเป็นการแสวงหาทางเลือกที่จะเป็นไปได้ในอนาคต มากกว่าที่จะเป็นการทำนายว่าอะไรจะเกิดขึ้นในอนาคต เป็นการพยายามจะเชื่อมโยงความรู้ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตเข้าด้วยกัน (นาตยา บิลันธนนท์, 2526)

การวิจัยอนาคตจึงเป็นแนวทางใหม่สำหรับวงการวิจัย ซึ่งแท้จริงแล้วการวิจัยลักษณะนี้เริ่มถูกกล่าวขานถึงในประเทศอื่นเมื่อไม่นานมานี้เอง แต่ทว่าวิธีการและกระบวนการตลอดจนเทคนิควิทยาที่ใช้ในการวิจัยเพื่ออนาคตนั้นได้รับการพัฒนาปฏิรูปอย่างรวดเร็วมาก เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์จากผลการวิจัยเพื่ออนาคตนี้ให้ได้มากที่สุด จุมพล พูลภัทรชีวิน (2529) กล่าวว่า การวิจัยในอนาคต เป็นการศึกษาเพื่อมองเหตุการณ์หรือพฤติกรรมในอนาคต (ระยะยาวหรือระยะสั้นก็ตาม) ที่เกี่ยวข้องกับการทำนาย (Prediction) การฉายภาพ (Projection) และการคาดการณ์ (Forecast)

ความหมายของการวิจัยอนาคต

เทียนฉาย กิระนันท์ (2525:2) ได้ให้ความหมายของการวิจัยอนาคตไว้ว่า เป็นการศึกษาเพื่อที่มองถึงเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่น่าจะเป็นไปในอนาคต (ระยะยาวหรือระยะสั้นก็ตาม) รวมทั้งปฏิสัมพันธ์และผลกระทบในระหว่างเหตุการณ์หรือพฤติกรรมต่าง ๆ ที่น่าจะเป็นเกิดขึ้นนั่นเอง

จุมพล พูลภัทรชีวิน (2529:24) ได้ให้ความหมายของการวิจัยอนาคตว่าหมายถึง วิธีศึกษา อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับทางเลือกอนาคตต่าง ๆ ที่เป็นไปได้หรือน่าจะเป็นของกลุ่มประชากรหรือ กลุ่มสังคมใดกลุ่มหนึ่ง จุมพล พูลภัทรชีวินได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการทำวิจัยอนาคตไว้ว่าเพื่อที่จะ

1. บรรยายอนาคตรูปแบบต่าง ๆ (Alternative Futures) ที่จะเป็นไปได้หรือน่าจะเป็นของกลุ่มประชากรที่ศึกษา
2. ประเมินสถานการณ์ในปัจจุบันเกี่ยวกับความรู้ต่าง ๆ ที่เรามีอยู่เกี่ยวกับอนาคตที่เป็นไปได้แต่ละทาง
3. บ่งชี้ผลกระทบและผลต่อเนื่องที่เป็นไปได้ต่าง ๆ ของแต่ละอนาคต
4. ให้สัญญาณเตือนภัยล่วงหน้าเกี่ยวกับอนาคตที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้
5. เข้าใจเบื้องหลังของกระบวนการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ

ระยะเวลาของการศึกษาอนาคต

Comish (อ้างถึงในนาตยา ปิรันธนานนท์, 2526 : 59-60) ให้ข้อสังเกตว่านักอนาคตศาสตร์ตระหนักดีว่าปัญหาปัจจุบันเป็นผลผลิตมาจากอดีต และเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามกาลเวลาที่ผ่านพ้นมา ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากาลเวลาในปัจจุบันก็ยังเข้ามาเกี่ยวข้องกับอนาคต นักอนาคตศาสตร์จึงมักให้ความสนใจในช่วงเวลาจาก 5 ถึง 50 ปีข้างหน้า เพราะอนาคตระยะใกล้โดยเฉพาะที่น้อยกว่า 5 ปี มันเป็นอนาคตที่คนส่วนใหญ่ในปัจจุบันต้องเกี่ยวข้องอยู่แล้ว นอกจากนั้นเรามักไม่อาจเปลี่ยนแปลงอะไรได้มากนักโดยเฉพาะในสิ่งที่เราต้องเกี่ยวข้องด้วยในอนาคตอันใกล้ ทำให้เราไม่มีเวลาพอที่จะตัดสินใจทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งสำคัญต่าง ๆ ได้ ระยะ 50 ปีเป็นต้นไปก็มักถูกละเลย เพราะการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่ที่จะเกิดขึ้นได้อีกครึ่งศตวรรษข้างหน้านั้น ค่อนข้างยากที่เราจะตัดสินใจได้ในวันนี้ เราจึงไม่สามารถวางแผนอนาคตในอีก 50 ปีข้างหน้าได้ เพราะยังมีเหตุการณ์และปัจจัยหลายอย่างที่เราไม่ทราบและไม่อาจทำนายได้อยู่อีกมากที่อาจมีอิทธิพลต่อสิ่งที่เราพยายามจะทำ (นาตยา ปิรันธนานนท์, 2526 : 60-61)

Joseph (1974 : 178 อ้างถึงในนาตยา ปิรันธนานนท์, 2526 : 60-61) ได้แบ่งระยะเวลาของอนาคตออกเป็น 5 ระยะด้วยกัน คือ

1. ปัจจุบัน ตั้งแต่ปัจจุบันไปจนถึงปีหน้า
2. อนาคตระยะใกล้ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 ปี
3. อนาคตระยะกลาง ตั้งแต่ 5 ถึง 20 ปี

4. อนาคตระยะยาว ตั้งแต่ 20 ถึง 50 ปี
5. อนาคตระยะไกล ตั้งแต่ 50 ปี หรือมากกว่านั้นขึ้นไป

นอกจากนี้ Joseph ยังได้กล่าวถึงสิ่งสำคัญ 2 ประเด็นที่มีผลต่อแนวความคิดของนักอนาคตศาสตร์ คือ

1. โลกที่เราจะมีชีวิตอยู่ใน 5 ถึง 20 ปีข้างหน้า สามารถสร้างขึ้นได้จากการตัดสินใจ ตั้งแต่ปัจจุบันนี้ การตัดสินใจในปัจจุบันจะไม่ทำให้โลกในอีก 5 ปีข้างหน้ามีการเปลี่ยนแปลงไปมากนัก แต่มันอาจเปลี่ยนแปลงโลกที่เราจะไปมีชีวิตอยู่ในอีก 5 ถึง 10 ปีข้างหน้าได้นับจากปัจจุบันนี้ ข้อเท็จจริงนี้เป็นผลมาจากช่องว่างของเวลาระหว่างการตัดสินใจและผลกระทบ ในขั้นสุดท้าย

2. หลายสิ่งหลายอย่างสามารถทำได้ภายใน 20 ปี ตัวอย่างเช่น การเริ่มใช้ระเบิดนิวเคลียร์ใช้เวลาหลังจากที่ได้ตัดสินใจแล้วเพียง 4 ปี และการที่มนุษย์เดินทางไปเหยียบดวงจันทร์ก็ใช้เวลาเพียง 8 ปีเท่านั้น

จะเห็นว่าการศึกษาเรื่องอนาคตนั้น นักอนาคตศาสตร์นั้นที่ปรับปรุงคุณภาพของการตัดสินใจที่เพิ่งเริ่มทำในขณะนี้ การตัดสินใจในปัจจุบันเป็นการสร้างโลกในอนาคต

วิธีการทำนายอนาคต

วิธีการทำนายอนาคตมีหลายวิธี (นาตยา ปิลันธนานนท์, 2526 :135-151; พรชูลี อาชา อ่ำรุ่ง, 2537: 78-79) เทียนฉาย กิระนันท์, 2525 : 17-31) สรุปได้ดังนี้

1. Trend Extrapolation เป็นการศึกษาอนาคตจากแนวโน้มโดยการตรวจสอบอดีตที่เพิ่งผ่านมา ซึ่งอาจให้ร่องรอยที่จะศึกษาปัจจุบัน แล้วนำไปสู่สิ่งที่เราค้นหาในอนาคตได้ แนวโน้มจะเห็นได้ชัดเจนขึ้นเมื่อนำมาแสดงในรูปของกราฟ สามารถมองเห็นจริงได้โดยไม่ต้องใช้เครื่องวัด วิธีการนี้นิยมใช้ในทางสังคมศาสตร์

2. Delphi Technique เป็นการศึกษาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความคาดหวังเรื่องอนาคตจากบุคคลที่เราเห็นว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาใดวิชาหนึ่ง การใช้เทคนิคเดลฟายในการศึกษาทำให้เราเป็นอิสระที่จะสร้างอนาคตใหม่ ๆ ขึ้นได้ โดยไม่ต้องติดขัดอยู่ว่า แนวโน้มที่เป็นมาในอดีตและปัจจุบันจะเป็นสิ่งที่สร้างอนาคตเสมอไป เทคนิค เดลฟายได้นำไปใช้กันอย่างกว้างขวางในการพยากรณ์ด้านเทคโนโลยีการศึกษาและสาขาวิชาอื่น ผลที่ได้จากการใช้เทคนิคเดลฟายช่วยให้ง่ายต่อการตัดสินใจมากขึ้น เพราะสามารถนำไปทดแทนการตัดสินใจทางเลือกอื่น ๆ ได้

3. Matrix Forecasting หรือ Cross-Impact Matrix เป็นเทคนิคที่แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ อาจจะมีผลกระทบต่อกันและกันได้อย่างไร เป็นการแยกแยะอนาคตที่มีความซับซ้อนเป็นองค์ประกอบย่อย ๆ โดยแต่ละองค์ประกอบมีอิสระจากกัน และให้องค์ประกอบแต่ละอย่างหรือทางเลือกอนาคตแต่ละอย่าง มีการเปรียบเทียบกันและกันในลักษณะต่าง ๆ กัน และเป็นการช่วยให้เราได้เห็นความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกันระหว่าง 2 เหตุการณ์หรือ 2 สิ่ง

4. Futures Wheel เป็นเทคนิคการประเมินความคงที่ภายในของการพยากรณ์แนวโน้ม โดยเริ่มปัญหาที่ศูนย์กลางแล้วจากปัญหานี้จะนำไปเกิดสิ่งต่าง ๆ เชื่อมโยงออกไป

5. Simulation Technique เป็นการสร้างอนาคตจำลองหรือแบบจำลอง โดยเลียนแบบระบบของเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่ต้องการมุ่งประเด็นศึกษาโดยเฉพาะ และใช้พยากรณ์ความเป็นไปได้ของอนาคต เทคนิคนี้โดยปกติมักใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เข้ามาประกอบ

6. Scenario Technique เป็นการเขียนเรื่องราวเกี่ยวกับอนาคต เป็นแนวทางในการแสดงความคิดเห็นในเชิงสร้างสรรค์เกี่ยวกับอนาคตที่เป็นไปได้ และกระบวนการสร้าง scenario จะทำให้ผู้เขียนหรือผู้อ่านได้แนวทางในการตรวจสอบอนาคต และการตัดสินใจในแนวทางต่าง ๆ

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงเลือกใช้วิธี Delphi Technique เนื่องจากสามารถคาดการณ์อนาคตที่จะเกิดขึ้นอย่างอิสระโดยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับบริการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งจะไม่มีการเผชิญหน้ากันโดยตรง ทำให้ลดผลกระทบทางด้านความคิดเห็นระหว่างกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญด้วยกัน โดยใช้แบบสอบถามเพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่สอดคล้องต้องกันหรือฉันทามติ ในการนำมาสรุปข้อสรุปที่น่าเชื่อถือ

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเทคนิคเดลฟาย

ประวัติความเป็นมาของเทคนิคเดลฟาย

เดลฟาย (Delphi) เป็นชื่อวิหารอันศักดิ์สิทธิ์สมัยกรีกโบราณ ที่ผู้ให้ความนับถือศรัทธาไปขอคำทำนายมากที่สุด มีตำนานเล่าว่า เดิมวิหารแห่งนี้ เป็นที่สถิตของเทพธิดากาเอีย (Gaia) ที่มีมังกรชื่อ ไทพอส (Pythos) เป็นผู้คุ้มครอง ต่อมาเทพอพอลโล (Apollo) โอรสของเทพซีอุส (Zeus) และเทพริตาเลียโต (Leto) ซ่า่มังกรไทพอสและตั้งตนเป็นเจ้าของวิหาร แทนเทพอพอลโล มิใช่ได้รับคำเล่าลือเพียงเรื่องความสง่างามเท่านั้น หากแต่รวมถึงความสามารถ ในการทำนายเหตุการณ์ในอนาคตด้วย วิหารแห่งนี้ ตั้งอยู่ห่างจากกรุงเอเธนส์ไปทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือ 170 กิโลเมตรบนเนินเขาพามัสซัส (Mount Parnassus) จากจุดนี้ สามารถมองเห็น อ่าวคอริินท์ (Gulf Corinth) ได้ที่ตั้งอันสวยงามของวิหารแห่งนี้ ทำให้วิหารเดลฟายเป็นศูนย์กลาง การทำนายและเป็นพิพิธภัณฑสถานศิลปะที่มีค่ายิ่ง เนื่องจากเหตุการณ์ที่สำคัญทางประวัติศาสตร์ของกรีกถูกนำมา

จารึกเป็นภาพเขียนและสร้างเป็นปฏิมากรรมไว้ ณ วิหารนี้ ซึ่งผลงานทางศิลปะดังกล่าวเป็นของชาวอียิปต์ที่ผู้คนนำมามอบให้การทำนายอนาคตของเทพอพอลโลจะผ่านทางผู้หญิง ที่มีชื่อว่าพีเธีย (Pythia) โดยจะประกอบพิธีทำนายในห้องส่วนตัวภายในวิหารที่สร้างให้ควันสามารถทะลุได้ ควันจะเป็นตัวสื่อสารระหว่างเทพอพอลโลและพีเธีย เมื่อพีเธียได้รับควันจะอยู่ในอาการเนนิ่ง นักบวช (priest) จะเป็นผู้ทำหน้าที่ในการตีความคำพูดที่ทั้งสองเปล่งออกมาให้คนที่ไปขอรับคำทำนายได้เข้าใจ (Linstone, 1978)

จากตำนานตำนานของความมีชื่อเสียงในการทำนายดังกล่าวคำว่า “เดลฟาย” จึงถูกนำมาใช้เป็นชื่อของเทคนิคการรวบรวมความคิดเห็นหรือการตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เกี่ยวกับเหตุการณ์หรือแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยอาศัยความคิดเห็นที่สอดคล้องต้องกันของผู้เชี่ยวชาญ ในการนำมาซึ่งข้อสรุปที่น่าเชื่อถือ

เทคนิคเดลฟาย เป็นเทคนิคที่ได้รับการตั้งชื่อเมืองเดลฟาย ในประเทศกรีซและเริ่มขึ้นอย่างมีระบบในปี พ.ศ. 2495 โดยใช้ข้อมูลจากความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่ต้องการวิจัย แต่ได้ถูกปิดเป็นความลับมาถึง 10 ปี เนื่องจากทางกองทัพอากาศอเมริกาได้ใช้เทคนิคนี้ในการศึกษาและวิจัยสิ่งต่าง ๆ เพิ่งมาเปิดเผยครั้งแรกในปี พ.ศ. 2505 (เกษม บุญอ่อน, 2522) และได้รับการพัฒนาโดยนักวิจัยของบริษัทแรนด์ (Rand Corporation) ชื่อ โอลาฟ เฮลเมอร์ (Olaf Helmer) และนอร์แมน ดาลกี (Norman Dalkey) ได้เขียนบทความเรื่อง “An Experimental Application of the Delphi Method of the Use of Expert” ลงในวารสาร management Science ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 เดือนเมษายน พ.ศ. 2506 อันเป็นการกระจายเรื่องราวเกี่ยวกับเทคนิคเดลฟายออกไปอย่างกว้างขวาง (ประยูร ศรีประสาธน์, 2523) และได้รับความนิยมอย่างรวดเร็วในเวลาต่อมา

ความหมายของเทคนิคเดลฟาย

ประยูร ศรีประสาธน์ (2523 : 51) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายคือ ขบวนการที่จะเสาะหาความคิดเห็นที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มคน เกี่ยวกับความเป็นไปในอนาคตในเรื่องที่เกี่ยวกับเวลา ปริมาณ และ/หรือสภาพการณ์ที่ต้องการจะให้เป็นที่นี้โดยใช้วิธีการเสาะหาความคิดเห็นด้วยการใช้แบบสอบถามแทนการเรียกประชุม

ชนิษฐา วิทยาอนุมาส (2530 : 25) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นวิธีการรวบรวมคำตอบหรือความคิดเห็นที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่จะเป็นไปได้ในอนาคตโดยมุ่งลดผลกระทบทางด้านความคิดระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้วยกัน

จุมพล พูลภัทรชีวิน (2532 : 260) กล่าวว่า เดลฟายเป็นเทคนิคการวิจัยและการคาดการณ์อนาคต นอกจากนี้ยังเป็นเทคนิคการสื่อสารระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนได้รับข่าวสาร และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันโดยไม่มี การเผชิญหน้ากันโดยตรง เช่นเดียวกับการระดมสมอง (Brain Storming) หรือการประชุมกลุ่มแบบอื่น ๆ

อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน (2537 : 131) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เทคนิคเดลฟายคือ เทคนิคที่สกัดความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นเอกฉันท์เพื่อการตัดสินใจ เทคนิคเดลฟายเป็นการจัดกระทำเป็นกลุ่มโดยให้ข้อมูลย้อนกลับหลังจากการพิจารณาคำตอบเป็นข้อ ๆ เทคนิคเดลฟายช่วยให้ผู้ตอบได้ทบทวนคำตอบของตน และอาจแก้ไข คำตอบของตนหลังจากที่ได้ข้อมูลย้อนกลับ

Alex J. Ducanis (1970 อ้างถึงในชินนิษฐา วิทยาอนุมาส, 2530 : 25) ให้ความหมายเทคนิคเดลฟายไว้ว่าเป็นการทำนายเรื่องราวต่าง ๆ ที่จะเป็นไปได้ในอนาคต เทคนิคนี้หมายถึงที่จะลดผลกระทบหรืออิทธิพลจากบุคคลอื่นในกรณีที่ต้องมีการเผชิญหน้ากัน ขณะเดียวกันก็เป็นการลดผลกระทบทางด้านความคิดระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้วยกันด้วย

Robert C. Judd (1970 อ้างถึงในชินนิษฐา วิทยาอนุมาส, 2530 : 25) กล่าวถึงการวิจัยแบบเดลฟายว่า เมื่อใดก็ตามที่ต้องการคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หรือเมื่อใดก็ตามที่เห็นว่าความสอดคล้องต่อเนื่องกันระหว่างเป้าหมาย (Goal) และวัตถุประสงค์ (Objective) เป็นสิ่งที่สำคัญแล้ว เมื่อนั้นควรให้เทคนิคเดลฟาย และในด้านการศึกษานั้น เทคนิคเดลฟายยังอาจใช้ประโยชน์ในการหาค่านิยมที่สอดคล้องต้องกันในการประเมินผลสิ่งใด ๆ

Rasp Jr. (1973 : 29 อ้างถึงในประยูร ศรีประสาธน์, 2523 : 48) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นเทคนิคของการรวบรวม การพิจารณาตัดสินที่มุ่งเพื่อขณะจุดอ่อนของการตัดสินใจแต่เดิม ที่จำต้องขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะหรือความคิดเห็นของกลุ่มหรือมติที่ประชุม

Linstone and Turoff (1975 : 3) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่าเป็นวิธีการวางโครงสร้างกระบวนการติดต่อสื่อสารของกลุ่ม เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพโดยใช้กลุ่มบุคคลเพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อน

Delbecq, Van de Ven, Gustafson 1975, Linstone and Tuoff, 1975, Linstone, 1978) ได้ให้นิยามของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นกระบวนการที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างบุคคลในการรวบรวมข้อคิด การตัดสินใจ ต่อประเด็นปัญหาต่าง ๆ ผ่านทางแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็นลำดับ มีการสรุปข้อคิดเห็นและส่งกลับไปให้บุคคลนั้น ๆ ได้พิจารณา

ประยูร ศรีประสาธน์, 2523; ชนิตา รัชทรัพย์เมือง, 2531; ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์, 2535; จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2535 เทคนิคเดลฟาย คือ กระบวนการที่รวบรวมความคิดเห็นหรือการตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเกี่ยวกับอนาคตจากผู้เชี่ยวชาญโดยการที่ใช้แบบสอบถามนำมาสู่ข้อสรุปที่สอดคล้องต้องกัน

สรุป การวิจัยแบบเดลฟาย เป็นเทคนิคการวิจัยในอนาคตที่ใช้กระบวนการรวบรวมความคิดเห็นหรือการตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของผู้เชี่ยวชาญ โดยมุ่งลดผลกระทบทางด้านความคิดระหว่างกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญด้วยกัน ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนจะได้รับข้อมูลและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน โดยไม่มีการเผชิญหน้ากันโดยตรง โดยใช้แบบสอบถามเพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่สอดคล้องต้องกันหรือฉันทามติ ในการนำมาสู่ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือและจะช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทบทวนคำตอบของตน และอาจแก้ไขคำตอบของตนหลังจากที่ได้ข้อมูลย้อนกลับ

แนวคิดพื้นฐานของเทคนิคเดลฟาย

เทคนิคเดลฟาย มีแนวความคิดพื้นฐานมาจากภาษิตโบราณที่ว่า “สองหัวดีกว่าหัวเดียว” (two heads are better than one) (Penland, 1983-1984) หรือ “หลายหัวดีกว่าหัวเดียว” (several heads are better than one) (สิริมา รอดโพธิ์ทอง, 2532; Weaver 1971; Cocham, 1983) นั่นคือ การพิจารณาตัดสินใจของบุคคลใดบุคคลหนึ่งและกลุ่มบุคคลดังกล่าว ควรเป็นผู้ที่มีความรู้หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ซึ่งจะทำให้ผลการพิจารณามีความถูกต้อง น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

ข้อตกลงเบื้องต้นของเทคนิคเดลฟาย

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวนำมาสู่ข้อตกลงเบื้องต้นของเทคนิคเดลฟาย 2 ประการคือ

1. การตัดสินใจโดยกลุ่มบุคคล มีความตรงมากกว่าการตัดสินใจโดยคนเดียวและการตัดสินใจจะมีความตรงมากขึ้น ถ้าผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญในประเด็นนั้น ๆ (Murry and Hammons, 1995)

2. การตัดสินใจโดยกลุ่มบุคคล ทำให้มีความเที่ยงมากขึ้น และการไม่เผชิญหน้าระหว่างสมาชิกในกลุ่มสามารถลดผลกระทบจากอิทธิพลจากอคติและความคิดของกลุ่มได้ (Martorella, 1991; Murry and Hammons, 1995)

สรุปได้ว่า การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิคเดลฟายมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมฉันทามติหรือความคิดเห็นที่สอดคล้องต้องกันในเรื่องใดเรื่องหนึ่งของผู้เชี่ยวชาญโดยอาศัยหลักการการไม่

เผชิญหน้าระหว่างผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้เพื่อเป็นการจัดอิทธิพลหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากกลุ่มหรืออิทธิพลจากลักษณะเด่นของผู้เชี่ยวชาญที่อาจส่งผลต่อความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น (Spitzer, 1975; Murry and Hammons, 1995) จากหลักการดังกล่าว เทคนิคเดลฟายจึงใช้วิธีการให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นผ่านแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้ถกเถียงความคิดเห็นอย่างรอบคอบตลอดจนเพื่อสร้างคำตอบให้มีฉันทามติเร็วขึ้น ผู้วิจัยจะแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านและภาพรวมของความคิดเห็นจากกลุ่มในแต่ละข้อของแบบสอบถาม ด้วยค่าสถิติการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (Central Tendency) เช่น ฐานนิยม (Mode) มัธยฐาน (Median) พิสัยควอไทล์ (ประยูร ศรีประสาธน์, 2523; ขนิษฐา วิทยานุมาส, 2531; ชนิตา วิทยานุมาส, 2531; ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2531; Martorella, 1991, 1991; Cocham, 1983; Murry and Hammons, 1995) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาว่า จะคงคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบให้เป็นไปตามภาพรวมของความคิดเห็นกลุ่ม

จากลักษณะของเทคนิคเดลฟายดังกล่าวมาแล้ว ปัจจุบันได้มีการนำเทคนิคนี้ไปใช้ในการรวบรวมคำตอบหรือความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะการนำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) (Murry and Hammons, 1995)

ส่วนประกอบที่สำคัญในเทคนิคเดลฟาย

1. ลักษณะของเรื่องที่จะศึกษา

เรื่องที่จะนำมาศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟายควรเป็นเรื่องที่จะนำไปสู่การวางนโยบายหรือคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงการกำหนดทางเลือกต่าง ๆ หรือเป็นประเด็นที่มุ่งศึกษาความคิดที่สอดคล้องต้องกันเพื่อนำมาแก้ปัญหาที่สลับซับซ้อนทั้งในเชิงโครงสร้างและการปฏิบัติงาน ตลอดจนศึกษาความสอดคล้องต่อเนืองกันระหว่างเป้าหมาย (goal) และวัตถุประสงค์ (objective) ของสิ่งต่าง ๆ เพื่อรับรู้สภาพการณ์ปัจจุบัน (perception of current situation) ซึ่งจะนำมาสู่การสรุปเป็นหลักการและแนวคิดร่วมกัน (ขนิษฐา วิทยานุมาส, 2531; ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2535) ดังนั้นประเด็นปัญหาที่นำมาศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟายจึงควรเป็นปัญหาในเชิงคุณภาพซึ่งไม่อาจหาคำตอบได้โดยอาศัยวิธีการเชิงสถิติ

2. ผู้เชี่ยวชาญ

เนื่องจากเทคนิคเดลฟายเป็นการรวบรวมความคิดเห็นที่สอดคล้องต่อกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ดังนั้นผลการวิจัยจะมีความถูกต้องน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญเป็นสำคัญ ผู้วิจัยจึงควรเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถในเรื่องนั้น ๆ อย่างแท้จริงหรือเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบ มีประสบการณ์ในประเด็นที่ศึกษา (Murry and Hammons, 1995) นอกจากนี้ ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์ (2535) เพิ่มเติมว่าผู้เชี่ยวชาญนอกจากจะมีความรู้ความสามารถในประเด็นที่ศึกษาแล้ว ควรเป็นผู้ที่สามารถอุทิศเวลาและเห็นความสำคัญของเรื่องที่ศึกษาวิจัยด้วย

จำนวนผู้เชี่ยวชาญ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญ ที่ต้องกำหนดให้เหมาะสม parente and Anderson Parente (1987 quoted in Murry and Hammons, 1995) กล่าวว่า ไม่มีการจำกัดจำนวนสูงสุดของผู้เชี่ยวชาญ นักวิจัยจะกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้ความเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรเท่านั้น แต่อย่างน้อยที่สุด ในรอบสุดท้าย ควรจะมีผู้เชี่ยวชาญ 10 คน Cochran (1983) พบว่า เมื่อขนาดของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้นจาก 1 – 12 คน ความคลาดเคลื่อนจะลดลงอย่างรวดเร็วและถ้าเพิ่มกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมากกว่า 12 คน ความคลาดเคลื่อนก็ยังคงลดลงแต่ลดลงจากเดิมเพียงเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามเขาเชื่อว่า การเพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญจะทำให้ผลที่น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น Van de Ven, Gustafson (1975; quoted in Murry and Hammons, 1995) แนะนำว่าถ้ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นเอกพันธ์ ควรใช้ผู้เชี่ยวชาญประมาณ 30 คน นอกจากนี้ ชนิตา รัชพัลเมือง (2531) ได้กล่าวถึงการกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญไว้ว่า หากผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นเอกพันธ์อาจใช้เพียง 10 – 15 คน และหากผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นวิวิธพันธ์อาจต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Macmillan (1971) พบว่า หากจำนวนผู้เชี่ยวชาญมีตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนจะมีน้อยมากจนคงที่ ดังตาราง

ตาราง แสดงการลดลงของความคลาดเคลื่อนและจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ

จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ (panel size)	การลดลงของความคลาดเคลื่อน (error reduction)	การเปลี่ยนแปลงสุทธิ (net change)
1 – 5	1.20 – 0.70	0.50
5 – 9	0.70 – 0.58	0.12
9 – 13	0.58 – 0.54	0.04
13 – 17	0.54 – 0.50	0.04
17 – 21	0.50 – 0.48	0.02

21 – 25	0.48 – 0.46	0.02
25 – 29	0.46 – 0.44	0.02

ที่มา Macmillan The Delphi Techniques, 1971 อ้างใน เกษม บุญอ่อน เดลฟาย เทคนิคในการวิจัย, 2522

นอกจากนี้เมื่อกำหนดได้ว่า บุคคลใดเป็นผู้เชี่ยวชาญในประเด็นที่ศึกษาแล้วต้องมีการเชิญบุคคลนั้นโดยตรง การเชิญอาจเป็นด้วยจดหมายหรือทางโทรศัพท์ก็ได้ โดยผู้วิจัยต้อง อธิบายหัวข้อการวิจัย ประเด็นปัญหาวิจัย เวลาที่เริ่มศึกษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาระหน้าที่ ที่ท่านต้องปฏิบัติ รวมถึงขอความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยด้วย (Murry and Hammons, 1995)

แบบสอบถาม

หัวใจสำคัญของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายอีกประการหนึ่งคือแบบถาม ซึ่งจำเป็นต้องมีหลายชุดเนื่องจากต้องใช้ความคิดเห็นที่มั่นใจแน่นอนของผู้เชี่ยวชาญ จึงต้องมีการสอบถามซ้ำหลายครั้ง

ในขั้นแรกผู้วิจัยจะต้องกำหนดกรอบ (Frame) ของการวิจัย เนื่องจากประเด็นปัญหาที่ศึกษาเป็นประเด็นเชิงคุณลักษณะซึ่งมีขอบข่ายกว้างขวาง การกำหนดกรอบของการวิจัยจะทำให้เห็นภาพของการวิจัยได้ชัดเจนขึ้น กรอบของการวิจัยอาจได้มาจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องหรือจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่าน เมื่อได้กรอบของการวิจัยแล้วจึงนำมาสร้างแบบสอบถามรอบแรก ซึ่งจะเป็นคำถามกว้าง ๆ เกี่ยวกับประเด็นปัญหาของการวิจัย คำถามในรอบแรกนี้มักจะเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางภายในกรอบที่กำหนด แบบสอบถามรอบแรกจะเลือกใช้วิธีการตอบได้โดยลักษณะสัมภาษณ์หรือส่งทางไปรษณีย์หรือการทำประชุมทางไกล การตอบของผู้เชี่ยวชาญอาจจะประกอบด้วยความคิดเห็น ข้อวิจารณ์ ข้อโต้แย้งโดยผ่านระบบสื่อสารทางเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ เช่น ระบบคอมพิวเตอร์ (Tele conferencing) เป็นต้น ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในรอบแรกผู้วิจัยจะรวบรวมเป็นข้อกระทง ในแบบถามรอบที่ 2

แบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นขั้นตอนที่สำคัญและยากที่สุดของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย ผู้วิจัยจะต้องนำข้อมูลที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญทุกคนในแบบถามปลายเปิดในรอบแรกเข้าด้วยกัน ตัดทอนข้อความที่ซ้ำกันหรือตัดส่วนที่เกินไปจากกรอบของการวิจัยที่กำหนดไว้ออกไป ในการรวมข้อความเข้าด้วยกันนี้ ผู้วิจัยอาจหาถ้อยคำที่ครอบคลุมข้อความทั้งหมดได้ แต่ทั้งนี้จะต้องคงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ด้วย ข้อความที่รวบรวมมานี้จะถูกนำมาเป็นข้อกระทง ในลักษณะ

มาตราประเมินค่า ซึ่งอาจเป็นสเกลตั้งแต่ 1-5 หรือ 1-6 หรือ 1-7 แล้วแต่ความเหมาะสม การประเมินค่าในแบบถมรอบนี้จะเน้นการจัดลำดับความสำคัญหรือความเป็นไปได้ ของเหตุการณ์นั้น ๆ จะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย ข้อความในแบบถมรอบนี้จะต้องชัดเจน และผู้ตอบแต่ละคนจะต้องเข้าใจตรงกันในคำถามหรือข้อความเดียวกัน

แบบถมรอบที่ 3 โดยปกติจะประกอบด้วยประโยคหรือข้อความเหมือนแบบถมรอบที่ 2 แต่มีการเพิ่มการรายงานให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่ม โดยแสดงตำแหน่งของฐานนิยม (Mode) หรือมัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ของแต่ละข้อความ รวมทั้งตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญคนนั้น ๆ ตอบในแบบถมรอบที่ 2 ทั้งนี้เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความเหมือนหรือความแตกต่างของคำตอบของตนเมื่อเทียบกับคำตอบของกลุ่ม จะได้ทบทวนคำตอบของตนในรอบที่ 3 นี้ โดยอาจเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนให้เข้ามาอยู่ในพิสัยระหว่างควอไทล์หรือยืนยันคำตอบเดิมของตนแต่หากคำตอบเดิมอยู่นอกพิสัยระหว่างควอไทล์ ผู้เชี่ยวชาญ ที่ให้คำตอบจะต้องแสดงเหตุผลประกอบด้วย

แบบถมรอบที่ 4 ลักษณะเช่นเดียวกับแบบถมรอบที่ 3

ในด้านจำนวนรอบของแบบถมตามเทคนิคเดลฟายว่า การส่งแบบถมตั้งแต่ 2-4 รอบก็เพียงพอที่จะหาความเห็นที่สอดคล้องกันที่จะนำมาพยากรณ์ได้ (Martino 1983 : 18-24) โดยทั่วไปนิยมใช้แบบถมเพียง 2-3 รอบ และในบางกรณีผู้วิจัยอาจไม่เริ่มทำการวิจัยจากแบบถมปลายเปิด แต่จะเริ่มด้วยการให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ค่ากับความสำคัญของข้อความในลักษณะมาตราประเมินค่า สำหรับการกำหนดว่าควรมีแบบถมรอบที่ 3 หรือ 4 หรือไม่นั้น ควรพิจารณาพิสัยระหว่างควอไทล์ประกอบด้วยหากพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากกว่าคือ พิสัยระหว่างควอไทล์แคบมาก อาจยุติกระบวนการวิจัยลงได้ (สมบุญรัตน์ ต้นยะ, 2524) อ้างถึงใน กรรณิกา เจริญชัย, 2529) อย่างไรก็ตามเท่าที่ผ่านมาพบว่า จะมีความแตกต่างกันน้อยมากในความคิดเห็นที่ได้จากรอบที่ 3 และรอบที่ 4 จึงตัดแบบถมรอบที่ 4 ออก และเสนอผลการวิจัยจากคำตอบที่ได้ในรอบที่ 3 (ชนิษฐา วิทยาอนุมาส, 2530: 30)

ผู้วิจัย

ผู้วิจัยต้องมีความรอบคอบถี่ถ้วนในการวิเคราะห์คำตอบในแต่ละรอบและให้ความสำคัญต่อคำตอบที่ได้เท่าเทียมกัน โดยวางตัวเป็นกลาง ไม่มีความลำเอียงหรือนำความคิดเห็นส่วนตัวเข้าไปพิจารณาร่วมด้วยเพราะอาจส่งผลให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อนได้ นอกจากนี้ในกรณีที่ไม่ได้ส่ง

แบบสอบถามทางไปรษณีย์ ผู้วิจัยต้องมีความอดทนและบางครั้งต้องใช้หลักมนุษยสัมพันธ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลครบตามต้องการ (ชนิษฐา วิทยา อนุมาศ, 2531)

เวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละรอบ ผู้วิจัยต้องกำหนดเวลาให้พอเหมาะ ไม่เร่งรัดและไม่เว้นระยะนานเกินไป เพราะการเว้นระยะนานเกินไป อาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญอาจขาดความต่อเนื่องทางความคิด เสียเวลาในการทบทวน ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย จากการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อการไม่ตอบกลับแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ ของเจษฎา กิตติสุนทร (2536) พบว่ากลุ่มที่กำหนดวันที่ภายใน 7 วัน จะมีอัตราการตอบกลับสูงกว่ากลุ่มที่ไม่กำหนดวันส่งกลับ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Navin and Ford (1976) ที่พบว่าอัตราการตอบกลับจะมากในช่วง 7 วัน เพราะฉะนั้น อาจกล่าวได้ว่าเวลา 7 วัน หลังจากส่งแบบสอบถามเป็นเวลามาตรฐานที่เหมาะสมสำหรับการกำหนดวันตอบกลับแบบสอบถาม

ในด้านการเตือน และการติดตามการตอบกลับแบบสอบถาม จากการศึกษาของ กอบแก้ว ภูติธนารักษ์ (2537) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเตือนและการติดตามด้วยโทรศัพท์มีอัตราการตอบกลับแบบสอบถามสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตือนและการติดตามด้วยการัดและไปรษณีย์บัตรซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Heberlein and Baumgartner (1978) ที่พบว่า การเตือนและการติดตามทางโทรศัพท์เป็นการเพิ่มอัตราการตอบกลับแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ได้ประมาณร้อยละ 6 – 9 เพราะสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ตอบได้ด้วยการทักทาย น้ำเสียง ตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจได้ ส่งผลให้ผู้ตอบกระตือรือร้นและมีทัศนคติที่ดีต่องานวิจัย

นอกจากนี้จากการศึกษาของ กอบแก้ว ภูติธนารักษ์ (2537) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการติดตาม 2 ครั้ง มีอัตราการตอบกลับสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการติดตาม 1 ครั้ง และกลุ่มที่ไม่มีการติดตาม

จำนวนรอบที่เหมาะสม

จำนวนที่เหมาะสมของเทคนิคเดลฟาย ขึ้นอยู่กับการได้ข้อสรุปที่มีฉันทามติ หรือจนกว่าสามารถให้เหตุผลได้ว่าทำไมจึงไม่สามารถได้ข้อสรุปที่มีฉันทามติ โดยปกติการรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิคเดลฟาย อย่างน้อยที่สุดจะต้องใช้ 2 รอบ แต่ไม่เกิน 4 รอบ (Murry and Hammons, 1995)

การรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่การติดต่อขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญให้เข้าร่วมการวิจัย โดยขอความร่วมมือให้ตอบแบบถามทุกรอบ เนื่องจากการวิจัยแบบเดลฟายต้องอาศัยการตอบ

แบบสอบถามซ้ำหลายรอบ จึงมักเกิดปัญหาในการรวบรวมข้อมูล ในแบบสอบถามที่ 2 และรอบต่อไป จากการสังเกตผลการวิจัยที่ผ่านมาจะพบว่า ในบางกรณีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถามในแต่ละรอบมีจำนวนลดลงตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีข้อพึงระวังอีกประการหนึ่งสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลกล่าวคือ การเว้นช่วงระยะเวลาการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบก็มีความสำคัญมาก จากการวิจัยของ Waldron พบว่า การส่งแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ในเวลาที่แตกต่างกันจะมีผลกระทำให้เกิดความแตกต่างกันในคำตอบที่จะได้รับ

(Weatherman and Swenson, 1974 อ้างถึงใน กรรณิกา เจิมเทียนชัย, 2529) ด้วยเหตุนี้การเว้นระยะแต่ละรอบนานเกินไป อาจทำให้ขาดความต่อเนื่องในความคิดผู้ตอบอาจลืมเหตุผลในการตอบแบบสอบถามรอบก่อนหน้านั้น หรืออาจเกิดเหตุการณ์บางอย่างที่ทำให้เกิดความไม่แน่ใจในคำตอบ หรือแม้แต่อาจทำให้ขาดความสนใจที่จะตอบแบบสอบถาม ดังนั้นผู้วิจัยจะต้องพยายามหาวิธีการที่จะได้ความร่วมมือและความสนใจที่จะตอบแบบสอบถามให้ครบทุกรอบ การที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีจำนวนลดลงในการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบ และการเว้นระยะการตอบนานเกินไป จนเกิดความไม่แน่นอนในคำตอบแต่ละครั้ง อาจส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์ข้อมูลได้ ทั้งนี้เนื่องจากสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบรอบที่ 2 และ 3 คือ สถิติเกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (Central Tendency) อันได้แก่ ฐานนิยม (Mode) มัชฌิมฐาน (Median) หรือค่าเฉลี่ย (Mean) เพื่อแสดงตำแหน่งของความคิดเห็น (เกษม บุญอ่อน, 2522 : 27) หากจำนวนผู้ตอบในแต่ละรอบลดลงเป็นจำนวนมาก อาจทำให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนไปได้

อนึ่ง มีข้อสังเกตสำหรับการกำหนดสถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล กล่าวคือผู้วิจัยจะต้องเลือกให้เหมาะสม หากเป็นกรณีที่เป็นการแสดงความคิดเห็นในเรื่องเวลาหรือปริมาณควรใช้ค่ามัชฌิมฐาน สำหรับกรณีที่จะทำนายเวลา ปริมาณ หรือสถานการณ์ในอนาคตมักใช้ฐานนิยม ส่วนค่าเฉลี่ยอาจไม่เหมาะสมเนื่องจากมาตราที่ใช้คำถามมีเพียงเล็กน้อย (เกษม บุญอ่อน, 2522 : 27)

นอกจากสถิติเกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางดังกล่าวแล้ว การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายยังใช้ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) เพื่อพิจารณาการกระจายของความคิดเห็น หากข้อความใดที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้าง คือมากกว่า 1.5 แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่างกันมาก ข้อความใดที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แคบตั้งแต่ 1.50 ลงมา แสดงถึงความสอดคล้องกันของความคิดเห็น ซึ่งอาจนำข้อความนั้นมาเป็นข้อสรุปของการวิจัยได้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยควรพิจารณาและให้ความสำคัญแก่ข้อความที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้างบางกรณีอาจเป็นข้อความที่มีประโยชน์หรือเป็นการเตือนล่วงหน้าถึงประเด็นความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน ทั้งนี้การวิเคราะห์จะต้องพิจารณาถึงเหตุผลของคำตอบ

ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้ระบุไว้ประกอบกันด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลจึงควรแยกการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็น ความเห็นที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกัน

ข้อดีของเทคนิคเดลฟาย

จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า เทคนิคเดลฟายมีข้อดีหลายประการ ดังนี้

1. สามารถรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากได้อย่างกว้างขวางโดยไม่ต้องจัดการประชุม ลดข้อจำกัดด้านสภาพภูมิศาสตร์ในการเดินทาง ทำให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย (ประยูร ศรีประสาธน์, 2523; ขนิษฐา วิทยาอนุมาส, 2531; ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2531; ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์, 2535)

2. คำตอบที่ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความน่าเชื่อถือ เพราะผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ไม่ถูกครอบงำทางความคิด (Murry and Hammons, 1995; ประยูร ศรีประสาธน์, 2523; ขนิษฐา วิทยาอนุมาส, 2531; ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2531; ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์, 2535)

3. ข้อสรุปที่ได้จากเทคนิคเดลฟาย ผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบหลายขั้นตอน ทำให้คำตอบที่ได้มีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น (Murry and Hammons, 1995; ขนิษฐา วิทยาอนุมาส, 2531; ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2531; ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์, 2535)

4. เป็นเทคนิคที่มีขั้นตอนการดำเนินการที่ไม่ซ้ำซ้อนจนเกินไป ให้ผลอย่างมีประสิทธิภาพ (ขนิษฐา วิทยาอนุมาส, 2531; ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์, 2535)

5. สามารถทราบลำดับความสำคัญของข้อมูลและเหตุผลในการตอบรวมทั้งความสอดคล้องของความคิดเห็นของกลุ่มได้เป็นอย่างดี

6. ความสอดคล้องของคำตอบของกลุ่มอธิบายได้ด้วยสถิติ (Cochran 1983; Murry and Hammons, 1995)

อย่างไรก็ตามเทคนิคเดลฟาย ก็มีข้อจำกัดที่พึงระวังในการนำไปใช้หลายประการดังนี้

ข้อจำกัดของเทคนิคเดลฟาย

1. การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ ต้องเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ตลอดจนเห็นความสำคัญและยินดีที่จะให้ความร่วมมือในเรื่องที่ศึกษาอย่างแท้จริง จึงจะทำให้ข้อมูลที่ได้น่าเชื่อถือ (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2531; สุวารีย์ รวบทองศรี, 2533; ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์, 2535; จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2535; Phi Delta Kappa, 1984; Murry and Hammons, 1995)

2. การใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามปลายเปิดมากเกินไปและการตอบแบบสอบถามหลาย ๆ รอบ เพื่อเป็นการกลั่นกรองความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ แม้เป็นวิธีการที่ดีแต่ก็ทำให้ผู้เชี่ยวชาญรู้สึกถูกรบกวนมากเกินไป และไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามรอบต่อไป (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2531; ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์, 2535; จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2535; Phi Delta Kappa, 1984)

3. การปิดกั้นมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ โดยการจำกัดกรอบความคิดผู้เชี่ยวชาญให้อยู่ภายในกรอบความคิดที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเท่านั้น (Phi Delta Kappa, 1984)

4. ผู้วิจัยขาดความรอบคอบหรือมีความลำเอียงในการพิจารณาวิเคราะห์คำตอบที่ได้ในแต่ละรอบ (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2531; สุวารี รวบทองศรี, 2533; ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์, 2535; จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2535)

5. แบบสอบถามที่ส่งไปสูญหายระหว่างหรือไม่ได้รับคำตอบกลับมาครบในแต่ละรอบ (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2531; สุวารี รวบทองศรี, 2533; ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์, 2535; จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2535)

6. การกำหนดระยะเวลาของการทำนายเหตุการณ์ในอนาคต ไม่ควรกำหนดในระยะที่ใกล้หรือไกลเกินไป เพราะอาจทำให้ข้อมูลที่ได้มีความคลาดเคลื่อนได้ จุมพล พูลภัทรชีวิน (2529) เสนอแนะว่า ระยะเวลาที่เหมาะสมในการศึกษาอนาคตนั้น นิยมศึกษาในช่วง 10 – 15 ปี ไปจนถึง 20 – 25 ปี

7. ผลการวิจัยเป็นความรู้สึก (Intuition) (science) (Cypert and Gant, 1971; Weaver, 1971; Phi Delta Kappa, 1984)

จากข้อจำกัดของเทคนิคเดลฟายดังกล่าว ถ้าเราพิจารณานำเทคนิคเดลฟายไปใช้อย่างเหมาะสมแล้วก็จะสามารถลดข้อจำกัดและช่วยให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ จะเห็นได้ว่า การวิจัยเรื่อง อนาคตภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ ในปี 2546 – 2556 เหมาะสมที่จะใช้กระบวนการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย เนื่องจากเป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับ บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ โดยอาศัยความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สภาการพยาบาล (ทัศนาศ บุญทอง และคณะ, 2542) ได้ดำเนินการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล ที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพทั้งในระดับ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแต่ละระดับของสถานบริการสุขภาพให้บริการพยาบาลตามลักษณะ

งานที่แตกต่างกัน คือ พยาบาลในระดับปฐมภูมิทั้งที่สถานีอนามัย /ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลชุมชน ให้บริการครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ตรวจวินิจฉัย และให้การรักษารักษาขั้นต้นในปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน และในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการตัดสินใจส่งต่อ นอกจากนี้ยังต้องดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแล การฟื้นฟูสภาพ ป้องกันความพิการ หรือปัญหาแทรกซ้อนอีกทั้งเป็นผู้นำชุมชนในการควบคุมป้องกันปัญหาการระบาดของโรค และจัดตั้งเครือข่ายชุมชนเพื่อสุขภาพและพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนต้องให้การรักษาที่นอกเหนือจะเบียดกระหรงสาธารณสุขกำหนดสูงสุด และต้องทำการรักษาเกินความรู้ความสามารถ พยาบาลขาดที่ปรึกษาและแหล่งประโยชน์ทางวิชาการ ความรู้ไม่เพียงพอ ดังนั้นระบบบริการการพยาบาลที่เป็นอยู่นี้จึงยากที่จะตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุม ทั่วถึง มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า

ระบบบริการสุขภาพที่ดี ต้องยึดประชาชนหรือผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ความต้องการของประชาชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการวางนโยบาย วางระบบ และวางวิธีในการปฏิบัติกิจกรรมระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันครอบคลุมงานบริการทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ โดยมีบุคลากรทางสุขภาพหลายวิชาชีพร่วมปฏิบัติงาน พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุดและปฏิบัติงานในทุกระดับของงานบริการ การหาทิศทางในการปรับระบบบริการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย ซึ่งจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนไปในอนาคต จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาความต้องการของประชาชนที่มีต่องานบริการการพยาบาลในสังคมไทยด้วย

การศึกษาค้นคว้าความต้องการของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพและบริการพยาบาลในสังคมไทย ทศนา บุญทองและคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่มาใช้บริการ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการจำนวน 300 คน โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi structure interview questionnaire) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และนำเสนอโดยใช้สถิติร้อยละ จากการศึกษาความต้องการของประชาชนที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน จากสถานบริการซึ่งได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างครอบคลุมทั้ง 4 ภูมิภาค พบว่า เมื่อมีปัญหาความเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น ประชาชน ร้อยละ 61.11 เลือกใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาล ประชาชนเห็นว่าคุณภาพงานบริการที่โรงพยาบาล ชุมชนอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 48.89 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 31.11 อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 20.00 ปัญหาที่ประชาชนประสบมากที่สุด ร้อยละ 42.86 เป็นปัญหาเกี่ยวกับการมีโอกาสน้อยในการซักถามรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รองลงมาคือการบริการที่ล่าช้า รอนาน งานบริการที่ประชาชนได้รับจากบุคลากรพยาบาลโดยตรง ร้อยละ 22.99 เป็นบริการเกี่ยวกับการซักประวัติ และการรักษาโรคเบื้องต้น ร้อยละ 21.84 เป็นบริการเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา และความรู้

เกี่ยวกับสุขภาพ ร้อยละ 16.67 เป็นการประเมินติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 15.51 เป็นการกระทำกิจกรรมตามแผนการรักษา ร้อยละ 12.07 เป็นการอำนวยความสะดวก ร้อยละ 10.92 เป็นการให้กำลังใจ สำหรับบริการที่ประชาชนต้องการได้แก่ การตรวจรักษาที่มีประสิทธิภาพ ต้องการให้มีการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และต้องการความเสมอภาคในงานบริการที่จัดให้

Sobel et.al. (2001) ศึกษาการประเมินผลการให้บริการทางด้านจิตเวชในผู้ป่วยเด็ก โดยใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์บิดามารดาเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า บิดามารดาที่พาผู้ป่วยเด็ก มาใช้บริการเกือบทั้งหมดมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในระหว่างที่มารับบริการ รวมทั้งผลการรักษาที่ดีขึ้นหลังการได้รับการรักษา

Venning et.al. (2000) ศึกษาประสิทธิภาพของการดูแลระหว่างผู้ให้เวชปฏิบัติทั่วไปและพยาบาลเวชปฏิบัติในการให้การดูแลครั้งแรกที่หน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าไม่มีความแตกต่างในเรื่องราคาในการให้บริการของทั้ง 2 กลุ่ม แต่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากพยาบาลเวชปฏิบัติมากกว่าเวชปฏิบัติทั่วไป และการให้บริการด้านการปรึกษาใช้ระยะเวลาที่นานกว่า

Wash et.al. (2001) ศึกษาเรื่องการลดความรุนแรงในการเจ็บป่วยทางจิตระหว่างกลุ่มที่ใช้การจัดการรายกรณี (case management) และการใช้มาตรฐานการดูแล พบว่าไม่มีความแตกต่างในการลดความรุนแรงในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตระหว่าง 2 กลุ่ม

จากแนวคิดและผลการศึกษาที่ผู้วิจัยได้นำเสนอมาทั้งหมดนี้ล้วนเป็นเหตุผลที่สำคัญที่จะศึกษาการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพและการปฏิรูประบบบริการพยาบาลในอนาคต ผู้วิจัยได้สรุปเป็นกรอบแนวคิด ดังต่อไปนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ที่มุ่งศึกษาถึงการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 เพื่อสามารถให้บริการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการและประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในอนาคต การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) มีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 การกำหนดกรอบแนวคิดของการวิจัย ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) กำหนดประเด็นที่จะศึกษา โดยทบทวน หนังสือ เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ
- 2) การหาข้อมูลเพิ่มเติม เป็นการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมในการกำหนดกรอบแนวคิด เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ดังนี้

2.1 การคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ได้แนวทางการศึกษาที่สอดคล้องและมีความเหมาะสมกับบริบทของการปฏิรูปสุขภาพในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน ที่เกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและ/หรือการบริการระดับปฐมภูมิ ในฐานะ ผู้ที่มีส่วนในการวาง/กำหนดนโยบาย ผู้บริหารและนักวิชาการ

2.2 ขั้นตอนการสัมภาษณ์

ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้การติดต่อส่วนบุคคลก่อนเพื่อให้ผู้ให้สัมภาษณ์มีความพร้อม และยินดีที่จะให้สัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ใช้เวลา 1 ชั่วโมง สำหรับสถานที่สัมภาษณ์ ผู้ให้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กำหนดเพื่อความสะดวกและความพร้อมของผู้ให้สัมภาษณ์ ส่วนวิธีการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยการแนะนำตัวและติดต่อล่วงหน้าทางโทรศัพท์ และขออนุญาตสัมภาษณ์พร้อมกับบันทึกเทป เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเรียงข้อมูลย้อนกลับเป็นการทบทวน แก่ผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบว่าผู้วิจัยมีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกับผู้ให้สัมภาษณ์ หลังจากนั้นได้ทำการถอดเทปคำสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้ และจัดหมวดหมู่ในแต่ละด้าน

ผลการศึกษาที่ได้ในขั้นที่ 1 ผู้วิจัยนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นในการสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 เกี่ยวกับการบริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชระดับปฐมภูมิ (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

ขั้นที่ 2 ศึกษาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิในปี พ.ศ. 2553 โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงอนาคตด้วยเทคนิคเดลฟาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้คือ

1.1 ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและ/หรือการบริการระดับปฐมภูมิ ในฐานะผู้ที่มีส่วนในการวาง/กำหนดนโยบาย ผู้บริหารและนักวิชาการ

1.2 ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ประเมินภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิปี 2553 ที่เกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและ/หรือการบริการระดับปฐมภูมิ ในฐานะผู้ที่มีส่วนในการวาง/กำหนดนโยบาย ผู้บริหารและนักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกรรมการวุฒิบัตรของสภาการพยาบาลในสาขาที่เกี่ยวข้อง

2. กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มตัวอย่างของผู้เชี่ยวชาญด้วยวิธีการสุ่มแบบสนองวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

2.1 ผู้ทรงคุณวุฒิ

2.1.1 เป็นผู้อำนวยการวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้แทนที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้เกิดการพยาบาลระดับปฐมภูมิ จำนวน 1 ท่าน

2.1.2 นักวิชาการที่มีผลงานทางด้านการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ จำนวน 1 ท่าน

2.1.3 ผู้บริหารระดับกรมสุขภาพจิตที่วางนโยบายเกี่ยวกับงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน

2.1.4 แพทย์ที่มีประสบการณ์และเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินงานเกี่ยวกับการบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 1 ท่าน

อย่างไรก็ตามเมื่อผู้วิจัยได้ติดต่อเพื่อทำการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่าน พบว่าท่านผู้อำนวยการวิชาชีพการพยาบาลติดภารกิจในช่วงระยะเวลาที่จะดำเนินการสัมภาษณ์เป็นระยะเวลาติดต่อกัน จึงไม่ได้ติดต่อกลับเพื่อสัมภาษณ์ ส่วนนักวิชาการที่มีผลงานด้านการพยาบาลระดับปริญญาก็เช่นกันติดภารกิจอื่นไม่สามารถให้คำสัมภาษณ์ได้ แต่ท่านได้กรุณาให้คำแนะนำและอนุญาตให้ใช้เอกสารเกี่ยวกับการบริการระดับปริญญามิที่ท่านได้เรียบเรียงไว้มาประกอบในการสร้างกรอบแนวคิดแทนการสัมภาษณ์ โดยสรุปในการวิจัยครั้งนี้จึงมีผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับการสัมภาษณ์เพียง 2 ท่าน

2.2 ผู้เชี่ยวชาญ

2.2.1. เป็นอนุกรรมการฝึกอบรมการสอบความรู้ความชำนาญของสภาการพยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 6 ท่าน สาขาการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน สาขาการพยาบาลมารดา-ทารก จำนวน 1 ท่าน สาขาการพยาบาลเด็ก จำนวน 1 ท่าน รวม 9 ท่าน

2.2.2 ผู้บริหารในกรมสุขภาพจิตที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน

2.2.3 ผู้อำนวยการวิชาชีพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ นายกสมาคม พยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย 1 ท่านและอุปนายกสมาคมอีก 1 ท่าน รวม 2 ท่าน

2.2.4 ผู้บริหารที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปริญญามิ จำนวน 2 ท่าน

2.2.5 ผู้บริหารการพยาบาลของหน่วยงานที่มีการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปริญญามิ จำนวน 2 ท่าน

2.2.6 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน

2.2.7 นักวิชาการที่มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการบริการระดับปริญญามิ จำนวน 2 ท่าน

2.2.8 ยินดีให้ความร่วมมือและมีเวลาให้เพียงพอสำหรับการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้างต้น โดยศึกษาประวัติของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านจากอาจารย์ประจำคณะและผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช เมื่อได้รายชื่อและคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือในการวิจัยด้วยตนเองสำหรับผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ต่างจังหวัดผู้วิจัยใช้การติดต่อทางโทรศัพท์แทน ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติและติดต่อจนได้ ผู้เชี่ยวชาญที่ยินดีให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย จำนวน 21 ท่าน (ดังแสดงในภาคผนวก ก)

แต่เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อมูลที่สมบูรณ์ในการวิจัย 19 คน

ในส่วนของจำนวนผู้เชี่ยวชาญ Macmillan (1971 อ้างถึงในเกษม บุญอ่อน, 2522) ได้เสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่จะใช้ในการวิจัยแบบเดลฟาย ในการประชุมประจำปี California Junior Colleges Association ปี พ.ศ. 2514 พบว่าเมื่อจำนวนผู้เชี่ยวชาญมีตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราความเคลือบลดลง .02 ดังนั้น จึงถือว่า จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ได้ข้อมูลสมบูรณ์จำนวน 19 คนในการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นกลุ่มที่มีขนาดที่มีความเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อกำหนดกรอบในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ ปลายเปิด การสร้างแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในขั้นตอนที่ 1 มากำหนดเป็นกรอบในการสร้างแบบสัมภาษณ์ก็มีโครงสร้าง (แนวคำถามปลายเปิด) นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แก้ไขตามข้อแนะนำจัดทำเป็นแบบสัมภาษณ์ก่อนนำไปสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ รายละเอียดในการสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์และข้อความหลักเกี่ยวกับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลครั้งแรก การดูแลแบบเบ็ดเสร็จ การดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน การดูแลอย่างประสานความร่วมมือ โดยให้ตอบอย่างอิสระตามความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ทรงคุณวุฒิ (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

2. เครื่องมือที่ใช้สอบถามผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ประเมินภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกระบวนการศึกษาแบบเดลฟายประกอบด้วย

แบบสอบถามรอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด (Open ended form) จำนวน 6 ข้อ ที่สร้างขึ้นจากการรวบรวมแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 2 ท่านในขั้นตอนที่ 1 และ 2 มากำหนดเป็นประเด็นในการสร้างแบบสอบถามรอบที่ 1 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมและครอบคลุมในเนื้อหา แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข ได้แบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วดังแสดงในภาคผนวก ข แล้วจึงส่งให้กลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นต่อคำถามปลายเปิดอย่างอิสระ

แบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ข้อคำถามแต่ละข้อในแบบสอบถามรอบนี้สร้างขึ้นจากการวิเคราะห์คำตอบในคำถามปลายเปิดทั้ง 6 ข้อของผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ปรับข้อความที่มี ความหมายซ้ำซ้อนหรือหลายประเด็นในข้อเดียวกัน แต่คงความหมายเดิม

ของผู้เชี่ยวชาญไว้ ข้อความที่รวบรวมได้นี้นำมาสรุปเป็นข้อกระทงให้ครอบคลุมเนื้อหา จากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบพิจารณาความเหมาะสม ได้ข้อคำถาม 202 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ประเด็นหลัก ดังแสดงในภาคผนวก ข คือ

1. รายการลักษณะการบริการในระดับปฐมภูมิ จำนวน 15 ข้อ
2. รายการคุณสมบัติของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน ด้านบุคลิกลักษณะ ด้านคุณวุฒิ จำนวน 42 ข้อ
3. บทบาท/ขอบเขตการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลชั้นพื้นฐาน จำนวน 10 ข้อ
4. บทบาท/ขอบเขตการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลชั้นสูง จำนวน 16 ข้อ
5. กิจกรรมการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลชั้นสูงที่สอดคล้องตามบทบาท/ขอบเขตการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 119 ข้อ

ระดับคะแนนในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 มีดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมน้อยที่สุดที่จะเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2553
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมน้อยที่จะเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2553
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมปานกลางที่จะเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2553
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมมากที่จะเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2553
- 5 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมมากที่สุดที่จะเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2553

แบบสอบถามรอบที่ 3 ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ของแต่ละข้อคำถาม และตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตอบในรอบที่ 2 ของตนเอง แล้วสร้างเป็นแบบสอบถามฉบับใหม่ที่ใช้ข้อความเดิม และเพิ่มตำแหน่งของมัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 นอกจากนี้ยังมีข้อคำถามบางข้อที่ผู้เชี่ยวชาญบางท่านเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติม ในรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญจะทบทวนคำถามและคำตอบในรอบที่ 2 ของตนเองแล้วตอบใหม่กลับมาอีกครั้งหนึ่ง การตอบแบบสอบถามรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญ

ชาญ แต่ละท่านจะทราบว่าตนมีความคิดเห็นที่แตกต่างหรือไม่แตกต่างจากความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเพียงไร และจะได้พิจารณาว่าเห็นด้วยกับความสอดคล้องของการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ หรือไม่ หากไม่เห็นด้วยก็ให้แสดงเหตุผลประกอบการยืนยันคำตอบที่อยู่นอกพิสัยระหว่าง ควอไทล์ แต่หากผู้ตอบไม่แสดงเหตุผลก็จะถือว่าเห็นด้วยกับตำแหน่งของ คำตอบดังกล่าว

พิสัยควอไทล์ มีความหมายดังนี้

ค่าพิสัยควอไทล์ไม่เกิน 1.50 หมายความว่า ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 นั้นสอดคล้องกัน

ค่าพิสัยควอไทล์มากกว่า 1.50 หมายความว่า ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 นั้นไม่สอดคล้องกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 21 คน โดยใช้วิธีการที่เหมาะสมและเป็นไปได้ สำหรับผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยติดต่อและขอเข้าพบผู้เชี่ยวชาญเป็นรายบุคคลเพื่อนำแบบสอบถามไปให้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียด นัดกำหนดวันและเวลาในการขอรับแบบสอบถามคืน โดยผู้วิจัยมาขอรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง สำหรับผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในเขตต่างจังหวัด ผู้วิจัยได้จัดส่งแบบสอบถามให้ทางไปรษณีย์ภายหลังที่ได้ติดต่อของความร่วมมือเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญให้ส่งกลับคืนผู้วิจัยภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ภายหลังจากที่ได้รับแบบสอบถาม โดยแนบซองสีน้ำตาลที่ติดแสตมป์แล้วจำหน่ายของถึงผู้วิจัยพร้อมกับแบบสอบถามที่ส่งไปให้

จำนวนแบบสอบถามในรอบที่ 1 ถูกส่งออกไปจำนวน 21 ฉบับ ได้รับกลับมาจำนวน 21 ฉบับ ใช้ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบนี้ระหว่างวันที่ 21 มกราคม 2545 ถึง วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2545 รวม 32 วัน

ปัญหาที่พบจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1 คือแบบสอบถามที่ใช้เป็นแนวคำถามที่กว้างและมีจำนวนหลายข้อซึ่งต้องใช้เวลามากในการตอบ ผู้เชี่ยวชาญบางท่านจึงขอให้ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แทนการเขียนตอบแบบสอบถาม

หลังจากได้รับแบบสอบถามผู้วิจัยนำแบบสอบถามรอบที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ปรับข้อความที่มี ความหมายซ้ำซ้อนหรือหลายประเด็นในข้อเดียวกัน แต่คงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ ข้อความที่รวบรวมได้นี้นำมาสรุปเป็นข้อกระทงให้ครอบคลุมเนื้อหา จากนั้นนำ

ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบพิจารณาความเหมาะสม แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่งถึงผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับที่ตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 โดยใช้วิธีการเดียวกับในรอบที่ 1 จำนวน 21 ฉบับ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตอบแบบสอบถามแต่ละข้อ ตามระดับความเหมาะสมและเป็นไปได้ หากมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องของภาษา การจัดแบ่งกลุ่มย่อยของแต่ละรายการ หรือรายการตัวชี้วัดอื่นก็สามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้

จำนวนแบบสอบถามในรอบที่ 2 ถูกส่งออกไปจำนวน 21 ฉบับ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 21 คน ได้รับกลับมาจำนวน 20 ฉบับ เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน ไม่ส่งแบบสอบถามกลับคืนมา แม้จะได้มีการติดตามแล้ว ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2 อยู่ระหว่างวันที่ 5 มีนาคม 2545 ถึง วันที่ 22 มีนาคม 2545 รวม 18 วัน

ปัญหาที่พบจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2 คือการจัดหมวดหมู่ในแต่ละประเด็น พบว่าบางข้อมีความซ้ำซ้อน และมีจำนวนมาก ควรมีผู้ทรงคุณวุฒิอีก 1 กลุ่มที่เป็นผู้ตรวจสอบข้อคำถาม ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2

การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามรอบที่ 3 ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่งถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับที่ตอบแบบสอบถามในรอบที่ 1 และรอบที่ 2 โดยใช้วิธีเดียวกับในรอบที่ 2 โดยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่ม และทบทวนคำตอบของตนเองจากการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 เมื่อได้ทบทวนคำตอบของตนเองแล้ว ผู้เชี่ยวชาญอาจยืนยันคำตอบเดิม หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบได้ หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญอยู่นอกพิสัยควอไทล์ของข้อนั้น จะต้องแสดงเหตุผลในช่องเหตุผลในข้อนั้นๆ ด้วย

จำนวนแบบสอบถามในรอบที่ 3 ถูกส่งออกไปจำนวน 20 ฉบับ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 20 คน ได้รับกลับคืนมาภายในระยะเวลาเพียง 19 ฉบับ และจำนวนแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีเพียง 19 ฉบับ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2 อยู่ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม 2545 ถึง วันที่ 14 เมษายน 2545 รวม 19 วัน

ปัญหาที่พบในการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3 คือ ตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม รอบที่ 3 มีคำชี้แจงซึ่งยังไม่ละเอียดเพียงพอ ควรมีการชี้แจงรายละเอียดที่ชัดเจนด้วยตนเองให้ผู้เชี่ยวชาญทราบวิธีการตรวจสอบ และยืนยันคำตอบของตนเองพร้อมการให้เหตุผล หลังจากได้ส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 แล้ว

สรุประยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดอยู่ระหว่างวันที่ 21 มกราคม 2545 ถึง วันที่ 14 เมษายน 2545 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 84 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้แบบสอบถามทั้งหมด 3 รอบ และวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละรอบดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด ให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับอนาคตภาพการบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิที่เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในปี พ.ศ. 2553 วิเคราะห์ที่ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากคำตอบในรอบนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

จากคำตอบในรอบที่ 1 นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามในรอบที่ 2 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert type) ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สูตรในการคำนวณ เพื่อหาค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ของแต่ละรายการ เพื่อจัดทำเป็นแบบสอบถามในรอบที่ 3 ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 ที่ได้จัดทำขึ้นตามวิธีการดังกล่าวข้างต้นให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบอีกครั้ง พร้อมทั้งให้เหตุผลประกอบในกรณีคำตอบที่ได้อยู่นอกพิสัยระหว่างควอไทล์ คำตอบที่ได้ในรอบที่ 3 นี้ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ กำหนดเกณฑ์การแปลผลในรอบที่ 2 และ 3 ตามเกณฑ์ของชินิสฐา วิทยานุกูมาส (2530 : 32 – 33) ดังนี้

-ค่ามัธยฐาน (Median) คำนวณจากสูตร (ประคอง กรรณสูตร. 2520 : 44)

$$Mdn = L_0 + I \left(\frac{N/2 - f_1}{f_2} \right)$$

Mdn = มัธยฐาน

L_0 = ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐาน

N = จำนวนความถี่ทั้งหมด

I = อัตรากว้างชั้น

f_1 = ความถี่สะสมจากคะแนนต่ำสุดถึงคะแนนที่เป็นขีดจำกัดบนของคะแนนในชั้นก่อนชั้นที่มีมัธยฐาน

f_2 = ความถี่ของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐาน

ค่ามัธยฐานที่คำนวณได้จากคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแปลความหมายดังนี้

น้อยกว่า 1.50 หมายความว่า ข้อความนั้นมีความเหมาะสมระดับน้อยที่สุดสำหรับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

1.50 - 2.49 หมายความว่า ข้อความนั้นมีความเหมาะสมระดับน้อยสำหรับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

2.50 - 3.49 หมายความว่า ข้อความนั้นมีความเหมาะสมระดับปานกลางสำหรับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

3.50 - 4.49 หมายความว่า ข้อความนั้นมีความเหมาะสมระดับมากสำหรับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

4.50 ขึ้นไป หมายความว่า ข้อความนั้นมีความเหมาะสมระดับมากที่สุดสำหรับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

- ค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile Range) คำนวณจากสูตร

$$Q_i = L_0 + I \left[\frac{(n \times i/4) - C}{f} \right]$$

Q_i = ค่าควอไทล์แต่ละตำแหน่ง

i = ตำแหน่งของควอไทล์ที่ต้องการหา

L_0 = ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นที่ต้องการหาควอไทล์

f = ความถี่ของชั้นควอไทล์

n = จำนวนข้อมูลทั้งหมด

C = ความถี่สะสมของชั้นก่อนชั้นควอไทล์ที่ต้องการหา

พิสัยควอไทล์ มีความหมายดังนี้

ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่คำนวณได้ของข้อความใดมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้น มีความสอดคล้องกัน และถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อความใดมีค่ามากกว่า 1.50 แสดงว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นไม่สอดคล้องกัน

ระดับชั้นทามติมีความหมายถึงความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่

พิจารณาจากค่าพิสัยควอไทล์ไม่เกิน 1.50

ในการสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเอาข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นโดยผ่านกระบวนการศึกษาแบบเดลฟายดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น โดยพิจารณาผลการคำนวณในแต่ละข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป พิจารณาความสอดคล้องของข้อความจากค่าพิสัยควอไทล์ไม่เกิน 1.50 (ชนิษฐา วิทยานุมาส, 2530) มาสรุปเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 มีความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 และพบว่าระดับชั้นทามติที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากเพียงร้อยละ .01 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ซึ่งสนับสนุนได้โดย ชนิษฐา วิทยานุมาส (2530) ในการสรุปผลการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟายที่ผ่านมาแล้ว คำตอบผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 และรอบที่ 4 มีความแตกต่างกันน้อยมาก สามารถสรุปผลการวิจัยได้ตั้งแต่รอบที่ 3 และ Linstone (1975) เสนอว่าควรยุติการส่งแบบสอบถามรอบถัดไปเมื่อระดับชั้นทามติที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 15

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหากรอบแนวคิดและประเมินภาพการบริการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิโดยใช้การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อกำหนดกรอบแนวคิด ร่วมกับการทบทวนเอกสารงานวิจัย และใช้การวิจัยเชิงอนาคตด้วยเทคนิคเดลฟายในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และ/หรือ การบริการระดับปฐมภูมิ ทั้งผู้ที่มีส่วนในการกำหนดนโยบาย ผู้บริหาร นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกรรมการวุฒิสภานิติเวชของสภาการพยาบาลในแต่ละสาขา ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์รายการการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นไว้ทั้งหมด และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตารางประกอบ ความเรียง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

- | | |
|----------|--|
| ตอนที่ 1 | ผลที่ได้จากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการกำหนดกรอบแนวคิด การบริการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิปี 2553 |
| ตอนที่ 2 | ผลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในการประเมินภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 แยกตามประเด็นข้อคำถามหลัก |
| ตอนที่ 3 | ภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิปี 2553 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ผลที่ได้จากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการกำหนดกรอบแนวคิดการ บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิปี 2553

แนวคิดที่ได้จากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 2 ท่าน เกี่ยวกับการ
บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิปี 2553 ควรมีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. ความหมายของการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ

การให้บริการในระดับปฐมภูมิเป็นการให้บริการด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้ามารับ
บริการได้อย่างสะดวก ลดค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ โดยจะต้องเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน
ใกล้ใจประชาชน และให้บริการที่ครอบคลุมกับปัญหาทุกด้าน ทั้ง primary medical care และ
primary health care

2. ลักษณะการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ

ลักษณะการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิจะต้องให้บริการ
ที่เป็นองค์รวม โดยมีการผสมผสานกาย จิต อารมณ์ สังคม เข้าด้วยกัน มีการ integrate เข้าไปใน
ระบบบริการ แบบ one stop service ที่ให้ บริการแบบผสมผสาน เบ็ดเสร็จ ทั้งในเรื่องการส่งเสริม
สุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีการประสานงานกับบุคลากรทั้ง
ในหน่วยงานและนอกหน่วยงานเพื่อให้บริการที่ครบถ้วนและเป็นประโยชน์กับผู้รับบริการมากที่สุด
รวมทั้งมีการส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการนั้นๆ สำหรับ
การทำงานกับชุมชนนั้นจะต้องเป็นการทำงานในเชิงรุก มีการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินงาน
ให้มากที่สุด

3. คุณสมบัติของผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิจะต้องมีความเชี่ยวชาญ
ที่เฉพาะและทั่วไปในการดูแลทั้งปัญหาทางร่างกาย จิตสังคม มีความรู้ความสามารถที่หลากหลาย
ในการปฏิบัติงานทั้งในเรื่องเวชปฏิบัติครอบครัว การทำงานร่วมกับชุมชน ซึ่งต้องใช้ทักษะในการติด
ต่อสื่อสารเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม ซึ่งต้องมี
การประสานงานกันเป็นอย่างดี ทั้งภายในหน่วยบริการ ผู้นำชุมชน บุคลากรอื่นในระบบสาธารณสุข
สุขและนอกหน่วยงาน ทั้งนี้ผู้ให้บริการจะต้องมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานสามารถบริหารจัดการ
การได้ด้วยตนเองทั้งเรื่องยา เวชภัณฑ์ การบริหารจัดการคน รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษาให้กับ
บุคลากรทีมสุขภาพทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน

4. ลักษณะการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติงานทางสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิจะต้องเป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและเจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางกายร่วมกับมีอาการทางจิต และผู้ที่มีปัญหาทางจิตสังคม ทั้งภาวะที่เฉียบพลันและเรื้อรัง โดยมีการประเมินสภาพ ให้การวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาลและส่งต่อในกรณีที่ไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ สำหรับการปฏิบัติงานในชุมชนมีการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง การจัดทำโครงการ การให้ความรู้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน การจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน ชุมชน รวมทั้งการจัดทำข้อมูลข่าวสาร รายงานและมาตรฐานการปฏิบัติงานให้พัฒนาขึ้นอยู่เสมอ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ผลการประเมินภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ
ปี 2553 แยกตามประเด็นข้อคำถามหลัก

ตารางที่ 1 การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553
แยกตามประเด็นข้อคำถามหลัก

การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ	รายการ
1. ลักษณะการบริการในระดับปฐมภูมิ	15
2. คุณลักษณะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	
2.1 ด้านความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน	23
2.2 ด้านบุคลิกลักษณะ	13
2.3 ด้านคุณวุฒิ	5
3. บทบาท/ขอบเขตการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช ของพยาบาลวิชาชีพขั้นพื้นฐาน	9
4. บทบาท/ขอบเขตการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช ของพยาบาลวิชาชีพขั้นสูง	15
5. กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของ พยาบาลวิชาชีพขั้นสูง	
5.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล	
- ให้การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีปัญหายุ่งยากรุนแรงและ ซับซ้อนแบบองค์รวม	20
- การส่งเสริมสุขภาพจิต	14
- การป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช	3
- การบำบัดรักษา	6
- การฟื้นฟูสภาพ	8
- การส่งต่อ	3
- การเป็นผู้จัดการรายกรณี	4
- การเป็นผู้นำ	4
- การประสานงาน	10

ตารางที่ 1 (ต่อ)

การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ	รายการ
1.2 ด้านการบริหารจัดการ	12
1.3 ด้านการให้ความรู้	15
1.4 ด้านการเป็นที่ปรึกษา	4
1.5 ด้านการวิจัย	5
1.6 ด้านคุณธรรม จริยธรรมและกฎหมาย	3
รวมรายการทั้งหมด	191

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 3 ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่าเป็นอนาคตภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 พบว่ามีทั้งหมด 191 รายการ จำแนกเป็น 5 ชุดข้อมูลย่อยตามประเด็นข้อคำถามในรอบแรก คือ 1) ลักษณะการบริการในระดับปฐมภูมิ จำนวน 15 รายการ 2) คุณลักษณะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 41 รายการ จำแนกเป็น 3 ด้านคือ ด้านความรู้และความสามารถในการปฏิบัติงาน 23 รายการ ด้านบุคลิกลักษณะ 13 รายการ และด้านคุณวุฒิ 5 รายการ 3) บทบาท/ขอบเขตการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 9 รายการ 4) บทบาท/ขอบเขตการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จำนวน 15 รายการ และ 5) กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จำนวน 111 รายการ จำแนกเป็น ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีปัญหายุ่งยาก รุนแรงและซับซ้อนแบบองค์รวม 20 รายการ การส่งเสริมสุขภาพจิต 14 รายการ การป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช 3 รายการ การบำบัดรักษา 6 รายการ การฟื้นฟูสภาพ 8 รายการ การส่งต่อ 3 รายการ การเป็นผู้จัดการรายกรณี 4 รายการ การเป็นผู้นำ 4 รายการ การประสานงาน 10 รายการ ด้านการบริหารจัดการ 12 รายการ ด้านการให้ความรู้ 15 รายการ ด้านการเป็นที่ปรึกษา 4 รายการ ด้านการวิจัย 5 รายการ และด้านคุณธรรม จริยธรรมและกฎหมาย 3 รายการ

ตอนที่ 3 ภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะการบริการในระดับปฐมภูมิ

ลักษณะการบริการระดับปฐมภูมิ	มัถฐาน	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
1. เป็นบริการแบบบูรณาการครอบคลุม 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ	4.97	0.53	มากที่สุด
2. เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย	4.97	0.53	มากที่สุด
3. เป็นบริการด่านแรกที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ โดยมี การให้บริการในเชิงรุก สู่ครอบครัวและชุมชนมากที่สุด	4.94	0.55	มากที่สุด
4. เป็นบริการที่ใกล้บ้าน สะดวก และมีขั้นตอนน้อยในการขอรับบริการ	4.94	0.55	มากที่สุด
5. เป็นการให้บริการที่เสริมศักยภาพให้ครอบครัว และ ชุมชนสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพได้	4.91	0.59	มากที่สุด
6. เป็นการบริการที่เสริมศักยภาพและให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพได้	4.88	0.63	มากที่สุด
7. เป็นการให้บริการที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล บ้าน และ ชุมชน	4.87	0.63	มากที่สุด
8. เป็นบริการที่ผสมผสานความรู้ด้านวิชาชีพกับความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด	4.83	0.67	มากที่สุด
9. เป็นการบริการที่เน้นการประสานงานกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนและแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน	4.79	0.71	มากที่สุด
10. เป็นการให้บริการที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ	4.73	0.77	มากที่สุด

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะการบริการระดับปฐมภูมิ	มัธยฐาน	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
11. เป็นการให้บริการที่มีการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ ที่หลากหลาย	4.55	0.95	มากที่สุด
12. เป็นการบริการเพื่อส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานบริการ อื่น ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการช่วยเหลือผู้รับบริการ นั้นๆได้	4.50	1.00	มากที่สุด
13. เป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับ สิทธิในการดูแล ทั้งในระยะแรก ระยะเฉียบพลัน และ การส่งต่อในระยะรุนแรง	4.44	1.05	มาก
14. เป็นการบริการที่ทำให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลในการใช้ บริการ	4.14	1.36	มาก
15. เป็นการบริการที่ช่วยป้องกันและลดความพิการจาก ปัญหาสุขภาพในองค์กรวม ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต	4.07	1.43	มาก

ผู้เชี่ยวชาญมีมติเห็นว่าลักษณะการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ควรจะให้บริการในสถานบริการใกล้บ้าน ที่สะดวกในการขอรับบริการ และผู้รับบริการสามารถได้รับรู้ ข้อมูลในการใช้บริการได้ง่าย โดยควรเป็นบริการด่านแรกเชิงรุกที่เข้าถึงประชาชน ครอบครัวและชุมชน สำหรับบริการที่จะให้กับผู้รับบริการนั้นควรจะเป็นบริการสุขภาพ ขั้นพื้นฐานที่ผู้รับบริการจะได้รับสิทธิในการดูแลทั้งระยะแรก ระยะเฉียบพลันและการส่งต่อในระยะ รุนแรง ครอบคลุมงานส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และบริการที่ช่วยป้องกันและลดความ พิการจากปัญหาสุขภาพทั้งกายและจิต นอกจากนี้ควรมีการให้บริการที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล บ้าน และชุมชน มุ่งเสริมศักยภาพให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน สามารถดูแล ตนเองทางด้านสุขภาพได้ มี การประสานงานกับชุมชนและให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ซึ่งการให้บริการทั้งหลาย จะต้องใช้มีการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและใช้ความรู้ด้านวิชาชีพมาผสมผสานกับ ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูง สุด

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับคุณสมบัติของพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

คุณสมบัติของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ	มัถยฐาน	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
ด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน			
16. มีความสามารถในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคคล ทั้ง ในหน่วยงาน ชุมชน และประสานงานกับหน่วยงาน ต่างๆในการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้	4.94	0.56	มากที่สุด
17. มีทักษะในการติดต่อสื่อสารและการประสานงานที่ดี	4.91	0.59	มากที่สุด
18. มีทักษะในการให้คำปรึกษา	4.91	0.59	มากที่สุด
19. มีความรู้ในเรื่องสภาพแวดล้อม และแหล่งทรัพยากร ของชุมชน	4.88	0.63	มากที่สุด
20. มีความรู้ความสามารถในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาทางจิตและให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง	4.87	0.63	มากที่สุด
21. มีความสามารถในเรื่อง การเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ทั้ง ในด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และให้การดูแล แบบองค์รวมได้	4.86	0.64	มากที่สุด
22. มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชน	4.86	0.64	มากที่สุด
23. สามารถนำความรู้ทางหลักวิชาการพยาบาลมา ผสมผสานกับความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ของบุคคล ครอบครัวและชุมชน	4.82	0.68	มากที่สุด
24. มีทักษะทางสังคม ในการประเมินความต้องการของ ผู้รับบริการ	4.81	0.69	มากที่สุด
25. สามารถบูรณาการและประยุกต์ความรู้ทางการ พยาบาลมาผสมผสานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ บุคคล ครอบครัวและชุมชน	4.81	0.69	มากที่สุด

ตารางที่ 3 (ต่อ)

คุณลักษณะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ	มัธยฐาน	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
26. มีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยบริการ ระดับปฐมภูมิ	4.79	0.71	มากที่สุด
27. มีความสามารถในการระบุปัญหา วินิจฉัยปัญหาได้ ถูกต้อง รวดเร็ว และครบถ้วน	4.79	0.71	มากที่สุด
28. มีทักษะการให้บริการเชิงรุก	4.77	0.73	มากที่สุด
29. มีความสามารถในการตัดสินใจ วินิจฉัยสั่งการได้ตาม หลักวิชาการ	4.77	0.73	มากที่สุด
30. มีความรู้เรื่องนโยบาย สามารถวางแผนดำเนินงานที่ สอดคล้องกับนโยบาย	4.73	0.77	มากที่สุด
31. มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของบุคคล	4.71	0.79	มากที่สุด
32. มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาและ เหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว	4.71	0.79	มากที่สุด
33. มีความสามารถในการวางแผน นิเทศติดตาม ประเมิน ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	4.67	0.83	มากที่สุด
34. มีความสามารถในการค้นหาสาเหตุของปัญหาทาง ด้านจิตใจของบุคคล ให้การช่วยเหลือ ยับยั้งและแก้ ปัญหาได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว	4.64	0.87	มากที่สุด
35. มีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	4.44	1.05	มาก
36. มีทักษะทางการพยาบาลครบถ้วน	4.38	1.13	มาก
37. มีความสามารถในการวางแผนให้บริการที่สอดคล้อง กับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง การคลัง และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข	4.14	1.36	มาก
38. มีความสามารถในการใช้ข้อมูลสารสนเทศ เทคโนโลยี ใหม่ๆในการปฏิบัติงาน	4.07	1.43	มาก

ตารางที่ 3 (ต่อ)

คุณลักษณะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ	มัธยฐาน	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
<u>ด้านบุคลิกลักษณะ</u>			
39. มีมนุษยสัมพันธ์ ทำงานกับผู้อื่นได้ดี	5.00	0.50	มากที่สุด
40. มีคุณธรรม จริยธรรม รับผิดชอบต่อสังคม	4.97	0.53	มากที่สุด
41. เป็นผู้รับฟังที่ดี	4.97	0.53	มากที่สุด
42. มีจรรยาบรรณวิชาชีพ	4.94	0.56	มากที่สุด
43. มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่มั่นคง	4.94	0.56	มากที่สุด
44. จริงใจและเป็นมิตร	4.91	0.59	มากที่สุด
45. มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น	4.91	0.59	มากที่สุด
46. เชื้ออาหาร เสียสละ	4.88	0.63	มากที่สุด
47. ใจเย็น นุ่มนวล	4.87	0.63	มากที่สุด
48. มีการพัฒนาตนเอง	4.83	0.67	มากที่สุด
49. กระตือรือร้นในการเฝ้าหาความรู้อยู่เสมอ	4.82	0.68	มากที่สุด
50. มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน	4.82	0.68	มากที่สุด
51. มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	4.79	0.71	มากที่สุด
<u>ด้านคุณวุฒิ</u>			
52. พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท	4.89	0.19	มากที่สุด
53. พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสุขภาพจิต และจิตเวช	4.64	0.87	มากที่สุด
54. พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือ เทียบเท่า	4.31	1.19	มาก
55. พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	4.31	1.19	มาก
56. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน	4.00	1.5	มาก

ผู้เชี่ยวชาญมีชั้นทามติว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิควรมีคุณสมบัติที่สำคัญในด้านต่างๆดังนี้

1. ด้านความรู้ ความสามารถ และด้านทักษะ

1.1 พยาบาลควรมีความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาทางจิต และการเจ็บป่วยทางจิตทั้งทางด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และความรู้เพื่อให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ในการปฏิบัติงานในชุมชนพยาบาลจะต้องมีความรู้ในเรื่องสภาพแวดล้อมและแหล่งทรัพยากรของชุมชนเพื่อที่จะสามารถ นำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์นอกจากนี้จะต้องมีความรู้ที่กว้างทั้งในเรื่องของนโยบาย สามารถวางแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบาย และการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง การคลังและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขได้

1.2 พยาบาลผู้ปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมินั้นควรมีความสามารถในการคิด วิเคราะห์แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว สามารถตัดสินใจ วินิจฉัยสั่งการได้ตามหลักวิชาการ มีการค้นหาปัญหาทางด้านจิตใจของบุคคลและให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว นอกจากนี้ยังต้องมีความสามารถในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน รวมทั้งใช้ความสามารถด้านการบริหารเพื่อพัฒนางานบริการในระดับปฐมภูมิให้ดีขึ้น โดยมีการใช้ข้อมูลสารสนเทศ เทคโนโลยีใหม่ๆในการปฏิบัติงานอยู่เสมอ

1.3. ด้านทักษะในการปฏิบัติงานนั้นจะต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสารและการประสานงานที่ดีเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลนั้นจะต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลครบครัน ทักษะในการให้คำปรึกษา ทักษะทางสังคมในการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งทักษะในการให้บริการในเชิงรุกเพื่อเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ให้มากที่สุด

2. ด้านบุคลิกลักษณะ พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ควรเป็นผู้ที่มีคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณ และรับผิดชอบต่อสังคม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่มั่นคง ใจเย็น เอื้ออาทร มีมนุษยสัมพันธ์ มีทัศนคติที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้อื่น มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และกระตือรือร้นในการเฝ้าหาความรู้อยู่เสมอ มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน และมีการพัฒนาตนเอง

3. ด้านคุณวุฒิ พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ควรเป็นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน หรือพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท ซึ่งกลุ่มนี้ อย่างน้อยต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช แต่ถ้าหากเป็นไปได้ควรจะเป็นพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยตรง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทบาท/ขอบเขตการให้บริการ
 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการ
 พยาบาลขั้นพื้นฐาน

บทบาท/ขอบเขตการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการขั้นพื้นฐาน	มัธยฐาน	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
57. บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิด ปัญหาทางจิต การรักษาพยาบาล การติดตามฟื้นฟู สภาพ ในประเด็นสุขภาพที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน และไม่ ต้องการการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน	4.94	0.56	มากที่สุด
58. บทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในผู้ป่วยที่มี ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ไม่ซับซ้อน	4.91	0.59	มากที่สุด
59. บทบาทในการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อส่งต่อ ปรึกษาหรือรักษาต่อตามความเหมาะสม	4.91	0.59	มากที่สุด
60. บทบาทในการสอน/ชี้แนะในรายที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน	4.88	0.63	มากที่สุด
61. ให้บริการคำปรึกษาที่ไม่ซับซ้อน	4.79	0.71	มากที่สุด
62. บทบาทในการให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลที่สนับสนุนแผนการรักษา	4.67	0.83	มากที่สุด
63. บทบาทในการส่งต่อไปยังผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในหน่วยงาน	4.59	0.91	มากที่สุด
64. บทบาทในการดำเนินการวิจัยหรือร่วมการวิจัยที่ไม่ยุ่ง ยากซับซ้อน	4.31	1.19	มาก
65. บทบาทในการเป็นผู้ร่วมดำเนินงานในการบริหารงาน	4.21	1.29	มาก

ผู้เชี่ยวชาญมีฉันทามติว่า บทบาท/ขอบเขตการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานควรมีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และให้การดูแลแบบองค์รวม ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ไม่ยุ่งยาก และไม่ต้องการการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน บทบาทในการให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลที่สนับสนุนแผนการรักษา บทบาทในเรื่องการสอน/ชี้แนะ และการเป็นที่ปรึกษาในรายที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน บทบาทในการส่งต่อผู้รับบริการไปยังผู้ปฏิบัติขั้นสูงในหน่วยงาน ส่วนบทบาททางด้านวิชาการและการบริหารงานนั้นควรเป็นบทบาทในการดำเนินการวิจัยหรือผู้ร่วมงานวิจัยที่ไม่ยุ่งยาก และบทบาทเป็นผู้ร่วมในการดำเนินงานบริหารงานต่างๆ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทบาท/ขอบเขตการให้บริการ
 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการ
 พยาบาลชั้นสูง

บทบาท/ขอบเขตการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการชั้นสูง	มัธยฐาน	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
66. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการ แบบองค์รวม ทั้งในสถานบริการและชุมชน	4.94	0.56	มากที่สุด
67. ด้านการเป็นที่ปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้รับ บริการ ครอบครัวและชุมชน	4.91	0.59	มากที่สุด
68. ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายในการปฏิบัติ การพยาบาล	4.90	0.60	มากที่สุด
69. ด้านการให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช แก่ บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้รับ บริการ ครอบครัวและชุมชน ที่สอดคล้องกับปัญหา/ ความต้องการ	4.87	0.63	มากที่สุด
70. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งต่อ	4.82	0.68	มากที่สุด
71. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการที่มี ปัญหาที่ยุ่งยาก รุนแรงและซับซ้อน	4.82	0.68	มากที่สุด
72. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพจิต แก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาที่ยุ่งยาก รุนแรงและซับซ้อน แบบองค์รวม	4.82	0.68	มากที่สุด
73. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพ และความต้องการในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน	4.82	0.68	มากที่สุด
74. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการเป็นผู้นำทางด้าน สุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาล	4.77	0.73	มากที่สุด

ตารางที่ 5 (ต่อ)

บทบาท/ขอบเขตการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการขั้นสูง	มัธยฐาน	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
75. ด้านการบริหารจัดการในเรื่องการดำเนินงานการ บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	4.77	0.73	มากที่สุด
76. ด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพและสร้างองค์ความรู้	4.73	0.77	มากที่สุด
77. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการเป็นผู้จัดการรายกรณี	4.71	0.79	มากที่สุด
78. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้รับ บริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน	4.71	0.79	มากที่สุด
79. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการประสานงานกับ บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงานรวมทั้ง บุคลากรอื่นและองค์กรที่เกี่ยวข้อง	4.71	0.79	มากที่สุด
80. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและลดการ เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช	4.64	0.87	มากที่สุด

ผู้เชี่ยวชาญมีฉันทามติว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาท/
ขอบเขตการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิแยกเป็นข้อย่อยๆ ได้ดังนี้

- 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวมที่มีปัญหายุ่งยาก รุนแรงและ
ซับซ้อน ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การฟื้นฟูสภาพจิต รวมทั้ง
การส่งต่อทั้งในสถานบริการและชุมชน
- 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการเป็นผู้จัดการรายกรณี
ในการประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เป็น
ผู้นำทางด้านสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาล เป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรทั้งในหน่วยงานและ
นอกหน่วยงาน
- 3) ด้านการเป็นที่ปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งใน
และนอกหน่วยงาน ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน
- 4) ด้านการให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช
แก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน ที่สอดคล้องกับ
ปัญหา/ความต้องการของผู้รับบริการ
- 5) ด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพและสร้างองค์ความรู้ใหม่
รวมทั้ง
- 6) ด้านการบริหารจัดการในเรื่องการดำเนินงานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
และ
- 7) ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล

ตารางที่ 6 ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับกิจกรรมการให้บริการพยาบาล
 สุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

กิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการขั้นสูง	มัถยฐาน	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
- การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีปัญหายุ่งยาก รุนแรง ซับซ้อนแบบองค์รวมทั้งในสถานบริการ และชุมชน			
81. ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล	4.97	0.53	มากที่สุด
82. ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อวางแผนให้การ ดูแลรวมทั้งการติดตามประเมินผลสม่ำเสมอ	4.97	0.53	มากที่สุด
83. จัดทำแผนที่ข้อมูลภาวะสุขภาพ	4.94	0.56	มากที่สุด
84. ให้การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน	4.94	0.56	มากที่สุด
85. พัฒนาความรู้/ศักยภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วย	4.94	0.56	มากที่สุด
86. บริการการให้คำปรึกษา	4.94	0.56	มากที่สุด
87. วิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากพยาบาลระดับพื้นฐานและ วางแผนแก้ไขปัญหา ประเมินผล	4.90	0.60	มากที่สุด
88. ตัดสินใจในการให้การดูแลโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์	4.90	0.60	มากที่สุด
89. วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	4.90	0.60	มากที่สุด
90. ประเมิน วิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุปัญหาสุขภาพจิตของ ประชาชนในชุมชน	4.87	0.63	มากที่สุด
91. นำความรู้/ทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการ พยาบาล	4.86	0.64	มากที่สุด
92. ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและใช้แหล่ง ประโยชน์จากชุมชน	4.82	0.68	มากที่สุด

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการขั้นสูง	มัถยฐาน	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
93. การวางแผนการจำหน่าย	4.82	0.68	มากที่สุด
94. ร่วมวางแผนในการแก้ไขปัญหาทางจิตใจแก่ผู้ป่วยฝ่าย กาย	4.81 4.75	0.69 0.75	มากที่สุด มากที่สุด
95. ให้บริการเยี่ยมชุมชน	4.75	0.75	มากที่สุด
96. ให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์	4.75	0.75	มากที่สุด
97. ให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีพฤติกรรมที่ยากต่อ การจัดการ	4.68	0.82	มากที่สุด
98. ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เฉียบพลันและเรื้อรัง	4.55	0.95	มากที่สุด
99. เปิดบริการให้การรักษาและช่วยเหลือผู้รับบริการทาง สุขภาพจิตและจิตเวชใกล้บ้าน	4.25	1.25	มาก
100. เปิดบริการในชุมชน เช่นเปิดคลินิกให้บริการทางสุขภาพ จิต	4.91	0.59	มากที่สุด
- การส่งเสริมสุขภาพจิต			
101. เป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในรูปแบบ ต่างๆ ให้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชน	4.91	0.59	มากที่สุด
102. วางแผนดำเนินงานและจัดทำโครงการในการส่งเสริม สุขภาพจิต	4.91	0.59	มากที่สุด
103. วิเคราะห์ความต้องการทางด้านบริการสุขภาพจิต และจิตเวชของชุมชน	4.88 4.79	0.63 0.71	มากที่สุด มากที่สุด
104. สนับสนุนให้เกิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในชุมชน			
105. ประสานความร่วมมือกับชุมชนในการดำเนินการสร้างสิ่ง แวดล้อมให้มีบรรยากาศของการส่งเสริมสุขภาพจิต	4.79	0.71	มากที่สุด
106. สร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชน			

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการชั้นสูง	มัถยฐาน	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
107. จัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม	4.77	0.73	มากที่สุด
108. ประเมินสภาพจิตและภาวะสุขภาพของบุคคล	4.73	0.77	มากที่สุด
109. จัดนิทรรศการ ส่งเสริมให้ประชาชนได้มีการดูแลสุขภาพจิตของตนเองเบื้องต้นได้	4.71	0.79	มากที่สุด
110. จัดบริการการส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานบริการและชุมชน เช่น ศูนย์พัฒนาเด็ก ชุมชนผู้สูงอายุ	4.71	0.79	มากที่สุด
111. สนับสนุน ช่วยเหลือให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนโดยกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม	4.68	0.82	มากที่สุด
112. ให้บริการ hotline ตอบปัญหา	4.67	0.83	มากที่สุด
113. ให้ความรู้หรือสอนผู้รับบริการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งรายบุคคลหรือกลุ่ม เช่น เทคนิคการคลายเครียด	4.21	1.29	มาก
114. ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย			
- การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	4.91	0.59	มากที่สุด
115. ฝ้าระวังการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มเสี่ยง	4.88	0.63	มากที่สุด
116. คัดกรองและประเมินบุคคลที่มีปัญหาเสี่ยงหรือมีปัญหาในระยะต้นและให้การช่วยเหลือ	4.79	0.71	มากที่สุด
117. การให้ความรู้ แก่ครอบครัว ชุมชนในเรื่องการปรับตัว การจัดการเกี่ยวกับความเครียด การเลี้ยงดูเด็ก การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว			

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการขั้นสูง	มัธยมศึกษา	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
--	------------	------------------	----------------------

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- การบำบัดรักษา

118. ดำเนินการเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะรุนแรงในชุมชนก่อนส่งต่อถ้าเกินความสามารถ	4.94	0.56	มากที่สุด
119. ประเมินสภาพจิตในผู้ที่มีปัญหาทางจิตที่ซับซ้อน	4.87	0.63	มากที่สุด
120. ให้การรักษาพยาบาลในรายที่มีปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน	4.82	0.68	มากที่สุด
121. บำบัดรักษาเบื้องต้นกรณีฉุกเฉินทางจิตเวช	4.82	0.68	มากที่สุด
122. ให้การบำบัดรักษาตามหลักจิตเวชสากล	4.75	0.75	มากที่สุด
123. ให้การรักษาทางยาและสั่งยาได้ตามพรบ.วิชาชีพชั้นสูง	4.60	0.90	มากที่สุด

- การฟื้นฟูสภาพ

124. จัดกิจกรรมให้ครอบครัว ชุมชนเข้าร่วมในการรักษาผู้ป่วย	4.87	0.63	มากที่สุด
125. ฝึกทักษะให้ครอบครัวสังเกตและดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง	4.82	0.68	มากที่สุด
126. พัฒนาศักยภาพให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	4.82	0.68	มากที่สุด
127. พัฒนาคความรู้/ศักยภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วย	4.81	0.69	มากที่สุด
128. วางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง	4.77	0.73	มากที่สุด
129. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน	4.77	0.73	มากที่สุด
130. ประสานงานกับแหล่งประโยชน์เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีปัญหาทางจิตที่เรื้อรัง เช่น ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพ	4.71	0.79	มากที่สุด
131. ประสานงานกับหน่วยงานและครอบครัวเพื่อร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วย			

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมนิเทศของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการขั้นสูง	มัธยมศึกษา	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
- การส่งต่อ			
132. รับการส่งต่อผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลเพื่อติดตามและ ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง	4.88	0.63	มากที่สุด
133. ส่งต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชให้ได้รับการรักษา ที่ถูกต้องและเหมาะสม	4.82	0.68	มากที่สุด
134. จัดระบบการส่งต่อให้เป็นรูปธรรมชัดเจน จากสถาน บริการระดับที่ต่ำกว่าไประดับที่สูงกว่า และจากระดับที่ สูงกว่าส่งกลับมาระดับที่ต่ำกว่า	4.75	0.75	มากที่สุด
- การเป็นผู้จัดการรายกรณี			
135. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อนำมาวางแผนให้การดูแล	4.94	0.56	มากที่สุด
136. ประเมินภาวะสุขภาพ	4.90	0.60	มากที่สุด
137. ให้การดูแล ช่วยเหลือ และจัดการกับปัญหาสุขภาพใน ทุกๆด้านของผู้ป่วยในความดูแล	4.81	0.69	มากที่สุด
138. ให้ข้อมูลและประสานการดูแลเพื่อส่งต่อผู้รับบริการให้ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในภาวะปกติและเจ็บ ป่วย	4.77	0.73	มากที่สุด
- การเป็นผู้นำ			
139. เป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาล โดยปฏิบัติการ พยาบาลในการให้การดูแลผู้รับบริการโดยใช้ข้อมูลเชิง ประจักษ์	4.94	0.56	มากที่สุด
140. เป็นผู้นำทางวิชาการในการส่งเสริม สนับสนุนให้เกิด ความรู้แก่ทีมสุขภาพและผู้รับบริการ	4.91	0.59	มากที่สุด

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการขั้นสูง	มัธยฐาน	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
141. เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณในการปฏิบัติกรพยาบาล โดยใช้หลักวิชาการทางการพยาบาลมาผสมผสานกับ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ภูมิปัญญาท้องถิ่น	4.86	0.64	มากที่สุด
142. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยวางแผนดำเนินงาน ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ	4.77	0.73	มากที่สุด
- การประสานงาน			
143. ประสานงานกับชุมชน เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	4.97	0.53	มากที่สุด
144. ประสานงานกับหน่วยบริการเฉพาะทางจิตเวช เพื่อส่งต่อ ผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรงไม่สามารถให้การดูแลได้ในชุมชน ให้กลับไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาล	4.97	0.53	มากที่สุด
145. ประสานงานกับหน่วยบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ เพื่อเป็น ศูนย์ช่วยเหลือผู้รับบริการให้ได้รับบริการใกล้บ้าน	4.94	0.56	มากที่สุด
146. ประสานงานกับผู้นำ/ผู้แทนชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีส่วน ร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและให้ชุมชนเข้ม แข็งขึ้น	4.94	0.56	มากที่สุด
147. ร่วมวางแผนกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และ เตรียมผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว	4.90	0.60	มากที่สุด
148. ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	4.87	0.63	มากที่สุด
149. สร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตให้เกิดขึ้นในชุมชน และกระตุ้นให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่อง	4.87	0.63	มากที่สุด
149. สร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตให้เกิดขึ้นในชุมชน และกระตุ้นให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่อง	4.86	0.64	มากที่สุด
150. ประสานงานกับครูในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและ ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน			

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการขั้นสูง	มัธยมศึกษา	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
--	------------	------------------	----------------------



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

151.	ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ทั้งในและนอกหน่วยงาน เพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง	4.77	0.73	มากที่สุด
152.	ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กู้ภัย ตำรวจ	4.64	0.87	มากที่สุด
-	ด้านการบริหารจัดการ			
153.	วิเคราะห์ปัญหา แก้ไขอุปสรรคที่เกิดกับระบบงานบุคคล สิ่งแวดล้อม และปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม	4.94	0.56	มากที่สุด
		4.91	0.59	มากที่สุด
154.	วางแผนในการให้บริการ นิเทศ ประเมินผลการให้บริการ	4.86	0.64	มากที่สุด
155.	ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและองค์กรต่างๆ	4.86	0.64	มากที่สุด
156.	สนับสนุนการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและทีมแกนนำสุขภาพจิตในชุมชน	4.82	0.68	มากที่สุด
157.	พัฒนาและส่งเสริมทีมสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ	4.81	0.69	มากที่สุด
158.	จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและเครือข่ายในชุมชน	4.81	0.69	มากที่สุด
159.	จัดทำงบประมาณ วางแผนในการระดมทรัพยากร และแหล่งประโยชน์มาใช้ในการปฏิบัติงาน	4.77	0.73	มากที่สุด
160.	จัดทำมาตรฐานวิธปฏิบัติงานที่ย่งยาก ซับซ้อน	4.75	0.75	มากที่สุด
161.	กำหนดระบบงานที่ชัดเจนในการทำงาน	4.71	0.79	มากที่สุด
162.	การบริหารจัดการระบบข้อมูล	4.64	0.87	มากที่สุด
163.	จัดทำระบบบันทึกข้อมูล ระบบสารสนเทศ	4.55	0.95	มากที่สุด
164.	บริหารจัดการด้านการเงิน งบประมาณ โดยสนับสนุนและหาแหล่งประโยชน์สำหรับผู้พิการ ผู้ติดสารเสพติด ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง ให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต			

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการขั้นสูง	มัธยฐาน	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
- ด้านการให้ความรู้			
165. พัฒนาศักยภาพทีมงานในการสอนผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน	4.97	0.53	มากที่สุด
166. สอนทักษะการพยาบาลจิตเวชแก่บุคลากรที่มีสุขภาพ	4.97	0.53	มากที่สุด
167. ให้ความรู้และฝึกทักษะในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแก่ บุคลากรที่มีสุขภาพ	4.91	0.59	มากที่สุด
168. ให้ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกัน การเกิดปัญหาทางจิต แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ	4.90	0.60	มากที่สุด
169. เป็นผู้นำในการจัดทำคู่มือ มาตรฐานการพยาบาลทาง สุขภาพจิตและจิตเวช	4.90	0.60	มากที่สุด
170. ให้ความรู้เรื่องทางสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตแก่ ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยจิตเวช	4.86	0.64	มากที่สุด
171. มีส่วนร่วมในการสร้างและส่งเสริมพัฒนาวิชาการ	4.86	0.64	มากที่สุด
172. จัดทำคู่มือความรู้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน	4.82	0.68	มากที่สุด
173. ส่งเสริมและให้บริการวิชาการแก่บุคคล องค์กรและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	4.81	0.69	มากที่สุด
174. เป็นวิทยากรให้กับองค์กรต่างๆ	4.75	0.75	มากที่สุด
175. การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ในเรื่องทางสุขภาพ และ แหล่งบริการทางสุขภาพ	4.75	0.75	มากที่สุด
176. จัดอบรม/สอนผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน	4.71	0.79	มากที่สุด
177. เปิดการสอนอบรมหลักสูตรแก่พยาบาลในการให้การดูแล ผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยาก รุนแรง และซับซ้อน	4.68	0.82	มากที่สุด
178. พัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆในการให้บริการ			

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการขั้นสูง	มัธยมศึกษา	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
--	------------	------------------	----------------------



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

179.	จัดทำเอกสารเผยแพร่ และให้ความรู้แก่ประชาชนโดยผ่านสื่อต่างๆ	4.55	0.95	มากที่สุด
-	ด้านการเป็นที่ปรึกษา			
180.	เป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลในการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน	4.94	0.56	มากที่สุด
181.	เป็นที่ปรึกษาแก่ทีมสุขภาพในการส่งต่อการรักษา	4.90	0.60	มากที่สุด
182.	เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานและองค์กรต่างๆในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน	4.87	0.63	มากที่สุด
183.	บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตแก่บุคลากร ผู้มารับบริการและหน่วยงานอื่น เช่น ปัญหาความขัดแย้งในที่ทำงาน	4.14	1.36	มาก
-	ด้านการวิจัย			
184.	นำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงงานอย่างสม่ำเสมอ	4.90	0.60	มากที่สุด
185.	ทำการวิจัยการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและสร้างองค์ความรู้	4.77	0.73	มากที่สุด
186.	ให้บริการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการวิจัย	4.75	0.75	มากที่สุด
187.	นำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนางานและวางแผนการพยาบาล	4.71	0.79	มากที่สุด
188.	ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ผลการวิจัยเป็นพื้นฐาน	4.00	1.5	มาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการชั้นสูง	มัธยฐาน	พิสัย ควอไทล์	ระดับความ เหมาะสม
- ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย			
189. ปฏิบัติการพยาบาลตามพรบ.วิชาชีพการพยาบาลและ กฎหมายวิชาชีพ	5.00	0.50	มากที่สุด
190. ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกคนอย่างเสมอภาค และเท่าเทียม	4.97	0.53	มากที่สุด
191. ให้ข้อมูลในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับ ทราบขั้นตอนในการดูแลรักษา และตัดสินใจในการรับ บริการ	4.86	0.64	มากที่สุด

ผู้เชี่ยวชาญมีฉันทามติว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงควรมีการดำเนินกิจกรรมบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิที่จะสอดคล้องกับบทบาท/ขอบเขตการให้บริการของตนดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหายุ่งยาก รุนแรงและซับซ้อนแบบองค์รวม ทั้งในสถานบริการและชุมชน มีการจัดทำแผนที่รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้/ทฤษฎีทางการพยาบาล มีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจและวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อจากพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลระดับพื้นฐานและนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาและประเมินผล ให้การพยาบาลทางจิตเวชฉุกเฉินและเรื้อรัง บริการให้คำปรึกษา และปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ ร่วมวางแผนในการแก้ปัญหาทางจิตใจแก่ผู้ป่วยฝ่ายกาย ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน พัฒนาความรู้/ศักยภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วย การวางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อดำเนินการเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเปิดบริการให้การรักษาและช่วยเหลือผู้รับบริการทางด้านสุขภาพจิตใกล้บ้าน

การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพจิต จะต้องเป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆให้กับบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีการประเมินสภาพจิตและภาวะสุขภาพของบุคคลรวมทั้งวิเคราะห์ความต้องการด้านการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของ

ชุมชนเพื่อวางแผนดำเนินงานหรือจัดทำโครงการ เพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม นอกจากนี้ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สนับสนุนให้เกิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในชุมชน โดยกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประสานความร่วมมือกับชุมชนในการดำเนินการสร้างสิ่งแวดล้อมให้มีบรรยากาศของการส่งเสริมสุขภาพจิต สร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนทั้งในภาครัฐ เอกชน จัดนิทรรศการ ให้ความรู้ สอนผู้รับบริการเป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองเบื้องต้นได้ และกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ให้บริการ hotline ตอบปัญหา และให้บริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย

การปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ควรมีการเฝ้าระวังการเกิดปัญหาทางจิตในกลุ่มเสี่ยง คัดกรองและประเมินบุคคลที่มีปัญหาเสี่ยงในระยะต้นและให้การช่วยเหลือรวมทั้งการให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องการปรับตัวและการจัดการเกี่ยวกับความเครียด การเลี้ยงดูเด็ก การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและชุมชน

การปฏิบัติการพยาบาลในการบำบัดรักษาจะต้องประเมินสภาพจิตในผู้ที่มีปัญหาทางจิตที่ซับซ้อนเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ทำการบำบัดรักษาเบื้องต้นกรณีฉุกเฉินทางจิตเวช ให้การบำบัดรักษาตามหลักจิตเวชสากล และให้การรักษาทางยาและสิ่งยาได้ตามพรบ.วิชาชีพชั้นสูง สำหรับการปฏิบัติงานในชุมชนจะต้องมีดำเนินการเกี่ยวกับภาวะรุนแรงในชุมชนและจัดการแก้ไขได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

การปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพจะต้องเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาอยู่ในโรงพยาบาลด้วยการวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ และเมื่อผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้านต้องมีการวางแผนร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จัดกิจกรรมให้ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วย มีการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนและพัฒนาศักยภาพให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ฝึกทักษะ พัฒนาความรู้/ศักยภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน และประสานงานกับแหล่งประโยชน์เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีปัญหาทางจิตที่เรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและร่วมวางแผนกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

การปฏิบัติการพยาบาลด้านการส่งต่อ จะต้องมีการส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม จัดระบบการส่งต่อให้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีประสิทธิภาพ ทั้งในภาครัฐและเอกชนจากสถานบริการที่ต่ำกว่าไปสถานบริการที่สูงกว่าและจากสถานบริการ

ที่สูงกว่าไปสถานบริการที่ต่ำกว่า รวมทั้งการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่ายกลับบ้านจากโรงพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลด้านการเป็นผู้นำ จะต้องดำเนินกิจกรรมที่สะท้อนให้เห็นการเป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้รับบริการโดยเป็นผู้นำทางวิชาการในการส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดความรู้แก่ทีมสุขภาพและผู้รับบริการ เป็นผู้นำในการจัดทำคู่มือ มาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักวิชาการทางการพยาบาลมาผสมผสานกับขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาทางสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหารุนแรงและซับซ้อน และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยวางแผนดำเนินงาน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบ

การปฏิบัติการพยาบาลด้านการประสานงาน ในส่วนของชุมชนควรมีการประสานงานกับผู้นำ/ผู้แทนชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและสามารถดูแลตนเองทางสุขภาพจิตได้ มีการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องโดยการประสานงานกับหน่วยบริการเฉพาะทางจิตเวชเพื่อส่งผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรงซึ่งไม่สามารถให้การดูแลในชุมชนกลับไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาล รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิเพื่อเป็นศูนย์ช่วยเหลือผู้รับบริการใกล้บ้าน และมีการสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชน ระหว่างองค์กรของรัฐและเอกชน และประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ประสานกับครูในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในโรงเรียน หน่วยกู้ภัย ตำรวจ ในการทำให้เกิดการบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากที่สุด

2. ด้านการบริหารจัดการ

ด้านการบริหารจัดการ จะต้องวิเคราะห์ปัญหา แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับระบบงานและปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม มีการวางแผนในการให้บริการ นิเทศ ประเมินผลการให้บริการ ส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและทีมแกนนำสุขภาพจิตในชุมชน พัฒนาและส่งเสริมทีมสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและเครือข่ายในชุมชน จัดทำงบประมาณ วางแผนในการระดมทรัพยากรและแหล่งประโยชน์มาใช้ในการปฏิบัติงาน จัดทำมาตรฐานและวิธีปฏิบัติงานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน รวมทั้งมีการกำหนดระบบงานที่ชัดเจนและเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพบริการในการให้บริการ เช่น ระบบบริหารความเสี่ยง ระบบการมอบหมายงาน ระบบพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การบริหารจัดการระบบข้อมูล

ระบบสารสนเทศ การบริหารจัดการด้านการเงิน และการบริหารงบประมาณ โดยสนับสนุน และหาแหล่งประโยชน์สำหรับผู้มีปัญหาทางจิตกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้พิการ ผู้ติดสารเสพติด และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังทางจิตเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

3. ด้านการให้ความรู้

ด้านการให้ความรู้ ควรมีการพัฒนาศักยภาพทีมงานให้สามารถสอน ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ให้ความรู้และสอนทักษะทางการแพทย์จิตเวชแก่บุคลากรทีมสุขภาพในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ให้ความรู้และจัดทำคู่มือความรู้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต พัฒนาเทคโนโลยีใหม่ในการให้บริการ และการจัดทำเอกสารเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนโดยผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตแก่ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต อันจะนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในครอบครัวและชุมชนของตนเองได้ดี มีส่วนร่วมในการสร้างและส่งเสริมการพัฒนาวิชาการ เป็นวิทยากรให้กับองค์กรต่างๆ ในการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารในเรื่องทางสุขภาพและแหล่งบริการทางสุขภาพจิตแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ผู้รับบริการทุกกลุ่มสามารถตัดสินใจในเรื่อง สุขภาพได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ควรมีการจัดอบรม/สอนผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตที่ซับซ้อน และเปิดการสอน/อบรมหลักสูตรแก่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ซับซ้อน รุนแรง

4. ด้านการเป็นที่ปรึกษา

ด้านการเป็นที่ปรึกษาจะต้องที่ปรึกษาแก่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพในการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อนและในการส่งต่อการรักษา เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพจิตในชุมชน และบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตแก่บุคลากร ผู้มารับบริการและหน่วยงานอื่น เช่น ปัญหาความขัดแย้งในที่ทำงาน

5. ด้านการวิจัย

ด้านการวิจัย ควรทำวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ทางการแพทย์สุขภาพจิตและจิตเวช มีการนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนา วางแผนและปรับปรุงงานอย่างสม่ำเสมอ ใช้กระบวนการวิจัยในการแก้ปัญหาทางการแพทย์ และปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ผลการวิจัยเป็นพื้นฐาน

6. ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย

ด้านคุณธรรม จริยธรรมและกฎหมาย ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นจะต้องปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกคนอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม มีการให้ข้อมูลในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับทราบขั้นตอนในการดูแลรักษาและตัดสินใจในการรับบริการ ทั้งนี้จะต้องปฏิบัติการพยาบาลตาม พรบ.วิชาชีพการพยาบาลและกฎหมายวิชาชีพอย่างเคร่งครัด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดและประเมินภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และ/หรือ การบริการในระดับปฐมภูมิ ในฐานะผู้มีส่วนในการวาง/กำหนดนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารการพยาบาล นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล และ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกรรมการวุฒิบัตร์ของสภาการพยาบาลในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 21 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามระเบียบวิธีวิจัยแบบเดลฟาย จำนวน 3 รอบ โดยแบบสอบถามรอบแรกจะเป็นแบบสอบถามปลายเปิด (Open-ended form) ให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ จำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาในแบบสอบถามรอบที่ 1 นำมาสร้างเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 202 ข้อ แบบสอบถามรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามเช่นเดียวกับแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งได้มีการปรับข้อความในบางข้อให้มีความหมายที่ชัดเจนขึ้น แต่คงความหมายเดิม มีการเพิ่มค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile range) และตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญ แต่ละท่านตอบ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านได้ทบทวนคำตอบของตนเองเพื่อยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ พร้อมแสดงผลแบบสอบถามรอบที่ 3 มีจำนวน 195 ข้อ นำผลที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 3 มาวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ พิจารณารายการข้อความที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกัน โดยพิจารณาจากข้อที่มีค่ามัธยฐานไม่ต่ำกว่า 3.50 พิสัยควอไทล์ ไม่เกิน 1.50 มาสรุปเป็นภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี 2553 ได้ข้อรายการที่เป็นฉันทามติ จำนวน 191 ข้อ

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย เรื่อง การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี 2553 สรุปได้ว่า

1. ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี 2553 เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยว่าควรมีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้ 1) ความหมายของการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ 2) ลักษณะการ

ให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ 3) คุณสมบัติของผู้ให้บริการ และ 4) ลักษณะการปฏิบัติงาน

2. ผลการประเมินซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่าเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี 2553 ประกอบด้วยข้อรายการทั้งหมด 191 รายการ แบ่งออกเป็น 5 ประเด็นหลักตามข้อคำถามในรอบแรก ดังนี้ 1) ลักษณะการบริการในระดับปฐมภูมิ 2) คุณสมบัติของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ด้านบุคลิก ลักษณะ และด้านคุณวุฒิ 3) บทบาท/ขอบเขตการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลชั้นพื้นฐาน 4) บทบาท/ขอบเขตการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง 5) กิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

รายละเอียดรายการภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิในปี 2553 ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันมีดังนี้

1. ลักษณะการบริการในระดับปฐมภูมิที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันมี 15 รายการ จำแนกเป็นรายการที่มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด 12 รายการ และความเหมาะสมระดับมาก 3 รายการ

2. คุณสมบัติของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันมี 23 รายการ จำแนกเป็นรายการที่มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด 19 รายการ และความเหมาะสมระดับมาก 4 รายการ

3. คุณสมบัติของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านบุคลิกลักษณะที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันมี 13 รายการ จำแนกเป็นรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้งหมด

4. คุณสมบัติของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านคุณวุฒิที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันมี 5 รายการ จำแนกเป็นรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด 2 รายการ และระดับที่มีความสำคัญมาก 3 รายการ

5. บทบาท/ขอบเขตการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลชั้นพื้นฐาน ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันมี 9 รายการ จำแนกเป็นรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด 7 รายการ และระดับที่มีความสำคัญมาก 2 รายการ

6. บทบาท/ขอบเขตการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลชั้นสูงที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันมี 15 รายการ จำแนกเป็นรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้งหมด

7. กิจกรรมการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลชั้นสูงที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันมี 111 รายการ จำแนกเป็นรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด 107 รายการ และระดับที่มีความสำคัญมาก 4 รายการ

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการค้นหาภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี 2553 ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

ก. ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงความคิดเห็น เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยว่าควรประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญเกี่ยวกับเรื่อง ความหมายของการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ลักษณะการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ คุณสมบัติผู้ให้บริการ และลักษณะการปฏิบัติงาน เนื่องจากองค์ประกอบที่สำคัญเหล่านี้สะท้อนให้เห็นภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ว่าการปฏิบัติงานที่จะให้ครอบคลุมต้องนึกถึงทั้งแนวคิดของการให้บริการ ผู้ให้บริการ และลักษณะงาน เพื่อที่จะสามารถนำไปวางแผนในการปฏิบัติงานได้ครอบคลุมและเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากที่สุด

ข. ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติ แบ่งเป็น 5 ประเด็นตามข้อคำถามหลักต่าง ๆ ดังนี้

1. ลักษณะการบริการระดับปฐมภูมิ

ผลการวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการบริการระดับปฐมภูมิสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย ที่พึงประสงค์ตามแนวคิดและทิศทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทยที่ต้องมีการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม โดยเป็นบริการในเชิงรุก เน้นการทำงานร่วมกันในลักษณะสหสาขาวิชาชีพที่เจ้าหน้าที่สุขภาพทุกคนมีส่วนที่จะใช้ความรู้ความสามารถของตนให้เกิดประโยชน์สูงสุด นอกจากนี้ต้องรู้จักทำงานร่วมกับประชาชนและบุคคลในวิชาชีพอื่นๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพแบบองค์รวม ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพใหม่นั้นมีจุดประสงค์เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม มีการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและรักษาคุณภาพ

ของการดูแล ไปพร้อมๆกัน ซึ่งในระบบบริการระดับปฐมภูมิเป็นความต้องการที่จะผสมผสาน การจัดการดูแล ร่วมกับชุมชน โดยมีจุดศูนย์กลางของการดูแลอยู่ที่ผู้รับบริการและประชาชนให้มีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีแหล่งบริการในชุมชนที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ (ทัศนาศ นฤทอง, 2542 และ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับบงยุทธ พงษ์สุภาพ (2542) ที่กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกของการเข้าสู่บริการสุขภาพ ของประชาชน ซึ่งพบว่าการเจ็บป่วยของประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศไทย ร้อยละ 70 เป็นการเจ็บป่วยที่สามารถ ดูแลด้วยการใช้ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

นอกจากจะสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์และทิศทางการปฏิรูประบบ บริการสุขภาพไทยดังข้างต้นแล้ว ผลการวิจัยที่ได้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาลักษณะการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์โดย วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ (2544) คือ เป็นบริการที่จะต้องมีการให้บริการในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการเจ็บป่วยเบื้องต้น การเจ็บป่วยเรื้อรัง การส่งต่อเมื่อเกินความสามารถในการรักษาเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพของประชาชนในชุมชน และการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

ถึงแม้ว่าผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าลักษณะการบริการระดับปฐมภูมิเกือบทุกรายการ ดังที่กล่าวไว้แล้วจะมีความสอดคล้องกันอยู่ในระดับที่มากที่สุดเกือบทั้งหมด แต่จะพบว่ามียาการที่มีความเหมาะสมระดับมากอยู่ 3 รายการ คือการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน การบริการส่งต่อ และบริการที่ช่วยป้องกันและลดความพิการจากปัญหาสุขภาพของครอบครัว ทั้งนี้อาจเนื่องจากประการแรก การให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับสิทธิในการดูแลทั้งในระยะแรก ระยะเฉียบพลัน และการส่งต่อในระยะรุนแรงนั้นผู้เชี่ยวชาญบางท่านเสนอความคิดเห็นว่าขอบเขต การดูแลในระดับปฐมภูมิของประเทศไทยยังไม่สามารถกำหนดได้ชัดเจนว่าควรจะทำได้มากน้อยแค่ไหน นอกจากนี้ยังพบว่าในปัจจุบันเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยในระยะรุนแรงเพื่อรับการรักษาต่อ ยังเป็นปัญหาอยู่ อาจเนื่องมาจากว่าในโครงการ 30 บาทนั้น สถานบริการที่เป็นคู่สัญญายังไม่เห็น ความสำคัญที่จะพิจารณาส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่เหมาะสมและสถานบริการที่รับการส่งต่อ ก็ไม่ต้องการรับ ผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ดังนั้น เรื่องของการส่งต่อจึงยังเป็น ปัญหาที่ทำให้ผู้เชี่ยวชาญเกิดความไม่แน่ใจต่อภาพในอนาคตว่าประเทศไทยจะสามารถแก้ปัญหา ดังกล่าวได้ดีมากขึ้นหรือไม่ ส่วนในเรื่องของการที่จะเป็นการบริการที่ทำให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูล ในการใช้บริการ และเป็นบริการที่ช่วยป้องกันและลดความพิการจากปัญหาสุขภาพในองครวมทั้ง สุขภาพกายและสุขภาพจิตนั้นแม้ว่าในปัจจุบันการปฏิรูประบบสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่

9 ของประเทศไทยจะได้เปลี่ยนแนวคิดจากการเน้นไปที่เรื่องสุขภาพเสีย (ill health) มาสนใจในเรื่องสุขภาพดี (good health) แต่บริการโครงสร้างหลักของการบริการสุขภาพในประเทศไทยยังมุ่งเน้นในเรื่องการรักษามากกว่าการป้องกัน จึงทำให้บริการในด้านนี้เป็นบริการที่สอดคล้องอยู่ในบริการลักษณะอื่นๆตามสถานการณ์

2. คุณสมบัติของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านความรู้ความสามารถในการ

ปฏิบัติงาน

ผลการวิจัยที่พบว่าคุณสมบัติของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานคือ การประสานงานและทำงานร่วมกับทีมสุขภาพนั้น สอดคล้องกับ จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) ที่กล่าวว่า การให้บริการทางสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อช่วยให้บุคคลดำรงรักษาสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จำเป็นต้องอาศัยทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยบุคลากรหลายฝ่ายทำงานร่วมกัน มีการประสานงานและทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ การที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพที่เหมาะสมกับค่าใช้จ่ายและทรัพยากรที่ลงทุนไปนั้นจำเป็นต้องมีการประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพ และเนื่องจาก พยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในทีมสุขภาพ เป็นผู้ให้บริการสุขภาพโดยตรงแก่ผู้ใช้บริการ ตั้งแต่ระดับง่ายไปจนถึงระดับที่ยุ่งยากซับซ้อน จึงต้องมีคุณลักษณะที่สำคัญ คือ มีความรู้ความสามารถด้านศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง มีศิลปะในการทำงาน ต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสารเนื่องจากพยาบาลต้องมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการเพื่อให้ได้ข้อมูลทางสุขภาพ มีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ต้องมีความรู้ให้ทันกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (กองการพยาบาล, 2542) ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องใช้ความรู้กว้างขวางมาบูรณาการและประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลนั้น จะต้องให้การพยาบาลโดยมองผู้ป่วยในภาพรวมที่ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี (เอื้อมพร ทองกระจาย, 2542) โดยการบูรณาการและประยุกต์ความรู้ทางหลักวิชาการพยาบาลมาผสมผสานกับสภาพแวดล้อม ภาวะทางกาย จิต ค่านิยม ความเชื่อ ชนบประเพณี วัฒนธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล จึงจะสามารถให้บริการที่ดีมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยได้ นอกจากนี้จะพบว่าจากลักษณะการบริการในระดับปฐมภูมิจะมุ่งเน้นการให้บริการในเชิงรุกสู่ครอบครัวและชุมชนให้มากที่สุด ดังนั้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่จะปฏิบัติงานจะต้องมีทักษะการให้บริการในเชิงรุกรวมทั้งทักษะทางการพยาบาลครอบครัวเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ครอบคลุมในการบริการระดับปฐมภูมิดังกล่าว

3. คุณลักษณะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชด้านบุคลิกลักษณะ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญต่อบุคลิกลักษณะของพยาบาล เพราะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล ถือเป็นสิ่งแรกที่จะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความประทับใจ เชื้อคือ ต้องการที่จะเข้ามาพูดคุย ขอคำปรึกษาและช่วยเหลือ ทำให้พยาบาลได้รับรู้ข้อมูลที่แท้จริงจากผู้ใช้บริการและวางแผนการพยาบาลได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ราตรี แก้วนพรัตน์ (2538) ซึ่งพบว่า บุคลิกภาพสามารถพยากรณ์ความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลได้ และการปฏิบัติการพยาบาลจะมีคุณภาพได้นั้นพยาบาลต้องมีบุคลิกภาพดี โดยพบว่าพยาบาลที่มีบุคลิกภาพ ที่แสดงออกถึงอารมณ์ที่มั่นคง และเป็นผู้ที่ชอบวางแผนก่อนจะลงมือทำงาน จะมีความก้าวหน้า อดทน จึงสามารถปรับตัวเข้ากับลักษณะงานที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ในการให้การพยาบาล และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

คุณลักษณะด้านบุคลิกลักษณะที่สำคัญๆ ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิสอดคล้องกับผลการวิจัยรูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของ วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2544) ซึ่งพบว่าลักษณะการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิในด้านของสมรรถนะผู้ใช้บริการจะต้องปฏิบัติงานตามมาตรฐานกฎหมายวิชาชีพ และปฏิบัติงานอย่างมี จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งวิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการแก่สังคม กำเนิดจากความมีมนุษยธรรม ความเมตตาต่อมนุษย์ในยามทุกข์จากความเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ประกอบการวิชาชีพจะต้องมีความรู้ความสามารถควบคู่กับความมีจริยธรรม (สิวลี ศรีไธ, 2536) และเนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการกระทำเพื่อดำรงรักษาซึ่งภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของบุคคล ครอบครัวและชุมชน พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้มารับบริการ มีการติดต่อสื่อสาร มีมนุษยสัมพันธ์ เพื่อที่จะให้ได้ข้อมูลร่วมกัน และหาแนวทางในการปฏิบัติเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของผู้รับบริการ นอกจากนี้ลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรงพยาบาลจึงมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงย่อมมีโอกาสที่จะเกิดความเสียหายในการถูกร้องเรียน การพูด ได้ตอบกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ได้รับความเชื่อถือ ไว้วางใจ ร่วมในการดูแลรักษา ดังนั้นพยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีทักษะ และมีบุคลิกลักษณะของการมีมนุษยสัมพันธ์ เป็นผู้รับฟังที่ดี ใจเย็น ทำให้ผู้ป่วยและญาติ เกิดความอบอุ่น ไว้วางใจ เกิดความเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (วีระวัฒน์ หาญทวิชัย, 2541) (เบญจมา เตากล้า, 2541)

4. คุณลักษณะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปริญญาด้านคุณวุฒิ

ผลการวิจัยที่ได้ระบุว่า คุณสมบัติของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปริญญาด้านคุณวุฒิควรมีการศึกษาในระดับปริญญาโทซึ่งสอดคล้องกับการปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่ ต้องการผู้นำทางการพยาบาลระดับผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ที่จะพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และจิตเวชขั้นสูงในระบบการดูแลทางด้านสุขภาพจิตในระดับปริญญาด้านคุณวุฒิ (Haber & Billing, 1995) พยาบาลที่จะทำหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีคุณสมบัติเฉพาะที่แตกต่างจากพยาบาลทั่วไป Birkhead(1989) เน้นว่า พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องมีหลักเกณฑ์ของการปฏิบัติวิชาชีพ โดยต้องแสดงบทบาทของตนให้ชัดเจน พยาบาลไม่ได้เป็นเครื่องมือใครแต่จะต้องทำให้ตนเองเป็นที่ยอมรับของสังคมให้ได้ นอกจากนี้จะต้องมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติและการตัดสินใจภายในขอบเขตของวิชาชีพตามกฎหมาย ซึ่งจากการศึกษาของ Schutzenhofer and Musser (1994) ได้ใช้การศึกษาเพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความเป็นอิสระของพยาบาลวิชาชีพในสหรัฐอเมริกาจำนวน 542 คน ผลการวิจัยนี้พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพคือระดับการศึกษา โดยการวิจัยพบว่า พยาบาลระดับมหาบัณฑิตมีระดับความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพสูงกว่าพยาบาลระดับอนุปริญญา ดังนั้น จึงเป็นสาเหตุให้พยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปริญญาด้านคุณวุฒิจะต้องมีการศึกษาอยู่ในระดับมหาบัณฑิตขึ้นไป ดังนั้นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจึงให้ความสำคัญกับคุณวุฒิว่าพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องจบ การศึกษาในระดับปริญญาโทขึ้นไป

อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญยังมีความเห็นที่สอดคล้องกันในระดับมากที่สุดว่าหากพยาบาลวิชาชีพผู้ที่จะให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปริญญาด้านคุณวุฒิไม่ได้จบการศึกษาระดับปริญญาโทก็ยังคงมีความจำเป็นจะต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อให้มีความสามารถเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตในระดับปริญญาด้านคุณวุฒิ ซึ่งจะพบว่าในปัจจุบันนี้ก็ยังคงมีการอบรมเฉพาะทางด้านนี้อยู่ การที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ให้ความสำคัญว่าพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางมากกว่าเป็นผู้ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ที่จบปริญญาโทในสาขานี้ในปัจจุบันและในอนาคตอันใกล้ยังอาจมีจำนวนไม่เพียงพอ เพราะมีสถาบันการศึกษาที่เปิดหลักสูตรนี้เพียงไม่กี่แห่ง การที่จะให้มีพยาบาลปริญญาโททางสุขภาพจิตและจิตเวชลงไปปฏิบัติงานให้ครอบคลุมในชุมชนทุกพื้นที่ จึงอาจเป็นภาพที่เห็นได้ยังไม่ชัดเจน และ

ประกอบกับการที่กฎหมายวิชาชีพในประเทศไทยในปัจจุบันและในอนาคตอันใกล้ยังไม่สามารถมี พรบ.วิชาชีพที่ชัดเจนในการรองรับให้พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงให้สามารถปฏิบัติการ พยาบาลได้อย่างอิสระและมีขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน แต่ถ้าในอนาคตประเทศไทย สามารถผลักดันให้มีการปรับปรุงพรบ.วิชาชีพพยาบาลที่กำหนดบทบาท/ขอบเขตการปฏิบัติการ พยาบาลในระดับต่างๆทั้งระดับพื้นฐานและระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงแยกออกจากกันได้ชัดเจน ผนวกกับมีพยาบาลที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโทสาขานี้โดยตรงจำนวนเพิ่มมากขึ้นย่อมจะ ทำให้ภาพความเป็นไปได้ในการมีพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงที่จะให้บริการผู้รับบริการใน ระดับปฐมภูมิ ได้ครอบคลุมมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประชาชนได้ ตามการปฏิรูประบบสุขภาพที่ต้องการสามารถเกิดขึ้นได้ในอนาคต

5. บทบาท / ขอบเขตของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับพื้นฐาน

ผลการวิจัยในเรื่องบทบาท/ขอบเขตของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับ พื้นฐานสอดคล้องกับที่สภาการพยาบาล (2539) กล่าวไว้ว่าพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล ระดับพื้นฐานเป็นผู้ที่มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจากสถาบันการ ศึกษาที่สภาการพยาบาลรับรองและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุง ครรภ์ขั้นสูง ซึ่งมีบทบาท/ขอบเขตของการปฏิบัติงานในระดับพื้นฐานที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน โดยสภาการพยาบาลได้กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลใน การให้การดูแลผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การประเมินภาวะ สุขภาพเพื่อวางแผนให้การพยาบาล ซึ่งจะทำให้เกิดดูแลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพในเบื้องต้นได้

สำหรับในเรื่องการบริหารและวิชาการที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่ามิบทบาท/ ขอบเขตในระดับที่น้อยกว่าเรื่องดังกล่าวข้างต้น อธิบายได้ว่า บทบาททั้งในลักษณะของ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่างๆ เช่น การบริหารงานหรือโครงการ การจัดทำคู่มือ มาตรฐาน การสอนและการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยนั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติการส่วนใหญ่ยังเข้าไปร่วม ดำเนินการน้อยจะเน้นในเรื่องของการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่า

6. บทบาท/ขอบเขตของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ผลการวิจัยที่ระบุว่าบทบาท/ขอบเขตการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับ ปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด 3รายการ แรกได้แก่ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการให้การดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิต เวช ที่ยุ่งยาก รุนแรงและซับซ้อนแบบองค์รวม ด้านการเป็นที่ปรึกษา และด้านคุณธรรม จริยธรรม

และกฎหมายวิชาชีพ สอดคล้องกับความหมายที่สภาการพยาบาล (2539) ได้กำหนดไว้ว่า พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ทางการพยาบาลสูงกว่าระดับปริญญาตรีและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลในสาขานั้นๆ ระยะเวลาหนึ่งจนทำให้เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ และมีขอบเขตปฏิบัติงานทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ในผู้รับบริการที่มีปัญหาทางสุขภาพที่ยุ่งยาก ซับซ้อนครอบคลุมงานส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลขั้นสูง และผลงานวิจัยประสานกับความชำนาญทางคลินิกและทักษะขั้นสูงในการประเมินภาวะสุขภาพและปฏิบัติการพยาบาล นอกจากการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว ยังมีบทบาทเพิ่ม 2 บทบาท คือ ด้านการเป็นที่ปรึกษา และด้านการวิจัย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องเป็นแกนหลักหรือผู้นำทีมสุขภาพในการบริหารงานบริการพยาบาลและวิชาการในระดับที่ลึกซึ้งกว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลระดับพื้นฐาน ส่วนในเรื่องบทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการบำบัดรักษาซึ่งผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ เห็นด้วยน้อย อาจจะเป็นเนื่องจากยังไม่มีกฎหมายหรือพรบ.วิชาชีพที่กำหนดบทบาทในด้านนี้ที่ชัดเจน อีกทั้งการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพรบ.วิชาชีพในแต่ละครั้งต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการนาน ผู้เชี่ยวชาญจึงอาจมองว่าในระยะ 10 ปีที่จะถึงนี้ ยังอาจไม่มีความเป็นไปได้หรือเป็นไปได้น้อยที่จะเกิดขึ้น แต่ในอนาคตถ้ามีความต้องการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในระดับปฐมภูมิมากขึ้น รวมทั้งมีกฎหมายหรือพรบ.วิชาชีพที่ชัดเจน พยาบาลที่จะมาให้การดูแลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิต จะต้องสามารถใช้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างอิสระในการให้การดูแลรักษา เช่น การให้การบำบัดรักษาทางจิต การวินิจฉัยแยกโรค และการสั่งยาในการรักษา โดยการผสมผสานความรู้ในการปฏิบัติการขั้นสูง ในการใช้ทฤษฎี ผลงานวิจัยและประสบการณ์ในการปฏิบัติมาประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cronenwett, 1995)

7. กิจกรรมการพยาบาลในการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

7.1 การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ยุ่งยาก รุนแรงและซับซ้อนแบบองค์รวม ทั้งในสถานบริการและในชุมชน

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการให้บริการพยาบาลทั้งแก่บุคคลที่เจ็บป่วยและบุคคลที่มีสุขภาพดี เป็นบริการที่มองคนทั้งคนแบบองค์รวมที่มีการผสมผสานระหว่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องปฏิบัติโดยอาศัยกระบวนการพยาบาล แต่ลักษณะการพยาบาลจะมุ่งเน้นหนักไปทางใด ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมของการให้

บริการพยาบาลว่าจะเป็นการให้บริการในสถานบริการหรือในชุมชน การปฏิบัติการพยาบาลจึงเป็นงานที่ปฏิบัติได้ตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล และงานที่ต้องประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพ (ลออ หุตางกูร, 2529) กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางที่ดีที่สุดสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล Yura and Wash (1988) กล่าวว่ากระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนของการปฏิบัติงาน ที่ช่วยให้มีการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีระบบ ทั้งในภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือเฉียบพลัน ช่วยให้พยาบาลรู้จักค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและช่วยแก้ไขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (รัตน ทงสวัสดิ์, 2532) และในปัจจุบันนี้ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานนั้นจะต้องมีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ดังนั้นการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้จึงมีความสำคัญและจำเป็นในการปฏิบัติงานให้ได้ ประสิทธิภาพตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

ในการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิปัจจุบันนี้จะครอบคลุมการ ดูแลทั้งหมดที่ให้แก่ผู้รับบริการ ซึ่งทำให้ต้องมีการพัฒนาระบบบริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันโดยมีรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง รวมทั้งบทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้จัดการรายกรณี (case management) (Bailey & Snyder, 1995) ที่จะทำให้การดูแลที่ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้การปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุดจะต้องมีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) ซึ่งการให้บริการโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (EBP) เป็นการบูรณาการผลงานวิจัย ศาสตร์ทางการพยาบาล หรือเหตุผลทางพยาธิสรีรภาพเป็นหลักฐานข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติและความต้องการของผู้รับบริการในการให้การดูแล (Cook & Levy, 1998) ทั้งนี้ต้องมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมด้วย ดังนั้น การตัดสินใจเพื่อปฏิบัติของพยาบาลขั้นสูงจึงต้องอยู่บนพื้นฐานของปัญญาและวิจารณ์ญาณ วิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติ ตลอดจนการใช้ความรู้ และสร้างความรู้จากการปฏิบัติโดยจะต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบ เพื่อนำมาวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือและจัดการกับปัญหาในทุกๆด้านของผู้ที่อยู่ในความดูแลนั้นๆ ให้ครอบคลุมทั้งในภาวะที่ปกติและในภาวะที่มีการเจ็บป่วย ร่วมกับมีการประเมินผลการปฏิบัติ และมีการจัดการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งความคาดหวังของบุคคลต้องการการรักษาที่ดีเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ดังนั้น สิ่งใดก็ตามที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้มารับบริการ สิ่งนั้นคือ ความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ ทางด้านสุขภาพนั่นเอง

การเป็นผู้จัดการรายกรณีเป็นการจัดระบบการดูแลที่มีคุณภาพและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพที่มุ่งเน้นที่การบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพภายใต้งบประมาณหรือค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม มีการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน มีการติดต่อสื่อสารระหว่างวิชาชีพเพื่อวางแผนการจำหน่ายร่วมกัน ซึ่งต้องมีการประสานงานกันอย่างเป็นระบบเพื่อการส่งต่อผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่เหมาะสม ซึ่งในขณะที่การให้บริการก็ต้องคงไว้ซึ่งคุณภาพตามมาตรฐาน เพื่อผลลัพธ์ คือ ภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชน (Zander, 1993) นอกจากนี้การมีผู้จัดการผู้ป่วย (case manager) รับผิดชอบประสานงานในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลอย่างต่อเนื่อง

ตลอดระยะเวลาที่มารักษาตัวในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้านทำให้สามารถค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนร่วมกับครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวของตนเอง ซึ่งจะเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นในครอบครัวผู้ป่วยด้วย

ถึงแม้ว่ากิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตจะมีความต้องการให้เกิดขึ้นอย่างมากในสภาพการปัจจุบัน แต่จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงบทบาทด้านการบำบัดรักษาได้ ผู้ป่วยเหล่านี้ยังต้องการการบำบัดรักษาจากบุคลากรที่มีสุขภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในสถานบริการและในชุมชน ซึ่งมีความต้องการพยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นอย่างมากในการบำบัดรักษา แต่ในปัจจุบันโรงพยาบาลเฉพาะทางซึ่งให้บริการตรวจรักษาผู้มีปัญหาทางจิตยังมีอยู่จำกัด ไม่ครอบคลุมและเพียงพอกับความต้องการของประชาชน ผู้เชี่ยวชาญบางท่านจึงแสดงความเห็นว่า เพื่อลดปัญหาดังกล่าว สถานบริการในระดับต้น เช่น โรงพยาบาลชุมชนจึงมีความต้องการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงที่จะทำหน้าที่ให้การบำบัดรักษาเบื้องต้นทางจิตเวช รวมทั้งการบำบัดรักษากรณีฉุกเฉินแก่ผู้รับบริการ ก่อนที่จะมีการส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานบริการเฉพาะทางตามความเหมาะสมต่อไป

7.2 ด้านการบริหารจัดการ

ผลการวิจัยที่พบว่าการบริหารจัดการควรเป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งในการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในเรื่องการบริหารจัดการ สอดคล้องกับ บุญใจ ศรีสถิตยัณทรากูร (2543) ที่กล่าวว่า การบริหารจัดการเป็นการนำความรู้ความสามารถที่ครอบคลุมทั้งด้านการบริหารงานบุคคล การบริหารงบประมาณและการบริหารวัสดุอุปกรณ์ งานวิชาการ การจัดการระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและสนองความต้องการของประชาชน การนำทีมงานและการโน้มน้าวบุคคลในทีมงานให้ร่วมมือกันกระทำกิจกรรมเพื่อพัฒนางานของหน่วยงาน การทำงานเป็นทีมเป็นการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การมีเป้าหมายร่วมกัน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การติดต่อสื่อสาร การร่วมมือประสานงาน นอกจากนี้ การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต้องอาศัยกระบวนการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดจุดมุ่งหมายในการทำงาน การวางแผนงาน การปฏิบัติตามแผนงาน การประเมินผลและปรับปรุงงาน (ทัศนาศา แชนมณี, 2537 อ้างถึงใน ชวนพิศ สิ้นธุวรการ, 2539) ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระดับปฐมภูมิจะต้องมีความรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลและการจัดการบุคลากร บริหารงาน และงบประมาณ จึงต้องมีกระบวนการทำงานให้ชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

7.3. ด้านการให้ความรู้

ผลการวิจัยในกิจกรรมการพยาบาลด้านการให้ความรู้สอดคล้องกับสภาการพยาบาล (2539) ที่ได้กำหนดขอบเขตของการปฏิบัติงานในด้านของการให้ความรู้ในเรื่องของการสอนเทคนิควิธีการหรือการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง มาประยุกต์ใช้ในการสอนผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรที่มีสุขภาพจิตโครงการฝึกอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็นแก่พยาบาล รวมทั้งการสอนและเป็นพี่เลี้ยงให้แก่นักศึกษาพยาบาล พยาบาลที่จบใหม่ทุกระดับให้มีการพัฒนาความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในสาขาตนเองเชี่ยวชาญ การให้ความรู้เป็นความสามารถในการให้คำแนะนำในสาระที่ตรงกับสาขาที่เชี่ยวชาญแก่บุคลากรในทีมสุขภาพรวมถึงประชาชน สามารถสอนงาน และฝึกงานแก่พยาบาลที่จบใหม่หรือกระทำบทบาทในฐานะของพี่เลี้ยง (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2543) Jackson (1993 อ้างถึงใน สุทิน คำชาย, 2541) กล่าวว่าพยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ทำหน้าที่ได้อย่างปกติที่สุด ซึ่งองค์ประกอบหนึ่งของการให้บริการระดับปฐมภูมิคือจะต้องมีการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพ ให้สามารถกลับมาดำรงชีวิตที่ปกติได้ การให้ความรู้จึงมีความจำเป็นที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระดับปฐมภูมิจึงต้องมีบทบาทด้านการให้ความรู้ทั้งแก่บุคลากรที่มีสุขภาพให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบได้อย่างมีคุณภาพรวมทั้งผู้รับบริการและครอบครัวสามารถดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

7.4 ด้านการเป็นที่ปรึกษา

การเป็นที่ปรึกษาเป็นการแสดงบทบาทในการเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านความรู้ความสามารถ และความชำนาญทางคลินิกในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญแก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน รวมถึงประชาชนผู้รับบริการ เพื่อร่วมมือแก้ไขปัญหาให้บรรลุเป้าหมายของการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ดังนั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระดับปฐมภูมิมีบทบาทด้านการเป็นที่ปรึกษาทั้งแก่พยาบาลประจำการในการประเมินปัญหา วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและครอบครัวในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ (สุภาณี เสนาดิสัย, 2544) รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาและแหล่งประโยชน์แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนพัฒนาและดำเนินการในโครงการต่างๆ เพื่อเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือประชาชน

7.5 ด้านการวิจัย

การนำผลการวิจัยไปใช้เป็นการนำความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบตามกระบวนการของระเบียบวิธีการวิจัยแล้วมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน (Polit&Hungler, 1995) เพื่อเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปรับปรุงและพัฒนาการพยาบาล ทำให้คุณภาพการบริการพยาบาลดีขึ้น ทำให้บริการพยาบาลมีทั้งประสิทธิภาพและคุณภาพ อีกทั้งยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากการทำงานได้กว้างขวาง ลึกซึ้งต่อไปอีก ซึ่งจะก่อให้เกิดประสบการณ์และความชำนาญเชิงวิชาชีพต่อไปในอนาคตด้วย (ทัศนาศา นุญทองและวรรณวิไล จันทราภา, 2530) นอกจากนี้ยังเป็นไปตามวัตถุประสงค์ในแผนพัฒนาการวิจัยทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งชาติของสภาการพยาบาลที่ได้มีการสนับสนุนการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อพัฒนางาน สร้างองค์ความรู้หรือกำหนดนโยบาย ตลอดจนการพัฒนาสุขภาพและสวัสดิภาพของประชาชน (สภาการพยาบาล, 2538) ดังนั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระดับปริญญามิฉะนั้นจะต้องเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการพัฒนาวิชาชีพในอนาคต จึงต้องมีการนำผลงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อทำให้วิชาชีพมีความก้าวหน้าต่อไป

7.6 ด้านคุณธรรม จริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ

การให้บริการพยาบาลที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางนั้น บริการต่างๆที่ให้แก่จะต้องได้รับความสนใจและเอาใจใส่ มีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ผู้รับบริการได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและครบถ้วน ในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลทุกคนจะต้องให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและเท่าเทียมกันและต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยทุกราย ต้องไม่มีการทำผิดมาตรฐานหรือจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งวิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการแก่สังคม กำเนิดจากความมีมนุษยธรรม ความเมตตาต่อมนุษยชาติในยามทุกข์จากความเจ็บป่วย ผู้ที่อยู่ในวิชาชีพพยาบาลต้องมีความตั้งใจจริงและมีจริยธรรมสูง เพราะพยาบาลและ จริยธรรม มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันจนแยกไม่ออก (พินิจ รัตน์กุล, 2532) ดังนั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูงจึงต้องเข้าบทบาทในด้านนี้ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติการพยาบาลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เนื่องจากในการวิจัยนี้ต้องใช้การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ด้วย ทำให้ไม่สามารถที่จะตอบข้อซักถามของผู้เชี่ยวชาญได้อย่างละเอียด เช่นเดียวกับการที่ผู้วิจัยไปพบผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง เนื่องจากการติดต่อทางโทรศัพท์ อาจจะทำให้เกิดข้อขัดข้องในการติดต่อได้ง่าย

2. การทำวิจัยแบบเดลฟายเป็นการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ โดยการตอบแบบสอบถามหลายรอบ ทำให้รบกวนเวลาของผู้เชี่ยวชาญมาก ผู้วิจัยจะต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยินดีและเต็มใจที่จะตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะทำได้ดำเนินการวิจัยได้ในระยะเวลาที่กำหนด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยในครั้งนี้

1. การเตรียมการเพื่อรองรับการจัดบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ควรคำนึงถึงปัจจัยต่างๆในเรื่องลักษณะของการให้บริการในระดับปฐมภูมิ คุณสมบัติของพยาบาล บทบาท/ขอบเขตการให้บริการพยาบาล และกิจกรรมการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ

2. ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรหาวิธีการส่งเสริมและพัฒนาทักษะ ความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการพยาบาลให้ทำหน้าที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิได้ และสถานการณ์พยาบาลควรมีการผลักดันให้มีพร.วิชาชีพรองรับให้สามารถประกอบวิชาชีพได้เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในอนาคต

3. ผลจากการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการบริการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้ในอีก 10 ปีข้างหน้า นั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจะเป็นผู้ที่มีบทบาทมากขึ้นในการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ดังนั้น ผู้บริหารทางด้านการให้บริการสุขภาพรวมทั้งผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรนำข้อมูลจากผลการวิจัยนี้มาใช้กำหนดเป้าหมายและการวางแผนในการพัฒนาและบริหารทรัพยากรบุคคลทางการพยาบาลเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการในอนาคตของผู้รับบริการต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาความต้องการบริการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของผู้รับบริการ เพื่อที่จะนำมาวางแผนปรับปรุงงานให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

2. ควรมีการศึกษาในเรื่องการดำเนินงานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องและทันกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีต่อไป

- ชวนพิศ สิ้นสุวรรณ. 2539. **การทำงานเป็นทีมของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิกผู้สูงอายุ**
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
 มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาติรี บานชื่น. 2542. “แนวทางกรดำเนินงาน HPH และการสนับสนุนของกรมการแพทย์ “
เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. วันที่ 21-22
 กันยายน ณ โรงแรมรามาร์คเด้นส์ กรุงเทพมหานคร.
- ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ. 2536. **ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข แนวคิดในการ**
พัฒนาการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ. นนทบุรี.
- ทัศนาศ นุญทอง. 2542. **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ**
ไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. กรุงเทพฯ : ศิริยอดการพิมพ์.
- ทัศนาศ นุญทอง. 2544. **เอกสารประกอบการบรรยายแนวคิดการปฏิรูประบบบริการ**
พยาบาลระบบและบทบาทพยาบาลในระดับปฐมภูมิ.
- ทัศนาศ นุญทองและวราภรณ์ไฉ่ จันทราภา. 2530. **เอกสารการสอนชุดวิชาประเมิน**
และแนวโน้มทางการพยาบาล หน่วยที่ 14-15. กรุงเทพฯ : รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- เทียนฉาย กิระนันท์. 2525. การวิจัยอนาคต. **ในเอกสารวิชาการประกอบการประชุม**
เชิงปฏิบัติการเรื่อง การวิจัยปัญหากรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2. หน่วยเศรษฐศาสตร์
 วิจัย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 16 มกราคม 2525 : 1-32.
- เทียนฉาย กิระนันท์. 2537. **สังคมศาสตร์วิจัย.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาคยา ปิณฑานนท์. 2526. **อนาคตศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร : พีระพัธนา.
- บุญทิพย์ สิริรังศรี. 2539. **ผู้ป่วยเบาหวาน : การดูแลแบบองค์รวม.** สาขาวิทยาศาสตร์
 สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุญวดี เพชรรัตน์. 2539. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1.** คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. พิมพ์ครั้งที่ 1 สงขลา : เทมการพิมพ์.
- เบญจมา เตากล้า. 2541. **บทบาทของพยาบาลในการสอนผู้ป่วย : ความต้องการจำเป็นของสังคม.**
สารสภากาพยาบาล. 13 (มกราคม-มีนาคม).
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. 2543. **การพัฒนาดัชนีรวมของคุณภาพการจัดการศึกษาสำหรับ**
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. ปริญญาการศึกษาดุสิตบัณฑิต
 สาขาการวิจัยและการพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประคอง กรรณสูตร. 2520. **สถิติวิเคราะห์สำหรับครู.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช
 จำกัด.
- ประคอง กรรณสูตร. 2538. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 2.
 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปรีชา อินโท. 2541. ปฏิรูประบบบริหารสุขภาพจิต : ความจำเป็นและความเป็นไปได้.

ในคณะกรรมการฝ่ายวิชาการ กรมสุขภาพจิต บรรณารักษ์. **รายงานการประชุม
วิชาการกรมสุขภาพจิต ปี 2541 เรื่อง ปฏิรูประบบบริการสุขภาพจิต : ฝ่าวิกฤต
เศรษฐกิจ.** กรุงเทพฯ : ยี่มการพิมพ์.

พหล วงศาโรจน์. 2541. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต : ยุทธศาสตร์ความมั่นคงแห่งชาติ.

ในอุดมเพชรสังหาร และคณะบรรณารักษ์. **ประชาคมสุขภาพจิตอีสาน 41.** ขอนแก่น :
ขอนแก่นการพิมพ์.

พินิจ รัตนกุล. 2532. นิกส์และจริยธรรมพยาบาล. **สารสภายพยาบาล.** 4(มีนาคม).

พิลัยพร พุทธิเสน. 2539. **ปัจจัยที่มีผลต่อเจตคติของแพทย์ในการให้บริการเวชปฏิบัติระดับ
ปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน** วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขา
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ. 2539. **วิจัยทางการแพทย์ : หลักการและกระบวนการ.**
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ยงยุทธ์ พงษ์สุภาพ. **ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์
มูลนิธิโกมลคีมทอง.

วชิระ เพ็งจันทร์. 2543. **สรุปการประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย**
เรื่อง การปฏิรูประบบการบริการพยาบาล : ทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต ฝ่ายวิชาการ
สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
14 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม.

วิจิตร เอี่ยมบริสุทธ์. 2543. **ความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนแม่บทโรงพยาบาล**
ส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสระบุรี. สังคมสงเคราะห์
ศาสตรมหาบัณฑิต(การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม) คณะสังคมสงเคราะห์
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ. 2544. เอกสารประกอบการสัมมนาพยาบาลศาสตร์แห่งชาติ ครั้งที่ 3
เรื่องการพัฒนาการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อตอบสนองการ
ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร วันที่ 23.25
กรกฎาคม.

วีระวัฒน์ หาญทวิชัย. 2542. การพยาบาลของเราในปี ค.ศ. 2000. **วารสารการพยาบาล.** 1(1)
มกราคม-มิถุนายน.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. 2541. **ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย.** พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
พิมพ์ดีด.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544. (ร่าง) **กรอบแนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ.** สำนักงาน
ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส). นนทบุรี.

สภาการพยาบาล. 2538. **เอกสารประกอบการสัมมนาแผนพัฒนาการพยาบาลและผดุงครรภ์**
แห่งชาติ วันที่ 28-29 กันยายน 2538. กรุงเทพมหานคร : สภาการพยาบาล.

สภาการพยาบาล. (ม.ป.ป.) **หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญในการ
ประกอบวิชาชีพการพยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** นนทบุรี.

(อัดสำเนา)

สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. **สรุปการประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
เรื่อง การปฏิรูประบบบริการพยาบาล : ทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต ฝ่ายวิชาการ
สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
14 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม.**

สมจิต หนูเจริญกุล. 2544. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 1 เรื่อง
บัณฑิตศึกษากับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. วันที่ 22-24 สิงหาคม.**

สมจิต หนูเจริญกุล ทัศนาศา บัญทอง และวรรณวิไล จันทราภาพ. 2544. **เอกสารประกอบการ
ประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 1 เรื่อง การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการออก
วุฒิบัตรรับรองในสหรัฐอเมริกา วันที่ 22-24 สิงหาคม.**

สาธาณสุข, กระทรวง. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. 2543. **ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ?
สรุปการสัมมนาในระดับชาติ วันที่ 3 พฤษภาคม 2543. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข.**

สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย. 2543. **รายงานการวิจัย
เกี่ยวกับโรคเอดส์ เรื่อง ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแล
ตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. โครงการพัฒนาภูมิ
ปัญญาและการวิจัยเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ทบวงมหาวิทยาลัย.**

สุทิน คำชาย. 2541. **ผลการสอนสุขภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.**

สุภาณี เสนาดิสัย. 2544. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 1 เรื่อง ระบบ
บริหารการพยาบาลกับการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง.
วันที่ 22-24 สิงหาคม 2544.**

สุนทราวดี เขียวพิเชฐ และอุไร หัตถกิจ. 2544. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับ
ชาติครั้งที่ 1 เรื่อง การจัดการศึกษา เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง.
วันที่ 22-24 สิงหาคม 2544.**

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์. 2539. **การบริหารการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร :
จรรยาการพิมพ์.**

สิวลี ศิริไธ. 2542. **จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย**

เอี่ยมพร ทองกระจ่าง. 2542. **การพยาบาลแบบองค์รวม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 22 เมษายน-มิถุนายน .**

ภาษาอังกฤษ

- Aiken, L.H., & Sage, W.M. 1992. Staffing national health care reform : A role for Advanced Practice nurses. **Akron Law Review**, 26, 187-211.
- Alpert, J, and Charney, E. 1973. The Education of Physicians for Primary Care. US Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Health Resources Administration, Rockville, Md, HRA publication 74-3113. Policy Institute, Graduate School of Public Health, University of Pittsburgh.
- American Nurses Association. 1994. **A statement on psy-chiatric-mental health Clinical nursing practice and standards of psychiatric-mental health clinical Nursing practice**. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- American Nurses Association. 1996. **Scope and stan-dards of advanced practice Registered nursing**. Washington, DC: Author..
- Bailey, K.P., & Snyder, M.E. 1995. The implementation of advanced practice Psychiatric nurse prescribers : A comprehensive model. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, 183-189.
- Barker, P.R., Manderscheid, R.W., Hendershot, G.E., Jack, S.S., Schoenborn, C.A., Goldstrom, I. 1992. Serious mental illness and disability in the adult household Population : United States, 1989. **Advance data from vital and health statistics**. 218, Hyattsville, MD : National Center for Health Statistics.
- Benner, P. 1984. **From novice to expert** (pp. 292-293).Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Best practice. 1998. **AACN News 15**, 7:5.
- Byers, J. F., & Brunell, M. L. 1998. Demonstrating the value of the advanced practice nurse: An evaluation model. **AACN Clinical Issues 9**(2), 296-305.
- Carole,A.S., et al.1999. **Advanced Practice Nursing in Psychiatric and Mental Health Care**. St.Louis : mosby.
- Cook, D. J., & Levy, M. M. 1998. Evidence-basedmedicine. **Critical Care Clinics 14**(3), 353-358.
- Cronenwett, L.R. 1995. Molding the future of advanced practice nursing. **Nursing Outlook**, 43, 112-117.
- Donaldson, M., Yourdy, K., & Vanselow, N. (Eds). 1994. **Defining primary care : An**

- interim report. . Washington, DC : National Academy Press.
- Geden, E.A., Isaramalai, S., & Taylor, S.G. 2001. Differentiating Nursing Practice in Primary Care. **Nursing Science Quarterly**, 14 (1), 29-33.
- Golden, A: A definition of primary care foreducation purposes. In Golden, A, Carlson, D, and Hagan, J (eds). 1982 *The Art of Teaching Primary Care*. Springer, New York.
- Haber, J., & Billings, C.V. 1995. Primary mental health care : A model for psychiatric mental health nursing. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, 154-163.
- Institute of Medicine: Report of a Study: A Manpower Police for Primary Health Care. 1978. **Nation Academy of Science**, Washington, DC, May.
- Institute of Medicine. 1994. *Defining PrimaryCare: An Interim Report*. Washington, DC National Academy Press.
- Institute of Medicine Committee on the Future of Primary Care. 1996. *Defining Primary care*. In M. Donald, K. Yordy, & N. Vanselow (Eds.), **Primary care : America's health in a new era**. Washington, DC : National Academy Press.
- Jean,G. & Rosalie,H. 1999. *The Renaissance of Primary Care : An Opportunity for Nursing Advanced Practice Nyrsing Changing Roles and Clinical Applications*. Lippincott.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Hans-Urich, W., & Kendler, K.S. 1994. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disoeders in the United States. **Archives of General Psychiatry**, 8-19.
- Linda, D.L. and Catherine, G.L. 1998. *Primary Care and Advanced Practice Nursing : Past, Present and Future*. **Advanced Practice Nursing Emphasizing Common Roles**. Philadelphia.
- Linstone, H.A. and Turoff, M. 1975. **The delphi method techniques and application**. London : Addison-Wesley, 1975.
- Loomis, C.J. 1994. The real action in health care. **Fortune**, 149-156.
- Murry, J.W. and Hammons, J.O. 1995. Assessing the Managerial and Leadership Ability of Community College Administrative. **Journal of Research and Practice**.

19, no.3.

- Murry, J.W. and Hammons, J.O. 1995. Delphi : A Versatile Methodology for Conducting Quality Research. **The Review of Higher Education**. 18, no.4.
- O'Neil, E.H. 1993. **Health Professions Education for the Future : Schools in Service to The Nation**. San Francisco, CA : Pew Health Professions Commission.
- Pew Health Professions Commission. 1991. **Healthy America : Practitioner for 2005**. Durham, NC : Author.
- Polit, F.D., & Hungler, P.B. 1995. **Nursing Research : Principle and methods**. (5th ed) Philadelphia : J.B. Lippicott.
- Powel, Suzuki.K. 1996. **Nursing case management : A practical guide to success in Managed Care**. Philadelphia : Lippincott-Ravan.
- Safriet, B.J.1992. Health care dollars and regulatory sense : the role of advanced practice nursing. **Yale Journal of Regulation** 9, (2).
- Sartorius, N., Ustun, B., Silva, J.A.C., Goldberg, D., Lecrubier, Y., Ormel, J., Von Korff, M., & Hans-Uli, W. 1993. An international study of psychological problems in Primary care : Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on ' Psychological Problems in General Health Care. ' **Archives of General Psychiatry**, 819-824.
- Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A., Mitchell, J.B., Morgan, K.L. 1993. Creating Organized delivery systems : The barriers and facilitators. **Hospital Health Services Administration**, 447-466.
- Smoyak, S. 1976. Specialization in nursing : From then to now. **Nursing Outlook**, 676-681.
- Starfield, B. 1992. **Primary Care : Concept, Evaluation and Policy**. Oxford University Press, New York, .
- Stokols, D. 1996. Translating social ecological theory into guidelines for community Health promotion. **American Journal of Health Promotion** 10, 282-298.
- United States Public Health Service. 1990. **Healthy people 2000 : National health Promotion and disease prevention objectives**. Washington, DC : U.S. Government Printing Office.
- Wanda Anderson-Loftin. 1999. Nurse care Manages in Rural Hospital. **Jona** 29(2) : 42-49.

White, K. 1967. Primary medical care for families. *N Engl J Med* 277:847.

Zander, K. 1993. The impact of managing care on the role of nurse. *Series On Nursing Management* 5 : 65-82.

Zucconi, Sharon L., Carson, C.A., & Holsinger, G.L. 1993. **Assessing community health needs : Implications for health care reform**, HPI Series 19. Pittsburgh : Health Policy Institute, Graduate School of Public Health, University of Pittsburgh.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ ประวัติผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ

หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญแต่ละรอบ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
2. นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. นายแพทย์ธนู ชาดิธนานนท์
2. นายแพทย์สุจิตต์ สุวรรณชีพ
3. รองศาสตราจารย์ ปาหนัน บุญหลง
4. นางวัชรภรณ์ อุทโยภาส
5. นางลำเนา เรืองยศ
6. นางสาวสายพิน ลิขิตเลิศล้ำ
7. รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล
8. รองศาสตราจารย์ อูบล นิวัติชัย
9. นางดวงตา กุศลรัตนญาณ
10. นางสาวสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์
11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธีรังษี
12. รองศาสตราจารย์ อุษภาพร ขวลิตนิกุล
13. นางสาววัฒนา กุลนาถศิริ
14. นางสาวชัชวัญ ปิ่นสากร
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำป็น
16. นายแพทย์ปรีทรรค ศิลปกิจ
17. นายแพทย์วีระ ชูรุจิพร
18. นางสมจิตต์ ฤประสงค์
19. นางสาววัชณี หัตถพนม
20. นางนันทนา รัตนากร
21. นางสาวราณี พรมานะจิริงกุล

ประวัติผู้เชี่ยวชาญ

- ชื่อ - สกุล นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
- ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- ประวัติการศึกษา
- พบ. (ศิริราช) วท.ม (มหิดล)
 - วุฒิบัตร จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น
 - Certificate of Training Child
 - Psychiatry and Family Therapy
(University of Hamburg, Germany)
- ประสบการณ์การทำงาน
- จิตแพทย์ให้คำปรึกษาเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว
 - ฝึกอบรมการให้คำปรึกษาครอบครัว
 - พัฒนาหลักสูตรและการฝึกอบรมด้านทักษะชีวิตสำหรับ
เยาวชนและครอบครัว
 - ฝึกอบรมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
- ชื่อ - สกุล นายแพทย์จรัญ จันทร์มัตตุการ
- ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ 8 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาญจนดิษ
- วุฒิการศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 16 ปี
- ประสบการณ์การทำงาน
- ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาญจนดิษ
ตั้งแต่พ.ศ. 2529 - 2545
 - ได้รับรางวัลข้าราชการพลเรือนดีเด่น พ.ศ. 2538
 - ได้รับรางวัลโรงพยาบาลสมทบดีเด่นจิตเวชจากมูลนิธินายแพทย์ฝน
แสงสินแก้ว พ.ศ. 2540
 - เป็นที่ศึกษาดูงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนของมหาวิทยาลัย
ทั่วประเทศ

- ชื่อ - สกุล นายแพทย์ธนู ชาติธนานนท์
- ตำแหน่งปัจจุบัน รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
- วุฒิการศึกษา
- ระดับปริญญาตรี สาขา Pre - Medicine (B. Sc. Pre - med) สถาบัน Far Eastern University ประเทศ Philippines (2506-2509)
 - ระดับปริญญาโท สาขา Medicine (M.D.) สถาบัน Far Eastern University ประเทศ Philippines (2509-2514)
 - ระดับปริญญาเอก วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญพิเศษ สาขา จิตเวชศาสตร์ (ว.ว.จิตเวชศาสตร์) สถาบัน คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี (2516-2519)
 - อนุมัติบัตรโรคเขตร้อนและการสาธารณสุข (Diploma in Tropical Medicine and Hygiene) (DTM H) คณะอายุรศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
 - แพทยศาสตร์ศึกษา (Diploma in Medical Education)
- ประสบการณ์การทำงาน
- ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตชัชนาท
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา
 - นายแพทย์ใหญ่กรมสุขภาพจิต
- ชื่อ - สกุล นายแพทย์สุจริต สุวรรณชีพ
- วุฒิการศึกษา
- ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2505
 - ประกาศนียบัตรแพทย์ฝึกหัด โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ พ.ศ. 2506
 - ประกาศนียบัตร Neuropsychiatry Austin State Hospital Texas, USA พ.ศ. 2509 - 2513
 - วุฒิบัตรแสดงความรู้หรือความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ เวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ แพทยสภา
- ตำแหน่ง ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต

สถานที่ปฏิบัติงาน กรมสุขภาพจิต

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 39 ปี

ประสบการณ์ในการทำงาน

- รับราชการตำแหน่งนายแพทย์โท กองโรงพยาบาลโรคจิต กรมการแพทย์ พ.ศ. 2506
- ดำรงตำแหน่ง นายแพทย์เอก กองโรงพยาบาลโรคจิต กรมการแพทย์ พ.ศ. 2515
- ดำรงตำแหน่ง นายแพทย์ 7 กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ พ.ศ. 2518
- ดำรงตำแหน่ง นายแพทย์ 8 (นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชศาสตร์) กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ พ.ศ. 2523
- ดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสุขภาพจิต พ.ศ. 2532
- ดำรงตำแหน่ง นายแพทย์ 9 (ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรมสาขาจิตเวช) พ.ศ. 2533
- ดำรงตำแหน่ง นายแพทย์ใหญ่ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2534
- ดำรงตำแหน่ง นายแพทย์ใหญ่ กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2536
- ดำรงตำแหน่ง รองอธิบดี (นักบริหาร 9) กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2538
- ดำรงตำแหน่ง ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2539 – ปัจจุบัน
- สมาชิกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
- Associate Member American Psychiatric Association
- สมาชิกราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นางวัชรภรณ์ อุทโยภาศ

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 8 วช

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 37 ปี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พ.ศ. 2508

ชื่อ - สกุล

วุฒิการศึกษา

ตำแหน่ง

สถานที่ปฏิบัติงาน

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

ผลงานทางวิชาการ

- ฝึกงานเป็นผู้เยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

รองศาสตราจารย์ อุษภาพร ขวลิตนินิกุล

- อนุปริญญา (พยาบาลและอนามัย) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2512
- ประกาศนียบัตรมดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2513
- วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2516
- Master degree of Public Health University of Pittsburgh, U.S.A. พ.ศ. 2519
- Cert. In Community Health Nursing University of Virginia, U.S.A. พ.ศ. 2536

รองศาสตราจารย์

คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราช

10 ปี

งานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย

- ความรู้ ความคิดเห็นต่อหน้าที่และลักษณะงานที่ปฏิบัติของพยาบาลประจำโรงงานอุตสาหกรรม
 - ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชายไทยในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร
 - การสำรวจอาการปวดหลังจากการปฏิบัติวิชาชีพของพยาบาลไทย
 - การรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปอดและการสูบบุหรี่ของผู้ชายไทยที่มีการศึกษา
 - ทักษะเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในเขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร ผู้ร่วมโครงการ
 - การประเมินสภาวะอนามัยโรงเรียนราษฎร์ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร
 - พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพ
 - พฤติกรรมการดูแลเด็กวัยก่อนเรียน เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร
- ตำรา/หนังสือวิชาการ
- พยาบาลอนามัยชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

- การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- การจัดหน่วยบริการสุขภาพของพนักงานและครอบครัว

บทความทางวิชาการ

- คิดให้ดีก่อนมีครรภ์
- พิการจากพิษแมงกานีส : ประวัติผู้ป่วย

ชื่อ - สกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล

วุฒิการศึกษา

Ph. D. (Nursing)

ตำแหน่ง

รองศาสตราจารย์

สถานที่ปฏิบัติงาน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 16 ปี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- สอนนักศึกษาหลักสูตรปริญญาตรีภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ 17 ปี
- สอนนิสิตหลักสูตรปริญญาโทภาคทฤษฎี 17 ปี
- สอนนิสิตหลักสูตรปริญญาโทภาคปฏิบัติในการทำกลุ่มบำบัดทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทรพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในระยะเฉียบพลันเรื้อรัง โดยประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาล
- สอนการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชภาคทฤษฎี 5ปี
- สอนการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชภาคปฏิบัติ 2 ปี
- กรรมการเฉพาะกิจเพื่อจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น สภาการพยาบาล
- อนุกรรมการฝึกอบรม การสอนความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สภาการพยาบาล

ชื่อ - สกุล

นางสาววัฒนา กุลนาคศิริ

วุฒิการศึกษา

- อนุปริญญาพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2519

- พยาบาลศาสตร์ต่อเนื่อง พ.ศ. 2528

- นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง พ.ศ. 2534

- วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาล) พ.ศ. 2536-2539

ตำแหน่ง

หัวหน้าหอผู้ป่วยห้องเด็กแรกเกิด และพยาบาลผู้ชำนาญการระดับ 8

สถานที่ปฏิบัติงาน งานการพยาบาลสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 1 ปี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- พยาบาลประจำการห้องคลอด พ.ศ. 2519 - 2539
- ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลด้านวิเทศสัมพันธ์ พ.ศ. 2539 - 2541
- หัวหน้าหน่วยส่งเสริมบุคลากรและวิจัย พ.ศ. 2541 - 2543
- หัวหน้าหอผู้ป่วยห้องเด็กแรกเกิด พ.ศ. 2543 - ปัจจุบัน
- กรรมการเฉพาะกิจเพื่อจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง
ระยะสั้น สภาการพยาบาล
- อำนวยการฝึกอบรม การสอนความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขา
มารดา - ทารก สภาการพยาบาล

ชื่อ - สกุล

นางดวงตา กุศลรัตนญาณ

วุฒิการศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ 7

สถานที่ปฏิบัติงาน

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 12 ปี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- พยาบาลประจำการตึกสามัญชาย พ.ศ. 2524 - 2529
- ศึกษาต่อระดับมหาบัณฑิต พ.ศ. 2529 - 2531
- รองหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญชาย พ.ศ. 2531 - 2533
- ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการพยาบาล พ.ศ. 2533 - 2538
- รองหัวหน้าหอผู้ป่วยตึกสามัญชาย พ.ศ. 2538
- รักษาการณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญชาย พ.ศ. 2538 - 2539
- หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญชาย พ.ศ. 2539 - 2540
- หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษหญิง พ.ศ. 2541 - ถึงปัจจุบัน

ชื่อ-สกุล นางสาวชัชวัญ ปิ่นสากุล
 วุฒิการศึกษา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
 ตำแหน่ง ผู้ชำนาญการและผู้ตรวจการ ระดับ 8
 สถานที่ปฏิบัติงาน งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล รพ.ศิริราช
 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 7 ปี
 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2513 ถึงปัจจุบัน
- พยาบาลประจำการ พ.ศ. 2513
- หัวหน้าหอผู้ป่วย พ.ศ. 2526
- หัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ชำนาญการ พ.ศ. 2539
- ผู้ชำนาญการและผู้ตรวจการพยาบาล พ.ศ. 2541 ถึงปัจจุบัน
- ประธานพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ พ.ศ.
2542- ปัจจุบัน
- กรรมการคัดกรองผลงานเพื่อเสนอแต่งตั้งพยาบาลชำนาญการของ
ฝ่ายการพยาบาล พ.ศ. 2541 – 2543
- กรรมการให้คำปรึกษางานวิจัยและวิชาการพยาบาลของฝ่าย
การพยาบาล พ.ศ. 2542 – 2544
- กรรมการชมรมพยาบาลกุมารเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย
พ.ศ. 2540 – ปัจจุบัน
- กรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ฝ่ายการพยาบาล
พ.ศ. 2542 – ปัจจุบัน
- ที่ปรึกษานุกรมการฝ่ายวิชาการชมรมพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
พ.ศ. 2543 – ปัจจุบัน
- กรรมการวิเคราะห์ภาระงานของฝ่ายการพยาบาล พ.ศ. 2542
- กรรมการร่างหลักเกณฑ์การเข้าสู่ตำแหน่งและร่างแบบประเมินผล
การปฏิบัติงานของผู้ชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญ พ.ศ. 2544
- กรรมการศึกษารูปแบบการจัดอัตรากำลังบุคลากรฝ่ายการพยาบาล
พ.ศ. 2543 – ปัจจุบัน

- อนุกรรมการฝึกอบรมและสอนความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการแพทย์พยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขาต่างๆของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2544 - ปัจจุบัน
- กรรมการคัดกรองการเขียนและผลงานเพื่อเสนอแต่งตั้งพยาบาลชำนาญการของฝ่ายการพยาบาล พ.ศ. 2544 - ปัจจุบัน

ชื่อ - สกุล

นางสาวสายพิน ลิขิตเลิศล้ำ

วุฒิการศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ตำแหน่ง

พยาบาลผู้ชำนาญการ ระดับ 8

สถานที่ปฏิบัติงาน

หอผู้ป่วยประเสริฐ กังสดาลัย รพ.ศิริราช

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 18 ปี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยประเสริฐ - กังสดาลัย โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2526 - 2542
- พยาบาลผู้ชำนาญการหอผู้ป่วยประเสริฐ - กังสดาลัย โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2542 - ปัจจุบัน

ชื่อ - สกุล

นางลำเนาวี เรืองยศ

วุฒิการศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ตำแหน่ง

พยาบาลผู้ชำนาญการระดับ 8

สถานที่ปฏิบัติงาน

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 22 ปี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยจิตเวช ตั้งแต่ พ.ศ. 2532-2529
- หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช พ.ศ. 2530 - ปัจจุบัน
- ผู้ตรวจการพยาบาล พ.ศ. 2544 - ปัจจุบัน
- กรรมการเฉพาะกิจเพื่อจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น สภาการพยาบาล
- อนุกรรมการฝึกอบรม การสอนความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สภาการพยาบาล

- เป็นผู้ช่วยศาสตราจารย์ 7 ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และเป็นรองคณบดีฝ่ายกิจกรรมนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

ชื่อ - สกุล นางสมจิตต์ ลูประสงค์
 วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลชุมชน)
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 8
 สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม
 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 6 ปี

ชื่อ - สกุล นางวัชณี หัตถพนม
 วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตร์และนฤนคหัตถศาสตร์ชั้นสูง (เกียรตินิยม)
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 ผู้ช่วยผู้อำนวยการโซนจังหวัดขอนแก่น
 สถานที่ปฏิบัติงาน สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 8 ปี
 ประสบการณ์ในการทำงาน

- พยาบาลวิชาชีพตึก Acute ชาย และ Subacute โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พ.ศ. 2518 - 2529
- หัวหน้าตึก Subacute ชาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พ.ศ. 2530 - 2537
- หัวหน้าตึก Acute ชาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พ.ศ. 2537 - 2538
- ผู้นิเทศงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนในเขต 6 พ.ศ. 2539 - 2540
- ผู้นิเทศงานตึก Subacute หญิง พ.ศ. 2541
- ผู้ช่วยผู้อำนวยการโซนสกลนคร (รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนในจังหวัดสกลนคร) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พ.ศ. 2542 - 2544
- ผู้ช่วยผู้อำนวยการโซนขอนแก่น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พ.ศ. 2545

ประสบการณ์อื่นๆ

- วิทยากรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช พ.ศ. 2527 – ปัจจุบัน
- วิทยากรการให้การปรึกษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ติดเชื้อ HIV และ AZT ในหญิงมีครรภ์ พ.ศ. 2533 – ปัจจุบัน
- วิทยากรหลักสูตรคลายเครียด พ.ศ. 2538 – ปัจจุบัน
- วิทยากรหลักสูตรการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2542 – ปัจจุบัน
- วิทยากรหลักสูตรบริการดุจญาติมิตร พ.ศ. 2538 – 2540
- วิทยากรหลักสูตร Family Counseling พ.ศ. 2540 – ปัจจุบัน
- ผู้แทนฝ่ายบริหารในระบบ ISO 9002 พ.ศ. 2543 – 2544
- ผู้ช่วยผู้แทนฝ่ายบริหาร และหัวหน้าทีมผู้ตรวจสอบคุณภาพภายใน พ.ศ. 2545 – ปัจจุบัน

นายแพทย์วีระ ชูรุจิพร

- แพทย์ศาสตร์บัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2521
- วุฒิปริญญาตรีศึกษาด้านจิตเวชศาสตร์ รพ.สมเด็จพระเจ้าพระยา พ.ศ. 2527

ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตเขต 11

ศูนย์สุขภาพจิตเขต 11

3 ปี

ประสบการณ์ในการทำงาน

- จิตแพทย์ รพ.สวนสราญรมย์ พ.ศ. 2527 – 2537
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พ.ศ. 2538
- ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิต เขต 11
- อบรมหลักสูตร Senior officer Psychiatric disease control โดยทุน JICA ที่กรุงโตเกียว
- อบรมผู้บริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- ผลงานวิจัย เรื่อง - แม่ฆ่าลูก
- ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากพายุเกย์

- อุปทานหมูในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชุมพร
- วิธีการแก้ปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในคนไทย

ชื่อ - สกุล นายแพทย์ปริทรรศ ศิลปกิจ

วุฒิการศึกษา - แพทยศาสตรบัณฑิต

- วุฒิบัตรด้านจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ รพ.สวนปรุง , จิตแพทย์

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลสวนปรุง

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 16 ปี

ประสบการณ์ในการทำงาน

- แพทย์ประจำโรงพยาบาลสวนปรุง ตั้งแต่ พ.ศ. 2528
- หัวหน้าฝ่ายวิชาการ รพ.สวนปรุง รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชน พ.ศ. 2534 - ปัจจุบัน
- รับผิดชอบศูนย์ NGO ในการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์

ชื่อ - สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปานัน บุญหลง

วุฒิการศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย พ.ศ. 2495
- Certificate in Nursing Education and Nursing Science พ.ศ. 2500 จาก Boston University , Boston, Massachusetts.U.S.A.
- B.S. in Nursing พ.ศ. 2509 จาก University of Florida , Gainesville, Florida.U.S.A.
- M.S. in Nursing พ.ศ. 2510 จาก Wayne State University Detroit, Michigan.U.S.A.
- Post - Master in Adult Psychiatric Nursing พ.ศ. 2520 จาก Wayne State University , Detroit, Michigan.U.S.A.

ตำแหน่ง คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สถานที่ปฏิบัติงาน มหาวิทยาลัยสยาม

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 7 ปี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลหญิง พ.ศ. 2495 - 2497

- อาจารย์พยาบาล โรงเรียนพยาบาล โรงพยาบาลหญิง
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2500 - 2515
- อาจารย์เอก ภาควิชาพยาบาลศึกษาคณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2515 - 2517
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ปัจจุบัน : คณะพยาบาลศาสตร์)
พ.ศ. 2517 - 2524
- ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลลำปาง พ.ศ. 2524 - 2530
(ปัจจุบัน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ลำปาง)
- ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสงขลา พ.ศ. 2531 - 2532
(ปัจจุบัน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา)
- ผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมมาตรฐานการศึกษา
กองงานวิทยาลัยพยาบาล (ปัจจุบัน : สถาบันพัฒนากำลังคน
ด้านสาธารณสุข) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2532 - 2534
- ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านการพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ 9)
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2534 - 2535
- ที่ปรึกษาผู้อำนวยการโรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียล
พ.ศ. 2536 - 2538
- คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
พ.ศ. 2538 - ปัจจุบัน

ชื่อ - สกุล	นางนันทนา รัตนากร
วุฒิการศึกษา	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (เวชศาสตร์ชุมชน)
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7
สถานที่ปฏิบัติงาน	โรงพยาบาลศรีธัญญา
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	23 ปี
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	

- 2522 – 2526 - พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา
- พยาบาลปฏิบัติการตักผู้ป่วยใน
 - วิทยากรความรู้สุขภาพจิตชุมชน แก่ อสม, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - เผยแพร่ความรู้สุขภาพจิตผ่านสื่อ : วารสารโรงพยาบาลวิทยุท้องถิ่น
- 2526 – 2529 - พยาบาลวิชาชีพ งานแผนงานและประเมินผล กองสุขภาพจิต
- 2529 – ปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีรัษฎวงา
- พยาบาลรองหัวหน้าหอผู้ป่วยใน ฝ่ายสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชน
 - ครูคลินิกด้านกลุ่มกิจกรรมบำบัด โดยเฉพาะกลุ่มละครบำบัด แก่นักศึกษาหลายวิชาชีพ-หลายสถาบัน
 - อาจารย์พิเศษสอนวิชาสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน อาจารย์สอนเสริมมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช อาจารย์หลักสูตร PG
 - วิทยากรความรู้สุขภาพจิต/โครงการพิเศษของกรมสุขภาพจิตแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกหลักสูตร/อสม.
 - เผยแพร่ความรู้สุขภาพจิตผ่านสื่อ เอกสาร, วารสาร สื่อสิ่งพิมพ์
 - เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิตและผู้นิเทศงานในเขตที่รับผิดชอบ (เขต 1, เขต 2)
 - ดำเนินงานโครงการสุขภาพจิตโรงเรียน
 - ดำเนินงานโครงการผสมผสานงานสุขภาพจิตกับงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - รับผิดชอบงานโครงการพิเศษของโรงพยาบาล
 - หัวหน้างานโครงการพิเศษ ศูนย์นโยบายและแผน และหัวหน้าสำนักงานผู้อำนวยการ ในปัจจุบัน

- ชื่อ - สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนีย์ ละกำป็น
- วุฒิการศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข)
ก.ศ.ด. (วิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
- ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
- สถานที่ปฏิบัติงาน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
- ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 22 ปี
- ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน
- พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามมา พ.ศ. 2523 - 2525
 - อาจารย์สอนวิชาอนามัยชุมชนคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่ พ.ศ. 2525 - 2535
 - อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2538 - ปัจจุบัน
 - สอนวิชาวัดและประเมินผลการพยาบาล สอนวิชาการระเบียบวิธีการ
วิจัย และวิชาอนามัยชุมชน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญในแต่ละรอบ

กลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญ	จำนวน (คน)		
	รอบที่ 1	รอบที่ 2	รอบที่ 3
1. อนุกรรมการฝึกอบรมการสอนความรู้ความชำนาญของ สภาการพยาบาลในสาขาที่เกี่ยวข้อง	9	9	8
2. ผู้บริหารกรมสุขภาพจิตที่มีส่วนในการกำหนดนโยบาย ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	2	2	2
3. ผู้นำองค์กรวิชาชีพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	2	2	2
4. ผู้บริหารเกี่ยวกับการบริการการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวชในระดับปฐมภูมิ	2	2	2
5. ผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิต	2	2	2
6. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	2	1	1
7. นักวิชาการที่มีประสบการณ์ในการให้บริการระดับปฐมภูมิ	2	2	2
รวม	21	20	19

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2544

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

เนื่องด้วย นางสาวจันทร์อัมพร รุณดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “อนาคตภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางสาววัชณี หัตถพนม เป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ ในหัวข้อเรื่อง “การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553” เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาววัชณี หัตถพนม เป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

งานจัดการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาววัชณี หัตถพนม พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 ผู้ช่วยผู้อำนวยการ โชนขอนแก่น
โทร. (02) 2189825 โทรสาร (02) 2189806
อาจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อุทิศ โทร (02)2189822
นางสาวจันทร์อัมพร รุณดี โทร (01)8060643



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์

ชื่อ นามสกุล

วุฒิการศึกษา

ตำแหน่ง

สถานที่ปฏิบัติงาน

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง

เนื่องจากสถานะสุขภาพของประชาชนชาวไทยเปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น ความต้องการดูแลด้านสุขภาพเปลี่ยนไป มีความเข้าใจและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น จึงมีความต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย รวมทั้งการดูแลเมื่อเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุม ดังนั้น จากความต้องการบริการสุขภาพที่มีทั้งประสิทธิภาพและคุณภาพ และค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่สูงมากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Health Care Reform) เพื่อให้สามารถที่จะตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ในภาวะที่งบประมาณจำกัด ในแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 (2544-2549) สิ่งที่จะต้องนำมาพิจารณาเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนาสุขภาพคือ การตอบสนองความต้องการของประชาชน และเปลี่ยนแนวคิดเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งเน้นเรื่องสุขภาพเสีย (ill health) มาให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพดี (good health) โดยมีระบบบริการด้านสุขภาพที่จะรองรับ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีและพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง สมาชิกในครอบครัว และชุมชน กลยุทธ์ที่สำคัญประการหนึ่งที่จะนำไปสู่ภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน คือ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบริการด่านแรกของการเข้าสู่บริการสุขภาพแก่ประชาชน และพบว่าการเจ็บป่วยของประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) เป็นการเจ็บป่วยที่สามารถดูแลด้วยการใช้ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) ดังนั้น ประเทศต่างๆรวมทั้งประเทศไทยจึงหันมาให้ความสนใจระบบบริการสาธารณสุขโดยเน้น “ การบริการระดับปฐมภูมิ “ (Primary care)

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อแนวคิดการบริการระดับปฐมภูมิ ที่ประกอบด้วย ลักษณะการดูแลครั้งแรก (First contact care) การดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive care) การดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (Longitudinality and Continuous of care) การดูแลอย่างประสานความร่วมมือ

(Coordinated care) ซึ่งมีความครอบคลุมในลักษณะของการดูแลในระดับปฐมภูมิหรือไม่ อย่างไร
เพิ่มเติม

2. จากคำตอบเกี่ยวกับการดูแลครั้งแรก (First contact care) ท่านคิดว่าการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ ควรประกอบด้วยการให้บริการด้านใดบ้าง
3. จากคำตอบเกี่ยวกับการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive care) ท่านคิดว่าการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ ควรประกอบด้วยการให้บริการด้านใดบ้าง
4. จากคำตอบเกี่ยวกับการดูแลการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (Longitudinality and Continuous of care) ท่านคิดว่าการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ ควรประกอบด้วยการให้บริการด้านใดบ้าง
5. จากคำตอบเกี่ยวกับการดูแลอย่างประสานความร่วมมือ (Coordinated care) ท่านคิดว่าการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ ควรประกอบด้วยการให้บริการด้านใดบ้าง
6. จากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งให้การให้บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) และปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ระบบบริการพยาบาลซึ่งเป็นระบบหนึ่งในระบบบริการสุขภาพจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพตรงกับความต้องการของประชาชนและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งมีความต้องการพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมากขึ้น ท่านคิดว่าอนาคตภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิในปี 2553 ของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จะเป็นอย่างไร
7. ท่านคิดว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ควรมีการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิด้านใดบ้าง เพื่อให้ครอบคลุมแนวคิดในเรื่องการบริการระดับปฐมภูมิ
8. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนาคตภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

คำชี้แจง

ดิฉัน นางสาวจันทร์อัมพร รุณดี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง อนาคตภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อระดมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่อง อนาคตภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งแสดงให้เห็นแนวโน้มของการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิที่จะสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการวางแผนและการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับประเทศไทยต่อไปในอนาคต การวิจัยครั้งนี้ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ซึ่งจะช่วยในการรวบรวมความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยจะถามความคิดเห็นจากท่านในฐานะผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ 3 รอบด้วยกัน

ในรอบแรกเป็นการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับอนาคตภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 ซึ่งอาจต้องใช้เวลาในการตอบคำถามมาก

ในรอบที่สองเป็นการแสดงความคิดเห็นด้วยการให้นำนักคะแนนรายการที่แสดงถึงอนาคตภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 ในแต่ละข้อความเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ในรอบที่สามเป็นการทบทวนคำถามและคำตอบในรอบที่ 2 ของตนเองแล้วตอบกลับมาใหม่อีกครั้ง ซึ่งผู้เชี่ยวชาญอาจเปลี่ยนคำตอบใหม่ หรือจะยืนยันคำตอบเดิมหลังจากการทบทวนคำตอบในรอบที่ผ่านมาแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านจะทราบว่าตนมีความคิดเห็นที่แตกต่างหรือไม่แตกต่างจากความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญคนอื่น ๆ หรือไม่ หากไม่เห็นด้วยก็ให้แสดงเหตุผลประกอบการยืนยันคำตอบ แต่หากไม่แสดงเหตุผลก็จะถือว่าเห็นด้วยกับตำแหน่งของคำตอบดังกล่าว

เพื่อความเที่ยงตรงของการวิจัย ช่วงระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 และรอบที่ 2 จะมีระยะไม่ห่างกันมากนัก **จึงขอความกรุณาจากท่านโปรดตอบแบบสอบถามรอบแรกนี้ภายในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์** นับจากได้รับแบบสอบถาม ความคิดเห็นของท่านจะไม่ถูกนำไปเปิดเผยเป็นส่วนตัว แต่จะใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาในภาพรวมร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ

เพื่อหาความสอดคล้องกันและแปลผลเป็นความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญภายหลัง ที่ได้มีการตรวจสอบข้อมูลในรอบที่ 3 ซึ่งเป็นรอบสุดท้าย

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามครบ ทั้ง 3 รอบ การมีส่วนร่วมในการตอบแบบสอบถามโดยครบถ้วนทั้ง 3 รอบมีความสำคัญเป็นที่สุด และมีความหมายเป็นอย่างยิ่งสำหรับความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของการวิจัยครั้งนี้ จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ด้วย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามรอบที่ 1

เรื่อง อนาคตภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์

ชื่อ นามสกุล

วุฒิการศึกษา

ตำแหน่ง

สถานที่ปฏิบัติงาน

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 1

แบบสอบถามชุดนี้เป็นคำถามปลายเปิด มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็น
 อย่างเป็นอิสระ ในเรื่อง อนาคตภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

เนื่องจากสถานะสุขภาพของประชาชนชาวไทยเปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมีภาระค่าใช้จ่ายในการ
 ดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น ความต้องการดูแลด้านสุขภาพเปลี่ยนไป มีความเข้าใจและเอาใจใส่ต่อสุขภาพ
 ของตนเองมากขึ้น จึงมีความต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน
 ภาวะเจ็บป่วย รวมทั้งการดูแลเมื่อเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุม ดังนั้น จากความต้องการ
 บริการสุขภาพที่มีทั้งประสิทธิภาพและคุณภาพ และค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่สูงมากขึ้น จึงมี
 ความจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Health Care Reform) เพื่อให้สามารถที่จะ
 ตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ในภาวะที่งบประมาณจำกัด ในแผนพัฒนาสุขภาพ
 ฉบับที่ 9 (2544-2549) สิ่งที่จะต้องนำมาพิจารณาเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนาสุขภาพ
 คือ การตอบสนองความต้องการของประชาชน และเปลี่ยนแนวคิดเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งเน้นเรื่อง
 สุขภาพเสีย (ill health) มาให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพดี (good health) โดยมีระบบบริการด้านสุขภาพ
 ที่จะรองรับ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีและพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพ
 ตนเอง สมาชิกในครอบครัว และชุมชน กลยุทธ์ที่สำคัญประการหนึ่งที่จะนำไปสู่ภาวะสุขภาพดีถ้วน
 หน้าของประชาชน คือ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบริการด่านแรกของการ
 เข้าสู่อุปกรณ์สุขภาพแก่ประชาชน และพบว่าภาวะเจ็บป่วยของประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) เป็นการเจ็บ

ป่วยที่สามารถดูแลด้วยการใช้ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) ดังนั้น ประเทศต่างๆรวมทั้งประเทศไทยจึงหันมาให้ความสนใจในระบบบริการสาธารณสุข โดยเน้น “การบริการระดับปฐมภูมิ” (Primary care)

โปรดแสดงความคิดเห็นของท่านต่อ อนาคตการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชใน ระดับปฐมภูมิ ปี 2553 ในหัวข้อต่อไปนี้

1. จากปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งทิศทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศไทยท่านคิดว่าแนวคิดเรื่องการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ มีความจำเป็นและมีประโยชน์หรือไม่ อย่างไร
2. ท่านคิดว่าโดยทั่วไปการบริการระดับปฐมภูมิ ควรประกอบด้วยลักษณะการบริการที่สำคัญ อะไรบ้าง
3. เนื่องจากทิศทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมุ่งสู่การให้บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ดังนั้น ระบบบริการพยาบาลซึ่งเป็นระบบหนึ่งในระบบบริการสุขภาพจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพตรงกับความต้องการของประชาชนและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ตามแนวคิดการบริการระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในอนาคต ท่านคิดว่าอนาคตภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของประเทศไทย มีความต้องการพยาบาลในลักษณะใด (ด้านความรู้ ความสามารถ ด้านคุณวุฒิ ฯลฯ และอื่นๆ)
4. หากการปฏิบัติการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ต้องการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในระดับที่แตกต่างกัน ท่านคิดว่า บทบาทของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานและ**พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง** ควรมีขอบเขตในการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ด้านใดบ้าง
5. จากบทบาทในข้อ 4 ท่านคิดว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละระดับ ควรมีกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในแต่ละด้านอย่างไร
6. ท่านมีประเด็นอื่นๆที่จะแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร

แบบสอบถามรอบที่ 2

เรื่อง อนาคตภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2

แบบสอบถามชุดนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 การตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 นี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นด้วยการให้นำหนักคะแนนรายการที่แสดงถึงอนาคตภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 ในแต่ละข้อความ โดยใช้เครื่องหมาย ลงในช่องว่างที่กำหนด ลำดับคะแนนที่ให้ความหมายดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมน้อยที่สุดที่จะเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2553
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมน้อยที่จะเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2553
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมปานกลางที่จะเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2553
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมมากที่จะเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2553
- 5 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมมากที่สุดที่จะเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2553

ทั้งนี้ขอให้ท่านพิจารณาความเหมาะสมในแง่ของการมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นจริง และสอดคล้องกับความคิดเห็นของท่าน ทั้งในด้านเนื้อหาและการจัดหมวดหมู่

ขอความกรุณาส่งแบบสอบถามคืนภายในวันที่

ข้อที่	แนวโน้มนโยบายการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	ข้อความนี้มีความเหมาะสม					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
		5	4	3	2	1	
	การบริการระดับปฐมภูมิ ควรประกอบด้วยบริการที่สำคัญดังต่อไปนี้						
1	เป็นบริการด่านแรกที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ โดยมีการให้บริการ ในเชิงรุก สู่ครอบครัวและชุมชนมากที่สุด						
2	เป็นบริการที่ใกล้บ้าน สะดวก ไม่ยุ่งยาก และมีขั้นตอนน้อยในการ ขอรับบริการ						
3	เป็นบริการแบบบูรณาการ ครอบคลุม 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ						
4	เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ รวมทั้งการดูแลครอบครัวและชุมชน						
5	เป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับสิทธิในการ ดูแล ทั้งในระยะแรก ระยะรุนแรง หรือระยะเฉียบพลัน						
6	เป็นการให้บริการที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน						
7	เป็นการบริการในลักษณะของการประสานความร่วมมือกับชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง						
8	เป็นการให้บริการที่มีการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพที่หลากหลาย						
9	เป็นการบริการที่ทำหน้าที่ส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น ตามความจำเป็นเพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด						
10	เป็นบริการที่ผสมผสานความรู้ด้านวิชาชีพกับความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการนำ ทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด						
11	เป็นการบริการที่ทำให้ประชาชนสามารถมีการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพได้รวมทั้งการดูแลครอบครัวและชุมชน						
12	เป็นการบริการที่ทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการ						
13	เป็นการให้บริการที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน						
14	เป็นบริการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับสิทธิในการดูแล ทั้งในระยะแรก ระยะรุนแรงและเฉียบพลัน						
15	เป็นบริการที่ช่วยลดความพิการจากปัญหาสุขภาพในองค์รวม ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต						

แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	ข้อความนี้มีความเหมาะสม					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
	5	4	3	2	1	
คุณลักษณะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในด้านต่าง ๆ มีดังนี้						
ด้านความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน						
ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน						
มีทักษะการทำงานในเชิงรุก						
มีความรู้เรื่องนโยบาย หลักการดำเนินงานการบริการระดับปฐมภูมิ						
มีความรู้ในเรื่องสภาพแวดล้อมของชุมชน และแหล่งทรัพยากร						
ท้องถิ่นของชุมชน						
มีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ						
มีทักษะทางสังคม						
ระบุปัญหา วินิจฉัยปัญหาได้ถูกต้อง รวดเร็ว และครบถ้วน						
มีทักษะในการติดต่อสื่อสารและการประสานงานที่ดี						
นำความรู้ทางหลักวิชาการมาผสมผสานกับความเชื่อ ขนบธรรมเนียม						
ประเพณี วัฒนธรรม ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน						
บูรณาการและประยุกต์ใช้ความรู้ทางการพยาบาล มาผสมผสาน						
วิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของบุคคล สภาพแวดล้อม ภาวะทางกาย						
ทางจิต ในการปฏิบัติการพยาบาล						
มีทักษะในการให้คำปรึกษา						
มีทักษะทางการพยาบาลครอบครัว						
มีความสามารถในการตัดสินใจ วินิจฉัยสั่งการ						
มีความสามารถในการใช้ข้อมูลสารสนเทศ เทคโนโลยีใหม่ๆ ในการ						
ปฏิบัติงาน						
มีความคิดอ่านที่ก้าวไกล ทั้งเรื่องสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การคลัง						
และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และนำแนวคิดมาปรับปรุงงาน						
ให้ดีขึ้นอยู่เสมอ						
มีความสามารถในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคคล ทั้งในหน่วยงาน						
ชุมชน และประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในการให้บริการ						
สุขภาพจิตและจิตเวชได้						
มีความรู้ความสามารถในเรื่อง การเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ทั้งในด้าน						

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	ข้อความนี้มีความเหมาะสม					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
		5	4	3	2	1	
	กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และให้การดูแลแบบองค์รวมได้						
17	มีการวางแผนการดำเนินงาน นวัตกรรมติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ						
18	มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของบุคคล						
19	ค้นหาสาเหตุของปัญหาทางด้านจิตใจของบุคคล ให้การช่วยเหลือ ยับยั้งและแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว						
20	มีความรู้ความสามารถในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหา ทางจิต และให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง						
21	มีความเชี่ยวชาญทางด้านปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน						
22	มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์แก้ไขปัญหาและเหตุการณ์ เฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว						
23	มีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน						
	<u>ค่านิยมหลัก 6 ประการ</u>						
1	มีคุณธรรม จริยธรรม และรับผิดชอบต่อสังคม						
2	มีจรรยาบรรณวิชาชีพ						
3	มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่สมบูรณ์						
4	ใจเย็น นุ่มนวล						
5	เป็นผู้รับฟังที่ดี และพร้อมที่จะให้คำปรึกษาตลอดเวลา						
6	เอื้ออาทร เสียสละ						
7	เชื่อมั่น กระตือรือร้น และมีความยืดหยุ่น						
8	จริงใจและเป็นมิตร						
9	มีทัศนคติที่ดี						
10	มั่นคงในตนเอง						
11	มีมนุษยสัมพันธ์ ทำงานกับผู้อื่นได้ดี						
12	มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี						
13	พัฒนาตนเอง เพื่อนำไปสู่ความสมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง						

แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	ข้อความนี้มีความเหมาะสม					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
	5	4	3	2	1	
ด้านคุณวุฒิ						
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน						
พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช						
พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า						
พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท						
พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช						
บทบาท/ขอบเขตการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับ ปฐมภูมิ ของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน						
บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การรักษาพยาบาล การติดตามฟื้นฟูสภาพ ในประเด็นสุขภาพ ที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และไม่ต้องการการตัดสินใจทางคลินิก						
ที่ซับซ้อน						
บทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชที่ไม่ซับซ้อน						
บทบาทในการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อส่งต่อปรึกษาหรือ รักษาต่อตามความเหมาะสม						
บทบาทในการให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาล และแผนการรักษาของแพทย์						
บทบาทในการสอนชี้แนะในรายที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน แก่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน นักศึกษา และบุคลากรอื่น						
ให้บริการคำปรึกษาที่ไม่ซับซ้อนแก่ผู้ป่วยและญาติ						
บทบาทในการดำเนินการวิจัยหรือร่วมการวิจัยที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน						
บทบาทในการเป็นผู้ร่วมดำเนินงานในการประสานงาน การค้นคว้าวิจัย และการบริหารงานต่างๆ						
บทบาทในการส่งต่อไปยังผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในหน่วยงาน						
บทบาทในการเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณระดับพื้นฐาน						

แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	ข้อความนี้มีความเหมาะสม					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
	5	4	3	2	1	
<p>บทบาท/ขอบเขตการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ด้านการปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>- ให้การดูแลผู้รับบริการในลักษณะแบบองค์รวม ทั้งในสถานบริการ และในชุมชน แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน</p>						
<p>- ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหาที่ยุ่ยาก รุนแรงและซับซ้อน อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ</p>						
<p>- ส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และจิตเวชที่ยุ่ยาก รุนแรงและซับซ้อนแบบองค์รวมทั้งตนเอง ครอบครัว ชุมชน โดยต้องผสมผสานการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ</p>						
<p>- ป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งครอบครัวและชุมชน ให้สามารถลดการเกิดปัญหา ทางสุขภาพจิตและจิตเวช และจัดการปัญหาเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง</p>						
<p>- การบำบัดรักษา ทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ยุ่ยาก รุนแรง และซับซ้อน ทั้งในภาวะที่เฉียบพลัน และเรื้อรัง</p>						
<p>- การฟื้นฟูสภาพผู้รับบริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน เพื่อให้ได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง</p>						
<p>- ประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการในการดูแลสุขภาพ ของบุคคล ครอบครัวและชุมชน</p>						
<p>- การส่งต่อผู้รับบริการไปรับบริการที่เหมาะสม</p>						
<p>- การเป็นผู้จัดการรายกรณีแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ</p>						
<p>- การเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาล</p>						
<p>- การประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ทั้งในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน รวมทั้งบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิด การบริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน</p>						

ข้อที่	แนวโน้มนำการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	ข้อความนี้มีความเหมาะสม					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
		5	4	3	2	1	
2	ด้านการบริหารจัดการ ในเรื่องของการดำเนินงานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ข้อมูลข่าวสาร บุคลากร และงบประมาณ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชนได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า						
3	ด้านการให้ความรู้ ในเรื่องของสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนวางแผน ดำเนินงาน นิเทศงาน เพื่อส่งเสริมความรู้บุคลากรในทีมสุขภาพ ทั้งในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน						
4	ด้านการเป็นที่ปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาและทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี บุคคลและองค์กรต่างๆในชุมชน ให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพองค์รวม						
5	ด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการและพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช						
6	ด้านคุณธรรม จริยธรรมและกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน						
	กิจกรรมการพยาบาลในการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง						
	<u>ด้านการปฏิบัติการพยาบาล</u> การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีปัญหายุ่งยากรุนแรงและซับซ้อน ในลักษณะแบบองค์รวมทั้งในสถานบริการและในชุมชน						
	1.1 จัดทำแผนที่ข้อมูลภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ที่รุนแรง ซับซ้อน และนำมาวางแผนให้การช่วยเหลือ						
	1.2 ดำรวจปัญหา วินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล						
	1.3 ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล มีการนำสิ่งที่ได้กระทำมาทบทวน						

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	ข้อความนี้มีความเหมาะสม					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
		5	4	3	2	1	
	1.4 นำความรู้ทางการแพทย์มาใช้ในการวางแผนการพยาบาล						
	1.5 ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลสม่ำเสมอ						
	1.6 เปิดให้บริการในชุมชน เช่น เปิดคลินิกให้บริการทางสุขภาพ						
	1.7 ประเมิน วิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชน						
	1.8 ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน						
	1.9 ให้บริการเยี่ยมชุมชน						
	1.10 ให้บริการทางโทรศัพท์						
	1.11 วางแผนร่วมในการแก้ปัญหาทางจิตใจแก่ผู้ป่วยฝ่ายกาย						
	1.12 ให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีพฤติกรรมที่ยากต่อการจัดการ การดูแลบุคคลปัญญาอ่อน						
	1.13 ให้การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน						
	1.14 ให้การวินิจฉัยทางการแพทย์						
	1.15 การวางแผนการจำหน่าย						
	1.16 พัฒนาความรู้/ศักยภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วย						
	1.17 Counselling						
	1.18 ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เจ็บป่วย และเรื้อรัง						
	1.19 วิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากพยาบาลระดับพื้นฐานและวางแผนแก้ไขปัญหา ประเมินผล						
	1.20 เปิดบริการ Remedication						
	1.21 ตัดสินใจในการให้การดูแลโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice)						
2	การส่งเสริมสุขภาพจิต						
	2.1 เป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ ให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชน						
	2.2 วางแผน ดำเนินงานและจัดทำโครงการในการส่งเสริมสุขภาพจิต						

แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	ข้อความนี้มีความเหมาะสม					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
	5	4	3	2	1	
2.3 ประสานความร่วมมือกับชุมชนในการดำเนินการสร้างสิ่งแวดล้อม ในชุมชนให้มีบรรยากาศของการส่งเสริมสุขภาพจิต						
2.4 สนับสนุนให้เกิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในชุมชน เพื่อให้เกิดการ ดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน						
2.5 จัดบริการให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการ ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม						
2.6 วิเคราะห์ความต้องการด้านการบริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชของชุมชน						
2.7 ให้ความรู้หรือสอนผู้มารับบริการเป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม เช่นเทคนิคการคลายเครียด						
2.8 จัดนิทรรศการเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งส่งเสริม ให้ประชาชนทั่วไปมีการดูแลสุขภาพจิตของตนเองในระดับต้นได้						
2.9 ประเมินสภาพจิตและภาวะสุขภาพของบุคคล						
2.10 จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานบริการและชุมชน เช่น ศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้ออกกำลังกาย						
2.11 สนับสนุน ช่วยเหลือให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน						
2.12 สร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตให้เกิดขึ้นในชุมชนทั้ง องค์กรของรัฐ เอกชนและกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง						
2.13 ให้บริการ hotline ตอบปัญหา						
2.14 ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และประเมินเซาว์ปัญหา						
การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพและการแก้ปัญหาทางสุขภาพจิต และจิตเวช						
3.1 คัดกรองและประเมินบุคคลที่มีปัญหาเสี่ยง หรือผู้มีปัญหา ในระยะต้นและให้การช่วยเหลือได้						
3.2 เฝ้าระวังการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดสารเสพติดและให้การช่วยเหลือ						

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	ข้อความนี้มีความเหมาะสม					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
		5	4	3	2	1	
	3.3 การให้ความรู้ สุขศึกษา ในเรื่องการปรับตัวและการจัดการ เกี่ยวกับความเครียดซึ่งต้องการทักษะในการให้คำปรึกษา						
	3.4 การให้ความรู้ แก่ครอบครัว ชุมชนในเรื่องการเลี้ยงดูเด็ก การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ชุมชน						
4	การบำบัดรักษา						
	4.1 ให้การรักษาพยาบาลในรายที่มีปัญหาทางจิตที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน						
	4.2 ให้การรักษาทางยาและสั่งจ่ายยาได้ตาม พรบ.วิชาชีพชั้นสูง และมีความรู้เรื่องของยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างดี						
	4.3 บำบัดรักษาเบื้องต้นกรณีฉุกเฉินทางจิตเวช						
	4.4 ประเมินสภาพจิตในผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน						
	4.5 ให้การบำบัดรักษาตามหลักจิตเวชสากลในด้านต่างๆ เช่น จิตสังคมบำบัด ชุมชนบำบัด กลุ่มจิตบำบัด การปรับพฤติกรรม เกสบำบัด ครอบครัวบำบัด เป็นต้น						
	4.6 ทำ crisis intervention ได้						
	4.7 ดำเนินการเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะ crisis ในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพจิตก่อนส่งต่อถ้าเกินความสามารถ						
5	การฟื้นฟูสภาพ						
	5.1 จัดกิจกรรมโดยให้ครอบครัว ชุมชนเข้าร่วมในการรักษาผู้ป่วย						
	5.2 ฝึกทักษะให้ครอบครัวดูแล และสังเกตผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง						
	5.3 วางแผนในการจำหน่าย เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง						
	5.4 พัฒนาศักยภาพในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน						
	5.5 การติดตามฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย มีการประสานงานกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง และร่วมวางแผนกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย						
	5.6 พัฒนาความรู้/ศักยภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วย						
	5.7 ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย						

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	ข้อความนี้มีความเหมาะสม					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
		5	4	3	2	1	
	5.8 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซ้ำซ้อน						
	5.9 หาแหล่งประโยชน์สำหรับฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีปัญหาเจ็บป่วยทางจิต ที่เรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด เช่น ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพให้ผู้ป่วยจิตเวช						
6	การส่งต่อ						
	6.1 การส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชให้ได้รับการรักษา ที่ถูกต้องและเหมาะสม						
	6.2 ติดตามและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายกลับจาก โรงพยาบาล						
	6.3 จัดระบบการส่งต่อให้เป็นรูปธรรมชัดเจน ทั้งในภาครัฐ และเอกชน จากสถานบริการระดับที่ต่ำกว่าไประดับที่สูงกว่า และจากระดับที่สูงกว่าส่งกลับมาระดับที่ต่ำกว่า						
7	เป็นผู้จัดการรายการกรณีในผู้รับบริการที่มีปัญหายุ่งยาก รุนแรง ซับซ้อน						
	7.1 ประเมินภาวะสุขภาพ						
	7.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อนำมาวางแผนในการให้การดูแล						
	7.3 ให้การดูแล ช่วยเหลือ และจัดการกับปัญหาในทุกๆด้านของผู้ป่วย ในความดูแล						
	7.4 ให้ข้อมูลและประสานการดูแลเพื่อส่งต่อผู้รับบริการให้ได้รับการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง						
8	การเป็นผู้นำ						
	8.1 เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยวางแผนดำเนินงาน ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบ						
	8.2 เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลัก วิชาการทางการพยาบาลมาผสมผสานกับขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการแก้ปัญหาทาง สุขภาพจิตแก่ตนเอง และผู้รับบริการที่มีปัญหารุนแรง และซับซ้อน						
	8.3 เป็นผู้นำทางวิชาการในการส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดความรู้ แก่พยาบาล และผู้รับบริการ						

ที่	แนวโน้มนโยบายการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	ข้อความนี้มีความเหมาะสม					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
		5	4	3	2	1	
	8.4 เป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาล โดยปฏิบัติการพยาบาล ในการให้การดูแลผู้รับบริการ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์						
9	การประสานงาน						
	9.1 ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพและองค์กรต่างๆ ในชุมชน						
	9.2 ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง						
	9.3 การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยกู้ภัย ตำรวจ						
	9.4 ร่วมวางแผนกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และเตรียมผู้ป่วย กลับสู่ครอบครัว						
	9.5 ประสานงานร่วมกับชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ตนเองทางสุขภาพจิตและให้ชุมชนมีความเข้มแข็งขึ้น						
	9.6 มีทักษะในการติดต่อประสานงานกับวิชาชีพอื่นๆและบุคคลอื่น ในชุมชน						
	9.7 ประสานงานกับหน่วยบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ เพื่อเป็นศูนย์ ช่วยเหลือผู้รับบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชให้ได้รับบริการใกล้บ้าน						
	9.8 สร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตให้เกิดขึ้นในชุมชน องค์กร ของรัฐ เอกชน และกระตุ้นให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน						
	9.9 ประสานงานกับครู ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและป้องกัน การเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในโรงเรียน						
	9.10 ประสานงานกับชุมชน เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดการดูแล ผู้ป่วยในชุมชน และเกิดทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยจิตเวช						
	9.11 ประสานงานกับหน่วยบริการเฉพาะทางจิตเวช เพื่อส่งผู้ป่วยที่มี ภาวะรุนแรงไม่สามารถให้การดูแลได้ในชุมชน ให้กลับไปรับ การรักษาต่อในโรงพยาบาล						
	ด้านการบริหารจัดการ						
1	สร้างทีมสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ						
2	ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและองค์กรต่างๆ						

ที่	แนวโน้มนโยบายการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	ข้อความนี้มีความเหมาะสม					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
		5	4	3	2	1	
3	สนับสนุนการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและทีมแกนนำสุขภาพจิตในชุมชน						
4	การบริหารจัดการข้อมูลต่างๆ						
5	วางแผนงานในการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นิเทศประเมินผลการให้บริการ						
6	กำหนดระบบงานที่ชัดเจนในการทำงาน เช่น ระบบบริหารความเสี่ยง ระบบการมอบหมายงาน เป็นต้น						
7	จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและเครือข่ายในชุมชนด้านการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช						
8	จัดทำงบประมาณ วางแผนในการระดมทรัพยากร และแหล่งประโยชน์มาใช้ในการปฏิบัติงาน						
9	วิเคราะห์ปัญหา แกไขอุปสรรคที่เกิดกับระบบงาน บุคคล สิ่งแวดล้อม และปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม						
10	กำหนดมาตรฐานวิธีปฏิบัติงานที่ยุงยาก ซับซ้อน เป็นปัญหา เพื่อให้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน						
11	บริหารจัดการด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ให้เพียงพอและได้มาตรฐาน						
12	จัดทำระบบบันทึกข้อมูล ระบบสารสนเทศ						
13	บริหารจัดการด้านการเงิน งบประมาณ โดยสนับสนุนและหาแหล่งประโยชน์ สำหรับผู้พิการ ผู้ติดสารเสพติด ผู้เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง เพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต						
	ด้านการให้ความรู้						
	พัฒนาศักยภาพทีมงาน ในการสอนผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต						
2	มีส่วนร่วมในการสร้างและส่งเสริมการพัฒนาวิชาการ						
3	จัดทำเอกสารเผยแพร่						
4	ให้ความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพ						

ที่	แนวโน้มนโยบายการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	ข้อความนี้มีความเหมาะสม					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
		5	4	3	2	1	
5	ให้ความรู้แก่ประชาชนโดยผ่านสื่อต่างๆ						
6	เป็นผู้นำในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน มาตรฐานการพยาบาล						
7	สอน ถ่ายทอดความรู้ ทักษะทางการพยาบาลจิตเวชได้						
8	จัดทำคู่มือความรู้แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน						
9	ส่งเสริมและให้บริการวิชาการแก่บุคคล องค์กร และหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง						
10	จัดอบรม/สอน ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่ซ้ำซ้อน						
11	เปิดการสอน/อบรมหลักสูตรแก่พยาบาลระดับพื้นฐานหรือระดับสูง ด้วยกันในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ยุ่ยากและซ้ำซ้อน						
12	เป็นวิทยากรให้กับองค์กรต่างๆ						
13	พัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆในการให้บริการ						
14	การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารในเรื่องทางสุขภาพ และแหล่งบริการ ทางสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อสามารถตัดสินใจในเรื่อง สุขภาพได้ด้วยตนเอง						
15	ให้ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเกิด ปัญหาทางจิตแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ได้มีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน						
16	ให้ความรู้เรื่องทางสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ เกิดทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิต อันจะนำไปสู่ การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในครอบครัว และชุมชนของตนเองได้ดี						
	<u>ด้านการเป็นที่ปรึกษา</u>						
1	เป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลในการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชที่ซับซ้อน						
2	เป็นที่ปรึกษาแก่ทีมสุขภาพในการส่งต่อการรักษา						
3	เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงาน และองค์กรต่างๆในการดำเนินงาน ทางด้านสุขภาพจิตในชุมชน						

แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	ข้อความนี้มีความเหมาะสม					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
	5	4	3	2	1	
เปิดสถานบริการพยาบาลให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต ทั้งแก่บุคลากรและผู้มารับบริการ						
<u>ด้านการวิจัย</u> ให้บริการที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการวิจัย						
นำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล						
ทำวิจัยการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อหาทาง แก้ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและสร้างองค์ความรู้ใหม่						
นำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ						
พัฒนางานโดยใช้ผลงานวิจัย						
ให้บริการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการวิจัย						
<u>ด้านคุณธรรม จริยธรรมและกฎหมาย</u> ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกคนอย่างเสมอภาค และเท่าเทียม						
ให้ข้อมูลในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับทราบขั้นตอน ในการดูแลรักษา และตัดสินใจในการรับบริการ						
ปฏิบัติการพยาบาลตามพรบ.วิชาชีพการพยาบาล และกฎหมายวิชาชีพ						

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามรอบที่ 3

เรื่อง อนาคตภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณที่ท่านได้กรุณาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ อนาคตภาพการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 ในแบบสอบถามรอบที่ 1 และรอบที่ 2 สำหรับแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ เป็นรอบสุดท้าย มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่มและทบทวนคำตอบของตนเองจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยผู้วิจัยได้นำคะแนนทั้งหมดมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ เพื่อแสดงความสอดคล้องกันของแต่ละข้อความของการตอบ พร้อมทั้งระบุคะแนนการตอบของท่านในรอบที่ 2 ไปด้วย ดังเครื่องหมายแสดงต่อไปนี้

ค่ามัธยฐาน	ใช้สัญลักษณ์ดอกจันทร์
ช่วงพิสัยควอไทล์	ใช้สัญลักษณ์แสดงขอบเขตด้วย
คะแนนการตอบของท่านในรอบที่ผ่านมา	ใช้สัญลักษณ์สามเหลี่ยมหัวกลับ
ท่านไม่ได้ตอบในรอบที่ผ่านมา	ไม่มีสัญลักษณ์สามเหลี่ยมหัวกลับ

เมื่อท่านได้ทบทวนคำตอบแล้ว ท่านอาจยืนยันคำตอบเดิม เพิ่มเติมคำตอบ หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ โดยการวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับน้ำหนักคะแนนที่ท่านเลือกใหม่ ส่วนข้อที่คำตอบของท่านอยู่นอกเหนือขอบเขตของพิสัยควอไทล์ ของข้อนั้น หากท่านยังยืนยันคำตอบเดิมกรุณาให้เหตุผลในการยืนยันคำตอบเดิมด้วย และหากคำตอบของท่านในครั้งนี้ อยู่นอกพิสัยควอไทล์ของข้อนั้น กรุณาให้เหตุผลในช่องเหตุผลในข้อนั้น ไปด้วย ระบุระดับคะแนนที่ใช้มีความหมายดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมน้อยที่สุดที่จะเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2553
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมน้อยที่จะเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2553
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมปานกลางที่จะเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2553

4 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมมากที่สุดที่จะเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2553

5 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมมากที่สุดที่จะเป็นการบริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2553

มีหลักฐานที่ใช้มีความหมายดังนี้

น้อยกว่า 1.50 หมายความว่า ข้อความนั้นมีความสำคัญระดับน้อยที่สุดในการบริการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

1.50 - 2.49 หมายความว่า ข้อความนั้นมีความสำคัญระดับน้อยในการบริการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

2.50 - 3.49 หมายความว่า ข้อความนั้นมีความสำคัญระดับปานกลางในการบริการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

3.50 - 4.49 หมายความว่า ข้อความนั้นมีความสำคัญระดับมากในการบริการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

4.50 ขึ้นไป หมายความว่า ข้อความนั้นมีความสำคัญระดับมากที่สุดในการบริการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553

พิสัยควอไทล์ มีความหมายดังนี้

ไม่เกิน 1.50 หมายความว่า ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 นั้นสอดคล้องกัน

มากกว่า 1.50 หมายความว่า ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ปี 2553 นั้นไม่สอดคล้องกัน

ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวจันทร์อัมพร รุณดี)

ผู้วิจัย

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
1	มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน	*					* = 5.00
		5	4	3	2	1	
2	มีมนุษยสัมพันธ์ ทำงานกับผู้อื่นได้ดี		*				* = 4.00
		5	4	3	2	1	
3	มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี		*				* = 4.00
		5	4	3	2	1	
4	มีการพัฒนาตนเอง เพื่อนำไปสู่ความสมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง		*				* = 4.00
		5	4	3	2	1	

จากตัวอย่างแปลความหมายดังนี้

ข้อ 1 แปลว่า การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ด้านบุคลิกลักษณะ มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน มีค่ามัธยฐาน 5.00 พิสัยควอไทล์ 0

ท่านต้องการยืนยันคำตอบเดิม และคำตอบของท่านอยู่ในพิสัยควอไทล์ จึงไม่ต้องให้เหตุผล

ข้อ 2 แปลว่า การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ด้านบุคลิกลักษณะ มีมนุษยสัมพันธ์ทำงานกับผู้อื่นได้ดี มีค่ามัธยฐาน 4.00 พิสัยควอไทล์ 1.00

ท่านเคยตอบ 3 ซึ่งอยู่นอกพิสัยควอไทล์ และไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงคำตอบ ขอให้ท่านให้เหตุผล

ข้อ 3 แปลว่า การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ด้านบุคลิกลักษณะ มีความริเริ่มสร้างสรรค์ มีค่ามัธยฐาน 4.00 พิสัยควอไทล์ 1.00

ท่านเคยตอบ 3 และต้องการเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่เป็น 4 ขอให้ท่านให้เหตุผลประกอบ

ข้อ 4 แปลว่า การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ด้านบุคลิกลักษณะ มีมนุษยสัมพันธ์ทำงานกับผู้อื่นได้ดี มีค่ามัธยฐาน 4.00 พิสัยควอไทล์ 1.00

ท่านไม่ได้ตอบคำถามข้อนี้ และต้องการตอบ 3 แต่หากคำตอบของท่านไม่อยู่ในพิสัยควอไทล์

ให้ระบุเหตุผล

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
1	การบริการระดับปฐมภูมิ ควรประกอบด้วยบริการที่สำคัญดังต่อไปนี้ เป็นบริการด่านแรกที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ โดยมีกาให้บริการ ในเชิงรุก สู่ครอบครัวและชุมชนมากที่สุด เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.94
2	เป็นบริการที่ใกล้บ้าน สะดวก และมีขั้นตอนน้อยในการขอรับ บริการ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.94
3	เป็นบริการแบบบูรณาการ ครอบคลุม 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.97
4	เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีการเจ็บป่วย เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.97
5	เป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับสิทธิในการ ดูแล ทั้งในระยะแรก ระยะเฉียบพลัน และการส่งต่อในระยะรุนแรง เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.44
6	เป็นการให้บริการที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล บ้าน และชุมชน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.87
7	เป็นการบริการที่เน้นการประสานงานกับชุมชนและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง ในการวางแผนและแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.79
8	เป็นการให้บริการที่มีการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพที่หลากหลาย เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.55
9	เป็นการบริการเพื่อส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานบริการอื่น ในกรณี ที่ไม่สามารถให้บริการช่วยเหลือผู้รับบริการนั้นๆ ได้ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.50
10	เป็นบริการที่ผสมผสานความรู้ด้านวิชาชีพกับความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น และใช้						

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
	ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.83
11	เป็นการบริการที่เสริมศักยภาพและให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง ด้านสุขภาพได้ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.88
12	เป็นการบริการที่ทำให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลในการใช้บริการ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.14
13	เป็นการให้บริการที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.73
14	เป็นการให้บริการที่เสริมศักยภาพให้ครอบครัวและชุมชนสามารถ ดูแลตนเองด้านสุขภาพได้ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.91
15	เป็นบริการที่ช่วยป้องกันและลดความพิการจากปัญหาสุขภาพ ในองค์กรวม ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.07
	คุณลักษณะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในด้านต่างๆมีดังนี้						
1	ด้านความรู้ <u>ความสามารถในการปฏิบัติงาน</u> มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.86
2	มีทักษะการให้บริการในเชิงรุก เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.77
3	มีความรู้เรื่องนโยบาย สามารถวางแผนดำเนินงานที่สอดคล้อง กับนโยบาย เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.73
4	มีความรู้ในเรื่องสภาพแวดล้อมของชุมชน และแหล่งทรัพยากร ท้องถิ่นของชุมชน						*=4.88

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
5	มีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เหตุผล						*=4.79
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
6	มีทักษะทางสังคม ในการประเมินปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ เหตุผล						*=4.81
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
7	มีความสามารถในการระบุปัญหา วินิจฉัยปัญหาได้ถูกต้อง รวดเร็ว และครบถ้วน เหตุผล						*=4.79
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
8	มีทักษะในการติดต่อสื่อสารและการประสานงานที่ดี เหตุผล						*=4.91
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
9	สามารถนำความรู้ทางหลักวิชาการพยาบาล มาผสมผสานกับความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เหตุผล						*=4.82
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
10	สามารถบูรณาการและประยุกต์ความรู้ทางการพยาบาล มาผสมผสาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของบุคคล สภาพแวดล้อม ภาวะทางกาย ทางจิต ในการปฏิบัติการพยาบาล เหตุผล						*=4.81
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
11	มีทักษะในการให้คำปรึกษา เหตุผล						*=4.91
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
12	มีทักษะทางการพยาบาลครอบครัว เหตุผล						*=4.38
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
13	มีความสามารถในการตัดสินใจ วินิจฉัยสั่งการได้ตามหลักวิชาการ เหตุผล						*=4.77
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
14	มีความสามารถในการใช้ข้อมูลสารสนเทศ เทคโนโลยีใหม่ๆในการ ปฏิบัติงาน เหตุผล						*=4.07
	เหตุผล	5	4	3	2	1	

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
15	มีความสามารถในการวางแผนให้บริการที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจ การเมือง การคลัง และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และนำแนวคิดมาประยุกต์ใช้ ตลอดจนปรับปรุงงานให้ดีขึ้นอยู่เสมอ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.14
16	มีความสามารถในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคคล ทั้งในหน่วยงาน ชุมชน และประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.94
17	มีความสามารถในเรื่อง การเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ทั้งในด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และให้การดูแลแบบองค์รวมได้ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.86
18	มีความสามารถในการวางแผน นิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.67
19	มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของบุคคล เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.71
20	มีความสามารถในการค้นหาสาเหตุของปัญหาทางด้านจิตใจของบุคคล ให้การช่วยเหลือ ยับยั้งและแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.64
21	มีความรู้ความสามารถในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาทางจิต และให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.87
22	มีความเชี่ยวชาญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=3.50
23	มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์แก้ไขปัญหาและเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.71

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
24	มีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เหตุผล						*=4.44
		5	4	3	2	1	
1	<u>ด้านบุคลิกลักษณะ</u> มีคุณธรรม จริยธรรม และรับผิดชอบต่อสังคม เหตุผล						*=4.97
		5	4	3	2	1	
2	มีจรรยาบรรณวิชาชีพ เหตุผล						*=4.94
		5	4	3	2	1	
3	มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่มั่นคง เหตุผล						*=4.94
		5	4	3	2	1	
4	ใจเย็น นุ่มนวล เหตุผล						*=4.87
		5	4	3	2	1	
5	เป็นผู้รับฟังที่ดี เหตุผล						*=4.97
		5	4	3	2	1	
6	เอื้ออาทร เสียสละ เหตุผล						*=4.88
		5	4	3	2	1	
7	กระตือรือร้นในการเฝ้าหาความรู้อยู่เสมอ เหตุผล						*=4.82
		5	4	3	2	1	
8	จริงใจและเป็นมิตร เหตุผล						*=4.91
		5	4	3	2	1	
9	มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มองโลกบนพื้นฐานความเป็นจริง						*=4.91

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
10	มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน เหตุผล						*=4.82
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
11	มีมนุษยสัมพันธ์ ทำงานกับผู้อื่นได้ดี เหตุผล						*=5.00
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
12	มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี เหตุผล						*=4.79
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
13	มีการพัฒนาตนเอง เพื่อนำไปสู่ความสมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง เหตุผล						*=4.83
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	<u>ด้านคุณวุฒิ</u>						
1	พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน เหตุผล						*=4.00
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
2	พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช เหตุผล						*=4.64
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
3	พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า เหตุผล						*=4.31
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
4	พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท เหตุผล						*=4.89
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
5	พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช เหตุผล						*=4.31
	เหตุผล	5	4	3	2	1	

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
1	บทบาท/ขอบเขตการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การรักษาพยาบาล การติดตามฟื้นฟูสภาพ ในประเด็นสุขภาพที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และไม่ต้องการการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.94
2	บทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ไม่ซับซ้อน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.91
3	บทบาทในการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อส่งต่อปรึกษาหรือรักษาต่อตามความเหมาะสม เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.91
4	บทบาทในการให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลที่สนับสนุนแผนการรักษาของแพทย์ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.67
5	บทบาทในการสอน/ชี้แนะในรายที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน แก่ผู้ป่วยครอบครัว ชุมชน นักศึกษา และบุคลากรอื่น เหตุผล	5	4	3	2	1	4.88
6	ให้บริการคำปรึกษาที่ไม่ซับซ้อนแก่ผู้ป่วยและญาติ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.79
7	บทบาทในการดำเนินการวิจัยหรือร่วมการวิจัยที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.31
8	บทบาทในการเป็นผู้ร่วมดำเนินงานในการบริหารงานต่างๆ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.21
9	บทบาทในการส่งต่อไปยังผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในหน่วยงาน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.59

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
10	บทบาทในการเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณระดับพื้นฐาน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=3.60
1	บทบาท/ขอบเขตการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ด้านการปฏิบัติการพยาบาล - ให้การดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม ทั้งในสถานบริการ และในชุมชน แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.94
	- ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหาที่ยุ่ยาก รุนแรงและซับซ้อน อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.82
	- ส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และจิตเวชที่ยุ่ยาก รุนแรงและซับซ้อนแบบองค์รวมทั้งรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยต้องผสมผสานการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.82
	- ป้องกันและลดการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้รับ บริการรวมทั้งครอบครัวและชุมชน และส่งเสริมความสามารถ ในการจัดการกับปัญหาเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.64
	- การบำบัดรักษา ทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ยุ่ยาก รุนแรง และซับซ้อน ทั้งในภาวะที่เฉียบพลัน และเรื้อรัง เหตุผล	5	4	3	2	1	*=3.92
	- การฟื้นฟูสภาพผู้รับบริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน เพื่อให้ได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง เหตุผล	5	4	3	2	1	4.71
	- ประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการในการดูแลสุขภาพ ของบุคคล ครอบครัวและชุมชน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.82

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
	- การส่งต่อผู้รับบริการไปรับบริการที่เหมาะสม เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.82
	- การเป็นผู้จัดการรายกรณีทางสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.71
	- การเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาล เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.77
	- การประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ทั้งในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน รวมทั้งบุคลากรอื่นและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการบริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.71
2	ด้านการบริหารจัดการ ในเรื่องของการดำเนินงานการบริการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช เช่น การจัดทำงบประมาณ การวางแผน ปฏิบัติการของหน่วยงาน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.77
3	ด้านการให้ความรู้ ในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช แก่ผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการ ที่ได้จากการประเมินจากผู้รับบริการเหล่านี้ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.87
4	ด้านการเป็นที่ปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากร ในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาและทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี บุคคลและองค์กรต่างๆในชุมชน ให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพองค์รวม เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.91
5	ด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการและพัฒนา องค์ความรู้ใหม่ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.73

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
6	ด้านคุณธรรม จริยธรรมและกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล แก่ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน เหตุผล						*=4.90
		5	4	3	2	1	
1	กิจกรรมการพยาบาลในการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีปัญหายุ่งยากรุนแรงและซับซ้อน แบบองค์รวมทั้งในสถานบริการและในชุมชน 1.1 จัดทำแผนที่ข้อมูลภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ที่รุนแรง ซับซ้อน และนำมาวางแผนให้การช่วยเหลือ เหตุผล						*=4.94
		5	4	3	2	1	
	1.2 ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล มีการสำรวจปัญหา วินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล ประเมินผลการปฏิบัติงาน และนำสิ่งที่ได้กระทำมาทบทวน เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป เหตุผล						*=4.97
		5	4	3	2	1	
	1.3 นำความรู้ทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล เหตุผล						*=4.86
		5	4	3	2	1	
	1.4 ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยให้ ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลสม่ำเสมอ เหตุผล						*=4.97
		5	4	3	2	1	
	1.5 เปิดให้บริการในชุมชน เช่น เปิดคลินิกให้บริการทางสุขภาพจิต เหตุผล						*=4.25
		5	4	3	2	1	
	1.6 ประเมิน วิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน ในชุมชน เหตุผล						*=4.87
		5	4	3	2	1	

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
1.7	ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.82
1.8	ให้บริการเยี่ยมชุมชน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.75
1.9	ให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.75
1.10	ร่วมวางแผนในการแก้ปัญหาทางจิตใจแก่ผู้ป่วยผายกาย เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.81
1.11	ให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีพฤติกรรมที่ยากต่อการจัดการ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.75
1.12	ให้การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.94
1.13	วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.90
1.14	การวางแผนการจำหน่าย เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.82
1.15	พัฒนาความรู้/ศักยภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วย เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.94
1.16	บริการให้การปรึกษา เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.94

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
	1.17 ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เฉียบพลัน และเรื้อรัง						*=4.68
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	1.18 วิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากพยาบาลระดับพื้นฐาน และวางแผนแก้ไขปัญหา ประเมินผล						*=4.90
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	1.19 เปิดบริการให้การรักษาและช่วยเหลือผู้รับบริการทางสุขภาพจิต และจิตเวชใกล้บ้าน						*=4.55
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	1.20 ตัดสินใจในการให้การดูแลโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice)						*=4.90
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
2	การส่งเสริมสุขภาพจิต						
	2.1 เป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ ให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชน						*=4.91
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	2.2 วางแผน ดำเนินงานและจัดทำโครงการในการส่งเสริมสุขภาพจิต						*=4.91
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	2.3 ประสานความร่วมมือกับชุมชนในการดำเนินการสร้างสิ่งแวดล้อม ในชุมชนให้มีบรรยากาศของการส่งเสริมสุขภาพจิต						*=4.79
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	2.4 สนับสนุนให้เกิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในชุมชน เพื่อให้เกิดการ ดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน						*=4.88
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	2.5 จัดบริการให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการ ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม						*=4.77
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	2.6 วิเคราะห์ความต้องการด้านการบริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชของชุมชน						*=4.91
	เหตุผล	5	4	3	2	1	

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
	2.7 ให้ความรู้หรือสอนผู้มารับบริการเป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม เช่น เทคนิคการคลายเครียด เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.67
	2.8 จัดนิทรรศการเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งส่งเสริม ให้ประชาชนทั่วไปมีการดูแลสุขภาพจิตของตนเองเบื้องต้นได้ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.73
	2.9 ประเมินสภาพจิตและภาวะสุขภาพของบุคคลในชุมชน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.77
	2.10 จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานบริการและชุมชน เช่น ศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้ออกกำลังกาย เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.71
	2.11 สนับสนุน ช่วยเหลือให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.71
	2.12 สร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตให้เกิดขึ้นในชุมชนทั้ง องค์กรของรัฐ และเอกชนและกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.79
	2.13 ให้บริการ hotline ตอบปัญหา เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.68
	2.14 ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.21
3	การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพและการแก้ปัญหาทางสุขภาพจิต และจิตเวช 3.1 คัดกรองและประเมินบุคคลที่มีปัญหาเสี่ยง หรือผู้มีปัญหา ในระยะต้นและให้การช่วยเหลือ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.88
	3.2 เฝ้าระวังการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดสารเสพติดและให้การช่วยเหลือ เหตุผล						*=4.91

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	3.3 การให้ความรู้ สุขศึกษา ในเรื่องการปรับตัวและการจัดการ เกี่ยวกับความเครียด						*=4.79
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	3.4 การให้ความรู้ แก่ครอบครัว ชุมชนในเรื่องการเลี้ยงดูเด็ก การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ชุมชน						
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
4	การบำบัดรักษา						
	4.1 ให้การรักษาพยาบาลในรายที่มีปัญหาทางจิตที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน						*=4.82
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	4.2 ให้การรักษาทางยาและสั่งจ่ายยาได้ตาม พรบ.วิชาชีพชั้นสูง และมีความรู้เรื่องของยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างดี						*=4.60
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	4.3 บำบัดรักษาเบื้องต้นกรณีฉุกเฉินทางจิตเวช						*=4.82
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	4.4 ประเมินสภาพจิตในผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่ซับซ้อน						*=4.87
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	4.5 ให้การบำบัดรักษาตามหลักจิตเวชสากลในด้านต่างๆ เช่น จิตสังคมบำบัด ชุมชนบำบัด กลุ่มจิตบำบัด การปรับพฤติกรรม เภสัชบำบัด ครอบครัวบำบัด เป็นต้น						*=4.75
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	4.6 ให้การบำบัดรักษาทางจิตเวชฉุกเฉิน						
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	4.7 ดำเนินการเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะรุนแรงในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพจิตก่อนส่งต่อถ้าเกินความสามารถ						*=4.94
	เหตุผล	5	4	3	2	1	

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
5	การฟื้นฟูสภาพ 5.1 จัดกิจกรรมโดยให้ครอบครัว ชุมชนเข้าร่วมในการรักษาผู้ป่วย เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.87
	5.2 ฝึกทักษะให้ครอบครัวสังเกตและดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.82
	5.3 วางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อติดตาม เยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.81
	5.4 พัฒนาศักยภาพในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.82
	5.5 การติดตามฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย มีการประสานงานกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง และร่วมวางแผนกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.71
	5.6 พัฒนาความรู้/ศักยภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วย เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.82
	5.7 ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เหตุผล	5	4	3	2	1	
	5.8 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.77
	5.9 ประสานงานกับแหล่งประโยชน์เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ที่เรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด เช่น ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพให้ผู้ป่วยจิตเวช เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.77
6	การส่งต่อ 6.1 การส่งต่อผู้ป่วยปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชให้ได้รับการรักษา ที่ถูกต้องและเหมาะสม เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.82

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
	6.2 ติดตามและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาล						*=4.88
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	6.3 จัดระบบการส่งต่อให้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีประสิทธิภาพ ทั้งใน ภาครัฐและเอกชน จากสถานบริการระดับที่ต่ำกว่าไประดับที่สูงกว่า และจากระดับที่สูงกว่าส่งกลับมาระดับที่ต่ำกว่า						*=4.75
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
7	เป็นผู้จัดการรายกรณีในผู้รับบริการที่มีปัญหายุ่งยาก รุนแรง ซับซ้อน						*=4.90
	7.1 ประเมินภาวะสุขภาพ						
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	7.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อนำมาวางแผนในการให้การดูแล						*=4.94
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	7.3 ให้การดูแล ช่วยเหลือ และจัดการกับปัญหาสุขภาพในทุกๆด้าน ของผู้ป่วยในความดูแล						*=4.81
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	7.4 ให้ข้อมูลและประสานการดูแลเพื่อส่งต่อผู้รับบริการให้ได้รับการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย						*=4.77
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
8	การเป็นผู้นำ						*=4.77
	8.1 เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยวางแผนดำเนินงาน ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบ						
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	8.2 เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ในการปฏิบัติกรพยาบาล โดยใช้หลัก วิชาการทางการพยาบาลมาผสมผสานกับขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการแก้ปัญหาทาง สุขภาพจิตแก่ตนเอง และผู้รับบริการที่มีปัญหารุนแรง และซับซ้อน						*=4.86
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	8.3 เป็นผู้นำทางวิชาการในการส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดความรู้ แก่ทีมสุขภาพ และผู้รับบริการ						*=4.91

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	8.4 เป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาล โดยปฏิบัติการพยาบาล ในการให้การดูแลผู้รับบริการ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์						*=4.94
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
9	การประสานงาน						
	9.1 ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ทั้งในและนอก หน่วยงาน ในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง						*=4.77
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	9.2 ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง						*=4.87
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	9.3 การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยกู้ภัย ตำรวจ						*=4.64
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	9.4 ร่วมวางแผนกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และเตรียมผู้ป่วย กลับสู่ครอบครัว (ในกรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล)						*=4.90
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	9.5 ประสานงานกับผู้นำ/ผู้แทนชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแลตนเองทางสุขภาพจิตและให้ชุมชนมีความเข้มแข็งขึ้น						*=4.94
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	9.6 ประสานงานกับหน่วยบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ เพื่อเป็นศูนย์ ช่วยเหลือผู้รับบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชให้ได้รับการ ใกล้บ้าน						*=4.94
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	9.7 สร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตให้เกิดขึ้นในชุมชน องค์การ ของรัฐ เอกชน และกระตุ้นให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน						*=4.87
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
	9.8 ประสานงานกับครู ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและป้องกัน การเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในโรงเรียน						*=4.86
	เหตุผล	5	4	3	2	1	

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
	9.9 ประสานงานกับชุมชน เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.97
	9.10 ประสานงานกับหน่วยบริการเฉพาะทางจิตเวช เพื่อส่งผู้ป่วยที่มี ภาวะรุนแรงไม่สามารถให้การดูแลได้ในชุมชน ให้กลับไปรับ การรักษาต่อในโรงพยาบาล เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.97
1	<u>ด้านการบริหารจัดการ</u> พัฒนาและส่งเสริมทีมสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.82
2	ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และองค์กรต่างๆ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.86
3	สนับสนุนการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและทีมแกนนำ สุขภาพจิตในชุมชน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.86
4	การบริหารจัดการระบบข้อมูลต่างๆ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.71
5	วางแผนงานในการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นิเทศ ประเมินผลการให้บริการ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.91
6	กำหนดระบบงานที่ชัดเจนในการทำงาน เช่น ระบบบริหารความเสี่ยง ระบบการมอบหมายงาน ระบบพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.75
7	จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและเครือข่ายในชุมชนด้านการบริการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.81
8	จัดทำงบประมาณ วางแผนในการระดมทรัพยากร และแหล่งประโยชน์มาใช้ในการปฏิบัติงาน						*=4.81

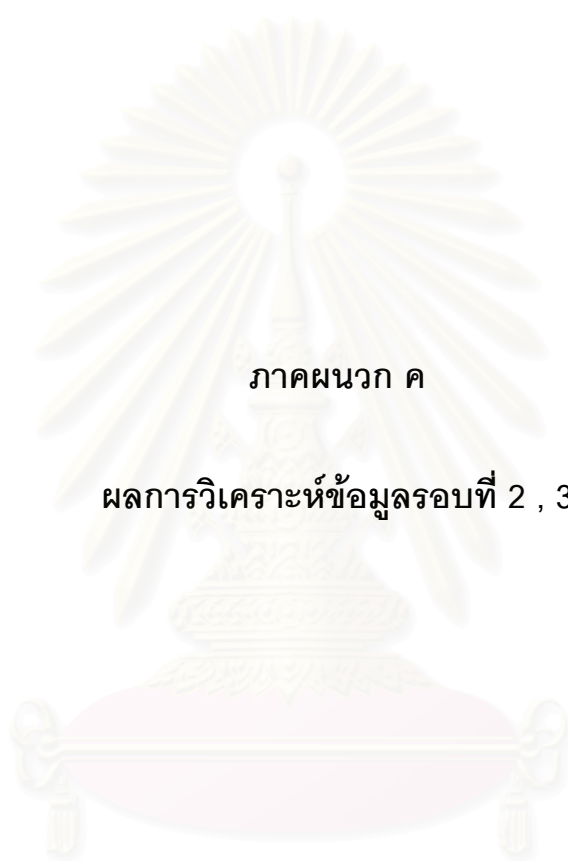
ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
	เหตุผล	5	4	3	2	1	
9	วิเคราะห์ปัญหา แกไขอุปสรรคที่เกิดกับระบบงาน บุคคล สิ่งแวดล้อม และปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.94
10	จัดทำมาตรฐานวิธีปฏิบัติงานที่ยุงยาก ชับซ้อน เป็นปัญหา เพื่อให้ เป็นแนวทางในการดำเนินงาน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.77
11	บริหารจัดการด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ให้เพียงพอและได้มาตรฐาน เหตุผล	5	4	3	2	1	
12	จัดทำระบบบันทึกข้อมูล ระบบสารสนเทศ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.64
13	บริหารจัดการด้านการเงิน งบประมาณ โดยสนับสนุนและหาแหล่ง ประโยชน์ สำหรับผู้พิการ ผู้ติดสารเสพติด ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง เพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.55
1	ด้านการให้ความรู้ พัฒนาศักยภาพทีมงาน ในการสอนผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.97
2	มีส่วนร่วมในการสร้างและส่งเสริมการพัฒนาวิชาการ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.86
3	จัดทำเอกสารเผยแพร่ และให้ความรู้แก่ประชาชนโดยผ่านสื่อต่างๆ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.55
4	ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่บุคลากรที่มีสุขภาพในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาทางจิต เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.91

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
5	เป็นผู้นำในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน มาตรฐานการพยาบาล ทางสุขภาพจิตและจิตเวช เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.90
6	สอนทักษะทางการพยาบาลจิตเวชแก่บุคลากรทีมสุขภาพ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.97
7	จัดทำคู่มือความรู้แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.82
8	ส่งเสริมและให้บริการวิชาการแก่บุคคล องค์กร และหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.81
9	จัดอบรม/สอน ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่ซ้ำซ้อน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.71
10	เปิดการสอน/อบรมหลักสูตรแก่พยาบาลระดับพื้นฐานหรือระดับสูง ด้วยกันในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ยุ่ยากและซ้ำซ้อน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.68
11	เป็นวิทยากรให้กับองค์กรต่างๆ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.75
12	พัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆในการให้บริการ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.68
13	การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารในเรื่องทางสุขภาพ และแหล่งบริการ ทางสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อสามารถตัดสินใจในเรื่อง สุขภาพได้ด้วยตนเอง เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.75

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
14	ให้ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.90
15	ให้ความรู้เรื่องทางสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตแก่ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิต อันจะนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในครอบครัว และชุมชนของตนเองได้ดี เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.86
1	<u>ด้านการเป็นที่ปรึกษา</u> เป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลในการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.94
2	เป็นที่ปรึกษาแก่ทีมสุขภาพในการส่งต่อการรักษา เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.90
3	เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพจิตในชุมชน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.87
4	บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตแก่บุคลากร ผู้มารับบริการ และหน่วยงานอื่นๆ เช่น ปัญหาความขัดแย้งในที่ทำงาน เป็นต้น เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.14
1	<u>ด้านการวิจัย</u> ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ผลการวิจัยเป็นพื้นฐาน เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.00
2	นำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนางานและวางแผนการพยาบาล เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.71

ข้อที่	แนวโน้มการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ปี 2553	น้ำหนักคะแนน					
3	ทำวิจัยการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อหาทาง แก้ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและสร้างองค์ความรู้ใหม่ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.77
4	นำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.90
5	ให้บริการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการวิจัย เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.75
1	<u>ด้านคุณธรรม จริยธรรมและกฎหมาย</u> ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกคนอย่างเสมอภาค และเท่าเทียม เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.97
2	ให้ข้อมูลในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับทราบขั้นตอน ในการดูแลรักษา และตัดสินใจในการรับบริการ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=4.86
3	ปฏิบัติการพยาบาลตามพรบ.วิชาชีพการพยาบาล และกฎหมายวิชาชีพ เหตุผล	5	4	3	2	1	*=5.00

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 , 3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัถฐาน	พิสัยควอไทล์
การบริการระดับปฐมภูมิ ควรประกอบด้วยบริการที่สำคัญดังต่อไปนี้		
1 เป็นบริการด้านแรกที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ โดยมีกรให้บริการในเชิงรุก สู้ครอบครัว และชุมชนมากที่สุด	4.91	0.59
2 เป็นบริการที่ใกล้บ้าน สะดวก และมีขั้นตอนน้อยในการขอรับบริการ	4.88	0.63
3 เป็นบริการแบบบูรณาการ ครอบคลุม 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ	4.91	0.59
4 เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีการเจ็บป่วย	4.88	0.63
5 เป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับสิทธิในการดูแล ทั้งในระยะแรก ระยะเฉียบพลัน และการส่งต่อในระยะรุนแรง	4.31	1.19
6 เป็นการให้บริการที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล บ้าน และชุมชน	4.77	0.73
7 เป็นการบริการที่ทำหน้าที่ในการประสานงานกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนและแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน	4.77	0.73
8 เป็นการให้บริการที่มีการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพที่หลากหลาย	4.55	0.95
9 เป็นการบริการที่ทำหน้าที่ส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการช่วยเหลือผู้รับบริการนั้นๆ ได้	4.50	1.00
10 เป็นบริการที่ผสมผสานความรู้ด้านวิชาชีพกับความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด	4.79	0.71
11 เป็นการบริการที่เสริมศักยภาพและให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพได้	4.83	0.67
12 เป็นการบริการที่ทำให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลในการใช้บริการ	4.31	1.19
13 เป็นการให้บริการที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ	4.67	0.83
14 เป็นการให้บริการที่เสริมศักยภาพให้ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพได้	4.83	0.67
15 เป็นบริการที่ช่วยป้องกันและลดความพิการจากปัญหาสุขภาพในองค์รวม ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต	3.83	1.67
คุณลักษณะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในด้านต่าง ๆ มีดังนี้		
<u>ด้านความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน</u>		
1 ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน	4.85	0.65
2 มีทักษะการให้บริการในเชิงรุก	4.77	0.73
3 มีความรู้เรื่องนโยบาย สามารถวางแผนดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบาย	4.73	0.77
4 มีความรู้ในเรื่องสภาพแวดล้อมของชุมชน และแหล่งทรัพยากรท้องถิ่นของชุมชน	4.88	0.63

รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัถฐาน	พิสัยควอไทล์
5 มีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ	4.79	0.71
6 มีทักษะทางสังคม ในการประเมินปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ	4.81	0.69
7 มีความสามารถในการระบุปัญหา วินิจฉัยปัญหาได้ถูกต้อง รวดเร็ว และครบถ้วน	4.79	0.71
8 มีทักษะในการติดต่อสื่อสารและการประสานงานที่ดี	4.91	0.59
9 สามารถนำความรู้ทางหลักวิชาการพยาบาล มาผสมผสานกับความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน	4.82	0.68
10 สามารถบูรณาการและประยุกต์ความรู้ทางการพยาบาล มาผสมผสาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของบุคคล สภาพแวดล้อม ภาวะทางกายทางจิต ในการปฏิบัติการพยาบาล	4.81	0.69
11 มีทักษะในการให้คำปรึกษา	4.88	0.63
12 มีทักษะทางการพยาบาลครอบครัว	4.38	1.13
13 มีความสามารถในการตัดสินใจ วินิจฉัยสั่งการได้ตามหลักวิชาการ	4.77	0.73
14 มีความสามารถในการใช้ข้อมูลสารสนเทศ เทคโนโลยีใหม่ๆในการปฏิบัติงาน	4.07	1.43
15 มีความสามารถในการวางแผนให้บริการที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง เศรษฐกิจ การเมือง การคลัง และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และนำแนวคิดมาประยุกต์ใช้ตลอดจนปรับปรุงงานให้ดีขึ้นอยู่เสมอ	4.14	1.36
16 มีความสามารถในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคคล ทั้งในหน่วยงานชุมชน และประสานงานกับหน่วยงานต่างๆในการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้	4.91	0.59
17 มีความสามารถในเรื่อง การเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ทั้งในด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และให้การดูแลแบบองค์รวมได้	4.86	0.64
18 มีความสามารถในการวางแผน นิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น	4.67	0.83
19 มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของบุคคล	4.71	0.79
20 มีความสามารถในการค้นหาสาเหตุของปัญหาทางด้านจิตใจของบุคคล ให้การช่วยเหลือ ยับยั้งและแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว	4.64	0.87
21 มีความรู้ความสามารถในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาทางจิต และให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง	4.87	0.63
22 มีความเชี่ยวชาญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน	3.83	1.67
23 มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์แก้ไขปัญหาและเหตุการณ์ เฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว	4.71	0.79
24 มีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	4.44	1.05

รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัถฐาน	พิสัยควอไทล์
ด้านบุคลิกลักษณะ		
1 มีคุณธรรม จริยธรรม และรับผิดชอบต่อสังคม	4.94	0.56
2 มีจรรยาบรรณวิชาชีพ	4.91	0.59
3 มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มั่นคง	4.94	0.56
4 ใจเย็น นุ่มนวล	4.82	0.68
5 เป็นผู้รับฟังที่ดี	4.94	0.55
6 เชื้ออาหาร เสียสละ	4.83	0.67
7 กระตือรือร้นในการเฝ้าหาความรู้อยู่เสมอ	4.82	0.68
8 จริงใจและเป็นมิตร	4.87	0.63
9 มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มองโลกบนพื้นฐานความเป็นจริง	4.87	0.63
10 มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน	4.82	0.68
11 มีมนุษยสัมพันธ์ ทำงานกับผู้อื่นได้ดี	4.97	0.53
12 มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี	4.77	0.73
13 พัฒนาตนเอง เพื่อนำไปสู่ความสมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง	4.83	0.67
ด้านคุณวุฒิ		
1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน	4.00	1.50
2 พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช	4.64	0.87
3 พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4.31	1.19
4 พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท	4.83	0.29
5 พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	4.31	1.19
บทบาท/ขอบเขตการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน		
1 บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การรักษาพยาบาล การติดตามฟื้นฟูสภาพ ในประเด็นสุขภาพที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และไม่ต้องทำการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน	4.87	0.63
2 บทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชที่ไม่ซับซ้อน	4.88	0.63
3 บทบาทในการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อส่งต่อปรึกษาหรือ รักษาต่อตามความเหมาะสม	4.91	0.59
4 บทบาทในการให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลที่สนับสนุนแผนการรักษาของแพทย์	4.67	0.83

รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัถฐาน	พิสัยควอไทล์
5 บทบาทในการสอน/ชี้แนะในรายที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน แก่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน นักศึกษา และบุคลากรอื่น	4.88	0.63
6 ให้บริการคำปรึกษาที่ไม่ซับซ้อนแก่ผู้ป่วยและญาติ	4.79	0.71
7 บทบาทในการดำเนินการวิจัยหรือร่วมการวิจัยที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.44	1.05
8 บทบาทในการเป็นผู้ร่วมดำเนินงานในการบริหารงานต่างๆ	4.38	1.13
9 บทบาทในการส่งต่อไปยังผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในหน่วยงาน	4.59	0.91
10 บทบาทในการเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณระดับพื้นฐาน	3.60	1.9
บทบาท/ขอบเขตการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิ ของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง		
1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล		
- ให้การดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม ทั้งในสถานบริการ และในชุมชน แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน	4.94	0.56
- ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหาที่ยุ่งยาก รุนแรงและซับซ้อน อย่างมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ	4.82	0.68
- ส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และจิตเวชที่ยุ่งยาก รุนแรงและซับซ้อนแบบองค์รวมทั้งรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยต้องผสมผสาน การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ	4.82	0.68
- ป้องกันและลดการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้รับบริการรวมทั้ง ครอบครัวและชุมชน และส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหาเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง	4.64	0.87
- การบำบัดรักษา ทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ยุ่งยาก รุนแรง และซับซ้อน ทั้งใน ภาวะที่เฉียบพลัน และเรื้อรัง	4.31	1.19
- การฟื้นฟูสภาพผู้รับบริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน เพื่อให้ได้รับการ บริการอย่างต่อเนื่อง	4.71	0.79
- ประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการในการดูแลสุขภาพ ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน	4.82	0.68
- การส่งต่อผู้รับบริการไปรับบริการที่เหมาะสม	4.82	0.68
- การเป็นผู้จัดการรายกรณีทางสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และ ชุมชน เพื่อให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง	4.71	0.79
- การเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาล	4.77	0.73
- การประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ทั้งในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน รวมทั้งบุคลากรอื่นและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการบริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน	4.71	0.79

รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัถฐาน	พิสัยควอไทล์
2 ด้านการบริหารจัดการ ในเรื่องของการดำเนินงานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น การจัดทำงบประมาณ การวางแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน	4.77	0.73
3 ด้านการให้ความรู้ ในเรื่องของคุณภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการที่ได้จากการประเมินจากผู้รับบริการเหล่านี้	4.82	0.68
4 ด้านการเป็นที่ปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาและทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี บุคคลและองค์กรต่างๆในชุมชน ให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพองค์รวม	4.91	0.59
5 ด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการและพัฒนา องค์ความรู้ใหม่ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	4.73	0.77
6 ด้านคุณธรรม จริยธรรมและกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล แก่ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน	4.86	0.64
กิจกรรมการพยาบาลในการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง		
<u>ด้านการปฏิบัติการพยาบาล</u>		
1 การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีปัญหายุ่งยากรุนแรงและซับซ้อน แบบองค์รวมทั้งในสถานบริการและในชุมชน		
1.1 จัดทำแผนที่ข้อมูลภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนที่รุนแรง ซับซ้อน และนำมาวางแผนให้การช่วยเหลือ	4.94	0.56
1.2 ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล มีสำรวจปัญหา วินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติงาน และนำสิ่งที่ได้กระทำมาทบทวน เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป	4.94	0.56
1.3 นำความรู้ทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล	4.81	0.69
1.4 ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลสม่ำเสมอ	4.94	0.56
1.5 เปิดให้บริการในชุมชน เช่น เปิดคลินิกให้บริการทางสุขภาพ	4.25	1.25
1.6 ประเมิน วิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชน	4.90	0.60
1.7 ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน	4.82	0.68
1.8 ให้บริการเยี่ยมชุมชน	4.75	0.75
1.9 ให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์	4.75	0.75
1.10 ร่วมวางแผนในการแก้ปัญหาทางจิตใจแก่ผู้ป่วยฝ่ายกาย	4.75	0.75
1.11 ให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีพฤติกรรมที่ยากต่อการจัดการ	4.75	0.75

รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ		
1.12 ให้การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน	4.94	0.56
1.13 วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	4.90	0.60
1.14 การวางแผนการจำหน่าย	4.82	0.68
1.15 พัฒนาความรู้/ศักยภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วย	4.94	0.56
1.16 บริการให้การปรึกษา	4.91	0.59
1.17 ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เฉียบพลัน และเรื้อรัง	4.68	0.82
1.19 วิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากพยาบาลระดับพื้นฐานและวางแผนแก้ไขปัญหา ประเมินผล	4.90	0.60
1.19 เปิดบริการให้การรักษาและช่วยเหลือผู้รับบริการใกล้บ้าน	4.55	0.95
1.20 ตัดสินใจในการให้การดูแลโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice)	4.90	0.60
2 การส่งเสริมสุขภาพจิต		
2.1 เป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ ให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชน	4.91	0.59
2.2 วางแผน ดำเนินงานและจัดทำโครงการในการส่งเสริมสุขภาพจิต	4.91	0.59
2.3 ประสานความร่วมมือกับชุมชนในการดำเนินการสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้มี บรรยากาศของการส่งเสริมสุขภาพจิต	4.79	0.71
2.4 สนับสนุนให้เกิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน	4.88	0.63
2.5 จัดบริการให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและ เท่าเทียม	4.77	0.73
2.6 วิเคราะห์ความต้องการด้านการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของชุมชน	4.91	0.59
2.7 ให้ความรู้หรือสอนผู้มารับบริการเป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม เช่น เทคนิคการคลาย เครียด	4.67	0.83
2.8 จัดนิทรรศการเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปมี การดูแลสุขภาพจิตของตนเองเบื้องต้นได้	4.73	0.77
2.9 ประเมินสภาพจิตและภาวะสุขภาพของบุคคลในชุมชน	4.71	0.79
2.10 จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานบริการและชุมชน เช่น ศูนย์ พัฒนาการเด็กเล็ก ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้ออกกำลังกาย	4.71	0.79
2.11 สนับสนุน ช่วยเหลือให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยกระตุ้นให้ชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	4.71	0.79
2.12 สร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตให้เกิดขึ้นในชุมชนทั้งองค์กรของรัฐ เอกชน และกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	4.79	0.71

รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัถฐาน	พิสัยควอไทล์
2.13 ให้บริการ hotline ตอบปัญหา	4.68	0.82
2.14 ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย	4.21	1.29
3 การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพและการแก้ปัญหาทางสุขภาพจิต และจิตเวช		
3.1 คัดกรองและประเมินบุคคลที่มีปัญหาเสี่ยง หรือผู้มีปัญหาในระยะต้นและให้การช่วยเหลือได้	4.88	0.63
3.2 เฝ้าระวังการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดสารเสพติดและให้การช่วยเหลือ	4.91	0.59
3.3 การให้ความรู้ สุขศึกษา ในเรื่องการปรับตัวและการจัดการเกี่ยวกับความเครียด	4.79	0.71
3.4 การให้ความรู้ แก่ครอบครัว ชุมชนในเรื่องการเลี้ยงดูเด็ก การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ชุมชน	4.77	0.73
4 การบำบัดรักษา		
4.1 ให้การรักษาพยาบาลในรายที่มีปัญหาทางจิตที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน	4.82	0.68
4.2 ให้การรักษาทางยาและสั่งจ่ายยาได้ตาม พรบ.วิชาชีพชั้นสูง และมีความรู้เรื่องของยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างดี	4.60	0.90
4.3 บำบัดรักษาเบื้องต้นกรณีฉุกเฉินทางจิตเวช	4.60	0.90
4.4 ประเมินสภาพจิตในผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่ซับซ้อน	4.87	0.63
4.5 ให้การบำบัดรักษาตามหลักจิตเวชสากลในด้านต่างๆ เช่น จิตสังคมบำบัด ชุมชนบำบัด กลุ่มจิตบำบัด การปรับพฤติกรรมเภสัชบำบัด ครอบครัวบำบัด เป็นต้น	4.75	0.75
4.6 ให้การบำบัดรักษาทางจิตเวชฉุกเฉิน	4.91	0.59
4.7 ดำเนินการเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะรุนแรงในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตก่อนส่งต่อถ้าเกินความสามารถ	4.94	0.56
5 การฟื้นฟูสภาพ		
5.1 จัดกิจกรรมโดยให้ครอบครัว ชุมชนเข้าร่วมในการรักษาผู้ป่วย	4.87	0.63
5.2 ฝึกทักษะให้ครอบครัวสังเกตและดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง	4.82	0.68
5.3 วางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง	4.75	0.75
5.4 พัฒนาศักยภาพในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน	4.82	0.68
5.5 การติดตามฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และร่วมวางแผนกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย	4.71	0.79
5.6 พัฒนาความรู้/ศักยภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วย	4.77	0.73
5.7 ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	4.82	0.68
5.8 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน	4.77	0.73

รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัถฐาน	พิสัยควอไทล์
5.9 ประสานงานกับแหล่งประโยชน์เพื่อฟื้นฟูสุขภาพผู้ที่มีปัญหาทางจิตที่เรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด เช่น ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพให้ผู้ป่วยจิตเวช	4.77	0.73
6 การส่งต่อ		
6.1 การส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม	4.82	0.68
6.2 ติดตามและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้านจาก โรงพยาบาล	4.83	0.67
6.3 จัดระบบการส่งต่อให้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีประสิทธิภาพ ทั้งในภาครัฐและเอกชน จากสถานบริการระดับที่ต่ำกว่าไประดับที่สูงกว่า และจากระดับที่สูงกว่าส่งกลับมาระดับที่ต่ำกว่า	4.75	0.75
7 เป็นผู้จัดการรายกรณีในผู้รับบริการที่มีปัญหายุ่งยาก รุนแรง ซับซ้อน		
7.1 ประเมินภาวะสุขภาพ	4.90	0.60
7.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อนำมาวางแผนในการให้การดูแล	4.94	0.56
7.3 ให้การดูแล ช่วยเหลือ และจัดการกับปัญหาสุขภาพในทุกๆด้านของผู้ป่วยในความดูแล	4.81	0.69
7.4 ให้ข้อมูลและประสานการดูแลเพื่อส่งต่อผู้รับบริการให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย	4.82	0.68
8 การเป็นผู้นำ		
8.1 เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยวางแผนดำเนินงาน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบ	4.77	0.73
8.2 เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักวิชาการทางการพยาบาลมาผสมผสานกับขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการแก้ปัญหาทางสุขภาพจิตแก่ตนเอง และผู้รับบริการที่มีปัญหา รุนแรง และซับซ้อน	4.86	0.64
8.3 เป็นผู้นำทางวิชาการในการส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดความรู้แก่ทีมสุขภาพ และผู้รับบริการ	4.91	0.59
8.4 เป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาล โดยปฏิบัติการพยาบาลในการให้การดูแลผู้รับบริการ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์	4.87	0.63
9 การประสานงาน		
9.1 ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ทั้งในและนอกหน่วยงาน ในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง	4.71	0.79
9.2 ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	4.77	0.73

9.3 การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานผู้ภัย ตำรวจ	4.64	0.87
<small>4.86</small>		
รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัธยฐาน	พิสัยควอไทล์
9.4 ร่วมวางแผนกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว (ในกรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล)	4.86	0.64
9.5 ประสานงานกับผู้นำ/ผู้แทนชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองทางสุขภาพจิตและให้ชุมชนมีความเข้มแข็งขึ้น	4.90	0.60
9.6 ประสานงานกับหน่วยบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ เพื่อเป็นศูนย์ช่วยเหลือผู้รับบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชให้ได้รับบริการใกล้บ้าน	4.77	0.73
9.7 สร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตให้เกิดขึ้นในชุมชน องค์การของรัฐ เอกชน และกระตุ้นให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	4.87	0.63
9.8 ประสานงานกับครู ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในโรงเรียน	4.86	0.64
9.9 ประสานงานกับชุมชน เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	4.94	0.56
9.10 ประสานงานกับหน่วยบริการเฉพาะทางจิตเวช เพื่อส่งผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรงไม่สามารถให้การดูแลได้ในชุมชน ให้กลับไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาล	4.94	0.56
ด้านการบริหารจัดการ		
1 พัฒนาและส่งเสริมทีมสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ	4.77	0.73
2 ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และองค์กรต่างๆ	4.81	0.69
3 สนับสนุนการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและทีมแกนนำสุขภาพจิตในชุมชน	4.86	0.64
4 การบริหารจัดการระบบข้อมูลต่างๆ	4.71	0.79
5 วางแผนงานในการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นิเทศ ประเมินผลการให้บริการ	4.82	0.68
6 กำหนดระบบงานที่ชัดเจนในการทำงาน เช่น ระบบบริหารความเสี่ยงระบบการมอบหมายงาน ระบบพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง	4.75	0.75
7 จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและเครือข่ายในชุมชนด้านการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	4.81	0.69
8 จัดทำงบประมาณ วางแผนในการระดมทรัพยากรและแหล่งประโยชน์มาใช้ในการปฏิบัติงาน	4.81	0.69
9 วิเคราะห์ปัญหา แกไขอุปสรรคที่เกิดกับระบบงาน บุคคล สิ่งแวดล้อมและปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม	4.94	0.56
10 จัดทำมาตรฐานวิธีปฏิบัติงานที่ยุงยาก ซับซ้อน เป็นปัญหา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน	4.77	0.73

11	บริหารจัดการด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ให้เพียงพอ และได้มาตรฐาน	3.70	1.8
12	จัดทำระบบบันทึกข้อมูล ระบบสารสนเทศ	4.64	0.87
รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ		มัถยฐาน	พิสัยควอไทล์
13	บริหารจัดการด้านการเงิน งบประมาณ โดยสนับสนุนและหาแหล่ง ประโยชน์ สำหรับ ผู้พิการ ผู้ติดสารเสพติด ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังเพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต	4.55	0.95
<u>ด้านการให้ความรู้</u>			
1	พัฒนาศักยภาพทีมงาน ในการสอนผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต	4.94	0.56
2	มีส่วนร่วมในการสร้างและส่งเสริมการพัฒนาวิชาการ	4.81	0.69
3	จัดทำเอกสารเผยแพร่ ให้ความรู้แก่ประชาชน โดยผ่านสื่อต่าง ๆ	4.55	0.95
4	ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่บุคลากรทีมสุขภาพในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต	4.87	0.63
5	เป็นผู้นำในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน มาตรฐานการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวช	4.86	0.64
6	สอนทักษะทางการพยาบาลจิตเวชแก่บุคลากรทีมสุขภาพ	4.90	0.60
7	จัดทำคู่มือความรู้แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน	4.77	0.73
8	ส่งเสริมและให้บริการวิชาการแก่บุคคล องค์กร และหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	4.81	0.69
9	จัดอบรม/สอน ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่ซ้ำซ้อน	4.64	0.87
10	เปิดการสอน/อบรมหลักสูตรแก่พยาบาลระดับพื้นฐานหรือระดับสูงด้วยกันในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ยุ่งยากและซ้ำซ้อน	4.68	0.82
11	เป็นวิทยากรให้กับองค์กรต่างๆ	4.75	0.75
12	พัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆในการให้บริการ	4.68	0.82
13	การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารในเรื่องทางสุขภาพ และแหล่งบริการทางสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อสามารถตัดสินใจในเรื่องสุขภาพได้ด้วยตนเอง	4.75	0.75
14	ให้ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน	4.86	0.64
15	ให้ความรู้เรื่องทางสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตแก่ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิต อันจะนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในครอบครัว และชุมชนของตนเองได้ดี	4.81	0.69
<u>ด้านการเป็นที่ปรึกษา</u>			
1	เป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลในการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน	4.94	0.56
2	เป็นที่ปรึกษาแก่ทีมสุขภาพในการส่งต่อการรักษา	4.86	0.64

3	เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงาน และองค์กรต่างๆในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพจิตในชุมชน	4.87	0.63
4	บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตแก่บุคลากร ผู้มารับบริการและหน่วยงานอื่นๆ เช่น ปัญหาความขัดแย้งในที่ทำงาน เป็นต้น	4.14	1.36
รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ		มัถยฐาน	พิสัยควอไทล์
<u>ด้านกรวิจัย</u>			
1	ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ผลการวิจัยเป็นพื้นฐาน	4.00	1.5
2	นำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล	4.71	0.79
3	ทำวิจัยการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อหาทางแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและสร้างองค์ความรู้ใหม่	4.77	0.73
4	นำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ	4.86	0.64
5	ให้บริการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการวิจัย	4.75	0.75
<u>ด้านคุณธรรม จริยธรรมและกฎหมาย</u>			
1	ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกคนอย่างเสมอภาค และเท่าเทียม	4.94	0.56
2	ให้ข้อมูลในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับทราบขั้นตอนในการดูแลรักษา และตัดสินใจในการรับบริการ	4.86	0.64
3	ปฏิบัติการพยาบาลตามพรบ.วิชาชีพการพยาบาลและกฎหมายวิชาชีพ	4.97	0.53

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัถฐาน	พิสัยควอไทล์
การบริการระดับปฐมภูมิ ควรประกอบด้วยบริการที่สำคัญดังต่อไปนี้		
1 เป็นบริการด้านแรกที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ โดยมีกรให้บริการในเชิงรุก สู้ครอบครัว และชุมชนมากที่สุด	4.94	0.55
2 เป็นบริการที่ใกล้บ้าน สะดวก และมีขั้นตอนน้อยในการขอรับบริการ	4.94	0.55
3 เป็นบริการแบบบูรณาการ ครอบคลุม 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ	4.97	0.53
4 เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีการเจ็บป่วย	4.97	0.53
5 เป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับสิทธิในการดูแล ทั้งในระยะแรก ระยะเฉียบพลัน และการส่งต่อในระยะรุนแรง	4.44	1.05
6 เป็นการให้บริการที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล บ้าน และชุมชน	4.87	0.63
7 เป็นการบริการที่ทำหน้าที่ในการประสานงานกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนและแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน	4.79	0.71
8 เป็นการให้บริการที่มีการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพที่หลากหลาย	4.55	0.95
9 เป็นการบริการที่ทำหน้าที่ส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการช่วยเหลือผู้รับบริการนั้นๆได้	4.50	1.00
10 เป็นบริการที่ผสมผสานความรู้ด้านวิชาชีพกับความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด	4.83	0.67
11 เป็นการบริการที่เสริมศักยภาพและให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพได้	4.88	0.63
12 เป็นการบริการที่ทำให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลในการใช้บริการ	4.14	1.36
13 เป็นการให้บริการที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ	4.73	0.77
14 เป็นการให้บริการที่เสริมศักยภาพให้ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพได้	4.91	0.59
15 เป็นบริการที่ช่วยป้องกันและลดความพิการจากปัญหาสุขภาพในองค์รวม ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต	4.07	1.43
คุณลักษณะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในด้านต่าง ๆ มีดังนี้		
ด้านความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน		
1 ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน	4.86	0.64
2 มีทักษะการให้บริการในเชิงรุก	4.77	0.73
3 มีความรู้เรื่องนโยบาย สามารถวางแผนดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบาย	4.73	0.77
4 มีความรู้ในเรื่องสภาพแวดล้อมของชุมชน และแหล่งทรัพยากรท้องถิ่นของชุมชน	4.88	0.63

รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัถฐาน	พิสัยควอไทล์
5 มีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ	4.79	0.71
6 มีทักษะทางสังคม ในการประเมินปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ	4.81	0.69
7 มีความสามารถในการระบุปัญหา วินิจฉัยปัญหาได้ถูกต้อง รวดเร็ว และครบถ้วน	4.79	0.71
8 มีทักษะในการติดต่อสื่อสารและการประสานงานที่ดี	4.91	0.59
9 สามารถนำความรู้ทางหลักวิชาการพยาบาล มาผสมผสานกับความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน	4.82	0.68
10 สามารถบูรณาการและประยุกต์ความรู้ทางการพยาบาล มาผสมผสาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของบุคคล สภาพแวดล้อม ภาวะทางกายทางจิต ในการปฏิบัติการพยาบาล	4.81	0.69
11 มีทักษะในการให้คำปรึกษา	4.91	0.59
12 มีทักษะทางการพยาบาลครอบครัว	4.38	1.13
13 มีความสามารถในการตัดสินใจ วินิจฉัยสั่งการได้ตามหลักวิชาการ	4.77	0.73
14 มีความสามารถในการใช้ข้อมูลสารสนเทศ เทคโนโลยีใหม่ๆในการปฏิบัติงาน	4.07	1.43
15 มีความสามารถในการวางแผนให้บริการที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง เศรษฐกิจ การเมือง การคลัง และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และนำแนวคิดมาประยุกต์ใช้ตลอดจนปรับปรุงงานให้ดีขึ้นอยู่เสมอ	4.14	1.36
16 มีความสามารถในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคคล ทั้งในหน่วยงานชุมชน และประสานงานกับหน่วยงานต่างๆในการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้	4.94	0.56
17 มีความสามารถในเรื่อง การเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ทั้งในด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และให้การดูแลแบบองค์รวมได้	4.86	0.64
18 มีความสามารถในการวางแผน นิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น	4.67	0.83
19 มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของบุคคล	4.71	0.79
20 มีความสามารถในการค้นหาสาเหตุของปัญหาทางด้านจิตใจของบุคคล ให้การช่วยเหลือ ยับยั้งและแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว	4.64	0.87
21 มีความรู้ความสามารถในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาทางจิต และให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง	4.87	0.63
22 มีความเชี่ยวชาญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน	3.50	2.00
23 มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์แก้ไขปัญหาและเหตุการณ์ เฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว	4.71	0.79
24 มีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	4.44	1.05

รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัถฐาน	พิสัยควอไทล์
<u>ด้านบุคลิกลักษณะ</u>		
1 มีคุณธรรม จริยธรรม และรับผิดชอบต่อสังคม	4.97	0.53
2 มีจรรยาบรรณวิชาชีพ	4.94	0.56
3 มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มั่นคง	4.94	0.56
4 ใจเย็น นุ่มนวล	4.87	0.63
5 เป็นผู้รับฟังที่ดี	4.97	0.53
6 เชื้ออาหาร เสียสละ	4.88	0.63
7 กระตือรือร้นในการเฝ้าหาความรู้อยู่เสมอ	4.82	0.68
8 จริงใจและเป็นมิตร	4.91	0.59
9 มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มองโลกบนพื้นฐานความเป็นจริง	4.91	0.59
10 มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน	4.82	0.68
11 มีมนุษยสัมพันธ์ ทำงานกับผู้อื่นได้ดี	5.00	0.50
12 มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี	4.79	0.71
13 พัฒนาตนเอง เพื่อนำไปสู่ความสมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง	4.83	0.67
<u>ด้านคุณวุฒิ</u>		
1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน	4.00	1.50
2 พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช	4.64	0.87
3 พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4.31	1.19
4 พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท	4.89	0.19
5 พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	4.31	1.19
บทบาท/ขอบเขตการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน		
1 บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การรักษาพยาบาล การติดตามฟื้นฟูสภาพ ในประเด็นสุขภาพที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และไม่ต้องทำการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน	4.94	0.56
2 บทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชที่ไม่ซับซ้อน	4.91	0.59
3 บทบาทในการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อส่งต่อปรึกษาหรือ รักษาต่อตามความเหมาะสม	4.91	0.59
4 บทบาทในการให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลที่สนับสนุนแผนการรักษาของแพทย์	4.67	0.83

รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัถฐาน	พิสัยควอไทล์
5 บทบาทในการสอน/ชี้แนะในรายที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน แก่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน นักศึกษา และบุคลากรอื่น	4.88	0.63
6 ให้บริการคำปรึกษาที่ไม่ซับซ้อนแก่ผู้ป่วยและญาติ	4.79	0.71
7 บทบาทในการดำเนินการวิจัยหรือร่วมการวิจัยที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.31	1.19
8 บทบาทในการเป็นผู้ร่วมดำเนินงานในการบริหารงานต่างๆ	4.21	1.29
9 บทบาทในการส่งต่อไปยังผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในหน่วยงาน	4.59	0.91
10 บทบาทในการเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณระดับพื้นฐาน	3.60	1.90
บทบาท/ขอบเขตการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง		
1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล		
- ให้การดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม ทั้งในสถานบริการ และในชุมชน แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน	4.94	0.56
- ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหาที่ยุ่งยาก รุนแรงและซับซ้อน อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ	4.82	0.68
- ส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และจิตเวชที่ยุ่งยาก รุนแรงและซับซ้อนแบบองค์รวมทั้งรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยต้องผสมผสานการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ	4.82	0.68
- ป้องกันและลดการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้รับบริการรวมทั้งครอบครัวและชุมชน และส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหาเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง	4.64	0.87
- การบำบัดรักษา ทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ยุ่งยาก รุนแรง และซับซ้อน ทั้งในภาวะที่เฉียบพลัน และเรื้อรัง	3.92	1.58
- การฟื้นฟูสภาพผู้รับบริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน เพื่อให้ได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง	4.71	0.78
- ประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการในการดูแลสุขภาพ ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน	4.82	0.68
- การส่งต่อผู้รับบริการไปรับบริการที่เหมาะสม	4.82	0.68
- การเป็นผู้จัดการรายกรณีทางสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง	4.71	0.79
- การเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาล	4.77	0.73
- การประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ทั้งในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน รวมทั้งบุคลากรอื่นและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการบริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน	4.71	0.79

รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัถฐาน	พิสัยควอไทล์
2 ด้านการบริหารจัดการ ในเรื่องของการดำเนินงานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น การจัดทำงบประมาณ การวางแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน	4.77	0.73
3 ด้านการให้ความรู้ ในเรื่องของคุณภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการที่ได้จากการประเมินจากผู้รับบริการเหล่านี้	4.87	0.63
4 ด้านการเป็นที่ปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาและทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี บุคคลและองค์กรต่างๆในชุมชน ให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพองค์รวม	4.91	0.59
5 ด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการและพัฒนา องค์ความรู้ใหม่ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	4.73	0.77
6 ด้านคุณธรรม จริยธรรมและกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล แก่ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน	4.90	0.60
กิจกรรมการพยาบาลในการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง		
<u>ด้านการปฏิบัติการพยาบาล</u>		
1 การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีปัญหายุ่งยากรุนแรงและซับซ้อน แบบองค์รวมทั้งในสถานบริการและในชุมชน		
1.1 จัดทำแผนที่ข้อมูลภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนที่รุนแรง ซับซ้อน และนำมาวางแผนให้การช่วยเหลือ	4.94	0.56
1.2 ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล มีสำรวจปัญหา วินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติงาน และนำสิ่งที่ได้กระทำมาทบทวน เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป	4.97	0.53
1.3 นำความรู้ทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล	4.86	0.64
1.4 ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลสม่ำเสมอ	4.97	0.53
1.5 เปิดให้บริการในชุมชน เช่น เปิดคลินิกให้บริการทางสุขภาพ	4.25	1.25
1.6 ประเมิน วิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชน	4.87	0.63
1.7 ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน	4.82	0.68
1.8 ให้บริการเยี่ยมชุมชน	4.75	0.75
1.9 ให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์	4.75	0.75
1.10 ร่วมวางแผนในการแก้ปัญหาทางจิตใจแก่ผู้ป่วยฝ่ายกาย	4.81	0.69
1.11 ให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีพฤติกรรมที่ยากต่อการจัดการ	4.75	0.75

รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัถฐาน	พิสัยควอไทล์
1.12 ให้การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน	4.94	0.56
1.13 วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	4.90	0.60
1.14 การวางแผนการจำหน่าย	4.82	0.68
1.15 พัฒนาความรู้/ศักยภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วย	4.94	0.56
1.16 บริการให้การปรึกษา	4.94	0.56
1.17 ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เฉียบพลัน และเรื้อรัง	4.68	0.82
1.19 วิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากพยาบาลระดับพื้นฐานและวางแผนแก้ไขปัญหา ประเมินผล	4.90	0.60
1.19 เปิดบริการให้การรักษาและช่วยเหลือผู้รับบริการใกล้บ้าน	4.55	0.95
1.20 ตัดสินใจในการให้การดูแลโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice)	4.90	0.60
2 การส่งเสริมสุขภาพจิต		
2.1 เป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ ให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชน	4.91	0.59
2.2 วางแผน ดำเนินงานและจัดทำโครงการในการส่งเสริมสุขภาพจิต	4.91	0.59
2.3 ประสานความร่วมมือกับชุมชนในการดำเนินการสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้มี บรรยากาศของการส่งเสริมสุขภาพจิต	4.79	0.71
2.4 สนับสนุนให้เกิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน	4.88	0.63
2.5 จัดบริการให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและ เท่าเทียม	4.77	0.73
2.6 วิเคราะห์ความต้องการด้านการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของชุมชน	4.91	0.59
2.7 ให้ความรู้หรือสอนผู้มารับบริการเป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม เช่น เทคนิคการคลาย เครียด	4.67	0.83
2.8 จัดนิทรรศการเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปมี การดูแลสุขภาพจิตของตนเองเบื้องต้นได้	4.73	0.77
2.9 ประเมินสภาพจิตและภาวะสุขภาพของบุคคลในชุมชน	4.77	0.73
2.10 จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานบริการและชุมชน เช่น ศูนย์ พัฒนาการเด็กเล็ก ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้ออกกำลังกาย	4.71	0.79
2.11 สนับสนุน ช่วยเหลือให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยกระตุ้นให้ชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	4.71	0.79
2.12 สร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตให้เกิดขึ้นในชุมชนทั้งองค์กรของรัฐ เอกชน และกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	4.79	0.71

รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัถฐาน	พิสัยควอไทล์
2.13 ให้บริการ hotline ตอบปัญหา	4.68	0.82
2.14 ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย	4.21	1.29
3 การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพและการแก้ปัญหาทางสุขภาพจิต และจิตเวช		
3.1 คัดกรองและประเมินบุคคลที่มีปัญหาเสี่ยง หรือผู้มีปัญหาในระยะต้นและให้การช่วยเหลือได้	4.88	0.63
3.2 ฝ้าระวังการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดสารเสพติดและให้การช่วยเหลือ	4.91	0.59
3.3 การให้ความรู้ สุขศึกษา ในเรื่องการปรับตัวและการจัดการเกี่ยวกับความเครียด การให้ความรู้ แก่ครอบครัว ชุมชนในเรื่องการเลี้ยงดูเด็ก การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ชุมชน	4.79	0.71
4 การบำบัดรักษา		
4.1 ให้การรักษาพยาบาลในรายที่มีปัญหาทางจิตที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน	4.82	0.68
4.2 ให้การรักษาทางยาและสั่งจ่ายยาได้ตาม พรบ.วิชาชีพชั้นสูง และมีความรู้เรื่อง ของยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างดี	4.60	0.90
4.3 บำบัดรักษาเบื้องต้นกรณีฉุกเฉินทางจิตเวช	4.82	0.68
4.4 ประเมินสภาพจิตในผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่ซับซ้อน	4.87	0.63
4.5 ให้การบำบัดรักษาตามหลักจิตเวชสากลในด้านต่างๆ เช่น จิตสังคมบำบัด ชุมชนบำบัด กลุ่มจิตบำบัด การปรับพฤติกรรมเภสัชบำบัด ครอบครัวบำบัด เป็นต้น	4.75	0.75
4.6 ดำเนินการเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะรุนแรงในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ก่อนส่งต่อถ้าเกินความสามารถ	4.94	0.56
5 การฟื้นฟูสภาพ		
5.1 จัดกิจกรรมโดยให้ครอบครัว ชุมชนเข้าร่วมในการรักษาผู้ป่วย	4.87	0.63
5.2 ฝึกทักษะให้ครอบครัวสังเกตและดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง	4.82	0.68
5.3 วางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง	4.81	0.69
5.4 พัฒนาศักยภาพในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน	4.82	0.68
5.5 การติดตามฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และร่วมวางแผนกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย	4.71	0.79
5.6 พัฒนาความรู้/ศักยภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วย	4.82	0.68
5.7 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน	4.77	0.73

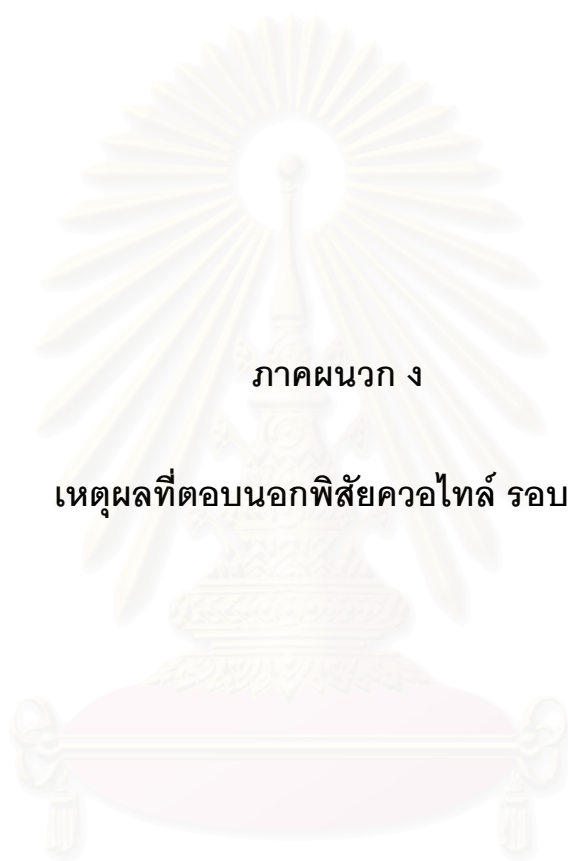
รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัถฐาน	พิสัยควอไทล์
5.8 ประสานงานกับแหล่งประโยชน์เพื่อฟื้นฟูสุขภาพผู้ที่มีปัญหาทางจิตที่เรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด เช่น ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพให้ผู้ป่วยจิตเวช	4.77	0.73
6 การส่งต่อ		
6.1 การส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม	4.82	0.68
6.2 ติดตามและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน จากโรงพยาบาล	4.88	0.63
6.3 จัดระบบการส่งต่อให้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีประสิทธิภาพ ทั้งในภาครัฐและเอกชน จากสถานบริการระดับที่ต่ำกว่าไประดับที่สูงกว่า และจากระดับที่สูงกว่าส่งกลับมาระดับที่ต่ำกว่า	4.75	0.75
7 เป็นผู้จัดการรายกรณีในผู้รับบริการที่มีปัญหายุ่งยาก รุนแรง ซับซ้อน		
7.1 ประเมินภาวะสุขภาพ	4.90	0.60
7.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อนำมาวางแผนในการให้การดูแล	4.94	0.56
7.3 ให้การดูแล ช่วยเหลือ และจัดการกับปัญหาสุขภาพในทุกๆด้านของผู้ป่วยในความดูแล	4.81	0.69
7.4 ให้ข้อมูลและประสานการดูแลเพื่อส่งต่อผู้รับบริการให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย	4.77	0.73
8 การเป็นผู้นำ		
8.1 เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยวางแผนดำเนินงาน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบ	4.77	0.73
8.2 เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักวิชาการทางการพยาบาลมาผสมผสานกับขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการแก้ปัญหาทางสุขภาพจิตแก่ตนเอง และผู้รับบริการที่มีปัญหา รุนแรง และซับซ้อน	4.86	0.64
8.3 เป็นผู้นำทางวิชาการในการส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดความรู้แก่ทีมสุขภาพ และผู้รับบริการ	4.91	0.59
8.4 เป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาล โดยปฏิบัติการพยาบาลในการให้การดูแลผู้รับบริการ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์	4.94	0.56
9 การประสานงาน		
9.1 ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ทั้งในและนอกหน่วยงาน ในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง	4.77	0.73
9.2 ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	4.87	0.63

9.3 การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยกู้ภัย ตำรวจ	4.64	0.87
รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ	มัธยฐาน	พิสัยควอไทล์
9.4 ร่วมวางแผนกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว (ในกรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล)	4.90	0.60
9.5 ประสานงานกับผู้นำ/ผู้แทนชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองทางสุขภาพจิตและให้ชุมชนมีความเข้มแข็งขึ้น	4.94	0.56
9.6 ประสานงานกับหน่วยบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ เพื่อเป็นศูนย์ช่วยเหลือผู้รับบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชให้ได้รับบริการใกล้บ้าน	4.94	0.56
9.7 สร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตให้เกิดขึ้นในชุมชน องค์การของรัฐ เอกชน และกระตุ้นให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	4.87	0.63
9.8 ประสานงานกับครู ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในโรงเรียน	4.86	0.64
9.9 ประสานงานกับชุมชน เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	4.97	0.53
9.10 ประสานงานกับหน่วยบริการเฉพาะทางจิตเวช เพื่อส่งผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรงไม่สามารถให้การดูแลได้ในชุมชน ให้กลับไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาล	4.97	0.53
ด้านการบริหารจัดการ		
1 พัฒนาและส่งเสริมทีมสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ	4.82	0.68
2 ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และองค์กรต่างๆ	4.86	0.64
3 สนับสนุนการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและทีมแกนนำสุขภาพจิตในชุมชน	4.86	0.64
4 การบริหารจัดการระบบข้อมูลต่างๆ	4.71	0.79
5 วางแผนงานในการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นิเทศ ประเมินผลการให้บริการ	4.91	0.59
6 กำหนดระบบงานที่ชัดเจนในการทำงาน เช่น ระบบบริหารความเสี่ยงระบบการมอบหมายงาน ระบบพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง	4.75	0.75
7 จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและเครือข่ายในชุมชนด้านการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	4.81	0.69
8 จัดทำงบประมาณ วางแผนในการระดมทรัพยากรและแหล่งประโยชน์มาใช้ในการปฏิบัติงาน	4.81	0.69
9 วิเคราะห์ปัญหา แก้ไขอุปสรรคที่เกิดกับระบบงาน บุคคล สิ่งแวดล้อมและปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม	4.94	0.56
10 จัดทำมาตรฐานวิธีปฏิบัติงานที่ยุงยาก ซับซ้อน เป็นปัญหา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน	4.77	0.73

11	บริหารจัดการด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ให้เพียงพอ และได้มาตรฐาน	3.70	1.80
12	จัดทำระบบบันทึกข้อมูล ระบบสารสนเทศ	4.64	0.87
รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ		มัถยฐาน	พิสัยควอไทล์
13	บริหารจัดการด้านการเงิน งบประมาณ โดยสนับสนุนและหาแหล่ง ประโยชน์ สำหรับ ผู้พิการ ผู้ติดสารเสพติด ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังเพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต	4.55	0.95
<u>ด้านการให้ความรู้</u>			
1	พัฒนาศักยภาพทีมงาน ในการสอนผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต	4.97	0.53
2	มีส่วนร่วมในการสร้างและส่งเสริมการพัฒนาวิชาการ	4.86	0.64
3	จัดทำเอกสารเผยแพร่ ให้ความรู้แก่ประชาชน โดยผ่านสื่อต่าง ๆ	4.55	0.95
4	ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่บุคลากรทีมสุขภาพในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต	4.91	0.59
5	เป็นผู้นำในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน มาตรฐานการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวช	4.90	0.60
6	สอนทักษะทางการพยาบาลจิตเวชแก่บุคลากรทีมสุขภาพ	4.97	1.53
7	จัดทำคู่มือความรู้แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน	4.82	0.68
8	ส่งเสริมและให้บริการวิชาการแก่บุคคล องค์กร และหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	4.81	0.69
9	จัดอบรม/สอน ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่ซ้ำซ้อน	4.71	0.79
10	เปิดการสอน/อบรมหลักสูตรแก่พยาบาลระดับพื้นฐานหรือระดับสูงด้วยกันในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ยุ่งยากและซ้ำซ้อน	4.68	0.82
11	เป็นวิทยากรให้กับองค์กรต่างๆ	4.75	0.75
12	พัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆในการให้บริการ	4.68	0.82
13	การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารในเรื่องทางสุขภาพ และแหล่งบริการทางสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อสามารถตัดสินใจในเรื่องสุขภาพได้ด้วยตนเอง	4.75	0.75
14	ให้ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน	4.90	0.60
15	ให้ความรู้เรื่องทางสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตแก่ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิต อันจะนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในครอบครัว และชุมชนของตนเองได้ดี	4.86	0.64
<u>ด้านการเป็นที่ปรึกษา</u>			
1	เป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลในการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน	4.94	0.56
2	เป็นที่ปรึกษาแก่ทีมสุขภาพในการส่งต่อการรักษา	4.90	0.60

3	เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงาน และองค์กรต่างๆในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพจิตในชุมชน	4.87	0.63
4	บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตแก่บุคลากร ผู้มารับบริการและหน่วยงานอื่นๆ เช่น ปัญหาความขัดแย้งในที่ทำงาน เป็นต้น	4.14	1.36
รายการการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ		มัถยฐาน	พิสัยควอไทล์
<u>ด้านกรวิจัย</u>			
1	ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ผลการวิจัยเป็นพื้นฐาน	4.00	1.50
2	นำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล	4.71	0.79
3	ทำวิจัยการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อหาทางแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและสร้างองค์ความรู้ใหม่	4.77	0.73
4	นำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ	4.90	0.60
5	ให้บริการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการวิจัย	4.75	0.75
<u>ด้านคุณธรรม จริยธรรมและกฎหมาย</u>			
1	ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกคนอย่างเสมอภาค และเท่าเทียม	4.97	0.53
2	ให้ข้อมูลในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับทราบขั้นตอนในการดูแลรักษา และตัดสินใจในการรับบริการ	4.86	0.64
3	ปฏิบัติการพยาบาลตามพรบ.วิชาชีพการพยาบาลและกฎหมายวิชาชีพ	5.00	0.50

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

เหตุผลที่ตอบนอกพิสัยควอไทล์ รอบที่ 3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เหตุผลที่ตอบนอกพิสัยควอไทล์รอบที่ 3

รายการข้อมูล	เหตุผล
ลักษณะการบริการระดับปฐมภูมิ	
1. เป็นบริการด่านแรกที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ โดยมีกรให้บริการในเชิงรุกสู่ครอบครัว และชุมชนมากที่สุด	- อาจมีข้อจำกัดในเรื่องของบุคลากรหรืองบประมาณในการให้บริการ
2. เป็นบริการที่ใกล้บ้าน สะดวก และมีขั้นตอนน้อยในการขอรับบริการ	- ค่านิยมของคนส่วนใหญ่ยังต้องการที่จะไปรับบริการยังสถานบริการที่ตนเองเชื่อถือซึ่งอาจไม่ได้อยู่ใกล้บ้าน
3. เป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรจะได้รับสิทธิในการดูแลทั้งในระยะแรก ระยะเฉียบพลัน และการส่งต่อในระยะรุนแรง	- อาจมีความจำเป็นที่พยาบาลระดับต้นควรมีความรู้มากพอสมควร - ควรมีขอบเขตว่าสิทธิในการดูแลได้มากน้อยแค่ไหนให้ชัดเจน - ปัจจุบันยังมีปัญหาในเรื่องการส่งต่อ
4. เป็นการบริการเพื่อส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานบริการอื่น ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการช่วยเหลือผู้รับบริการนั้นๆได้	- ส่วนใหญ่จะให้การดูแลช่วยเหลือ มีส่วนน้อยที่ต้องส่งต่อ - เป็นบริการที่สำคัญอย่างหนึ่งแต่ไม่ใช่บริการหลัก
5. เป็นบริการที่เสริมศักยภาพและให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพได้	- ปัจจัยด้านการศึกษา เศรษฐกิจเป็นอุปสรรคสำคัญในด้านนี้
6. เป็นการบริการที่ทำให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลในการใช้บริการ	- เป็นบริการส่วนหนึ่งที่คาดหวังจะดำเนินการ
7. เป็นการให้บริการที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ	- เป็นนามธรรมค่อนข้างมาก - ควรเน้นเชิงรุกเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
8. เป็นบริการที่ช่วยป้องกันและลดความพิการจากปัญหาสุขภาพในองค์รวมทั้งสุขภาพกายและจิต	- การป้องกันและลดความพิการไม่ใช่บริการหลัก

รายการข้อมูล	เหตุผล
<p>คุณสมบัติของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมนูมิ</p> <p>- <u>ด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีความรู้เรื่องนโยบาย สามารถวางแผนดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบาย 2. สามารถบูรณาการและประยุกต์ความรู้ทางการพยาบาลมาผสมผสานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของบุคคล สภาพแวดล้อม ภาวะทางกาย ทางจิต ในการปฏิบัติการพยาบาล 3. มีทักษะทางการพยาบาลครบถ้วน 4. มีความสามารถในการตัดสินใจ วินิจฉัยสั่งการได้ตามหลักวิชาการ 5. มีความสามารถในการวางแผน นิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น 6. มีความเชี่ยวชาญในการแก้ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน <p><u>ด้านบุคลิกลักษณะ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีจรรยาบรรณวิชาชีพ 2. จริงใจและเป็นมิตร 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่จำเป็นต้องใช้มาก - ความรู้ความสามารถในด้านนี้ต้องมีประสบการณ์มากพอสมควร - การพยาบาลครบถ้วนต้องการผู้มีความชำนาญมากกว่านี้ พยาบาลจิตเวชไม่จำเป็นต้องมีทักษะอย่างดีเยี่ยมแต่ต้องรู้บ้าง - การตัดสินใจที่ดีมีองค์ประกอบได้หลายอย่างนอกจากด้านวิชาการ - เป็นความสามารถที่ขึ้นกับประสบการณ์และตำแหน่งผู้บริหาร - ควรมีความสามารถในการแก้ปัญหาในระดับมากถึงปานกลาง - ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีความซับซ้อนมากๆคงไม่ค่อยมารับบริการ - จรรยาบรรณควรมี แต่ประโยชน์ของสังคมเป็นหลัก - คาดหวังมากเกินไป ประเมินไม่ได้

รายการข้อมูล	เหตุผล
--------------	--------



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<p><u>ด้านคุณวุฒิ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน 2. พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง สุขภาพจิตและจิตเวช 3. พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 4. พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับ ปริญญาโท <ol style="list-style-type: none"> 5. พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับ ปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช <p>บทบาท/ขอบเขตของพยาบาลวิชาชีพชั้น พื้นฐาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกัน การเกิดปัญหาทางจิต การรักษาพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> - มีโอกาสเป็นไปได้มากกว่า - ผู้มีคุณวุฒิด้านนี้ในระดับปฐมภูมิอาจยังมี ไม่เพียงพอ - คนที่จะอยู่บริการด้านแรก ควรมีความรู้ ความสามารถมากกว่าปริญญาตรี - เนื่องจากมีความรู้และประสบการณ์ที่จะทำได้ - มีโอกาสเป็นไปได้มากกว่าพยาบาลเฉพาะ ทางและสามารถอบรมเฉพาะทางได้ - การศึกษาระดับปริญญาโทจะทำได้เฉพาะ ในบางคนที่มีความรู้และข้อจำกัดทาง ด้านค่าใช้จ่าย และสถานศึกษา - เป็นข้อจำกัดที่ปิดกั้นคนที่มีความรู้แต่ไม่ ได้เรียนปริญญาโท - ระดับการศึกษาปริญญาโทน่าจะพัฒนา ศักยภาพบุคคลได้ดี - ไม่ระบุสาขาการที่จะมาดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ ซับซ้อนได้ยาก - ในปี 2553 ยังไม่จำเป็นที่พยาบาลระดับ ปฐมภูมิจะต้องจบปริญญาโท - อาจทำได้ใน 20 ปีข้างหน้าเนื่องจาก บุคลากรสาขานี้ยังมีน้อย - ในอนาคตอาจมีความจำเป็น เมื่อมีผู้จบ การศึกษาระดับนี้และด้านนี้มีมากขึ้น <ul style="list-style-type: none"> - เป็นสิ่งที่คาดหวังมากเกินไป
<p>รายการข้อมูล</p>	<p>เหตุผล</p>

<p>การรักษาพยาบาล การติดตามฟื้นฟูสภาพ ในประเด็นสุขภาพที่ไม่ยุ่งยาก ชับซ้อน และ ไม่ต้องการการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. บทบาทในการคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพ จิต เพื่อส่งต่อปรึกษาหรือรักษาต่อ 3. บทบาทในการเป็นผู้ร่วมดำเนินงานในการ บริหารงานต่างๆ 4. บทบาทในการเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ระดับพื้นฐาน <p>บทบาท/ขอบเขตของพยาบาลวิชาชีพชั้นสูง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหาที่ยุ่งยาก รุนแรง และซับซ้อนอย่างมีคุณภาพและประ สิทธิภาพ 2. ป้องกันและลดการเกิดปัญหาทางสุขภาพ จิตและจิตเวช และส่งเสริมความสามารถ ในการจัดการกับปัญหาเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง 3. การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ ยุ่งยาก รุนแรง และซับซ้อน ทั้งในภาวะที่ เฉียบพลันและเรื้อรัง 4. ด้านคุณธรรม จริยธรรมและกฎหมายในการ ปฏิบัติการพยาบาล <p>กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลชั้นสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีปัญหายุ่ง ยาก รุนแรงและซับซ้อน แบบองค์รวม <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแผนที่ข้อมูลภาวะสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองอาจเป็นใครก็ได้ในทีม - ขึ้นกับตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน บางตำแหน่ง ต้องรับผิดชอบด้านบริการมากกว่าบริหาร - เป็นความสามารถเฉพาะตัว - ผู้นำทางจิตวิญญาณต้องการมากกว่า ความรู้ - การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐม ภูมิ ไม่จำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา ยุ่งยาก รุนแรง และซับซ้อน - ปัญหาเบื้องต้นควรเป็นของพยาบาล ชั้นพื้นฐาน - ไม่จำเป็นต้องการการบำบัดรักษาทางสุขภาพ จิตและจิตเวชที่ ยุ่งยาก รุนแรง และซับซ้อน - ไม่ใช่เรื่องการให้บริการแต่เป็นเรื่องที่ต้อง ทำ - ด้านคุณธรรมถ้าคาดหวังสูงจะทำให้ บั่นทอนกำลังใจ - อาจทำเป็นทีมร่วมกับบุคลากรอื่น ไม่ต้องทำ เอง
--	--

รายการข้อมูล	เหตุผล
2. เปิดให้บริการในชุมชน เช่น เปิดคลินิกให้บริการทางสุขภาพจิต 3. ประเมิน วิเคราะห์ค้นหาสาเหตุปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชน 4. ให้บริการเยี่ยมชุมชน 5. ให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์	<ul style="list-style-type: none"> - ทำได้จากเนื่องจากเป็นเรื่องกฎหมายและนโยบาย จึงต้องมีกฎหมายรับรอง - ควรมีพยาบาลระดับอื่นรวบรวมมาให้โดยไม่ต้องไปเก็บรวบรวมปัญหาด้วยตนเอง - ไม่จำเป็นยกเว้นในกลุ่มเสี่ยง - ควรเป็นหน้าที่ของระดับต้น - เป็นเรื่องของการบริหารจัดการภายในและนโยบายเป็นหลัก - ในความเป็นจริงบริการทางโทรศัพท์อาจทำได้ไม่ทั่วถึงใน PCU ทั่วประเทศ
<ul style="list-style-type: none"> - การส่งเสริมสุขภาพจิต 1. เป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตรูปแบบต่างๆ 2. สนับสนุนให้เกิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในชุมชน 3. วิเคราะห์ความต้องการด้านการบริการพยาบาลของชุมชน 4. ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย	<ul style="list-style-type: none"> - ควรเป็นผู้ส่งเสริม ประสานงานมากกว่า - อุปสรรคที่สำคัญคือปัจจัยด้านการศึกษาและเศรษฐกิจ - ควรมีการทำงานเป็นทีม - ในความเป็นจริง พยาบาลจิตเวชจะไม่ค่อยได้ทำเกี่ยวกับเรื่องนี้ จะเน้นในวัยผู้ใหญ่มากกว่า ซึ่งควรมีการฝึกก่อนที่จะมาทำ
<ul style="list-style-type: none"> - การให้ความรู้ 1. การให้ความรู้แก่ครอบครัว ชุมชนในเรื่องการปรับตัว การจัดการเกี่ยวกับความเครียด การเลี้ยงดูเด็ก การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว <ul style="list-style-type: none"> - การบำบัดรักษา 1. ให้การรักษาพยาบาลในรายที่มีปัญหายุ่งยาก	<ul style="list-style-type: none"> - จะแยกบทบาทของพยาบาลจิตเวชกับพยาบาลเด็กไม่ได้ - ควรส่งต่อไประดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ

รุนแรง ชับซ้อน	
รายการข้อมูล	เหตุผล
<p>2. ให้การรักษาทางยาและสั่งจ่ายยาได้ตามพ รบ.ชั้นสูง</p> <p>3. ให้การบำบัดรักษาตามหลักจิตเวชสากล</p> <p>4. ดำเนินการเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะรุนแรงในชุมชนก่อนส่งต่อถ้าเกินความสามารถ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเป็นผู้นำ - การประสานงาน <p>1. การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กู้ภัย ตำรวจ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นการก้าวล่วงเข้าไปในวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ เภสัชกร - ควรเป็นบทบาทตามวิชาชีพมากกว่า - ขึ้นอยู่กับศักยภาพของสถานบริการในชุมชน - ในเรื่องการเป็นผู้นำไม่แน่ใจว่าจะดำเนินการได้แค่ไหน เพราะในความเป็นจริงแพทย์จะออก PCU ด้วย ควรมีขอบเขตระนาหน้าที่ชัดเจน - มีความสำคัญสำหรับการทำงานในระดับปฐมภูมิ แต่ควรเป็นหน้าที่ของบุคลากรในด้านอื่น
<p>ด้านการบริหารจัดการ</p> <p>1. ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพ</p> <p>2. สนับสนุนการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและ ทีมแกนนำสุขภาพจิตในชุมชน</p> <p>3. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและเครือข่ายในชุมชนด้านการบริการพยาบาลสุขภาพจิตจิตเวช</p> <p>4. จัดทำระบบบันทึกข้อมูลสารสนเทศ</p> <p>5. บริหารจัดการด้านการเงิน งบประมาณ โดย สนับสนุนหาแหล่งประโยชน์ เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ขึ้นอยู่กับนโยบายของหน่วยงานและความพร้อมขององค์กรต่างๆ - ขึ้นอยู่กับนโยบายของหน่วยงานและตำแหน่งของผู้ปฏิบัติงาน - สำคัญมากแต่บางทีเกินขอบเขตความรับผิดชอบ - ในกรณีที่เห็นหัวหน้าอาจจำเป็นแต่ถ้าเป็นพยาบาลประจำอาจมีส่วนร่วมเท่านั้น - พยาบาลควรเป็นผู้มอบหมายไม่ต้องทำเอง - เป็นการบริหารจัดการระดับองค์กร และผู้กำหนดนโยบาย

รายการข้อมูล	เหตุผล
<p>ด้านการให้ความรู้</p> <ol style="list-style-type: none"> มีส่วนร่วมในการสร้างและส่งเสริมพัฒนาวิชาการ จัดทำเอกสารเผยแพร่และให้ความรู้แก่ประชาชนโดยผ่านสื่อต่างๆ เปิดการสอน/อบรมหลักสูตรแก่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน <p>ด้านการวิจัย</p> <ol style="list-style-type: none"> ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ผลงานวิจัยเป็นพื้นฐาน นำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีบทบาทได้แต่ไม่ใช่มากที่สุดเพราะพยาบาลชั้นสูงควรทำหน้าที่อื่นโดยเฉพาะทางคลินิก ให้ดีที่สุด - เป็นหน้าที่ของบุคลากรอื่น พยาบาลชั้นสูงควรให้ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเท่านั้น - เป็นมาตรการทางการบริหารเป็นหลัก - ควรมีหน่วยงานหรือกลุ่มคนที่ดูแลเรื่องนี้ เนื่องจากงานใน PCU ก็มีมากอยู่แล้ว <ul style="list-style-type: none"> - ในประเทศไทยเป็นไปได้ยาก และในความเป็นจริงเป็นเรื่องยากที่จะทำได้เพราะพยาบาลไม่มีแรงจูงใจในการนำวิจัยมาพัฒนางานเท่าที่ควร แต่จะทำเพื่อเลื่อนระดับขั้นเท่านั้น - บุคลากรในหน่วยงานจะต้องมีความพร้อมและให้การช่วยเหลือ - วิจัยได้แต่การนำมาปรับปรุงงานต้องขอความรับผิดชอบ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจันทร์อัมพร รุณดี เกิดเมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2507 ที่จังหวัด
ฉะเชิงเทรา สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัย
พยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เมื่อปีการศึกษา 2528 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2543 ปัจจุบันเป็นวิสัญญีพยาบาลประจำห้องผ่าตัด โรงพยาบาล
พนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย