

การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาล
ของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์



นางสาวปวีณา มีขนอน

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-5804-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ANALYSIS OF MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING ACTIVITIES
ACCORDING TO NURSING NEEDS OF PSYCHIATRIC PATIENTS IN
PSYCHIATRIC HOSPITALS AND REGIONAL HOSPITAL
AND MEDICAL CENTERS



Miss Paweena Meekanon

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement
For the Degree of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-5804-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความ
ต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลจิตเวช และ
โรงพยาบาลศูนย์

โดย นางสาวปวีณา มีชนอน

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญชวิชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก ศรีสุขโข)

สถาบันวิจัยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปวีณา มีชนอน : การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์.
(ANALYSIS OF MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING ACTIVITIES ACCORDING TO NURSING NEEDS OF PSYCHIATRIC PATIENTS IN PSYCHIATRIC HOSPITALS AND REGIONAL HOSPITAL AND MEDICAL CENTERS) อ. ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, 169 หน้า.
ISBN 974-17-5804-9.

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช และปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำแนกตามลักษณะของหอผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ หอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์ และจำแนกตามระดับของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประชากรมี 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 90 ราย โดยมีผู้ป่วย 3 ประเภท คือ ผู้ป่วยประเภทแรกรับ เรงรัดบำบัด และบำบัดระยะยาว กลุ่มที่ 2 คือ บุคลากรทางการพยาบาล ที่ปฏิบัติการพยาบาล ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 60 คน กลุ่มที่ 3 คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 21 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชและแบบบันทึกข้อมูลในการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมและเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้องของการสังเกต .92 และ .92 ตามลำดับ และแบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า

1. ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวช ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยประเภทแรกรับ เรงรัดบำบัด และ บำบัดระยะยาว ใน 24 ชั่วโมง เท่ากับ 154.84นาทีกว่า 98.08นาทีกว่า และ 108.35นาทีกว่าตามลำดับ
2. ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยประเภทแรกรับ เรงรัดบำบัด และบำบัดระยะยาว ใน 24 ชั่วโมง เท่ากับ 148.44นาทีกว่า 117.27นาทีกว่า และ 151.76นาทีกว่าตามลำดับ
3. ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ระบุว่ากิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง 11 กิจกรรม และกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม 17 กิจกรรม

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช..... ลายมือชื่อผู้เขียน.....

ปีการศึกษา.....2546..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

##4477583836: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING ACTIVITIES, NURSING NEEDS

PAWEENA MEEKANON: ANALYSIS OF MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING ACTIVITIES ACCORDING TO NURSING NEEDS OF PSYCHIATRIC PATIENTS IN PSYCHIATRIC HOSPITALS AND REGIONAL HOSPITAL AND MEDICAL CENTERS. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 169 pp. ISBN 974-17-5804-9.

The purposes of this descriptive research were to analyze the mental health and psychiatric nursing activities according to nursing needs of psychiatric patients and time spent practicing in nursing activities in psychiatric hospitals and regional hospital and medical centers, and to describe such activities according to the level of practicing nurses, i. e, basic and professional level and advance practice level. The research population consisted of 3 groups: which were psychiatric patients who were admitted in psychiatric unit in a psychiatric hospitals and a regional hospital and a medical centers, 60 nursing care personnel, and 21 advanced level of professional practice nurses. Ninety psychiatric patients were selected by simple random sampling after they were classified into 3 categories maximum, intermediate, and minimum nursing needs. Research instruments which were developed by the researcher were; criteria of psychiatric patients classifications and patient classification checklist, psychiatric nursing activities and observation checklist of time spent and a questionnaire of the psychiatric nursing. All instruments were inspected for their content validity. The interobserver reliability of the patient classification checklist and the observation checklist were .92 and .92, respectively.

The major findings were as follows:

1. Time spent of nursing care personnel in psychiatric hospitals in providing nursing care for patients with maximum, intermediate, and minimum nursing care needs in 24 hours were 154.84, 98.08, and 108.35 minutes, respectively
2. Time spent of nursing care personnel in Regional hospital and Medical centers in providing nursing care for patients with maximum, intermediate, and minimum nursing care needs in 24 hours were 148.44, 117.27, and 151.76 minutes, respectively.
3. The Advanced Practice Nurses ought to do 11 direct mental health psychiatric nursing care activities and 17 indirect mental health psychiatric nursing care activities, recommended by 21 advanced level of professional practice nurses.

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

Academic year.....2003..... Advisor signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้ประสบการณ์ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย ทั้งทางด้านการค้นคว้าหาความรู้ การแก้ไขปัญหาและอุปสรรค การใช้ความอดทนและพยายาม ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ประคับประคอง และให้กำลังใจ กระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุโข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขข้อบกพร่อง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ กำลังใจ รวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆ อันเป็นประโยชน์ยิ่ง

ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ที่สละเวลาให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ รวมทั้งกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านทางการแพทย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 21 ท่าน ที่กรุณาสละเวลาตอบแบบสอบถาม รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็น ประโยชน์ยิ่งต่อการวิจัย

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลราชบุรี ที่ให้ความร่วมมือ ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย รวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ นางเพชรรี คันธสายบัว ที่ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะต่างๆ ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจน ให้กำลังใจเสมอมา ขอขอบพระคุณผู้ช่วยวิจัยทุกท่านที่ช่วยให้การเก็บข้อมูลวิจัยดำเนินไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ดร. ละเอียด แจ่มจันทร์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ และคณาจารย์ทุกท่านที่ให้โอกาสผู้วิจัยในการเข้ารับการศึกษาและกรุณาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจ เสมอมา

ท้ายที่สุด ขอขอบพระคุณ สำหรับการสนับสนุนและกำลังใจที่ได้รับจากครอบครัว รุ่นพี่ รุ่นน้อง และเพื่อนๆ ตลอดระยะเวลาของการศึกษา กระทั่งทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ ด้วยดี

ปวีณา มีখনอน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ระบบการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในประเทศไทย.....	12
การจัดทรัพยากรบุคคลากรทางการพยาบาล.....	22
การปฏิบัติการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล.....	24
กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชตามความต้องการการพยาบาล ของผู้ป่วยจิตเวช.....	26
การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....	44
วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสังเกต.....	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	52
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การสร้างเครื่องมือ.....	59
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	70

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	132
อภิปรายผลการวิจัย.....	138
ข้อเสนอแนะ.....	146
รายการอ้างอิง.....	148
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ.....	156
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	160
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	162
แบบฟอร์มพื้ทักษัสิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	168
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	169

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค	73
2	จำนวนและร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามอายุ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	75
3	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำแนกตามอายุ เพศ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน และสถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน.....	77
4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคน จำแนกตามประเภทและช่วงเวลาปฏิบัติงาน ในแต่ละเวร (1เวร=8ชั่วโมง)....	78
5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับในโรงพยาบาลจิตเวชใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและ กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคน จำแนกตามประเภทและช่วงเวลา ปฏิบัติงาน ในแต่ละเวร (1เวร=8ชั่วโมง).....	79
6	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับในโรงพยาบาลศูนย์ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและ กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคน จำแนกตามประเภทและช่วงเวลา ปฏิบัติงาน ในแต่ละเวร (1เวร=8ชั่วโมง).....	80
7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ แต่ละระดับ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและโดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร.....	81
8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ แต่ละระดับ ในโรงพยาบาลจิตเวช ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และโดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร.....	82
9	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ แต่ละระดับ ในโรงพยาบาลศูนย์ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และโดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร.....	83

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
27	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล แต่ละระดับ ในโรงพยาบาลศูนย์ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยข้าม แก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร.....106
28	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการบำบัดทางร่างกาย หัวข้อการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง .....108
29	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการบำบัดทางร่างกาย หัวข้อการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการจำกัดพฤติกรรม ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง.....109
30	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการบำบัดทางร่างกาย หัวข้อการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง .....110
31	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการบำบัดทางร่างกาย หัวข้อการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติ การรักษาพยาบาลทางกายอื่นๆ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง .....111
32	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการบำบัดทางร่างกาย หัวข้อการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางกาย ที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง.....112
33	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการบำบัดทางจิต หัวข้อการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดทางจิต ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง .....113
34	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการบำบัดทางจิต หัวข้อการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และ/หรือญาติ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง .....113
35	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการบำบัดทางจิต หัวข้อการช่วยเหลือด้วยกลุ่ม ที่ควรปฏิบัติโดย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง .....114

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
36	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หัวข้อการดูแลความสะอาดร่างกาย ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง..... 115
37	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หัวข้อการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง.....116
38	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หัวข้อการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูง.....117
39	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หัวข้อการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำ กิจกรรม(Activity) ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาล ขั้นสูง.....117
40	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หัวข้อการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำ กิจกรรมและการพักผ่อนนอนหลับ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง..... 118
41	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หัวข้อการดูแลดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการขับถ่าย ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง .....119
42	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูง.....119
43	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม หมวดกิจกรรมการเตรียม อาหาร ยา และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อใช้ในการบำบัด ที่ควร ปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง.....120

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
44	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม หมวดกิจกรรมการเขียนบันทึกและการเขียนรายงานต่างๆ ที่ควรปฏิบัติโดย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง.....121
45	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม หมวดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษา และการเป็น ที่ปรึกษา ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง.....122
46	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม หมวดกิจกรรมด้านวิชาการ และการวิจัย ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 123
47	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม หมวดกิจกรรมการบริหารจัดการ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง.....124
48	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม หมวดกิจกรรมการบริการพยาบาลอื่นๆ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง....125
49	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง .....126
50	จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง.....127

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ของโลกในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของคนเรา ดังรายงานขององค์การอนามัยโลกที่พบว่าในทุกๆ ปีจะพบอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคภัยต่างๆ เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ แม้ว่าได้มีความพยายามที่จะพัฒนาวิธีการรักษาพยาบาล เพื่อต่อสู้กับโรคภัยเหล่านั้นไว้มากเพียงใดก็ตาม สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพต้องมีการตื่นตัวและพัฒนาตัวเอง เพื่อให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ อยู่เสมอ

ประเทศไทย เป็นประเทศหนึ่งที่มีการพัฒนาศักยภาพด้านการบริการสุขภาพมาโดยตลอด เป็นผลให้หลายฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพให้ความสนใจในเรื่องการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Health Care Reform) และพยายามจะให้ มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติขึ้นในประเทศไทย โดยมุ่งหวังว่าผลของการปฏิรูป จะก่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ จากความร่วมมือของทุกฝ่าย ด้วยการอาศัยความรู้ ความสามารถของบุคลากรทางสุขภาพ ในการทำความเข้าใจปัญหาที่มีอยู่ เพื่อที่จะเสริมสร้างเป็นความสามารถในการปรับเปลี่ยนระบบที่เกี่ยวข้องเสียใหม่ (ประเวศ วะสี, 2539: 3 ; สงวน นิตยรัชมงคล, 2541: คำนำ; สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2541: 15; เกษม วัฒนชัย, 2543: 1)

การเปลี่ยนแปลงจะก่อให้เกิดผลดีได้ก็ต่อเมื่อถูกกระทำไปอย่างเป็นระบบ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพก็เช่นกัน ย่อมต้องอาศัยการจัดการอย่างเป็นระบบ ระเบียบ มีแบบแผนที่ชัดเจน เพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดความเข้าใจในหลักการและมีการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นจึงต้องมีการวางรากฐานเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลง พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ต้องให้บุคลากรทางสุขภาพทุกฝ่ายได้มีส่วนร่วม ในส่วนต่างๆ ตามบทบาทและหน้าที่ของตน ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานบริการสุขภาพส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับฝ่ายสุขภาพกาย หรือส่วนของฝ่ายสุขภาพจิตและจิตเวช ที่แม้ว่าจะเป็นส่วนบริการส่วนน้อยของระบบ แต่ก็นับว่าเป็นส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพของคนไทยให้ครบถ้วนเป็นองค์รวม การบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในประเทศไทยนั้น รับผิดชอบโดยกรมสุขภาพจิตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เริ่มตั้งแต่หน่วยงานระดับปฐมภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิที่เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง ด้านจิตเวช

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะ เป็นระบบบริการสุขภาพส่วนใดและระดับใด พยาบาลก็จัดเป็น บุคลากรกลุ่มหลักที่มีจำนวนมากที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรกลุ่มอื่น โดยปฏิบัติงานอยู่ใน หน่วยงานด้านการบริการสุขภาพทุกระดับ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการปฏิรูประบบบริการ สุขภาพ (ทัศนาศ นุญทอง, 2544) ประกอบกับการที่ระบบการบริการพยาบาลเป็นระบบย่อยระบบ หนึ่งในระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น จึงต้องมีการปฏิรูประบบบริการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้วย ทั้งนี้ การปฏิรูประบบบริการพยาบาลในภาวะที่ประเทศกำลัง ประสบกับปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม การพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเท่าที่มีอยู่ให้มี ทักษะ ความรู้ ความสามารถที่สูงขึ้น เพื่อให้การบริการตามหน้าที่ของตนเองให้มีประสิทธิภาพสูงที่สุดนั้น นับเป็นวิธีการหนึ่งที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพได้ ทั้งนี้ ต้องพัฒนาเพื่อให้ บุคลากรสามารถปฏิบัติงานในการส่งเสริม/ สร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การ รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างผสมผสานแก่ประชาชน ทั้งในสถานบริการระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมทั้งระบบบริการฉุกเฉิน ที่เป็นระบบเครือข่าย รับผิดชอบ ประชาชนร่วมกัน ตามพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมาย มีระบบส่งต่อระหว่างกันและกัน เพื่อให้การบริการ มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและมีความเสมอภาค (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544: 13)

สภาการพยาบาล ในฐานะองค์กรวิชาชีพมีความตระหนักในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ ดังกล่าว จึงมีความพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพของระบบบริการพยาบาล ด้วยแนวคิดในการ พัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล ให้มีความรู้ ความสามารถในระดับสูง เพื่อให้สามารถตอบสนอง ต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด มีการออกข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยการออกวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญ เฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2541 ขึ้น และเรียกผู้รับวุฒิบัตรดังกล่าวนี้ว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยกำหนดให้ผู้มี สิทธิยื่นคำขอสอบความรู้เพื่อรับวุฒิบัตร จะต้องมีความรู้เป็นผู้ที่ได้ผ่านการฝึกอบรม หรือเป็นผู้ ที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโททางการพยาบาล หรือสูงกว่า และเป็นผู้มีประสบการณ์ ทางคลินิกในสาขานั้นๆ ตามที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จะมีความแตกต่างจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน เนื่องจากต้องสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มีการบูรณาการความรู้ ทฤษฎีและผลการวิจัยต่างๆ ทำความ เข้าใจและแก้ปัญหาสุขภาพ สามารถปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรวิชาชีพอื่น ในทีมสุขภาพได้เป็น อย่างดี สามารถบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการประสานแหล่งประโยชน์ สามารถวางแผนและ ดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้ความรู้แก่พยาบาล และผู้ใช้บริการตามปัญหาและความต้องการ เป็นที่ ปรีกษาในสาขาการพยาบาลนั้นๆ แก่พยาบาล บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกสาขา รวมทั้ง แก่ผู้รับบริการ นอกจากนี้ต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณ

วิชาที่พิจารณาพยาบาลและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ร่วมตัดสินใจทางจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ ซึ่งจากบทบาบทดังกล่าว จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง มีความแตกต่างกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ทั้งในด้านของสมรรถนะ ความรับผิดชอบ และการจัดการศึกษา (ทัศนา บุญทอง, 2544; สมจิต หนูเจริญกุล, ทัศนา บุญทอง และวรรณวิไล จันทราภา, 2544) สำหรับการสอบและออกวุฒิบัตรในประเทศไทยนั้น ได้ดำเนินการสอบมาตั้งแต่ปี 2546 กระทั่งปัจจุบันนี้ มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาต่างๆ จำนวน 45 คน แล้ว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในระดับที่สูงขึ้น ได้ศึกษาจนสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโท และผ่านกระบวนการได้รับการรับรองเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ได้รับการต้อนรับจากผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและประชาชน ผู้รับบริการเป็นอย่างดี เนื่องจากในประเทศดังกล่าวมีการจัดระบบปฏิบัติงานและมีตำแหน่งงานรองรับผู้ที่สอบผ่านเพื่อรับวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเฉพาะทางไว้อย่างชัดเจน ต่างกับในประเทศไทย ซึ่งแม้ว่าจะมีการเปิดหลักสูตรการพยาบาลทางคลินิกในระดับปริญญาโทมานานถึง 30 ปี (พ.ศ. 2517 – ปัจจุบัน) มีผู้สำเร็จการศึกษาไปปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพจำนวนมาก ตลอดจนบัดนี้ สภาการพยาบาลได้มีข้อบังคับของการออกวุฒิบัตร ปี พ.ศ. 2541 ซึ่งทำให้หลายฝ่ายให้ความสนใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมากขึ้น แต่ในสภาพการณ์จริง การใช้บุคลากรทางการพยาบาล (Nursing Manager Utilization) ในระบบบริการพยาบาล ไม่ได้มีการจัดระดับบริการพยาบาล อีกทั้งยังไม่ได้มีการกำหนดโครงสร้างการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการปฏิบัติขั้นพื้นฐานที่ชัดเจนไว้ และยังพบว่าผู้ที่เข้าศึกษาระดับปริญญาโทในสาขาการพยาบาลเฉพาะทางที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้น เมื่อจบการศึกษาแล้วต้องกลับไปปฏิบัติงานตามต้นสังกัดเดิม ในหน้าที่เดิม โดยยังไม่มีตำแหน่งทางคลินิกรองรับตามความรู้ ความสามารถ ผู้สำเร็จการศึกษาบางคนต้องย้ายไปทำหน้าที่ด้านการเรียนการสอนหรือฝ่ายพัฒนาวิชาการของโรงพยาบาล (ทัศนา บุญทองและคณะ, 2544: 1-3) ซึ่งยังไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงตามที่ได้ศึกษามา ปัญหาการขาดความชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนี้ เกิดขึ้นกับการพยาบาลทุกสาขาในประเทศไทย รวมถึงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชด้วย

เนื่องจากพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ที่ต้องมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะองค์รวม เป็นผลให้กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชปฏิบัติมีอยู่หลายชนิด และแต่ละชนิดก็ต้องการผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญในระดับที่แตกต่างกันออกไป หลายชนิดต้องการผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง แต่ก็ยังไม่ได้มีการจำแนกอย่างชัดเจนว่า กิจกรรมใดเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน กิจกรรมใดเป็นกิจกรรมพยาบาลขั้นสูง และพยาบาลระดับใดควรเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ทำให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ในปัจจุบัน ขาดความชัดเจนในวิธีปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน โดยแนวคิด องค์ความรู้ที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติไม่ปรากฏแน่ชัด เป็นการปฏิบัติที่ยังไม่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่พึงเป็น กล่าวคือ เป็นการปฏิบัติที่ไม่ได้มุ่งไปสู่คุณภาพแบบใช้ข้อมูล หลักฐาน(Evidence Based Practice) แม้ว่าการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้มีการพัฒนาระบบคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล มาอย่างต่อเนื่องเป็นลำดับนับตั้งแต่มีการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตลอดจนมีการนำมาตราฐานไปใช้โดยมีการพัฒนาระบบการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ในปัจจุบันก็ยังคงมีคำถามเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพแบบใช้ข้อมูลหลักฐานอยู่ ปัญหาเหล่านี้ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบัน พยาบาลทุกคน ไม่ว่าจะเป็นพยาบาลจบใหม่ หรือพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลมายาวนาน จะลงมือปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน ไม่มีการแบ่งแยกกิจกรรมการปฏิบัติ ว่ากิจกรรมใดต้องใช้ผู้มีความรู้ ความชำนาญ และได้ศึกษาฝึกฝนด้านการปฏิบัติอย่างจริงจังเท่านั้น

นอกจากนี้ จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ผ่านมา ยังไม่พบการจำแนกกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชออกเป็นกิจกรรมการพยาบาลในระดับพื้นฐานและ กิจกรรมการพยาบาลในระดับสูง พบแต่งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การศึกษาประเมินความต้องการการบริการของผู้ป่วยโดยวิธีสุ่มตัวอย่าง: กรณีศึกษาในแผนกการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช โดย ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และชื่นชม เจริญยุทธ(2531) การศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวช โดยมีการศึกษาถึงกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลใน โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา โดย วิภาวี เผ่ากันทรากร(2536) และการศึกษาปริมาณความต้องการการพยาบาลโดยตรงของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช6แห่ง ตามภูมิภาคต่างๆ ในประเทศไทย โดยวัลลีย์ กนกวิจิตร, วิภาวี เผ่ากันทรากร และดวงตา กุลรัตนญาณ (2538) อย่างไรก็ตามงานวิจัยข้างต้นได้บ่งชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มักเกิดจากความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยผู้ป่วยแต่ละประเภทจะมีความต้องการการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่างกันออกไป ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ของผู้ป่วยแต่ละประเภทมีความแตกต่างกันออกไปด้วย ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยประเภทที่มีระดับอาการรุนแรงมากจะต้องการการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลในระดับที่มากกว่าและซับซ้อนกว่าผู้ป่วยประเภทที่มีระดับอาการรุนแรงน้อย ทั้งนี้ผู้ป่วยทุกประเภทจะมีความต้องการกิจกรรมการพยาบาลชนิดต่างๆ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เป็นการพยาบาลโดยตรงมากที่สุดในช่วงเวรเช้า รองลงมาเป็นเวรบ่าย และดึก ซึ่งหากพิจารณาตามกระบวนการพยาบาลแล้วลักษณะของกิจกรรมการพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยนี้

ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยเปรียบเหมือนศูนย์กลางของการรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การพยาบาล และการประเมินผล ดังนั้น พยาบาลต้องสามารถประเมินผู้ป่วยได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหา และความต้องการอะไร จึงจะสามารถให้กิจกรรมการพยาบาล ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยคนนั้นๆ ได้อย่างครอบคลุม และมีคุณภาพ

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งเปรียบเหมือนศูนย์กลางของทุกๆ กิจกรรม และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ย่อมต้องเกิดจากการมีทีมการพยาบาลที่ดี ซึ่งหากได้มีการจัดระบบการมอบหมายงานที่ชัดเจนตามขอบเขตความสามารถของบุคลากรแต่ละคน โดยมีการระบุบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบแก่สมาชิกในทีมการพยาบาล อันจะนำไปสู่ระบบการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรให้ชัดเจน มีการสร้างและการใช้องค์ความรู้ให้มีประสิทธิภาพเพื่อจะได้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพและเกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการและผู้ป่วยมากที่สุด อีกทั้งจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติด้วย(พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2519 อ้างถึงใน สายชล กองอ่อน, 2537) การจัดบริการพยาบาลให้มีคุณภาพได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความชัดเจนของระบบการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่มีมาตรฐานการปฏิบัติงานที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งผลลัพธ์ท้ายสุดของการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐานจะตกอยู่กับผู้รับบริการหรือผู้ป่วยนั่นเอง ทั้งนี้ การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการให้ครอบคลุมในลักษณะองค์รวมได้นั้น ความรู้ ความชำนาญ ทักษะ และประสบการณ์ การปฏิบัติงาน ของพยาบาลก็มีส่วนสำคัญต่อคุณภาพการบริการดังกล่าว (Blegen, Goode and Reed, 1998: 43)

ในสภาพการณ์ที่อัตราการเจ็บป่วยทางจิตเพิ่มขึ้นทุกปี(กรมสุขภาพจิต, http://www.dmh.moph.go.th/report/stat_s7.asp, 6 กุมภาพันธ์ 2546) และจากปัญหาทางจิตที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมากขึ้นตามไปด้วย การจัดระบบงานเพื่อรองรับความต้องการการพยาบาลที่ไม่ได้จำแนกระดับของกิจกรรมและระดับของผู้ปฏิบัติกิจกรรมที่ชัดเจนไว้ อาจส่งผลกระทบและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพของการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในลักษณะของการเกิดความยุ่งยาก ซ้ำซ้อนกันในบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลในระดับพื้นฐานและระดับสูงได้ ดังนั้นการศึกษาให้ทราบข้อมูลที่แน่ชัดว่ากิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในปัจจุบันนี้ เป็นอย่างไร ใครควรเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นจึงมีความจำเป็น ทั้งนี้ในการค้นหาคำตอบ สามารถทำการศึกษาโดยวิธีการวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาล ซึ่งอาจศึกษาวิเคราะห์ได้จากทฤษฎี หรือศึกษาวิเคราะห์จากการสังเกตกิจกรรมนั้นๆ โดยตรง แต่การศึกษาโดยการสังเกตกิจกรรมโดยตรง จะทำให้ทราบถึง

รายละเอียดของกิจกรรมที่เกิดขึ้น ในสภาพการณ์ของการปฏิบัติงานจริงโดยเฉพาะการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวชที่อาจมีความแตกต่างจากในทฤษฎีได้

การมีข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลของ ผู้ป่วยจิตเวชแต่ละประเภท ดังได้กล่าวไว้ข้างต้น และทราบปริมาณเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลชนิดนั้นๆ จะช่วยให้มีความรู้พื้นฐานที่เพียงพอสำหรับการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมกับแต่ละหน่วยงาน การจัดระบบการปฏิบัติงาน การพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดบันไดอาชีพ สำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยจะได้ทราบว่าควรจะต้องมีผู้ปฏิบัติระดับใด จำนวนเท่าใด ใครควรจะทำปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลชนิดใด ควรใช้เวลาในการปฏิบัติเท่าไร นอกจากนั้น เพื่อให้สามารถวางแผนอัตรากำลังบุคลากรแต่ละระดับ ในภาพรวมขององค์กรวิชาชีพ และระดับประเทศ จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงานในสาขา นี้ ในทุกประเภทของระบบการบริการพยาบาล ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ที่ต้องรับผิดชอบการบริการผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตและผู้ป่วยโรคจิต ซึ่งก็คือหน่วยงานการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความแตกต่างกัน ในลักษณะของการปฏิบัติงาน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ โรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาโรคทั่วไปด้วย

จากเหตุผล ความเป็นมา และความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิเคราะห์ถึงกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช ในแนวทางของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ด้วยวิธีการสังเกตโดยตรงอย่างต่อเนื่อง เพื่อ **บันทึกกิจกรรมการพยาบาลและปริมาณเวลา** ที่บุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวช ทั้งในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลศูนย์ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละชนิด ต่อผู้ป่วยจิตเวชประเภทต่างๆ ตลอด 24 ชั่วโมง และทำการจำแนกระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลหลักฐานในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และเพื่อให้มีข้อมูลพื้นฐานที่จะใช้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพระบบการบริการพยาบาล โดยการพัฒนากุณฑกร จัดอัตรากำลังบุคลากร ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการจัดระบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช และลักษณะของการปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการ การพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช และปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำแนกตาม

ลักษณะของหอผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ หอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์

2. เพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการ การพยาบาลของหอผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามระดับของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมี

1. ประชากร คือ

1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลศูนย์

1.2 บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์ ครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้

1.3 ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2. ตัวแปรที่ศึกษา คือ

2.1 กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชตามความต้องการ การพยาบาลของหอผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม

2.2 ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

2.3 ประเภทของหอผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ผู้ป่วยประเภทแรกเริ่ม เร่งรัดบำบัด และบำบัดระยะยาว

2.4 ระดับของผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาล หมายถึง กระบวนการศึกษาลักษณะการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการกระทำตามหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาล ที่กระทำต่อผู้ป่วยจิตเวชทั้งโดยตรงและโดยอ้อม โดยการระบุ อธิบาย จำแนก การกระทำ ด้วยการสังเกต แล้วทำการบันทึกข้อมูลและปริมาณเวลาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบสังเกตและแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้ในการวิจัยนี้ รวมทั้งแบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2. กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง การปฏิบัติการช่วยเหลือดูแล ของบุคลากรทางการพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยจิตเวชรายบุคคล และรายกลุ่ม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามลักษณะเฉพาะที่เป็นอยู่ขณะปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย และตามขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพในระยะเวลาตลอด 24 ชั่วโมง โดยกิจกรรมการพยาบาลจะเกิดขึ้นได้ทั้งในลักษณะที่ผู้ป่วยร้องขอและสิ่งที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ รวมถึงการตอบสนองความต้องการของญาติหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย อันเป็นประโยชน์ที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ คือ ให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตได้เต็มศักยภาพของตน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถขจัดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ สามารถปรับตัวให้กับสภาพสังคมในปัจจุบัน หรือสภาพหอผู้ป่วย ตามศักยภาพที่มีอยู่ โดยแบ่งกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง (Direct care) หมายถึง การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการพยาบาล ที่กระทำต่อผู้ป่วยจิตเวชรายบุคคลหรือรายกลุ่ม และ/หรือญาติผู้ป่วยที่เป็นรายบุคคล หรือรายครอบครัว ซึ่งอาจเกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยอยู่คนเดียว และ/หรือมีญาติอยู่ด้วย ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลทางด้านร่างกาย การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ตลอดจนการแก้ไข ส่งเสริมให้มีความคิด การรับรู้ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับกิจกรรมการบำบัดทางร่างกาย การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจกรรมการบำบัดทางจิต การดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ

2.2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม (Indirect care) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของบุคลากรทางการพยาบาล ที่ไม่ได้กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง แต่จะส่งผลสนับสนุนการให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปโดยสมบูรณ์ ได้แก่ กิจกรรมการเตรียม อาหาร ยา และอุปกรณ์ต่างๆเพื่อใช้ในการบำบัด กิจกรรมการเขียนบันทึกและการเขียนรายงานต่างๆ กิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษาและการเป็นที่ปรึกษา กิจกรรมด้านวิชาการและการวิจัย กิจกรรมการบริหารจัดการ และ กิจกรรมการบริการพยาบาลอื่นๆ

3. ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง จำนวน นาที วินาที ที่บุคลากรพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้งหมดในหอผู้ป่วยจิตเวชใน 24 ชั่วโมง หรือ

ในแต่ละเวอร์ ซึ่งประกอบด้วยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม

4. ประเภทของผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง กลุ่มของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการจำแนก โดย คำนึงถึงอาการ อาการแสดง ความสามารถในการดูแลตนเอง การทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงปริมาณ และความซับซ้อนของความต้องการการพยาบาล จากบุคลากรทางการพยาบาลในช่วงเวลาหนึ่งๆ โดยประเภทของผู้ป่วยจิตเวชจะเรียงตามระดับความรุนแรงของอาการ และความต้องการการ พยาบาลจากระดับมากที่สุดจนถึงระดับน้อยที่สุด ดังนี้

4.1 ประเภทที่1 ผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการการดูแลระดับ มากที่สุด (Intensive Care) มีการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล ไม่ถูกต้อง เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ/ หรือ ทำลายทรัพย์สิน การดูแลตนเอง ผู้ป่วยต้องการการทำให้ทั้งหมด ไม่สามารถ ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น พูดคุย ทักทายกันในกลุ่มเพื่อน และบุคลากรที่มสุขภาพอย่าง เหมาะสมได้ ไม่สามารถมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด หรืออาจมีสัมพันธภาพได้บ้าง ในกรณีนี้ผู้ป่วยที่มี ภาวะฉุกเฉินและวิกฤติเพราะมีอาการทางกายที่รุนแรงโดยมีอาการทางจิตไม่รุนแรงมาก มีความ ผิดปกติทางจิตที่ส่งผลให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ และมีพยาธิสภาพเกี่ยวกับ Vital organ และมีอันตรายต่อชีวิตเกิดขึ้นแล้ว หรือมีภาวะเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต

4.2 ประเภทที่2 ผู้ป่วยแรกรับ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการการดูแลระดับมาก (Maximum Care) สับสนในการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล เสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ/ หรือ ทำลายทรัพย์สิน ดูแลตนเองได้โดยมีการช่วยทำให้บางส่วน สามารถปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกับผู้อื่น พูดคุย ทักทายกันในกลุ่มเพื่อน และบุคลากรที่มสุขภาพอย่างเหมาะสมได้เป็นครั้ง คราว สามารถมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด โดยมีความไว้วางใจพยาบาลและยอมเปิดเผยเรื่องราวบาง เรื่อง สามารถฟัง ได้ตอบ คิด แสดงความคิด และบอกความรู้สึกของตนเองในเรื่องได้บ้าง แต่อาจ ไม่ถูกต้องทั้งหมด และไม่มีริเริ่มก่อน อาจมีภาวะเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายแต่ไม่เสี่ยงต่อชีวิต มีความ ผิดปกติทางจิตที่ส่งผลให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ แต่สามารถกลับสู่ภาวะปกติ ได้บ้าง มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับ Vital organ แต่ไม่เสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต

4.3 ประเภทที่3 ผู้ป่วยเรื้อรังบำบัด หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการการดูแลระดับ ปานกลาง (Intermediate Care) มีการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล ถูกต้องเป็นบางส่วน มี ความคิดที่มีผลต่อการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ ดูแลตนเองได้โดยมี การแนะนำสนับสนุนเป็นครั้งคราว สามารถปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่ต้องรับผิดชอบ พูดคุย ทักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากรโดยริเริ่มก่อนได้ สามารถมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด โดยมีความ ไว้วางใจพยาบาล และยอมเปิดเผยเรื่องราวตามจริงและให้ความร่วมมือในการทำ กิจกรรมบำบัด สามารถ ฟัง ได้ตอบ คิด แสดงความคิด และบอกความรู้สึกของตนเองได้ตามจริง

เป็นส่วนใหญ่ มีพยาธิสภาพทางกายไม่รุนแรง ไม่มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับ Vital organ และไม่เสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต

4.4 ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยบำบัดระยะยาว หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการการดูแลระดับน้อย (Minimum Care) มีการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล ถูกต้องในทุกส่วน ในเรื่องการควบคุมตนเองแม้จะไม่เป็นอันตรายแต่ก็ไม่เป็นประโยชน์(สร้างสรรค์)ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมดูแลตนเองได้โดยมีการปรับระดับระบอบ สนับสนุนและสอนการจัดสิ่งแวดล้อมบ้างเป็นครั้งคราวสามารถปฏิบัติ กิจกรรมการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและร่วมรับผิดชอบได้ พุดคุยทักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากรได้โดยเริ่มตนเอง มีสัมพันธภาพเชิงบำบัด โดยมีความไว้วางใจพยาบาล ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ ฟังและโต้ตอบได้ อย่างเหมาะสม แสดงความคิดและบอกความรู้สึกของตนเองโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ไม่มีพยาธิสภาพ ทางกาย ไม่มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับ Vital organ และไม่เสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต

5. ระดับของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติการพยาบาล 2 ระดับ ดังนี้

5.1 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน หมายถึง บุคลากรทางการพยาบาลที่ใช้องค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วยบุคลากรดังนี้

5.1.1 พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาได้รับประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูงหรือปริญญาตรีพยาบาลศาสตร์ หรือปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) ซึ่งมีระยะเวลาการศึกษา 4 ปี ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์

5.1.2 พยาบาลเทคนิค หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาได้รับประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ระดับต้น (2ปี) ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ชั้นสอง เป็นผู้ช่วยพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์

5.1.3 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมต้น และได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลือคนไข้ โดยกลุ่มงานการพยาบาลภายในหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยงานของการพยาบาล ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการทำความสะอาดอุปกรณ์ การดูแลเครื่องมือให้ปราศจากเชื้อ และการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันที่ไม่ซับซ้อนต่างๆ ในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์

5.2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ ผู้มีความรู้สูงกว่าระดับปริญญาตรี และได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเป็นไปตามข้อบังคับของสภาการพยาบาล ว่าด้วยการออกวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2541 มี

ความสามารถในการกระทำเพื่อช่วยเหลือดูแลบุคคลทุกวัย ครอบครัวและ/หรือกลุ่มบุคคล ทั้งในภาวะปกติและที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช บุคคลปัญญาอ่อน และผู้ใช้สารเสพติดทุกระยะของการเจ็บป่วย โดยประยุกต์ศาสตร์เฉพาะสาขา ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัย เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม การบำบัดทางจิต ตลอดจนการปฏิบัติบทบาทในการบริหารจัดการ การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษา และการวิจัย

6. หอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช หมายถึง สถานที่ที่มีมีบุคลากรทางการพยาบาล คอยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประเภท แกร็บ เรงรัดบำบัด และบำบัดระยะยาว ที่เข้ามาพักรักษาตัว เมื่อต้องได้รับการดูแลในโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่องตลอด24ชั่วโมง ทั้งนี้โรงพยาบาลจิตเวช จัดเป็นโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่จัดบริการสาธารณสุขระดับสูง(Tertiary Care)ในลักษณะเฉพาะทาง ด้านจิตเวช มีหน้าที่ให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจแก่ประชาชนทั่วไป และผู้ป่วยจิตเวช

7. หอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์ หมายถึง สถานที่ที่มีมีบุคลากรทางการพยาบาล คอยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประเภท แกร็บ เรงรัดบำบัด และบำบัดระยะยาว ที่เข้ามาพักรักษาตัว เมื่อต้องได้รับการดูแลในโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่องตลอด24ชั่วโมง ทั้งนี้โรงพยาบาลศูนย์ จัดเป็นโรงพยาบาลที่จัดบริการสาธารณสุขระดับสูง(Tertiary Care) ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ครอบคลุม รวมทั้งสาขาจิตเวช มีจำนวนเตียงตั้งแต่500-1,000เตียง ขึ้นตรงกับกองโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง หรืออำเภอขนาดใหญ่ของจังหวัดที่มีประชากรหนาแน่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการคณะ จัดสรรอัตรากำลังผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง และการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ ในหอผู้ป่วยจิตเวช และการจัดระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

2. เป็นแนวทางในการศึกษาและวิจัย ด้านการพัฒนาศาสตร์การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนาบุคลากร การจัดอัตรากำลัง ในหอผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาล ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ระบบการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในประเทศไทย
2. การจัดทรัพยากรบุคลากรทางการพยาบาล
3. การปฏิบัติการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล
4. กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช
5. การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
6. วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสังเกต
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ระบบการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในประเทศไทย

จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ระบบการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในประเทศไทย ได้มีวิวัฒนาการมาโดยตลอด โดยมีสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา (โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา) เป็นโรงพยาบาลจิตเวชแห่งแรก เปิดให้บริการทางด้านสุขภาพจิต จิตเวชศาสตร์ ประสาทวิทยา และประสาทศัลยศาสตร์มานานถึง 114 ปี ปัจจุบันได้มีการกระจายความรับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน ออกไปในทุกภูมิภาคของประเทศ โดยมีหน่วยงานต่างๆ ทำหน้าที่รับผิดชอบงานบริการในแต่ละท้องถิ่น โดยมีรายละเอียดต่างๆ ของระบบบริการ ดังนี้

1.1 โครงสร้างของระบบบริการ

กระทรวงสาธารณสุข จัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชออกเป็น งานในด้านบริหาร บริการ และวิชาการ โดยกรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านบริหาร งานด้านบริการรับผิดชอบ โดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับงานด้านวิชาการนั้น เป็นการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานจิตเวชในทบวงมหาวิทยาลัย และราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 ด้าน จะต้องมีการประสานความร่วมมือกัน เพื่อให้สามารถตอบสนองซึ่งกันและกันได้

สำหรับกระบวนการรับผิดชอบงานสุขภาพจิตในกระทรวงสาธารณสุขนั้นแบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยกรมสุขภาพจิตรับผิดชอบในส่วนของเนื้อหาของงาน การพัฒนาเทคโนโลยีต่างๆ และ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.) โรงพยาบาลศูนย์(รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป(รพท.) โรงพยาบาลชุมชน(รพช.) สถานีอนามัย(สอ.) และ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) รวมถึง แกนนำครัวเรือน จะรับผิดชอบในส่วนของ การปฏิบัติงาน เพื่อให้เข้าถึงประชาชนทุกครัวเรือน ส่วนงานบริการจิตเวชนั้น กรมสุขภาพจิตจะมีบทบาทสำคัญในการให้บริการระดับตติยภูมิ ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชจะรับการส่งต่อผู้ป่วยมาจากหน่วยบริการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นมาเป็นลำดับ โดยมีศูนย์สุขภาพจิตเขต เป็นหน่วยงานที่คอยติดต่อประสานให้ และนอกจากศูนย์สุขภาพจิตเขตจะเป็นสื่อกลางที่คอยติดต่อประสานงานแล้ว ยังมีส่วนช่วยสนับสนุนงานด้านวิชาการ ในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนตามภูมิภาคต่างๆ เช่น การทำวิจัยเพื่อให้ทราบถึงสภาพการให้บริการสุขภาพจิต ในด้านต่างๆ ด้วย (วินัย วิริยกิจจา,2542)

1.2 การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (กรมสุขภาพจิต <http://www.dmh.go.th/about.asp>, 2547)

ตามรายงานของกรมสุขภาพจิต การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี รศ.108(พ.ศ.2432)โรงพยาบาลคนเสียจริตได้เปิดดำเนินการเป็นครั้งแรก โดยมีสถานที่ตั้งอยู่ ณ บริเวณด้านทิศเหนือของป้อมปัจจุามิตร ริมฝั่งตะวันตกของแม่น้ำเจ้าพระยา ปากคลองสาน อยู่ภายใต้การดูแลของ กรมพยาบาล กระทรวงธรรมการ ซึ่งได้ย้ายมาก่อสร้างในที่ดินของตระกูล สมเด็จพระยาสุริยวงศ์ไวยวัฒน์ คือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา (โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ในปัจจุบัน) และได้มีการเปลี่ยนแปลง พัฒนาเรื่อยมา ต่อมาได้มีการสร้าง โรงพยาบาลจิตเวชขึ้นทั่วทุกภาคของประเทศ จนกระทั่งมีการตั้งกองสุขภาพจิตต์ ขึ้น และเปลี่ยนชื่อมาเป็นกรมสุขภาพจิตในปัจจุบัน มีหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตทั่วประเทศ มีหน่วยงานในสังกัดทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

การดำเนินงานสุขภาพจิตอาจแบ่งตามช่วงเวลาได้โดยสรุปดังนี้

ปี พ.ศ.2485 - 2500 เนื่องจากสภาพสังคม เศรษฐกิจ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีผู้ป่วยทางจิตใจเพิ่มขึ้น และโรงพยาบาลจิตเวช มีจำนวนไม่สัมพันธ์กับผู้ป่วย จึงเริ่มมีการดำเนินการป้องกันส่งเสริมสุขภาพจิตควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา

ปี พ.ศ.2500 - 2514 ได้ดำเนินการขยายบริการที่มีอยู่ ให้สมบูรณ์แบบตามโรงพยาบาลมีการสร้างโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพจิตขึ้นใหม่หลายแห่ง

ปี พ.ศ.2515 - 2534 มีการพัฒนางานสุขภาพจิต ให้กว้างขวางขึ้น เช่น การจัดทำโครงการจิตเวชชุมชนขึ้น เน้นการผสมผสานงานสุขภาพจิต เข้ากับระบบบริการสาธารณสุข ทั่วไป เพื่อตรงผู้ป่วยให้อยู่ในชุมชน

ปี พ.ศ. 2520 ได้มีการนำแนวความคิด ของการสาธารณสุขมูลฐาน มาพัฒนา งานสุขภาพจิต โดยจัดทำเป็น โครงการผสมผสานงานสุขภาพจิต กับการให้บริการสาธารณสุขขั้น พื้นฐาน ที่จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อ พ.ศ.2522 และขยายผลการดำเนินงาน ที่จังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ.2524 นับว่างานสุขภาพจิต ที่เคยตั้งรับอยู่แต่ในโรงพยาบาล ได้พัฒนาเป็นเชิงรุก เริ่มก้าว ออกมาสู่ชุมชน และมุ่งให้ชุมชน มีส่วนร่วมในงานสุขภาพจิตด้วย โดยมีการดำเนินงานอย่างเป็นขั้น เป็นตอน มีระบบระเบียบที่ดีขณะเดียวกัน เริ่มประสานงาน กับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและ เอกชนมากขึ้น ซึ่งในปี พ.ศ.2530 - 2534 ได้พัฒนารูปแบบและขยายพื้นที่การปฏิบัติการจนครบทั่ว ประเทศ โดยปรับเปลี่ยนบทบาทไปในลักษณะของการสนับสนุนองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้าน สุขภาพจิตแก่หน่วยงานในระบบบริการสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและ เอกชนให้กว้างขึ้น ขณะเดียวกันได้เร่งพัฒนาบทบาททางวิชาการให้เข้มแข็ง เพื่อให้บริการ สุขภาพจิตถึงประชาชนให้มากที่สุด

ปี พ.ศ.2535 - 2537งานสุขภาพจิตได้รับการพัฒนา ให้เป็นสถาบันสุขภาพจิต อัน สอดรับกับการเปลี่ยนแปลง ของสถานการณ์บ้านเมือง กล่าวคือ สังคมเศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง และสภาพแวดล้อม ตลอดจนเทคโนโลยีต่าง ๆ ได้รับการพัฒนาไปมาก การพัฒนางาน สุขภาพจิต เพื่อให้บริการแก่ประชาชน จะต้องได้รับการพัฒนาเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ก็โดยพัฒนาองค์กร สุขภาพจิตเดิม ให้มีลักษณะเป็นองค์กรพัฒนาวิชาการ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต เพื่อ สนับสนุนบริการสุขภาพ ขององค์กรต่าง ๆ ทุกระดับ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรใน ภาครัฐอื่นๆ รวมทั้งภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

ปี พ.ศ.2537- ปัจจุบัน ได้มีพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม เปลี่ยนชื่อ จาก " สถาบันสุขภาพจิต " เป็นกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ.2537

ปัจจุบัน กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานส่วนกลาง ดำเนินงานอยู่ในกลุ่มภารกิจ ด้านพัฒนาการแพทย์ เช่นเดียวกับกับกรมการแพทย์ และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก

1.3 ทรัพยากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (กรมสุขภาพจิต <http://www.dmh.go.th/r1.asp>, 2547)

ประกอบด้วยบุคลากรของทีมงานสุขภาพจิต ที่เป็น จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นัก สังคมสงเคราะห์ บุคลากรด้านอาชีวบำบัด และ พยาบาล มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.3.1 จิตแพทย์ ในปี พ.ศ. 2542 ประเทศไทยมีจำนวนจิตแพทย์ทั้งหมด จำนวน 351 คน คิดเป็นสัดส่วนจิตแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1:175,674 และในปี พ.ศ.2543 จำนวน จิตแพทย์จำนวน 376 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.12 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1:164,571 ในขณะที่ปี พ.ศ.2544 มีจำนวนจิตแพทย์ 387 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.93 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด 1:161,005

จากสัดส่วนดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นการขาดแคลนจิตแพทย์ในชั้นวิกฤต ซึ่งเป็นปัญหาเร่งด่วนของประเทศที่จะต้องได้รับการแก้ไข กรมสุขภาพจิตในฐานะองค์กรหลักในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนทั่วประเทศ ตระหนักในปัญหาการขาดแคลน จึงได้ดำเนินการแก้ไข ด้วยการพัฒนาแนวทางในการเพิ่มจำนวนจิตแพทย์ให้มากขึ้น เพื่อให้เพียงพอต่อการให้บริการด้าน สุขภาพจิต

1.3.2 นักจิตวิทยาคลินิก ในปี พ.ศ. 2542 ประเทศไทยมีจำนวนนักจิตวิทยาคลินิกทั้งหมด จำนวน 97 คน คิดเป็นสัดส่วนนักจิตวิทยาต่อประชากรเท่ากับ 1 : 653,688 และปี พ.ศ.2543 มีจำนวนนักจิตวิทยาคลินิกจำนวน 150 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 54.64 แต่เมื่อคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1 : 412,525 ในขณะที่ปี พ.ศ.2544 มีจำนวนนักจิตวิทยาคลินิก 196 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 30.67 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด 1 : 317,902 ซึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 - 2544 พบว่าจำนวนนักจิตวิทยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี

เมื่อพิจารณาการกระจายนักจิตวิทยาคลินิกตามพื้นที่ พบว่า โดยภาพรวม ตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 - 2544 นักจิตวิทยาคลินิกที่ปฏิบัติงานอยู่ในแต่ละภาคมีจำนวนเพิ่มขึ้น และมีสัดส่วนต่อประชากรลดลงในทุกๆภาค แสดงให้เห็นว่านักจิตวิทยาคลินิกสามารถให้การดูแลประชาชนได้ดีขึ้น โดยในปี พ.ศ.2544 มีจำนวนนักจิตวิทยาคลินิก ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนมากที่สุด 48 คน คิดเป็นร้อยละ 24.49 ของทั้งประเทศ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรที่ต้องดูแล พบว่า นักจิตวิทยาคลินิกที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในภาคใต้ดูแลประชากรในสัดส่วน ที่มากกว่า

1.3.3 นักสังคมสงเคราะห์ ในปี พ.ศ.2542 ประเทศไทยมีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมด จำนวน 291 คน คิดเป็นสัดส่วนนักสังคมสงเคราะห์ต่อประชากรเท่ากับ 1 : 211,896 และในปี พ.ศ.2543 มีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ 377 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 29.55 แต่เมื่อคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1 : 164,135 ในขณะที่ปี พ.ศ.2544 มีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ 373 คน ลดลงร้อยละ 1.06 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1 : 167,048

เมื่อพิจารณาการกระจายนักสังคมสงเคราะห์ตามพื้นที่ พบว่า โดยภาพรวม ตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 - 2544 นักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในแต่ละภาคมีจำนวนที่เพิ่มขึ้น โดยในปีพ.ศ.2544 มีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในกรุงเทพมหานครมีจำนวนมากที่สุด 117 คน คิดเป็นร้อยละ 31.37 ของทั้งประเทศ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรพบว่า นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ในเขตกรุงเทพมหานครดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชากรเป็นจำนวน 48,942 คน ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ต้องดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชากรมากที่สุดถึง 352,355 คน

1.3.4 บุคลากรด้านอาชีวบำบัด ในปี พ.ศ.2543 มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านอาชีวบำบัด ได้แก่ นักอาชีวบำบัดและเจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด จำนวน 50 คน และปี พ.ศ.2544 มีจำนวน 49 คน ลดลงร้อยละ 2 โดยพบว่า ในปี พ.ศ.2544 มีการกระจายทั่วประเทศไทย โดยมีนักอาชีวบำบัดปฏิบัติหน้าที่อยู่ในเขตภาคเหนือจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.61 รองลงมาคือเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57

1.3.5 พยาบาล ในปี พ.ศ. 2542 ประเทศไทยมีจำนวนพยาบาลจิตเวชทั้งหมดจำนวน 1,041 คน คิดเป็นสัดส่วนพยาบาลต่อประชากรเท่ากับ 1 : 59,233 และปี พ.ศ. 2543 มีจำนวนพยาบาลจิตเวชจำนวน 1,717 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 64.94 แต่เมื่อคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1 : 36,039 ในขณะที่ปี พ.ศ.2544 มีจำนวนพยาบาลจิตเวช 1,735 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.05 คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด 1 : 35,913 ซึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 - 2544 พบว่าจำนวนพยาบาลจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งเป็นผลมาจากกรมสุขภาพจิตได้เปิดการฝึกอบรมพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตขึ้น 3 แห่งได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนปรุง จัดการอบรมปีละประมาณ 50คน โดยมีสาเหตุมาจากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับและทุกพื้นที่มีความต้องการพยาบาลจิตเวชไปช่วยในการบำบัดรักษาให้แก่ประชาชน

เมื่อพิจารณาการกระจายพยาบาลจิตเวชตามพื้นที่ พบว่าโดยภาพรวมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542-2544 พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานอยู่ในแต่ละภาคมีแนวโน้มที่จะกระจายดีขึ้น โดยในปี พ.ศ.2544 มีจำนวนพยาบาลจิตเวช ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนมากที่สุด 551 คน คิดเป็นร้อยละ 31.75 ของทั่วประเทศ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรกลับพบว่า พยาบาลจิตเวช 1 คน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต้องดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชากรเป็นจำนวน 39,009 คน ในขณะที่ภาคเหนือพยาบาลจิตเวช 1 คน ต้องดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชากรมากที่สุดในทุกๆ ปี โดยในปี 2544 ต้องดูแลประชาชนถึง 39,365 คน

กรมสุขภาพจิตมีโครงการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อให้สามารถทำงานช่วยเหลือหรือทดแทนจิตแพทย์ได้ในภาวะที่มีจิตแพทย์ขาดแคลน ด้วยการสนับสนุนทุนการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชภาคพิเศษ สำหรับกลุ่มเป้าหมายผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตทั่วประเทศ โดยตั้งเป้าหมายไว้ ในปี 2552 จะมีบุคลากรสายงานการพยาบาลที่มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มไม่น้อยกว่า 700 คน จำนวนจิตแพทย์และจำนวนพยาบาลจิตเวชที่เพิ่มขึ้น น่าจะช่วยบรรเทาการขาดแคลนจิตแพทย์ได้ระดับหนึ่ง

ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต ได้รายงานจำนวนบุคลากรของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2546 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2545 ถึงวันที่

30 กันยายน 2546 โดย สรุปว่ากรมสุขภาพจิตมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ 1,259คน พยาบาลเทคนิค 576 คน รวมทั้งหมด 1835 คน

จากข้อมูลข้างต้น สรุปได้ว่า ปัจจุบันการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีทั้งที่รับผิดชอบโดยกรมสุขภาพจิตซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางและดำเนินงานโดยหน่วยงานสาธารณสุขส่วนจังหวัด เช่น โรงพยาบาลศูนย์(รพศ.) ไปจนถึงศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) รวมทั้งแกนนำครัวเรือน โดยได้มีการประสานงานกันอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ในส่วนของกรมสุขภาพจิตนั้น ปัญหาด้านจำนวนทรัพยากรบุคคลากรที่ไม่เพียงพอกับความต้องการ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญอย่างต่อเนื่อง ตลอดมา

1.4 การปฏิรูประบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในประเทศไทย

ในปัจจุบัน สถานการณ์ของโลกนับได้ว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทุกด้านซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลง ได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมามากมาย รวมทั้งผลที่ทำให้สุขภาพของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป จนเกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตใจขึ้น ซึ่งปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต นับเป็นปัญหาที่สำคัญระดับต้นๆ ของทุกประเทศ ทั้งยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียทั้งระยะสั้นและระยะยาว คนไทยมีสถิติการเจ็บป่วยทางจิตเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งในสถานบริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต และในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป ซึ่งจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร100,000คนในปี2540 เท่ากับ1,998.81 คน ต่อมาปี2544 มีจำนวนเพิ่มขึ้น เป็น 2,200.74 คน เฉลี่ยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ3.05ต่อปี (กรมสุขภาพจิต ,http://www.dmh.moph.go.th/report/stat_s7.asp, 6กุมภาพันธ์ 2546) นั้น ก็เป็นเครื่องยืนยันว่า สถานการณ์ทางด้านสุขภาพจิตของคนไทยได้เปลี่ยนแปลงไปแล้ว และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจส่งผลให้ กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีความเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

สิ่งเหล่านี้ เป็นสาเหตุให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพมีความพยายามที่จะรับมือกับสถานการณ์เหล่านี้ให้ดีที่สุด ในขณะที่เดียวกันในส่วนของผู้รับบริการเองก็เริ่มมีความตื่นตัวและให้ความสนใจในสุขภาพของตนเองมากขึ้น ทำให้ระบบบริการสุขภาพต้องมีการปรับเปลี่ยนอย่างมากและรวดเร็วโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่ความต้องการของผู้ใช้บริการ มีมากกว่าจำนวนผู้ให้บริการ กล่าวคือ แม้จะพบว่าจากสภาพการณ์ทางสุขภาพที่ จำนวนผู้เจ็บป่วยทางจิตมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น แต่ในขณะเดียวกันจำนวนข้าราชการกรมสุขภาพจิตจำแนกตามสายงานโดยรวมยกตัวอย่างเช่น ในปีงบประมาณ 2542-2544 นั้น กลับมีอัตราติดลบที่ -3.59 แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพจะมีอัตราเพิ่มขึ้น ร้อยละ2 แต่ก็นับว่าเป็นอัตราการเพิ่มที่น้อยมาก เมื่อเทียบกับอัตราการเพิ่มของผู้รับบริการ (กรมสุขภาพจิต, <http://www.dmh.moph.go.th/report/report2.asp>, 6 กุมภาพันธ์ 2546)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการบริการ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับแนวคิดของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Health Care reform) ในประเทศไทย ที่มีความมุ่งหวังว่าผลของการปฏิรูปจะก่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ซึ่งกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพนี้ ก่อให้เกิดความพยายามที่จะมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่มีแนวความคิดว่าการสร้างสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิรูป โดยเน้นการจัดระบบบริการสุขภาพในทุกกระดับ ซึ่งสอดคล้องกับความตื่นตัวขององค์กรวิชาชีพ เช่น สมาคมการพยาบาลที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของวิชาชีพในการสร้างสุขภาพแก่ประชาชน (สุกัญญา ประจุศิลป์ และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545: 68) ด้วยเช่นกัน

การปฏิบัติงานและกิจกรรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชให้ประสบผลสำเร็จ จำเป็นต้องอาศัยการปฏิบัติงานกันเป็นทีม เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ พยาบาลนับเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติงานดังกล่าว เนื่องจากเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องมากที่สุด ซึ่งการที่พยาบาลจะปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีลักษณะที่ในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนตามบทบาทของตน ทั้งนี้ บทบาทของพยาบาลจิตเวช มีความแตกต่างจากผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่นในทีมจิตเวช กล่าวคือการปฏิบัติการพยาบาลจะมุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคน ในลักษณะที่เป็นหน่วยเดียว โดยมีองค์ประกอบทั้งทางด้านกาย จิตและวิญญาณ อยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542: 1-14)

ในปัจจุบัน มีผู้จำแนกบทบาทหน้าที่ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชไว้หลากหลาย ยกตัวอย่างเช่น Benner (1984: 292 – 293) ได้กล่าวแยกในส่วนของบทบาทและหน้าที่ไว้โดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีบทบาท 9 ประการ คือ บทบาทพยาบาลประจำการ (Staff nurse) ผู้บริหาร (Administrators) ผู้ให้คำปรึกษา (Consultants) สอนบุคลากรพยาบาล (Inservice educators) นักวิจัย ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก (Clinical practitioners) เป็นผู้ประเมินโครงการ (Program evaluation) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น (Primary care providers) เป็นผู้ประสานระหว่างผู้รับบริการและสมาชิกอื่นๆ ในทีมสุขภาพ ส่วนหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชแบ่งออกได้ 2 กลุ่ม คือ 1) หน้าที่ทั่วไป เช่น ช่วยเหลือให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพ การจัดเวดล้อมเพื่อการบำบัด 2) หน้าที่แบ่งตามระยะของการช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันระยะที่หนึ่ง (Primary prevention) การป้องกันระยะที่สอง (Secondary prevention) และการป้องกันระยะที่สาม (Tertiary prevention)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในการปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น พยาบาลจะเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุด แต่ก็ยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ ดังนั้น

การพัฒนาคุณภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่มีอยู่อย่างจำกัดนี้ เป็นวิธีการหนึ่งที่จะนำไปสู่การพัฒนา คุณภาพการบริการสุขภาพ ซึ่งสภาการพยาบาลในฐานะองค์กรวิชาชีพ ก็มีความตระหนักในเรื่องดังกล่าว จึงมีความพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพของระบบบริการพยาบาล โดยมีแนวคิดในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถในระดับสูงขึ้น ที่เรียกว่า ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการการพยาบาลของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ต่อไป

1.4.1 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูง

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ นับเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญสู่การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการพยาบาลด้วย เนื่องจากพยาบาลเป็นกำลังสำคัญอาจเรียกได้ว่าเป็นกระดูกสันหลังในระบบ เพราะพยาบาลมีจำนวนถึง 80% เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรทางด้านสุขภาพทั้งหมด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

จากการที่สภาการพยาบาล ได้ทำงานวิจัยร่วมกับสำนักงานปฏิรูประบบสาธารณสุข ได้เสนอการปฏิรูประบบการพยาบาลไว้ 2 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ (Primary care) ซึ่งให้การดูแลสุขภาพที่จำเป็นขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวัน และระดับทุติยภูมิ (Secondary care) กับระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ต้องการบุคลากรสุขภาพเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีเฉพาะทางในการสืบค้น ช่วยเหลือแก้ปัญหา ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ ต้องฟื้นฟูสุขภาพ และหากจะแบ่งระดับการปฏิบัติการพยาบาลก็สามารถแบ่งได้เป็นการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานและการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.4.1.1 การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน (Basic nursing practice)

หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่อาศัยความรู้ จากการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ จากสถาบันที่สภาการพยาบาลรับรองและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาล ซึ่งการปฏิบัติงานในระดับนี้ ไม่ต้องใช้ทักษะ ความรู้ ความสามารถที่ซับซ้อน เป็นการให้การดูแล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัว และชุมชน ในระดับพื้นฐาน ซึ่งผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ก็มีลักษณะเช่นเดียวกันกับพยาบาลสาขาอื่นๆ แต่ต้องได้ปฏิบัติตามหลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชนด้วย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานจะหมายถึง รวมถึง พยาบาลเทคนิคและผู้ช่วยเหลือคนไข้ด้วย เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลนั้นจำเป็นต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว จะ

ร่วมกันปฏิบัติงานอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร นอกจากนี้ ในกรณีที่บ้านโรงพยาบาลไม่มีพยาบาลวิชาชีพขึ้นปฏิบัติงานในบางเวร เช่น เวรบ่าย และเวรดึก เนื่องจากความไม่เพียงพอของบุคลากร พยาบาลเทคนิคจึงต้องทำหน้าที่เป็นพยาบาลหัวหน้าเวรแทน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขอจัดให้พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นส่วนหนึ่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ในการวิจัย

1.4.1.2 การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced nursing practice)

หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องอาศัยความรู้จากการศึกษาที่สูงกว่าระดับปริญญาตรีและต้องมีประสบการณ์ ในการปฏิบัติการพยาบาลในสาขานั้น ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง จนมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลสาขานั้นๆ สามารถผสมผสานทฤษฎี ทักษะ ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว รวมไปถึงความต้องการในระบบบริการสุขภาพ และปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้ โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จะต้องได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล เฉพาะสาขาที่เกี่ยวข้องชาญนั้นๆ(สภาการพยาบาล, 2539 อ้างถึงใน จันทรอัมพร รุณดี, 2544: 43; ANA, 1996)

ทั้งนี้ การขอสอบเพื่อรับวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลเฉพาะทางในประเทศไทย ต้องเป็นไปตามข้อบังคับของสภาการพยาบาล ว่าด้วยการออกวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2541 ที่กำหนดให้ผู้มีสิทธิ์ยื่นคำขอสอบความรู้เพื่อรับวุฒิบัตร จะต้องมีความสัมพันธ์ดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2541)

1.4.1.2.1 เป็นผู้ที่ได้ผ่านการฝึกอบรมตามระบบ หรือการฝึกอบรมแบบแยกส่วน

1.4.1.2.2 เป็นผู้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโททางการพยาบาล หรือสูงกว่าจากสถาบันการศึกษาที่สภาการพยาบาลรับรองในประเทศหรือต่างประเทศ และเป็นผู้มีประสบการณ์ทางคลินิกในสาขาที่กำหนดไว้ในข้อบังคับนี้ เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี

สำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงนั้น นอกจากจะต้องมีความรู้ ความสามารถ ในการปฏิบัติบทบาททางคลินิกด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับพื้นฐานแล้ว จะต้องมีความเชี่ยวชาญในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความซับซ้อนและรุนแรงกว่าด้วย ทั้งนี้ต้องสามารถกระทำการเพื่อช่วยเหลือดูแลบุคคลทุกวัย ครอบครัวและ/หรือกลุ่มบุคคล ทั้งในภาวะปกติและที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช บุคคลปัญญาอ่อน และผู้ใช้สารเสพติดทุกระยะของการเจ็บป่วย โดยประยุกต์ศาสตร์เฉพาะสาขา ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัย เป็นแนวทางในการปฏิบัติการ

พยาบาลแบบองค์รวม การบำบัดทางจิต ตลอดจนการปฏิบัติบทบาทในการบริหารจัดการ การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษา และการวิจัย

จากรายละเอียดข้างต้น จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า การปฏิบัติ การพยาบาลขั้นพื้นฐาน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนั้น จะมีความแตกต่างกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานทั้งในด้านของสมรรถนะ ความรับผิดชอบ และการจัดการศึกษา เนื่องจากต้องสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มีการบูรณาการความรู้ ทฤษฎี และผลการวิจัยต่างๆ ในการทำความเข้าใจและแก้ปัญหาสุขภาพ สามารถปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรวิชาชีพอื่น ในทีมสุขภาพได้เป็นอย่างดี สามารถบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการประสานแหล่งประโยชน์ สามารถวางแผนและดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้ความรู้แก่พยาบาล และผู้ใช้บริการตามปัญหาและความต้องการ เป็นที่ปรึกษาในสาขาการพยาบาลนั้นๆ แก่พยาบาล บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกสาขารวมทั้งแก่ผู้รับบริการ ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งร่วมตัดสินใจทางจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ(ทัศนา บุญทอง,2544; สมจิต หนูเจริญกุล, ทัศนา บุญทอง และ วรณวิไล จันทราภา, 2544)

ในส่วนของปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในต่างประเทศนั้น พบว่าได้มีดำเนินการมานานแล้ว ยกตัวอย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งริเริ่มการสอบวัดความรู้และออกวุฒิบัตรรับรองขึ้น โดยสมาคมพยาบาลวิสัญญีแห่งประเทศไทย (American Association of Nurse Anesthetist - AANA) ในปี ค.ศ.1945 และสมาคมพยาบาลอื่นๆก็ได้จัดสอบในสาขาต่างๆ เรื่อยมา จนกระทั่งปี ค.ศ. 1977 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (ANA) ได้จัดสอบเพื่อรับวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเฉพาะทางคลินิกสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชผู้ใหญ่ครั้งแรก จากนั้นก็ได้มีการขยายสาขาในการสอบต่อมาอีกหลายสาขา สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเศสหรัฐอเมริกา นั้น ได้รับการต้อนรับจากประชาชนผู้รับบริการด้วยดี ทั้งนี้การออกวุฒิบัตรรับรองนับเป็นการเพิ่มความมั่นใจในความรู้และทักษะ การปฏิบัติวิชาชีพในสาขาเฉพาะ และเป็นวิธีการคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพวิธีการหนึ่ง (U.S. Department of human Services, 1996 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, ทัศนา บุญทอง และ วรณวิไล จันทราภา, 2544)

อย่างไรก็ตาม สำหรับในประเทศไทย แม้ว่าปัจจุบันสภาการพยาบาลจะมีข้อบังคับของการออกวุฒิบัตรและมีการออกวุฒิบัตรรุ่นแรกในปีพ.ศ.2546 ซึ่งทำให้หลายฝ่ายให้ความสนใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมากขึ้น แต่ในการปฏิบัติจริงการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการปฏิบัติการขั้นพื้นฐานก็ยังไม่มีการกำหนดโครงสร้างในระบบบริการการพยาบาลที่ชัดเจน และยังพบว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทที่เป็นผู้ปฏิบัติการ

พยาบาลนั้น เมื่อจบการศึกษาก็ต้องกลับไปปฏิบัติงานตามต้นสังกัดเดิม ในหน้าที่เดิม โดยยังไม่มีตำแหน่งทางคลินิกรองรับตามความรู้ ความสามารถ ผู้สำเร็จการศึกษาบางคนต้องย้ายไปทำหน้าที่ด้านการเรียนการสอน หรือฝ่ายพัฒนาวิชาการของโรงพยาบาล (ทัศนา บุญทอง และคณะ, 2544: 1-3) ซึ่งนับว่ายังไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง ตามที่ได้ศึกษามาซึ่งต่างกับในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในประเทศสหรัฐอเมริกา นั้นได้รับการต้อนรับจากหน่วยงานและบุคลากรสุขภาพ รวมทั้ง ประชาชนผู้รับบริการด้วยดี

การขาดความชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงนี้ ได้เกิดขึ้นกับการพยาบาลทุกสาขาในประเทศไทย รวมถึงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชด้วย และแม้ว่าในปัจจุบัน กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชปฏิบัติอยู่นั้นจะมีอยู่มากมายหลายชนิด และแต่ละชนิดย่อมต้องการผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญ ในระดับที่แตกต่างกันออกไป หลายชนิดต้องการผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง แต่ก็ยังไม่ได้มีการจำแนกอย่างชัดเจนว่ากิจกรรมใดเป็น กิจกรรมขั้นพื้นฐาน กิจกรรมใดเป็นกิจกรรมขั้นสูง และพยาบาลระดับใดควรเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพของการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้ ดังนั้นการพัฒนาความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่เพียงพอ สำหรับการจัดระบบการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง จึงเป็นสิ่งจำเป็นยิ่ง

2. การจัดการทรัพยากรบุคลากรทางการพยาบาล

งานการพยาบาล เป็นงานบริการที่มีความสำคัญยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง การปฏิบัติงานของพยาบาลจึงเป็นองค์ประกอบหลักของบริการสุขภาพที่ผู้รับจะได้รับ หากการปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นไปอย่างไม่มีคุณภาพ อาจส่งผลต่อภาพรวมบริการสุขภาพ ของหน่วยงานนั้น ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาล จึงต้องจัดการเกี่ยวกับบุคลากรทางการพยาบาลให้เป็นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งสภาการพยาบาลได้สรุปสาระสำคัญในการจัดการทรัพยากรมนุษย์ของฝ่ายการพยาบาลไว้ดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2543)

2.1 การจัดระบบงาน

2.1.1 การจัดอัตรากำลังเหมาะสมกับความต้องการในการให้บริการพยาบาลของแต่ละหน่วยงาน

2.1.2 มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาลในการให้บริการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง

2.1.3 มีระบบการจัดอัตราค่าจ้างทดแทนเมื่อมีความจำเป็นตามสถานการณ์ที่เหมาะสม

2.1.4 การมอบหมายงานให้แก่บุคลากรที่มีความรู้ และทักษะต่ำกว่าระดับวิชาชีพ ต้องไม่ใช้งานในวิชาชีพและต้องมีระบบการจัดการ เตรียมการ การควบคุม กำกับ และการประเมินผลการปฏิบัติงาน ที่สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ใช้บริการว่า จะได้รับบริการที่มีคุณภาพ

2.1.5 มีกลไกส่งเสริมให้บุคลากรมีการประกอบวิชาชีพที่ได้มาตรฐาน และดำรงไว้ซึ่งจริยธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

2.1.6 มีการใช้ผลการประเมินพิจารณาความก้าวหน้าของบุคลากร

2.2 การศึกษา ฝึกอบรม และพัฒนาบุคลากร

2.2.1 ประเมินความต้องการที่จำเป็น (Need assessment) ในการพัฒนาบริการพยาบาลและศักยภาพของบุคลากร

2.2.2 แผนพัฒนาบุคลากรตอบสนองความต้องการที่จำเป็น

2.2.3 มีการเตรียมความพร้อมบุคลากรก่อนประจำการและการเตรียมความพร้อมบุคลากร เข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น

2.2.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะของบุคลากรระหว่างประจำการอย่างต่อเนื่อง

2.2.5 มีการประเมินผลและกระบวนการพัฒนาบุคลากร รวมทั้งผลกระทบต่อการให้บริการพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

เมื่อระบบบริการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการบริการสุขภาพโดยรวม จึงเป็นระบบที่มีความสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการปฏิรูปโดยการจัดการทรัพยากรบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้งนี้กำลังคนด้านการพยาบาล นับว่ามีความสำคัญ เนื่องจากเป็นบุคลากรกลุ่มหลักที่ปฏิบัติหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ จึงอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการได้ ดังนั้น การจัดอัตราค่าจ้างบุคลากรทางการพยาบาลที่เหมาะสม ต่อความต้องการการพยาบาลของผู้ที่มารับบริการจึงเป็นสิ่งที่จะต้องพิจารณาต้องปฏิบัติ

อย่างไรก็ตาม ในระยะที่องค์การยังมีภาวะขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาลอยู่ การจัดการทรัพยากรบุคลากรทางการพยาบาลที่มีอยู่ อาจต้องอาศัยการส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวชทุกระดับมีการพัฒนาตนเอง เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดคุณภาพการบริการการ

นอกจากนี้ การมอบหมายงานที่เหมาะสมก็จะช่วยให้การบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อการมอบหมายงานเป็นการกระจายงานทั้งหมดของหอผู้ป่วยไปยังบุคลากรพยาบาล โดยกำหนดภาระงานของบุคลากรพยาบาลแต่ละคนไว้อย่างชัดเจน (Stevens, 1980 อ้างถึงใน สายชล กองอ่อน, 2537)

ในยุคของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และระบบบริการพยาบาล ที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเกิดขึ้นนี้ จึงควรจะได้มีการจัดระบบงาน และการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละระดับด้วย

3. การปฏิบัติการพยาบาล และ กิจกรรมการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติของพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายในการปฏิบัติที่ชัดเจน ในการปฏิบัติจะประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลชนิดต่างๆ ทั้งที่เป็นกิจกรรมซึ่งปฏิบัติต่อตัวผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยเอง รวมทั้งครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรมการพยาบาล หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลกระทำขึ้นเพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ซึ่งมีความแตกต่างกันออกไปตามชนิดของการเจ็บป่วยและประเภทของผู้ป่วย ทั้งยังเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพยาบาลในการให้การดูแลสุขภาพของบุคคลซึ่งหมายถึงการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนและตั้งเป้าหมายการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล (Shortridge & Lee, 1980) โดยบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย ตามความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้ในการศึกษากิจกรรมการพยาบาลต้องมีการปฏิบัติ ดังนี้

3.1 การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล

ในการศึกษากิจกรรมการพยาบาลนั้น สามารถแบ่งกิจกรรมการพยาบาลได้หลายรูปแบบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา และความเหมาะสมกับลักษณะงานที่ปฏิบัติ หรือ กิจกรรมในหน่วยงานที่ทำการศึกษา (สุวรรณณี สุคนธ์สรรพ, 2541)

Conner (1961) ได้แบ่งกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 2 หมวด คือ

หมวดที่ 1 กิจกรรมที่มีผลงาน (Productive activities) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 หมวดย่อย คือ

หมวดที่ 1.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง (Direct patient care) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย

หมวดที่ 1.2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม (Indirect patient care) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่ไม่ได้กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย แต่เป็นการเตรียม เพื่อให้การพยาบาลโดยตรงมีความสมบูรณ์ขึ้น

หมวดที่ 1.3 กิจกรรมที่เกี่ยวกับการเขียนหรือบันทึกต่างๆ (Paper work)

หมวดที่ 1.4 กิจกรรมการเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร (Communication) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามหน้าที่

หมวดที่ 1.5 กิจกรรมอื่นๆ เช่น การติดตามผู้ป่วยออกนอกสถานที่ การทำความสะอาดเครื่องใช้

หมวดที่2 กิจกรรมที่ไม่มีผลงาน (Non-productive activities หรือ Personal time) หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรพยาบาลปฏิบัติเพื่อประโยชน์ส่วนตัว โดยไม่เกี่ยวข้องกับงานในหน้าที่ เช่น การพักผ่อนรับประทานอาหาร การพูดโทรศัพท์ส่วนตัว เป็นต้น

Scheruble & Minnick (1994) ได้แบ่งกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 6 ประเภท คือ ประเภทที่1กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง(Direct care category)หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติในห้องผู้ป่วยและกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดที่ปฏิบัติโดยตรงต่อผู้ป่วย

ประเภทที่2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม (Indirect care category) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติโดยตรงต่อผู้ป่วย แต่เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เช่น การเตรียมยา การเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ในการทำหัตถการต่างๆ และการบันทึกรายงานทางการพยาบาล เป็นต้น

ประเภทที่3กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารหอผู้ป่วย(Unit care activities)หมายถึงกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการจัดการบริหารภายในหอผู้ป่วย การประสานงานทั่วไป การดูแลเกี่ยวกับอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ

ประเภทที่4 กิจกรรมด้านวิชาการ(The category personal education) หมายถึง กิจกรรม ที่กระทำเพื่อพัฒนาความรู้ เพิ่มพูนทักษะทางการพยาบาล เช่น การประชุมพิเศษพยาบาลใหม่ การสาธิตการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ เป็นต้น

ประเภทที่5 กิจกรรมการรอคอย (Standby time category) หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลต้องรอคอย ในช่วงเวลาที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วย เช่น การรอคอยเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่จะนำมาให้ผู้ป่วย การรอคอยบุคลากรการพยาบาลอื่นๆ ที่จำเป็นต้องเข้ามาช่วยเหลือในการให้การพยาบาลนั้นๆ

กระทรวงสาธารณสุข (อ้างถึงใน พเยาว์ เกิดสุขทิพย์, 2532) ได้แบ่งกิจกรรมตามขอบเขตหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพออกเป็น 2 หมวด คือ

หมวดที่1 กิจกรรมที่แบ่งตามขอบเขตหน้าที่โดยอิสระ (Independent nursing) คือ กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้ความรู้ ความสามารถของวิชาชีพได้โดยอิสระในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ดังนี้

หมวดที่ 1.1 ให้การพยาบาล ตลอดจนตรวจตราดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบ โดยนำความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ และสังคมศาสตร์มาประยุกต์ใช้

หมวดที่ 1.2 สังเกตอาการและปฏิกิริยาต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วย

หมวดที่ 1.3 บันทึกรายงาน รวมทั้งตัดสินใจในการประเมินผลการพยาบาล

หมวดที่ 1.4 ให้การนิเทศแก่ผู้ร่วมงานด้านการพยาบาล ยกเว้นแพทย์

หมวดที่ 1.5 บริหาร ตลอดจนนำวิธีการและระเบียบการพยาบาลมาใช้ อย่างเหมาะสม

หมวดที่ 2 กิจกรรมที่แบ่งตามขอบเขตหน้าที่ที่ไม่อิสระ (Dependent nursing) คือ กิจกรรมที่พยาบาลต้องให้ความร่วมมือกับวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การให้ยา การรักษาบางอย่างตามแผนการรักษา ซึ่งพยาบาลวิชาชีพ จะต้องมีความเข้าใจและทราบถึงจุดประสงค์ ตลอดจนผลของการกระทำ

ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และชื่นชม เจริญยุทธ (2531) ได้ศึกษา การประมาณความต้องการการบริการของผู้ป่วยโดยวิธีสุ่มตัวอย่าง:กรณีศึกษาในแผนกการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช ได้ แบ่งกิจกรรมพยาบาลออกเป็น 2 หมวด คือ

หมวดที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลกระทำให้กับผู้ป่วยโดยตรง เช่น การฉีดยา เจาะเลือด เช็ดตัว และป้อนอาหาร เป็นต้น

หมวดที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลผู้ป่วย เช่น การเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ในการรักษาพยาบาล และการบันทึกการพยาบาลต่างๆ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปแล้ว กิจกรรมการพยาบาล หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลกระทำขึ้นเพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ซึ่งมีความแตกต่างกันออกไปตามชนิดของการเจ็บป่วย และประเภทของผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมอาจจำแนกหรือจัดแบ่งได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษาและความเหมาะสมกับลักษณะงานหรือกิจกรรมในหน่วยงานนั้นๆ กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชก็เช่นกัน อาจจำแนกได้หลายรูปแบบ แต่สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการที่จะวิเคราะห์ถึงกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช เป็นหลัก ดังนั้น จึงจัดแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 หมวดใหญ่ๆ คือกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่เกี่ยวข้องกับการกระทำให้กับผู้ป่วยโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมการพยาบาล หรือบันทึกสิ่งที่ได้กระทำให้แก่ผู้ป่วย

4. กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Mental health and psychiatric nursing) เป็นงานหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ใช้บริการ

ซึ่งอาจจะเป็นบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย มีความประสงค์เพื่อบรรเทาปัญหา และลดอัตราการเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ในระดับที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข สามารถอำนวยความสะดวกให้แก่ตนเองและสังคมได้อย่างดีที่สุดในชีวิต มีความเชื่อหลากหลายในการพิจารณามนุษย์ ทั้งยังมีการใช้ความคิด (Concept) แบบจำลอง (Model) และทฤษฎี (Theory) ที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ และพฤติกรรมของมนุษย์ได้อย่างผสมผสาน (บุญวดี เพชรรัตน์, 2539; อุบล นิวัติชัย, 2533 อ้างถึงใน จันทรอัมพร รุณดี 2545: 29; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542:1-14)

4.1 ลักษณะของกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชได้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีลักษณะที่แตกต่างออกไปจากกิจกรรมพยาบาลโดยทั่วไป วิชาวิเฝ้ากันทรากกร (2536: 24-31) กล่าวถึงกล่าวลักษณะของกิจกรรมไว้ดังนี้

4.1.1 กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ปฏิบัติกันในโรงพยาบาลจิตเวชในปัจจุบันสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ

4.1.1.1 กิจกรรมการพยาบาลทั่วไปเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีขั้นตอน กฎเกณฑ์ เทคนิคที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และลักษณะของงานไม่จำเป็นต้องมีการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล นอกจากนี้ ยังเป็นงานประจำซึ่งต้องทำไปตามเวลาที่กำหนดหรือกระทำเมื่อสะดวก โดยกิจกรรมการพยาบาลทั่วไปนี้ เป็นกิจกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ ว่ามีการใช้แรงงาน ทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อย และยุ่งยาก เช่น กิจกรรมการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดและให้ยา การใช้เครื่องมือผูกมัด การเตรียมการและการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น

4.1.1.2 กิจกรรมการพยาบาลทางด้านจิตใจ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน มองเห็นผลงานยาก อาจมีการใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์เข้าช่วยเหลือเล็กน้อย กิจกรรมมีลักษณะเน้นเกี่ยวกับจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะพยายามหาทางช่วยเหลือในการแก้ไข ปรับปรุงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่สภาพปกติ ตลอดจนหาทางให้ผู้ป่วยมองเห็น และยอมรับความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งสามารถเกิดความเข้าใจ และหาทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การให้คำปรึกษา แนะนำ สอน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกิจกรรมบำบัดต่างๆ เป็นต้น

4.1.2 กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่แบ่งออกเป็นกลุ่มๆ ตามลักษณะกิจกรรม 4 ลักษณะ ดังนี้

4.1.2.1 การบำบัดทางจิต(Psychotherapeutic interventions) เป็นกิจกรรมหลักที่พยาบาลจิตเวชควรปฏิบัติ ซึ่งต้องมีการใช้การสร้างความสัมพันธ์ภาพ เพื่อการรักษาระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย(The Therapeutic nurse-patient relationship) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เคยบกพร่องไป เริ่มจากการมีความไว้วางใจ การยอมรับซึ่งกันและกัน โดยเริ่มจากพยาบาลกับผู้ป่วยก่อน พยาบาลจิตเวชจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ด้านสัมพันธ์ภาพที่ถูกต้อง

4.1.2.2 การช่วยเหลือด้วยกลุ่ม(Group interventions)มาจากแนวคิดเรื่องธรรมชาติของมนุษย์ที่ต้องการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน ดังนั้น การช่วยเหลือด้วยกลุ่ม จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้ดีขึ้น ซึ่งในการช่วยเหลือด้วยกลุ่มนี้ พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้นำ อำนวยความสะดวกให้กลุ่มดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ทั้งนี้ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน(Meeting basic needs) เพื่อป้องกัน (Prevention)การเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ต่างๆ แล้วมุ่งที่จะให้เกิดการพัฒนา (Development) เปลี่ยนแปลงส่วนต่างๆ ให้ดีขึ้น รวมทั้งการช่วยเหลือผู้ป่วยบางคนที่อาการคงตัวแล้ว ไม่ให้มีความทรุดโทรมลงไปกว่าที่เป็นอยู่(Maintenance)

ในเรื่องของการช่วยเหลือด้วยกลุ่มนี้ ยังไม่มีเกณฑ์กำหนดตายตัวว่าควรช่วยเหลือผู้ป่วยเช่นไร แต่อาจพิจารณาจากความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลไป ซึ่งปัจจุบันนี้ การช่วยเหลือด้วยกลุ่มที่กระทำอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวช อาจแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

4.1.2.2.1 การช่วยเหลือด้วยกลุ่ม โดยใช้แนวทางของหลักจิตบำบัด เช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มภาพสะท้อน กลุ่มแก้ปัญหา กลุ่มละครจิตบำบัด เป็นต้น

4.1.2.2.2 การช่วยเหลือด้วยกลุ่มที่เน้นการจัดสภาพแวดล้อม หรือจัดรูปแบบกลุ่มเลียนแบบการดำเนินชีวิตจริงในสังคม เช่น กลุ่มประชุมปรึกษา กลุ่มอ่านหนังสือ กลุ่มนันทนาการ กลุ่มกีฬา กลุ่มอาชีพบำบัด เป็นต้น

การช่วยเหลือด้วยกลุ่มจะเป็นตัวบ่งชี้สำคัญ ที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถจัดระดับความสามารถทางอารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของอาการ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม ต่อไป

4.1.2.3 การบำบัดทางชีวภาพ (Somatic interventions) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษาของแพทย์ที่จะช่วยบรรเทา หรือยับยั้งอาการป่วย โดยการจัดกระทำทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ดูแล สังเกต ตรวจวัด และบันทึกสิ่งที่พบ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องและปลอดภัยมากที่สุด ประกอบด้วย

4.1.2.3.1 การจำกัดพฤติกรรม(Limit setting) เช่น การผูกมัด (Restraint) การใช้ห้องแยก(Seclusion) ใช้ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองให้อยู่ในอาการสงบได้ พยาบาลต้องทำการสอน แนะนำ และให้เหตุผลในการจำกัดพฤติกรรม

4.1.2.3.2 การดูแลเกี่ยวกับการได้รับยา(Administration of medication) เพื่อให้อาการของผู้ป่วยสงบได้นั้น อาจต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลายาวนาน พยาบาลจึงต้องดูแลช่วยเหลือให้ผู้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

4.1.2.3.3 การปฏิบัติการรักษาพยาบาลอื่นๆ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการรักษา การตรวจวินิจฉัย การวินิจฉัยแยกโรค หรือการประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช เช่น การตรวจสัญญาณชีพ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การดูแลบาดแผล การเจาะเลือด การให้สารน้ำ และเลือด การเก็บสิ่งส่งตรวจ การเช็ดตัวลดไข้ การช่วยแพทย์ทำหัตถการ การช่วยแพทย์รักษาผู้ป่วยด้วยกระแสไฟฟ้า เป็นต้น

4.1.2.4 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(Daily activity care) เป็นสิ่งนำไปวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้เป็นอย่างดี พยาบาลสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยแต่ละรายว่าอยู่ในระดับใด จากสิ่งที่พยาบาลกระทำให้ได้ ซึ่งพยาบาลต้องดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งในส่วนของดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ดูแลการทำกิจกรรมอื่นและการนอน รวมทั้งดูแลการขับถ่ายด้วย

กล่าวโดยสรุปแล้ว กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น ส่วนหนึ่งมีทั้งลักษณะที่คล้ายคลึงกับกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยทั่วไป แต่จะแตกต่างกันในเรื่องของกิจกรรมเพื่อการบำบัด ดูแล ฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ ในลักษณะต่างๆ เพิ่มเข้ามาเพื่อการดูแลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโดยเฉพาะ ไม่ว่าจะเป็นการจัดสิ่งแวดล้อม กิจกรรมบำบัดทางจิต การดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าการช่วยเหลือด้วยกลุ่มชนิดต่างๆ ซึ่งพยาบาลต้องใช้ความรู้ทักษะ รวมทั้งประสบการณ์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนที่แตกต่างกันออกไป สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการที่จะวิเคราะห์ถึงกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชเป็นหลัก ดังนั้น จึงจัดแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 หมวดใหญ่ๆ คือกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่เกี่ยวข้องกับการกระทำให้กับผู้ป่วยโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมการพยาบาล หรือบันทึกสิ่งที่ได้กระทำให้แก่ผู้ป่วย (ดังแสดงไว้ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือวิจัยและในภาคผนวก)

4.2 ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช

ความต้องการ (Needs) เป็นสภาพการณ์อย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในตัวของคน เพื่อการคงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิต ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ในขอบเขตที่จำกัดโดยเมื่อเกิด

ความต้องการขึ้นแล้ว บุคคลก็จะกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อสนองความต้องการของตน ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ (Kron, 1971 อ้างถึงใน มณฑา จงกล่อม, 2537; Taylor, Lillis & LeMore, 1993)

มนุษย์มีความต้องการในด้านการพัฒนาตลอดชีวิต โดยความต้องการนั้นจะมีพลังผลักดันให้มนุษย์มีพฤติกรรมบางประการ เพื่อให้ได้มาซึ่งการตอบสนองของความต้องการนั้นๆ พลังผลักดันดังกล่าวในมนุษย์แต่ละคนจะเริ่มด้วยความต้องการในขั้นต้นก่อนแล้วจึงค่อยๆ พัฒนาสูงขึ้นไปตามลำดับ การพัฒนาความต้องการในแต่ละขั้นจะมีความสมบูรณ์ได้ เมื่อความต้องการในขั้นที่ต่ำกว่าได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอแล้ว ซึ่ง Maslow (อ้างถึงใน Cravey & Himie, 1996) ได้แบ่งความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ออกเป็น 5 ระดับ ตามลำดับความต้องการพื้นฐาน ดังนี้

ระดับที่ 1 ความต้องการด้านร่างกาย(Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อการมีชีวิตอยู่ และเพื่อรักษาไว้ซึ่งคุณภาพของสรีรวิทยา ซึ่งได้แก่ ความต้องการอาหารและน้ำ อากาศ ความต้องการการพักผ่อนและนอนหลับ ความต้องการการขับถ่ายของเสีย ความต้องการการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย รวมทั้งความต้องการทางเพศ

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

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

ระดับที่ 4 ความต้องการได้รับเกียรติยศ ชื่อเสียง(Self-esteem needs) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง แล้วทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เนื่องจากการกระทำนั้นๆได้รับการยอมรับจากผู้อื่นในสังคม

ระดับที่ 5 ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง(Needs for self actualization) เป็นการพัฒนาความต้องการของตนเองจนถึงขั้นสมบูรณ์และถึงจุดสูงสุดของความต้องการในมนุษย์ ซึ่งบุคคลพวกนี้จะประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง สามารถดำรงชีวิตได้โดยการยึดหลักความดี แสวงหา และกระทำในสิ่งที่ดี โดยไม่คำนึงถึงผลตอบแทน

จินตนา ยูนิพันธุ์(2542, 1: 13) กล่าวว่า สิ่งที่แน่ชัดคือ มนุษย์มีความต้องการเพื่อการดำรงอยู่อย่างสร้างสรรค์ แต่ความต้องการของบุคคลอาจไม่เป็นไปตามลำดับขั้นดังกล่าวข้างต้น ความต้องการของมนุษย์เกิดขึ้นและเป็นไปอย่างผสมผสาน กล่าวคือ อาจเกิดสิ่งใดสิ่งหนึ่งก่อน หรือเกิดพร้อมๆ กันก็ได้ โดยเสนอว่าความต้องการของมนุษย์โดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

ประเภทที่1 ความต้องการเพื่อการอยู่รอด(Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น อาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรม และการพักผ่อน ฯลฯ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เพิ่มขึ้น หรือลดลงได้ตลอดเวลา

ประเภทที่2 ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่(Role function needs) เป็นความต้องการเพื่อความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ เนื่องจากบุคคลแต่ละคนต้องสวมบทบาทหลายบทบาทหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ทั้งบทบาทปฐมภูมิ(Primary roles)ที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ไม่มีการเปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแปลงยากมาก บทบาททุติยภูมิ(Secundary roles)ที่บุคคลได้มาตามระยะพัฒนาการซึ่งบุคคลเลือกได้ และบทบาทตติยภูมิ(Tertiary roles)ที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่เพียงชั่วคราวเท่านั้น

ประเภทที่3 ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ(Psychololical and spiritual needs) เป็นความต้องการให้มีความกลมกลืนของกระบวนการด้านความคิด ความเชื่อและศรัทธา อารมณ์และการแสดงออก โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

ประเภทที่4 ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล(Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่รวมกลุ่มกับบุคคลที่เป็นที่รัก และบุคคลอื่นๆ เป็นกลุ่ม ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติทางสังคมของมนุษย์

ความต้องการของบุคคลทั้ง 4 ประเภทดังกล่าวมีความเกี่ยวข้อง สัมพันธ์กัน บุคคลจะมีความต้องการทุกๆ ด้านพร้อมกัน ไม่สามารถจะกล่าวได้ว่าบุคคลมีความต้องการประเภทใดก่อนหรือหลัง การตอบสนองความต้องการก็เช่นเดียวกันไม่มีแบบแผนแน่นอนว่าต้องตอบสนองด้านใดก่อนหรือหลัง นอกจากนี้ การกระทำที่มุ่งตอบสนองความต้องการด้านหนึ่ง เมื่อบุคคลกระทำและตอบสนองความต้องการด้านนั้นแล้ว ในเวลาเดียวกัน และ/ หรือในกิจกรรมเดียวกันก็สามารถตอบสนองความต้องการด้านอื่นร่วมไปด้วยเสมอ

มนุษย์มีความต้องการอยู่เสมอ ไม่สิ้นสุด แต่วิธีการตอบสนองความต้องการให้สมบูรณ์นั้นอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และโอกาส ซึ่งถ้าหากความต้องการดังกล่าว ไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจ จนไม่สามารถปรับตัวให้ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข และทำให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้

ความต้องการของผู้ป่วย(Patients needs)ก็เหมือนกับบุคคลทั่วไป เพียงแต่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่โชคร้ายกว่าเนื่องจากไม่สามารถบรรลุความต้องการของตนเองได้ จนทำให้เกิดความคับข้องใจ หรือเกิดความรู้สึกขาด ซึ่งในผู้ป่วยจิตเวชจะเป็นความรู้สึกของการขาดทั้งความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ในปริมาณที่รุนแรงกว่าผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ที่ขาดการรับรู้ที่ถูกต้อง มีความบอบช้ำของจิตใจ และไม่แสดงออกอย่างชัดเจนถึงความต้องการของตน ทั้งนี้ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความต้องการการพยาบาลที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ความต้องการระดับง่ายและมีปริมาณน้อย จนถึงความต้องการการพยาบาลระดับยากและมีปริมาณสูง(วิภาวี เผ่ากันทรารกร, 2536: 19-23; Kron, 1971 อ้างถึงใน มณฑา จงกล่อม, 2537: 12)

Manfreda (1968, อ้างถึงใน วิภาวี เผ่ากันทรกร, 2536: 19-23) ได้แบ่งความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชออกเป็น 3 ด้าน คือ

ความต้องการด้านร่างกาย ประกอบไปด้วย สุขวิทยาส่วนบุคคล(Hygiene) และอาหาร (Nutrition) ความต้องการด้านร่างกายเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่มนุษย์แต่ละคนพึงมี แต่ใน ผู้ป่วยจิตเวชนั้น ความต้องการด้านนี้อาจถูกละเลยไป เนื่องด้วยความผิดปกติของการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม จึงจำเป็นที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญในเรื่องนี้เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการและมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดีเหมือนเช่นบุคคลทั่วไป

ความต้องการด้านจิตใจ ประกอบด้วยความต้องการได้รับการยอมรับ(Needs for Acceptance) ความต้องการปรารถนาความนับถือหรือเชื่อถือในตนเอง(Needs for Self-Esteem) ความต้องการการยอมรับและเอาใจใส่(Needs for Attention and Recognition) ความต้องการความรัก(Needs for Love) ความต้องการความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย(Needs for Feelings of Security) และความต้องการความเข้าใจ(Needs for Understanding) ซึ่งความต้องการด้านจิตใจนี้ส่วนมากเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานทางอารมณ์ที่มนุษย์พึงได้จากบุคคลรอบข้าง นอกจากนี้ ยังรวมถึงความต้องการสื่อสารในลักษณะต่างๆ เพราะนั่นเป็นการแสดงถึงการยอมรับในตัวผู้ป่วย

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นความต้องการที่จะช่วยให้บุคคลมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต หากความต้องการนี้ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม จะทำให้บุคคลนั้นๆ มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งในผู้ป่วยจิตเวชเอง จะมีความขัดแย้งอยู่ในจิตใจตลอดเวลา เนื่องจากไม่สามารถบรรลุถึงความต้องการด้านนี้ได้

จากแนวคิดดังกล่าว จะเห็นได้ว่าความต้องการของผู้ป่วยรวมทั้งผู้ป่วยจิตเวช เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดกิจกรรมการพยาบาลได้ ซึ่งประพิน วัฒนกิจ(2536 อ้างถึงใน ประพิน วัฒนกิจ, 2537:11) ได้กล่าวถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ป่วยไว้ว่า กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ(The nursing care needs of patients) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลมุ่งกระทำให้ผู้ป่วยตามความต้องการการพยาบาล ซึ่งขึ้นอยู่กับปัญหาและภาวะความเจ็บป่วยเป็นรายบุคคลอย่างสมบูรณ์ในลักษณะองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ทั้งในลักษณะที่คาดว่าผู้ป่วยจะร้องขอและสิ่งที่ให้แก่ผู้ป่วย หรือพยาบาลพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยควรจะได้รับ ไม่ว่าจะต้องการหรือไม่ก็ตามและอาจรวมถึงความต้องการที่คาดว่าจะ เป็นประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ความต้องการการพยาบาลจะต้องคำนวณหรือกำหนดเวลาของแต่ละ กิจกรรมการพยาบาลให้แน่นอน ชัดเจน เพื่อให้ได้ตัวเลข หรือเวลาจำนวน กิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการและพึงจะได้รับ ด้วยเหตุนี้ กิจกรรมการพยาบาลควรเป็นไปตามระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย เพื่อเป็นมาตรการชี้บ่ง

ความต้องการการพยาบาล ดังนั้น จึงจำเป็นต้องจัดแบ่งประเภทผู้ป่วยเพื่อทำความเข้าใจในการกำหนดมาตรการดังกล่าว

ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช (Nursing needs of psychiatric patients) ก็มีความหมายเช่นเดียวกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยทั่วไป แต่ผู้ป่วยจิตเวชอาจมีความต้องการการพยาบาลในด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยอื่นๆ ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลมุ่งกระทำทำให้ผู้ป่วยจิตเวชตามความต้องการการพยาบาล จะต้องครอบคลุมถึงปัญหาและภาวะความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจด้วย ซึ่งหากกล่าวโดยสรุปแล้ว ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช จึงหมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งจัดให้ผู้ป่วยจิตเวชคนหนึ่ง ตามลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายและตามขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพในระยะเวลาตลอด 24 ชั่วโมง โดยกิจกรรมการพยาบาลจะเกิดขึ้นได้ทั้งในลักษณะที่ผู้ป่วยร้องขอและสิ่งที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ รวมถึงความต้องการของญาติ หรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีความสำคัญ และเป็นประโยชน์ที่จะส่งเสริมให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตได้เต็มศักยภาพของตน

4.3 วิธีการตัดสินความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช

การตัดสินความต้องการทางการพยาบาล หรือ การหาปริมาณความต้องการการพยาบาล (Quantifying patient nursing needs) นั้น เป็นการศึกษาริมาณเวลาที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากบุคลากรพยาบาล ซึ่งมักจะมีการศึกษาผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลแยกออกเป็นกลุ่มๆ โดยมีการจำแนกประเภทผู้ป่วยก่อน แล้วจึงศึกษาริมาณความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท สำหรับการตัดสินความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชนั้น สามารถกระทำได้โดยใช้หลักการเกี่ยวกับการตัดสินความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยโดยทั่วไป โดยจะกล่าว พร้อมยกตัวอย่างประกอบ ดังนี้

4.3.1 การจำแนกประเภทผู้ป่วย

การจำแนกประเภทผู้ป่วย (Patient classification) หมายถึง การให้ค่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในรูปของปริมาณความต้องการการดูแล และบริการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย ตามลักษณะการเจ็บป่วย รวมทั้งการจัดผู้ป่วยให้เป็นระดับขั้นและกลุ่มต่างๆ เพื่อความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522 อ้างถึงใน ประพิน วัฒนกิจ, 2537; Johnson, 1984; Mc Hugh & Dwyer, 1992) ทั้งนี้ การจำแนกประเภทผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อการจัดสรรบุคลากรพยาบาลให้เหมาะสมกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันออกไป ทั้งยังใช้ในการติดตามและควบคุม

ระบบการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับต้นทุนที่สูญเสียไป รวมทั้งเพื่อเป็นการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล โดยดูจากเวลามาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ในกิจกรรมการพยาบาลแต่ละชนิด

ในการจำแนกประเภทผู้ป่วยนั้น ได้มีการแบ่งประเภทระบบการจำแนกเป็นแบบต่างๆ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันออกไปตามหลักการจำแนกและตัวบ่งชี้สำคัญของความต้องการการพยาบาล (Critical indicator of care) ดังนี้

4.3.1.1 การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความเหมาะสม (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2529 อ้างถึงใน วิภาวี เผ่ากันทรารกร, 2536; ประพิน วัฒนิกิจ, 2537) ซึ่งประกอบด้วย

4.3.1.1.1 การประเมินตามแบบอย่าง(Prototype evaluation method) เป็นการจำแนกผู้ป่วยตามสถานการณ์ที่พึ่งพา(Dependent) หรือ ตามลักษณะคำบรรยายของความต้องการการพยาบาล ซึ่งจะใช้เป็นตัวบ่งชี้สำคัญสำหรับการพยาบาลที่จะให้แก่ผู้ป่วย ยกตัวอย่างการแบ่งในลักษณะนี้ เช่น

Wastler (1974: 8-17อ้างถึงใน ประพิน วัฒนิกิจ, 2537: 41)ได้แบ่งผู้ป่วยแผนกจิตเวช ออกเป็น 5 ประเภท ตามระดับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่แตกต่างกันออกไปจากระดับความต้องการการดูแลน้อยไปมาก คือ

ผู้ป่วยประเภทที่1ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้(Self care) เป็นผู้ป่วยที่พร้อมจะถูกจำหน่ายออกนอกโรงพยาบาล ไม่ต้องการการดูแลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยประเภทที่2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระดับต่ำ(Minimal care) เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการสังเกตและการรักษาพยาบาลเพียงเล็กน้อย รอคอยการจำหน่ายหรือย้ายออก

ผู้ป่วยประเภทที่3 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระดับปานกลาง (Intermediate care) เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติชนิดปานกลาง ต้องการการควบคุมกิจกรรมบ้าง ต้องการการสังเกตและให้การรักษาเป็นระยะๆ

ผู้ป่วยประเภทที่4 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่ำกว่าขั้นวิกฤต (Modity intensive care) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำ ต้องการการสังเกตและให้การักษาบ่อยๆ เป็นผู้ป่วยที่เสียบขีมิ้ม ต้องการการกระตุ้นและต้องการ การดูแลเป็นพิเศษ

ผู้ป่วยประเภทที่5 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในขั้นวิกฤต(Intensive care) เป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เป็นผู้ป่วยรับใหม่ภายใน 24 ชั่วโมงแรก

กรมสุขภาพจิต และสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย (ม.ป.ป.) จำแนกประเภทผู้ป่วยทางจิตและปัญญาอ่อนโดยให้ค่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในรูปปริมาณ ตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งแบ่งผู้ป่วยออกเป็นประเภทต่างๆ 5 ประเภท คือ

ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรับรู้เวลา

สถานที่และบุคคล ไม่แน่นอน เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ/ หรือ ทำลายทรัพย์สิน ในเรื่องการดูแลตนเองนั้น ผู้ป่วยต้องการการทำให้ หรือทำได้เองบางส่วน ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกัน การพูดคุยทักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากร และการมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด มีภาวะเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต และมีพยาธิสภาพเกี่ยวกับ Vital organ

ผู้ป่วยประเภทวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล ไม่ถูกต้อง เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ/ หรือ ทำลายทรัพย์สิน ในเรื่องการดูแลตนเองนั้น ผู้ป่วยต้องการการทำให้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกัน การพูดคุยทักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากร และการมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด มีภาวะเสี่ยงต่อชีวิต และมีพยาธิสภาพเกี่ยวกับ Vital organ, Vital signs

ผู้ป่วยประเภทแรกรับ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่สับสนในการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล มีแนวโน้มเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ/ หรือ ทำลายทรัพย์สิน ดูแลตนเองได้โดยมีการช่วยทำให้ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกัน การพูดคุยทักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากร ได้เป็นครั้งคราว มีความไว้วางใจพยาบาล ฟัง โต้ตอบ คิด แสดงความคิด และบอกความรู้สึกของตนเองไม่ได้ อาจมีภาวะเสี่ยงต่อชีวิต

ผู้ป่วยประเภทเร่งรัดบำบัด หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัว เป็นอันตรายต่อความเป็นตนเองในส่วนคุณค่า และการทำหน้าที่ ดูแลตนเองได้โดยมีการประคับประคอง สนับสนุนอย่างใกล้ชิด(บอกซ้ำ) สามารถปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกันได้โดยไม่ต้องรับผิดชอบ พูดคุยทักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากรได้ แต่ไม่มีการริเริ่ม มีความไว้วางใจพยาบาล ฟัง โต้ตอบ คิด แสดงความคิด และบอกความรู้สึกของตนเองได้เป็นครั้งคราว มีพยาธิสภาพทางกายไม่รุนแรง

ผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาว หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัวและไกลตัว ในเรื่องการควบคุมตนเอง แม้จะไม่เป็นอันตรายแต่ก็ไม่เป็นประโยชน์(สร้างสรรค์)ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม ดูแลตนเองได้โดยมีการประคับประคอง สนับสนุนและสอนการจัดสิ่งแวดล้อมบ้างเป็นครั้งคราว สามารถปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกันได้และร่วมรับผิดชอบได้ พูดคุยทักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากรได้โดยเริ่มตนเอง มีความไว้วางใจพยาบาล ฟังและโต้ตอบได้ แสดงความคิดและบอกความรู้สึกของตนเองได้เป็นครั้งคราว ไม่มีพยาธิสภาพทางกาย และ Vital organ

4.3.1.1.2 การประเมินตามปัจจัย (Factor evaluation method)

ดัดแปลงมาจากการประเมินตามแบบอย่าง แต่เป็นการประเมินเฉพาะอย่าง โดยการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการการพยาบาลด้วยการกำหนดตัวบ่งชี้สำคัญทางการพยาบาล หรือกิจกรรมการพยาบาล ที่คาดว่าจะมีผลต่อเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นมาก่อน กิจกรรมการ

พยาบาลแต่ละอย่างจะถูกแบ่งหรือกระจายออกเป็นหัวข้อย่อย ซึ่งจะบอกถึงความแตกต่างของระดับความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมนั้นๆ แล้วจัดระดับความต้องการจากระดับต่ำสุดจนถึงสูงสุด แต่ละระดับจะมีคะแนนกำหนดไว้ โดยคะแนนที่กำหนดนี้ จะตั้งอยู่บนพื้นฐานของความต้องการปริมาณเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาลแต่ละระดับ (Hoffman, 1984)

ปัจจัยเฉพาะที่ใช้ในการประเมินมี 6 ประการ คือ การสังเกต(Observation) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์(Emotional support) การให้ยาและการรักษาต่างๆ (Medications and treatments) การให้ความช่วยเหลือด้านสุขวิทยา(Assistance with Hygiene) การทดสอบต่างๆ (Test) และการสอน(Teaching) ซึ่งปัจจัยเฉพาะเหล่านี้ ได้มีการพัฒนา ให้เหมาะสมที่จะใช้กับลักษณะของผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงาน สำหรับในทางการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชนั้น พบดังนี้

Hay และ Nelson (1988: 23-30) ได้จำแนกผู้ป่วยจิตเวชด้วยปัจจัยเฉพาะ 8 อย่าง คือ ความต้องการเพื่อนหรือผู้ดูแล การบำบัดทางจิต การดูแลระยะวิกฤต สุขวิทยาส่วนบุคคล อาหาร การรักษาพยาบาลและยา การดูแลพิเศษและการปรับพฤติกรรม โดยใช้ปัจจัยทั้ง 8 อย่าง วัดระดับความสมบูรณ์ของผู้ป่วยและความซับซ้อนของการพยาบาล

Ringerman และ Luz (1990) ได้จำแนกผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ปัจจัยเฉพาะ ที่คล้ายกับ Hay และ Nelson แต่แบ่งกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการประเมินออกเป็น 7 อย่าง คือ ความต้องการอากาศอาหาร และน้ำ(Air-Food-Fluid) การขับถ่าย(Elimination) สุขวิทยาส่วนบุคคล (Hygiene) การพักผ่อนนอนหลับและการมีกิจกรรม(Rest-Activity) ความต้องการมีอิสระและการมีสังคม(Solitude-Socialization) ความต้องการการดูแลพิเศษและการควบคุมพฤติกรรม (Special Procedures) รวมทั้งความต้องการการปรึกษาของผู้ป่วยและครอบครัว(Consultations Patient/ Family)

วิภาวี เผ่ากันทรากกร (2536: 49-50) แบ่งผู้ป่วยจิตเวช ด้วยการกำหนดคุณลักษณะโดยรวมของผู้ป่วยแต่ละประเภท ออกเป็น 4 ประเภท คือ

ผู้ป่วยประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติชัดเจน สามารถดูแลตนเองได้ (Self care) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ สามารถดูแลกิจกรรมส่วนบุคคลได้ หรือทำได้ภายใต้คำแนะนำบางครั้ง เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการบำบัดทางจิต และต้องการกิจกรรมบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนหรือจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมบางด้าน เช่น ผู้ป่วยรอจำหน่าย ผู้ป่วยที่ทดลองให้เยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระดับต่ำ(Mild) ต้องการการดูแลในระดับต่ำ (Minimal care) เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติหรือมีความผิดปกติทางจิตบางส่วน แต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลได้

ตลอด แต่ต้องการการกระตุ้นตลอดเวลา ต้องการการควบคุมบางกิจกรรม ต้องการการสังเกตเป็นระยะ และสามารถดูแลกิจกรรมส่วนบุคคลของตนเองได้ ภายใต้การดูแลจากบุคลากรทางการพยาบาลในบางครั้ง

ผู้ป่วยประเภทที่3 ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระดับปานกลาง (Moderate) ต้องการการดูแลในระดับปานกลาง (Intermediate care) เนื่องจากผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตชัดเจนหลายด้าน ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง โดยอาจจะเป็นหรือไม่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางจิตบางกิจกรรม และ/ หรือสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาในระยะเวลานั้น ต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมส่วนบุคคลทุกด้าน ต้องการการสังเกต การกระตุ้นและการดูแลเป็นพิเศษ

ผู้ป่วยประเภทที่4 ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระยะรุนแรง (Severe) ต้องการการดูแลในขั้นวิกฤต (Modity intensive care) เนื่องจากผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางจิตได้เลย ต้องการ การดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมส่วนบุคคลทุกด้าน ต้องการการดูแลเป็นพิเศษและการสังเกตอย่างใกล้ชิด ต้อง การกิจกรรมการบำบัดทางชีวภาพมากกว่า 1 อย่าง

4.3.1.1.3 การประเมินความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วย (Progressive patient care evaluation method) หรือ เรียกว่าระบบ PCC ซึ่งเป็นวิธีที่พัฒนามาจาก การประเมินตามแบบอย่างและการประเมินตามปัจจัย โดยศึกษาวิจัยเพื่อที่จะกำหนดประเภทของผู้ป่วยตามจำนวนเวลาการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งเวลาของการพยาบาลนี้จะต้องคงตัวและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ การดูแลด้วยวิธีนี้จะเป็นการดูแลตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย โดยจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 8 ประเภท คือ ผู้ป่วยหนักในระยะวิกฤต(Intensive care) ผู้ป่วยหนักที่มีอาการคงที่(Constant care) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะปานกลาง(Moderate care) ผู้ป่วยเรื้อรัง(Extend long term care) ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้(Self care) ผู้ป่วยที่อยู่บ้าน(Home care) ผู้ป่วยนอกหรือประชาชนทั่วไป(Outpatient service) และผู้ป่วยฉุกเฉิน(Emergency care)

การประเมินผู้ป่วยด้วยวิธีนี้ สามารถจำแนกระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ และยังสามารถใช้กำหนดลักษณะการให้บริการได้อีกด้วย อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่สามารถนำวิธีนี้มาเป็นแนวทางในการวิจัยได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยใน จึงไม่สามารถจำแนกผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้ง 8 ประเภท

4.3.1.2 การจำแนกประเภทผู้ป่วยระดับความรุนแรงอาการเจ็บป่วย ประพิน วัฒนกิจ (2537) จำแนกประเภทผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภท จากระดับความรุนแรงมากไปน้อย คือ

ผู้ป่วยประเภทที่1 มีการเจ็บป่วยขั้นวิกฤต(Critical ill) หมายถึง ผู้ป่วยที่มี

อาการทางจิตที่ต้องการการสังเกตตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วย มีความผิดปกติที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้ ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มการรักษาพยาบาลได้เลย มีปัญหาการกระทำกิจกรรมส่วนบุคคลอย่างมาก ต้องการการดูแลเกี่ยวกับ กิจกรรมส่วนบุคคลทุกด้าน ต้องการการดูแลพิเศษและ ต้องการการเฝ้าระวังอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่นผู้ป่วยที่อะอะอาละวาด ผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

ผู้ป่วยประเภทที่2 มีการเจ็บป่วยกึ่งวิกฤต (Semi-critical ill) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่ต้องการการสังเกตบ่อยๆ เนื่องจากผู้ป่วยมีความผิดปกติที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง เป็นอันตรายต่อผู้อื่น หรืออาจมีแนวโน้มแยกตนเอง แต่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในระดับต่ำ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มการรักษาพยาบาลบางกิจกรรม และ/ หรือ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มการรักษาในระยะเวลาดสั้น มีปัญหาการกระทำกิจกรรมส่วนบุคคลทุกด้าน ต้องการการรักษาและฟื้นฟูอาการทางจิต หรือขอจัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ผู้ป่วยประเภทที่3 มีการเจ็บป่วยปานกลาง(Moderate ill) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่ เป็นระยะๆ เนื่องจากมีพฤติกรรมผิดปกติ หรือมีความผิดปกติทางจิตใจ บางด้าน แต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ในระดับค่อนข้างต่ำ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มการรักษาพยาบาลได้ทุกกิจกรรม และสามารถกระทำกิจกรรมส่วนบุคคลได้ภายใต้การกระตุ้นหรือช่วยเหลือจากบุคลากร ในบางครั้ง ต้องการการรักษาและฟื้นฟูอาการทางจิต หรือขอจัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ผู้ป่วยประเภทที่4 มีการเจ็บป่วยขั้นวิกฤต(Critical ill) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีหรือมีอาการทางจิตที่ไม่รุนแรง ต้องการการสังเกตไม่เกินวันละครั้ง สามารถมีปฏิสัมพันธ์สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มการรักษาพยาบาลได้ทุกกิจกรรม และสามารถกระทำกิจกรรมส่วนบุคคลได้ด้วยตนเอง หรือภายใต้คำแนะนำเป็นบางครั้ง ต้องการการรักษาและฟื้นฟู หรือขอจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในบางด้าน

สรุปแล้ว การจำแนกประเภทผู้ป่วย(Patient classification) นั้นเป็นการให้ค่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในรูปของปริมาณความต้องการการดูแล และบริการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งการจัดผู้ป่วยให้เป็นระดับชั้นและกลุ่มต่างๆ เพื่อความสะดวกในการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งการจำแนกผู้ป่วยแต่ละแบบ ก็อาจมีความแตกต่างกันออกไป ตามวัตถุประสงค์ของการจำแนกนั้นๆ ด้วย นอกจากนี้ การจำแนกยังมีประโยชน์ต่อการจัดสรรบุคลากรพยาบาลให้เหมาะสมกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท ทั้งยังใช้ในการติดตามและควบคุมระบบการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับต้นทุนที่สูญเสียไป รวมทั้งเพื่อเป็นการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลได้ด้วย

จากลักษณะของการจำแนกประเภทผู้ป่วยข้างต้น จะเห็นได้ว่าไม่ว่าจะเป็นวิธีการจำแนกแบบใด ล้วนต้องมีการกำหนดตัวบ่งชี้ขึ้นมาเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพิจารณาความแตกต่างของความต้อง การการพยาบาล โดยทั่วไปแล้วมักเรียกตัวบ่งชี้ดังกล่าวว่า เป็นตัวบ่งชี้สำคัญของความต้อง การการพยาบาล (Critical indicator of care) ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่คาดว่าจะมีผลต่อเวลาการพยาบาล หรือเป็นส่วนสำคัญของเวลาการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย และเป็นกิจกรรมที่พบได้ในผู้ป่วยทุกประเภท(Kusler-Jensen, 1996).

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางในการจำแนกประเภทผู้ป่วย ของกรมสุขภาพจิตและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข ของจินตนา ยุนิพันธ์ุ ที่จำแนกประเภทผู้ป่วย โดยการให้ค่าความเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยในรูปปริมาณตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งแบ่งผู้ป่วยออกเป็นประเภทต่างๆ 5 ประเภท คือ ผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤต แกร็บ เร่งรัดบำบัด และบำบัดระยะยาว โดยมีตัวบ่งชี้ความต้อง การการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท พิจารณาตามสภาพและลักษณะของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยตัวบ่งชี้ใหญ่ๆ 3 หมวด คือ

หมวดที่1 การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล เป็นการประเมินความสามารถของบุคคลในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและโลกภายนอก ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างตนเอง สิ่งแวดล้อม

หมวดที่2 การจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออกของตน เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับวิธีคิด การควบคุมอารมณ์ และการแสดงออกของพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตนเอง ซึ่งจะรวมถึงอาการ และอาการแสดงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

หมวดที่3 ศักยภาพส่วนบุคคล เป็นความสามารถของบุคคลที่จะดำรงชีวิตของตนได้อย่างปกติดังเช่นบุคคลทั่วไป แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน 2) การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม 3)การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด และ4)สมรรถภาพทางกาย

อย่างไรก็ตาม จากสภาพการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย ที่มีผู้ป่วยจากการเสพยาเสพติดมากขึ้น จากนโยบายการรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในโรงพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไปโดยมีการปรับระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยให้น้อยลง รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีในการรักษาพยาบาลแบบใหม่ๆ อาจส่งผลให้การจำแนกประเภทผู้ป่วยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปได้ ทั้งนี้จากการศึกษาสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่ผ่านมา เช่น จากสถิติการรับเข้ารักษาใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา (2545) และสถิติการรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลราชบุรี ปี พ.ศ.2545 (สุณีรัตน์ จันทร์ศรี, สัมภาษณ์, 2 พฤษภาคม 2546) พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชประเภทฉุกเฉิน และวิกฤต เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวนน้อยมาก เมื่อเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชประเภทแกร็บ เร่งรัดบำบัด และบำบัดระยะยาว อาจส่งผลให้การที่จะได้มาซึ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ประเภทข้างต้น อาจต้องใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลในระยะยาว ซึ่งไม่เหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้น ในการวิจัย

ครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงจะศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยประเภทแรกกับ เกร็ดบำบัด และบำบัดระยะยาว ซึ่งจะได้รับคำแนะนำตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยปรับตามเกณฑ์ที่สร้างโดยกรมสุขภาพจิตและสมาคมพยาบาล จิตเวชแห่งประเทศไทยและกำหนดให้มีขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ประเภทละ 30 คน เนื่องจากได้พิจารณาตามทฤษฎีขีดจำกัดกลาง(Central limit theorem) แล้วเห็นว่า กลุ่มตัวอย่าง 30 หน่วย ที่ได้จากการสุ่มประชากร จะมีค่าใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของสิ่งเดียวกันในประชากรทั้งหมด (ชมพูนุช โสภการีย์, 2545)

4.3.2 การศึกษาปริมาณความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท

การศึกษาปริมาณความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยนั้น เป็นการหาความต้องการของบริการต่างๆ ที่เป็นทั้งบริการที่ให้กับผู้ป่วยโดยตรง และบริการที่เอื้ออำนวยต่อการบริการของผู้ป่วย แล้วทำการคำนวณหาปริมาณความต้องการการพยาบาล ภายในระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งจะทำให้ได้ค่าเฉลี่ยของแต่ละกิจกรรมตามความต้องการของผู้ป่วย ในแต่ละช่วงเวลา เช่น

วิธีการศึกษาของโรงพยาบาล John Hopkins (อ้างถึงใน ประพิน วัฒนกิจ, 2537) ที่ได้ทำการศึกษาโดยการแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 ประเภท ตามระดับความต้องการการพยาบาล และคิดเวลาการพยาบาล 18 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 6.00น.-24.00น.ซึ่งทำให้ได้ค่าความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภทโดยเฉลี่ย คือ

ผู้ป่วยประเภทที่1 ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ (Self care patient) ต้องการการพยาบาล 0.5 ชั่วโมง

ผู้ป่วยประเภทที่2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับกลาง (Intermediate care patient) ต้องการการพยาบาล 1 ชั่วโมง

ผู้ป่วยประเภทที่3 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลตนในระยะวิกฤต (Intensive care patient) ต้องการการพยาบาล 2-5 ชั่วโมง

วิธีการศึกษาของ Wastler(1974: 8-17อ้างถึงใน ประพิน วัฒนกิจ, 2537) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการจัดประเภทผู้ป่วย โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ประเภท ในระยะเวลาการดูแล ตลอด 24 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่าความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแบ่งเป็น

ประเภทที่1 สามารถดูแลตนเองได้ ต้องการการพยาบาลเฉลี่ย1.5 ชั่วโมง
 ประเภทที่2 ต้องการการดูแลระดับต่ำ ต้องการการพยาบาลเฉลี่ย 3.5 ชั่วโมง
 ประเภทที่3 ต้องการการดูแลระดับกลาง ต้องการการพยาบาลเฉลี่ย 5.5 ชั่วโมง
 ประเภทที่4 ต้องการการดูแลต่ำกว่าระยะวิกฤติ ต้องการการพยาบาลเฉลี่ย7.5ชั่วโมง

ประเภทที่5 ต้องการการดูแลในระยะวิกฤต ต้องการการพยาบาลเฉลี่ย 12 ชั่วโมง

วิธีการศึกษาของCASH(The Commission for Administrative Service in Hospital) (อ้างถึงใน วัลลีย์ กนกวิจิตร, วิภาวี เผ่ากันทรากกร และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2538) ที่ศึกษาการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ และกำหนดเป็นเวลามาตรฐานที่ผู้ป่วยต้องการการพยาบาลโดยเฉลี่ย เท่ากับ 4.5 ชั่วโมง ต่อคน ต่อวัน และทำการศึกษาเพิ่มเติมจนได้ผลการศึกษาที่ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น โดย CASH ได้แบ่งประเภทผู้ป่วยและศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภทในแต่ละเวร ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของผู้ป่วย4ประเภทตามระดับความต้องการการดูแล ใน 24 ชั่วโมง เรียงตามเวรเช้า บ่าย และดึก ตามลำดับ ดังนี้

ประเภทที่1 ต้องการการดูแลน้อย ต้องการการพยาบาล 1.4 , 0.93 และ 0.4 ชั่วโมง

ประเภทที่2 ต้องการการดูแลในระดับเฉลี่ย ต้องการการพยาบาล 2.20,1.40 และ0.60 ชั่วโมง

ประเภทที่3 ต้องการการดูแลมากกว่าระดับเฉลี่ย ต้องการการพยาบาล 2.90,1.90และ0.90ชั่วโมง

ประเภทที่4ต้องการการดูแลมากที่สุด ต้องการการพยาบาล 4.30, 2.90 และ1.30 ชั่วโมง

ในทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น วิภาวี เผ่ากันทรากกร(2536) ได้นำแนวทางของ CASH มาใช้ในการศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาลในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่าเมื่อแบ่งผู้ป่วยจิตเวชออกเป็น 4 ประเภท ตามระดับความต้องการการดูแลแล้ว ผู้ป่วยจิตเวชมีความต้องการการดูแล ใน 24 ชั่วโมง เรียงตามเวรเช้า บ่าย และดึก ตามลำดับ ดังนี้

ประเภทที่1 ต้องการการดูแลน้อย ต้องการการพยาบาล 1.42 , 1.20 และ 0.4 ชั่วโมง

ประเภทที่2 ต้องการการดูแลในระดับเฉลี่ย ต้องการการพยาบาล 1.56,1.28 และ0.63 ชั่วโมง

ประเภทที่3ต้องการการดูแลมากกว่าระดับเฉลี่ยต้องการการพยาบาล 1.78,1.49และ0.76ชั่วโมง

ประเภทที่4ต้องการการดูแลมากที่สุด ต้องการการพยาบาล 2.02, 1.79 และ1.05 ชั่วโมง

วัลลีย์ กนกวิจิตร, วิภาวี เผ่ากันทรากกร และดวงตา กุศลรัตนญาณ(2538)ได้ทำการศึกษาปริมาณความต้องการการพยาบาลโดยตรงของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลจิตเวช 6 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลนิตยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ตามแนวทางของ CASH และวิภาวี เผ่ากันทรากกร(2536) ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจิตเวชมีความต้องการ 4 ด้าน คือ กิจกรรมในการบำบัดทางจิต(Psychotherapeutic intervention) กิจกรรมเกี่ยวกับการช่วยเหลือด้วยกลุ่ม(Group intervention) กิจกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางชีวภาพ(Somatic therapy) และกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน(Daily activity care) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความต้องการการพยาบาลโดยตรง 3.96 ชั่วโมง ต่อคน ต่อวัน(24 ชั่วโมง) โดยเมื่อจำแนกความต้องการตามประเภทของผู้ป่วย 4 ประเภท จากระดับที่สามารถดูแลตนเองได้ ไปจนถึงระดับวิกฤต พบว่ามีความต้องการการพยาบาล เท่ากับ 3.07, 3.51, 4.37 และ 4.89 ชั่วโมง ต่อคน ต่อวัน (24 ชั่วโมง) ตามลำดับ ซึ่งปริมาณความต้องการการพยาบาลโดยตรงจะมีมากที่สุดเ็นเวรเช้า รองลงมาเป็นเวรบ่ายและดึกตามลำดับ

กล่าวโดยสรุปแล้ว ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยก็เหมือนกับความต้องการของบุคคลทั่วไป เพียงแต่ผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องในการตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความบกพร่อง ในด้านจิตใจ พยาบาลนับเป็นผู้หนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการของตนได้เหมาะสมมากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานหลายประการที่มาประกอบกันเป็นตัวบุคคลนั้น การทราบความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน จะช่วยให้พยาบาลสามารถจัดการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการตัดสินใจความต้องการทางการพยาบาล จะมีหลากหลายแบบ แต่ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์(2522: 50 อ้างถึงใน ประพิน วัฒนกิจ, 2537) ได้เสนอว่า การคิดคำนวณ ชั่วโมงความต้องการทางการพยาบาล ควรมีการรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตโดยตรง เพื่อตัดสินใจระดับความเพียงพอในการช่วยเหลือตนเอง(Degree of self-sufficiency) ซึ่งควรได้จัดรายการเพื่อการประเมิน โดยยึดหลักความต้องการ 3 ประการ คือ ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านจิตสังคมและความต้องการคำแนะนำ โดยมีแบบฟอร์มการรวบรวมข้อมูลที่ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุม และสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละประเภท มีการจัดแบ่งประเภท ผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพการณ์ และความต้องการของผู้ป่วยรวมทั้งมีการรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตโดยตรง

4.3.3 การศึกษาเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

เวลาเป็นทรัพยากรที่เป็นปัจจัยการผลิตประการหนึ่ง จัดเป็นตัวป้อน(Input) ที่นำเข้าไปในกระบวนการปฏิบัติงาน เวลาที่ใช้ไปในการดูแลผู้ป่วย นับเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการประเมินความสามารถในการบริการที่มีประสิทธิภาพ(Jazwiec, 1987) ซึ่งเวลาก็เป็นสิ่งที่แปรผันตามความชำนาญเฉพาะในการปฏิบัติงานนั้นๆ โดยพยาบาลที่มีทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมาก จะใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลน้อยกว่าพยาบาลที่มีทักษะและ ประสบการณ์น้อย

การศึกษาการใช้เวลานั้นเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลงาน ซึ่งผลที่ได้จะมีหน่วยเป็นนาฬิกาหรือวินาที ที่เจ้าหน้าที่คนหนึ่งๆ สามารถทำงานนั้นๆ ตามวิธีการที่กำหนดได้ ซึ่งการศึกษาเวลาอาจแบ่งออกเป็น (รัชต์วรรณ กาญจนปัญญาคม และเนื่อโสม ติงสัญชิต, 2528; เกษม พิพัฒน์ปัญญาคุณ, 2530; วันชัย ริจิรวินช, 2543)

4.3.3.1 การศึกษาเวลาโดยตรง (Direct time study) เป็นการศึกษาเวลาโดยใช้เครื่องมือในการจับเวลาโดยตรง จากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่คนนั้นๆ โดยมีเครื่องมือจับเวลา ที่ประกอบด้วยนาฬิกาจับเวลา แผ่นสำหรับรองเวลาบันทึกข้อมูล(Study board) แบบในการบันทึกข้อมูล(Time study observation sheets) หรือเครื่องมืออำนวยความสะดวกอื่นๆ ตามความจำเป็น ทั้งนี้มีวิธีการในการจับเวลา 2 แบบ คือ 1)การบันทึกเวลาอย่างต่อเนื่อง (Continuous timing) เป็นการจับเวลาแบบติดต่อกันโดยไม่หยุด โดยเริ่มต้นจับเวลาตั้งแต่ 0 เวลาของกิจกรรมหรืองานที่แท้จริงจะได้จากเวลาเริ่มต้นของกิจกรรมหรืองานถัดไปลบด้วยเวลาเริ่มต้น 2)การบันทึกเวลาแบบย้อนกลับ(Repetitive timingหรือSnapback timing) เป็นการจับเวลาของแต่ละงานหรือกิจกรรมโดยเริ่มต้นที่ 0 (ศูนย์) เมื่อจบกิจกรรมก็หยุดแล้วเริ่มจับเวลาเมื่อมีกิจกรรมใหม่

4.3.3.2 การศึกษาเวลาแบบพรีดีเทอร์มีน (Predetermined motion-time study) เป็นการศึกษาเวลาของการทำงานจากตารางเวลาการเคลื่อนไหวพื้นฐาน (fundamental motion)แล้วนำเอาเวลาที่ได้จากการเคลื่อนไหวในการทำงานขึ้นนั้นมาคิดรวมกันเป็นเวลามาตรฐาน

4.3.3.3 การสุ่มงาน (Work sampling) เป็นการศึกษาเวลาโดยอาศัยการสุ่มตัวอย่างเชิงสถิติ เพื่อทำการสังเกตกิจกรรมตามช่วงเวลาที่สามารถสุ่มได้

4.3.3.4 การใช้ข้อมูลมาตรฐาน (Standard time data and formulate) เป็นการศึกษาเวลาโดยอาศัยข้อมูลจากในอดีต และสูตรการคำนวณเวลามาตรฐาน

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำเสร็จสิ้นในขณะนั้นๆ ซึ่งสามารถวัดผลงานที่ปฏิบัติได้จากจำนวนกิจกรรมที่กระทำขึ้นดังนั้นการศึกษเวลาในการปฏิบัติกร

พยาบาลย่อมกระทำได้ และการจับเวลาสามารถใช้ได้ดีกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยเฉพาะการพยาบาลโดยตรง(ภรณ์ พวงแก้ว, 2535 อ้างถึงใน สุวรรณีย์ สุคนธ์สรรพ, 2541)

สำหรับการศึกษาเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล อาจแบ่งออกเป็น 1) การศึกษาเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่ประกอบด้วย 1.1)การศึกษาการใช้เวลาโดยเฉลี่ยในการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภท 1.2)การศึกษาเวลามาตรฐานสำหรับกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแต่ละอย่าง 1.3)การศึกษาโดยใช้2วิธีดังกล่าวร่วมกัน และ2)การศึกษาเวลาในการปฏิบัติ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งไม่จำเป็นต้องแยกศึกษาในผู้ป่วยแต่ละประเภท(Gillies, 1994)เนื่องจากการใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอื่นๆ นี้ ไม่แปรผันตามระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย หรือระดับการพึ่งพาจากผู้ให้การดูแล แต่จะแปรผันโดยตรงกับจำนวนผู้ป่วยและความแตกต่างกันของโรงพยาบาล ซึ่งขึ้นอยู่กับปรัชญาและโครงสร้างของแต่ละองค์กร(Schmutter, 1982)

อาจสรุปได้ว่า การศึกษาเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เป็น การศึกษาถึงการใช้เวลาวัดผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่บุคลากรทางการพยาบาลคน หนึ่งๆ สามารถทำกิจกรรมนั้นๆ โดยวิธีการศึกษาที่หลากหลาย ทั้งนี้วิธีการจับเวลาจะเหมาะสมกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยเฉพาะการพยาบาลโดยตรง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ทั้งที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัย เรียกว่า กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม โดยผู้วิจัยจะศึกษาการใช้เวลาในการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ในลักษณะของการใช้เวลาโดยเฉลี่ยในการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภท ซึ่งวิธีการนี้จะต้องมีการจัดประเภทผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วย แล้วทำการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแต่ละประเภท เพื่อนำมาศึกษา หลังจากนั้นเก็บข้อมูลการใช้เวลาด้วยวิธีสังเกตโดยตรงแบบต่อเนื่อง โดยใช้แบบ บันทึบทกิจกรรมและเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้ผู้สังเกตลง เวลาที่บุคลากรทางการพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ แก่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจะนำข้อมูลที่ได้อ้างอิงมาคำนวณเวลาโดยเฉลี่ยที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภท ในแต่ละเวร ต่อไป

5. การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาล

5.1 แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์กิจกรรม

การวิเคราะห์กิจกรรม(Activity analysis) หมายถึง กระบวนการศึกษาลักษณะการ ดำเนินงาน เพื่อระบุ อธิบาย จำแนก และประเมินกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนั้น นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาการทำงาน การวิเคราะห์กิจกรรมจะช่วยให้ทราบรายละเอียด

เกี่ยวกับ ธุรกิจ หรือหน่วยงานนั้น ได้ประกอบกิจกรรมอะไรบ้าง มีผู้ปฏิบัติงานหรือรับผิดชอบในกิจกรรมนั้นหรือไม่ เป็นจำนวนเท่าใด ใช้ทรัพยากรอะไรและเป็นจำนวนมากน้อยเพียงใด ระยะเวลาที่ใช้ในการประกอบกิจกรรมนับตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดผลผลิตหรือผลที่ได้จากกิจกรรม และผลผลิตนี้จะสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการคิดต้นทุน หรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ รวมทั้งคุณค่าของกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อหน่วยงาน หรือองค์กรธุรกิจโดยรวม เช่น เพิ่มคุณค่าในการผลิตสินค้าและบริการ หรือลดความสูญเสีย สิ้นเปลืองในการปฏิบัติงาน(บุญรื่น ไชยชนะ, 2545)

จากรายละเอียดข้างต้น อาจแบ่งสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์กิจกรรมออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

5.1.1 การวิเคราะห์เพื่อระบุกิจกรรม(Identify activities)

5.1.2 การวิเคราะห์เพื่อหาระดับของกิจกรรม(Activities hierachy)

5.1.3 การวิเคราะห์เพื่อหาค่าของกิจกรรม(Value ranking)

การวิเคราะห์กิจกรรม เป็นเทคนิคหนึ่งในการศึกษาการทำงาน ที่เหมาะสำหรับงานด้านการบริหาร และงานด้านการบริการซึ่งจะทำการบันทึกงานได้ยาก เนื่องจากเป็นงานที่มีรายละเอียดปลีกย่อยมาก และจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการวิเคราะห์ค่อนข้างมากด้วย

โดยปกติการวิเคราะห์กิจกรรมของงาน จะเป็นการเก็บบันทึกข้อมูลการทำงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องใช้เวลามาก และถ้าต้องการข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น อาจจะต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลมากขึ้น ส่วนใหญ่จึงเป็นการศึกษาเฉพาะช่วงเวลาสั้นๆ ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ อย่างไรก็ตาม การศึกษา และวิเคราะห์การทำงานโดยวิธีนี้ จะทำให้ได้ภาพรวมที่สมบูรณ์ และเร็วกว่าเทคนิคอื่นๆ (วันชัย วิจารณ์ช, 2543) นอกจากนี้ ยังผู้วิจัยสามารถนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ กิจกรรมของงาน ไปใช้ในการพัฒนากิจกรรมของงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด นับเป็นการช่วยปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นได้

ในการปฏิบัติการวิเคราะห์กิจกรรมของงาน จะเริ่มตั้งแต่การแบ่งประเภทของงานตามชนิดของงานซึ่งแบ่งตามลักษณะของผลงานเป็นหลัก แล้วทำการบันทึกกิจกรรมของงานอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาที่ศึกษาสุดท้าย คือ การวิเคราะห์กิจกรรมของงานโดยการกำหนดปริมาณงานเป็นสัดส่วนของประเภทเวลาต่างๆ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการวิเคราะห์กิจกรรมนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของงานที่จะทำการวิเคราะห์เป็นสำคัญ เนื่องจากแต่ละงานนั้นอาจมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันออกไป

5.2 การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาล เป็นการกระทำเพื่อศึกษาลักษณะการดำเนินงาน แล้วนำมาตัดสินค่าตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น เพื่อระบุ อธิบาย จำแนก และประเมินกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการพยาบาลนั้น โดยความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิ

เนื่องจาก การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นงานหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บทบาทของพยาบาลจิตเวชจึงมีความแตกต่างจากผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่นในทีมจิตเวช การปฏิบัติงานมีรายละเอียดปลีกย่อยที่ประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งค่อนข้างซับซ้อน ในการศึกษาทางด้าน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงต้องมีความละเอียดรอบคอบ เป็นอย่างมาก

จากข้อมูลข้างต้น ทั้งในส่วนของการศึกษาการใช้เวลาและการวิเคราะห์กิจกรรม นับได้ว่ามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยตลอด สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการที่จะวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม จำแนกตามลักษณะของหอผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ หอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์ มีการดำเนินการวิจัยเริ่มจาก การจัดทำคู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช และแบบบันทึกข้อมูลในการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช จัดทำแบบบันทึกการสังเกต การปฏิบัติกิจกรรมและเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และแบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจกรรม การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสังเกตโดยตรงอย่างต่อเนื่อง(Continuous direct observation) แบบไม่มีส่วนร่วม (Non - Participant observation) เป็นวิธีการเก็บข้อมูลจากนั้นจะนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ต่อไป

6. วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสังเกต

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสังเกต (Observation) ซึ่งหมายถึง การเฝ้าดูหรือศึกษา ชุดของพฤติกรรมของสิ่งมีชีวิต หรือองค์กร ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ รวมทั้งปรากฏการณ์หรือพิธีการ ขณะที่ทำการศึกษานั้นโดยละเอียด ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัย ทราบถึงแบบแผนของพฤติกรรมของสิ่งที่ถูกสังเกต ได้อย่างชัดเจน (Selltiz, et al., 1976: 253-254; เพชรน้อยสิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลชิต และทัศนีย์ นะแสง, 2535: 185; พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538: 109; นิตา ชูโต, 2540: 91; Sarantakos, 1998: 207; Polit, Beck, & Hungler, 2001: 279)

การรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต เป็นวิธีการรวบรวมข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่เก่าแก่ที่สุด และยังคงได้รับการใช้งานมาโดยตลอด เนื่องจากการสังเกตใช้ได้กับงานวิจัยทุกประเภท โดยเฉพาะงานวิจัยภาคสนาม(Field research) งานวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative research) และงานวิจัยในห้องปฏิบัติการ หรืองานวิจัยเชิงทดลอง(Experimental research) อย่างไรก็ตามการสังเกตจะได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ได้ ก็ต่อเมื่อผู้อำนวยต่อวัตถุประสงค์

ของการวิจัย มีการวางแผนการสังเกตอย่างเป็นระบบ มีระบบการบันทึกที่สะท้อนให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนั้นๆ รวมทั้ง สามารถได้รับการสำรวจ ตรวจสอบและควบคุมความน่าเชื่อถือได้ (Selltiz, et al., 1976: 252; บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2544: 264)

6.1 ประเภทของการสังเกต

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตอาจแยกออกได้หลายประเภททั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการสังเกต (Selltiz, et al., 1976: 270; Mannheim & Simon, 1977: 237-246; Sarantakos, 1998: 208-209; Mateo & Kirchhoff, 1999: 256-258; บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2544: 264) ยกตัวอย่างเช่น

6.1.1 การสังเกตที่ไม่มีแบบแผนและการสังเกตทางวิทยาศาสตร์ (Naïve and Scientific observation) การสังเกตที่ไม่มีแบบแผน หมายถึง การสังเกตทั่วๆ ไปในชีวิตประจำวัน ส่วนการสังเกตทางวิทยาศาสตร์ จะเป็นการสังเกตที่มีระบบ มีแบบแผนในการปฏิบัติที่ชัดเจน

6.1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Participant and Non - Participant observation หรือ Participant and Complete observer)

6.1.2.1 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การสังเกตโดยที่ผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอาจเข้าไปมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Complete participant) โดยปกปิดบทบาทในฐานะผู้วิจัย (Hidden observation หรือ Unknown observation) หรือผู้วิจัยอาจเข้าไปมีส่วนร่วมในฐานะเป็นผู้สังเกต (Participant as observation) ซึ่งเป็นลักษณะของการมีส่วนร่วมโดยเปิดเผย (Open observation หรือ Known observation) ให้กลุ่มตัวอย่าง และบุคคลในกลุ่มกิจกรรมได้ทราบว่าตนเอง คือ ผู้วิจัย ในกรณีที่ผู้วิจัยจำเป็นต้องทำตนให้เป็นที่ยอมรับ และได้รับความไว้วางใจ จากบุคคลในกลุ่มกิจกรรมนั้นๆ เพื่อให้ พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการกระทำกิจกรรมต่างๆ ของกลุ่มเป็นไปในตามธรรมชาติ ขจัดปัญหาการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เป็นไปตาม ธรรมชาติ(Hawthorne effect) อันเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างรู้ว่าตัวเองกำลังถูกสังเกต

6.1.2.2 ส่วนการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมนั้นเป็นการสังเกตโดยที่ผู้วิจัยไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้จะทำการสังเกตอยู่ห่างๆ ซึ่งอาจสังเกตโดยให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัวหรือไม่ก็ได้

6.1.3 การสังเกตโดยตรงและโดยอ้อม(Direct and Indirect observation) การสังเกตโดยตรง (Direct observation) หมายถึง การที่ผู้วิจัยเป็นผู้ไปสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างจากสถานการณ์จริงเอง โดยไม่มีการบันทึกเทปเพื่อมาเปิดดู หรือฟังในภายหลัง ส่วนการสังเกตโดยอ้อมจะมีการบันทึกพฤติกรรม การกระทำต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง หรือบันทึกปรากฏการณ์ขณะนั้นเก็บไว้ เพื่อมาเปิดดู ฟัง และทำการใส่รหัสในภายหลัง

จะเห็นได้ว่าการสังเกตมีอยู่หลายประเภท ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการสังเกต อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นการสังเกตแบบใด สิ่งที่ผู้วิจัยควรคำนึงถึงอยู่เสมอ คือ จริยธรรมของผู้วิจัยเกี่ยวกับประเด็นที่สังเกต นอกจากนี้ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ถูกสังเกตนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งในการสังเกตแบบมีส่วนร่วมทั้งแบบสมบูรณ และแบบเข้าไปมีส่วนร่วมในฐานะผู้สังเกต เนื่องจากจะช่วยสร้างความรู้สึกไว้วางใจ และช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

6.2 ประเภทของแบบสังเกต (Selltiz, et al., 1976: 269; Sarantakos, 1998: 208-209 ; บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2544: 265; Polit, Beck, & Hungler, 2001: 280-285)

6.2.1 แบบสังเกตที่ไม่ได้กำหนดโครงร่างการสังเกต(Unstructured observation) เป็นแบบสังเกต ที่ไม่ได้กำหนดสถานการณ์ หรือพฤติกรรมที่จะสังเกตไว้อย่างเป็นทางการเป็นแบบแผน แบบสังเกตชนิดนี้ถูกใช้บ่อยในการวิจัยภาคสนาม(Field research) ซึ่งเป็นการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสถานการณ์ เหตุการณ์ต่างๆในสภาวะธรรมชาติ(Naturalistic settings) Selltiz จัดให้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นส่วนหนึ่งของการสังเกตที่ไม่ได้กำหนดโครงร่างการสังเกตด้วย

6.2.2 แบบสังเกตที่กำหนดโครงร่างการสังเกต(Strutred observation) เป็นแบบสังเกต ที่ได้กำหนดสถานการณ์ หรือพฤติกรรมที่จะสังเกตไว้อย่างเป็นทางการเป็นแบบแผนล่วงหน้า จัดเป็นการสังเกตที่กำหนดตารางการสังเกต(Scheduled observation)ไว้ก่อนทำการสังเกตจริง

แบบสังเกตที่กำหนดโครงร่างการสังเกต ซึ่งนิยมนำมาใช้ ได้แก่

6.2.2.1 แบบสำรวจรายการ(Checklist) ประกอบด้วยรายการที่ผู้วิจัย หรือผู้สังเกตคาดว่าจะพบหรือ ปรากฏในขณะสังเกต เหมาะสำหรับพฤติกรรม หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว มักจะปรากฏตามรายการที่ได้ระบุไว้เสมอ

6.2.2.2 แบบมาตราประมาณค่า(Rating Scale) นิยมนำมาใช้ในกรณีที่ผู้วิจัยต้องการบันทึกระดับความถี่ หรือระดับความรุนแรงของพฤติกรรม หรือเหตุการณ์ที่สังเกต ระดับช่วงมาตราประมาณค่าอาจมี 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย หรือ 5ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ก็ได้ ขึ้นอยู่กับระดับความละเอียดของเหตุการณ์ที่สังเกต

6.2.3 แบบสังเกตแบบกึ่งกำหนดโครงร่างการสังเกต(Semi-strutred observation) เป็นแบบสังเกต ที่อยู่ระหว่างแบบสังเกตที่ไม่ได้กำหนดโครงร่างการสังเกตและแบบสังเกตที่กำหนดโครงร่างการสังเกต โดยอาจใช้แบบกำหนดโครงร่างในส่วนที่ต้องเข้าไปใกล้ชิด และใช้แบบไม่กำหนดโครงร่างในการเก็บข้อมูลทั่วไป

6.3 วิธีการและขั้นตอนในการสังเกต (Sarantakos, 1998: 209-217; บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2544: 267-269)

6.3.1 วิธีการ

6.3.1.1 วิธีการสุ่มการสังเกต(Observational sampling method) แบ่งออกเป็น

6.3.1.1.1 การสุ่มเวลา(Time sampling) เป็นการสุ่มเวลาที่จะนำมาสร้างเป็นตารางเวลาในการสังเกต แทนการสังเกตตลอดเวลา เหมาะสำหรับการใช้ในกรณีเหตุการณ์ที่สังเกตจะปรากฏขึ้นค่อนข้างบ่อย จึงไม่จำเป็นต้องสังเกตอย่างต่อเนื่อง สามารถจำแนกออกเป็น 2 แบบ ดังนี้

แบบที่1 การสุ่มเวลาอย่างเป็นระบบ(Time systematic sampling) เวลาที่สังเกตกับเวลาพักจะมีช่วงห่างเท่าๆ กัน

แบบที่2 การสุ่มเวลาแบบสุ่ม(Time random sampling) เวลาที่สังเกตกับเวลาพักจะไม่เป็นระบบ ผู้วิจัยต้องสังเกตตามเวลาที่สุ่มได้

6.3.1.1.2 การสุ่มเหตุการณ์(Event sampling) เหมาะสำหรับการใช้ในกรณีที่พฤติกรรม หรือเหตุการณ์ที่ปรากฏขึ้นไม่บ่อยนัก และเป็นเหตุการณ์ที่ควรสังเกตอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดเหตุการณ์

6.3.1.1.3 การผสมผสานระหว่างการสุ่มเวลาและการสุ่มเหตุการณ์(Combined Time and Event sampling) เหมาะสำหรับการใช้ในกรณีที่พฤติกรรม หรือเหตุการณ์ที่ปรากฏขึ้นไม่บ่อยนัก และเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ต้องการการสังเกตอย่างต่อเนื่อง โดยตลอดของการเกิดเหตุการณ์นั้นๆ

6.3.1.2 วิธีการสังเกตอย่างต่อเนื่อง (Continuous observation) หมายถึง การสังเกตที่มีความต่อเนื่องของระยะเวลาการสังเกต ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้กำหนดระยะเวลาในการสังเกตนั้นๆ ยกตัวอย่างเช่น ทำการสังเกตตั้งแต่วันที่ 8.00 น. ถึง 16.00น. ทุกวัน เป็นระยะ 4 สัปดาห์

6.3.2 ขั้นตอนในการสังเกต

การสังเกต มีขั้นตอนเหมือนกับวิธีการในการศึกษาวิจัยทั่วไป โดยแต่ละขั้นตอนจะต้องเป็นไปตามธรรมชาติของการสังเกต โดยเริ่มจาก

ขั้นตอนที่ 1 การเลือกหัวข้อที่สนใจ(Selection the topic) ให้มีความเหมาะสมกับวิธีการสังเกต

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดวิธีการศึกษา(Formulation the topic) ว่าต้องการที่จะสังเกตอะไร ผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างควรมีความสัมพันธ์กันอย่างไร แล้วพัฒนาวิธีการสังเกตที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบลักษณะการวิจัย(Research design) โดยผู้วิจัยต้องอธิบายถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการสังเกต เลือกสถานที่สำหรับเก็บข้อมูลสำหรับการสังเกต และจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องการสังเกตไว้

ขั้นตอนที่ 4 การเก็บรวบรวมข้อมูล(Collection of data) เป็นการเข้าไปสร้างความคุ้นเคยกับสถานที่ที่ต้องทำการเก็บข้อมูล และทำการสร้างสัมพันธ์ภาพกลุ่มตัวอย่าง ทดลอง

ทำการเก็บข้อมูลเบื้องต้น

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูล(Analysis of data) นำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตมาวิเคราะห์แล้วนำเสนอในรูปแบบของตารางหรือกราฟ แล้วทำการอภิปรายผล

ขั้นตอนที่ 6 การเขียนรายงานการวิจัย(Report writing) เพื่อเสนอต่อสาธารณชนในรูปแบบที่เป็นทางการ

นอกจากการมีวิธีการและขั้นตอนที่เหมาะสมแล้ว จำนวนของผู้สังเกตก็มีความสำคัญ Sarantakos(1998:217)กล่าวว่าการสังเกตจะสมบูรณ์แบบที่สุดจากการสังเกตโดยผู้สังเกตเพียงคนเดียว เนื่องจากการมีผู้สังเกตหลายคนอาจทำให้เกิดปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของความตรงภายในของผู้สังเกต อย่างไรก็ตามในบางกรณีที่มีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจำนวนมาก การใช้ผู้สังเกตหลายคนอาจมีความจำเป็น แต่ทั้งนี้ต้องมีผู้วิจัยหนึ่งคนที่เป็นผู้สังเกตหลักคอยรวบรวมข้อมูลในภายหลัง

6.4 ทักษะที่ต้องใช้ในการสังเกต

ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตให้ได้ข้อมูลที่ดีได้นั้น ต้องมีทักษะในการสังเกตอย่างเพียงพอด้วย พวงรัตน์ ทวีรัตน์(2538: 110) Polit, Beck, & Hungler(2001: 286) เสนอว่าผู้วิจัยควรมีลักษณะ ดังนี้

6.4.1 มีความตั้งใจ (Attention) โดยมีจุดมุ่งหมายที่แน่นอน มีจิตใจจดจ่อกับเรื่องที่สังเกต

6.4.2 มีประสาทสัมผัส(Sensation) ที่ดี ในที่นี้ได้แก่ ตาและหู

6.4.3 สามารถรับรู้(Perception)ได้ดี โดยพร้อมที่จะรับรู้ สิ่งที่เกิดขึ้นขณะทำการสังเกตได้ตลอดเวลา นั่นหมายถึงว่า ผู้วิจัยควรมีอารมณ์(Emotion)ที่มั่นคง มีแรงจูงใจ(Motivation) โดยรู้สึกว่าจะอยากสังเกต ต้องไม่มีอคติ(Prejudice)ต่อกลุ่มตัวอย่าง ต้องมีปัญญา(Mental set) กล่าวคือ ต้องมีความรู้ในเรื่องที่จะทำการสังเกตเป็นอย่างดี จึงจะสามารถแปลความหมายพฤติกรรมที่จะทำการสังเกต ได้อย่างถูกต้อง และต้องมีร่างกาย(Physical)ที่พร้อมจะทำการสังเกตได้ เป็นต้น

นอกจากนี้ Sarantakos(1998: 213) ยังกล่าวเสริมว่า ผู้วิจัยควรมีความยืดหยุ่น และสามารถปรับตัวได้ดี สามารถที่จะอยู่กับผู้อื่นในระยะเวลายาวๆ ได้ มีความระมัดระวังรอบคอบแม้ในจุดเล็กๆ น้อยๆ และต้องมีความซื่อสัตย์และเชื่อถือได้ ด้วย

6.5 ปัญหาและข้อควรระวังในการสังเกต (Manheim & Simon,1977: 246-248;

Sarantakos,1998: 219-221; Mateo& Kirchhoff, 1999)

การเก็บข้อมูลโดยสังเกตนั้น อาจพบปัญหาได้หลายประการ ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากตัวผู้สังเกตเอง นอกจากนั้นอาจเกิดจากธรรมชาติแวดล้อม วัตถุประสงค์ของการสังเกต และจากวิธีการวิจัย

Sarantakos (1998: 220) กล่าวว่าในส่วนของปัญหาที่เกิดจากตัวผู้สังเกตเอง มักเกิดจากการที่ผู้สังเกตขาดความสามารถในการสังเกต ไม่มีความเที่ยงตรง ขาดการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น มีความเป็นอคติ ไม่ซื่อตรง ขาดความรู้ความสามารถในเรื่องที่สังเกต ไม่สามารถบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ไม่คุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง สังเกตผิดแหล่งข้อมูล หรือผิดกลุ่มตัวอย่าง

การที่วัตถุประสงค์ของการสังเกต เครื่องมือการวิจัย รวมถึงรายละเอียดต่างๆ ขาดความชัดเจน ก็ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อการกำหนดกลุ่มตัวอย่างและทำให้การสังเกตเกิดความผิดพลาด นอกจากนี้การคาดหมายในสิ่งที่ได้จากการสังเกตที่มากเกินไป ก็อาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความผิดพลาดในการสังเกตได้ ซึ่งจากปัญหาที่พบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงควรระมัดระวังตั้งแต่เริ่มเขียนโครงการวิจัย การเลือกวิธีการสังเกต การเลือกและการอบรมผู้สังเกต กระบวนการต่างๆ

ในการสังเกต รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งทุกขั้นตอนอาจทำให้การวิจัยเกิดความผิดพลาดได้ทั้งสิ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการสำหรับวิธีการสังเกตโดยตรงอย่างต่อเนื่อง (Continuous direct observation) แบบไม่มีส่วนร่วม (Non - Participant observation) ซึ่งอาจอธิบายได้ดังนี้

จากการที่การสังเกตโดยตรง (Direct observation) หมายถึง การที่ผู้วิจัยเป็นผู้ไปสังเกต พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างจากสถานการณ์จริงเอง โดยไม่มีการบันทึกเทปเพื่อมาเปิดดูอีกครั้ง ส่วนวิธีการสังเกตโดยตรงอย่างต่อเนื่อง (Continuous direct observation) หมายถึง การสังเกตโดยตรงที่มีความต่อเนื่องของระยะเวลาการสังเกต ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้กำหนดระยะเวลาในการสังเกตนั้นๆ ยกตัวอย่างเช่น ทำการสังเกตตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 16.00น. ทุกวัน เป็นระยะ 4 สัปดาห์ เป็นต้น

สำหรับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) นั้น เป็นการสังเกตโดยที่ผู้วิจัยไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมใน กิจกรรมต่างๆ กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้จะทำการสังเกตอยู่ห่างๆ อย่างไม่ก็ตาม ในการเข้าไปเก็บข้อมูลจริงนั้น การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง เป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นจึงอาจมีบางโอกาสที่มีความจำเป็นจะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในบางกิจกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องมีข้อตกลงเบื้องต้นในการวิจัย เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งนี้(ดังแสดงไว้ในหน้า6)

กล่าวโดยสรุปแล้ว วิธีการสังเกตโดยตรงอย่างต่อเนื่อง (Continuous direct observation) แบบไม่มีส่วนร่วม(Non-Participant Observation) ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง วิธีการเข้าไปสังเกต พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ กับกลุ่มตัวอย่างนั่นเอง

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Wolf & Young (1965: 236-237 อ้างถึงใน ประพิน วัฒนกิจ, 2537:40) ได้เสนอผล การศึกษาความต้องการการพยาบาลทางตรงของผู้ป่วย 3 ประเภท ในช่วงเวลา18ชั่วโมง ของ โรงพยาบาลจอห์น ฮอปคินส์ ไว้ โดย ผู้ป่วยประเภทที่1(สามารถดูแลตนเองได้) ต้องการการ พยาบาล เฉลี่ย 0.5 ชั่วโมง ผู้ป่วยประเภทที่2(ต้องการการดูแลระดับกลาง) ต้องการการพยาบาล เฉลี่ย 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยประเภทที่3(ผู้ป่วยในระยะวิกฤต) ต้องการการพยาบาล เฉลี่ย 2.5 ชั่วโมง สำหรับการพยาบาลทางอ้อม พบว่าในหอผู้ป่วยที่จำนวนมีผู้ป่วยเฉลี่ยประมาณ 29-30 คน ต้องการเวลาในการให้การพยาบาลทางอ้อม เฉลี่ยทั้งหมดผู้ป่วยประมาณ 20 ชั่วโมง

วีรด(2513) ศึกษากิจกรรมของเจ้าหน้าที่พยาบาลในโรงพยาบาลโรคทั่วไปของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยทำการสังเกตและบันทึกกิจกรรมทุกอย่างที่พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานผู้ช่วย และนักเรียนพยาบาลทุกคน ปฏิบัติในแผนกนั้นๆ ในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง ผลการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่พยาบาลใช้เวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยประมาณ 3 ชั่วโมง (182นาที) โดยแบ่งเป็นบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยโดยตรง 97 นาที และบริการที่เป็นส่วนรวม 135 นาที

Wastler(1974: 8-17อ้างถึงใน ประพิน วัฒนกิจ, 2537: 41)ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการ จัดประเภทผู้ป่วย ในแผนกอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติศาสตร์ เด็กแรกเกิด และจิตเวช โดยแบ่ง ผู้ป่วยออกเป็น 5 ประเภท ตั้งแต่ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้(Self care) ผู้ป่วยที่ต้องการการ ดูแลระดับต่ำ(Minimal care) ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับกลาง(Intermediate care) ผู้ป่วยที่ ต้องการการดูแลต่ำกว่าระยะวิกฤต (Modified Intensive care) และผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลใน ระยะวิกฤต (Intensive care) ในระยะเวลาการดูแล ตลอด 24 ชั่วโมง ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วย ต้องการการพยาบาลโดยเฉลี่ยเรียงตามระดับการดูแลตนเอง คือ จาก 1.5, 3.5, 5.5, 7.5 จนถึง 12 ชั่วโมง ต่อ 24 ชั่วโมง

ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และชื่นชม เจริญยุทธ(2531) ได้ศึกษาประมาณ ความต้องการการ บริการของผู้ป่วยโดยวิธีสุ่มตัวอย่าง: กรณีศึกษาในแผนกการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า จากการสุ่มกิจกรรมการพยาบาลรวมทั้งหมด 1,596 ครั้ง เป็นกิจกรรมการพยาบาลทางตรงร้อยละ29 เป็นกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมถึงร้อยละ51 เป็น กิจกรรมส่วนตัวของบุคลากรการพยาบาลร้อยละ20 ผู้ป่วยทุกประเภท มีความต้องการการ พยาบาลมากที่สุดในช่วงเวรเช้า รองลงมาคือเวรบ่าย และเวรดึก ตามลำดับ

วิภาวี เผ่ากันทรากกร(2536) ได้นำแนวทางของ CASH (The Commission for Administrative Service in Hospital) มาใช้ในการศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการ พยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาลในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ใน รอบ 24 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชทั้ง4ประเภท ตั้งแต่ผู้ป่วยที่1ที่ต้องการการดูแล

น้อย ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระดับเฉลี่ย ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลมากกว่าระดับเฉลี่ย ไปจนถึง ผู้ป่วยประเภทที่ 4 ที่ต้องการการดูแลมากที่สุด มีความต้องการการพยาบาลมากที่สุดในเวรเช้า รองลงมาเป็นเวรบ่ายและดึกตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเวชประเภทที่ 4 จะมีความต้องการการดูแล เฉลี่ยมากกว่าที่สุตรงลงมาเป็นประเภทที่ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

ประพิณ วัฒนกิจ(2537) ได้ศึกษาเวลาและกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภทตามระดับ ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ทำการศึกษาในผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวชด้วย ผล การศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลมากที่สุดในช่วงเวรเช้า รองลงมาคือเวรบ่าย และเวรดึก เช่นกัน นอกจากนี้ ยังเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยทั้ง 4 ประเภท มีความต้องการเวลาการ ปฏิบัติการพยาบาลทางตรงจากพยาบาลวิชาชีพ ในช่วงเวลาปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 5 ชั่วโมง 2 นาที ซึ่งใกล้เคียงกับเวลาที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางตรงให้กับ ผู้ป่วยจริงๆ คือ 5 ชั่วโมง 39 นาที

วัลลีย์ กนกวิจิตร, วิภาวี เผ่ากันทรากกร และดวงตา กุศลรัตนญาณ(2538)ได้ทำการศึกษา ปริมาณความต้องการการพยาบาลโดยตรงของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลจิตเวช 6 แห่ง ตาม ภูมิภาคต่างๆ ในประเทศไทย ตามแนวทางของ CASH และวิภาวี เผ่ากันทรากกร(2536) ซึ่ง ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจิตเวชมีความต้องการ 4 ด้าน คือ กิจกรรมในการบำบัด ทางจิต(Psychotherapeutic intervention) กิจกรรมเกี่ยวกับการช่วยเหลือด้วยกลุ่ม (Group intervention) กิจกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางชีวภาพ(Somatic therapy) กิจกรรมเกี่ยวกับการ ดูแลกิจวัตรประจำวัน(Daily activity care) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความต้องการการ พยาบาลโดยตรง 3.96 ชั่วโมง ต่อคน ต่อวัน(24 ชั่วโมง) โดยเมื่อจำแนกความต้องการตามประเภท ของผู้ป่วย 4 ประเภท จากระดับที่สามารถดูแลตนเองได้ ไปจนถึงระดับวิกฤต พบว่ามีความ ต้องการการพยาบาล เท่ากับ 3.07, 3.51, 4.37 และ 4.89 ชั่วโมง ต่อคน ต่อวัน(24 ชั่วโมง) ตามลำดับ ซึ่งปริมาณความต้องการการพยาบาลโดยตรงจะมีมากที่สุดในเวรเช้า รองลงมาเป็นเวร บ่ายและดึกตามลำดับ

จากผลการศึกษาวิจัยข้างต้น จะเห็นได้ว่าปริมาณความต้องการการพยาบาลโดยตรงจะมี มากที่สุดในเวรเช้า รองลงมาเป็นเวรบ่ายและดึกตามลำดับ ในบางการศึกษาจะระบุความต้องการ การพยาบาลจากบุคลากรทางการพยาบาลประเภทต่างๆ ไว้ด้วย อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่ามี การศึกษาใดในประเทศไทยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับลักษณะกิจกรรมการพยาบาลที่เป็น การปฏิบัติพยาบาลขั้นสูง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช และปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล และจำแนกตามระดับของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช และหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศูนย์

2. บุคลากรทางการพยาบาล ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช และหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศูนย์ ที่มีลักษณะดังนี้

2.1 เป็นหอผู้ป่วยจิตเวชที่รับผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับรักษาในลักษณะผู้ป่วยใน

2.2 มีการจัดประเภทของผู้ป่วยตามแนวทางของกรมสุขภาพจิตและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

2.3 มีผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างครบตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

2.4 มีพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง

2.5 มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม

2.6 มีที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล หรือละแวกใกล้เคียง

2.7 มีความยินยอมอนุญาตให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

3. ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยจิตเวช ทั้งชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เป็นผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องมือวิจัยจำแนกออกเป็นประเภท แกร็บ เร่งรัดบำบัด และบำบัดระยะยาว และเข้ารับการรักษาในลักษณะผู้ป่วยใน

2. บุคลากรทางการพยาบาล ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือ

คนไข้ ที่ขึ้นปฏิบัติงานขณะทำการเก็บข้อมูล

3. ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 21 ท่าน ประกอบด้วย บุคคล 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

3.1 คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง การพยาบาล และการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 6 ท่าน

3.2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 10 ท่าน

3.3 ผู้บริหารด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช หรือโรงพยาบาลศูนย์ที่มีหอผู้ป่วยจิตเวช

มีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามลำดับ ดังนี้

1. คัดเลือกโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลศูนย์ โดย

1.1 คัดเลือกโรงพยาบาลจิตเวช ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล หรือละแวกใกล้เคียง พบว่ามีโรงพยาบาลจิตเวชอยู่ 3 แห่ง คือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ผู้วิจัยพิจารณาเลือกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นแหล่งข้อมูล เนื่องจากมีคุณสมบัติครบตามที่ผู้วิจัยกำหนด กล่าวคือ เป็นโรงพยาบาลที่มีหอผู้ป่วยเพื่อรับผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับรักษาในลักษณะผู้ป่วยใน มีการจัดประเภทของผู้ป่วยตามแนวทางของกรมสุขภาพจิตและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย โดยมีผู้ป่วยทั้งประเภทแรกเริ่ม เร่งรัดบำบัด และบำบัดระยะยาว มีพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุม ทั้งกิจกรรม การพยาบาลโดยตรง และกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม มีที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีความเป็นไปได้ในการเดินทางไปเก็บข้อมูลมากที่สุด และมีความยินดียินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

1.2 คัดเลือกโรงพยาบาลศูนย์ที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล หรือละแวกใกล้เคียง ที่มีหอผู้ป่วยจิตเวชรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในลักษณะผู้ป่วยใน พบว่ามีโรงพยาบาลศูนย์ ตามคุณสมบัติดังกล่าวอยู่ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลราชบุรี และโรงพยาบาลชลบุรี ผู้วิจัยพิจารณาเลือกโรงพยาบาลราชบุรีเป็นแหล่งข้อมูล เนื่องจาก เป็นโรงพยาบาลที่มีหอผู้ป่วยเพื่อรับผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับรักษาในลักษณะผู้ป่วยใน มีการจัดประเภทของผู้ป่วยตามแนวทางของ กรมสุขภาพจิต และสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย โดยมีผู้ป่วยทั้งประเภทแรกเริ่ม เร่งรัดบำบัด และบำบัดระยะยาว มีพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุม ทั้งกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม มีที่ตั้งอยู่ในละแวกใกล้เคียงกรุงเทพมหานคร จึงมีความเป็นไปได้ในการเดินทาง

ไปเก็บข้อมูลมากที่สุด และมีความยินดีอนุญาตให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

2. คัดเลือกหอผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นแหล่งข้อมูล ในโรงพยาบาลจิตเวชและ โรงพยาบาลศูนย์ ให้ได้ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นนำรายชื่อหอผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมดมาทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ เพื่อให้ได้หอผู้ป่วยที่เป็นแหล่งข้อมูล ซึ่งในโรงพยาบาลจิตเวชจะต้องทำการสุ่ม เพื่อให้ได้หอผู้ป่วยหญิง 1 หอผู้ป่วย และหอผู้ป่วยชาย 1 หอผู้ป่วย ผลสรุปว่าหอผู้ป่วยลดาวัลย์ เป็นหอผู้ป่วยหญิงที่สุ่มได้ และ หอผู้ป่วยเฟื่องฟ้าเป็นหอผู้ป่วยชายที่สุ่มได้

สำหรับในโรงพยาบาลศูนย์นั้น จะมีหอผู้ป่วยจิตเวชเพียงหอผู้ป่วยเดียว ซึ่งรับผู้ป่วยจิตเวชทั้ง ชายและหญิงเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน จึงถือว่าหอผู้ป่วยดังกล่าวเป็นแหล่งข้อมูลโดยมิต้องทำการสุ่มเลือก

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชและบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลศูนย์ที่คัดเลือกไว้แล้ว ตามข้อ 2 ดังนี้

3.1 คัดเลือกผู้ป่วยจิตเวช ทั้งหญิงและชายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้จำแนกประเภทโดยใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช และแบบบันทึกข้อมูลในการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ เพื่อให้ได้ ผู้ป่วยแรกรับ ผู้ป่วยเร่งรัดบำบัด และผู้ป่วยบำบัดระยะยาว ประเภทละ 30 คน รวม 90 คน

ทั้งนี้ การกำหนดขนาดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง เป็นประเภทละ 30 คน นั้น นอกจากเพื่อให้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้แล้ว ก็เพื่อความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลโดยการสังเกต ซึ่งในแต่ละเวร ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพียงประเภทละ 1 คน

เมื่อแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 แหล่งข้อมูล จะได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 15 คน ต่อประเภท ต่อแหล่งข้อมูล รวมทั้งหมดแหล่งข้อมูลละ 45 คน ซึ่งได้รับการจำแนกประเภทในแต่ละเวร ตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยแรกรับ ผู้ป่วยเร่งรัดบำบัด และผู้ป่วยบำบัดระยะยาว แล้วทำการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยตามประเภทของผู้ป่วยในแต่ละเวรด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (จับฉลากจากผู้ป่วยที่ได้รับการจำแนกประเภทแล้ว) ให้ได้ผู้ป่วยประเภทละ 1 คน รวม 3 คนใน 1 เวร ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยเดิมหรือผู้ป่วยคนใหม่เพิ่มจากเวรก่อนก็ได้ ทั้งนี้ตามประเภทของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละเวร ซึ่งสรุปเป็น ผู้ป่วยแต่ละประเภทในแต่ละเวร ของทั้งสองแหล่งข้อมูล แหล่งข้อมูลละ 45 คน ดังนี้

ประเภทผู้ป่วย(เวร)	แรกรับ(คน)	เร่งรัดบำบัด(คน)	บำบัดระยะยาว(คน)
เช้า	5	5	5
บ่าย	5	5	5
ดึก	5	5	5
รวม	15	15	15

3.2 คัดเลือกบุคลากรทางการแพทย์ โดยถือว่าบุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในวัน เวลาที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ในโรงพยาบาลจิตเวชระหว่างวันที่ 8-18 กันยายน 2546 และในโรงพยาบาลศูนย์ระหว่างวันที่ 20 กันยายน - 2 ตุลาคม 2546 และปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาลโดยตรง และ กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมแก่ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มตัวอย่างทุกคน โดยสรุปแล้ว ได้บุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวนทั้งสิ้น 44 คน จาก 2 หอผู้ป่วย(หอผู้ป่วยลดาวัลย์ และ เพ็ญฟ้า) โดยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มตัวอย่าง และในโรงพยาบาลศูนย์ ได้บุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 16 คน จาก 1 หอผู้ป่วย (โรงพยาบาลศูนย์มีหอผู้ป่วยจิตเวช เพียงหอผู้ป่วยเดียว โดยรับผู้ป่วยรวมทั้งหญิงและชาย) โดยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มตัวอย่างทุกคน

4. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 21 ท่าน ประกอบด้วย คัดเลือกบุคคลที่มีความสะดวกในการตอบแบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดย

4.1 คัดเลือกผู้ที่เป็นคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง การพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 6 ท่าน จากที่มีทั้งหมด 7 ท่าน เนื่องจากคณะกรรมการฯ อีก 1 ท่านเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา จึงไม่สามารถตอบแบบสอบถามให้ได้

4.2 คัดเลือกผู้ที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 10 ท่าน จาก ที่มีทั้งหมด 12 ท่าน

4.3 คัดเลือกผู้บริหารด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช หรือโรงพยาบาลศูนย์ที่มีหอผู้ป่วยจิตเวช และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการด้านการบริหารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ชุด ดังนี้

1. เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช และ แบบบันทึกข้อมูลในการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช
2. แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมและเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
3. แบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การสร้างเครื่องมือ

ชุดที่ 1 เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช และ แบบบันทึกข้อมูลในการจำแนกประเภท และแบบบันทึกข้อมูลในการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช ดำเนินการสร้างโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1.1 ศึกษาค้นคว้า แนวคิดการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช จากเอกสาร งานวิจัย และตำราต่างๆ เกี่ยวกับประเภทของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อหากรอบแนวคิดต่างๆที่จะมาสร้างเกณฑ์การจำแนก

1.2 หาข้อสรุปในการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า ซึ่งพบว่าการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชนั้น สามารถกระทำได้หลายรูปแบบ โดยอาจมีความแตกต่างกันออกไปตามหลักการจำแนกและตัวบ่งชี้สำคัญของความต้องการการพยาบาล (Critical indicator of care) ยกตัวอย่างเช่น การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความเหมาะสม การจำแนกประเภทผู้ป่วยระดับความรุนแรงอาการเจ็บป่วย มาใช้เป็นแนวทางในสร้างแนวคำถาม กิ่งโครงสร้าง เพื่อให้ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชมาไม่น้อยกว่า 15 ปี จำนวน 5 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก) ทั้งนี้เพื่อให้เนื้อหาครอบคลุมและตรงกับความเป็นจริงกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวช โดยมีแนวคำถาม ดังนี้

แนวคำถามที่ 1 ผู้ป่วยจิตเวชสามารถจำแนกออกได้ที่ประเภท อะไรบ้าง

แนวคำถามที่ 2 ผู้ป่วยแต่ละประเภทควรมีลักษณะอย่างไร

ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และนัดหมายวันสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาสัมภาษณ์

ท่านละประมาณ 30-45 นาที ทำการสัมภาษณ์ในวันที่ 23, 27, 28, 29 พฤษภาคม 2546 และ 5 มิถุนายน 2546 พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเทปคำให้สัมภาษณ์

1.4 หลังจากสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปคำสัมภาษณ์คำต่อคำ เพื่อแยกประเด็นการสัมภาษณ์ ให้ครอบคลุมการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช แล้วนำไปตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไข

1.5 นำประเด็นเกี่ยวกับการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชที่ได้จากการถอดเทปการสัมภาษณ์ ซึ่งปรับปรุงแก้ไขแล้ว ร่วมกับผลการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยยึดตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยทางจิตและปัญญาอ่อนที่พัฒนามาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต และสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย (กรมสุขภาพจิตและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.) มาสร้างเป็นเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้ซึ่งมีความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท จะพิจารณาตามสภาพอาการและลักษณะของผู้ป่วย ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 3 หมวดใหญ่ คือ หมวดการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล หมวดการจัดการกับ

ความคิด อารมณ์ และการแสดงออกของตน และหมวดศักยภาพของบุคคล(ความสามารถในการดูแลตนเอง) โดยในแต่ละหมวดจะมีค่าคะแนน 4 ระดับ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรุนแรงของอาการและความต้องการการพยาบาลสูงสุด จะมีค่าคะแนนอยู่ในระดับ 1 คะแนน ส่วนผู้ป่วย จิตเวชที่มีความรุนแรงของอาการและความต้องการการพยาบาลต่ำที่สุด จะมีค่าคะแนนอยู่ในระดับ 4 คะแนน ทั้งนี้ 2 หมวดแรก จะไม่มีหัวข้อย่อย ส่วนหมวดที่3 จะมีหัวข้อย่อย ดังนี้

1.5.1 การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล

1.5.2 การจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกของตน

1.5.3 ศักยภาพของบุคคล(ความสามารถในการดูแลตนเอง)

1.5.3.1 การดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

1.5.3.2 การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม

1.5.3.2.1 การปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น

1.5.3.2.2 การพูดคุย ทักทายกัน ในกลุ่มเพื่อน และบุคลากร

ทีมสุขภาพ

1.5.3.3 การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด

1.5.3.3.1 การไว้วางใจพยาบาล

1.5.3.3.2 การฟัง และได้ตอบ

1.5.3.3.3 การคิด และการแสดงความคิด

1.5.3.3.4 การบอกความรู้สึกของตนเอง

1.5.3.4 สมรรถภาพทางกาย

1.5.3.4.1 พยาธิสภาพทางกาย

1.5.3.4.2 ความผิดปกติทางด้านร่างกาย อันเนื่องมาจาก

ความแปรปรวนของสภาวะทางจิต

1.5.3.4.3 ความผิดปกติทางด้านร่างกายอันเนื่องมาจากผล

ข้างเคียงของยาที่ได้รับ หรือ จากการบำบัดอื่นๆ

จากรายละเอียดข้างต้น เมื่อรวมค่าคะแนนในแต่ละหมวด หมวดที่1 และ2 จะมีคะแนน หมวดละ 4 คะแนน สำหรับหมวดที่3 แบ่งออกเป็น 4 หัวข้อโดยหัวข้อที่1 ไม่มีหัวข้อย่อย หมวดที่ 2, 3 และ4 มีหัวข้อย่อย 2, 4 และ 3 ข้อ ตามลำดับ รวม 9 ข้อ เมื่อรวมทั้งหมด ตั้งแต่หัวข้อที่1 ถึง 4 หมวดที่4 จะมีทั้งหมด 10 ข้อ ข้อละ 4 คะแนน รวม 40 คะแนน และเมื่อรวมทั้ง 3 หมวด จะได้คะแนนทั้งหมด 48 คะแนน

1.6 นำเกณฑ์การจำแนกประเภทในข้อ1.5 มาสร้างเป็นแบบบันทึกในการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช และเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช รายละเอียดดังปรากฏใน

ภาคผนวก ซึ่งประกอบด้วยข้อความตามเกณฑ์การจำแนกที่มีคะแนนเต็ม 48 คะแนน โดยจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภท เรียงตามระดับความรุนแรงของอาการ และความต้องการการพยาบาล ดังนี้

ช่วงคะแนนที่ประเมินได้	ประเภทของผู้ป่วย
12 – 21 คะแนน	1 ผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติ
22 – 30 คะแนน	2 ผู้ป่วยแรกรับ
31 – 39 คะแนน	3 ผู้ป่วยเร่งรัดบำบัด
40 – 48 คะแนน	4 ผู้ป่วยบำบัดระยะยาว

ชุดที่ 2 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรม และเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ดำเนินการสร้างโดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ศึกษา ค้นคว้า ในเรื่องเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จากเอกสาร งานวิจัย และตำราต่างๆ สอบถามกิจกรรมการพยาบาลแต่ละประเภท จากพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อหากรอบแนวคิดต่างๆ ที่จะนำมาสร้างเป็นแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมและเวลาในการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2.2 หาข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าซึ่งพบว่ากิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อาจ แบ่งออกเป็นกิจกรรมการพยาบาลทั่วไปและกิจกรรมการพยาบาลทางด้านจิตใจ อาจแบ่งออกเป็นกลุ่มๆ ตามลักษณะ กิจกรรม 4 ลักษณะ คือ การบำบัดทางจิต การช่วยเหลือด้วยกลุ่ม การบำบัดทางชีวภาพ และ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในสร้างแนวคำถามกึ่งโครงสร้างเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก) ชุดเดียวกันกับเครื่องมือชุดที่ 1 ทั้งนี้เพื่อให้เนื้อหาครอบคลุมและตรงกับความเป็นจริงกับกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวชโดยมีแนวคำถาม ดังนี้

แนวคำถามที่ 1 ท่านคิดว่ากิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีกี่ประเภท
แนวคำถามที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลแต่ละประเภทมีลักษณะ และประกอบด้วยกิจกรรมหลัก กิจกรรมรอง และรายละเอียดสังเขปของการทำกิจกรรมอย่างไร

2.3 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และนัดหมายวันสัมภาษณ์ โดยสัมภาษณ์ ต่อจากเรื่องการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช ใช้เวลาสัมภาษณ์ท่านละประมาณ 30-45 นาที ทำการสัมภาษณ์ในวันที่ 23, 27, 28, 29 พฤษภาคม 2546 และ 5 มิถุนายน 2546 พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเทปคำให้สัมภาษณ์

2.4 หลังจากสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปคำสัมภาษณ์คำต่อคำ เพื่อแยกประเด็นการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แล้วนำไปตรวจสอบกับอาจารย์ ที่ปรึกษา แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข

2.5 นำประเด็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ได้จากการถอดเทปการสัมภาษณ์ ซึ่งปรับปรุงแก้ไขแล้วร่วมกับผลการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสรุปโครงสร้างเนื้อหาให้ ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 4 หัวข้อหลัก ดังนี้

2.5.1 การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับกิจกรรมการบำบัดทางร่างกาย

2.5.1.1 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา

2.5.1.2 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรม

2.5.1.3 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

2.5.1.4 การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดจากอาการทางจิต

2.5.1.5 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติการรักษาพยาบาลทางกายอื่นๆ

2.5.2 การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจกรรมการบำบัดทางจิต

2.5.2.1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต

2.5.2.2 การช่วยเหลือด้วยกลุ่ม

2.5.2.2.1 การจัดกลุ่มบำบัดทางจิตที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ปัญหาและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

2.5.2.2.2 การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด ซึ่งเน้นการจัดสภาพแวดล้อมหรือการจัดรูปแบบกลุ่มเลียนแบบการดำเนินชีวิตจริงในสังคม

2.5.3 การดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.5.3.1 การดูแลความสะอาดร่างกาย

2.5.3.2 การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

2.5.3.3 การดูแลผู้ป่วยด้านการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย

2.5.3.1 การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจกรรม(Activity)

2.5.9.2 การดูแลการพักผ่อนนอนหลับ

2.5.9.3 การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการขับถ่าย

2.5.4 การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ

2.6 นำข้อมูลที่ได้มาสร้างเป็นแบบฉบับที่การสังเกตการปฏิบัติกิจกรรม และเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ลงรายการกิจกรรมการพยาบาล โดยตรงทั้งหมดไว้ และทำตารางสำหรับผู้สังเกต ให้ลงบันทึกเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของการปฏิบัติ

กิจกรรมการพยาบาลที่สังเกตได้โดยต้องบันทึกประเภทของบุคลากรที่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ด้วย
 สำหรับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมนั้น ผู้วิจัยได้ทบทวนตำรา
 เอกสารวิชาการและงานวิจัย เพื่อสรุปออกมาเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม แล้วนำข้อมูลที่ได้
 ไปตรวจสอบแก้ไขกับอาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วย 6 กลุ่มกิจกรรม ดังนี้

- 2.6.1 กิจกรรมการเตรียม อาหาร ยา และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อใช้ในการบำบัด
- 2.6.2 กิจกรรมการเขียนบันทึกและการเขียนรายงานต่างๆ
- 2.6.3 กิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษา
 และการเป็นที่ปรึกษา
- 2.6.4 กิจกรรมด้านวิชาการ และการวิจัย
- 2.6.5 กิจกรรมการบริหารจัดการ
- 2.6.6 กิจกรรมการบริการพยาบาลอื่นๆ

ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือให้บุคลากรทางการพยาบาลในเวรที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยทำการ
 เก็บข้อมูล เขียนรายงานตนเอง(Self report) ถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ที่ได้
 ให้แก่ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติพร้อมทั้งระบุระยะเวลาเริ่มต้นและ
 สิ้นสุดของแต่ละกิจกรรมตามความเป็นจริง และเมื่อสิ้นสุดในแต่ละเวรให้ผู้บันทึกส่งแบบบันทึกให้
 หัวหน้าเวรเป็นผู้เก็บรวบรวม เพื่อส่งให้ผู้วิจัย ต่อไป

ชุดที่ 3 แบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 ดำเนินการสร้างโดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.1 นำเครื่องมือชุดที่2 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรม และเวลาในการ
 ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง มาสร้าง
 เป็นแบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับ
 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า จากเอกสาร งานวิจัย และตำราต่างๆ
 เพื่อนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและ
 จิตเวช เช่นเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทั้ง 21 ท่าน ได้
 ทำการจำแนกระดับการปฏิบัติบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชออกเป็น 2 ระดับ คือ

- 3.1.1 กิจกรรมการบริการพยาบาลที่ปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน
- 3.1.2 กิจกรรมการบริการพยาบาลที่ปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

3.2 แบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 มีลักษณะเป็นแบบรายการให้เลือกทำเครื่องหมายถูกเฉพาะข้อที่เห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ควรปฏิบัติ
 โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเท่านั้น (ดังแสดงไว้ในภาคผนวก ก.)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดที่1 แบบบันทึกข้อมูลในการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช และเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช และเครื่องมือชุดที่2 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรม และเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อันประกอบด้วย

1.1 คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง การพยาบาล และการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน

1.2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน

1.3 ผู้บริหารด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน

เพื่อตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับความครอบคลุมในเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยถือเกณฑ์ที่ผู้ทรงคุณวุฒิมอบรับ ร้อยละ80 หรือ 4ใน5 ท่านซึ่งผลที่ได้มีดังนี้

เครื่องมือชุดที่1 แบบบันทึกข้อมูลในการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช และเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช หาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยแบ่งเกณฑ์การจำแนกประเภท ออกเป็นข้อย่อย ได้ 44 ข้อ แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน5ท่าน แสดงความคิดเห็นกับเกณฑ์เหล่านั้นว่า เห็นด้วย หรือ ไม่เห็นด้วย จากนั้นวิเคราะห์ความตรงเป็นรายข้อโดยนับจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่เห็นด้วยในแต่ละข้อ แล้วรวมคะแนนของทุกข้อเข้าด้วยกัน เพื่อวิเคราะห์ความตรงทั้งฉบับ เมื่อทั้งฉบับมีจำนวนเกณฑ์การจำแนกประเภท 44 ข้อ ผลรวมทั้งฉบับคือ 220 คะแนน ซึ่งตามเกณฑ์ที่ผู้ทรงคุณวุฒิมอบรับ ต้องได้คะแนน ร้อยละ80 หรือ 4ใน5ท่าน ดังนั้นต้องได้ 176 คะแนน ขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 220 คะแนน จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ ผลจากการรวมคะแนนในครั้งนี้ปรากฏว่า เครื่องมือชุดที่1 ได้ 166 คะแนน จึงมีค่าความตรงตามเนื้อหาพร้อมทั้งฉบับ คิดเป็นร้อยละ75.45

เครื่องมือชุดที่2 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมและเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยแบ่งเกณฑ์การจำแนกประเภท ออกเป็นข้อย่อย ได้ 48 ข้อ แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน5ท่าน แสดงความคิดเห็นกับเกณฑ์เหล่านั้นว่า เห็นด้วย หรือ ไม่เห็นด้วย จากนั้นวิเคราะห์ความตรงเป็นรายข้อโดยนับจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่เห็นด้วยในแต่ละข้อ แล้วรวมคะแนนของทุกข้อเข้าด้วยกัน เพื่อวิเคราะห์ความตรงทั้งฉบับ เมื่อทั้งฉบับมีจำนวนเกณฑ์การจำแนกประเภท 48 ข้อ ผลรวมทั้งฉบับคือ 240 คะแนน ซึ่งตามเกณฑ์ที่ผู้ทรงคุณวุฒิมอบรับ ต้องได้คะแนน ร้อยละ80 หรือ 4ใน5ท่าน ดังนั้นต้องได้ 192 คะแนน ขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 240 คะแนน จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ ผลจากการรวมคะแนนในครั้งนี้ปรากฏว่า เครื่องมือชุดที่2 ได้ 223 คะแนน จึงมีค่าความตรงตามเนื้อหาพร้อมทั้งฉบับ คิดเป็นร้อยละ92.91

จากผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาข้างต้น ปรากฏว่าเครื่องมือชุดที่ 1 มีค่าความตรงตามเนื้อหา ร้อยละ 75.45 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือชุดนี้มาทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปตรวจสอบแก้ไขกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นได้ส่งไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเป็นครั้งที่ 2 ซึ่งผลที่ได้ คือ ร้อยละ 92.91

สำหรับเครื่องมือชุดที่ 2 นั้นมีค่าความตรงตามเนื้อหา รวมทั้งฉบับผ่านตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้แล้ว แต่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงรายละเอียดบางประการ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อความสมบูรณ์ของ แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมและเวลา ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ด้วย

2. นำเครื่องมือทั้ง 2 ชุดซึ่งได้รับการปรับปรุงแล้ว มาหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยหาดัชนีสอดคล้องของการสังเกต (Interobserver Reliability) ระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ในเครื่องมือชุดที่ 1 และ 2 โดยต้องทำในแหล่งข้อมูลทั้ง 2 แห่ง ดังนี้ โดย สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติสมเด็จพระยา ทำการหาค่าความเที่ยง ของเครื่องมือทั้ง 2 ชุด ในเวรเช้าของวันที่ 1 กันยายน 2546 ณ หอผู้ป่วยลดาวัลย์ และหอผู้ป่วย จิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ทำการหาค่าความเที่ยง ของเครื่องมือทั้ง 2 ชุด ในเวรเช้าของวันที่ 3 กันยายน 2546 ผลที่ได้ มีดังนี้

2.1 เครื่องมือชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลในการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช และเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช ทำโดย สุ่มตัวอย่างผู้ป่วย (สุ่มอย่างง่าย) มาจำนวน 10 คน แล้วทดลองจำแนกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต ตามวิธีของ Polit & Hungler (1999) ดังนี้

2.1.1 สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติสมเด็จพระยา

$$\begin{aligned} \text{ความเที่ยงของการสังเกต} &= \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}} \\ &= \frac{9}{9+1} \\ &= 0.90 \end{aligned}$$

2.1.2 หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี

$$\begin{aligned} \text{ความเที่ยงของการสังเกต} &= \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}} \\ &= \frac{10}{10+0} \\ &= 1.00 \end{aligned}$$

2.2 เครื่องมือชุดที่2 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรม และเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ทำโดยผู้วิจัย (ผู้ช่วย) มา 2 ประเภท ประเภทละ 1 คน ในที่นี้ ได้ทดลองสังเกตประเภทที่3 และ 4 แล้วทดลองสังเกตการปฏิบัติกิจกรรม และเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต ตามวิธีของ Polit & Hungler (1999) ดังนี้

2.2.1 สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติสมเด็จพระยา

$$\begin{aligned} \text{ความเที่ยงของการสังเกต} &= \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}} \\ &= \frac{18}{18+4} \\ &= 0.81 \end{aligned}$$

2.1.2 หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี

$$\begin{aligned} \text{ความเที่ยงของการสังเกต} &= \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}} \\ &= \frac{13}{13+2} \\ &= 0.86 \end{aligned}$$

สำหรับเครื่องมือชุดที่2 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงนี้ เมื่อผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาจัดทำเป็นเครื่องมือชุดที่3 แบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีลักษณะแบบรายการให้เลือกทำเครื่องหมายถูกเฉพาะข้อที่เห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเท่านั้น (ดังแสดงไว้ในภาคผนวก) เรียงลำดับจากกิจกรรมที่1 ถึงกิจกรรมสุดท้าย โดยไม่เปลี่ยนแปลงถ้อยคำใดๆ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้ทำการจำแนกต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยวิจัย ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแจ้งถึง

1.1.1 ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ราชบุรี เพื่อขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1.2 ผู้อำนวยการ สถาบัน โรงพยาบาล คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ รวมทั้งถึงผู้เชี่ยวชาญโดยตรง(ขณะที่ทำการติดต่อนั้น บางท่านได้เกษียณอายุราชการแล้ว และยังไม่ได้ปฏิบัติงาน ณ ที่ใด) เพื่อขออนุมัติให้บุคลากร และขอความอนุเคราะห์ ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญ ตอบแบบสอบถาม ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

1.2 ชี้แจงและขอความร่วมมือ จากบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ ในแหล่งข้อมูลโดยแจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งชี้แจงว่าการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสังเกตโดยตรงอย่างต่อเนื่อง แบบไม่มีส่วนร่วมนี้ ผู้วิจัยจะไม่เข้าไปมีส่วนร่วมกับกิจกรรมใดๆ ที่บุคลากรปฏิบัติ เพียงแต่จะคอยสังเกตการปฏิบัติกิจกรรม แล้วทำการบันทึกเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของแต่ละกิจกรรมนั้นๆ โดยไม่ได้สังเกตขั้นตอน กระบวนการใดๆ ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ผู้ถูกสังเกตมีความรู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ ซึ่งอาจมีผลให้ไม่ปฏิบัติตามจริง ดังนั้น บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนจึงสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรม ตามบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัย หลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ทำการเตรียมผู้ช่วยวิจัย แหล่งข้อมูลละ 1 คน ตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1.3.1 ผู้วิจัยจะคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยโดยพิจารณาคัดเลือกจากพยาบาลที่ เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติกรพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และ/หรือมีประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยโดยใช้วิธีการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมาแล้ว และปัจจุบันไม่ได้ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยที่ทำการเก็บข้อมูล คือ หอผู้ป่วยลดาวัลย์และเฟื่องฟ้า ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อผู้ป่วยจะได้เกิดความคุ้นเคยกับสถานที่ บุคลากรและกิจกรรมที่ปฏิบัติในหอผู้ป่วยดังกล่าว และไม่เกิดความอึดอัดในการบันทึกเวลา อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่สามารถจัดหาผู้ช่วยวิจัยตามคุณสมบัติข้างต้นได้ จึงต้องปฏิบัติดังนี้

1.3.1.1 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยไม่สามารถจัดหาบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแหล่งข้อมูลได้ จึงได้คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยที่ปฏิบัติงานในการพยาบาลสาขาอื่น แต่มีประสบการณ์การเก็บข้อมูลวิจัย โดยใช้วิธีการสังเกตมาแล้ว

1.3.1.2 หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี เนื่องจากแหล่งข้อมูลนี้มีผู้ที่เคยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช และปัจจุบันไม่ได้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยนี้ จำนวนน้อยมาก และติดภารกิจ ไม่สามารถมาปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยวิจัยได้ นอกจากนี้ ผู้ที่ยังไม่มีเคยมีประสบการณ์การเก็บข้อมูลวิจัย โดยใช้วิธีการสังเกตคนใด ที่สามารถมาเก็บข้อมูลที่แหล่งข้อมูลนี้ได้ ผู้วิจัยจึงต้องคัดเลือก

ผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลวิชาชีพที่กำลังปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช และมีความสามารถในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวิธีการและระยะเวลาที่กำหนดได้

เมื่อได้ผู้ช่วยวิจัยครบทั้ง 2 แหล่งข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ สาระสำคัญของงานวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด รวมทั้งจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งวางแผนร่วมกับผู้ช่วยวิจัย เกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะเวลาที่กำหนด ทั้งนี้ได้มอบตัวอย่างเครื่องมือวิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยได้ไปทำการศึกษาก่อนทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลจริง

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ได้ร่วมกันหาค่าดัชนีสอดคล้องของการสังเกต(Interobserver Reliability) โดยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ปฏิบัติวันที่ 1 ก.ย. 2546 และโรงพยาบาลราชบุรี ปฏิบัติวันที่ 3 ก.ย. 2546

2. ขั้นตอนการ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

2.1 การจำแนกประเภทผู้ป่วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จำแนกประเภทผู้ป่วยทุกคน ในหอผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นแหล่งข้อมูล โดยดูจากรายงานบันทึกอาการผู้ป่วยประจำวัน (Nurse's note) อาการและอาการแสดง ประกอบกับการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วย จากนั้นนำมาเทียบเคียงกับเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยทำการจำแนกประเภทให้แล้วเสร็จก่อนเวลาการปฏิบัติงานในเวรต่อไป เช่น ในเวรเช้าที่มีเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 08.00-16.00น. ผู้วิจัยต้องทำการจำแนกประเภทก่อน โดยใช้เวลาในการจำแนกประมาณ 30-45 นาที ทั้งนี้เพื่อที่จะจำแนกประเภทผู้ป่วยให้ได้ตามสภาพผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งข้อมูลการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่ได้รับนี้ ผู้วิจัยจะนำมาหาจำนวนและร้อยละของจำนวนผู้ป่วยแต่ละประเภท (ดังตารางที่1)

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้มีการเก็บข้อมูลในเวลา 24 ชั่วโมง โดยพบว่าแหล่งข้อมูลทั้ง 2 แหล่ง มีการนับช่วงเวลาต่างๆ ในแต่ละรอบวัน แตกต่างกันดังนี้

2.2.1 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จะเริ่มนับช่วงเวลาในแต่ละวัน จากเวรเช้า (08.00-16.00น.) ต่อเนื่องไปยังเวรบ่าย(16.00-24.00น.) และเวรดึก(24.00-08.00น.) ตามลำดับ (เช้า-บ่าย-ดึก)

2.2.2 หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี จะเริ่มนับช่วงเวลาในแต่ละวัน จากเวรดึก (24.00-08.00น.) ต่อเนื่องไปยังเวรเช้า(08.00-16.00น.) และเวรบ่าย(16.00-24.00น.) ตามลำดับ (ดึก-เช้า-บ่าย)

ดังนั้น ในช่วงเวลา 24.00น.-08.00น.ของวันที่เดียวกัน เช่น วันที่ 1 ตุลาคม 2546 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จะนับเป็นเวรตึก(เวรสุดท้าย) ของวันที่ 30 กันยายน 2546 ในขณะที่โรงพยาบาลราชบุรี จะนับเป็นเวรตึก(เวรแรก) ของวันที่ 1 ตุลาคม 2546 ซึ่งการนับช่วงเวลาที่แตกต่างกันนี้ ได้สร้างความสับสนให้กับตารางการเก็บข้อมูล ในช่วงต้นๆ แต่เมื่อผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจการนับช่วงเวลาโดยละเอียด ปัญหาดังกล่าวจึงหมดไป

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยช่วยกันเก็บข้อมูลตามช่วงเวลาที่สามารถปฏิบัติได้ ในบางเวรผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูล แต่ในบางเวรแยกกันเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจะต้องทำการจำแนกประเภทผู้ป่วยและทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ เพื่อให้ได้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ได้ทำการเก็บข้อมูลจนกระทั่งได้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ โดยมีระยะเวลาในการเก็บข้อมูล โดย ทำการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลจิตเวช ระหว่างวันที่ 8 -18 กันยายน 2546 และในโรงพยาบาลศูนย์ระหว่างวันที่20 กันยายน - 2 ตุลาคม 2546

ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เพียงแต่เข้าสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและบันทึกเวลาที่ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลนั้นๆ เริ่มตั้งแต่มีการรับเวร จนกระทั่งส่งเวรเสร็จ โดยไม่ต้องมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมใดๆ โดยต้องสังเกตอย่างอย่างต่อเนื่อง จนครบระยะเวลา 8 ชั่วโมง ของเวรนั้นๆ

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ผู้วิจัยให้บุคลากรทางการพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในเวรนั้นๆ เขียนรายงานการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมที่ตนเองกระทำต่อผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง(Self report) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่1 แจกหัวหน้าหอผู้ป่วย และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบการรายงานตนเอง

ขั้นตอนที่2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ร่วมกันให้คำแนะนำในการบันทึกข้อมูลและปริมาณเวลาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม โดยให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับที่ขึ้นปฏิบัติงานในเวรต่างๆ ในช่วงระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ลงในแบบบันทึก ตั้งแต่เริ่มต้นถึงเวลาสิ้นสุดของกิจกรรมนั้นๆ ตามที่ได้ปฏิบัติจริง

ขั้นตอนที่3 ทดลองทำการบันทึกฯ ก่อนการบันทึกจริงเพื่อประเมินปัญหาและหาแนวทางการแก้ไข ร่วมกับผู้ช่วยวิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลหัวหน้าเวร

ขั้นตอนที่4 ใช้แบบการรายงานตนเองในการเก็บข้อมูลจริง หลังจากได้บันทึกข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้กับพยาบาลหัวหน้าเวรเก็บไว้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะไปรับมาวิเคราะห์ในภายหลัง

หลังจากการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยตรงและโดยอ้อม ที่ผู้ป่วยแต่ละประเภทได้รับในแต่ละเวร จากบุคลากรทางการพยาบาลต่างๆ มาหาเวลาเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (ดังแสดงไว้ในตารางที่4-27)

2.4 ส่งเครื่องมือชุดที่3แบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 21 ท่าน พิจารณา จำแนกว่ากิจกรรมการพยาบาลใด ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเท่านั้น

จากนั้น นำข้อมูลที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ มาหาผลรวมของความคิดเห็น และจัดระดับของกิจกรรมตามที่ผู้เชี่ยวชาญระบุไว้ (ดังแสดงไว้ในตารางที่28-50) ทั้งนี้เพื่อนำมา เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ได้จากการเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยส่วนต่างๆ และการพิทักษ์สิทธิแก่ ผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

1. ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การขอ อนุญาตบันทึกข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล อย่างละเอียด พร้อมทั้งมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. อธิบายถึงการรักษาความลับ โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องถึงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. ขณะทำการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ ทุกขั้นตอน ของการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อกรรับบริการ หรืองานในหน้าที่
4. การนำข้อมูลที่ได้รับไปอภิปรายผล และเผยแพร่แก่สาธารณชน จะนำเสนอข้อมูลโดยรวมในเชิงวิชาการเฉพาะการวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS/FW Version 11.0 และ โปรแกรม Microsoft Excel, Version 2000 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแสดงจำนวนและหาค่าร้อยละ (ดังตารางที่1-2)
2. คำนวณหาปริมาณเวลา ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ของผู้ป่วยประเภทต่างๆ จำแนกตามลักษณะของหอผู้ป่วยจิตเวช โดยนำมาหา ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (ดังตารางที่4-5)

3. คำนวณหาปริมาณเวลา ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมที่บุคลากรทางการพยาบาลแต่ละระดับ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรมแก่ผู้ป่วย โดยนำมาหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (ดังตารางที่6-27)

4. จำแนกกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช ตามระดับของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้เครื่องมือชุดที่ 3 แบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ดังตารางที่28-50)

5. วิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน กับผลการจำแนกระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (เครื่องมือชุดที่3) ตามลักษณะของหอผู้ป่วยจิตเวช



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาล ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษารวบรวมในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยเสนอเป็นหัวข้อ ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชและปริมาณเวลา จำแนกตามระดับของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ตอนที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช และปริมาณเวลา ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ ดังนี้

สัญลักษณ์	ความหมาย
\bar{X}	ค่าเฉลี่ย
S.D.	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
N	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 สถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค

สถานภาพส่วนบุคคล	โรงพยาบาลจิตเวช		โรงพยาบาลศูนย์		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ	20 – 29 ปี	18	40.00	20	44.40	38	42.22
	30 – 39 ปี	13	28.90	13	28.90	26	28.89
	40 – 49 ปี	10	22.20	8	17.80	18	20.00
	50 – 59 ปี	4	8.90	4	8.90	8	8.89
เพศ	ชาย	7	15.55	32	71.10	39	43.33
	หญิง	38	84.45	13	28.90	51	56.67
การวินิจฉัยโรค	Psychosis	1	2.22	4	8.89	4	4.44
	Psychosis and Epilepsy	1	2.22	0.00	0.00	1	1.11
	Psychosis and Mental Retardation	1	2.22	2	4.44	3	3.33
	Schizophrenia	34	75.56	34	75.56	68	75.56
	Schizoaffective disorders	3	6.66	0	0	3	3.33
	Schizoaffective disorders and Depression	2	4.44	0	0	2	2.22
	Depressive disorders and Hypertension	0	0.00	1	2.22	1	1.11
	Bipolar affective disorder	1	2.22	0	0.00	1	1.11

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค (N=45, 45 และ 90) (ต่อ)

สถานภาพส่วนบุคคล	โรค	โรงพยาบาลจิตเวช		โรงพยาบาลศูนย์		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค	Impulsive disorders and Mental Retardation	1	2.22	0	0.00	1	1.11
	Delirium Tremor	0	0	1	2.22	1	1.11
	Hyperventilation	0	0	3	6.67	3	3.33
	Epilepsy & Bronchiectasis	2	4.44	0	0	2	2.22
	รวม	45	100.00	45	100.00	90	100.00

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากมีอายุระหว่าง 20-29 ปี ทั้งในโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ และโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 42.40 ร้อยละ 42.22 และ 44.22 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนมากในโรงพยาบาลจิตเวช และโดยรวม เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.67 และ 84.45 ตามลำดับ ตรงข้ามกับในโรงพยาบาลศูนย์ที่ผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศชาย คือ ร้อยละ 71.10 อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุดทั้งใน โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ และ รวมทั้ง 2 แหล่งข้อมูล คือ โรค Schizophrenia ที่คิดเป็นร้อยละ 75.56 เท่ากัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาล จำแนกตามอายุ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

สถานภาพ ส่วนบุคคล		โรงพยาบาลจิตเวช			โรงพยาบาลศูนย์					รวม			
		พยาบาล วิชาชีพ	พยาบาล เทคนิค	ผู้ช่วยเหลือ คนไข้	พยาบาล วิชาชีพ	พยาบาล เทคนิค	ผู้ช่วยเหลือ คนไข้	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	20-29	2	0	6	1	0	2	3	15.00	0	0	8	22.22
	30-39	3	1	11	3	0	2	6	30.00	1	25.00	13	36.11
	40-49	6	1	5	1	1	3	7	35.00	2	50.00	8	22.22
	50-59	2	1	6	2	0	1	4	20.00	1	25.00	7	19.45
ประสบการณ์ในหอผู้ป่วยจิตเวช (ปี)													
	ต่ำกว่า 5 ปี	3	0	6	1	0	2	4	20.00	0	0	8	22.22
	5 - 9 ปี	0	0	9	2	0	2	2	10.00	0	0	11	30.55
	10 - 14 ปี	2	1	5	1	0	2	3	15.00	1	25.00	7	19.45
	15 ปี ขึ้นไป	8	2	8	3	1	2	11	55.00	3	75.00	10	27.78
	รวม	13	3	28	7	1	8	20	100.00	4	100.00	36	100.00

จากตารางที่ 2 พบว่าจำนวนสูงสุดของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งในโรงพยาบาลจิตเวช และโดยรวม มีอายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวนสูงสุดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ซึ่งทั้งหมด มีประสบการณ์ในหอผู้ป่วยจิตเวช 15 ปี ขึ้นไปมากที่สุด สำหรับจำนวนพยาบาลเทคนิค โดยรวมมีอายุระหว่าง 40-49 ปี มากที่สุด ทั้งนี้ ในโรงพยาบาลจิตเวช ช่วงอายุ 30-39 ปี 40-49 ปี และ 50-59 ปี มีจำนวนพยาบาลเทคนิคเท่ากัน โดยมีประสบการณ์ในหอผู้ป่วยจิตเวช 15 ปี ขึ้นไปมากที่สุด โรงพยาบาลศูนย์ มีพยาบาลเทคนิคเพียง 1 คน และมีประสบการณ์ในหอผู้ป่วยจิตเวช 15 ปี ขึ้นไป ในส่วนของผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทั้งโดยรวมและในโรงพยาบาลจิตเวช มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มากที่สุด และส่วนมากมีประสบการณ์ในหอผู้ป่วยจิตเวช 5 – 9 ปี ต่างกับโรงพยาบาลศูนย์ ที่จำนวนสูงสุดของผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีอายุระหว่าง 40-49 ปี และมีประสบการณ์ในหอผู้ป่วยจิตเวช เท่ากันในทุกช่วง คือ ตั้งแต่ ต่ำกว่า 5 ปี จนถึง 15 ปี ขึ้นไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่3 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำแนกตามอายุ เพศ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน และสถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน

สถานภาพส่วนบุคคล		จำนวน(N=21)	ร้อยละ
อายุ (ปี)	31-40	6	28.58
	41-50	13	61.90
	51-60	1	4.76
	60 ขึ้นไป	1	4.76
เพศ	ชาย	0	0.00
	หญิง	21	100.00
วุฒิ การศึกษา	ปริญญาตรี	1	4.76
	ปริญญาโท	17	80.95
	ปริญญาเอก	3	14.29
ตำแหน่ง ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 6	2	9.52
	พยาบาลวิชาชีพ 7	11	52.40
	พยาบาลวิชาชีพ 8	2	9.52
	พยาบาลชำนาญการ 8	1	4.76
	อาจารย์	1	4.76
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์	2	9.52
	รองศาสตราจารย์	2	9.52
สถานที่ ปฏิบัติงาน ในปัจจุบัน	กลุ่มงานการพยาบาล ในโรงพยาบาลจิตเวช	12	57.15
	กลุ่มงานการพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์	1	4.76
	กลุ่มงานการพยาบาล ในโรงพยาบาลของ มหาวิทยาลัย	2	9.52
	กลุ่มงานจิตเวช ในโรงพยาบาลศูนย์	1	4.76
	คณะพยาบาลศาสตร์ ในมหาวิทยาลัย	5	23.81

จากตารางที่3 พบว่าจำนวนสูงสุด ร้อยละ 61.90 ของผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีอายุระหว่าง 41-50 ปี เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาโทมากที่สุด ร้อยละ 80.95 ส่วนมากร้อยละ 52.40 มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับ7 และส่วนมากร้อยละ 57.15 ปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มงานการพยาบาล ในโรงพยาบาลจิตเวช

ตอนที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคน จำแนกตามประเภทและช่วงเวลาปฏิบัติงาน ในแต่ละเวร (1เวร=8ชั่วโมง)

ประเภท	ช่วงเว	ปริมาณเวลา (นาที)									
		โรงพยาบาลจิตเวช				รวม		โรงพยาบาลศูนย์				รวม
ผู้ป่วย	ลา ปฏิบัติ งาน	กิจกรรม		กิจกรรม		กิจกรรม		กิจกรรม		กิจกรรม	
		การพยาบาล		การพยาบาล		การพยาบาล		การพยาบาล		การพยาบาล	
		โดยตรง		โดยอ้อม		โดยตรง		โดยอ้อม		โดยอ้อม	
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
แรกรับ	เช้า	100.80	71.58	12.63	4.16	113.43	81.57	71.78	6.31	2.28	87.88
	บ่าย	5.39	4.21	8.63	3.11	14.02	26.98	17.85	10.29	3.06	37.27
	ดึก	19.55	9.25	7.84	2.87	27.39	17.83	10.73	5.46	1.55	23.29
	รวม	125.74	58.21	29.10	3.02	154.84	126.38	49.44	22.06	2.47	148.44
เร่งรัด	เช้า	58.16	57.32	7.28	2.05	65.44	65.25	47.75	4.86	1.09	70.11
	บ่าย	3.74	1.15	4.73	1.14	8.47	16.92	17.60	9.70	2.68	26.62
	ดึก	17.34	8.38	6.83	2.43	24.17	14.94	10.34	5.60	1.95	20.54
	รวม	79.24	41.83	18.84	1.57	98.08	97.11	50.16	20.16	2.67	117.27
บำบัด	เช้า	73.00	42.29	5.33	1.84	78.33	114.34	36.53	6.23	2.33	120.57
	บ่าย	4.25	2.46	4.73	1.03	8.98	6.80	3.90	11.45	2.65	18.25
	ดึก	14.59	5.55	6.45	2.02	21.04	7.23	4.58	5.71	2.46	12.94
	รวม	91.84	45.71	16.51	1.53	108.35	128.37	28.19	23.39	2.81	151.76

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวช ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดให้กับผู้ป่วยประเภทแรกรับในวัน เท่ากับ 154.84 นาที ประเภทเร่งรัดบำบัด 98.08 นาที และ ผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาว 108.35 นาที ส่วนโรงพยาบาลศูนย์ มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด ให้กับผู้ป่วยประเภทแรกรับ เท่ากับ 148.44 นาที ประเภทเร่งรัดบำบัด 117.27 นาที และ ผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาว 151.76 นาที

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกระดับ ในโรงพยาบาลจิตเวช ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคน จำแนกตามประเภทและช่วงเวลาปฏิบัติงาน ในแต่ละเวร (1เวร=8ชั่วโมง)

ประเภท	ช่วงเวลา	ปริมาณเวลา (นาที)								รวม
		โรงพยาบาลจิตเวช								
		กิจกรรมการพยาบาล โดยตรง				กิจกรรมการพยาบาล โดยอ้อม				
ผู้ป่วย	ปฏิบัติงาน	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
แรกรับ	เช้า	20.37	172.47	100.80	71.58	2.99	15.64	12.63	4.16	113.43
	บ่าย	1.07	11.55	5.39	4.21	2.15	10.8	8.63	3.11	14.02
	ดึก	15.16	35.23	19.55	9.25	1.54	9.82	7.84	2.87	27.39
เร่งรัด	เช้า	21.69	159.06	58.16	57.32	1.06	10.44	7.28	2.05	65.44
บำบัด	บ่าย	2.82	5.64	3.74	1.15	0.98	5.67	4.73	1.14	8.47
	ดึก	9.15	27.32	17.34	8.38	2.01	7.12	6.83	2.43	24.17
บำบัด	เช้า	29.44	133.07	73.00	42.29	1.65	6.41	5.33	1.84	78.33
ระยะ	บ่าย	1.65	7.21	4.25	2.46	0.87	6.55	4.73	1.03	8.98
ยาว	ดึก	8.65	20.81	14.59	5.55	2.01	7.62	6.45	2.02	21.04

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาสูงที่สุดที่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงให้กับผู้ป่วยประเภทแรกรับ เร่งรัดบำบัด และบำบัดระยะยาว ใน1วัน คือ เกรเช้า ซึ่งใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง 100.80 นาที 57.32 นาที และ 42.29 นาที ตามลำดับ เช่นเดียวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมที่มีการปฏิบัติในเวรเช้ามากที่สุด โดยมีการใช้เวลาไปในผู้ป่วยประเภทแรกรับมากที่สุด 113.43 นาที รองลงมาเป็นประเภทบำบัดระยะยาว 78.33 นาที และเร่งรัดบำบัด 65.44 นาที

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกระดับ ในโรงพยาบาลศูนย์ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคน จำแนกตามประเภทและช่วงเวลาปฏิบัติงาน ในแต่ละเวร (1เวร=8ชั่วโมง)

ประเภท	ช่วงเวลา	ปริมาณเวลา (นาที)								รวม
		โรงพยาบาลศูนย์								
		กิจกรรมการพยาบาล โดยตรง				กิจกรรมการพยาบาล โดยอ้อม				
ผู้ป่วย	ปฏิบัติงาน	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
แวกซ์	เช้า	1.97	187.24	81.57	71.78	1.05	7.33	6.31	2.28	87.88
	บ่าย	3.22	43.55	26.98	17.85	2.63	11.45	10.29	3.06	37.27
	ดึก	5.48	30.11	17.83	10.73	0.96	6.39	5.46	1.55	23.29
เร่งรัด	เช้า	26.98	129.93	65.25	47.75	0.88	5.62	4.86	1.09	70.11
บำบัด	บ่าย	4.25	13.99	16.92	17.60	1.97	12.06	9.70	2.68	26.62
	ดึก	3.35	28.97	14.94	10.34	1.55	6.63	5.60	1.95	20.54
บำบัด	เช้า	3.05	104.17	114.34	36.53	2.05	7.87	6.23	2.33	120.57
ระยะ	บ่าย	4.09	12.94	6.80	3.90	2.44	11.94	11.45	2.65	18.25
ยาว	ดึก	3.40	14.54	7.23	4.58	1.98	6.68	5.71	2.46	12.94

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาสูงที่สุดที่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงให้กับผู้ป่วยใน 1 วัน คือ เวรเช้า โดยการใช้เวลาไปในผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาวมากที่สุด 114.34 นาที รองลงมาเป็นประเภทแวกซ์ 81.57 นาที และเร่งรัดบำบัด 66.25 นาที เช่นเดียวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมที่มีการใช้เวลาไปในผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาวมากที่สุด 120.57 นาที รองลงมาเป็นประเภทแวกซ์ 87.88 นาที และเร่งรัดบำบัด 70.11 นาที

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและโดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)													
	โรงพยาบาลจิตเวช							โรงพยาบาลศูนย์						
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		รวม	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		รวม
\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
โดยตรง	13.89	16.57	3.50	4.49	14.39	21.99	31.78	27.35	38.14	4.99	16.22	9.11	13.33	41.45
โดยอ้อม	7.18	6.87	1.62	2.42	1.24	1.22	10.04	9.31	6.01	1.65	0.56	1.60	0.45	12.56
รวม	21.07	22.53	4.47	5.42	15.63	21.96	41.82	36.66	41.05	6.64	13.21	10.71	11.58	54.01

จากตารางที่ 7 พบว่า ในแต่ละเวร โดยรวมแล้วบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลศูนย์ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ให้ผู้ป่วยแต่ละคน เฉลี่ยมากกว่าการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ซึ่งในโรงพยาบาลจิตเวช มีการปฏิบัติ 31.78 นาที และ 10.04 นาที ตามลำดับ ส่วนในโรงพยาบาลศูนย์มีการปฏิบัติ 41.45 นาที และ 12.56 นาที ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ในโรงพยาบาลจิตเวช ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยตรงและโดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร

กิจกรรม	ปริมาณเวลา(นาที)											
	พยาบาลวิชาชีพ				พยาบาลเทคนิค				ผู้ช่วยเหลือคนไข้			
การพยาบาล	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.
โดยตรง	0	87.66	13.91	16.36	0	10.5	3.50	4.49	0	108.38	14.39	21.99
โดยอ้อม	0	8.15	7.18	6.87	0	2.50	1.62	2.42	0	1.46	1.24	1.22

จากตารางที่ 8 พบว่า ในโรงพยาบาลจิตเวช โดยเฉลี่ยแล้วแต่ละเวร ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงมากที่สุด 14.39 นาที รองลงมา เป็นพยาบาลวิชาชีพ 13.91 นาที และพยาบาลเทคนิค 3.50 นาที ตามลำดับ ต่างจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมที่ พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการปฏิบัติมากที่สุด 7.18 นาที รองลงมาเป็นพยาบาลเทคนิค 1.62 นาทีและผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1.24 นาที

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ในโรงพยาบาลศูนย์ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยตรงและโดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรม	ปริมาณเวลา(นาที)											
	พยาบาลวิชาชีพ				พยาบาลเทคนิค				ผู้ช่วยเหลือคนไข้			
การพยาบาล	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.
โดยตรง	0	154.23	27.35	38.14	0	96.83	4.99	16.22	0	79.2	9.11	13.33
โดยอ้อม	0	11.03	9.31	6.01	0	1.83	1.65	0.56	0	1.97	1.60	0.45

จากตารางที่ 9 พบว่า ในโรงพยาบาลศูนย์ โดยเฉลี่ยแล้วแต่ละเวร พยาบาลวิชาชีพจะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงมากที่สุด 27.35 นาที รองลงมาเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ 9.11 นาที และพยาบาลเทคนิค 4.99 นาที ตามลำดับ เช่นเดียวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมที่ พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการปฏิบัติมากที่สุด 9.31 นาที รองลงมาเป็นพยาบาลเทคนิค 1.65 นาที และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1.60 นาที

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแต่ละหมวด กิจกรรม แก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)													
	โรงพยาบาลจิตเวช							โรงพยาบาลศูนย์						
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		รวม	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		รวม
\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
กิจกรรมการบำบัดทางร่างกาย	3.35	4.63	0.008	0.04	0.60	2.83	3.95	2.95	6.87	0.08	0.25	2.22	2.74	5.25
กิจกรรมการบำบัดทางจิต	3.48	11.65	0.00	0.00	3.64	12.84	7.12	18.73	35.10	2.90	14.55	0.50	1.71	22.13
การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	6.98	7.17	3.49	4.47	10.14	14.87	20.61	5.22	8.09	1.97	6.78	4.41	7.56	11.6
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ	0.91	0.35	0.00	0.00	0.00	0.00	0.91	0.43	0.60	0.03	0.09	0.25	0.25	0.71

จากตารางที่ 10 พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแต่ละหมวดกิจกรรม แก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร โดยรวม บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจิตเวช ใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงหมวดการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด 20.61 นาที ต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางจิตมากที่สุด 22.13 นาที

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ในโรงพยาบาลจิตเวช ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยตรงแต่ละหมวดกิจกรรม แก่ ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรม การพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)												รวม
	พยาบาลวิชาชีพ				พยาบาลเทคนิค				ผู้ช่วยเหลือคนไข้				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
การบำบัดทางกาย	0	22.5	3.35	4.63	0	0.4	0.008	0.04	0	15	0.60	2.83	3.95
การบำบัดทางจิต	0	75	3.48	11.65	0	0	0.00	0.00	0	79	3.64	12.84	7.12
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0	30.8	6.96	7.16	0	10.5	3.49	4.47	0	88.16	10.14	14.87	20.61
การปฏิบัติ อื่นๆ	0	2.12	0.91	0.35	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.91

จากตารางที่ 11 พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแต่ละหมวดกิจกรรม แก่ ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร โดยเฉลี่ยแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจิตเวช มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลหมวดการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด 20.61 นาที โดยผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้เวลามากที่สุด 10.14 นาที รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพ 6.96 นาที และพยาบาลเทคนิค 3.49 นาที โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางจิตเป็นลำดับรองลงมา ซึ่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ ได้ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมนี้มากที่สุดเช่นกัน เฉลี่ย 3.64 นาที พยาบาล วิชาชีพ 3.48 นาที และพยาบาลเทคนิค ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนี้ อย่างไรก็ตาม พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางร่างกาย มากที่สุด 3.35 นาที รองลงมาเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ 0.60 นาที และพยาบาลเทคนิค 0.008 นาที

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับในโรงพยาบาลศูนย์ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง แต่ละหมวดกิจกรรมแก่ผู้ป่วย แต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรม	ปริมาณเวลา(นาที)												
	พยาบาลวิชาชีพ				พยาบาลเทคนิค				ผู้ช่วยเหลือคนไข้				รวม
การพยาบาล	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
การบำบัด	0	30.83	2.95	6.87	0	1	0.08	0.25	0	15	2.22	2.74	5.25
ทางกาย													
การบำบัดทางจิต	0	125.25	18.73	35.10	0	95.83	2.90	14.55	0	9	0.50	1.71	22.13
การปฏิบัติกิจวัตร	0	27.24	5.22	8.09	0	28	1.97	6.78	0	21.49	4.41	7.56	11.6
ประจำวัน													
การปฏิบัติ อื่นๆ	0	2.2	0.43	0.60	0	0.36	0.03	0.09	0	1.2	0.25	0.25	0.71

จากตารางที่ 12 พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแต่ละหมวดกิจกรรม แก่ ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร โดยเฉลี่ยแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลหมวดการบำบัดทางจิตมากที่สุด 22.13 นาที โดยพยาบาลวิชาชีพ ใช้เวลามากที่สุด 10.14 นาที รองลงมาเป็นพยาบาลเทคนิค 6.96 นาที และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 0.50 นาที โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นลำดับรองลงมา ซึ่งพยาบาลวิชาชีพ ได้ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมนี้มากที่สุด เช่นกัน เฉลี่ย 5.22 นาที รองลงมาเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4.41 นาที และพยาบาลเทคนิค 1.97 นาที นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพยังเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางร่างกาย มากที่สุด 2.95 นาที รองลงมาเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2.22 นาที และพยาบาลเทคนิค 0.08 นาที

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละระดับ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการบำบัดทางร่างกายแก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)													
	โรงพยาบาลจิตเวช							โรงพยาบาลศูนย์						
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		รวม	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		รวม
\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา	2.02	1.46	0.01	0.06	0.00	0.00	2.03	0.40	0.43	0.01	0.06	0.00	0.00	0.41
การจำกัดพฤติกรรม	0.70	2.32	0.00	0.00	0.13	0.89	0.83	2.01	6.79	0.00	0.00	0.00	0.00	2.01
การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า	0.52	2.54	0.00	0.00	0.46	2.38	0.98	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
การดูแลอาการทางกาย	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
การดูแลทางกายอื่นๆ	0.10	0.37	0.00	0.00	0.00	0.00	0.10	0.53	1.68	0.06	0.25	2.22	2.74	2.81

จากตารางที่ 13 พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการบำบัดทางร่างกายแก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร โดยรวมบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจิตเวช ใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา มากที่สุด 2.03 นาที รองลงมาเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า 0.98 นาที และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรม 0.83 นาที ต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ ใช้เวลาไปในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติการรักษาพยาบาลทางกายอื่นๆ มากที่สุด 2.81 นาที รองลงมาเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรม 2.01 นาที และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา 0.41 นาที

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ในโรงพยาบาลจิตเวช ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยตรง หมวดกิจกรรมการบำบัดทางร่างกายแก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรม การพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)												รวม
	พยาบาลวิชาชีพ				พยาบาลเทคนิค				ผู้ช่วยเหลือคนไข้				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
การดูแลให้ ผู้ป่วยได้รับยา	0	6.16	2.02	1.46	0	0.4	0.01	0.06	0	0	0.00	0.00	2.03
การจำกัดพฤติกรรม	0	12	0.70	2.32	0	0	0.00	0.00	0	6	0.13	0.89	0.83
การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ด้วยไฟฟ้า	0	15	0.52	2.54	0	0	0.00	0.00	0	15	0.46	2.38	0.98
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ ทางกาย	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.00
การดูแลทางกายอื่นๆ	0	2	0.10	0.37	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.10

จากตารางที่ 14 พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงหมวดกิจกรรมการบำบัดทางร่างกายแก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวรของโรงพยาบาลจิตเวช ส่วนมากพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมมากที่สุดโดยใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา เฉลี่ย 2.02 นาที การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรม 0.70 นาที กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า 0.52 นาที และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติการรักษาพยาบาลทางกายอื่นๆ 0.10 นาที ทั้งนี้ ไม่มีบุคลากรใดที่ปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดจากความผิดปกติทางจิต

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ในโรงพยาบาลศูนย์ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยตรง หมวดกิจกรรมการบำบัดทางร่างกายแก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรม การพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)												รวม
	พยาบาลวิชาชีพ				พยาบาลเทคนิค				ผู้ช่วยเหลือคนไข้				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
การดูแลให้ ผู้ป่วยได้รับยา	0	2.16	0.40	0.43	0	0.24	0.01	0.06	0	0	0.00	0.00	0.41
การจำกัดพฤติกรรม	0	30.5	2.01	6.79	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	2.01
การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.00
การรักษาด้วยไฟฟ้า													
การดูแลอาการทางกาย	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.00
การดูแลทางกายอื่นๆ	0	10	0.53	1.68	0	1	0.06	0.25	0	15	2.22	2.74	2.81

จากตารางที่ 15 พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงหมวดกิจกรรมการบำบัดทางร่างกายแก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวรของโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนมากพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมมากที่สุด โดยใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรม เฉลี่ย 2.01 นาที กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติการรักษาพยาบาลทางกายอื่นๆ 0.53 นาที และ กิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา 0.40 นาที ทั้งนี้ ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดจากความผิดปกติทางจิต

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการบำบัดทางจิตแก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)													
	โรงพยาบาลจิตเวช							โรงพยาบาลศูนย์						
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		รวม	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		รวม
\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การสร้างสัมพันธภาพเพื่อ การบำบัดทางจิต	1.34	2.56	0.00	0.00	0.00	0.00	1.34	1.42	3.04	0.08	0.28	0.00	0.00	1.50
การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.68	3.90	0.00	0.00	0.00	0.00	0.68	
การช่วยเหลือด้วยกลุ่ม														
การจัดกลุ่มบำบัดทางจิต	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.47	2.24	0.00	0.00	0.00	0.00	0.47	
การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด	2.14	0.00	0.00	0.00	3.64	12.84	5.78	16.15	32.74	2.81	14.55	0.50	1.71	19.46
รวม	2.14	11.46	0.00	0.00	3.64	12.84	5.78	16.62	34.06	2.81	14.55	0.50	1.71	19.93

จากตารางที่ 16 พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการบำบัดทางจิตแก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร โดยรวมบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์ ที่ใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือด้วยกลุ่มมากที่สุด รองลงมาเป็น กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล จิตเวชใช้เวลาไปเฉลี่ย 5.78 นาที และ 1.34 นาที ตามลำดับ บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ใช้เวลาไป 19.93 นาที ซึ่งมากกว่าบุคลากรในโรงพยาบาลจิตเวช และ 1.50 นาที ทั้งนี้ไม่พบว่ามีกิจกรรมการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในโรงพยาบาลจิตเวช แต่มีการปฏิบัติ กิจกรรม นี้ในโรงพยาบาลศูนย์ ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 0.68 นาที

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ในโรงพยาบาลจิตเวชใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยตรง หมวดกิจกรรมการบำบัดทางจิตแก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)												
	พยาบาลวิชาชีพ				พยาบาลเทคนิค				ผู้ช่วยเหลือคนไข้				รวม
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
การสร้างสัมพันธภาพ	0	10	1.34	2.56	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	1.34
เพื่อการบำบัดทางจิต													
การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.00
การช่วยเหลือด้วยกลุ่ม													
การจัดกลุ่มบำบัดทางจิต	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.00
การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด	0	75	2.14	11.46	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	3.64	12.84	5.78
รวม	0	75	2.14	11.46	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	3.64	12.84	5.78

จากตารางที่ 17 พบว่า ในโรงพยาบาลจิตเวชมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงหมวดกิจกรรมการบำบัดทางจิตแก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร เป็นบางกิจกรรม โดยกิจกรรมการช่วยเหลือด้วยกลุ่มมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 5.78 นาที ซึ่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมนี้ ในส่วนของการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดมากกว่า พยาบาลวิชาชีพ คือ ใช้เวลาเฉลี่ย 3.64 นาที ทั้งนี้ ไม่พบว่ามีใช้เวลาในการจัดกลุ่มบำบัดทางจิต นอกจากนี้ไม่พบว่ามีกิจกรรมการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ในโรงพยาบาลศูนย์ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยตรง หมวดกิจกรรม การบำบัดทางจิตแก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)												รวม
	พยาบาลวิชาชีพ				พยาบาลเทคนิค				ผู้ช่วยเหลือคนไข้				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดทางจิต													
การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ	0	25.8	0.68	3.90	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.68
การช่วยเหลือด้วยกลุ่ม													
การจัดกลุ่มบำบัดทางจิต	0	10.75	0.47	2.24	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.47
การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด	0	108.5	1615	3274	0	9583	281	1455	0	9	0.50	1.71	19.46
รวม	0	108.5	1662	3406	0	9583	281	1455	0	9	0.50	1.71	19.93

จากตารางที่ 18 พบว่า ในโรงพยาบาลศูนย์มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงหมวดกิจกรรมการบำบัดทางจิตแก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร โดยกิจกรรมการช่วยเหลือด้วยกลุ่มมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 5.78 นาที ซึ่งพยาบาลวิชาชีพใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมนี้มากที่สุด 16.62 นาที แต่ใช้เวลาในส่วนของการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด 16.15 นาที ซึ่งมากกว่าการจัดกลุ่มบำบัดทางจิตที่ใช้เวลา 0.47 นาที นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพยังปฏิบัติกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อการบำบัดทางจิต และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ มากที่สุด โดยใช้เวลาเฉลี่ย 1.42 นาที และ 0.68 นาที ตามลำดับ

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละระดับ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)													
	โรงพยาบาลจิตเวช							โรงพยาบาลศูนย์						
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		ผู้ช่วยเหลือ คนไข้		รวม	พยาบาล วิชาชีพ		พยาบาล เทคนิค		ผู้ช่วยเหลือ คนไข้		รวม
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
การดูแลความสะอาดร่างกาย	0.68	3.03	0.07	0.28	1.86	4.32	2.61	0.04	0.15	0.00	0.00	0.39	1.70	0.43
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร	0.14	0.22	0.02	0.07	1.45	8.72	1.61	0.89	2.93	0.08	0.41	0.40	0.50	1.37
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการ เคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย	2.77	4.34	2.88	4.34	3.83	5.63	9.48	3.74	8.01	1.87	6.79	3.51	7.61	9.12
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำ กิจกรรม (Activity)	3.22	4.35	0.5	1.89	2.90	3.52	6.62	0.04	0.12	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำ กิจกรรมและการพักผ่อนนอน หลับ	0.15	0.28	0.00	0.00	0.33	1.08	0.48	0.46	1.27	0.01	0.04	0.10	0.15	0.57

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร(ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)													
	โรงพยาบาลจิตเวช							โรงพยาบาลศูนย์						
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		รวม	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		รวม
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการ ขับถ่าย	0.00	0.00	0.00	0.00	0.88	0.59	0.88	0.02	0.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02

จากตารางที่ 19 พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร โดยรวมบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์ ที่ใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายมากที่สุดเฉลี่ย 9.48 นาที และ 9.12 นาที ตามลำดับ ในโรงพยาบาลจิตเวชรองลงมาเป็นการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจกรรม (Activity) เฉลี่ย 6.62 นาที ซึ่งต่างกับในโรงพยาบาลศูนย์เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ใช้เวลาในการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ เฉลี่ย 0.04 นาที

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ในโรงพยาบาลจิตเวชใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยตรง หมวดกิจกรรม การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)												
	พยาบาลวิชาชีพ				พยาบาลเทคนิค				ผู้ช่วยเหลือคนไข้				รวม
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
การดูแลความสะอาดร่างกาย	0	20	0.68	3.03	0	15	0.07	0.28	0	24	1.86	4.32	2.61
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร	0	1.16	0.14	0.22	0	0.25	0.02	0.07	0	58.66	1.45	8.72	1.61
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการ เคลื่อนไหวกายและการออกกำลังกาย	0	10.5	2.77	4.34	0	10.5	2.88	4.34	0	13.16	3.88	5.63	9.48
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำ กิจกรรม (Activity)	0	20	3.22	4.35	0	7.5	0.5	1.89	0	10	2.90	3.52	6.62
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจกรรม และการพักผ่อนนอนหลับ	0	1	0.15	0.28	0	0	0.00	0.00	0	7	0.33	1.08	0.48
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการขับถ่าย	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	4	0.88	0.59	0.88

จากตารางที่ 20 พบว่า ในโรงพยาบาลจิตเวชมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงหมวดการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร โดยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวกายและการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 9.48 นาที ซึ่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมนี้มากที่สุด 13.16 นาที รองลงมาเป็นพยาบาลเทคนิค 2.88 นาที และ พยาบาลวิชาชีพ 2.77 นาที ซึ่งในกิจกรรมการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนี้ ส่วนมากผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นผู้ปฏิบัติมากที่สุด

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ในโรงพยาบาลศูนย์ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยตรง หมวดกิจกรรม การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)												รวม
	พยาบาลวิชาชีพ				พยาบาลเทคนิค				ผู้ช่วยเหลือคนไข้				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
การดูแลความสะอาดร่างกาย	0	0.66	0.04	0.15	0	0	0.00	0.00	0	10.16	0.39	1.70	0.43
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร	0	15.16	0.89	2.93	0	2	0.08	0.41	0	2	0.40	0.50	1.37
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการ เคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย	0	27.08	3.74	8.01	0	28	1.87	6.79	0	21	3.51	7.61	9.12
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจกรรม (Activity)	0	0.50	0.04	0.12	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.04
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจกรรม และการพักผ่อนนอนหลับ	0	5.4	0.46	1.27	0	0.16	0.01	0.04	0	0.32	0.10	0.15	0.57
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการขับถ่าย	0	1	0.02	0.14	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.02

จากตารางที่ 21 พบว่า ในโรงพยาบาลศูนย์มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงหมวดการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละ
เวร โดยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 9.12 นาที ซึ่งพยาบาลวิชาชีพ ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมนี้มาก
ที่สุด 3.74 นาที รองลงมาเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3.51 นาที และพยาบาลเทคนิค 1.87 นาที



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ แก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

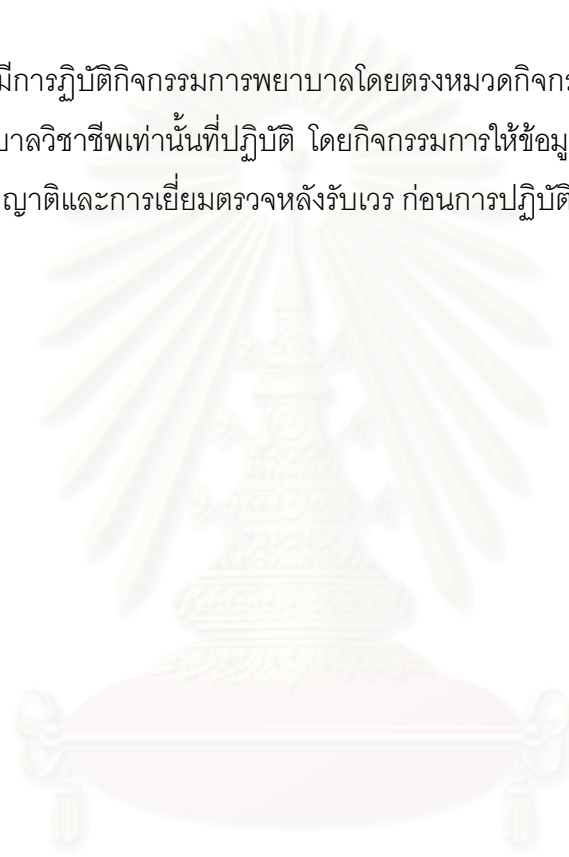
กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)													
	โรงพยาบาลจิตเวช							โรงพยาบาลศูนย์						
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		รวม	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		รวม
\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การให้ข้อมูลผู้ป่วย และ/หรือญาติ	0.66	0.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.66	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
การให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านให้แก่ญาติ	0.02	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.14	0.50	0.01	0.04	0.00	0.00	
การเยี่ยมตรวจหลังรับเวร ก่อนการปฏิบัติการพยาบาล	0.02	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	1.18	0.04	0.02	0.06	1.18	0.04	
การเยี่ยมตรวจเพื่อประเมินผล	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.06	0.25	0.00	0.00	0.06	0.25	
การพยาบาล														
การสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04	0.28	0.00	0.00	0.00	0.00	

จากตารางที่ 22 พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ แก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร โดยรวมบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจิตเวชใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการให้ข้อมูลผู้ป่วย และ/หรือญาติมากที่สุด เฉลี่ย 0.66 นาที และในโรงพยาบาลศูนย์ใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการเยี่ยมตรวจหลังรับเวรก่อนการปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุดเฉลี่ย 2.38 นาที

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ในโรงพยาบาลจิตเวช ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยตรง หมวดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ แก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)												รวม
	พยาบาลวิชาชีพ				พยาบาลเทคนิค				ผู้ช่วยเหลือคนไข้				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
การให้ข้อมูล ผู้ป่วย และ/หรือญาติ	0	2	0.66	0.33	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.66
การให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านให้แก่ญาติ	0	0.5	0.02	0.08	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.02
การเยี่ยมตรวจหลังรับเวร ก่อนการปฏิบัติการพยาบาล	0	0.05	0.02	0.08	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.02
การเยี่ยมตรวจเพื่อประเมินผล การพยาบาล	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.00
การสอบถาม ข้อมูลจากผู้ป่วย	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.00

จากตารางที่ 23 พบว่า ในโรงพยาบาลจิตเวชมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงหมวดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ แก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร โดย กิจกรรมหมวดนี้มีเพียงพยาบาลวิชาชีพเท่านั้นที่ปฏิบัติ โดยกิจกรรมการให้ข้อมูล ผู้ป่วย และ/หรือ ญาติ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 0.66 นาที รองลงมาเป็นฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านให้แก่ญาติและการเยี่ยมตรวจหลังรับเวร ก่อนการปฏิบัติการพยาบาล 0.08 นาที เท่ากัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ในโรงพยาบาลศูนย์ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยตรง หมวดกิจกรรมการดูแล ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ แก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)												รวม
	พยาบาลวิชาชีพ				พยาบาลเทคนิค				ผู้ช่วยเหลือคนไข้				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
การให้ข้อมูล ผู้ป่วย และ/หรือญาติ	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.00
การให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านให้แก่ญาติ	0	2	0.14	0.50	0	0.16	0.01	0.04	0	0	0.00	0.00	0.15
การเยี่ยมตรวจหลังรับเวร ก่อนการปฏิบัติการพยาบาล	0	0.20	1.18	0.04	0	0.2	0.02	0.06	0	0.20	1.18	0.04	2.38
การเยี่ยมตรวจเพื่อประเมินผลการพยาบาล	0	1	0.06	0.25	0	0	0.00	0.00	0	1	0.06	0.25	0.12
การสอบถาม ข้อมูลจากผู้ป่วย	0	1.91	0.04	0.28	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.04

จากตารางที่ 24 พบว่า ในโรงพยาบาลศูนย์มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงหมวดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ แก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร โดย กิจกรรมการเยี่ยมตรวจหลังรับเวร ก่อนการปฏิบัติการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่บุคลากรทางการแพทย์ทุกกลุ่มปฏิบัติ โดย พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากัน คือ 1.18 นาที ส่วนพยาบาลเทคนิคใช้เวลา 0.002 นาที

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา (นาที)													
	โรงพยาบาลจิตเวช							โรงพยาบาลศูนย์						
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		รวม	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		รวม
\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
กิจกรรมการเตรียม อาหาร ยา และอุปกรณ์ ต่างๆ เพื่อใช้ในการบำบัด	1.70	1.55	0.71	2.39	0.52	0.53	2.93	1.75	0.64	0.55	0.43	0.62	0.34	2.92
กิจกรรมการเขียนบันทึกและการเขียน รายงานต่างๆ	4.21	5.01	0.65	0.23	0.11	0.74	4.31	5.32	2.65	0.75	0.16	0.00	0.00	6.07
กิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การ รายงาน การประชุมปรึกษาและ การเป็นที่ ปรึกษา	1.26	1.40	0.26	0.29	0.61	0.11	2.13	1.55	1.03	0.35	0.11	0.98	0.21	2.88
กิจกรรมด้าน วิชาการ และการวิจัย	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0
กิจกรรม การบริหาร จัดการ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0
กิจกรรม การบริการพยาบาลอื่นๆ	0.01	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.69	3.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.69

จากตารางที่ 25 พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร โดยรวมบุคลากรทางการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลศูนย์ใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการเขียนบันทึกและการเขียนรายงานต่างๆ มากที่สุด เฉลี่ย 4.31 นาที และ 6.07 นาที รองลงมาเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการเตรียม อาหาร ยา และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อใช้ในการบำบัด เฉลี่ย 2.93 นาที และ 2.92 นาที และ กิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษา เฉลี่ย 2.13 นาที และ 2.88 นาที มีการปฏิบัติกิจกรรม การบริการพยาบาลอื่นๆ เฉลี่ย 0.01 นาที และ 0.69 นาที ทั้งนี้ ไม่พบว่ามีกิจกรรมด้าน วิชาการ และการวิจัย และกิจกรรม การบริหาร จัดกา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 26 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ในโรงพยาบาลจิตเวช ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)												รวม
	พยาบาลวิชาชีพ				พยาบาลเทคนิค				ผู้ช่วยเหลือคนไข้				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
กิจกรรมการเตรียม อาหาร ยาและอุปกรณ์ ต่างๆ เพื่อใช้ในการบำบัด	0	7.12	1.70	1.55	0	2.08	0.71	2.39	0	1.85	0.52	0.53	2.93
กิจกรรมการเขียนบันทึกและการเขียน รายงานต่างๆ	1.61	5.5	4.21	5.01	0	2.50	0.65	0.23	0	5	0.11	0.74	4.31
กิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การ รายงาน การประชุม ปรึกษา และ การเป็นที่ ปรึกษา	0.50	5.04	1.26	1.40	0	1.00	0.26	0.29	0	0.75	0.61	0.11	2.13
กิจกรรมด้าน วิชาการ และการวิจัย	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.00
กิจกรรม การบริหาร จัดการ	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.00
กิจกรรม การบริการพยาบาลอื่นๆ	0	0.15	0.01	0.04	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0.01

จากตารางที่ 26 พบว่า ในโรงพยาบาลจิตเวชมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมแก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร โดยมีการใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการเขียนบันทึกและการเขียนรายงานต่างๆ มากที่สุด เฉลี่ย 4.31 นาที ซึ่งพยาบาลวิชาชีพใช้เวลาเฉลี่ยมากที่สุด 4.21 นาที รองลงมาเป็นพยาบาลเทคนิค 0.65 นาที และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 0.11 นาที และพยาบาลวิชาชีพได้ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการเตรียม อาหาร ยาและอุปกรณ์ ต่างๆ เพื่อใช้ในการบำบัด รวมทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุม ปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษา มากที่สุด เฉลี่ย 1.70 นาที และ 1.26 นาที ตามลำดับ สำหรับกิจกรรม การบริการพยาบาลอื่นๆ นั้น มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติเท่านั้น โดยใช้เวลาเฉลี่ย 0.01 นาที



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 27 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ ในโรงพยาบาลศูนย์ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละเวร

กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา(นาที)												รวม
	พยาบาลวิชาชีพ				พยาบาลเทคนิค				ผู้ช่วยเหลือคนไข้				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
กิจกรรมการเตรียมอาหาร ยาและอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อใช้ในการบำบัด	0	2.50	1.75	0.64	0	1.00	0.55	0.43	0.55	0.73	0.62	0.34	2.92
กิจกรรมการเขียนบันทึกและการเขียนรายงานต่างๆ	2.50	6.05	5.32	2.65	0	2.50	0.75	0.16	0	0	0.00	0.00	6.07
กิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษา	0.50	2.75	1.55	1.03	0.50	0.65	0.35	0.11	0.50	2.55	0.98	0.21	2.88
กิจกรรมด้าน วิชาการ และการวิจัย	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0
กิจกรรม การบริหาร จัดการ	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0
กิจกรรม การบริการพยาบาลอื่นๆ	0	3.40	0.69	3.13	0	0	0.00	0.00	0	0	0	0.00	0.69

จากตารางที่ 27 พบว่า ในโรงพยาบาลจิตเวชมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมแก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร โดยมีการใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการเขียนบันทึกและการเขียนรายงานต่างๆ มากที่สุด เฉลี่ย 6.07 นาที ซึ่งพยาบาลวิชาชีพใช้เวลาเฉลี่ยมากที่สุด 5.32 นาที รองลงมาเป็นและพยาบาลเทคนิค 0.65 นาที และพยาบาลวิชาชีพได้ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการเตรียม อาหาร ยาและอุปกรณ์ ต่างๆ เพื่อใช้ในการบำบัด รวมทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การรายงานการประชุม ปรีक्षा และ การเป็นที่ปรีक्षा มากที่สุด เฉลี่ย 1.75 นาที และ 1.55 นาที ตามลำดับ สำหรับกิจกรรม การบริการพยาบาลอื่นๆ นั้น มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติเท่านั้น โดยใช้เวลาเฉลี่ย 0.69 นาที



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่3 กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย จิตเวชจำแนกตามระดับของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 21 ท่าน ได้ร่วมทำการระบุกิจกรรมที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผลปรากฏ ดังนี้

3.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ประกอบด้วย 4 หมวดกิจกรรม

3.1.1 หมวด กิจกรรมการบำบัดทางร่างกาย แบ่งออกเป็น

3.1.1.1 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา

ตารางที่28 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงหมวดกิจกรรม การบำบัดทางร่างกาย หัวข้อการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยารับประทาน		
ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงและอาการข้างเคียงหลังได้รับยา	9	42.85
ตรวจสอบชนิด ขนาด ชื่อ-สกุลผู้ป่วยให้ถูกต้อง	2	9.52
ให้รับประทานยา ตรงเวลา	1	4.76
การให้ยาฉีดทางกล้ามเนื้อและเส้นเลือดดำ		
ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงและอาการข้างเคียงหลังได้รับยา	8	38.09
ตรวจสอบชนิด ขนาด ชื่อ-สกุลผู้ป่วยให้ถูกต้อง	2	9.52
ฉีดยาให้ผู้ป่วยตรงเวลา โดยยึด Aseptic technique	2	9.52
การให้สารน้ำและ/หรือเลือด ทางเส้นเลือดดำ		
ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงและอาการข้างเคียงหลังได้รับสารน้ำ และ/หรือเลือด	9	42.85
ตรวจสอบชนิด ขนาด ชื่อ-สกุลผู้ป่วยให้ถูกต้อง	4	19.04
ให้สารน้ำ และ/หรือ เลือดแก่ผู้ป่วย ตรงเวลา โดยยึดหลัก Aseptic technique	4	19.04
การทายา หยอดตา เหน็บยา และการให้ยาวิธีอื่นๆ		
ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงและอาการข้างเคียงหลังได้รับยา	7	33.33
ตรวจสอบชนิด ขนาด ชื่อ-สกุลผู้ป่วยให้ถูกต้อง	2	9.52
ให้ยาแก่ผู้ป่วย ให้ตรงตามวิธี ตรงเวลา ยึดหลัก Aseptic technique	1	4.73
การสอน การแนะนำเกี่ยวกับวิธีรับประทานยา และการสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการลดอาการข้างเคียงของยา		

จากตารางที่ 28 พบว่าค่าโดยรวมทั้งสูงสุดของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหัวข้อการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูงคือ หัวข้อการสอน การแนะนำเกี่ยวกับวิธีรับประทานยา และการสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการลดอาการข้างเคียงของยา คิดเป็นร้อยละ 47.61

3.1.1.2 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรม

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรม การบำบัดทางร่างกาย หัวข้อการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการจำกัดพฤติกรรม ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การประเมินความจำเป็นของการจำกัดพฤติกรรม	9	42.85
การชี้แจงเหตุผลและเงื่อนไขของการจำกัดพฤติกรรม	6	28.57
การจำกัดพฤติกรรม		
การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ห้องแยก	5	23.80
การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด	4	19.04
การประเมินสภาพผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาลระหว่างการจำกัดพฤติกรรม	4	19.04
การยกเลิกการจำกัดพฤติกรรม	5	23.80

จากตารางที่ 29 พบว่าจำนวนโดยรวมสูงสุดของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหัวข้อการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการจำกัดพฤติกรรม ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงคือ หัวข้อย่อยการประเมินความจำเป็นของการจำกัดพฤติกรรม โดยมีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 42.85 หัวข้อย่อยการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด และหัวข้อย่อยการประเมินสภาพ ผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาลระหว่างการจำกัดพฤติกรรม มีจำนวนโดยรวมต่ำที่สุด เท่ากัน คือ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 19.04

3.1.1.3 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

ตารางที่30 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรม การบำบัดทางร่างกาย หัวข้อการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า		
อธิบายให้ผู้ป่วย,ญาติทราบเหตุผลของการรักษา	7	33.33
อธิบายให้ผู้ป่วย,ญาติทราบวิธีการรักษา,การปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วย ซักถามและระบายความรู้สึก	5	23.80
ประเมินอาการปัจจุบัน(อาการทั่วไป)	3	14.28
Check Vital Signs	2	9.52
ดูแลความสะอาดของร่างกาย	1	4.76
ดูแลให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำ	1	4.76
จัดเก็บพันปลอม และของมีค่า	1	4.76
ให้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนการรักษา	1	4.76
ส่งผู้ป่วยไปรักษาด้วยไฟฟ้า	1	4.76
การดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาด้วยไฟฟ้า		
ประเมินอาการขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า	9	42.85
ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามความเหมาะสม	6	28.57
ดูแล Support บริเวณที่อาจเกิดอันตรายจากการเกร็งขณะทำการรักษา เช่น ข้อต่อต่างๆ	4	19.04
การดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า		
ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน	9	42.85
ประเมินความก้าวหน้าของการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยการตรวจสอบอาการปัจจุบันของผู้ป่วย	8	38.09
ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น อาการ กระตุก หัก	8	38.09
ประเมินอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยไฟฟ้าเช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ภาวะหลงลืม สับสน	6	28.57
ประเมินอาการหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น Check Vital Signs สังเกตอาการทั่วไป	3	14.28

ตารางที่30 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรม การบำบัดทางร่างกาย หัวข้อการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21) (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายใจ เช่น ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก พูดคุย ปลอบโยน ให้กำลังใจ	3	14.28
ระวังอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อน เช่น การหลงลืม	3	14.28
ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายกาย เช่น การให้อาหารและน้ำ การพักผ่อน	1	4.76

จากตารางที่30 พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมสูงสุดของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหัวข้อการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อย่อยการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาด้วยไฟฟ้า มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 6.33 คิดเป็นร้อยละ 30.15 และหัวข้อย่อยการดูแลผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมต่ำที่สุด คือ 2.90 คิดเป็นร้อยละ 13.80

3.1.1.4 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติการรักษาพยาบาลทางกายอื่นๆ

ตารางที่31 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรม การบำบัดทางร่างกาย หัวข้อการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการรักษาพยาบาลทางกายอื่นๆ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก และการให้ออกซิเจน	6	28.57
การช่วยฟื้นคืนชีพ(CPR)	4	19.04
การดูดเสมหะ	1	4.76
Check Vital Signs, Check Neuro Signs	1	4.76
การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	1	4.76
การทำแผล การตัดไหม	0	0
การเก็บสิ่งส่งตรวจ	0	0
การเช็ดตัวลดไข้ การให้กระเป๋าน้ำร้อน หรือน้ำแข็ง	0	0
การสวนปัสสาวะ อุจจาระ	0	0

จากตารางที่31 พบว่า จำนวนสูงสุดของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหัวข้อ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการรักษาพยาบาลทางกายอื่นๆ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อย่อยการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากและการให้ออกซิเจน มีจำนวนโดยรวม 6 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 และหัวข้อย่อยการทำแผล การตัดไหม การเช็ดตัวลดไข้ การให้กระเป๋าน้ำร้อน หรือน้ำแข็ง การสวนปัสสาวะ อุจจาระ มีจำนวนโดยรวมต่ำที่สุด เท่ากัน คือ 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0

3.1.1.5 การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดจากความผิดปกติทางจิต

ตารางที่32 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรม การบำบัดทางร่างกาย หัวข้อการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดจากความผิดปกติทางจิต ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การประเมิน Mental Health และอาการทางระบบประสาท	11	52.38

จากตารางที่32 พบว่า จำนวนของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหัวข้อการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดจากความผิดปกติทางจิต ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มี 1 หัวข้อย่อย คือ การประเมิน Mental Health และอาการทางระบบประสาท โดยมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นชอบ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 52.38

3.1.2 หมวด กิจกรรมการบำบัดทางจิต

3.1.2.1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต

ตารางที่33 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรม การบำบัดทางจิต หัวข้อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต ที่ควรปฏิบัติโดย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การช่วยเหลือในการแก้ปัญหา เช่น การถามวิธีการที่ผู้ป่วยจะแก้ปัญหา การยกตัวอย่างบุคคลที่ประสบปัญหาและการแก้ไขปัญหา การพูดหรือแสดงท่าทีสนับสนุนให้กำลังใจ	8	38.09
การเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ เช่น ทักทาย แนะนำตัว การสัมผัส การแสดงท่าทีเป็นมิตรและยอมรับผู้ป่วย	5	23.80
การระบุปัญหา (เช่น การถาม การฟังการขอความกระจ่าง การกล่าวซ้ำ การทวนคำหรือข้อความ การสะท้อนความรู้สึก การสรุปความ)	5	23.80

จากตารางที่33 พบว่า จำนวนสูงสุดที่สุด ของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหัวข้อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง คือ หัวข้อช่วยเหลือในการแก้ปัญหา มีจำนวนโดยรวม 8 คน คิดเป็นร้อยละ 38.09 และหัวข้อยกย่องการช่วยเหลือในการแก้ปัญหา มีจำนวนโดยรวมต่ำที่สุด เท่ากัน คือ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 23.80

3.1.2.2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และ/หรือญาติ

ตารางที่34 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรม การบำบัดทางจิต หัวข้อการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และ/หรือ ญาติ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาครอบครัว	16	76.19
การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการปรับตัวเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตในสังคม	15	71.42
การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย	15	71.42
การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	13	61.90
การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาเสพติด	12	57.14
การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาโรคเอดส์	11	52.38

จากตารางที่34 พบว่า จำนวนสูงสุดของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหัวข้อ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และ/หรือญาติ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อ ย่อยการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาครอบครัว มีจำนวนโดยรวมสูงสุดที่สุด 16 คน คิดเป็นร้อยละ 76.19 และหัวข้อย่อยการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาโรคเอดส์ มีจำนวนโดยรวมต่ำที่สุด คือ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 52.38

3.1.2.3 การช่วยเหลือด้วยกลุ่ม

ตารางที่35 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวด กิจกรรม การบำบัดทางจิต หัวข้อการช่วยเหลือด้วยกลุ่ม ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การจัดกลุ่มบำบัดทางจิตที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ปัญหาและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มครอบครัวบำบัด กลุ่มภาพสะท้อน กลุ่มแก้ปัญหา		
การวางแผนก่อนดำเนินกลุ่ม	16	76.19
การเลือกและเรียกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม	16	76.19
การสร้างบรรยากาศก่อนการดำเนินกลุ่ม เช่น การกล่าวทักทาย สร้างความคุ้นเคย การสนทนาเรื่องทั่วไป	16	76.19
การดำเนินกลุ่ม (การแนะนำตัว การแจ้งวัตถุประสงค์ ข้อปฏิบัติ วิธีการดำเนินกลุ่ม ระยะเวลา การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม การสรุปกลุ่ม)	16	76.19
การประเมินการจัดกลุ่ม	15	71.42
การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด ซึ่งเน้นการจัดสภาพแวดล้อมหรือการจัดรูปแบบกลุ่มเลียนแบบการดำเนินชีวิตจริงในสังคม เช่น กลุ่มชุมชนบำบัด กลุ่มประชุมปรึกษา กลุ่มอ่านหนังสือ กลุ่มนันทนาการ กลุ่มอาชีพบำบัด กลุ่มกีฬา กลุ่มออกกำลังกาย		
การวางแผนก่อนดำเนินกลุ่ม	6	28.54
การประเมินการจัดกลุ่ม	5	23.80
การเลือกและเรียกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม	4	19.04
การสร้างบรรยากาศก่อนการดำเนินกลุ่ม เช่น การกล่าวทักทาย สร้างความคุ้นเคย การสนทนาเรื่องทั่วไป	4	19.04

ตารางที่35 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการบำบัดทางจิต หัวข้อการช่วยเหลือด้วยกลุ่ม ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21) (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การดำเนินกลุ่ม (การแนะนำตัว การแจ้งวัตถุประสงค์ ข้อปฏิบัติ วิธีการดำเนินกลุ่ม ระยะเวลา การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม การสรุปกลุ่ม)	4	19.04

จากตารางที่35 พบว่า จำนวนสูงสุด ของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรม การพยาบาลในหัวข้อการช่วยเหลือด้วยกลุ่ม ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อย่อยการจัดกลุ่มบำบัดทางจิตที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อแก้ปัญหาและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ซึ่งมีผู้เห็นชอบ ตั้งแต่ 15 – 16 คน คิดเป็น ร้อยละ 71.42 – 76.19

3.1.3 หมวด การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3.1.3.1 การดูแลความสะอาดร่างกาย

ตารางที่36 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หัวข้อการดูแลความสะอาดร่างกายที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลความสะอาดร่างกาย		
การกระตุ้นให้มีการทำความสะอาดร่างกาย	1	4.76
การดูแลเรื่องการมีประจำเดือน	1	4.76
การช่วยทำความสะอาดร่างกายทั้งหมด	0	0
การช่วยทำความสะอาดร่างกายบางส่วน	0	0
การสอน/แนะนำ ให้ทำความสะอาดร่างกาย การดูแลให้ผู้ป่วยแต่งกาย	0	0
การสอน/แนะนำ ให้ทำความสะอาดร่างกาย การดูแลให้ผู้ป่วยแต่งกาย	0	0

จากตารางที่36 พบว่า จำนวนของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหัวข้อการดูแลความสะอาดร่างกายที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อย่อยการกระตุ้นให้มีการทำความสะอาดร่างกาย และ หัวข้อย่อยการดูแลเรื่องการมีประจำเดือน มีจำนวนโดยรวมเท่ากัน คือ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76

3.1.3.2 การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

ตารางที่37 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวด การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หัวข้อการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร		
การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาพที่เป็นอยู่และยาที่ได้รับ	7	33.33
การกระตุ้นและส่งเสริมทักษะในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทาน	3	14.28
อาหาร		
การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง	1	4.76
การช่วยจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วย	0	0
การช่วยตัก ตัด ป้อน เติมอาหาร	0	0

จากตารางที่37 พบว่า จำนวนสูงสุด ของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหัวข้อ การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อย่อยการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาพที่เป็นอยู่และยาที่ได้รับ มีจำนวนโดยรวม 7 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และหัวข้อย่อยการช่วยจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วย รวมทั้งหัวข้อย่อยการช่วยตัก ตัด ป้อน เติมอาหารมีจำนวนโดยรวมต่ำที่สุด คือ 0 คิดเป็นร้อยละ 0

3.1.3.3 การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย

ตารางที่38 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวด การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หัวข้อการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย		
การดูแล ป้องกันอันตรายที่เนื่องมาจากการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ	3	14.28
การให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ(ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ)	2	9.52
การช่วยทำ Passive exercise	1	4.76

ตารางที่38 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวด การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หัวข้อการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการ เคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (N=21) (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวที่อย่างเหมาะสม	0	0
การกระตุ้น ช่วยเหลือให้มีการออกกำลังกาย	0	0
การสอนและสาธิต การออกกำลังกาย	0	0
การให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ทางหอผู้ป่วยจัดหรือกลุ่มออกกำลังกาย	0	0

จากตารางที่38 พบว่า จำนวนสูงสุดของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหัวข้อ การดูแล ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ที่ควรปฏิบัติ โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง คือ หัวข้อย่อยการดูแล ป้องกันอันตรายที่เนื่องมาจากการ เคลื่อนไหวที่ผิดปกติ มีจำนวนโดยรวม 3 คน คิดเป็นร้อยละ 14.28 และหัวข้อย่อยการกระตุ้นให้มีการ เคลื่อนไหวที่อย่างเหมาะสม การกระตุ้นช่วยเหลือให้มีการออกกำลังกาย การสอนและสาธิต การออกกำลังกาย การให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ทางหอผู้ป่วยจัดหรือกลุ่มออกกำลังกาย มีจำนวน โดยรวมต่ำที่สุด เท่ากัน คือ 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0

3.1.3.4 การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจกรรม (Activity)

ตารางที่39 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวด การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หัวข้อการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำ กิจกรรม(Activity) ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจกรรม (Activity)		
การพาผู้ป่วยไป- กลับสโมสรหรือร้านค้า หรือทำกิจกรรมนอกหอผู้ป่วย	1	4.76
การสอน ส่งเสริม และสนับสนุนเกี่ยวกับการใช้จ่ายเงิน	1	4.76
การปลุก กระตุ้นให้ตื่นนอน , ลุกจากเตียง	0	0
การสอน กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำ กิจกรรมในหอผู้ป่วยร่วมกับบุคคลอื่น เช่น	0	0
การดูโทรทัศน์ การช่วยทำความสะอาดสถานที่ การร่วมเล่นเกมส์		

จากตารางที่39 พบว่า จำนวนของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหัวข้อการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจกรรม (Activity) ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มี 2 หัวข้อย่อย คือ การพาผู้ป่วยไป - กลับสโมสรหรือร้านค้า หรือทำกิจกรรมนอกหอผู้ป่วย และการสอน ส่งเสริม และสนับสนุนเกี่ยวกับการใช้จ่าย มีจำนวนโดยรวม เท่ากัน คือ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76

3.1.3.5 การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจกรรมและการพักผ่อนนอนหลับ

ตารางที่40 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หัวข้อการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจกรรมและการพักผ่อนนอนหลับ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจกรรมและการพักผ่อนนอนหลับ		
การจัด และเปลี่ยนท่านอน	2	9.52
การเยี่ยมตรวจฯ ขณะผู้ป่วยนอนหลับ	1	4.76
การตรวจความปลอดภัย ผู้ป่วยก่อนเข้านอน	0	0
การเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้านอนเช่น การตรวจคั่น การจัดให้ผู้ป่วยเข้าห้องนอน	0	0
การดูแลให้สวดมนต์		

จากตารางที่40 พบว่า จำนวนสูงสุดของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาล ในหัวข้อการดูแล ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อย่อยการจัด และเปลี่ยนท่านอน มีจำนวนโดยรวม 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.52 และหัวข้อย่อยการตรวจความปลอดภัย ผู้ป่วยก่อนเข้านอน และการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้านอนเช่น การตรวจคั่น การจัดให้ผู้ป่วยเข้าห้องนอน การดูแลให้สวดมนต์ มีจำนวนโดยรวมต่ำที่สุด เท่ากัน คือ 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0

3.1.3.6 การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการซัปดาห์

ตารางที่ 41 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวด การดูแล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หัวข้อการดูแลดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการซัปดาห์ ที่ควรปฏิบัติโดย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการซัปดาห์		
การสอนให้ใช้ห้องส้วม / อุปกรณ์ช่วยการซัปดาห์	1	4.76
การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อช่วยให้การซัปดาห์ดีขึ้น	1	4.76
การพาไปซัปดาห์ที่ห้องส้วม	0	0
การให้หมอนนอน/กระบอกปัสสาวะ	0	0
การช่วยทำความสะอาดหลังซัปดาห์	0	0
การสอน กระตุ้นให้มีการซัปดาห์ตามปกติ	0	0

จากตารางที่ 41 พบว่า จำนวนของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหัวข้อการดูแลดูแล ผู้ป่วยเกี่ยวกับการซัปดาห์ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง คือ หัวข้อย่อยการสอนให้ใช้ห้องส้วม / อุปกรณ์ช่วยการซัปดาห์ และหัวข้อย่อยการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อช่วยให้การซัปดาห์ดีขึ้น มีจำนวนโดยรวม เท่ากัน คือ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76

3.1.4 หมวดการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ

ตารางที่ 42 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวด การดูแล ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน ให้แก่ญาติ	11	52.38
การเยี่ยมตรวจเพื่อติดตามประเมินผลการพยาบาล	9	42.85
การให้ข้อมูลกับผู้ป่วย และ/หรือญาติ	6	28.57

จากตารางที่ 42 พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมสูงที่สุดของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหมวดการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง คือ หัวข้อการให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน ให้แก่ญาติ มีจำนวนโดยรวม 11

คน คิดเป็นร้อยละ 52.38 และหัวข้อการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย และ/หรือญาติมีจำนวนโดยรวม ต่ำที่สุด คือ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57

3.2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ประกอบด้วย 6 หมวดกิจกรรม

3.2.1 หมวดกิจกรรมการเตรียม อาหาร ยา และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อใช้ในการบำบัด **ตารางที่ 43** จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม หมวด กิจกรรม การเตรียม อาหาร ยา และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อใช้ในการบำบัด ที่ควรปฏิบัติโดย ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรม การเตรียม อาหาร ยา และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อใช้ในการบำบัด		
การเตรียมสารน้ำ และ/หรือ ยาที่ผสมในขวดสารน้ำ เพื่อให้โดยการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ	5	23.89
การเตรียมเลือดเพื่อให้โดยการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ	5	23.89
การจัดสถานที่ และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มปัญหา (การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด)	5	23.89
การเตรียมยา(ทุกชนิด)เพื่อให้แก่ผู้ป่วย	3	14.28
การตรวจความเรียบร้อยของการ์ดยา กับคาร์เด็กซ์และรายงานประจำตัวผู้ป่วย	3	14.28
การวางแผนเกี่ยวกับการจัดเตรียมอาหารให้แก่ผู้ป่วย เช่นการเขียนใบเบิกอาหาร	2	9.50
การจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่างๆ เช่น โต๊ะ เก้าอี้ กระดาน กระดาษ ดินสอ สี วิทยุ เทป หรืออื่นๆ เพื่อใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย	1	4.76
การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละวัน เช่น เสื้อผ้า ของใช้ส่วนตัว สบู่ ยาสีฟัน เป็นต้น	1	4.76

จากตารางที่ 43 พบว่า จำนวนโดยรวมสูงที่สุดของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลใน หมวดกิจกรรมการเตรียม อาหาร ยา และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อใช้ในการบำบัด ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มี 3 หัวข้อ คือ หัวข้อการเตรียมสารน้ำ และ/หรือ ยาที่ผสมในขวดสารน้ำ เพื่อให้โดยการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ การเตรียมเลือดเพื่อให้โดยการหยดเข้าทางหลอดเลือด ดำ และ การจัดสถานที่ และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนิน ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มปัญหา ซึ่งมีจำนวนโดยรวมเท่ากัน 5 คน คิดเป็นร้อยละ

23.89 และหัวข้อการจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่างๆ และหัวข้อการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละวันมีจำนวนโดยรวม ต่ำที่สุด เท่ากัน คือ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76

3.2.2 หมวดกิจกรรมการเขียนบันทึกและการเขียนรายงานต่างๆ

ตารางที่44 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม หมวดกิจกรรม การเขียนบันทึกและการเขียนรายงานต่างๆ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมการเขียนบันทึกและการเขียนรายงานต่างๆ		
การตรวจสอบและรับคำสั่งการรักษาของแพทย์	5	23.89
การตรวจสอบ และบันทึกข้อความต่างๆ ลงในคาร์เด็กซ์	5	23.89
การบันทึกประวัติหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	5	23.89
การบันทึกการให้ยา	3	14.28
การบันทึกจำนวนสารน้ำ ที่เข้าและออกจากร่างกายของ ผู้ป่วย	3	14.28
การทำแฟ้มรับผู้ป่วยใหม่(เมื่อมีผู้ป่วยมาadmitใหม่)	2	9.50
การบันทึกสัญญาณชีพ	2	9.50
การเขียนใบเบิกยา ใบเบิกอาหาร	2	9.50

จากตารางที่44 พบว่า จำนวนเฉลี่ยโดยรวมสูงที่สุดของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหมวดกิจกรรมการเขียนบันทึกและการเขียนรายงานต่างๆ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มี3หัวข้อ คือ หัวข้อการตรวจสอบและรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ การตรวจสอบ และบันทึกข้อความต่างๆ ลงในคาร์เด็กซ์ และการบันทึกประวัติหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งมีจำนวนโดยรวมเท่ากัน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 23.89 และหัวข้อการทำแฟ้มรับ ผู้ป่วยใหม่(เมื่อมีผู้ป่วยมาadmitใหม่) การบันทึกสัญญาณชีพ และการเขียนใบเบิกยา ใบเบิกอาหาร มีจำนวนโดยรวมต่ำที่สุด เท่ากัน คือ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.50

3.2.3 หมวดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุม ปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษา

ตารางที่ 45 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม หมวดกิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษา ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษา		
การเป็นที่ปรึกษาในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แก่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยใช้ความชำนาญทางคลินิกในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาทางด้านจิตเวช	20	95.23
การประสานงานกับทีมสุขภาพ เกี่ยวกับการประเมิน ใฝ่ระวัง การจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว	15	71.42
การประสานงานกับทีมสุขภาพ และร่วมปรึกษารื้อหรือเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยขอความร่วมมือจากครอบครัวของผู้ป่วย และหน่วยงานสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	15	71.42
การติดต่อสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วย ผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อจะไปให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับพยาบาลหรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	14	66.00
การประชุมปรึกษาก่อนและหลังให้การพยาบาล ในระหว่างทีมการพยาบาล	7	33.33
การรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้แพทย์และทีมสุขภาพทราบ	7	33.33
การรายงานเกี่ยวกับอุบัติการณ์ต่างๆ เช่นผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยทำลายทรัพย์สิน ผู้ป่วยหนี	5	23.89
การรับ – ส่ง เวร	3	14.28

จากตารางที่ 45 พบว่า จำนวนโดยรวมสูงสุดที่สุดของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหมวดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษา ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อการเป็นที่ปรึกษาในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แก่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยใช้ความชำนาญทางคลินิกในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาทางด้านจิตเวช มีจำนวนโดยรวม 20 คน คิดเป็นร้อยละ 95.23 และหัวข้อการรับ – ส่ง เวรมีจำนวนโดยรวมต่ำที่สุด คือ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 14.28

3.2.4 หมวดกิจกรรมด้านวิชาการ และการวิจัย

ตารางที่46 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม หมวดกิจกรรม ด้านวิชาการ และการวิจัย ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาลในแต่ละหมวด	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมด้านวิชาการ และการวิจัย		
การนำงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล	19	94.76
การสร้างและเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช	17	89.23
การจัดโครงการฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	16	76.19
การเป็นพี่เลี้ยงให้แก่พยาบาลใหม่ และนักศึกษาที่เข้ามาฝึกงานในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	16	76.19
การร่วมวิจัย หรือทำการวิจัยทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อปรับปรุงคุณภาพของการพยาบาลฯ	16	76.19
การสอนเทคนิค วิธีการพยาบาล หรือการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยจิตเวช แก่บุคลากรทางการพยาบาลเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม	15	71.42
การวางแผนการส่งเสริมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาลและผู้ใช้บริการตามปัญหา และความต้องการ	13	61.94
การเป็นผู้นำในการจัดปฐมนิเทศพยาบาลใหม่	11	52.38
การช่วยเหลือบุคลากรทางการพยาบาลในการจัดโครงการฝึกอบรมและให้ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	10	47.61

จากตารางที่46 พบว่าจำนวนโดยรวมสูงสุดที่สุดของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหมวดกิจกรรมด้านวิชาการ และการวิจัย ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อการนำงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล มีจำนวนโดยรวม 19 คน คิดเป็นร้อยละ 94.76 และหัวข้อการช่วยเหลือบุคลากรทางการพยาบาลในการจัดโครงการฝึกอบรมและให้ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีจำนวนโดยรวมต่ำที่สุด คือ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 47.61

3.2.5 หมวดกิจกรรมการบริหารจัดการ

ตารางที่47 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม หมวดกิจกรรมการบริหารจัดการ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาลในแต่ละหมวด	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมการบริหารจัดการ		
การปรับแก้มาตรฐานทางการพยาบาลตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป	19	94.76
การนำเกณฑ์มาตรฐานมาใช้ในการควบคุม และประเมินผลลัพธ์ของการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	18	85.71
การเสนอแนะแนวทาง และปรับปรุงระบบการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพแก่ผู้บริหาร	17	80.95
การร่วมปรึกษาหารือ และ/ หรือ ประเมินคุณภาพของการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แก่ผู้บริหาร	17	80.95
การจัดระบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	15	71.42

จากตารางที่47 พบว่า จำนวนโดยรวมสูงสุดของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหมวดกิจกรรมการบริหารจัดการ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อการปรับแก้มาตรฐานทางการพยาบาลตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป มีจำนวนโดยรวม 19 คน คิดเป็นร้อยละ 94.76 และหัวข้อการจัดระบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีจำนวนโดยรวมต่ำที่สุด คือ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 71.42

3.2.6 หมวดกิจกรรมการบริการพยาบาลอื่นๆ

ตารางที่48 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม หมวดกิจกรรมการบริการพยาบาลอื่นๆ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21)

กิจกรรมการพยาบาลในแต่ละหมวด	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมการบริการพยาบาลอื่นๆ		
การร่วมตัดสินใจในทางจริยธรรม และการพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ	16	76.19
การส่ง-ติดตามผลใบปรึกษาเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย	6	28.57
การติดต่อกับญาติในธุรกิจที่เกี่ยวกับผู้ป่วย	3	14.28

ตารางที่48 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม หมวดกิจกรรมการบริการพยาบาลอื่นๆ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21) (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลในแต่ละหมวด	จำนวน	ร้อยละ
การเบิกยา ซึ้อยาให้แก่ผู้ป่วย หรือให้ญาติเป็นผู้ไปซึ้อยา	1	4.76
การรับ – ตรวจสอบ ยาและเวชภัณฑ์	1	4.76
การคิดค่ารักษา และการเขียนใบแจ้งหนี้	1	4.76

จากตารางที่48 พบว่า จำนวนโดยรวมสูงสุดที่สุดของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุกิจกรรมการพยาบาลในหมวดกิจกรรมการบริการพยาบาลอื่นๆ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อการร่วมตัดสินใจในทางจริยธรรม และการพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ มีจำนวนโดยรวม 16 คน คิดเป็นร้อยละ 76.19 และหัวข้อการเบิกยา ซึ้อยาให้แก่ผู้ป่วยหรือให้ญาติเป็นผู้ไปซึ้อยา การรับ-ตรวจสอบ ยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งการคิดค่ารักษา และการเขียนใบแจ้งหนี้ มีจำนวนโดยรวมต่ำที่สุด เท่ากัน คือ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76

สรุปกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ร้อยละ50 ขึ้นไป ในแต่ละหมวดกิจกรรม มีดังนี้

1. กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง

ตารางที่49 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21)

หมวด	หัวข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมการ	ให้คำปรึกษา	การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาครอบครัว	16	76.19
		การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย	15	71.42
		การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการปรับตัวเมื่อผู้ป่วย	15	71.42
บำบัดทางจิต	แก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติ	ต้องกลับไปใช้ชีวิตในสังคม		
		การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	13	61.90
		การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาเสพติด	12	57.14
		การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาโรคเอดส์	11	52.38

ตารางที่49 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่า เป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (N=21) (ต่อ)

หมวด	หัวข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมการบำบัดทางจิต	หัวข้อการช่วยเหลือด้วยกลุ่ม	การจัดกลุ่มบำบัดทางจิต ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ปัญหาและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มครอบครัวบำบัด กลุ่มภาพสะท้อน กลุ่มแก้ปัญหา		
		การวางแผนก่อนดำเนินกลุ่ม	16	76.19
		การเลือกและเรียกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม	16	76.19
		การสร้างบรรยากาศก่อนการดำเนินกลุ่ม เช่น การกล่าวทักทาย สร้างความคุ้นเคย การสนทนาเรื่องทั่วไป	16	76.19
		การดำเนินกลุ่ม (การแนะนำตัว การแจ้งวัตถุประสงค์ ข้อปฏิบัติ วิธีการดำเนินกลุ่ม ระยะเวลา การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม การสรุปกลุ่ม)	16	76.19
		การประเมินการจัดกลุ่ม	15	71.42

จากตารางที่49 พบว่า กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่ผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่า ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ร้อยละ50 ขึ้นไป คือ หมวด กิจกรรมการบำบัดทางจิต ใน 2 หัวข้อ คือ หัวข้อการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และ/หรือญาติ และหัวข้อการช่วยเหลือด้วยกลุ่ม ที่เป็นการจัดกลุ่มบำบัดทางจิต ซึ่งจำนวนโดยรวมสูงที่สุดของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่า เป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง มากที่สุด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 76.19 มี 5 หัวข้อย่อย ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาครอบครัว ในการจัดกลุ่มบำบัดทางจิต หัวข้อย่อย การวางแผนก่อนดำเนินกลุ่ม การเลือกและเรียกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม การสร้างบรรยากาศก่อนการดำเนินกลุ่ม และ การดำเนินกลุ่ม สรุปแล้ว มีกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่ควรที่ปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 หมวด (11 หัวข้อกิจกรรมย่อย)

2. กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม

ตารางที่ 50 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (N=21)

หมวด	กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษา	การเป็นที่ปรึกษาในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แก่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยใช้ความชำนาญทางคลินิกในการหาแนวทางแก้ไข ปัญหาทางด้านจิตเวช	20	95.23
	การประสานงานกับทีมสุขภาพ เกี่ยวกับการประเมิน ใฝ่ระวัง การจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว	15	71.42
	การประสานงานกับทีมสุขภาพ และร่วมปรึกษาหารือ เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยขอความร่วมมือจากครอบครัวของผู้ป่วย และหน่วยงานสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	15	71.42
	การติดต่อสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วย ผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อจะไปให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับพยาบาลหรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	14	66.00
กิจกรรมด้านวิชาการ และการวิจัย	การนำงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล	19	94.76
	การสร้างและเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช	17	89.23
	การจัดโครงการฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	16	76.19
	การเป็นที่เลี้ยงให้แก่พยาบาลใหม่ และนักศึกษาที่เข้ามาฝึกงานในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	16	76.19

ตารางที่ 50 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21) (ต่อ)

หมวด	กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมด้านวิชาการและการวิจัย (ต่อ)	การร่วมวิจัย หรือทำการวิจัยทางการพยาบาล	16	76.19
	สุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อปรับปรุงคุณภาพของการพยาบาลฯ		
	การสอนเทคนิค วิธีการพยาบาล หรือการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยจิตเวช แก่บุคลากรทางการพยาบาลเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม	15	71.42
	การวางแผนการส่งเสริมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาลและผู้ใช้บริการตามปัญหา และความต้องการ	13	61.94
	การเป็นผู้นำในการจัดปฐมนิเทศพยาบาลใหม่	11	52.38
	การช่วยเหลือบุคลากรทางการพยาบาลในการจัดโครงการฝึกอบรมและให้ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	10	47.61
กิจกรรมการบริหารจัดการ	การปรับแก้มาตรฐานทางการพยาบาลตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป	19	94.76
	การนำเกณฑ์มาตรฐานมาใช้ในการควบคุม และประเมินผลลัพธ์ของการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	18	85.71
	การเสนอแนะแนวทาง และปรับปรุงระบบการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพแก่ผู้บริหาร	17	80.95
	การร่วมปรึกษาหารือ และ/ หรือ ประเมินคุณภาพของการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แก่ผู้บริหาร	17	80.95
	การจัดระบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	15	71.42

ตารางที่ 50 จำนวนและร้อยละของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (N=21) (ต่อ)

หมวด	กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมการบริการ พยาบาลอื่นๆ	การร่วมตัดสินใจในทางจริยธรรม และการพิทักษ์ สิทธิ์ของผู้ใช้บริการ	16	76.19

จากตารางที่ 50 พบว่า กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมที่ผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าจะ ควรปฏิบัติ โดย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ร้อยละ 50 ขึ้นไป คือ หมวดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษา หมวดกิจกรรมด้านวิชาการ และการวิจัย หมวดกิจกรรมการบริหารจัดการ และหมวดกิจกรรมการบริการพยาบาลอื่นๆ

หมวดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษา หัวข้อการเป็นที่ปรึกษาในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แก่พยาบาลและ บุคลากรในทีมสุขภาพ โดยใช้ความชำนาญทางคลินิกในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาทางด้านจิต เวช เป็นหัวข้อที่ผู้เชี่ยวชาญระบุว่าจะควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมากที่สุด จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 95.23

หมวดกิจกรรมด้านวิชาการ และการวิจัย หัวข้อการนำงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล เป็นหัวข้อที่ผู้เชี่ยวชาญระบุ ว่าควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมากที่สุด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 94.76

หมวดกิจกรรมการบริหารจัดการ หัวข้อการปรับแก้มาตรฐานทางการพยาบาลตาม สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นหัวข้อที่ผู้เชี่ยวชาญระบุว่าจะควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลช ้นสูงมากที่สุด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 94.76

หมวดกิจกรรมการบริการพยาบาลอื่นๆ มีเพียงหัวข้อเดียวที่มีผู้เชี่ยวชาญระบุกิจกรรมใน ระดับ ร้อยละ 50 ขึ้นไป คือ การร่วมตัดสินใจในทางจริยธรรม และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ใช้บริการ เป็นหัวข้อที่ผู้เชี่ยวชาญระบุว่าจะควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมากที่สุด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 76.19

สรุป มีกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมที่ปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงทั้งสิ้น 4 หมวด (17กิจกรรมการพยาบาล) ซึ่งมากกว่ากิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่มีทั้งสิ้น 1 หมวด (11 กิจกรรมการพยาบาล)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช และปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล และจำแนกตามระดับของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช และหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศูนย์ บุคลากรทางการพยาบาล ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลศูนย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยจิตเวช เพศหญิงและชาย อายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช ข้อมูลระหว่างวันที่ 8-18 กันยายน 2546 และหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศูนย์ ระหว่างวันที่ 20 กันยายน - 2 ตุลาคม 2546 ซึ่งเป็นผู้ป่วยประเภทแรกรับ แหล่งข้อมูลละ 15 คน ประเภทเร่งรัดบำบัด แหล่งข้อมูลละ 15 คน และประเภทบำบัดระยะยาว แหล่งข้อมูลละ 15 คน รวมทั้งหมด 90 คน ซึ่งได้รับการจัดหมวดหมู่ในแต่ละเวร ตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. บุคลากรทางการพยาบาล ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลศูนย์ และขึ้นปฏิบัติงานขณะทำการเก็บข้อมูล

3. ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 3 ชุด ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลในการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช และเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของกรมสุขภาพจิตและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 3 หมวดใหญ่

2. แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการกิจกรรมและเวลาในการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

ตามแนวคิดที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก) ร่วมกับผลการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. แบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากเครื่องมือชุดที่ 2 (แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรม และเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) และ กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้า จากเอกสาร งานวิจัย และตำราต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้ทำการจำแนกระดับการปฏิบัติการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชออกเป็น 2 ระดับ คือ กิจกรรมการบริการพยาบาลที่ปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และ กิจกรรมการบริการพยาบาลที่ปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยวิจัย แหล่งข้อมูลละ 1 คน โดยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์ ตามลำดับ

1. จำนวนผู้ป่วยแต่ละประเภทในแต่ละเวร ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำการจำแนกประเภทผู้ป่วยทุกคน ในหอผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้เกณฑ์การจำแนกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แล้วสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบไม่แทนที่ จากนั้นทำการสังเกต และบันทึกกิจกรรมการพยาบาลและเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมและเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยโดยตรง โดยวิธีการสังเกตโดยตรงอย่างต่อเนื่อง (Continuous direct observation) แบบไม่มีส่วนร่วม

2. ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำการสังเกตและบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ในเวรเช้า บ่าย และดึก ทั้งนี้ ได้แบ่งให้มีการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยแต่ละประเภท ในแต่ละเวร จำนวนเท่ากัน กล่าวคือ เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยประเภทแรกวัย ในเวรเช้า 5 คน เวรบ่าย 5 คน และในเวรดึก 5 คน รวมเป็นแหล่งข้อมูลละ 15 คน เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยประเภทเร่งรัดบำบัด ในเวรเช้า 5 คน เวรบ่าย 5 คน และในเวรดึก 5 คน รวมเป็นแหล่งข้อมูลละ 15 คน แหล่งข้อมูลละ 15 คน และเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาว ในเวรเช้า 5 คน เวรบ่าย 5 คน และในเวรดึก 5 คน รวมเป็นแหล่งข้อมูลละ 15 คน เมื่อรวมทั้ง 3 ประเภท และ 3 เวร จะได้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง แหล่งข้อมูลละ 45 คน รวมทั้งสิ้น 90 คน

ทั้งนี้ให้บุคลากรบันทึกกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมที่ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในแบบรายงานตนเอง

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ได้ทำการเก็บข้อมูลจนกระทั่งได้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ โดยมีระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ดังนี้ โรงพยาบาลจิตเวชเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 8-18 กันยายน 2546 โรงพยาบาลศูนย์เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 กันยายน - 2 ตุลาคม 2546

3. กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาลของ ผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามระดับของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ จำนวนมากที่สุดมีอายุระหว่าง 20-29 ปี ทั้ง ผู้ป่วยส่วนมากในโรงพยาบาลจิตเวช และโดยรวม เป็นเพศหญิง แต่ในโรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศชาย สำหรับการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดทั้งใน โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ และ รวมทั้ง 2 แหล่งข้อมูล คือ โรค Schizophrenia (ตารางที่1)

2. จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรทางการพยาบาล พบว่าจำนวนสูงสุดของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งในโรงพยาบาลจิตเวช และ โดยรวม มีอายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวนสูงสุดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ซึ่งทั้งหมด มีประสบการณ์ในหอผู้ป่วยจิตเวช 15 ปี ขึ้นไปมากที่สุด สำหรับจำนวนพยาบาลเทคนิค โดยรวมมีอายุระหว่าง 40-49 ปี มากที่สุด ทั้งนี้ ในโรงพยาบาลจิตเวช ช่วงอายุ 30-39 ปี 40-49 ปี และ 50-59 ปี มีจำนวนพยาบาลเทคนิคเท่ากัน โดยมีประสบการณ์ในหอผู้ป่วยจิตเวช 15 ปี ขึ้นไปมากที่สุด โรงพยาบาลศูนย์ มีพยาบาลเทคนิคเพียง 1 คน และมีประสบการณ์ในหอผู้ป่วยจิตเวช 15 ปี ขึ้นไป ในส่วนของ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทั้งโดยรวมและในโรงพยาบาลจิตเวช มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มากที่สุด และส่วนมากมีประสบการณ์ในหอผู้ป่วยจิตเวช 5 - 9 ปี ต่างกับโรงพยาบาลศูนย์ ที่จำนวนสูงสุดของผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีอายุระหว่าง 40-49 ปี และมีประสบการณ์ในหอผู้ป่วยจิตเวช เท่ากันในทุกช่วง คือ ตั้งแต่ ต่ำกว่า 5 ปี จนถึง 15 ปี ขึ้นไป (ตารางที่2)

3. ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และ จิตเวช จำนวนมากที่สุด มีอายุระหว่าง 41-50 ปี เป็นเพศหญิงทั้งหมด โดยมีวุฒิมัธยมศึกษาในระดับปริญญาโทมากที่สุด ส่วนมากมีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับ7 และปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มงานการพยาบาล ในโรงพยาบาลจิตเวช (ตารางที่3)

4. ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาทั้งหมดที่บุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวช ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงทั้งหมดให้กับผู้ป่วยประเภทแรกรับใน 1 วัน เท่ากับ 154.84

นาที่ ประเภทเร่งรัดบำบัด 98.08 นาที และ ผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาว 108.35 นาที ส่วนโรงพยาบาลศูนย์ มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ให้กับผู้ป่วยประเภทแรกรับ เท่ากับ 148.44 นาที ประเภทเร่งรัดบำบัด 117.27 นาที และ ผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาว 151.76 นาที (ตารางที่ 4) และค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาสูงที่สุดที่บุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงให้กับผู้ป่วยประเภทแรกรับ เร่งรัดบำบัด และบำบัดระยะยาว ใน 1 วัน คือ เวรเช้า ซึ่งใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง 100.80 นาที 57.32 นาที และ 42.29 นาที ตามลำดับ เช่นเดียวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมที่มีการปฏิบัติในเวรเช้ามากที่สุด โดยมีการใช้เวลาไปในผู้ป่วยประเภทแรกรับมากที่สุด 113.43 นาที รองลงมาเป็นประเภทบำบัดระยะยาว 78.33 นาที และเร่งรัดบำบัด 65.44 นาที (ตารางที่ 5) ต่างจากค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาสูงที่สุดที่บุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงให้กับผู้ป่วยใน 1 วัน คือ เวรเช้า โดยใช้เวลาไปในผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาวมากที่สุด 114.34 นาที รองลงมาเป็นประเภทแรกรับ 81.57 นาที และเร่งรัดบำบัด 66.25 นาที เช่นเดียวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมที่มีการใช้เวลาไปในผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาวมากที่สุด 120.57 นาที รองลงมาเป็นประเภทแรกรับ 87.88 นาที และเร่งรัดบำบัด 70.11 นาที (ตารางที่ 6)

5. ในแต่ละเวร (1เวร=8ชั่วโมง) โดยรวมแล้วบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชและ โรงพยาบาลศูนย์ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงให้ผู้ป่วยแต่ละคน เฉลี่ยมากกว่าการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ซึ่งในโรงพยาบาลจิตเวช มีการปฏิบัติ 31.78 นาที และ 10.04 นาที ตามลำดับ ส่วนในโรงพยาบาลศูนย์มีการปฏิบัติ 41.45 นาที และ 12.56 นาที ตามลำดับ (ตารางที่ 7) โดยในโรงพยาบาลจิตเวช แต่ละเวร โดยเฉลี่ยแล้ว ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงมากที่สุด 14.39 นาที รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพ 13.91 นาที และพยาบาลเทคนิค 3.50 นาที ตามลำดับ ต่างจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมที่ พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการปฏิบัติ มากที่สุด 7.18 นาที รองลงมาเป็นพยาบาลเทคนิค 1.62 นาทีและผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1.24 นาที (ตารางที่ 8) ต่างจากในโรงพยาบาลศูนย์ ที่โดยเฉลี่ยแล้วแต่ละเวร พยาบาลวิชาชีพจะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงมากที่สุด 27.35 นาที รองลงมาเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ 9.11 นาที และพยาบาลเทคนิค 4.99 นาที ตามลำดับ เช่นเดียวกับการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาลโดยอ้อมที่ พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการปฏิบัติมากที่สุด 9.31 นาที รองลงมาเป็นพยาบาลเทคนิค 1.65 นาที และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1.60 นาที (ตารางที่ 9)

6. โดยรวมแล้ว ในแต่ละเวร บุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวช ได้ใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงหมวดการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แก่ผู้ป่วยแต่ละคนมากที่สุด 20.61 นาที ต่างจากบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ที่ใช้เวลาไป

ในการปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางจิตมากที่สุด 22.13 นาที (ตารางที่10) โดยในโรงพยาบาลจิตเวช มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลหมวดการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด 20.61 นาที และผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้เวลามากที่สุด 10.14 นาที รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพ 6.96 นาที และพยาบาลเทคนิค 3.49 นาที โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางจิตเป็นลำดับรองลงมา ซึ่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ ได้ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมทางจิตมากที่สุด เช่นกัน เฉลี่ย 3.64 นาที พยาบาล วิชาชีพ 3.48 นาที อย่างไรก็ตาม พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางร่างกาย มากที่สุด 3.35 นาที รองลงมาเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ 0.60 นาที และพยาบาลเทคนิค 0.008 นาที (ตารางที่11)

สำหรับการปฏิบัติพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ พบว่าบุคลากรทางการพยาบาล มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลหมวดการบำบัดทางจิตมากที่สุด 22.13 นาที โดยพยาบาลวิชาชีพ ใช้เวลามากที่สุด 10.14 นาที รองลงมาเป็นพยาบาลเทคนิค 6.96 นาที และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 0.50 นาที โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นลำดับรองลงมา ซึ่งพยาบาลวิชาชีพ ได้ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมนี้มากที่สุด เช่นกัน เฉลี่ย 5.22 นาทีรองลงมาเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4.41 นาที และพยาบาลเทคนิค 1.97 นาที นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพยังเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางร่างกาย มากที่สุด 2.95 นาที รองลงมาเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2.22 นาที และพยาบาลเทคนิค 0.08 นาที(ตารางที่12)

7. โดยรวมแล้ว บุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวช ใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา มากที่สุด 2.03 นาที รองลงมาเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า0.98 นาที และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรม 0.83 นาที ต่างจากบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ ใช้เวลาไปในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติการรักษาพยาบาลทางกายอื่นๆ มากที่สุด 2.81 นาที รองลงมาเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรม 2.01 นาที และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา 0.41 นาที (ตารางที่13) และพบว่าส่วนมากพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมมากที่สุดโดยใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา เฉลี่ย 2.02 นาที การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรม 0.70 นาที กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า 0.52 นาที และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติการรักษาพยาบาลทางกายอื่นๆ 0.10 นาที ทั้งนี้ไม่มีบุคลากรใดที่ปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดจากความผิดปกติทางจิต(ตารางที่14)

สำหรับในโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนมากพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมมากที่สุด เช่นกัน โดยใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรม เฉลี่ย 2.01นาที กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติการรักษาพยาบาลทางกายอื่นๆ 0.53 นาที และ กิจกรรมการดูแล

ให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา 0.40 นาที ทั้งนี้ ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ การรักษาด้วยไฟฟ้า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดจากความผิดปกติทางจิต (ตารางที่15)

8. ในแต่ละเวร โดยรวมบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทั้งในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาล ศูนย์ ใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือด้วยกลุ่มมากที่สุด รองลงมาเป็น กิจกรรมการ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชใช้เวลา ไปเฉลี่ย 5.78 นาที และ 1.34 นาที ตามลำดับ บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ใช้เวลา ไป 19.93 นาที ซึ่งมากกว่าบุคลากรในโรงพยาบาลจิตเวช และ 1.50 นาที ทั้งนี้ไม่พบว่ามี การปฏิบัติ กิจกรรมการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในโรงพยาบาลจิตเวช แต่มีการปฏิบัติในโรงพยาบาล ศูนย์ โดยใช้เวลาเฉลี่ย 0.68 นาที (ตารางที่16) ซึ่งในโรงพยาบาลจิตเวช โดยกิจกรรมการช่วยเหลือ ด้วยกลุ่มมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 5.78 นาที ซึ่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมนี้ ในส่วนของการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดมากกว่า พยาบาลวิชาชีพ คือ ใช้เวลาเฉลี่ย 3.64 นาที ทั้งนี้ ไม่พบว่ามีใช้เวลาในการจัดกลุ่มบำบัดทางจิต นอกจากนี้ ไม่พบว่ามีกิจกรรมการให้คำปรึกษาแก่ ผู้ป่วยและญาติ(ตารางที่17) ในโรงพยาบาลศูนย์กิจกรรมการช่วยเหลือด้วยกลุ่มมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 5.78 นาที ซึ่งพยาบาลวิชาชีพใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมนี้มากที่สุด 16.62 นาที แต่ใช้ เวลาในส่วนของ การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด 16.15 นาที ซึ่งมากกว่าการจัดกลุ่มบำบัดทางจิตที่ใช้ เวลา 0.47 นาที นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพยังปฏิบัติกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัด ทางจิต และ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ มากที่สุด โดยใช้เวลาเฉลี่ย 1.42 นาที และ 0.68 นาที ตามลำดับ(ตารางที่18)

9. การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร โดยรวมบุคลากร ทางพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์ ใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการ ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายมากที่สุด เฉลี่ย 9.48 นาที และ 9.12 นาที ตามลำดับ ในโรงพยาบาลจิตเวชรองลงมาเป็นการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจกรรม (Activity) เฉลี่ย 6.62 นาที ซึ่งต่างกับในโรงพยาบาลศูนย์เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ใช้เวลาในการปฏิบัติ น้อยที่สุด คือ เฉลี่ย 0.04 นาที (ตารางที่19, 20 และ 21)

10. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมวดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการ ปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ แก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร โดยรวมบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาล จิตเวชใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการให้ข้อมูลผู้ป่วย และ/หรือญาติมากที่สุด เฉลี่ย 0.66 นาที และในโรงพยาบาลศูนย์ใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการเยี่ยมตรวจหลังรับเวรก่อนการปฏิบัติ การพยาบาลมากที่สุดเฉลี่ย 2.38 นาที(ตารางที่22, 23 และ 24)

11. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม แก่ผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละเวร โดยรวม

บุคลากรทางการแพทย์บาลทั้งในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลศูนย์ใช้เวลาไปในการปฏิบัติกิจกรรมการเขียนบันทึกและการเขียนรายงานต่างๆ มากที่สุด เฉลี่ย 4.31 นาที และ 6.07 นาที รองลงมาเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการเตรียมอาหาร ยา และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อใช้ในการบำบัด เฉลี่ย 2.93 นาที และ 2.92 นาที และ กิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษา เฉลี่ย 2.13 นาที และ 2.88 นาที มีการปฏิบัติกิจกรรม การบริการพยาบาลอื่นๆ เฉลี่ย 0.01 นาที และ 0.69 นาที ทั้งนี้ ไม่พบว่ามีการปฏิบัติกิจกรรมด้าน วิชาการ และการวิจัย และกิจกรรม การบริหาร จัดการ (ตารางที่ 25, 26 และ 27)

12. ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ระบุว่ากิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ในแต่ละหมวด ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มีดังนี้

12.1 หมวดกิจกรรมการบำบัดทางร่างกายที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมากที่สุด ประกอบด้วย หัวข้อการสอน การแนะนำเกี่ยวกับวิธีรับประทานยา และการสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการลดอาการข้างเคียงของยา การประเมินความจำเป็นของการจำกัด พฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาด้วยไฟฟ้า การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากและการให้ออกซิเจน รวมทั้งการประเมิน Mental Health และอาการทางระบบประสาท (ตารางที่ 28 - 32)

12.2 หมวดกิจกรรมการบำบัดทางจิต ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมากที่สุด ประกอบด้วย การช่วยเหลือในการแก้ปัญหาในหัวข้อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาครอบครัว การจัดกลุ่มบำบัดทางจิตที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ปัญหาและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (ตารางที่ 33 - 35)

12.3 หมวดกิจกรรมการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมากที่สุด ประกอบด้วย การกระตุ้นให้มีการทำความสะอาดร่างกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาให้เหมาะสมกับสภาพที่เป็นอยู่และยาที่ได้รับ การดูแล ป้องกันอันตรายที่เนื่องมาจากการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ การพาผู้ป่วยไป - กลับสโมสรหรือร้านค้า หรือทำกิจกรรมนอกห้องผู้ป่วย และการสอน ส่งเสริม และสนับสนุนเกี่ยวกับการใช้จ่าย การจัด และเปลี่ยนท่านอน การสอนให้ใช้ห้องส้วม / อุปกรณ์ช่วยการขับถ่าย และหัวข้อย่อยการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อช่วยให้การขับถ่ายดีขึ้น (ตารางที่ 36 - 41)

12.4 หมวดการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมากที่สุด ประกอบด้วย การให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน ให้แก่ญาติ (ตารางที่ 42)

13. ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ระบุว่ากิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมในแต่ละหมวด มีดังนี้

13.1 หมวดกิจกรรมการเตรียม อาหาร ยา และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อใช้ในการบำบัด ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มี 3 หัวข้อ คือ หัวข้อการเตรียมสารน้ำ และ/ หรือ ยาที่ผสมในขวดสารน้ำ เพื่อให้โดยการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ การเตรียมเลือดเพื่อให้โดยการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ และ การจัดสถานที่ และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มปัญหา (ตารางที่43)

13.2 หมวดหมวดกิจกรรมการเขียนบันทึกและการเขียนรายงานต่างๆ ที่ควรปฏิบัติโดย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มี 3 หัวข้อ คือ หัวข้อการตรวจสอบและรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ การตรวจสอบ และบันทึกข้อความต่างๆ ลงในคาร์เด็กซ์และการบันทึกประวัติหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (ตารางที่44)

13.3 หมวดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษา ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อการเป็นที่ปรึกษาในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แก่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยใช้ความชำนาญทางคลินิกในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาทางด้านจิตเวช มีจำนวนโดยรวมถึง 20 คน คิดเป็นร้อยละ 95.23 (ตารางที่45)

13.4 หมวดกิจกรรมด้านวิชาการและการวิจัย ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อการนำงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล มีจำนวนโดยรวมถึง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 94.76 (ตารางที่46)

13.5 หมวดกิจกรรมการบริหารจัดการ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อการปรับแก้มาตรฐานทางการพยาบาลตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป มีจำนวน โดย รวมถึง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 94.76 และหัวข้อการจัดระบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล มีจำนวนโดยรวมต่ำที่สุด แต่ก็มีจำนวนถึง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 71.42 (ตารางที่47)

13.6 หมวดกิจกรรมการบริการพยาบาลอื่นๆ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อการร่วมตัดสินใจในทางจริยธรรม และการพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ มีจำนวนโดยรวมถึง 16 คน คิดเป็นร้อยละ 76.19 (ตารางที่48)

14. สรุปแล้ว กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่ผู้เชี่ยวชาญระบุว่า ควรปฏิบัติโดย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ร้อยละ50 ขึ้นไป คือ

14.1 หมวดกิจกรรมการบำบัดทางจิต ใน 2 หัวข้อ คือ หัวข้อการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และ/หรือ ญาติ และหัวข้อการช่วยเหลือด้วยกลุ่ม ที่เป็นการจัดกลุ่มบำบัดทางจิต ซึ่งจำนวนโดยรวมสูงที่สุดของผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มากที่สุด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 76.19 มี 5 หัวข้อย่อย ประกอบด้วย การให้

คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาครอบครัว ในการจัดกลุ่มบำบัดทางจิต หัวข้อย่อย การวางแผนก่อนดำเนินกลุ่ม การเลือกและเรียกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม การสร้างบรรยากาศก่อนการดำเนินกลุ่ม และ การดำเนินกลุ่ม(ตารางที่49)

15. กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมที่ผู้เชี่ยวชาญที่ระบุว่า ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ร้อยละ50 ขึ้นไป คือ หมวดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษา หมวดกิจกรรมด้านวิชาการ และการวิจัย หมวดกิจกรรมการบริหารจัดการ และหมวดกิจกรรมการบริการพยาบาลอื่นๆ ดังนี้

15.1 หมวดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษา หัวข้อการเป็นที่ปรึกษาในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แก่พยาบาลและบุคลากรในที่มสุขภาพ โดยใช้ความชำนาญทางคลินิกในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาทางด้านจิตเวช เป็นหัวข้อที่ผู้เชี่ยวชาญระบุว่าควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมากที่สุด จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 95.23

15.2 หมวดกิจกรรมด้านวิชาการ และการวิจัย หัวข้อการนำงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล เป็นหัวข้อที่ผู้เชี่ยวชาญระบุว่าควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมากที่สุด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 94.76

15.3 หมวดกิจกรรมการบริหารจัดการ หัวข้อการปรับแก้มาตรฐานทางการพยาบาลตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นหัวข้อที่ผู้เชี่ยวชาญระบุว่าควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมากที่สุด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 94.76

15.4 หมวดกิจกรรมการบริการพยาบาลอื่นๆ มีเพียงหัวข้อเดียวที่มีผู้เชี่ยวชาญระบุกิจกรรมในระดับ ร้อยละ 50 ขึ้นไป คือ การร่วมตัดสินใจในทางจริยธรรม และการพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ เป็นหัวข้อที่ผู้เชี่ยวชาญระบุว่าควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมากที่สุด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 76.19(ตารางที่50)

อภิปรายผลการวิจัย

1. กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช และปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำแนกตามลักษณะของหอผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ หอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์

1.1 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง จากการศึกษาพบว่า ในโรงพยาบาลจิตเวช ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จะเพิ่มมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของอาการและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย(ตารางที่4-6) โดยผู้ป่วยประเภทแรกๆ จะ

ต้องการปริมาณเวลาการปฏิบัติพยาบาลมากที่สุด รองลงมา คือ ผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาว และผู้ป่วยประเภทเร่งรัดบำบัด ตรงกันข้ามกับในโรงพยาบาลศูนย์ที่พบว่า จะมีปริมาณได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ในผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาวมากที่สุด รองลงมาเป็นผู้ป่วยประเภทแรกรับ และผู้ป่วยประเภทเร่งรัดบำบัด ตามลำดับ

นอกจาก ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จะเพิ่มมากขึ้น ตามระดับความรุนแรงของอาการและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยยังพบว่าในโรงพยาบาลจิตเวช มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชทุกประเภท โดยรวมในเวรเช้ามากที่สุด โดยผู้ป่วยประเภทแรกรับได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในเวรเช้า เฉลี่ย 100.8 นาที รองลงมาเป็นเวรดึก 19.55 นาที และเวรบ่าย 5.39 นาที ผู้ป่วยประเภทเร่งรัดบำบัดได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในเวรเช้า เฉลี่ย 58.16 นาที รองลงมาเป็นเวรดึก 17.34 นาที และเวรบ่าย 3.74 นาที ผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาวได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในเวรเช้า เฉลี่ย 73.00 นาที รองลงมาเป็นเวรดึก 14.59 นาที และเวรบ่าย 4.25 นาที เช่นเดียวกับในโรงพยาบาลศูนย์ ที่พบว่าโดยมากแล้ว มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชประเภทต่างๆ โดยรวมในเวรเช้ามากที่สุด โดยผู้ป่วยประเภทแรกรับได้รับการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาลในเวรเช้า เฉลี่ย 71.78 นาที รองลงมาเป็นเวรบ่าย 17.85 นาที และเวรดึก 10.73 นาที ผู้ป่วยประเภทเร่งรัดบำบัดได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในเวรเช้า เฉลี่ย 47.75 นาที รองลงมาเป็นเวรบ่าย 17.60 นาที และเวรดึก 10.34 นาที ผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาวได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในเวรเช้า เฉลี่ย 36.53 นาที รองลงมาเป็นเวรดึก 4.58 นาที และเวรบ่าย 3.90 นาที

ผลการศึกษาครั้งนี้ โดยมากแล้วมีความสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่เกี่ยวกับ ปริมาณความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท กล่าวคือ จากการศึกษาการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ของ CASH (The Commission for Administrative Service in Hospital) (อ้างถึงใน วัลลีย์ กนกวิจิตร, วิชาวิ เฝ้ากัณฑ์พร และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2538)การศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล โดย วิชาวิ เฝ้ากัณฑ์พร(2536) การศึกษาปริมาณความต้องการการพยาบาลโดยตรงของผู้ป่วยจิตเวช โดย วัลลีย์ กนกวิจิตร, วิชาวิ เฝ้ากัณฑ์พร และดวงตา กุลรัตนญาณ(2538) การศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ตามความต้องการการพยาบาล ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู. (พัชรินทร์ สรไชยเมธา, 2545) และอมริตี แสงศิริโรจน์ (2545) ที่ศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล ตามกิจกรรมการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ หรือ คนอื่นๆ (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และชื่นชม เจริญยุทธ ,2531; จินตนา ปรีชา, 2533; และ ประพิณ วัฒนกิจ,2537; Wastle,1974: 8-17อ้างถึงใน

ประพิน วัฒนกิจ, 2537: 41)) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลมากที่สุดในช่วงเวรเช้า เนื่องจากเวรเช้าเป็นเวรที่มี กิจกรรมเกิดขึ้นหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยโดยตรง หรือมีความข้องเกี่ยวกับญาติ และครอบครัว โดยบุคลากรทางการพยาบาล จะมีการติดต่อ ประสานงานกับญาติ เพื่อดำเนินการในเรื่องต่างๆ นอกจากนี้ เวรเช้ายังเป็นเวรที่มีบุคลากร แพทย์ พยาบาล และนักศึกษาสาขาต่างๆ ขึ้นฝึกปฏิบัติงาน จึงมีส่วนเสริมให้เกิดกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ มากที่สุด ซึ่งจะเห็นได้ว่า ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยทางฝ่ายกายหรือฝ่าย ก็มีมีความต้องการการพยาบาลโดยตรงมากที่สุดในเวรเช้า เช่นกัน

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ มีความแตกต่างจากการศึกษาข้างต้น ที่ ส่วนมากแล้วพบว่า เวรที่มีปริมาณเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล รองลงมาจากเวรเช้า คือ เวรบ่าย และเวรดึก ตามลำดับ โดยพบว่า ในโรงพยาบาลจิตเวชนั้น มีปริมาณการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล รองลงมาในเวรดึก ซึ่งอาจเป็นเพราะว่า ในช่วงท้ายๆ ของเวรดึก คือ เวลา ประมาณ 5.00 น - 7.30 น. นั้น จะเป็นช่วงที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การปลุกให้ตื่นนอน การดูแลให้อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ซึ่งต้องใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรม ค่อนข้างมาก สำหรับในเวรบ่ายนั้น เป็นช่วงเวลาพักผ่อนของผู้ป่วย ดังนั้น จึงมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงน้อยที่สุด ทั้งนี้ผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในช่วงเวลานี้ ส่วนมากจะเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติ เป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน

นอกจากนี้ ปริมาณเวลาที่บุคลากรใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยประเภทต่างๆ ยังน้อยลงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาของ วิภาวี เผ่ากันทรากกร (2536) ที่พบว่าความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยประเภทที่ 1 (สามารถดูแลตนเองได้), 2 (ต้องการการดูแลระดับต่ำ), 3 (ต้องการการดูแลระดับปานกลาง) และ 4 (ต้องการการดูแลระดับวิกฤติ) ใน 24 ชั่วโมง เท่ากับ 3.10 ชั่วโมง 3.47 ชั่วโมง 4.03 ชั่วโมง และ 4.87 ชั่วโมง ตามลำดับ สำหรับในการศึกษานี้ ศึกษาเฉพาะ ผู้ป่วยในลักษณะที่คล้ายกับวิภาวี กล่าวคือ ผู้ป่วยประเภทแรกรับ อยู่ในระดับเดียวกับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับปานกลาง ประเภทเร่งรัด บำบัดต้องการการดูแลระดับต่ำ และประเภทบำบัดระยะยาวสามารถดูแลตนเองได้ ใน 24 ชั่วโมง เท่ากับ 2.58 ชั่วโมง (154.84 นาที) 1.63 ชั่วโมง (98.08 นาที) และ 1.80 ชั่วโมง (108.35 นาที) ตามลำดับ ซึ่งการใช้เวลาในปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้ป่วยแต่ละคนนี้น้อยลงนี้ อาจมีสาเหตุมาจาก การที่บุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวช ต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยที่มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังเช่น การศึกษาของ วัชรภรณ์ อุทัยภาส และ เอกอุมา วิเชียรทอง (2545) ที่ ทำการศึกษาการจัดเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลเพื่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวช

ศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โดยพบว่า อัตราส่วนบุคลากรพยาบาลต่อผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์

สมเด็จพระเจ้าพระยา เท่ากับ 1: 4.62 ในขณะที่จำนวนที่ต้องการจริง คือ 1: 1.8

1.2 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม จากการศึกษาพบว่า ในโรงพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยประเภทแรกรับ ได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม มากที่สุด รองลงมา เป็น ผู้ป่วยประเภทเรื้อรังบำบัด และบำบัดระยะยาว แตกต่างจากโรงพยาบาลศูนย์ที่พบว่า ปริมาณเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม จะเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับปริมาณเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง กล่าวคือ ผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาวจะได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม มากที่สุด รองลงมา เป็น ผู้ป่วยประเภทแรกรับ และเรื้อรังบำบัด ทั้งนี้ ช่วงเวลาที่มีการปฏิบัติกิจกรรมมากน้อย อาจแตกต่างกันไปโดย ในโรงพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยประเภทแรกรับ จะมีปริมาณเวลาที่ได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม มากที่สุดในช่วงเวรเช้า เช่นเดียวกับผู้ป่วยประเภทเรื้อรังบำบัด ซึ่งอาจเนื่องมาจากเป็นผู้ป่วยที่ต้องมีการบันทึก รายงาน ติดต่อ ประสานงานเกี่ยวกับอาการต่างๆ กับทีมการพยาบาล มากกว่าผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาว ซึ่งบุคลากรจะใช้เวลาในช่วงเวรนี้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม เช่น การเขียนบันทึกทางการพยาบาล การตรวจสอบคาร์เด็กซ์ เป็นต้น สำหรับในโรงพยาบาลศูนย์ กลับพบว่ามีการปฏิบัติการพยาบาลโดยอ้อมต่อผู้ป่วยทุกประเภท มากที่สุดในช่วงเวรบ่าย ซึ่งอาจเนื่องมาจากเป็นช่วงเวลาของผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนจึงมีกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงน้อย บุคลากรทางการพยาบาล สามารถใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมได้มากที่สุด นอกจากนี้ จากการเก็บข้อมูล พบว่าผู้ที่ขึ้นปฏิบัติหน้าที่ในช่วงเวรดึก จะต้องเตรียมอุปกรณ์เอกสารต่างๆ เพื่อให้ผู้ที่มาปฏิบัติงานในเวรเช้าและเวรบ่ายได้ใช้งาน จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ใช้เวลาไปในเวรนี้ มากที่สุด

1.3 นอกจากกิจกรรมที่บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติแล้ว ยังพบว่ามีการจัดการพยาบาลบางอย่างที่ไม่มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในขณะที่ทำการเก็บข้อมูล ดังนี้

1.3.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง เช่น กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า จะไม่พบในโรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากไม่ใช่โรงพยาบาลเฉพาะทางจึงไม่มีอุปกรณ์การรักษาด้วยไฟฟ้า ไม่พบกิจกรรมการช่วยเหลือด้วยกลุ่ม ประสาทการจัดกลุ่มบำบัดทางจิตในโรงพยาบาลจิตเวช เนื่องจากมีการจัดกลุ่มชนิดนี้ ผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ ไม่พบการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดจากความผิดปกติทางจิต ในทั้ง 2 โรงพยาบาล ไม่พบการเยี่ยมตรวจเพื่อประเมินผลการพยาบาล รวมถึงการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังไม่พบการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในโรงพยาบาลศูนย์ และไม่พบว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการชั่งถ่ายด้วย

1.3.2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ที่บุคลากรทางการพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติ ต่อผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเลย คือ กิจกรรมด้านวิชาการและการวิจัย และกิจกรรมการบริหารจัดการ อาจเนื่องจากว่า กิจกรรมเหล่านี้ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

2. กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช และปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำแนกตามระดับของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

2.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ที่มีทั้งหมด 4 หมวด จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า

2.1.1 ในหมวดกิจกรรมการบำบัดทางร่างกาย พบว่าการให้สารน้ำและ/หรือเลือดทางเส้นเลือดดำ การประเมินความจำเป็นของการจำกัดพฤติกรรม การประเมินอาการขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากและการให้ออกซิเจน รวมทั้งการประเมิน Mental Health และอาการทางระบบประสาท เป็นกิจกรรม ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมากที่สุด

ในหมวดกิจกรรมการบำบัดทางร่างกายนี้ มีผู้เชี่ยวชาญจำนวนน้อย ที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง กล่าวคือ ยังไม่ถึง ร้อยละ 50 โดยหัวข้อการประเมินความจำเป็นของการจำกัดพฤติกรรม การตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงและอาการข้างเคียงหลังได้รับสารน้ำ และ/ หรือเลือด มีจำนวนผู้ระบุมากที่สุด ร้อยละ 42.85 ซึ่งการที่มีผู้ระบุจำนวนน้อยนั้น อาจเนื่องมาจากการบำบัดทางร่างกายในหอผู้ป่วยจิตเวช ส่วนมากเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญบางท่าน เสนอว่า กิจกรรมการบำบัดทางร่างกายบางชนิดเป็นกิจกรรมที่ ซับซ้อน ยากบางชนิดมีอันตรายมาก ซึ่งต้องการพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญพิเศษ ในการใช้ และ สังเกตอาการข้างเคียงต่างๆ เช่นอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่มีช่วงการรักษาแคบ และเกิดเป็นพิษที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น Lithium, Carbamazepine, Phenytoin, Sodium Valproate, Clozapine และอาการ Drug interaction ทุกชนิด เพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย และตัดสินใจช่วยเหลืออย่างทันที่ นอกจากนี้ควรรวมถึง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและสมอง ด้วย

สำหรับการประเมินอาการขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้านั้น ในหัวข้อการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า แม้จะมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญ ระบุ มากที่สุดคือ ร้อยละ 42.85แต่การอธิบายให้ผู้ป่วย,ญาติทราบเหตุผลของการรักษา อธิบายให้ผู้ป่วย,ญาติทราบวิธีการรักษา, การปฏิบัติตัว และให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึกรู้สึกก็มีความสำคัญ แม้ว่าจะมีผู้เชี่ยวชาญระบุ เพียง ร้อยละ 33.33, 33.33 และ 23.80 ตามลำดับ เนื่องจากการพูดคุย อธิบายนับเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ดังที่ จินตนา ญินพันธ์ (2542:1-14) กล่าวว่า ौरการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช (Mental health and psychiatric nursing) เป็นงานหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีจุดมุ่งหมายสำคัญ เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ใช้บริการ ทั้งนี้กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องสามารถตอบสนองความต้องการของ ผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชได้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลฯ ชั้นสูง ควรมีความเชี่ยวชาญในการการประเมิน Mental Health และอาการทางระบบประสาท การประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น อาการ ภาวะดุ๊กหัก รวมทั้ง สามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน ได้เป็นอย่างดี และควรมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก และการให้ออกซิเจน รวมทั้ง การช่วยฟื้นคืนชีพ(CPR) ในกรณีฉุกเฉินด้วย

2.1.2 หมวดกิจกรรมการบำบัดทางจิต พบว่า ในหัวข้อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิตนั้น การช่วยเหลือในการแก้ปัญหา เช่น การถามวิธีการที่ผู้ป่วยจะแก้ปัญหา การยกตัวอย่างบุคคลที่ประสบปัญหาและการแก้ไขปัญหา การพูดหรือแสดงท่าทีสนับสนุนให้กำลังใจ เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มากที่สุด ร้อยละ 38.09 แต่กิจกรรมที่มีผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากระบุ คือ หัวข้อการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และ/ หรือญาติ โดย ทุกหัวข้อย่อยไม่ว่าจะเป็น การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาครอบครัว(ร้อยละ76.19) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย(ร้อยละ71.42) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการปรับตัวเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตในสังคม(ร้อยละ71.42) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ร้อยละ 61.90) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาเสพติด (ร้อยละ57.14) และ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาโรคเอดส์ (ร้อยละ52.38) ซึ่งการที่ผู้เชี่ยวชาญระบุกิจกรรมนี้เป็นจำนวนมาก อาจเนื่องมาจาก กิจกรรมการให้คำปรึกษานั้น ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญในการปฏิบัติเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวนมาก (ร้อยละ71.42-76.19) ได้มีความเห็นชอบระบุว่าการจัดกลุ่มบำบัดทางจิตที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ปัญหา และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มครอบครัวบำบัด กลุ่มภาพสะท้อน กลุ่มแก้ปัญหา นั้น ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง เช่นกัน ทั้งนี้กิจกรรมการบำบัดทางจิตเป็นกิจกรรมที่เน้นเรื่องของภาวะจิตใจ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างสูง เช่นเดียวกับการให้คำปรึกษา

2.1.3 หมวดการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นหมวดที่มีผู้เชี่ยวชาญระบุว่าควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง จำนวนน้อยมาก ยกเว้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาพที่เป็นอยู่และยาที่ได้รับ ที่มีผู้เชี่ยวชาญระบุว่าควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ร้อยละ 33.33 เนื่องจากการอธิบายให้ผู้ป่วยจิตเวช

เข้าใจ นอกจากนี้จะต้องมีความรู้ มีทักษะในการสอนแล้ว พยาบาลต้องมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และยอมปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความชำนาญพิเศษ เช่นกัน

2.1.4 หมวดการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ นั้น กิจกรรมที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ การให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน ให้แก่ญาติ โดยมีผู้เชี่ยวชาญระบุถึงร้อยละ 52.38 นอกจากนี้การเยี่ยมตรวจเพื่อติดตามประเมินผลการพยาบาล มีผู้เชี่ยวชาญระบุร้อยละ 42.85 การให้ข้อมูลกับผู้ป่วย และ/หรือญาติ มีผู้เชี่ยวชาญระบุร้อยละ 28.57 ทั้งนี้ การให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน ให้แก่ญาติ นั้น พยาบาลต้องมีความสามารถในการสอน เพื่อให้ญาติได้ไปเป็นผู้สอน หรือดูแลผู้ป่วย อีกต่อหนึ่งด้วย ผู้ป่วยจึงจะเกิดความไว้วางใจ และยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของญาติ

2.2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม มีทั้งหมด 6 หมวด จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า

2.2.1 ในหมวดกิจกรรมการเตรียม อาหาร ยา และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อใช้ในการบำบัด ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มี 3 หัวข้อ คือ หัวข้อการเตรียมสารน้ำ และ/หรือ ยาที่ผสมในขวดสารน้ำ เพื่อให้โดยการหยดเข้าทางหลอดโลหิตดำ การเตรียมเลือดเพื่อให้โดยการหยดเข้าทางหลอดโลหิตดำ และการจัดสถานที่ และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มปัญหา ซึ่งการเตรียมสารน้ำ ยา และเลือด นั้น จะต่อเนื่องไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ซึ่งต้องการความปลอดภัยสูง ดังนั้นผู้ปฏิบัติจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ โดยเฉพาะกับยาที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ง่าย

2.2.2 กิจกรรมการเขียนบันทึกและการเขียนรายงานต่างๆ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มี 3 หัวข้อ คือ หัวข้อการตรวจสอบและรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ การตรวจสอบ และบันทึกข้อความต่างๆ ลงในคาร์เด็กซ์และการบันทึกประวัติหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

2.2.3 หมวดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษา ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อการเป็นที่ปรึกษาในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แก่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยใช้ความชำนาญทางคลินิกในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้านจิตเวช มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ระบุโดยรวมถึง 20 คน คิดเป็นร้อยละ 95.23 การประสานงานกับทีมสุขภาพ เกี่ยวกับการประเมินเฝ้าระวัง การจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งหัวข้อการประสานงานกับทีมสุขภาพ และร่วมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

กลับสู่ชุมชน โดยขอความร่วมมือจากครอบครัวของผู้ป่วย และหน่วยงานสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล และการฟื้นฟูสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ระบุโดยรวมถึงร้อยละ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 71.42 และการติดต่อสื่อสารกับ ครอบครัวของผู้ป่วย ผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อจะไปให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับพยาบาล หรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง มีจำนวนโดยรวมถึงร้อยละ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 66.00

2.2.4 หมวดกิจกรรมด้านวิชาการและการวิจัย ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง คือ หัวข้อการนำงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล มีจำนวนโดยรวมถึง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 94.76 นอกจากนี้ การสร้างและเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ระบุโดยรวมถึง 17 คน คิดเป็นร้อยละ 89.23 การจัดโครงการฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การเป็นพี่เลี้ยงให้แก่พยาบาลใหม่ และนักศึกษาที่เข้ามาฝึกงานในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการร่วมวิจัย หรือทำการวิจัยทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อปรับปรุงคุณภาพของการพยาบาลฯ มีจำนวนจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ระบุโดยรวมถึงร้อยละ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 76.19 การวางแผนการส่งเสริมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาลและผู้ให้บริการตามปัญหา และความต้องการ มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ระบุโดยรวมถึง 13 คน คิดเป็นร้อยละ 61.94 และ การเป็นผู้นำในการจัดประชุมในเทศบาลใหม่ มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ระบุโดยรวมถึง 11 คน คิดเป็นร้อยละ 52.38

2.2.5 หมวดกิจกรรมการบริหารจัดการ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง คือ หัวข้อการปรับแก้มาตรฐานทางการพยาบาลตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป มีจำนวนโดยรวมถึง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 94.76 การนำเกณฑ์มาตรฐานมาใช้ในการควบคุม และประเมินผลลัพธ์ของการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ระบุโดยรวมถึง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 การเสนอแนะแนวทาง และปรับปรุงระบบการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพแก่ผู้บริหารและการร่วมปรึกษาหารือ และ/ หรือ ประเมินคุณภาพของการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แก่ผู้บริหาร มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ระบุโดยรวมหัวข้อย่อย 17 คน คิดเป็นร้อยละ 80.95 และหัวข้อการจัดระบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล มีจำนวนโดยรวมต่ำที่สุด แต่ก็มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ระบุถึง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 71.42

2.2.6 หมวดหมวดกิจกรรมการบริการพยาบาลอื่นๆ ที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง คือ หัวข้อการร่วมตัดสินใจในทางจริยธรรม และการพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ มีจำนวนโดยรวมถึง 16 คน คิดเป็นร้อยละ 76.19

เมื่อทำการสรุปผล การจำแนกระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ก็พบว่ามีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง เพียงหมวดเดียวเท่านั้นที่ ถูกระบุว่าควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คือ หัวข้อการบำบัดทางจิต แต่ในส่วนของกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง นั้นมีหลายหัวข้อด้วยกัน คือ หมวดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การรายงาน การประชุมปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษา หมวดกิจกรรมด้านวิชาการ และการวิจัย หมวดกิจกรรมการบริหารจัดการ และหมวดกิจกรรมการบริการพยาบาลอื่นๆ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการหาความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเพียงรอบเดียว อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผลสรุปของกิจกรรมการพยาบาลที่ควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ยังมีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ หากได้มีการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้อีก ควรได้มีการหาความเห็นหลายๆ รอบ เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องมากที่สุด มีความซับซ้อนบางอย่างได้คะแนนไม่มาก เช่น การ CPR การสังเกตอาการข้างเคียงของยา เป็นต้น

ทั้งนี้เมื่อเทียบกับข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบัน แล้ว จะพบว่าพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์ ยังคงปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงมากกว่าโดยอ้อม (ดังตารางที่ 7) อย่างไรก็ตามในกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงบางกิจกรรม เช่น การบำบัดทางจิตในโรงพยาบาลศูนย์ ผู้ช่วยเหลือคนไข้กลับมีบทบาทในการช่วยเหลือด้วยกลุ่ม มากกว่าพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น อาจมีสาเหตุมาจากการขาดแคลนอัตรากำลังและการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะในโรงพยาบาลจิตเวช เป็นผลให้พยาบาลมีภาระงานมากขึ้น จึงไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่เป็นงานหลักๆ ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างเต็มที่ด้วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลกระทบต่อผลกระทบบุคลากรพยาบาล ดังนั้นจึงสมควรที่จะศึกษาวิจัยเรื่องนี้ต่อไป นอกจากนั้นในภาวะการขาดแคลนพยาบาล ซึ่งมีจำนวนบุคลากรพยาบาลทั้งระดับวิชาชีพและระดับ APN มีน้อย การพัฒนาบุคลากร การจัดโครงสร้างการบริหารระบบการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับมอบหมายงาน นิเทศงาน ให้เหมาะสมกับความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติจึงมีความจำเป็น ดังนั้นหากได้มีการจัดระบบการปฏิบัติงานที่เน้นให้บุคลากรปฏิบัติงานตามความรู้ความสามารถ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพที่สุดด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการศึกษาปริมาณเวลา และผลการจำแนกระดับการปฏิบัติการพยาบาล ไปเป็นแนวทางในการคะแนน จัดสรรอัตรากำลังผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง จัดโครงสร้างการบริหารจัดการในระบบการบริการพยาบาล และการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ เพื่อจัดระบบการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช

2. ควรนำเอารูปแบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชไปเป็นแนวทางในการจำแนกผู้

ป่วย และใช้ในการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละระดับ

3. ควรมีการจัดระบบการบริการพยาบาล โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเป็นระบบที่มีการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือ จากระบบที่พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงอย่างครบถ้วน ทั้งนี้เพื่อเป็นการประกันคุณภาพการบริการพยาบาลและควรมีการปรับระบบการปฏิบัติการของพยาบาล ให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลโดยรวมด้านวิจัยและวิชาการ ทั้งนี้เพื่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความก้าวหน้าในวิชาชีพและการพัฒนาวิชาชีพในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเวลามาตรฐานของแต่ละกิจกรรมเพื่อนำไปใช้ในการจัดระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการจัดอัตรากำลังต่อไป
2. ในการจำแนกระดับการปฏิบัติการพยาบาลควรหาความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหลายรอบ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มามีความเชื่อถือมากที่สุด
3. ศึกษาผลกระทบของการจัดอัตรากำลังต่อคุณภาพการบริการพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กฤษฎดา แสงวงศ์. 2545. **แนวทางการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ:

โรงพยาบาลศิริราชรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

เกษม พิพัฒน์ปัญญาคุณ. 2530. **การศึกษางาน(Work Study)**. กรุงเทพฯ: ประกอบเมไตโร.

เกษม วัฒนชัย. 2543. **ทำไมต้องปฏิรูปสุขภาพ: จากจุดเริ่มต้น จนถึงวันนี้**. ใน **ขวัญใจ เอมใจ,**

ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ. หน้า1-4.(ม.ป.ท.)

คณะกรรมการวิจัย ฝ่ายการพยาบาล. 2542. **เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง**

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่: (อัดสำเนา)

คณะกรรมการวิจัย ฝ่ายการพยาบาล. 2542. **เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงตาม**

ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่:

(อัดสำเนา)

โครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. 2543. **ข้อเสนอเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ นานา**

ทัศนะจากองค์กรภาคีเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ:

พิมพ์ดี.

จันทร์อัมพร รุณดี. 2545. **การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี**

2553. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. **การพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข : Nursing for Health Life**. **วารสารการ**

พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13(มกราคม – มิถุนายน):1-14.

ชมพูนุช ไสภจารย์. 2545. **การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ**

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 14(2): 1-9.

ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และชื่นชม เจริญยุทธ. 2531. **การประเมิน ความต้องการการบริการของ**

ผู้ป่วยโดยวิธีสุ่มตัวอย่าง: กรณีศึกษาในแผนกการพยาบาลอายุรศาสตร์และ

จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. 2(2): 97-106.

ทัศนา บุญทอง. 2543. **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย**

ที่พึงประสงค์ในอนาคต. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.

ทัศนา บุญทอง. 2544. **นโยบายการปฏิรูประบบการพยาบาลในระบบสุขภาพแห่งชาติ**. **การ**

ประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่1 เรื่อง การจัดการศึกษาเพื่อการปฏิบัติการ

พยาบาลชั้นสูง 22-24 สิงหาคม 2544: เอกสารหมายเลข10.

- ทัศนาศา บัญฑทอง และคณะ. 2544. รายงานการศึกษาวิเคราะห์หลักสูตรระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ในประเทศไทย กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาล. (อัดสำเนา)
- ทัศนีย์ นະแส. 2542. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- เถลิงศรี ศรทรง. 2526. การจัดอัตรากำลังบุคลากรการพยาบาลในแต่ละเวรโดยใช้ความต้องการการพยาบาลเป็นพื้นฐานของหน่วยผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภา ภูปะวะโรทัย. 2533. การจัดอัตรากำลังบุคลากรการพยาบาลในงานการพยาบาล อายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยใช้กิจกรรมการพยาบาลเป็นพื้นฐาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญรื่น ไชยชนะ. 2545. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการบริการพยาบาล ตามระบบต้นทุนกิจกรรม: หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร. 2544. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญวดี เพชรรัตน์. 2539. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช1. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- บุญนาถ เนียมสอาด. 2544. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง สภาพปัญหา นโยบาย และแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 9. ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: (อัดสำเนา)
- ประพิณ วัฒนกิจ. 2537. การศึกษาเวลาและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ประเวศ วะสี. 2539. การปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538. **วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่6.
กรุงเทพฯ:สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร
- เพยาว์ เกิดสุขทิพย์. 2532. การพยาบาล. ใน ปราณีย์ จาติเกตุ, **การพยาบาลเบื้องต้น**. หน้า1-16.
พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลลิขิต และทัศนีย์ นะแสง. 2535. **วิจัยทางการพยาบาล:
หลักการ และกระบวนการ**. พิมพ์ครั้งที่2. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- ภัทรา ถิรลาภ, นิวัติ เอี่ยมเที่ยง และ อริสสา ฤทธิกาญจน์. 2541. การให้บริการสุขภาพจิตของ
รพศ./ รพท./ รพช. ในภาคกลางและ ภาคตะวันออก **วารสารกรมสุขภาพจิต** 5(2): 46-56.
- มณฑา จงกล่อม. 2537. **ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลัง
คลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอด ที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์**. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2542. ครอบคลุมของผู้ป่วยจิตเวช : แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการ
พยาบาล. **วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช** 13(กรกฎาคม-ธันวาคม): 1-9.
- ยุวดี ภาษาและคณะ. 2540. **วิจัยทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่6. กรุงเทพฯ: สยามศิลป์การพิมพ์.
- ราศี แก้วนพรัตน์. 2542. การใช้ระบบจำแนกผู้ป่วย สำหรับการจัดสรรอัตรากำลังพยาบาล
ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **วารสารพยาบาล** 48 (3): 153-162.
- รีด. 2513. **รายงานการศึกษากิจกรรมของเจ้าหน้าที่พยาบาลในโรงพยาบาลโรคทั่วไปของ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: แสงทองการพิมพ์.
- รัชต์วรรณ กาญจนปัญญาคม และเนื้อโสม ติงสัญชลี. 2528. **การศึกษาการเคลื่อนไหวและ
เวลา**. กรุงเทพฯ: พิสิกส์เซ็นเตอร์การพิมพ์.
- วงเดือน ภาษา. 2542. **การจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลโดยการวิเคราะห์ปริมาณงาน
ตามระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยของโรงพยาบาลชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วาริรัตน์ ถาน้อย. 2545. บทบาทพยาบาลจิตเวชในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ . **วารสารพยาบาล**
51 (4): 174-183.
- วิเชียร เกตุสิงห์. 2541. **คู่มือการวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่6. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

- วินัย วิริยกิจจา. 2542. “การพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิต”. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 7(1): 8-9.**
- วิภาวี เผ่ากันทรากร. 2536. **การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวชตามความต้องการการพยาบาลในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีณา จีระแพทย์. 2541. **เอกสารประกอบการสอน รายวิชาวิธีวิทยาการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ รหัสวิชา 3600625 สำหรับนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.** กรุงเทพฯ; คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันชัย ธิจิรวณิช. 2543. **การศึกษาการทำงาน: หลักการและกรณีศึกษา.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลีย์ กนกวิจิตร, วิภาวี เผ่ากันทรากร และดวงตา กุลรัตนญาณ. 2538. **การศึกษาปริมาณความต้องการการพยาบาลโดยตรงของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช.** กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.
- สงวน นิตยรัมพงส์. 2541. **ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สภาการพยาบาล. 2541. **ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการออกวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2541. (ัดสำเนา)**
- สภาการพยาบาล. 2543. **ร่างมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์. ใน สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. คุณภาพพยาบาลวิชาชีพ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ดีไซร์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. **การดำเนินการปฏิรูประบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในฝ่ายวิชาการสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. สรุปรายการประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย เรื่อง การปฏิรูประบบบริการพยาบาล: ทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต วันศุกร์ที่ 1 กันยายน 2543 ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 14(2): 1-11.**
- สมจิต หนูเจริญกุล, ทศนา บุญทอง และวรรณวิไล จันทราภา. 2544. **การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการออกวุฒิบัตรรับรองในประเทศสหรัฐอเมริกา. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 เรื่อง การจัดการศึกษาเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 22-24 สิงหาคม 2544.**

- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. 2541. **สร้างพลังการวิจัยเพื่อปฏิรูประบบสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
 สาธารณสุข, กระทรวง. 2542. **Background health care reform project in Thailand(Online)**.
 แหล่งที่มา:
<http://www.moph.go.th/ops/hcrp/mainhcrp.php?select=Background.html>,
 3 มกราคม 2546)
- สุกัญญา ประจุศิลป์และ จินตนา ยูนิพันธุ์. 2545. การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ: บทบาทของ
 มหาวิทยาลัย **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. 14(2): 68-72.
- สุขภาพจิต, กรม. 2544. **สถิติสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2544 (Online)**. แหล่งที่มา:
 (<http://www.dmh.moph.go.th/report/report.asp> , 6 ธันวาคม 2545)
- สุขภาพจิต, กรม. 2545. **การประเมินผลการให้บริการสุขภาพจิตของประเทศไทย
 โรงพยาบาลจิตเวชและสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป ปี พ.ศ 2540-2544.**
 (Online).
 แหล่งที่มา: <http://www.dmh.moph.go.th/report/report2.asp>, 6 กุมภาพันธ์ 2546)
- สุขภาพจิต, กรม. 2545. **จำนวนข้าราชการกรมสุขภาพจิต จำแนกตามสายงาน โดยรวมใน
 ปีงบประมาณ 2542-2544. (Online)**. แหล่งที่มา:
http://www.dmh.moph.go.th/report/stat_s7.asp , 6 กุมภาพันธ์ 2546)
- สุขภาพจิต, กรม และสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย.(ม.ป.ป.). **การพัฒนาคุณภาพ
 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช: คู่มือและเครื่องมือ**. ม.ป.ท.
- สุณีรัตน์ จันทร์ศรี. **หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี**. สัมภาษณ์, 2 พฤษภาคม 2546.
- สุวรรณีย์ สุคนธ์สรรพ. 2541. **การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและ
 หลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. 2544.
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่เก้า พ.ศ. 2545-2549. ม.ป.ท.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2544. (ร่าง) **กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ**.
 กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. **อัตราส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และ
 สาธารณสุขบางประเภท กรุงเทพมหานคร และจังหวัดอื่น(online)**. แหล่งที่มา:
 (<http://203.157.19.191/table%203.6xls>, 6 ธันวาคม 2545)

อรัญญา เชาวลิต. 2544. การปฏิรูปการศึกษาในระดับปริญญาโททางการพยาบาลในประเทศไทย.
การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 เรื่อง การจัดการศึกษาเพื่อการปฏิบัติ
การพยาบาลขั้นสูง 22-24 สิงหาคม 2544: เอกสารหมายเลข 9.

ภาษาอังกฤษ

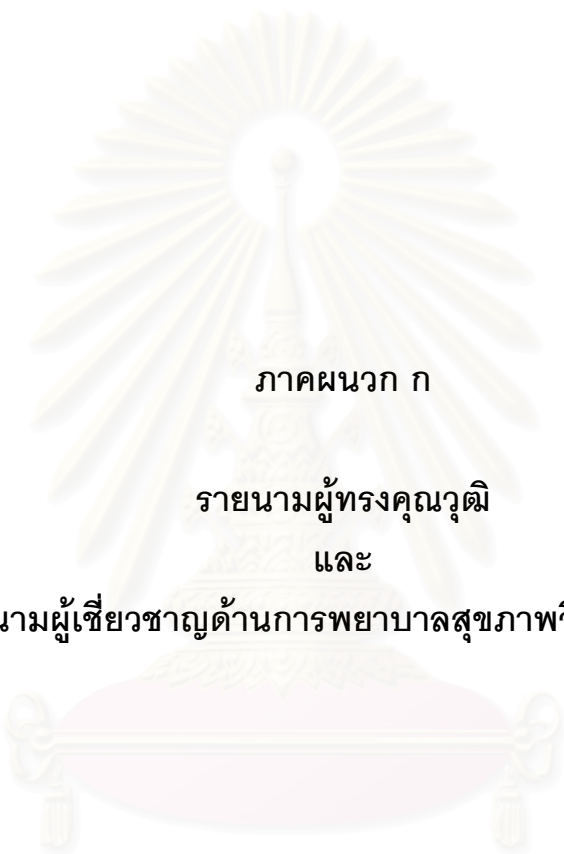
- American Nurses Association. 1996. *Scope and standards of advanced practice register nursing*. Washington, DC: Author.
- Benner, P. 1984. *From novice to expert*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Blegen, M. A. , Goode, C.J. and Reed, L. 1998. Nurse staffing and patient outcomes
Nursing research 47(1): 43-47.
- Conner, R. J. 1961. A work sampling study of variations in nursing workload. *Hospital J.A.H.A.* 35(1): 40-41.
- Gillies, D. A.1994. *Nursing management a system approach*. (3rd ed). Philadelphia:
W. B. Saunders.
- Hoffman, F. M. 1988. *Financial management for nurse managers*. Norwalk: Appleton-Century-Crafts.
- Jazwiec, R. M. 1987. Economics productivity & effectiveness *The journal of continuing education in nursing*. 18(1), 8-14.
- Johnson, K. 1984. A Practical approach to patient classification. *Nursing management* 15(6): 39-46.
- Kusler-Jensen, J. A. 1996. A patient classification system for ambulatory surgery centers. *ARON Journal* 64(2): 273-277.
- Manheim, H. L. & Simon, B.A. 1977. *Sociological research*. Illinois: The Dorsey.
- Mateo, M. A. & Kirchhoff, K. T. 1999. *Using and conducting nursing research in the clinical setting*. (2nd ed). Philadelphia: W.B. Saunders.
- McClosky, J. C. & Bulechek, G. M. 1992. *Nursing interventions classification (NIC)*. St. Louis: Mosby.
- Mc Hugh, M. L. & Dwyer, V. L. 1992. Measurement issues in patient acuity classification for prediction of hours in nursing care. *Nursing Administration Quarterly* 16(4): 20-31.

- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. 2001. **Essentials of nursing research: Methods, Appraisal, and Utilization** (5thed). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. 1999. **Nursing research: principles method.** (6thed). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Ringerman, E. S. & Luz, S. 1990. A psychiatric patient classification system. **Nursing Management** 21 (10): 66-21.
- Romaine-Davis, A. 1997. **Advanced Practice Nurses: Education, Roles, Trends.** Sanbury, Massachusetts; Jones and Bartlett.
- Sarantakos, S. 1998. **Social research.** (2nded). London: Macmillan.
- Scheruble & Minnick. 1994. Implementation of work sampling methodology. **Nursing Research** 43(2): 120-123.
- Schmitt, N. 1982. **Patients classifications systems.** Saint Louise: The C. V. Mosby.
- Selltiz, C. et al. 1976. **Research methods in social relations.** (2nded). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Shorridge, L. M., & Lee. E. J. 1980. **Introduction to nursing practice.** New York: McGraw - Hill Book .
- The Nursing Council of Thailand. 2001. **The definition of profession and council**(Online). Available from: (<http://www.moph.go.th/nursesec/1-4.html>, January 3, 2003)



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

และ

รายนามผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ตอบแบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

1. รศ. อุบล นิวัติชัย อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
2. รศ. ดร. ยาใจ สิทธิมงคล อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผศ. ดร.วันดี สุทธีรัมย์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. นางสาวสายพิน ลิขิตเลิศล้ำ พยาบาลชำนาญการ 8
งานการพยาบาลอายุรศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์
โรงพยาบาลศิริราช
5. นางดวงตา กุลรัตน์ญาณ พยาบาลวิชาชีพ 7
สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

6. นางสาวรัตน์ พวงลัดดา พยาบาลวิชาชีพ 7
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา
7. นางเพชร คันธสายบัว พยาบาลวิชาชีพ 7
กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
8. นางสาวภาวิณี ธนบดีธรรมจารี พยาบาลวิชาชีพ 7
กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
9. นางนพรัตน์ ไชยธานี กลุ่มงานการพยาบาล
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
10. นางสาวราณี พรมานะจิรังกุล พยาบาลวิชาชีพ 7
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง
11. นางพรทิพย์ ธรรมวงศ์ พยาบาลวิชาชีพ 7
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง
12. นางสาวอุทยา นาคเจริญ พยาบาลวิชาชีพ 7
กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

รายนามผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ตอบแบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ต่อ)

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ต่อ)

13. นางสาวพีพรรณ วัจฉลพงษ์ พยาบาลวิชาชีพ 6
งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์
โรงพยาบาลศิริราช
14. นางสาวช่อกิ่ง ชูครุฑ(แววศักดิ์) พยาบาลวิชาชีพ 6
กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
15. ผศ. ดร. ภัทราภรณ์ พุงปันคำ อาจารย์ประจำ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
16. นางสาวผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ อาจารย์ประจำ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้บริหารด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

17. นางสาวสมสนุก พระอมาตย์ พยาบาลวิชาชีพ 8
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
18. นางสมสกุล สุภัทรพันธุ์ พยาบาลวิชาชีพ 8
กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
19. นางสุนันทา บุญชัย พยาบาลวิชาชีพ 7
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
20. นางสาวประหยัด มากพรหม พยาบาลวิชาชีพ 7
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง
21. นางสุนีรัตน์ จันทร์ศรี พยาบาลวิชาชีพ 7
หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี



ภาคผนวก ข

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. สูตรคำนวณหาค่าร้อยละ (Percent) (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2544)

$$\text{ค่าร้อยละของรายใด ๆ} = \frac{\text{ความถี่ของรายการนั้น} \times 100}{\text{ความถี่ทั้งหมด}}$$

2. ค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้สูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2544)

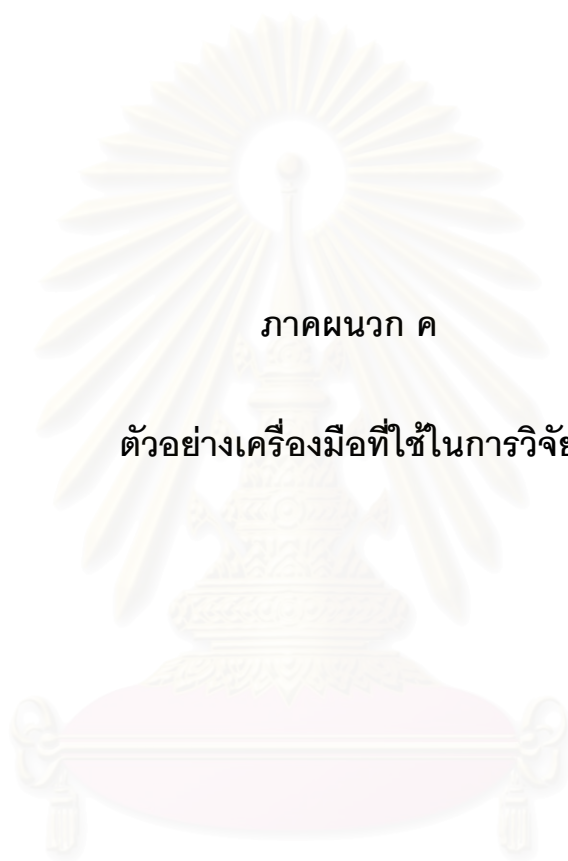
$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

$$\begin{aligned} \text{เมื่อ } \bar{X} &= \text{ค่าเฉลี่ย} \\ \sum x &= \text{ผลรวมคะแนนทั้งหมด} \\ N &= \text{จำนวนคะแนน} \end{aligned}$$

3. ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2544)

$$S.D. = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

$$\begin{aligned} \text{เมื่อ } S.D. &= \text{ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน} \\ X &= \text{ค่าคะแนนแต่ละจำนวน} \\ \bar{X} &= \text{ค่าคะแนนเฉลี่ยของข้อมูลนั้น} \\ n &= \text{จำนวนของข้อมูลชุดนั้น} \end{aligned}$$



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชและแบบบันทึกข้อมูลในการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช

เป็นเกณฑ์ที่ใช้จัดแบ่งผู้ป่วยจิตเวชออกเป็นประเภทต่างๆ ตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละคน จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นประเภทต่างๆ 4 ประเภท โดยยึดตามแนวทางการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย รวมทั้งทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ผู้ป่วยประเภทที่ 1 คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติ

ผู้ป่วยประเภทที่ 2 คือ ผู้ป่วยแรกรับ

ผู้ป่วยประเภทที่ 3 คือ ผู้ป่วยเรื้อรังบำบัด

ผู้ป่วยประเภทที่ 4 คือ ผู้ป่วยบำบัดระยะยาว

คำชี้แจง การพิจารณาดัดสับประเภทของผู้ป่วยมีขั้นตอนดังนี้

1. ให้ผู้เก็บข้อมูลคะแนนความต้องการการพยาบาลแต่ละหัวข้อ ตามเกณฑ์การจำแนกประเภท ที่ใช้บ่งชี้ความต้องการการพยาบาลทั้ง 3 หมวด โดย
 - หากมีลักษณะตรงกับผู้ป่วยประเภทที่ 1 ในหัวข้อนั้นๆ จะได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน
 - หากมีลักษณะตรงกับผู้ป่วยประเภทที่ 2 ในหัวข้อนั้นๆ จะได้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน
 - หากมีลักษณะตรงกับผู้ป่วยประเภทที่ 3 ในหัวข้อนั้นๆ จะได้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน
 - หากมีลักษณะตรงกับผู้ป่วยประเภทที่ 4 ในหัวข้อนั้นๆ จะได้คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน
 2. รวมคะแนนในทุกหัวข้อเข้าด้วยกัน จะได้คะแนนรวมในผู้ป่วยแต่ละคน
 3. นำคะแนนรวมมาเทียบกับเกณฑ์การจำแนกประเภทประเภทของผู้ป่วยจิตเวช โดย
 - ถ้าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 12- 21 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในประเภทที่ 1 คือ ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินและวิกฤติ
 - ถ้าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 22-30 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในประเภทที่ 2 คือ ผู้ป่วยประเภทแรกรับ
 - ถ้าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 31-39 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในประเภทที่ 3 คือ ผู้ป่วยประเภทเรื้อรังบำบัด
 - ถ้าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 40-48 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในประเภทที่ 4 คือ ผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาว
 4. ถ้าในการจำแนกประเภทผู้ป่วยพบเครื่องหมายดอกจัน(*)ที่เกณฑ์การจำแนก ให้จัดผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยประเภทนั้นทันที โดยไม่ต้องนับคะแนน
- โปรดบันทึกการจำแนกประเภทผู้ป่วยลงในแบบฟอร์ม โดยการให้คะแนนและสรุปประเภทผู้ป่วยตามขั้นตอนตามที่ระบุไว้ข้างต้น พร้อมทั้งระบุ หอผู้ป่วย เวร และวันที่ในการเก็บข้อมูลด้วย

เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช

เกณฑ์บ่งชี้ความต้องการ การพยาบาล	ประเภทผู้ป่วย			
	ประเภทที่1 ผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติ	ประเภทที่2 ผู้ป่วยเรื้อรัง	ประเภทที่3 ผู้ป่วยเรื้อรังบำบัด	ประเภทที่4 ผู้ป่วยบำบัดระยะยาว
1. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล	<u>ไม่ถูกต้อง</u>	.....	.....	ถูกต้อง ทั้งหมด
2. การจัดการกับความคิด อารมณ์ และ การ แสดงออกของตน (การ ควบคุมตนเอง)	<u>*เป็นอันตราย ต่อตนเอง ผู้อื่น และ/ หรือทำความเสียหายต่อทรัพย์สิน</u>	.....	.....	<u>ไม่ก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อตนเองและ ผู้อื่น แต่อาจไม่เกิดประโยชน์ (สร้างสรรค์)</u>
3. ศักยภาพส่วนบุคคล 3.1 การดูแลตนเอง เกี่ยวกับการทำกิจวัตร ประจำวัน	<u>ต้องการการทำให้ทั้งหมด</u>	.....	.....	<u>ดูแลตนเองได้ทั้งหมด</u>
3.2 การดำรงตน ใน ฐานะสมาชิกของสังคม 3.2.1 การปฏิบัติ กิจกรรมร่วมกับผู้อื่น	<u>ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ได้</u>	.....	.....	<u>ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้ และ ร่วมรับผิดชอบได้</u>
3.2.2 การพูดคุย ทักทายกัน ในกลุ่มเพื่อน และบุคลากรทีมสุขภาพ	<u>ไม่สามารถ พูดคุย ทักทายกัน ในกลุ่ม เพื่อน และบุคลากรทีมสุขภาพอย่าง เหมาะสมได้</u>	.....	.....	<u>สามารถ พูดคุย ทักทายกัน ในกลุ่ม เพื่อน และบุคลากรทีมสุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม ริเริ่มก่อนได้และ สร้างความคุ้นเคยกับผู้อื่นได้</u>

แบบบันทึกข้อมูลการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช

หอผู้ป่วย..... เวร..... วันที่.....

ผู้ป่วยประเภทที่1....คน ผู้ป่วยประเภทที่2....คน ผู้ป่วยประเภทที่3....คน ผู้ป่วยประเภทที่4....คน

เกณฑ์บ่งชี้ความ ต้องการการ พยาบาล ผู้ป่วย รายที่	1. การรับรู้เวลา สถานที่ และ บุคคล	2. การจัดการ กับความคิด อาการ และ อาการแสดง ของตน	3. ศักยภาพส่วนบุคคล									คะแนน รวม	สรุป ผู้ป่วย ประเภท	หมายเหตุ	
			3.1 การดูแล ตนเอง เกี่ยวกับ กิจวัตร ประจำวัน	3.2 การดำรง ตนในฐานะ สมาชิก ของ สังคม		3.3 การมีส่วนร่วมทางเชิงบำบัด				3.4 สมรรถภาพ ทางกาย					
				321	322	331	332	333	334	341	342				343
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															
20.															
21.															
22.															
23.															
24.															
25.															
26.															
27.															
28.															
29.															
30.															
31.															
32.															

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมและเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช

แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรม และเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนี้เป็นการบันทึกเฉพาะกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ซึ่ง เป็นการปฏิบัติช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วย เพื่อการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ที่บุคลากรทางการพยาบาลกระทำต่อผู้ป่วยจิตเวช และ/ หรือญาติผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หรือรายครอบครัวโดยตรง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงนี้จะแบ่งออกเป็น 4 หมวด คือ กิจกรรมการบำบัดทางร่างกาย(ข้อ1-10) กิจกรรมการบำบัดทางจิต (ข้อ11-15) การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ข้อ16-21)และการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจกรรมอื่นๆ(ข้อ22)

คำชี้แจง การใช้แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมและเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช

1. ให้ผู้สังเกต บันทึกกิจกรรมจริงทุกกิจกรรมที่บุคลากรทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวช 1 ราย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ลงในช่องของแบบบันทึก โดยบันทึกเวลา "เริ่มต้น" และ "สิ้นสุด" ของแต่ละกิจกรรมการพยาบาลตามจำนวนครั้งที่ปฏิบัติจริง
2. ระบุอักษรที่แสดงประเภทของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ
3. รายการใดที่ไม่ได้ปฏิบัติ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ไว้ในช่องไม่ปฏิบัติ
4. ในกรณีที่การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลใด มีจำนวนเกิน 2 ครั้ง ขอให้บันทึกแทรกใหม่ โดยใช้

ใบบันทึกเสริม

อักษรย่อในแบบบันทึกมีความหมาย ดังนี้

B	หมายถึง	เวลาที่เริ่มต้นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
F	หมายถึง	เวลาที่สิ้นสุดการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
N	หมายถึง	ผู้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และ ผู้ช่วยเหลือคนไข้
		โปรดบันทึกกิจกรรม และเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชพร้อมทั้งระบุ ตำแหน่งของผู้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ โดยระบุ ดังนี้
RN	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพ
TN	หมายถึง	พยาบาลเทคนิค
NA	หมายถึง	ผู้ช่วยเหลือคนไข้

รหัสผู้เข้าร่วมการวิจัย

ใบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ในการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

เรียน บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมการวิจัย

ด้วยดิฉัน นางสาวปวีณา มีখনอน นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และ จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมตามระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ในแต่ละสถานบริการสุขภาพทางจิตเวช ต่อไป

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย โดยร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตและบันทึกเวลาของกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมการวิจัย ในแต่ละเวร โดยทำการสังเกตและบันทึกเวลาตั้งแต่เริ่มต้นจนจบกิจกรรมนั้นๆ การให้ความร่วมมือของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และในระหว่างการสังเกตกิจกรรมการพยาบาล หากท่านไม่ต้องการให้สังเกตกิจกรรมการพยาบาลจนเสร็จสิ้นกิจกรรม ท่านสามารถยกเลิกการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการปฏิบัติงานของท่าน ข้อมูลที่ได้รับจากการสังเกตกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติโดยท่านถือเป็นความลับ โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมและใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัย / ผู้ช่วยวิจัย

สำหรับผู้ร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ .../ / ...

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปวีณา มีখনอน เกิดวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2520 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ในปีการศึกษา 2541 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2544 ปัจจุบันรับราชการ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ4 ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ กรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย