

การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า
สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

นางศิริพร เฟื่องเจริญ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

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

Mrs. Siriporn Pengcharoen

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2012
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึง
ประสงค์ในทศวรรษหน้าสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

โดย

นางศิริพร เฟื่องเจริญ

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุมพล พูลภัทรชีวิน)

ศิริพร เฟื่องเจริญ: การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต. (THE DESIRABLE COMMUNITY PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING PRACTICE FOR CHILDREN WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS IN THE NEXT DECADE) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, อ.ที่ปรึกษาร่วม อ. ดร.สุนิสา สุขตระกูล 204 หน้า.

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2555 - 2565) สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย กลุ่มนักวิชาชีพผู้มีความเชี่ยวชาญและกลุ่มผู้รับบริการที่มีประสบการณ์ในการบำบัดดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน จำนวนรวม 26 คน ทำการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดและแบบบอกต่อ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รอบแรกเป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างปลายเปิด และการสัมภาษณ์เชิงลึก รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 150 วัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ผลการวิจัยพบว่าปฏิบัติการพยาบาลกับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนของพยาบาลที่มีสมรรถนะต่างกันจะให้การดูแลเด็กในเรื่องที่แตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวมานแล้วสามารถสรุปได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต แบ่งเป็นการป้องกัน 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่เสี่ยงต่อปัญหาทางจิต 2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิต ได้แก่ กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมและเด็กที่ป่วยทางจิตระยะที่มีอาการและปัญหาเฉียบพลัน และ 3) การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพเด็กภายหลังได้รับการบำบัดและมีอาการและปัญหาเรื้อรัง ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิตในทศวรรษหน้า จำเป็นต้องมีพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลเด็กแต่ละกลุ่ม

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช...ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.... 2555.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความเมตตาอย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิดเห็นและแนวทางอันมีคุณค่า ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกขอบอญและซาบซึ้งในความเอื้ออาทรที่อาจารย์มีให้ และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุมพล พูลภัทรชีวิน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาที่มีค่าให้ข้อแนะนำที่เป็นประโยชน์จนทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับความเมตตาอย่างสูงยิ่ง จากผู้เชี่ยวชาญตั้งรายนามในภาคผนวก ซึ่งผู้วิจัยได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีได้ปรากฏในตำรา เป็นความประทับใจและความภาคภูมิใจที่จะอยู่ในความทรงจำตลอดไป ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาการและเป็นกำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขแบบสัณฐานจนประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่คอยช่วยเหลือ แนะนำ เป็นกำลังใจ ขอขอบคุณพตท.ภรภัทร เพ็ชรพยาบาล ที่กรุณาช่วยอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ในการศึกษา จนทำให้สามารถมาสู่ความสำเร็จของการศึกษาได้

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสุทธิชัย-คุณแม่เจริญ ศรีสำราญ ที่อบรมสั่งสอน ดูแลให้ความรักความห่วงใย รวมถึงพี่ชายคุณมนตรี ศรีสำราญ และคุณประภัส เฟิงเจริญ ผู้เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนด้วยดีเสมอมา คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่เด็กที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตทุกท่าน ขอให้มีความสุขกายและสุขภาพใจที่เข้มแข็งเติบโตขึ้นในสังคมอย่างมีความสุขตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
เด็กที่มีปัญหาทางจิต	11
การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน	15
การพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลนิวมาน	19
กฎหมาย นโยบาย และยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต.....	22
การบริการด้านสุขภาพจิตและด้านสวัสดิการสังคมสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตและครอบครัว.....	30
เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคต	38
การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต.....	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	49

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
กลุ่มผู้ให้ข้อมูล.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	104
รายการอ้างอิง.....	119
ภาคผนวก.....	129
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ.....	130
ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ	
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	138
ภาคผนวก ค ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	182
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการ วิจัย	
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	
ภาคผนวก ง ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ.....	193
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	204

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คุณสมบัติกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ.....	54
2	จำนวนสถานะภาพส่วนบุคคลของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาชีพ (n = 22).....	
3	จำนวนสถานะภาพส่วนบุคคลของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้รับบริการ (n = 4).....	
4	การปฏิบัติการพยาบาลและระดับปฏิบัติการพยาบาลจากการสัมภาษณ์ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 26 คน.....	
5	รูปแบบการจัดบริการพยาบาลสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 26 คน.....	
6	องค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึง ประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตจากการสัมภาษณ์ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 26 คน	
7	คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ใน ทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 26 คน.....	
8	ค่ามัธยฐาน (Mdn.) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR.) จากความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึง ประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต.....	
9	ค่ามัธยฐาน (Mdn.) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR.) จากความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน	
10	ค่ามัธยฐาน (Mdn.) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR.) จากความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับองค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต....	
11	ค่ามัธยฐาน (Mdn.) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR.) จากความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต.....	
12	ตัวอย่างแบบสอบถามที่ควรเพิ่มเติม.....	

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิด.....	47
2	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	64

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กที่มีสุขภาพดีหมายถึง เด็กที่มีความสมบูรณ์ทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา (พรบ.สุขภาพแห่งชาติ 2550) เป็นรากฐานเบื้องต้นที่ทำให้ประเทศแข็งแกร่งมีความเป็นปึกแผ่นก้าวหน้า เด็กวัยเรียนที่มีช่วงอายุ 6-12 ปี ควรได้รับการพัฒนาการทุก ๆ ด้านก่อนเข้าสู่วัยรุ่น หากเด็กวัยนี้มีการพัฒนาการด้านต่าง ๆ ต่ำช้า ยิ่งส่งเสริมให้เด็กมีความบกพร่องทางพัฒนาการมากยิ่งขึ้น เด็กจะไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ได้ ทำให้เป็นภาระแก่ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด และทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลเด็กมากขึ้น (Goodman & Scott, 2005) สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี นอกจากจะส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชนแล้ว ยังมีผลให้การจัดบริการทางสุขภาพจิตมีการปรับเปลี่ยนอย่างมากและรวดเร็ว ดังจะเห็นได้จากระบบการดูแลรักษาในอดีตของสถานบริการสุขภาพมุ่งเน้นให้บริการด้านการรักษา มากกว่าการส่งเสริมและป้องกันโรค ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543)

รัฐบาลไทยได้ตรารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ. 2550 มาตรา 51 และ 52 ไว้ว่า ประชาชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการรับบริการพื้นฐานจากรัฐอย่างครอบคลุม (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ. 2550) และได้ดำเนินการปฏิรูประบบบริการสุขภาพขึ้น ดังเห็นได้จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เป็นต้นมา ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคนเป็นหลัก กำหนดภาพลักษณ์สุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ของคนไทยในแผนพัฒนาสาธารณสุข ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งปัจจุบันแผนพัฒนาสาธารณสุขอยู่ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ที่มุ่งเน้นพัฒนาคนให้มีคุณภาพเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศให้มั่นคง โดยมุ่งพัฒนาศักยภาพ โดยรวมทั้งด้านสติปัญญาและจิตใจ มีบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่ทั่วถึง มีคุณภาพ เข้าถึงบริการทางสังคมอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม มีการกำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยตั้งแต่แรกเกิดอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านสติปัญญา อารมณ์ คุณธรรมและจริยธรรม และมุ่งเน้นพัฒนาเด็กวัยเรียนให้มีความรู้ทางวิชาการที่เข้มแข็ง มุ่งสร้างภูมิคุ้มกันในชีวิตต่าง ๆ ให้แก่ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ

ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กเป็นปัญหาที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจและสังคม พบว่า 1 ใน 5 ของเด็ก มีปัญหาทางจิตที่ต้องการการรักษา และคาดว่าในปี ค.ศ. 2020 เด็กที่มีปัญหาทางจิตจะเพิ่มขึ้นเป็น 50% โดยเป็นสาเหตุของโรคร่วม การตาย และความพิการของเด็กทั่วโลก (Murray & Lopez, 1996) เด็กที่มีปัญหาทางจิตที่พบบ่อยในชุมชน ได้แก่ เด็กออทิสติก เด็กสมาธิสั้น เด็กที่มีความผิดปกติด้านสติปัญญาและมีปัญหาพฤติกรรมหรืออารมณ์ (Goodman & Scott, 2005) พบว่าเด็กที่มีปัญหาทางจิตโดยเฉพาะปัญหาทางอารมณ์ มีอัตราของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง คือ ร้อยละ 11.4 ในเด็กชาย และร้อยละ 7 ในเด็กหญิง อัตราของเด็กที่มีปัญหาทางจิตเพิ่มขึ้นตามอายุ จากการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่า เด็กที่มีอายุระหว่าง 5-10 ปี ป่วยทางจิตคิดเป็นร้อยละ 8 และเด็กที่มีอายุ ระหว่าง 11-15 ปี ป่วยทางจิตคิดเป็นร้อยละ 12 (Meltzer, Gatward, Goodman, & Ford, 2000) นอกจากนั้น เด็กที่มีภาวะปัญญาอ่อนที่ยังอยู่ในชุมชน โดยอาจยังไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือเด็กภาวะปัญญาอ่อนที่ได้รับการบำบัดแล้วแต่ยังต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุชักนำการเกิดปัญหาทางจิตในเด็กที่สำคัญมี 3 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม พบว่าเด็กที่มีปัญหาทางจิตมีมากในครอบครัวฐานะยากจน 2) ปัจจัยด้านพันธุกรรมและร่างกาย โดยเด็กที่มี IQ ต่ำ จะมีปัญหาในการเผชิญกับความเครียด และมีปัญหาด้านจิตใจและพฤติกรรมได้ และ 3) ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูและด้านครอบครัว ปัจจัยด้านนี้มีความสำคัญมากที่สุดต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็ก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2553) เด็กที่มีปัญหาทางจิตจะแสดงความผิดปกติของพัฒนาการทุก ๆ ด้านทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านสติปัญญา และด้านศีลธรรม (ปิยะนุช จิตตสุนนท์, 2553) เกิดปัญหาทางพฤติกรรม ทำให้เด็กที่มีปัญหาทางจิตมีบุคลิกภาพไม่สอดคล้องตามวัย ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง อารมณ์ที่แสดงออกต่อวัตถุหรือบุคคลผิดปกติ ไม่รับรู้การรู้จักตนเองหรือบุคคล รวมทั้งมีความผิดปกติด้านความคิด ศีลธรรมจรยา (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2534) ทั้งนี้ผลที่เกิดขึ้นต่อมา เมื่อเด็กกลุ่มนี้เจริญเติบโตขึ้นเป็นวัยรุ่นใหญ่ ปัญหาทางจิตยังคงปรากฏอยู่ การศึกษาวัยรุ่นใหญ่ที่มีปัญหาทางจิต พบว่าร้อยละ 75 ของผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางจิตมีอาการทางจิตเริ่มในวัยเด็กหรือวัยรุ่น (Weisz, 1998) ส่วนร้อยละ 69 ของเด็กและวัยรุ่นผู้ใช้บริการการดูแลทางจิตในปัจจุบัน รายงานว่าเคยใช้บริการการดูแลสุขภาพจิตในอดีต (Costello et al., 1996)

เด็กที่มีปัญหาทางจิตน้อยกว่าร้อยละ 50 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีปัญหาทางจิต และมีการเข้าถึงระบบบริการการรักษาแบบ Treatment Lottery กล่าวคือเด็กที่มีปัญหาทางจิตเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการการรักษา (Goodman & Scott, 2005; Glascoe, 2000; Garrison, 1989) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความชุกของเด็กที่มีปัญหาทางจิตในประเทศสหรัฐอเมริกาและ

ประเทศในแถบยุโรปพบว่าเด็กอายุ 8 ปีและ 13 ปีมีปัญหาทางจิตร้อยละ 16.3 และ 17.8 ตามลำดับ (Remschidt & Belfer, 2005) ในประเทศไทยปี 2548 เด็กไทยที่มีอายุในช่วง 6 – 18 ปี มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมร้อยละ 5.1 คน และมีเด็กอีกกว่า 6 แสนคนกำลังมีปัญหาทางจิตที่ควรได้รับความช่วยเหลือ (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 – 2554)

จากการศึกษาของวิพุธ พูลเจริญ (2544) พบว่า เด็กในช่วงปฐมวัย (0 – 5 ปี) มีปัญหาด้านสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 29 โดยพบมีปัญหาด้านพัฒนาการผิดปกติ ปัญหาการกิน การนอน และมีเด็กปัญญาอ่อนหรือเข่าปัญญาต่ำกว่า 70 อยู่ถึงร้อยละ 8.5 และเมื่อเข้าสู่วัยเรียนชั้นประถมศึกษาเด็กร้อยละ 44.1 มีเข่าปัญญาต่ำกว่า 90 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่ความชุกของเด็กที่มีปัญหาทางจิตจะมีพบรายงานมากในเด็กวัยเรียนในช่วงอายุ 6-12 ปี เนื่องจากการประเมินปัญหาทางจิตของเด็กวัย 0-3 ปี และ 3-5 ปีนั้นกระทำได้ยากแม้จะมีแบบประเมินพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนของมิลเลอร์ (The Miller Assessment for Preschoolers: MAP) ซึ่งเป็นแบบประเมินพัฒนาการเด็กอายุ 2 ปี 9 เดือน ถึง 5 ปี 18 เดือน ที่สามารถคัดกรองหรือตรวจประเมินความสามารถ 3 ด้านคือ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านความคิดความเข้าใจสติปัญญา และด้านพฤติกรรม แต่มีข้อจำกัดคือ ผู้ที่จะสามารถใช้แบบประเมินนี้ต้องเป็นนักวิชาชีพที่มีความรู้และได้รับการฝึกการใช้แบบประเมิน และต้องมีประสบการณ์ในการตรวจวัดพัฒนาการ หรือตรวจวัดสภาพจิตใจ มีประสบการณ์ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน และมีอุปกรณ์ในการตรวจประเมินครบทุกขั้นตอน (นันทิเสถียรศักดิ์พงศ์, 2549)

ปัญหาที่พบในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กในชุมชน คือการที่เด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนยังไม่ได้รับการดูแลตามสิทธิที่มี กล่าวคือเด็กวัย 6 - 12 ปีซึ่งเป็นกลุ่มวัยเรียน เมื่อครูพบว่าเด็กมีปัญหา และครูไม่สามารถดูแลได้ ก็จะบอกพ่อแม่ให้พาเด็กไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางเพียงแห่งเดียวของกรมสุขภาพจิต ที่ดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตมีหน้าที่รับผิดชอบเป็นศูนย์กลางการตรวจวินิจฉัย ให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางจิตอย่างครบวงจร มีการดำเนินการทั้งด้านบริการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมป้องกัน ดังนั้นเด็กจึงไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ต้องรอคิวเพื่อเข้าระบบการรักษาซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 3 - 6 เดือน เด็กจึงจะได้พบกับจิตแพทย์เพื่อรับการรักษา นอกจากสถานบริการสุขภาพจิตสำหรับเด็กจะมีไม่เพียงพอแล้ว บุคลากรที่ดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตโดยตรง อาทิ จิตแพทย์เด็ก ยังมีจำนวนจำกัด พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีมากที่สุดในระบบสุขภาพ ยังขาดความรู้ในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตโดยตรง และในสังคมปัจจุบันพ่อแม่ผู้ปกครองของเด็กต้องทำงานนอกบ้านการจะสังเกตว่าบุตรของตนมีปัญหาทางจิตหรือไม่นั้นย่อมเป็นไปได้ยาก อีกทั้งเด็กใช้เวลาส่วนใหญ่ในช่วงกลางวันวันละ 6-8 ชั่วโมงอยู่ในโรงเรียน ดังนั้น

ส่วนใหญ่จึงพบว่าครูเป็นผู้สังเกตเห็นความผิดปกติทางจิตของเด็กที่แสดงออกขณะอยู่โรงเรียนเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กวัยเดียวกัน(ปิยะนุช จิตตุนนท์, 2553) และด้วยบริบทประเทศไทย งานด้านสุขภาพจิตของพยาบาลอนามัยชุมชนจึงเป็นการใช้เพียงแบบคัดกรองประเมินพัฒนาการด้านร่างกายและการให้เด็กได้รับภูมิคุ้มกันโรคตามวัย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หรือผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในชุมชนเพื่อดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงและเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนดังกล่าว

ในปัจจุบันกรมสุขภาพจิตกำหนดนโยบายขยายการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชไปในชุมชน โดยแบ่งระดับการให้บริการสุขภาพออกเป็นระดับปฐมภูมิ ที่สถานอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครและศูนย์สาขา ระดับทุติยภูมิ ดำเนินการโดยโรงพยาบาลชุมชน และระดับตติยภูมิ ให้บริการเฉพาะทางโดยผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ พร้อมทั้งขยายการให้บริการด้านสุขภาพจิตครอบคลุมกลุ่มประชากรในทุกช่วงอายุ (กรมสุขภาพจิต, 2552) ซึ่งพยาบาลในชุมชนทุกระดับมีจำนวนไม่เพียงพอและมีภาระงานรับผิดชอบหลายหน้าที่ (ทัศนยา บุญทอง, 2543) แม้กรมสุขภาพจิตมีนโยบายจัดสรรทุนแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตให้พยาบาลวิชาชีพเข้ารับการศึกษาคือในหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระยะสั้นตั้งแต่พ.ศ. 2528 และระดับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตตั้งแต่พ.ศ. 2541 (สภาการพยาบาล, 2553) แต่การสำรวจในปี 2551 พบว่า มีพยาบาลจิตเวช 3.74 คน ต่อประชากรแสนคน(เกณฑ์องค์การอนามัยโลก 12.97) พยาบาลที่ศึกษาเฉพาะทางเหล่านี้ต้องรับผิดชอบบริการด้านสุขภาพแก่ประชากรทั้งเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

นอกจากปัญหาการที่มีพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในชุมชนน้อยแล้ว ยังมีปัญหาการกระจายกำลังคนด้วยกล่าวคือ บุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดในภาคกลาง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงและการครอบคลุมบริการสุขภาพจิตของประชาชน และถึงแม้กรมสุขภาพจิตจะได้รับงบประมาณเพิ่มมากขึ้นทุกปี แต่ก็พบว่ามีงบเบิกจ่ายเงินงบประมาณมากขึ้นด้วย โดยรายจ่ายส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายงบบุคลากรในเรื่องเงินเพิ่มพิเศษสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2554)

จากสถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่า มีเด็กที่มีปัญหาทางจิตรายใหม่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับตติยภูมิสังกัดกรมสุขภาพจิตเป็นจำนวนมาก โดยพบว่าในปีงบประมาณพ.ศ.2551-2553 มีจำนวน 1.03, 1.02 และ 1.05 ล้านคนตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2554) อย่างไรก็ตามยังมีพ่อแม่ผู้ปกครองจำนวนมากไม่ทราบว่าบุตรของตนเป็นเด็กที่มีปัญหาทาง

จิต จึงไม่นำตัวเด็กมาพบแพทย์หรือจิตแพทย์เด็กเพื่อทำการรักษาที่ถูกต้อง เด็กที่มีอาการทางจิตจึงมักได้รับการพามาบำบัดรักษาในช่วงวัยเรียน โดยครูเป็นผู้สังเกตอาการผิดปกติของเด็กเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กอื่น ทำให้เด็กที่มีอาการทางจิตมีอาการรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้นยากต่อการรักษา ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว (Goodman & Scott, 2005; สมภพ เรื่องตระกูล, 2551) การปล่อยให้เด็กที่มีปัญหาทางจิตมีอาการทางจิตต่อเนื่องไปโดยไม่ได้รับการบำบัดรักษาจะส่งผลให้เด็กมีปัญหาด้านพัฒนาการ พฤติกรรมและอารมณ์เพิ่มมากขึ้นจนถึงวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (เฉลิมพงษ์ ศรีวัชรกาญจน์ และชาคริยา ชีรเนตร, 2550; Norman & Ryrie, 2009; Goodman & Scott, 2005) โดยเด็กจะไม่สามารถเรียนหนังสือในชั้นเรียนปกติได้ ถูกไล่ออกจากโรงเรียน เด็กจะมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ชอบทำร้ายผู้อื่น กลายเป็นอันธพาล ถูกคุมขัง สร้างปัญหาให้กับสังคม เด็กที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ายังส่งผลให้เกิดอัตราฆ่าตัวตายสูงในวัยรุ่น, วัยทำงานและวัยสูงอายุ นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีสมาชิกเป็นเด็กที่มีปัญหาทางจิตยังก่อให้เกิดตราบาปแก่พ่อแม่ผู้ปกครอง ซึ่งอาจทำให้เด็กที่มีปัญหาทางจิตไม่ได้รับการดูแลให้มีพัฒนาการตามวัย และมีอาการของโรคทางจิตเวชรุนแรงขึ้นได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2553; Johnson, 1995; Goodman & Scott, 2005)

สำนักงานข้าราชการพลเรือน (กรมสุขภาพจิต, 2544) กำหนดบทบาทของพยาบาลจิตเวชไว้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยทางจิตเป็นงานบริการแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตหรือสติปัญญา โดยการจำแนกและวินิจฉัยปัญหาผู้ป่วย ที่มีสาเหตุจากพยาธิสภาพหรือสติปัญญา ตามความรุนแรงของอาการหรือโรคทุกสภาพ ปฏิบัติกิจกรรมการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าระวังอันตรายและภาวะแทรกซ้อน แก้ไขปัญหาที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อบรรเทาอาการ สร้างปฏิสัมพันธ์ สอนแนะนำผู้ป่วย โดยกำหนดและจัดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพตามระยะของผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวเข้าสู่สังคมได้ ลักษณะงานที่ปฏิบัติต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ โดยเฉพาะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ซึ่งมีปัญหาซับซ้อน มีความบกพร่องทางด้านพัฒนาการ อารมณ์ สังคม การสื่อความหมาย พฤติกรรมต่าง ๆ และการรับรู้ ซึ่งต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างเหมาะสมทันที รวมทั้งร่วมพิจารณาโอกาสในด้านการศึกษา เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเรียนร่วมกับเด็กปกติตามศักยภาพของผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยได้พัฒนาสูงสุด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วยในแต่ละคน ให้การดูแลและช่วยเหลือเมื่อได้รับการรักษาพยาบาล แล้วส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

เมื่อพิจารณาสถานการณ์การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน บริการส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยจิตเวชเด็กในชุมชนได้รับคือ การตรวจตามนัดเพื่อรับยาตามที่จิตแพทย์จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิกำหนดไว้ และการได้รับคำแนะนำ คำปรึกษา จาก

พยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งหนึ่งในสามของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเท่านั้นที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชน และมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นจำนวน 4 คน ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับตติยภูมิทั้งหมด (สภาการพยาบาล, 2553) โดยบทบาทสำคัญของพยาบาลในการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน ได้แก่การเป็นผู้ดูแล ผู้จัดระบบบริการ และเป็นผู้ร่วมให้การบำบัดผู้ป่วย (Shives & Isaacs, 2005; Wilson & Kneisl, 1992)

จากปัญหาดังกล่าวแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่ายังมีเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนอีกเป็นจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการบริการสุขภาพจิตโดยพ่อแม่ผู้ปกครองยังไม่ทราบว่าบุตรของตนเป็นเด็กที่มีปัญหาทางจิต ทำให้เด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่การบำบัดรักษาล่าช้า ส่งผลให้เด็กมีปัญหาด้านจิตที่ซับซ้อนและรุนแรงขึ้นได้ หลักการดูแลบำบัดเด็กที่มีปัญหาทางจิตที่ดีคือให้ต้องเด็กได้อยู่กับครอบครัว และเจริญเติบโตในชุมชนของตน เพื่อให้เด็กได้ปรับตัวและได้รับการฝึกทักษะสังคมให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ในสถานะแห่งตน (Goodman & Scott, 2005; Stroul, 2003)

ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนพัฒนามาจากแนวคิดของการดูแลคนทั้งคน (Whole person) และแนวคิดการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพในชุมชน (Tomey and Alligood, 1998) นิวแมนอธิบายว่าการพยาบาลคือการป้องกัน 3 ระยะ ได้แก่ การป้องกันระยะที่ 1 เป็นการป้องกันบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงอันตราย โดยการใช้ความรู้ในการประเมินคนทั้งคน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและส่งเสริมความแข็งแรงของแนวป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย การปฏิบัติการพยาบาลในระยะนี้มุ่งส่งเสริมความแข็งแรงของแนวป้องกันเพื่อต่อต้านอันตรายที่อาจเกิดโดยให้ความรู้ สร้างความคุ้นเคย สร้างภูมิคุ้มกัน หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง ส่งเสริมความแข็งแรงในการต่อต้านอันตรายของแต่ละบุคคล การป้องกันระยะที่ 2 เป็นการป้องกันหลังจากมีสิ่งรบกวนเข้าสู่แนวป้องกันปกติหรือแนวป้องกันต่อต้าน ซึ่งเป็นการพยาบาลตามอาการที่ปรากฏ เช่น การช่วยเหลือในภาวะที่มีอาการปวด อาการท้องอืด หรือมีความวิตกกังวล เป็นต้น การปฏิบัติการพยาบาลในระยะนี้มุ่งเป้าหมาย การรักษาพยาบาลอาการที่เกิดขึ้นซึ่งการปฏิบัติขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้คือ อาการแสดงและลำดับความต้องการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับอาการ ความแข็งแรง หรือความอ่อนแอของภาวร่างกาย จิตใจ สังคม และพัฒนาการ ความพร้อมในการปรับตัว การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการรักษาหรือความเครียดอื่นๆ การใช้แหล่งประโยชน์ ทั้งภายใน ภายนอก ให้เกิดมีประโยชน์สูงสุด การป้องกันระยะที่ 3 เป็นการดูแลต่อเนื่องจากการป้องกันในระยะที่ 2 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำหลังการหายจากอาการเจ็บป่วยนั้นๆ หรือส่งเสริมการปรับตัวของ

บุคคลเพื่อดำรงรักษาภาวะสุขภาพให้คงที่ การปฏิบัติการพยาบาลในระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อรักษา และส่งเสริมการปรับตัวของบุคคลโดยอาศัยสิ่งต่อไปนี้คือ กระตุ้นแรงจูงใจ ให้ความรู้เพิ่มเติม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนะนำให้ยอมรับสภาพความเป็นจริง ตั้งเป้าหมายตามความก้าวหน้าของ อาการและอาการแสดง ชี้แนะและมีการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ให้เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการ ปรับบทบาท

การเลือกใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ที่ระบบ บริการต้องตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากทฤษฎี การพยาบาลของนิวแมนสามารถนำมาใช้ในการดูแลเด็กได้โดย แบ่งเป็นการป้องกัน 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่เสี่ยงต่อปัญหาทางจิต 2) การ ป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิต ได้แก่ กลุ่มที่มีปัญหาทาง อารมณ์ พฤติกรรมและเด็กที่ป่วยทางจิตระยะที่มีอาการและปัญหาเฉียบพลัน และ 3) การป้องกัน ระดับตติยภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพเด็กภายหลังได้รับการบำบัดและมี อาการและปัญหาเรื้อรัง

แต่เมื่อพิจารณา นโยบายกรมสุขภาพจิตที่ไม่มีนโยบายการเพิ่มเติมเตียงให้เด็กรักษาตัวใน โรงพยาบาล ดังนั้นในปัจจุบันการบำบัดเด็กในโรงพยาบาลตติยภูมิเป็นรูปแบบเข้าไป-เย็นกลับ (กรมสุขภาพจิต, 2554) ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องระวังเพราะเด็กที่มีปัญหาทางจิตจำเป็นต้องได้รับการดูแล เลี้ยงดูจากครอบครัวอย่างใกล้ชิด จะไปปรับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะรายที่มีปัญหารุนแรง เท่านั้น รวมทั้งปัญหาจากการไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เด็กและวัยรุ่นดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน ข้อจำกัดในการให้บริการแก่เด็กที่มีปัญหา ทางจิตที่มีเฉพาะใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และยังไม่พบรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตที่ชัดเจน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีมาตรฐานการ ปฏิบัติการพยาบาล ในการบำบัดเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนให้เป็นแนวทางเดียวกัน และเพื่อให้ เด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนได้รับการพัฒนาทักษะต่าง ๆ อย่างเต็มศักยภาพที่มีอยู่ ผู้วิจัยจึงศึกษา การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในชุมชนที่พึงประสงค์สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตใน ทศวรรษหน้า โดยใช้เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) เพื่อระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2553) โดยพิจารณาภาพในอนาคตที่ สอดคล้องกับทิศทางในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ และ ยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตแห่งชาติในอีก 10 ปีข้างหน้า ข้อความรู้จากการวิจัยนี้สามารถนำมาใช้ใน

การวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และตรงกับความต้องการของสังคมในทศวรรษหน้าต่อไป

คำถามการวิจัย

การปฏิบัติการพยาบาลที่พึงประสงค์สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนในทศวรรษหน้าเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้าสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

ขอบเขตการวิจัย

1. เทคนิคที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ การประยุกต์วิธีการของ EDFR (Ethnographic Delphi Future Research) มาใช้ในการวิจัย โดยการสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชน การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล โดยใช้คำถามปลายเปิด ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์และจะหยุดการสัมภาษณ์ได้ทันทีเมื่อผู้ให้ข้อมูลต้องการ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ออกดัดแปลงและจัดทำเป็นแบบสอบถามรวบรวมความคิดเห็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่ เรียงลำดับความสำคัญแล้วสร้างแบบสอบถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แล้วแบบสอบถามที่นำคำตอบที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญชุดที่ 2 มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ สร้างแบบสอบถามใหม่ที่ใช้ข้อความเดิม แต่เพิ่มตำแหน่งมัธยฐาน ช่วงของพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตอบ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความเหมาะสม จากนั้น วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาข้อสรุปที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และสรุปเป็นผลการวิจัย

2. แหล่งข้อมูล คือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ รวม 26 คน คือกลุ่มนักวิชาชีพ 22 คน ได้แก่ จิตแพทย์เด็ก/ ผู้บริหารที่สถานบริการในชุมชนคือผู้อำนวยการ/ หัวหน้าพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีเด็กที่มีปัญหาทางจิตมารับบริการ 4 คน, ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตผู้ใหญ่ในสถานบริการทุกระดับ 10 คน และ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 4 คน, พยาบาลวิชาชีพ 4 คน และกลุ่มผู้รับบริการคือ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต 4 คน

3. ศึกษาในเด็กอายุ 6 - 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตในระบบ ICD 10 รหัสโรค F.90 – F.98 เนื่องจากเด็กที่มีอาการทางจิตที่เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยเรียนซึ่งพ่อแม่มักพามาบำบัดรักษาเนื่องจากครอบครัวบอกว่าเด็กมีพัฒนาการผิดปกติจากเด็กอื่นในช่วงอายุเท่ากัน และในบริบทชุมชนซึ่งขาดจิตแพทย์เด็ก แพทย์ผู้ตรวจวินิจฉัยจึงมักให้การวินิจฉัยโรคตามรหัสขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) มากกว่าการวินิจฉัยโรคตามรหัสของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM – IV) ซึ่งมักใช้ในกลุ่มจิตแพทย์

4. ศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในทศวรรษหน้าเนื่องจาก นักอนาคตนิยม ส่วนใหญ่นิยมที่จะศึกษาอนาคตในช่วงเวลา 10 ปี เนื่องจากผู้วิจัยสามารถรอที่จะเห็นผลได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต หมายถึง การดูแลช่วยเหลือด้วยกระบวนการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิตทั้งกลุ่มเด็กที่เสี่ยงต่อปัญหาทางจิต กลุ่มเด็กที่มีปัญหาทางจิต ได้แก่ กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมและเด็กที่ป่วยทางจิตระยะที่มีอาการและปัญหาเฉียบพลัน และกลุ่มเด็กภายหลังได้รับการบำบัดและมีอาการและปัญหาเรื้อรัง รวมถึงการดูแลครอบครัวของเด็ก ซึ่งเป็นการกระทำต่อร่างกายและจิตใจของเด็ก โดยการดูแลและบำบัดทางจิตเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือรายครอบครัว เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคทางจิต การแก้ปัญหาสุขภาพ และความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และการฟื้นฟูสภาพทางจิตสังคม เพื่อให้เด็กที่มีปัญหาทางจิตปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มีการเจริญเติบโตและสามารถดูแลตนเองได้ตามวัย รวมทั้งการดำรงชีวิตในครอบครัว และในสังคมอย่างเหมาะสมตามสภาวะของตน โดยเด็กที่มีปัญหาทางจิตจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกันตามระดับความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเฉพาะทาง และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

เด็กที่มีปัญหาทางจิต หมายถึง เด็กที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรมและ/ หรือเด็กที่มีพัฒนาการผิดปกติ เป็นเด็กวัยเรียน ช่วงอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิตตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในระบบ ICD 10 รหัสโรค F.90 – F.98 ซึ่งเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่แพทย์ในชุมชนได้ใช้ในการวินิจฉัยโรคเด็กที่มีปัญหาทางจิต

ทศวรรษหน้า หมายถึง ระยะเวลา 10 ปีตั้งแต่ พ.ศ.2555 – พ.ศ.2565

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การกำหนดแนวทางในการจัดรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
ชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต
2. แนวทางในการวางแผนการพัฒนาบุคลากรพยาบาลทั้งในระดับองค์กรและระดับชาติ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ จากตำรา เอกสาร วิชาการ วารสาร รายงานการวิจัย และการสืบค้นข้อมูลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจและประมวลประเด็นสำคัญที่แสดงถึง การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต โดยนำเสนอสาระสำคัญเป็นลำดับ ดังนี้

1. เด็กที่มีปัญหาทางจิต
2. การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน
3. การพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลนิวแมน (The Newman System Model)
4. กฎหมาย นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต
5. การบริการด้านสุขภาพจิตและด้านสวัสดิการสังคมสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตและครอบครัว
6. เทคนิคการวิจัยอนาคต
7. การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. เด็กที่มีปัญหาทางจิต

องค์การอนามัยโลก จัดทำบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 (ICD - 10) ซึ่งเป็นรหัสของโรคและอาการ อาการแสดง ความผิดปกติที่ตรวจพบ อาการนำ สภาพสังคม หรือสาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บหรือโรค โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้บันทึกรวบรวมข้อมูลทางสถิติในการวางแผนสุขภาพในระดับสากล ในบทที่ 5 ว่าด้วยเรื่องความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม (รหัสโรค F00 – F99) ในส่วนความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่นนั้น อยู่ในรหัสโรค F90-F98 มีรายละเอียด ดังนี้

F90 กลุ่มอาการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ

- F90.0 ความผิดปกติของกิจกรรมและความพอใจ
- F90.1 กลุ่มอาการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ และกลุ่มอาการพฤติกรรมก้าวร้าว
- F90.8 กลุ่มอาการเคลื่อนไหวมากผิดปกติอื่น ๆ
- F90.9 กลุ่มอาการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ สาเหตุที่มีได้ระบุรายละเอียด
- F91 กลุ่มอาการพฤติกรรมก้าวร้าว
 - F91.0 กลุ่มอาการพฤติกรรมก้าวร้าวพบเฉพาะอยู่กับครอบครัว
 - F91.1 กลุ่มอาการพฤติกรรมก้าวร้าวต่อต้านสังคม
 - F91.2 กลุ่มอาการพฤติกรรมก้าวร้าวแบบฝ่าฝืนสังคม
 - F91.3 กลุ่มอาการพฤติกรรมทำตรงกันข้าม
 - F91.8 กลุ่มอาการพฤติกรรมก้าวร้าวอื่น ๆ
 - F91.9 กลุ่มอาการพฤติกรรมก้าวร้าว ที่มีได้ระบุรายละเอียด
- F92 กลุ่มอาการผสมของก้าวร้าวกับอารมณ์เปลี่ยนแปลง
 - F92.0 กลุ่มอาการพฤติกรรมก้าวร้าวและอารมณ์ซึมเศร้า
 - F92.8 กลุ่มอาการพฤติกรรมก้าวร้าวร่วมกับความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดอื่น ๆ
 - F92.9 กลุ่มอาการพฤติกรรมก้าวร้าวร่วมกับความผิดปกติทางอารมณ์ ที่มีได้ระบุรายละเอียด
- F93 กลุ่มอาการผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดในเด็ก
 - F93.0 อาการวิตกกังวลเมื่อต้องแยกจากในวัยเด็ก
 - F93.1 อาการกลัววิตกกังวลในเด็ก
 - F93.2 อาการวิตกกังวลเมื่อเข้าสังคมในวัยเด็ก
 - F93.3 ความผิดปกติเมื่อมีน้อง
 - F93.8 กลุ่มอาการผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดในเด็ก อื่น ๆ
 - F93.9 กลุ่มอาการผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดในเด็ก ที่มีได้ระบุรายละเอียด
- F94 กลุ่มโรคที่มีความผิดปกติในการสังคม ในเด็กและวัยรุ่น
 - F94.0 ไม่ยอมพูด
 - F94.1 ปฏิกริยาของภาวะผูกพันผิดปกติในวัยเด็ก
 - F94.2 ภาวะผูกพันผิดปกติไม่ถูกยับยั้งในวัยเด็ก
 - F94.8 กลุ่มโรคที่มีความผิดปกติในการสังคม ในเด็ก ชนิดอื่น ๆ
 - F94.9 กลุ่มโรคที่มีความผิดปกติในการสังคม ในเด็ก ที่มีได้ระบุรายละเอียด
- F95 ภาวะกล้ำมเนื้อกระตุกผิดปกติแบบตึก

- F95.0 ภาวะกล้ามเนื้อกระดูกผิดปกติแบบตึกชั่วคราว
- F95.1 ภาวะกล้ามเนื้อควบคุมเสียงกระดูกเรื้อรัง
- F95.2 ภาวะกล้ามเนื้อควบคุมเสียงและการเคลื่อนไหวผิดปกติร่วมกัน (เดอ ลา ทอเรท์)
- F95.8 ความผิดปกติแบบตึกอื่น ๆ
- F95.9 ความผิดปกติแบบตึก ที่ไม่เฉพาะเจาะจง
- F98 ความผิดปกติอื่นทางพฤติกรรม และอารมณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเด็กและวัยรุ่น
 - F98.0 ถ่ายปัสสาวะรดโดยไม่พบโรคทางกาย
 - F98.1 ถ่ายปัสสาวะรด
 - F98.2 ความผิดปกติเรื่องการกินในวัยเด็กเล็ก
 - F98.3 กินสิ่งที่ไม่ใช่อาหารในเด็กเล็กและวัยเด็ก
 - F98.4 กลุ่มอาการเคลื่อนไหวผิดปกติแบบตายตัว
 - F98.5 การพูดติดอ่าง (การพูดตะกุกตะกัก)
 - F98.6 การพูดเร็วจนสับสน
 - F98.8 กลุ่มอาการพฤติกรรมและอารมณ์ผิดปกติเฉพาะอย่าง พบในวัยเด็กและวัยรุ่น
 - F98.9 กลุ่มอาการพฤติกรรมและอารมณ์ผิดปกติเฉพาะอย่าง พบในวัยเด็กและวัยรุ่น ที่มีได้ระบุรายละเอียด

Goodman & Scott (2005) กล่าวว่าเด็กที่มีปัญหาทางจิตคือเด็กที่มีความผิดปกติด้าน อารมณ์ด้านพฤติกรรมและ/ หรือเด็กที่มีพัฒนาการผิดปกติ และพบว่าเด็กที่มีปัญหาทางจิตมักมี อาการทางจิตมากกว่าหนึ่งด้าน โดยความรุนแรงของอาการทางจิตขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน อาทิ สาเหตุที่ทำให้เด็กมีปัญหาทางจิต และระยะเวลาที่เด็กมีอาการทางจิตก่อนได้รับการบำบัดรักษา

Norman & Rylie (2009) กล่าวว่าเด็กที่มีปัญหาทางจิตคือเด็กที่มีความผิดปกติด้าน อารมณ์,พฤติกรรมและ/ หรือด้านพัฒนาการ โดยความผิดปกตินั้นอาจเกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็กและยังคง มีความผิดปกตินั้น ๆ ปรากฏอยู่จนเด็กเข้าสู่วัยรุ่น ซึ่งเด็กอาจพบมีปัญหาทางจิตเพิ่มขึ้นหรือลดลง ได้ บางครั้งอาจไม่พบว่าเด็กมีปัญหาทางจิตในวัยเด็กแต่อาจพบปัญหาทางจิตของเด็กในวัยรุ่นและ ในวัยผู้ใหญ่

จินตนา ชูนิพันธุ์ (2551) กล่าวถึงลักษณะอาการโดยภาพรวมของเด็กที่มีปัญหาทางจิต ดังนี้คือ เด็กมีปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอย่างรุนแรง ไม่สนใจบุคคลรอบข้าง อยู่ในโลก ส่วนตัวของเขา มีการใช้คำพูดที่ไม่มีความหมายมีความยุ่งยากในการสื่อสารกับบุคคลอื่น ไม่รับรู้ ความเป็นจริงไม่รู้จักตนเอง มุ่งอยู่กับความคงที่รับการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ มีพัฒนาการด้าน

สติปัญญา การเคลื่อนไหว อารมณ์และทักษะทางสังคมไม่สอดคล้องตามวัย มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ อยู่กับสิ่งที่มากระตุ้น หรืออาจพบมีอาการผิดปกติทางจิตเหมือนผู้ใหญ่ เช่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีอารมณ์ผิดปกติเช่นอารมณ์ราบเรียบ

ปัจจัยเหตุชักนำการเจ็บป่วยทางจิตในเด็ก มี 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านพันธุกรรมและด้านร่างกาย และปัจจัยด้านครอบครัวและการเลี้ยงดู (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2551) ไม่สามารถระบุได้ว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตโดยตรง อาจเป็นผลมาจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน และบางปัจจัยมีผลต่อบุคคลหนึ่ง แต่อาจไม่มีผลต่ออีกบุคคลหนึ่ง (Norman & Ryrie, 2009) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยง (Predisposing factors) และปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ของแต่ละบุคคล (Goodman & Scott, 2005) นอกจากนี้ยังจำแนกปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยทางจิตนั้น ลักษณะการเกิดเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่งเสริม หรือปัจจัยเสี่ยง (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยภายในบุคคล ที่อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors) อาทิพันธุกรรม อายุ เพศ ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) โรคทางสมอง เช่น สมองอักเสบ เชื้อหุ้มสมองอักเสบ ร่างกายขาดสารอาหาร วิตามินต่างๆ เช่น วิตามิน บี 1 บี 5 หรือการขาดออกซิเจน ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) ได้แก่ การเลี้ยงดูไม่ถูกต้องในวัยเด็กจากบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดู โดยเฉพาะในช่วงปีแรกของชีวิต ประสบการณ์ที่ไม่ดีในวัยเด็ก เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ส่วนปัจจัยอีกด้านหนึ่งที่เป็นสาเหตุให้เด็กมีปัญหาทางจิต คือ ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อบุคคล ที่อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม (Social factors) พบเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ การขัดแย้งกันของบุคคลในครอบครัว ปัจจัยด้านวัฒนธรรม (Cultural factors) ได้แก่ การที่บิดามารดาย้ายถิ่น ทำให้เด็กพบกับความแตกต่างของขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม เกิดปัญหาความขัดแย้งทางด้านจิตใจขึ้น

ในสภาพการณ์จริงเด็กที่มีปัญหาทางจิตพบมากในชุมชน โดยพ่อแม่ผู้ปกครองไม่ทราบว่าบุตรของตนมีปัญหาทางจิต รวมทั้งการขาดความรู้ปัญหาทางจิตในเด็ก ทำให้พ่อแม่ผู้ปกครองไม่ตระหนักในการพาบุตรมาบำบัดรักษาโดยเร็ว

สรุปเด็กที่มีปัญหาทางจิตในการศึกษานี้ คือ เด็กที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรมและ/ หรือเด็กที่มีพัฒนาการผิดปกติ เป็นเด็กวัยเรียน ในช่วงอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิตตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในระบบ ICD 10 รหัสโรค F90-F98

2. การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน

บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนแบ่งตามระดับการศึกษาของพยาบาลเป็น 2 ระดับคือ การปฏิบัติการพยาบาลขั้นต้น และพยาบาลเฉพาะทาง/ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ครอบคลุมการดูแลเด็กทั้ง 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถปฏิบัติการพยาบาลในทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งนอกจากพยาบาลจะต้องมีองค์ความรู้ทางพยาบาลศาสตร์แล้วยังต้องมีองค์ความรู้ในด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย มีผู้กล่าวถึงการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน ดังนี้

Goodman & Scott (2005) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กในชุมชนนั้น พยาบาลต้องประเมินเด็กได้ว่ามีปัญหาด้านจิตหรือไม่ สามารถทำได้โดยการซักประวัติจากบิดามารดาของเด็กและการสังเกตอาการและอาการแสดงของเด็กดังนี้ การแสดงอาการผิดปกติของเด็ก พยาบาลต้องสามารถระบุได้ว่าเด็กมีปัญหาด้านใด ปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัวอย่างไร อะไรคือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เด็กเกิดปัญหาทางจิตหรืออาการทางจิตยังคงอยู่ มีปัจจัยส่งเสริมความเข้มแข็งอะไรบ้างให้เด็กสามารถเผชิญกับปัญหาทางจิตนั้นได้ และสุดท้าย พยาบาลต้องรู้ว่าความเชื่อและความคาดหวังของครอบครัวในการพาเด็กมาบำบัดคืออะไรเพื่อจะได้วางรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับเด็กที่มีปัญหาทางจิตรายบุคคล

Norman & Ryrie (2009) ได้สรุปมาตรฐานการให้บริการพยาบาลด้านจิตเวชแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนว่า พยาบาลมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพจิตอันดีแก่เด็ก ให้ความรู้ในการป้องกันปัญหาทางจิต บำบัดอาการทางจิตอย่างเร่งด่วน โดยเด็กที่มีปัญหาทางจิตเป็นศูนย์กลางในการบำบัด และครอบครัวมีส่วนร่วม ภายใต้การให้บริการในชุมชนของเด็ก และคงไว้ซึ่งการให้บริการทางจิตจนเด็กเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เน้นความปลอดภัยของเด็กเป็นสำคัญ และดำรงไว้ซึ่งสุขภาพทางจิตและจิตสังคมของเด็ก

England & Cole (1992) สรุประบบบริการด้านสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กและครอบครัวว่า ต้องครอบคลุมถึงการบริการสาธารณะต่าง ๆ อาทิ การได้รับการศึกษา การบริการทางสังคม ความเสมอภาคด้านกฎหมายสำหรับเด็ก และการได้รับบริการสุขภาพจิต ซึ่งการให้บริการด้านสุขภาพจิตที่ดีที่สุดสำหรับเด็กคือการให้บริการแก่เด็กในชุมชน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม รวมถึงการให้บริการที่บ้านและโรงเรียน โดยมุ่งให้เด็กได้รับการส่งเสริมด้านพัฒนาการเพื่อการเจริญเติบโตตามวัย

World Health Organization (2001) ได้กล่าวถึง หลักการดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน (Principles of Community-Based Mental Health Care) ดังนี้ การ

ดูแลในชุมชน คือ การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ซึ่งมีความต้องการได้รับการดูแล ได้รับการบำบัดรักษาอยู่ในชุมชน โดยที่การดูแลไม่ใช่เป็นเพียงบริการใดๆ ที่เข้าถึงได้ในระดับท้องถิ่นเท่านั้น แต่เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยเฉพาะราย เป็นบริการที่มีเป้าหมายในการเสริมสร้างพลังอำนาจ และมีการใช้เทคนิคการบำบัดที่มีประสิทธิภาพซึ่งช่วยให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ได้รับการส่งเสริมให้มีทักษะในการดูแลตนเอง รวมทั้งการใช้ระบบสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัว และกลไกสนับสนุนอย่างเป็นทางการอื่นๆ ที่มีอยู่

กลวิธีการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน มีครอบคลุมในเรื่องต่างๆ ดังนี้ (WHO, 2001) คือ เป็นบริการที่ใกล้บ้าน รวมถึงการได้รับการบำบัดในโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดที่บุคคลนั้นอยู่อาศัย ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งการดูแลในสถานดูแลระยะยาว (long-term residential facilities) ที่มีอยู่ในชุมชนนั้น การปฏิบัติการดูแลทั้งอาการแสดงของการเจ็บป่วยทางจิต และการไร้ความสามารถ การดูแลและบำบัดรักษาเฉพาะตามการวินิจฉัย การให้บริการต่างๆ อย่างหลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ที่มีปัญหาทางจิตหรือพฤติกรรม การให้บริการที่มีการประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพจิตและองค์กร/หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ให้บริการแบบเชิงรุกเพื่อเข้าถึงผู้ใช้บริการ รวมถึงการให้การบำบัดรักษาที่บ้าน ให้การดูแลแบบเป็นหุ้นส่วนกับผู้ดูแลในครอบครัว และตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล และมีกฎหมายรองรับแนวทางการการดูแลในชุมชน

Fontaine (2003) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน หมายถึง การดูแลช่วยเหลือบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิต ครอบครัวและชุมชนให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติตามศักยภาพของตนเองโดยใช้หลักการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนบนพื้นฐานของการคงไว้ซึ่งความเป็นปกติ หลักของการช่วยให้บุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ในสภาพแวดล้อมของตนเอง และหลักของทางเลือก ดังนี้คือการคงไว้ซึ่งความเป็นปกติ หมายถึงการให้การพยาบาลที่ช่วยเหลือให้เด็กที่มีปัญหาทางจิตดำเนินชีวิตตามปกติเท่าที่เป็นไปได้ โดยมีเป้าหมาย คือ การผสมผสานดำเนินชีวิตร่วมกับชุมชน เช่น มีการจัดการด้านที่อยู่อาศัย การผ่อนผันสำหรับครอบครัว รวมทั้งการให้ความรู้ สอนทักษะทางสังคมแก่ ครอบครัว และสมาชิกในชุมชนด้วย การผสมผสานในลักษณะนี้ช่วยในการลดอคติทางสังคมที่มีต่อผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว, การดำเนินชีวิตอยู่ได้ในสภาพแวดล้อมของตนเอง ในชุมชน ได้แก่ ลักษณะความเป็นอยู่ ความสัมพันธ์ของเด็กและบุคคลอื่น ความเชื่อของชุมชน แหล่งทรัพยากรที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตและแหล่งความช่วยเหลือด้านต่างๆ การปฏิบัติพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเด็กมีการติดต่อสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนอย่างใกล้ชิดเท่าที่เป็นไปได้, และ

การมีทางเลือก การเสนอทางเลือกแก่ครอบครัวช่วยให้เด็กและครอบครัวสามารถจัดการหรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตได้ และช่วยเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีความสามารถในตนเอง การช่วยเหลือสนับสนุนตนเอง โดยการมีทางเลือกจะได้ผลอย่างยิ่งเมื่อบุคคลสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง นั่นคือ พยาบาลสามารถช่วยให้บรรลุเป้าหมายในการรักษาและผู้ป่วยสามารถตัดสินใจร่วมมือกับการรักษาด้วยตนเอง

ลักษณะเฉพาะของงานสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต (Fontaine, 2003)

1. มีลักษณะเป็นการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ต่อเนื่องและสมบูรณ์ สอดคล้องกับวิธีการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ

2. มีวัตถุประสงค์ในการให้บริการเพื่อส่งเสริม ป้องกันปัญหาทางจิต บำบัดดูแลช่วยเหลือ และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยหัวใจหลักของการบริการจะเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. เน้นการป้องกัน 3 ระดับ โดยการป้องกันก่อนการเจ็บป่วย (การป้องกันระยะแรก) การป้องกันผู้ที่เจ็บป่วยแล้วไม่มีอาการมากขึ้น (การป้องกันระยะที่สอง) และการป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ (การป้องกันระยะที่สาม) ดังนี้ การป้องกันในระยะแรก (Primary prevention) เป็นการป้องกันเพื่อจัด โรคภัยไข้เจ็บหรือปัญหาสุขภาพไม่ให้เกิดขึ้น เน้นการค้นหาสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิต ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดกลไกการต่อต้านความเครียด ในเด็กวัยเรียน การป้องกันระยะแรก คือ การให้พ่อแม่ตระหนักถึงการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามวัย การป้องกันในระยะที่สอง (Secondary prevention) สามารถตรวจสอบโรคได้ในระยะแรก การวินิจฉัยโดยไม่ล่าช้า เพื่อการลดการเจ็บป่วยทางจิตให้น้อยลง โดยถือหลักการดำเนินที่ว่า การรักษาแต่เริ่มแรก คือ การป้องกันที่ดี เด็กวัยเรียน การป้องกันในระยะนี้ คือ ความสามารถตรวจและให้รักษาแต่เริ่มแรกของการเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆ ทั้งทางกายและจิตใจ เช่น ปัญหาการเรียนในเด็ก ควรจะวินิจฉัยให้ได้ว่า เกิดจากการบกพร่องของปัญญาหรือความพิการของระบบประสาท หรือเป็นเรื่องทางปัญหาอารมณ์ จิตใจที่เกิดจากครอบครัว การป้องกันในระยะที่สาม (Tertiary prevention) การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรค หรือปัญหาทางจิตให้หายหรือทุเลาขึ้นจนสามารถกลับไปดำเนินในชุมชนได้ โดยให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจหรือการกลับเป็นซ้ำอีกด้วยวิธีเฝ้าระวังดูแลติดตามผู้ป่วยที่จำหน่ายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้าน การส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดโครงการ โรงพยาบาลเฉพาะบางเวลา

หลักการบริการสุขภาพจิตสำหรับเด็ก (Pennsylvania department of public welfare, 2000) การให้บริการเด็กที่มีปัญหาทางจิต ได้บูรณาการในแต่ละประเภทของการบริการ ดังนี้

1. Child center service เน้นการบริการตามความต้องการของเด็ก เพื่อการพัฒนาการเพื่อการรักษา และเพื่อการฟื้นฟู
2. Families focused service เน้นการบริการที่ตระหนักถึงครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญเด็กเป็นครั้งแรก
3. Community – based service เน้นการให้บริการที่บ้านและแหล่งช่วยเหลืออยู่ในชุมชน
4. Culturally component เน้นการบริการที่ตระหนักถึง พฤติกรรม ความคิด ความเชื่อทัศนคติ ภาษา ประเพณี วัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้น ๆ และการปฏิบัติในครอบครัวของเด็ก
5. Least restrictive / least intrusive เน้นการบริการที่จำกัดหรือรบกวนผู้ป่วยและครอบครัวน้อยที่สุด การบริการเกิดในสถานที่ที่เป็นธรรมชาติต่อเด็กและครอบครัวและเป็นไปตามความต้องการดูแลของเด็กและครอบครัวมากที่สุด ให้เด็กอยู่ตามธรรมชาติ

จินตนา ยูนิพันธ์ (2544) กล่าวว่า การพยาบาลระดับปฐมภูมิ เน้นการสร้างสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย การคัดกรองและการดูแลรักษาขั้นต้น การจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน และการฟื้นฟูสภาพ การสร้างเสริมการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และทรัพยากรในชุมชน และการส่งต่อผู้เจ็บป่วย การพยาบาลจิตเวชในระดับปฐมภูมิ เป็นการให้บริการเกี่ยวกับการช่วยเหลือและบำบัดในชุมชน แก่ผู้ป่วยทางจิตและผู้ใช้บริการในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งแต่เดิมเคยได้รับการบริการในโรงพยาบาล การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤติและกลุ่มบุคคลที่เผชิญสาธาณภัย และการจัดโปรแกรมป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตในโรงเรียน และกลุ่มอื่นในชุมชน

สรุป การปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาล ในการดูแลช่วยเหลือโดยตรงด้วยวิธีการสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษา การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของเด็ก การบำบัดทางจิตเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคทางจิต การแก้ปัญหาสุขภาพ และความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และการฟื้นฟูสภาพทางจิตสังคม เพื่อให้เด็กที่มีปัญหาทางจิตปลอดภัยจากความเครียดและภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มีการเจริญเติบโตและสามารถดูแลตนเองได้ตามวัย รวมทั้งการดำรงชีวิตในครอบครัว และในสังคมอย่างผาสุก โดยเด็กที่มีปัญหาทางจิตจะได้รับการปฏิบัติกรพยาบาลที่แตกต่างกันตามระดับความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลผู้

ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการนำแนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนสามารถกระทำได้นี้เนื่องจาก หลักการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตต้องจัดรูปแบบบริการให้อยู่ในชุมชน โดยเน้นเด็กเป็นศูนย์กลาง และครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา การปฏิบัติการพยาบาลที่เด็กได้รับย่อมแตกต่างกันตามระดับความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลในแต่ละระดับ การเน้นการป้องกันทั้งสามระยะในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตสอดคล้องกับรูปแบบการจัดบริการของกรมสุขภาพจิต คือ การให้บริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งการปฏิบัติการที่เด็กได้รับในสถานบริการแต่ละระดับก็มีความแตกต่างกัน ตามระดับความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลด้วย

3. การพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลนิวแมน (The Neuman System Model)

ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน (Neuman 1980, 1995; Neuman & Fawcett, 2002). เป็นทฤษฎีระบบ อธิบายว่าบุคคลเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา มีการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมโดยใช้แหล่งประโยชน์จากปัจจัยภายในบุคคล ระหว่างบุคคล หรือภายนอกบุคคล ในการปรับตัวเพื่อดำเนินชีวิตเป็นปกติสุขในสังคมได้ ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทในการประคับประคองหรือส่งเสริมให้บุคคลมีความแข็งแกร่งของแนวป้องกัน (Line of defense) เพื่อสามารถที่จะจัดการหรือมีปฏิกิริยาตอบโต้ต่อสิ่งรบกวนหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressor) ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม นิวแมนได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อใช้เป็นกรอบในการศึกษา และทำความเข้าใจกับการพยาบาลในสถานการณ์ต่างๆ โดยผสมผสานความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆ เช่น Bertalanffy's general systems theory, Gestalt's field theory, Selye's stress theory, Caplan's levels of prevention ดังนั้น กรอบแนวคิดของนิวแมนจึงสามารถนำมาใช้ได้ทั้งในผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน โดยให้แนวทางการดูแลครอบคลุมทั้งด้านการป้องกันรักษา ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ มโนคติหลัก (Metaparadigm) ตามแนวคิดของนิวแมนมี 4 ประการ ดังนี้ คือ บุคคล นิวแมนมองคนเปรียบเสมือนวงกลม 3 วง ชั้นล้อมรอบปกป้องแกนกลางซึ่งเป็น โครงสร้างพื้นฐานหรือแหล่งพลังงานของบุคคล บุคคลมีความแข็งแกร่งและสามารถสงวนพลังงานไว้ได้เพราะมีแนวป้องกัน 3 ชั้น ทำหน้าที่ป้องกัน โครงสร้างพื้นฐานของแต่ละบุคคล วงกลมชั้นนอกสุด เป็นแนวป้องกันยืดหยุ่น (Flexible line of defense) ทำหน้าที่ป้องกันสิ่งรบกวนชีวิตไม่ให้เข้าไปรบกวนบุคคลถึงแนวป้องกันชั้นใน ซึ่งแนวป้องกันนี้จะเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ทำหน้าที่รักษาภาวะสมดุลและเปลี่ยนแปลงได้ในระยะเวลาอันสั้น เช่น การปรับเปลี่ยนแบบแผนการกิน การนอน การขับถ่าย

ฯลฯ ส่วนแนวป้องกันชั้นที่ 2 เป็นแนวป้องกันปกติ (Normal line of defense) เป็นภาวะปกติของบุคคลเป็นแนวป้องกันที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และมีอยู่ตลอดเวลาหรือที่เรียกว่าภาวะสมดุล เช่น กลไกการป้องกันอันตรายของขน เล็บ น้ำลาย ระยะพัฒนาการ การปรับตัวของคน ฯลฯ ส่วนแนวป้องกันชั้นในสุด เรียกว่า แนวป้องกันต่อต้าน (Line of resistance) เป็นสิ่งที่มีอยู่ภายในร่างกายจะถูกกระตุ้นให้ทำงานต่อเมื่อมีสิ่งรบกวน เช่น การทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาว การสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย ฯลฯ โดยโครงสร้างพื้นฐานหรือแหล่งพลังงานที่อยู่ในใจกลางของแนวป้องกันทั้งสาม ได้แก่ โครงสร้างทางพันธุกรรม ลักษณะพื้นฐานต่างๆ เช่น สติปัญญา กลไกการควบคุมอุณหภูมิ ความแข็งแรงและอ่อนแอของอวัยวะ โครงสร้างของตัวตน /อีโก (Ego) สิ่งที่เป็นลักษณะรวมของบุคคล

นิวมานอธิบายไว้ว่าคนเป็นระบบเปิด ประกอบด้วยตัวแปร 5 ประการ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ตัวแปรทั้งห้า ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ, ภาวะสุขภาพดี หมายถึง การเกิดภาวะสมดุลหรือการคงที่ของปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งรบกวนหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดโดยสามารถสว่นพลังงานไว้ได้สูงสุด การสว่นพลังงานในที่นี้ หมายถึง การที่บุคคลสามารถจัดการหรือการเผชิญกับปัญหาต่างๆ โดยใช้แรงกายและแรงใจไม่มากนัก ถ้าแนวป้องกันของบุคคลไม่สามารถจัดการกับสิ่งรบกวนหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ในระยะที่มีปัญหาสุขภาพจะเกิดกระบวนการสร้างขึ้นมาใหม่ หรือการฟื้นฟู (Reconstitution) เพื่อแก้ไขและเสริมสร้างแนวป้องกันที่บกพร่อง หรือช่วยลดปฏิกิริยาโต้ตอบโต้ต่อสิ่งรบกวนหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและหลังจากเกิดกระบวนการสร้างขึ้นมาใหม่ อาจส่งผลทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดีขึ้น หรืออ่อนแอลงก็ได้, สิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่สามารถกระตุ้นให้บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบโต้ตลอดเวลา ซึ่งสิ่งแวดล้อมอาจเป็นสิ่งที่รบกวนหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressor) ได้แก่ สิ่งที่รบกวนภายในตัวตน (Intrapersonal stressors) เช่น ความรู้สึกโกรธ กลัว สิ่งที่รบกวนระหว่างตัวตน (Interpersonal stressors) เช่น การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ต่อลูก และสิ่งที่รบกวนภายนอกตัวตน (Extrapersonal stressors) เช่น สภาพสังคม และเศรษฐกิจ การประเมินปัญหาตามแนวคิดของนิวมานควรประเมินตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล รวมทั้งปฏิกิริยาโต้ตอบของบุคคลต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด การพยาบาล มุ่งส่งเสริมความแข็งแรงของบุคคลตามแนวป้องกันทั้งสามและลดปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด นิวมานอธิบายว่า การพยาบาลควรคำนึงถึงการป้องกัน 3 ระยะ คือ

การป้องกันระยะที่ 1 เป็นการป้องกันบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงอันตราย โดยการใช้ความรู้ในการประเมินคนทั้งคน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและสิ่งเสริมความแข็งแรงของแนวป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย การปฏิบัติการพยาบาลในระยะนี้มุ่งส่งเสริมความ

แข็งแรงของแนวป้องกันเพื่อต่อต้านอันตรายที่อาจเกิดโดยให้ความรู้ สร้างความคุ้นเคย/สร้างภูมิ
ด้านทาน หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง ส่งเสริมความแข็งแรงในการต่อต้านอันตรายของแต่ละบุคคล

การป้องกันระยะที่ 2 เป็นการป้องกันหลังจากมีสิ่งรบกวนเข้าสู่แนวป้องกันปกติหรือ
แนวป้องกันต่อต้าน ซึ่งเป็นการพยาบาลตามอาการที่ปรากฏ เช่น การช่วยเหลือในภาวะที่มีอาการ
ปวด อาการท้องอืด หรือมีความวิตกกังวล เป็นต้น การปฏิบัติการพยาบาลในระยะนี้มุ่งเป้าหมาย
การรักษาพยาบาลอาการที่เกิดขึ้นซึ่งการปฏิบัติขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้เป็นคือ อาการแสดงและลำดับความ
ต้องการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับอาการ ความแข็งแรง หรือความอ่อนแอของภาวะร่างกาย จิตใจ
สังคม และพัฒนาการ ความพร้อมในการปรับตัว การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการรักษาหรือ
ความเครียดอื่นๆ การใช้แหล่งประโยชน์ ทั้งภายใน ภายนอก ให้เกิดมีประโยชน์สูงสุด

การป้องกันระยะที่ 3 เป็นการดูแลต่อเนื่องจากการป้องกันในระยะที่ 2 เพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน หรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำหลังการหายจากอาการเจ็บป่วยนั้นๆ หรือส่งเสริมการ
ปรับตัวของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพให้คงที่ การปฏิบัติการพยาบาลในระยะนี้มี
เป้าหมายเพื่อรักษาและส่งเสริมการปรับตัวของบุคคลโดยอาศัยสิ่งต่อไปนี้เป็นคือ กระตุ้นแรงจูงใจ ให้
ความรู้เพิ่มเติม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนะนำให้ยอมรับสภาพความเป็นจริง ตั้งเป้าหมายตาม
ความก้าวหน้าของอาการและอาการแสดง ชี้นำและมีแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ให้เหมาะสม
และการคงไว้ซึ่งการปรับบทบาท

สรุป ทฤษฎีระบบของนิวมานให้แนวทางการดูแล ผู้ใช้บริการแบบองค์รวมทั้ง
ผู้ใช้บริการ กลุ่มคน ชุมชน และสังคม ใช้ได้ทั้งการพยาบาลและผู้ใช้บริการสุขภาพในศาสตร์สาขา
อื่นๆ นิวมาน ได้ออกแบบแนวทางการประเมินและการให้การพยาบาลไว้อย่างเป็นรูปธรรม
สามารถนำมาใช้ในคลินิกกับผู้ใช้บริการทุกกลุ่ม ทั้งผู้ที่ไม่มีอาการเจ็บป่วย ขณะป่วยและภายหลัง
หายจากอาการป่วย เพื่อให้มีภาวะสุขภาพสมบูรณ์สูงสุดตามภาวะของแต่ละบุคคลโดยเฉพาะในยุค
ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก การดำเนินการร่วมกันเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้อันเป็นการ
ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองก็สามารถนำกรอบแนวคิดของนิวมานมา
ใช้ได้เป็นอย่างดี สรุปได้ชัดเจนว่า ทฤษฎีระบบของนิวมานชี้แนะให้ดูแล บุคคลครอบคลุมทั้ง 4 มิติ
คือ การดูแล รักษาการพยาบาล ป้องกันการเจ็บป่วย และสร้างเสริมสุขภาพ และเนื่องจากการอบรม
เลี้ยงดูของพ่อแม่ต่อลูกถือเป็นสิ่งที่รบกวนระหว่างตัวคน (Interpersonal stressors) ดังนั้นใน
งานวิจัยนี้พ่อแม่/สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตจึงถือเป็นหนึ่งในผู้เชี่ยวชาญที่
มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตโดยตรง จึงกล่าวได้ว่าการนำทฤษฎีการพยาบาล
ของนิวมานสามารถนำมาใช้ได้จริง โดยการแบ่งการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตเป็น 3 กลุ่ม ตามการ
ป้องกันโรค 3 ระยะของนิวมาน แต่เนื่องจากพยาบาลผู้บำบัดดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตมี 2 ระดับ

คือ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับวุฒิบัตรทั้ง วุฒิบัตรการพยาบาลเฉพาะทางและวุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ดังนั้นผลการศึกษางานวิจัยนี้จึงจะนำมาสรุปเป็นการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลแต่ละระดับในการบำบัดดูแล เด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนต่อไป

4. กฎหมาย นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

การกำหนดการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องกฎหมาย นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจาก การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญอันหนึ่งของรัฐบาลในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อวางแผนยุทธศาสตร์ ในการดำเนินกิจกรรมให้ประชาชนมีสุขภาพดี (Milstead, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีกฎหมาย นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก ในชุมชน ดังนี้

1.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ,2550)

รัฐธรรมนูญเป็นบทบัญญัติแห่งกฎหมายสูงสุดของรัฐ ซึ่งวางหลักประกันต่อสิทธิ เสรีภาพของประชาชนไว้อย่างรอบด้านทั้งทางกาย ทางจิตและสังคม ซึ่งรัฐไม่สามารถล่วงหรือ ละเมิดได้ หากแต่มีหน้าที่ให้การคุ้มครองสิทธิเสรีภาพดังกล่าวด้วย ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการ ประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ซึ่งรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวมี เจตนารมณ์ในการให้ความสำคัญสูงสุดกับการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน โดยมี สาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหา ทางจิต ในมาตรา 51, 52, 54, 57, และ 80 กล่าวคือเด็กที่มีปัญหาทางจิตทุกคนย่อมมีสิทธิเสมอกันใน การเข้ารับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน เป็นไปอย่างทั่วถึงและมี ประสิทธิภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และมีสิทธิที่จะได้รับการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ตามศักยภาพในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของเด็กเป็นสำคัญ การวาง แผนพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ การเมืองและวัฒนธรรม และการออกกฎที่อาจมีผลกระทบต่อส่วนได้ เสียสำคัญของเด็ก รัฐต้องจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนอย่างทั่วถึงก่อน

ดำเนินการ และรัฐต้องสนับสนุนการอบรมเลี้ยงดู และให้การศึกษาปฐมวัย ให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพึ่งพาตนเองได้ตามศักยภาพของตน

จากสาระสำคัญของรัฐธรรมนูญแห่งประเทศไทย พ.ศ.2550 ในส่วนที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้าสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต พยาบาลทุกระดับในชุมชนย่อมต้องให้การบำบัดดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตและครอบครัวด้วยความเสมอภาค โดยเด็กที่มีปัญหาทางจิตต้องได้รับการจัดบริการอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้เด็กได้รับการพัฒนาการให้มีศักยภาพตามวัย มีคุณภาพชีวิต ดำรงชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพของตน

1.2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการและสังคมแห่งชาติ, 2553)

ประเทศไทยใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นกรอบในการพัฒนาประเทศมาตั้งแต่ปี 2504 แต่ละแผนมีระยะเวลาประมาณ 5 ปี ปัจจุบันอยู่ในช่วงของแผนฯ ฉบับที่ 11 โดยทั่วไปเนื้อหาของสาระของแผนฯ จะบ่งบอกถึงทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ให้หน่วยงานทั้งภาครัฐ ธุรกิจเอกชน ท้องถิ่น ชุมชน นำไปใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนพัฒนาระดับต่าง ๆ ซึ่งแผนฯ ฉบับที่ 11 มีการกำหนดวิสัยทัศน์ ดังนี้ “สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง” โดยสร้างสังคมเป็นธรรม มุ่งให้คนกินดีอยู่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี คนในสังคมอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข ขยายหลักประกันทางสังคมให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน สร้างภูมิคุ้มกันให้เข้มแข็ง สามารถป้องกันและรองรับผลกระทบและความเสี่ยงจากวิกฤตเศรษฐกิจที่จะเกิดขึ้นในอนาคต พัฒนาระบบสุขภาพปฐมวัยให้มีความรู้ ทักษะ และความสามารถ รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงอย่างมีเหตุผล

จากสาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 พบว่ายุทธศาสตร์การพัฒนาที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับงานด้านสังคมและสาธารณสุข โดยเฉพาะงานสุขภาพจิตนั้น ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน พยาบาลในชุมชนทุกระดับพึงให้การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตโดยที่เด็กและครอบครัวสามารถเข้าถึงระบบบริการด้านจิตเวชและสุขภาพจิต เด็กทุกคนจะต้องได้รับความสำคัญ ได้รับการดูแลและคุ้มครองอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่แบ่งแยกทั้งในเรื่องเชื้อชาติ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา การมีวิถีการอยู่อาศัย และการพัฒนาทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงการแสดงความคิดเห็น รวมทั้งการได้รับการบริการทางสังคมที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม เสมอภาคกับกลุ่มคนอื่น ๆ เพื่อให้เด็กมี

ความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเหมาะสมตามศักยภาพของตน โดยชุมชนมีส่วนร่วม

1.3 พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้ระบุถึงสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพของประชาชนไว้ทั้งสิ้น 6 หมวด 56 มาตรา ซึ่งมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ในมาตราที่ 3, 5, 6, 8, 46, และ 47 สรุปได้ดังนี้คือ เด็กที่มีปัญหาทางจิตต้องได้รับการสร้างเสริม และคุ้มครองสุขภาพทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมอย่างสอดคล้องและเหมาะสม บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้แก่ผู้รับบริการ/ ผู้ปกครอง, ผู้ดูแลทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการ/ ผู้ปกครอง, ผู้ดูแลจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด ๆ และในกรณีที่ผู้รับบริการ/ ผู้ปกครอง, ผู้ดูแลปฏิเสธไม่รับบริการใด บุคลากรด้านสาธารณสุขจะให้บริการนั้นไม่ได้

สรุปสาระสำคัญของพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 สุขภาพหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล การกำหนดการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้าสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต จึงไม่อาจมุ่งเน้นที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเพียงด้านเดียว เพราะจะทำให้รัฐและประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ในขณะที่เดียวกันโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิตมีการเปลี่ยนแปลงและมีความยุ่งยากสลับซับซ้อนมากขึ้น พยาบาลในชุมชนทุกระดับซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีมากสุดในระบบบริการสาธารณสุข (ทัศนา บุญทอง, 2543) จึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกัน ส่งเสริม บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพให้แก่เด็กที่มีปัญหาทางจิต โดยครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้าสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของเด็กที่มีปัญหาทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เสมอภาค ทัวถึง และเท่าเทียมกัน

1.4 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 (กรมสุขภาพจิต, 2551)

พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เป็นกฎหมายใหม่ที่มีจุดมุ่งหมายคุ้มครองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ได้รับการบำบัดรักษา เนื่องจากครอบครัวของเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจและมีทัศนคติด้านลบต่อบุตรที่มีปัญหาทางจิต ทำให้เด็กที่มีปัญหาทางจิตไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นเหตุให้ความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรงขึ้น จนเกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น รวมทั้งเป็นการป้องกันอันตรายอันเกิดจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคม โดยมีสาระที่เกี่ยวข้องกับการ

ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ในมาตรา 3, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, และมาตรา 40 สรุปได้ดังนี้ เด็กที่มีปัญหาทางจิตคือเด็กที่มีอาการผิดปกติของจิตใจ ที่แสดงออกมาทางพฤติกรรมอารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ซึ่งควรได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็ว เพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้มีความผิดปกติทางจิตที่รุนแรง หรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น โดยผู้ป่วยย่อมมีสิทธิได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาไว้เป็นความลับ และได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพ และระบบอื่นๆ ของรัฐอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน และ ห้ามมิให้ผู้ใดเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย และห้ามทำการบำบัดรักษาโดยการผูกมัดร่างกาย การกักบริเวณ หรือแยกผู้ป่วย การวิจัยใดๆ ที่กระทำต่อผู้ป่วยจะกระทำได้อต่อเมื่อได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้ป่วย และต้องผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการที่ดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยในคนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การบำบัดรักษาจะกระทำได้อต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับการอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษารายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษาและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย/ ผู้ปกครอง, ผู้ดูแล

กล่าวโดยสรุปพรบ.สุขภาพจิต 2551 นี้ บัญญัติขึ้นเพื่อเป็นการคุ้มครองสุขภาพจิตของเด็กที่มีปัญหาทางจิตและสังคม และเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน โดยเฉพาะพยาบาลทุกระดับในชุมชน ให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตให้ได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติทางจิตที่ซับซ้อนและรุนแรงขึ้น

1.5 แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555- 2559

ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 กำหนดประเด็นการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตได้แก่ การจัดบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์/ สติปัญญา/ ศิลธรรม/ จริยธรรม แม้ว่าระบบบริการด้านสุขภาพจิตไทยในปัจจุบันจะประสบผลสำเร็จในการขยายความครอบคลุมของสถานบริการด้านสาธารณสุข โดยมีโครงสร้างหน่วยบริการด้านสุขภาพจิตตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิกระจายครอบคลุมทุกจังหวัด มีบริการเฉพาะทางและระบบส่งต่อผู้ป่วย แต่ยังคงพบว่าส่วนใหญ่ยังขาดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตเนื่องจากสถานบริการและบุคลากรส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในบางพื้นที่เช่น กรุงเทพมหานคร บางเขตพื้นที่ไม่มีการให้บริการด้านสุขภาพจิต ดังนั้นกรมสุขภาพจิตจึงได้จัดทำ

แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 11 พ.ศ. 2555- 2559 ขึ้นเพื่อเป็นแผนแม่บทในการขับเคลื่อนและพัฒนากิจการดำเนินงานสุขภาพจิตให้มีศักยภาพและความเข้มแข็ง ตลอดจนมีความพร้อมที่จะสนับสนุน และผลักดันการพัฒนางานสุขภาพจิตในระดับประเทศต่อไป โดยกรมสุขภาพจิตได้กำหนดพันธกิจในพ.ศ. 2555- 2559 รวม 4 ด้านคือ เสริมสร้างศักยภาพประชาชนให้มีสุขภาพจิตดี, ส่งเสริมบทบาทของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจิตให้เข้มแข็ง, พัฒนาระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตให้มีคุณภาพและเข้าถึงง่าย, และสร้างกลไกในการพัฒนางานสุขภาพจิต พันธกิจดังกล่าวมีความสอดคล้องกับทิศทางของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555- 2559) ที่สำนักรับนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดขึ้น โดยแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555- 2559) มีสาระสำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตโดยการมุ่งพัฒนาการบริการสุขภาพภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพ ให้มีความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันและการจัดบริการที่ครอบคลุม เป็นธรรม ระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานในทุกระดับเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ สามารถตอบสนองต่อความต้องการตามปัญหาสุขภาพ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

พยาบาลชุมชนทุกระดับควรมีความรู้ความเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555- 2559 และนำไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนอย่างมีมาตรฐานวิชาชีพ บรรลุเป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาลที่วางไว้ได้อย่างเป็นรูปธรรม เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลอย่างแท้จริง และเกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างพยาบาลกับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ครอบครัว และชุมชน

1.6 แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550 – 2559

ภายใต้พรบ.วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2540

สภาการพยาบาลได้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ ขึ้น เพื่อเป็นแผนแม่บทสำหรับการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อให้การพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติมีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วของสังคม เศรษฐกิจ ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนทุกภาคส่วน ตลอดจนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 โดยแผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550 – 2559 ทิศทางของแผนฯประกอบด้วย 7 แผนหลัก และ 33 แผนงาน ซึ่งเป็นแผนแม่บทเพื่อให้หน่วยงานที่

เกี่ยวข้องกับวิชาชีพฯ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย มาตรการ เป้าหมาย แผนปฏิบัติงาน โครงการ กิจกรรมและงบประมาณของหน่วยงานอย่างเป็นระบบและมีทิศทาง อันนำไปสู่การดำเนินการพัฒนาวิชาชีพที่ชัดเจน การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต อยู่ในแผนหลักที่ 2 ของแผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550-2559 กล่าวคือ สภาพยาบาลต้องกำหนดให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนกำหนดนโยบาย ด้านการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตที่ชัดเจน ส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ ในการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลด้านสุขภาพจิต การพัฒนาสมรรถนะของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ และสภาการพยาบาลต้องส่งเสริมให้มีกฎหมายรองรับวุฒิบัตรการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นต่อไปในอนาคต

ซึ่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และ ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2540 ได้กำหนดประเภทของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ไว้ 2 ระดับ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ (Professional Nurse) และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse) ซึ่งแบ่งออกได้อีก 2 กลุ่ม คือ พยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse practitioner) และพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญทางคลินิก เฉพาะทาง (Clinical nurse specialist)

ในส่วนของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นั้น มีการกำหนดสาขาย่อย ออกเป็น 2 สาขาย่อย ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ กับ การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาล ต้องเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หรือสาขาที่เกี่ยวข้องซึ่งได้ศึกษาเพิ่มเติม รวมทั้งมีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลตรงสาขา ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด และได้รับวุฒิบัตรการพยาบาลผู้มีความรู้ ความชำนาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ก็ต้องสอบรับรองความรู้ทั้งการสอบข้อเขียน และการสอบปากเปล่าผ่านเรียบร้อยแล้ว

การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็ก เป็นไปตามการปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ซึ่งกำหนดไว้ว่าเป็นการปฏิบัติต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยกระทำการต่อไปนี้

1. การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

2. การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยการบรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรค และการฟื้นฟูสภาพ

3. การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค

4. ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรคทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล ในการประเมินสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล

ดังนั้นพยาบาลจิตเวชชุมชนทุกคนจึงควรตระหนักในบทบาทและหน้าที่ของตน ในการให้การปฏิบัติกรพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิตสอดคล้องกับแผนพัฒนาการพยาบาลและภารกิจแห่งชาติ และ พรบ.วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ โดยการสอน แนะนำ ให้คำปรึกษา และแก้ไขปัญหาทางจิตแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิตและครอบครัว ให้การส่งเสริมสุขภาพจิตตามวัย ป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตในเด็กกลุ่มเสี่ยงและเด็กที่มีอาการทางจิต บำบัดรักษาเด็กที่มีอาการทางจิตร่วมกับทีมสหสาขา และการฟื้นฟูสภาพให้แก่เด็กที่มีอาการทางจิตได้อยู่ในชุมชนอย่างปกติ สุขตามสภาวะแห่งตน โดยการใช้ทฤษฎีการพยาบาลที่คัดสรร ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลเพื่อเป็นการพัฒนาและสร้างมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนต่อไป

1.7 นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการพัฒนาเด็ก ตามแนวทาง “โลกที่เหมาะสมสำหรับเด็ก” (พ.ศ.2550-2559) และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child - CRC)

20 พฤศจิกายน 2532 สมัชชาใหญ่สหประชาชาติได้รับรองอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก เป็น 1 ใน 7 ของสนธิสัญญาหลักด้านสิทธิมนุษยชน โดยอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กเป็นปฏิญญาระดับโลกว่าด้วยความอยู่รอด การปกป้อง และการพัฒนาเด็ก (World Declaration on Survival, Protection and Development of Children) ประกอบด้วยบทบัญญัติ 54 ข้อ ซึ่งเน้นหลักพื้นฐาน 4 ประการคือ การห้ามเลือกปฏิบัติต่อเด็ก และการให้ความสำคัญแก่เด็กทุกคนเท่าเทียมกัน, การกระทำหรือดำเนินการทั้งหลายต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นอันดับแรก, เด็กมีสิทธิในการมีชีวิต การอยู่รอด และการพัฒนาทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม, และสิทธิในการแสดงความคิดเห็นของเด็ก และการให้ความสำคัญกับความคิดเห็นเหล่านั้น นอกจากอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กฉบับนี้ จะให้ความคุ้มครองเด็กที่มีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมแล้วยังกำหนดให้รัฐจัดสวัสดิการสังคมด้านการศึกษาแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิต และส่งเสริมให้เด็กที่มีปัญหาทางจิตได้เข้ามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในทางวัฒนธรรมและศิลปะ ต่อมาสมัชชาสหประชาชาติ ได้จัดประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติ สมัยพิเศษ ขึ้นระหว่างวันที่ 8 – 10 พฤษภาคม 2545 ณ นครนิวยอร์ก ว่าด้วยเรื่องเด็ก (United Nations General Assembly Special Session on Children หรือ UNGASS) เพื่อ

ติดตามผลการดำเนินงานตามปฏิญญาฯ และแผนปฏิบัติการฯ ที่ประเทศต่างๆ ได้ตกลงกันไว้เมื่อปี 2533 การประชุมในปีพ.ศ. 2545 นี้ ประเทศสมาชิกได้ให้การรับรองเอกสารแนวทาง “โลกที่เหมาะสมสำหรับเด็ก” (A World Fit for Children) ซึ่งตกลงกันว่าเป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อเด็กในช่วงทศวรรษหน้า และมีผลผูกพันให้ประเทศสมาชิกต้องนำแนวทางดังกล่าวมาจัดทำนโยบายยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ (National Plan of Action) รวมทั้งดำเนินงานตามแผนฯ ในประเทศของตน

ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีอนุสัญญาฉบับนี้ เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2535 จึงต้องปฏิบัติตามพันธกรณีของสนธิสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กดังกล่าว และต่อมาคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2545 ให้สนับสนุนการดำเนินงานตามแนวทาง “โลกที่เหมาะสมสำหรับเด็ก” พร้อมมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (สยช.เดิม) หรือสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ (สท. ปัจจุบัน) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการจัดทำนโยบายและแผนฯ ระดับชาติ แนวทาง “โลกที่เหมาะสมสำหรับเด็ก” สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้ “เด็ก” คือผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี คุณลักษณะเด็กที่พึงประสงค์ได้แก่ มีความรักและความผูกพันในครอบครัว มีชีวิตที่มีคุณภาพและได้รับการพัฒนารอบด้านเหมาะสมตามวัย มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ พัฒนาสติปัญญาและการคิดที่รู้จักเหตุผล การคิดแก้ปัญหาและการคิดสร้างสรรค์ ใฝ่รู้ตลอดชีวิตและสามารถพัฒนาตนเองเนื่องเต็มศักยภาพ ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีปัญหาทางจิตมี 2 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านครอบครัวกับเด็ก รัฐมีหน้าที่เสริมสร้างให้ทุกครอบครัวมีความรัก ความอบอุ่น และมีความไว้วางใจระหว่างกันและกัน การเลี้ยงดูบุตรที่ได้คุณภาพ เสริมสร้างการมีสัมพันธภาพที่ดีและสร้างสรรค์ในครอบครัว เสริมสร้างสภาพแวดล้อมและโอกาสที่เอื้อให้เกิดครอบครัวผาสุกทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ศาสนา การเมือง การเรียนรู้ และสุขภาพ ทั้งนี้ให้มีการเสริมสร้างโดยทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคธุรกิจ ชุมชน และสื่อมวลชนทุกรูปแบบเสริมสร้างระบบการให้ความช่วยเหลือและบริการต่างๆ แก่ครอบครัวที่เผชิญปัญหา เช่น บริการให้คำแนะนำหรือการแนะแนวครอบครัว (Family counseling) บริการด้านสวัสดิการสังคม (Social welfare) บริการที่เป็นสหวิทยาการ และสะดวกรวดเร็ว (One-stop service) รองรับการทำร้ายทารุณในครอบครัว ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของเด็ก โดยเด็กทุกคนต้องได้รับความรู้และการฝึกทักษะให้มีร่างกายแข็งแรง มีโภชนาการดีถูกต้องตามหลักวิชา มีสุขภาพดีโดยรวม รัฐจัดบริการและดูแลให้มีบริการด้านสุขภาพกายและจิตที่เด็กเข้าถึงได้สะดวกทุกคน รณรงค์และสร้างเสริมการเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพเด็กและการพัฒนาสติปัญญา อารมณ์ สังคม และจริยธรรมโดยเฉพาะเรื่องการเรียนรู้ พ่อแม่

และสมาชิกในครอบครัว และผู้ใกล้ชิดเด็ก เช่น ครูมีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับจิตวิทยา การพัฒนาเด็กเบื้องต้น ตามวัยของเด็ก โดยใช้สื่อต่างๆ เพื่อให้มีทักษะสามารถสร้างสัมพันธ์กับเด็กและเข้าใจเด็กได้ดี รู้จักป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและคนในครอบครัว พร้อมสามารถสร้างสภาพแวดล้อมของเด็กที่เอื้อให้มีสุขภาพจิตดี รัฐจัดบริการ และสนับสนุนให้ภาคเอกชนจัดบริการ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตให้ทั่วถึงทั้งในสถานศึกษาและในชุมชน (อาทิ มีสายด่วนสุขภาพจิต โดยผู้เชี่ยวชาญและผ่านสื่อทุกรูปแบบ มีบริการส่งต่อในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และเพิ่มบุคลากรด้านสุขภาพจิต

แม้ว่าเด็กที่มีปัญหาทางจิตจะมีสภาพปัญหาการเจ็บป่วยแตกต่างจากโรคทางกาย แต่พยาบาลผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตจำเป็นต้องมีความรู้และทำความเข้าใจในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กดังกล่าวด้วย เพื่อให้เด็กที่มีปัญหาทางจิตได้รับการดูแลและการช่วยเหลือเป็นพิเศษ ครอบครัวในฐานะกลุ่มพื้นฐานของสังคมและเป็นสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติสำหรับการเจริญเติบโตและความอยู่ดีกินดีของเด็กที่มีปัญหาทางจิต โดยเฉพาะเด็กควรจะได้รับ การคุ้มครองและการช่วยเหลือที่จำเป็น เพื่อที่จะสามารถมีความรับผิดชอบในชุมชนของตนได้อย่างเต็มที่ และเพื่อให้เด็กพัฒนาบุคลิกภาพได้อย่างกลมกลืนและเต็มที่ เด็กควรจะได้เติบโตในสิ่งแวดล้อมของครอบครัว ในบรรยากาศแห่งความสุข ความรัก และความเข้าใจ เพื่อจะได้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป

สรุป ความรู้ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในเรื่องกฎหมาย นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต มีความสำคัญ เพราะจะส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของเด็กที่มีปัญหาทางจิตทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งนี้การจะพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตให้เป็นไปอย่างถูกต้องทิศทางและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อเด็กที่มีปัญหาทางจิต ครอบครัว วิชาชีพการพยาบาล และประเทศชาติ จำเป็นต้องมีการพิจารณาถึงสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศ ทั้งที่ผ่านมาในอดีต ปัจจุบัน และแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในด้านต่าง ๆ อาทิ สังคม เศรษฐกิจ และการเมืองการปกครองด้วย

5. การบริการด้านสุขภาพจิตและด้านสวัสดิการสังคมสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตและครอบครัว

การบริการด้านสุขภาพจิตในปัจจุบันประกอบด้วย การดูแลด้านการบำบัดรักษา และการดูแลด้านสวัสดิการสังคม ซึ่งในด้านการบำบัดรักษานั้นอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตและหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจัดบริการด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาลและในชุมชนตามลำดับ ส่วนการบริการด้านสวัสดิการสังคมอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงการพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ ในที่นี้จะเน้นการบริการในชุมชนเป็นหลัก มีผู้กล่าวถึง การบริการด้านสุขภาพจิตและด้านสวัสดิการสังคมสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตและครอบครัว ดังนี้

5.1 การบริการด้านสุขภาพจิต

Isaacs (2005) แบ่งรูปแบบการบริการด้านสุขภาพจิตสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตออกเป็นการบริการสุขภาพจิตในชุมชน และการบริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียด ดังนี้การบริการสุขภาพจิตในชุมชน แบ่งออกเป็นการให้บริการด้านการป้องกันระดับปฐมภูมิแก่เด็กและครอบครัว คือการดูแลมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์ การให้บิคามารดาของเด็ก ได้รับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เด็กเกิดปัญหาทางจิต และการกำหนดเป็นนโยบายการดูแลด้านสุขภาพจิตแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิต ส่วนการป้องกันในระดับทุติยภูมิ เป็นการค้นหาเด็กที่เริ่มมีปัญหาทางจิตให้เข้าสู่ระบบการรักษาโดยเร็ว โดยการจัดกิจกรรมครอบคลุมไปถึงการให้คำปรึกษาใน โรงเรียนและสถานศึกษาของเด็ก รวมถึงการมีระบบส่งต่อเด็กที่มีปัญหาทางจิตไปสู่สถานบริการ นอกจากนี้การให้บริการสุขภาพจิตในชุมชนยังรวมถึงการทำจิตบำบัดรายบุคคลให้แก่เด็ก, การจัดกิจกรรมการเล่นบำบัด และการจัดการศึกษาพิเศษให้แก่เด็ก ในการจัดบริการสุขภาพจิตในชุมชนนี้ครอบครัวบำบัดและการให้ความรู้แก่ครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้เด็กที่มีปัญหาทางจิตได้รับการพัฒนาการและพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ส่วนการบริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาล เป็นบริการที่มีรูปแบบเฉพาะสำหรับเด็กซึ่งควรได้รับการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากมีความเสี่ยงในการจะทำอันตรายรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ในบาง โรงพยาบาลยังจัดรูปแบบกึ่งโรงพยาบาลกล่าวคือ การจัดโปรแกรมให้แก่โรงเรียนสำหรับเด็กที่มีอาการทางจิตโดยเฉพาะ

Pumariega & Winters (2003) กล่าวว่า การจัดระบบบริการสุขภาพจิตให้แก่เด็กควรเน้นให้การบริการแก่เด็กและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยให้บริการในชุมชน ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมของเด็กแต่ละคน

กรมสุขภาพจิต(2552) แบ่งระดับของบริการสุขภาพจิตโดยบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว : เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในชุมชนที่อาศัยอยู่

2. บริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Service Level- PHC) : ดำเนินการโดยประชาชนเอง หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการ

คัดเลือกจากชุมชน โดยมีอสม. 1 คนต่อชุมชนประมาณ 8 – 15 หลังคาเรือน ให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน ตัวอย่างเช่น ให้สุขภาพจิตศึกษา คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ให้การช่วยเหลือปรึกษาประคองด้านจิตใจ สนับสนุนให้มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจิต

3. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Medical Care Level- PMC) : เป็นบริการรักษาพยาบาลระดับแรกที่ได้รับบริการโดยบุคลากรสาธารณสุข (ระดับตำบล) เช่น พนักงานอนามัย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข หรือมีแพทย์เวชปฏิบัติออกตรวจเป็นระยะ บริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิได้แก่ การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การให้การปรึกษา การผสมผสานการดูแลสุขภาพจิตในงานอื่น เช่น การฝากครรภ์และคลินิกเด็กดี/พัฒนาการเด็ก การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหรือการเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพจิต

4. บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary Medical Care Level- SMC) : ดำเนินการโดยโรงพยาบาลชุมชน ให้บริการรักษาผู้ป่วยนอก วินิจฉัยและรักษาโรคจิตเวชที่พบบ่อย ติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจในภาวะวิกฤต ให้การปรึกษาแนะนำ และช่วยเหลือหน่วยบริการสาธารณสุขมูลฐานและหน่วยบริการปฐมภูมิ ตลอดจนผสมผสานงานสุขภาพจิตกับงานเวชปฏิบัติทั่วไป

5. บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary Medical Care Level- TMC) : ให้บริการเฉพาะทางโดยผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ คณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาล/ สถาบันจิตเวช โดยมีจิตแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพให้บริการจิตเวชครบวงจร ตั้งแต่การตรวจประเมิน วินิจฉัยและบำบัดรักษาฟื้นฟู ตลอดจนการส่งเสริมสนับสนุนเครือข่ายสาธารณสุขให้สามารถจัดบริการสุขภาพจิตชุมชนและพัฒนาศักยภาพบุคลากร ขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีการขยายขอบเขตการปฏิบัติงานในระดับต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและในวิชาชีพการพยาบาล American Nurse Association ได้กล่าวถึงขอบเขตการปฏิบัติงานที่ประกอบด้วย ระดับของการปฏิบัติ บทบาทของพยาบาล และสถานที่ปฏิบัติงาน โดยการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ จะแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ANA, 1994)

ในประเทศไทย ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งต้องการผู้นำทางการพยาบาลระดับผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ที่จะพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญใน

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และพัฒนางานบริการพยาบาลที่ครอบคลุม งานส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพจิต ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน สถานการณ์พยาบาลของประเทศไทยได้จำแนกการปฏิบัติการพยาบาลของวิชาชีพการพยาบาลเป็น 2 ระดับ คือ การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน (Basic nursing practice) และการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced nursing practice) (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2553) ดังนี้

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน (Basic nursing practice) หมายถึงการพยาบาลปฏิบัติพยาบาลขั้นพื้นฐาน จากพยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากมหาวิทยาลัย หรือวิทยาลัยพยาบาลที่สถานพยาบาลรับรองและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและกลุ่มบุคคลในสถานพยาบาล ที่บ้าน ที่โรงเรียน ที่ทำงาน ในแผนกผู้ป่วยนอก และในชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพและช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะทำให้นักคนไข้หายจากความเจ็บป่วยหรือตายอย่างสงบ พยาบาลในระดับนี้อาจริเริ่มการบำบัดดูแลด้วยตนเอง หรือนำแผนการดูแลที่ตนหรือผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงหรือแพทย์วางไว้ไปปฏิบัติ รู้จักประสานการดูแลในระบบบริการ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจหรือทดสอบต่าง ๆ ตลอดจนเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการพยาบาล และการรักษาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced nursing practice) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพผู้ที่ได้รับวุฒิปริญญาตรีที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางคลินิกหรือชุมชน สามารถดูแลและจัดการดูแลผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการเฉพาะกลุ่ม/ กลุ่มเป้าหมาย หรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว กลุ่มผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่ซับซ้อน ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถ้าได้รับการดูแล และการจัดการเชิงระบบที่ดี จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือถ้าเป็นกลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มเป้าหมาย จะช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดโรค ซึ่งผลลัพธ์สุดท้ายคือ ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการมีความสุขหรือคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายของทั้งผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ ของครอบครัว และลดภาระของรัฐ ซึ่งการจัดการดูแลผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการในกลุ่มเหล่านี้ จำเป็นต้องบูรณาการทั้งความรู้ ประสบการณ์ ผลการวิจัยเข้ากับความเชื่อ และการยอมรับของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต หมายถึง การกระทำการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน โดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง ในการจัดการรายกรณีหรือใช้วิธีการอื่นๆ รวมทั้งจัดการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิง

จริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลในกลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะ โรคอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแลผู้ใช้บริการกลุ่มผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อน (สภาการพยาบาล, 2553)

การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็ก สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทุกระดับ ต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่สภาการพยาบาล กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Practice Standard) ไว้ว่าเป็นการปฏิบัติที่มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้รับบริการ มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องได้รับการแก้ไขโดยพยาบาลและผดุงครรภ์ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 5 มาตรฐาน ดังต่อไปนี้ (สภาการพยาบาล, 2551)

มาตรฐานที่ 1 การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

มาตรฐานที่ 2 การรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ

มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

มาตรฐานที่ 4 การจัดการ การดูแลต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและรายงานบันทึกและรายงานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล โดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง

ในการปฏิบัติการพยาบาล สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ต้องคำนึงถึงมาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาล(Nursing and Midwifery Outcome Standard) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการประเมินคุณภาพของบริการพยาบาล โดยสภาการพยาบาล (2551) กำหนดมาตรฐานผลลัพธ์ของบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ ซึ่งอาจประเมินได้จากองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. ความปลอดภัยจากความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ทั้งด้าน กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2. ผู้รับบริการได้รับการบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

3. ความรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

4. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ

5. ความพึงพอใจของผู้รับบริการและสิทธิที่พึงได้รับ

สำหรับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของกรมสุขภาพจิต และสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย พ.ศ.2536 ซึ่งเป็นการกำหนดใช้สำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับทั่วไป ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อของมาตรฐานดังนี้ การประเมินทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการรักษาทางกาย การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การสอนทางสุขภาพ การประเมินผลและการปรับแผนการพยาบาล การปฏิบัติงานเป็นทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ การปฏิบัติงานจิตเวชชุมชน การวิจัยและการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ต่อมากรมสุขภาพจิตร่วมกับชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวชได้จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต พ.ศ. 2553 ขึ้น เพื่อให้ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในทุกหน่วยงานทั้งในสถาบัน/ โรงพยาบาลจิตเวช และสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ ประกอบด้วยมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช 7 โรค และมาตรฐานการพยาบาลผู้มีปัญหาด้านพัฒนาการ 5 กลุ่มโรค โดยมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค ได้กำหนดเกณฑ์เชิงผลลัพธ์ เพื่อให้สอดคล้องตามมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของสภาการพยาบาล (2551) ทั้ง 5 ข้อดังกล่าวแล้วข้างต้น

สำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะกรรมการฝึกอบรมและการสอบความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ได้กำหนดและได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล นั้น มีขอบเขตการปฏิบัติ สมรรถนะหลัก 9 ประการ และแสดงการปฏิบัติที่แสดงสมรรถนะ ดังต่อไปนี้ (สภาการพยาบาล, 2553)

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (Care Management)

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะ โรคที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct Care)

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration)

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (mentoring)

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation)

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical)

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice)

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)

สรุปในการให้บริการสุขภาพจิตในระดับต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกัน ส่งเสริม บำบัด และฟื้นฟูปัญหาของเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน โดยมุ่งเน้นให้เด็กได้อยู่ในชุมชน และครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัด เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัยมีการแสดงออกของพฤติกรรมและอารมณ์ที่เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างผาสุกตามสภาวะแห่งตน

5.2 สวัสดิการสังคมสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตและครอบครัว

สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ ได้ดำเนินการตามประเภทการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ การศึกษาพิเศษ (Special Education) จึงหมายถึงการศึกษาที่จัดให้แก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ (children with special needs) ทางการศึกษาแตกต่างไปจากเด็กปกติเนื่องจากมีความพิการหรือความผิดปกติทางร่างกาย อารมณ์พฤติกรรม หรือสติปัญญา ซึ่งต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้ได้อย่างเหมาะสมและได้รับประโยชน์จากการศึกษาอย่างเต็มที่ เพื่อพัฒนาให้เกิดศักยภาพสูงสุด และการจัดการศึกษาพิเศษนี้ อาจจัดเป็นสถานศึกษาเฉพาะสำหรับเด็กที่มีความผิดปกติในระดับรุนแรง หรือจัดการศึกษาในโรงเรียนปกติในรูปแบบการเรียนร่วมสำหรับเด็กที่มีระดับความผิดปกติไม่รุนแรงมาก

การศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งแบ่งออกเป็น 9 ประเภทคือ

1. เด็กที่มีความบกพร่องทางการเห็น
2. เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
3. เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
4. เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายและการเคลื่อนไหว
5. เด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้
6. เด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรม
7. เด็กออทิสติก

8. เด็กสมาธิสั้น

9. เด็กที่มีความบกพร่องซ้ำซ้อน

รูปแบบการจัดการศึกษาพิเศษสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ มีหลักการที่สำคัญ คือการเตรียมความพร้อม การจัดการเรียนการสอน และจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับเด็กในแต่ละระดับและแต่ละประเภท และบำบัดฟื้นฟูให้ความช่วยเหลือเพื่อให้เด็กได้รับประโยชน์สูงสุดจากการศึกษาจนสามารถพัฒนาเต็มตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยจัดแบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. รูปแบบการเรียนในชั้นปกติตามเวลา เป็นรูปแบบการจัดการศึกษาพิเศษสำหรับเด็กที่มีความบกพร่อง หรือผิดปกติเล็กน้อยเด็กพิการสามารถเข้าเรียนในชั้นเรียนปกติเช่นเดียวกับเด็กปกติได้ตลอดเวลาที่อยู่ในโรงเรียน รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่มีข้อจำกัดน้อยที่สุด

2. รูปแบบการเรียนร่วม เป็นรูปแบบการศึกษาพิเศษ สำหรับเด็กที่มีความบกพร่องหรือผิดปกติ แต่อยู่ในระดับที่สามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติได้ การจัดการศึกษาพิเศษในรูปแบบนี้มุ่งให้เด็กพิการได้รับการศึกษา ในสถานะที่มีข้อจำกัดน้อยที่สุดเท่าที่แต่ละคนจะรับได้

3. รูปแบบเฉพาะความพิการ เป็นรูปแบบการจัดการศึกษาพิเศษสำหรับเด็กที่มีความพิการค่อนข้างมาก หรือพิการซ้ำซ้อนเป็นรูปแบบที่มีสภาพแวดล้อมจำกัดมากที่สุด แบ่งเป็น 4 ระดับได้แก่

3.1 รูปแบบการเรียนการสอนในห้องเรียนพิเศษในโรงเรียนปกติ

3.2 รูปแบบการเรียนในโรงเรียนพิเศษเฉพาะทาง

3.3 รูปแบบการฟื้นฟูในสมรรถภาพในสถาบันเฉพาะทาง

3.4 การบำบัดในโรงพยาบาลหรือบ้าน

สรุปการให้บริการด้านสุขภาพจิตและด้านสวัสดิการสังคมสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตและครอบครัวในประเทศไทยพบว่า มีรูปแบบการให้บริการที่เน้นการบริการด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิและเน้นการจัดบริการด้านการศึกษาพิเศษให้แก่เด็กที่มีปัญหาทางจิต ซึ่งพบว่าพยาบาลในชุมชนยังไม่มีรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตที่เป็นมาตรฐานชัดเจน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต เพื่อให้พยาบาลทุกระดับในชุมชนมีมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลตามระดับคุณวุฒิของตน

6. เทคนิคการวิจัยอนาคต

จุมพล พูลภัทรชีวิน (2530) ได้ให้ความหมายของการวิจัยอนาคตว่า หมายถึง วิธีศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับทางเลือกอนาคตต่างๆ ที่เป็นไปได้หรือน่าจะเป็นของกลุ่มประชากรหรือกลุ่มสังคมใดกลุ่มหนึ่ง เป็นการศึกษาเพื่อมองเหตุการณ์หรือพฤติกรรมในอนาคต (ระยะยาวหรือระยะสั้นก็ตาม) ที่เกี่ยวข้องกับการทำนาย (Prediction) การฉายภาพ (Projection) และการคาดการณ์ (Forecast) จุดมุ่งหมายของการทำวิจัยอนาคต ได้แก่

1. บรรยายอนาคตรูปแบบต่างๆ (Alternative Futures) ที่จะเป็นไปได้หรือน่าจะเป็นของกลุ่มประชากรที่ศึกษา
2. ประเมินสถานการณ์ในปัจจุบันเกี่ยวกับความรู้ต่างๆ ที่เรามีอยู่เกี่ยวกับอนาคตที่จะเป็นไปได้แต่ละทาง
3. บ่งชี้ผลกระทบและผลต่อเนื้อที่เป็นไปได้ต่างๆ ของแต่ละอนาคต
4. ให้สัญญาณเตือนภัยล่วงหน้าเกี่ยวกับอนาคตที่ไม่พึงประสงค์อาจเกิดขึ้นได้
5. เข้าใจเบื้องหลังของกระบวนการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

การวิจัยอนาคตเป็นการวิจัยที่มีความเชื่อพื้นฐานที่ว่าอนาคตเป็นเรื่องที่สามารถทำการศึกษาได้อย่างเป็นระบบ ความเชื่อของมนุษย์มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในอนาคต มนุษย์จึงสามารถสร้างอนาคตได้ ทั้งนี้จุดมุ่งหมายของการวิจัยในอนาคตมิใช่การทำนายที่ถูกต้อง แต่เป็นการสำรวจเพื่อศึกษาแนวโน้มที่เป็นไปได้ ทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้นและขจัดแนวโน้มที่ไม่พึงประสงค์ให้หมดไป หรือลดน้อยลง การวิจัยอนาคตจึงมีประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย การวางแผน การตัดสินใจในการปฏิบัติที่จะนำไปสู่การสร้างอนาคตอันพึงประสงค์ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2553)

การแบ่งช่วงเวลาดึกษาและวิจัยอนาคต

มิติของการแบ่งช่วงเวลาในการวิจัยอนาคตนั้นเป็นเรื่องที่สำคัญมาก โดยทั่วไปผู้วิจัยจะวิเคราะห์และพิจารณาจากบริบทงานของตนเอง จุมพล พูลภัทรชีวิน(2552) ได้เสนอแนวคิดในการแบ่งช่วงเวลาดึกษาและวิจัยอนาคตไว้ว่า นักอนาคตนิยมมักจะแบ่งช่วงเวลาของการทำนายหรือช่วงของการวางแผน ออกเป็น 4 ช่วงดังนี้

ช่วงที่ 1 คือช่วงเวลา 5 ปี หรือ immediate forecasting หรือ immediate planning นักอนาคตนิยมถือว่าเป็นการทำนาย หรือการวางแผนระยะกระชั้นชิด ถ้าเป็นเรื่องของการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

ช่วงที่ 2 คือช่วงประมาณ 5 - 10 ปี ช่วงนี้เป็นช่วงที่นักอนาคตนิยมเรียกว่า short range forecasting หรือ short range planning ก็เป็นการทำนายหรือการวางแผนหรือการศึกษาอนาคตระยะสั้น

ช่วงที่ 3 คือช่วง 10 - 15 ปี หรือไปจนถึง 20 ปี ช่วงนี้เรียกว่าเป็นระยะกลาง middle range forecasting หรือ middle range planning นักอนาคตนิยมส่วนใหญ่ที่นิยมที่จะศึกษาอนาคตในช่วงนี้ เนื่องจากผู้วิจัยสามารถรอที่จะเห็นผลได้

ช่วงที่ 4 คือช่วงระยะยาว 20 - 25 ปีขึ้นไป ช่วงนี้จะเป็นระยะยาวนานจนเกินไป ข้อมูลที่ได้ ผลที่ได้อาจจะขาดความสนใจ โกลด์ตัวคนรุ่นทำวิจัยเกินไป ซึ่งกล่าวโดยสรุป ผู้วิจัยจะศึกษาช่วงไหนอยู่ที่จุดมุ่งหมายของการวิจัยของผู้วิจัย อยู่ที่องค์กรประกอบต่าง ๆ

เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR)

เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR เกิดขึ้นในปีพ.ศ.2522 โดยผสมผสานรวมเอา จุดเด่นหรือข้อดีของเทคนิคการวิจัยแบบ EFR (Ethnographic Futures Research) และเดลฟาย (Delphi) เข้าด้วยกัน และได้ปรับปรุงวิธีการให้มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมมากขึ้น(จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2553) กล่าวคือ ในรอบแรกของการรวบรวมข้อมูล จะใช้วิธีสัมภาษณ์ตามกระบวนการของเทคนิค EFR คือเป็นการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดและไม่ใช้คำถามชี้แนะ แต่ไม่จำเป็นต้องสัมภาษณ์ให้ครบทั้งอนาคตภาพทางบวก อนาคตภาพทางลบ และอนาคตภาพที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุด ผู้วิจัยอาจเลือกสัมภาษณ์เฉพาะแนวโน้มที่ผู้เชี่ยวชาญคาดว่าน่าจะเป็นไปได้มากที่สุด โดยไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงว่าแนวโน้มเหล่านั้นจะเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ ภายหลังจากการสัมภาษณ์ในรอบแรกแล้ว จะนำเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จากนั้นนำมาสร้างแบบสอบถามรอบที่สองเพื่อส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบเช่นเดียวกันกับรอบที่ 2 ของเทคนิคเดลฟายและนำข้อมูลที่ได้จากรอบที่ 2 มาดำเนินการเช่นเดียวกันกับรอบที่ 3 ของเทคนิคเดลฟายจนกระทั่งได้อนาคตภาพของเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ซึ่งเป็นความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

การวิจัยแบบเทคนิค EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) เป็นเทคนิควิธีการวิจัยอนาคตที่ตอบสนองจุดมุ่งหมายและความเชื่อพื้นฐานของการวิจัยอนาคตมากที่สุดวิธีหนึ่งในปัจจุบันช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่เป็นระบบและมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2530)

ปัญหาที่ควรทำการวิจัยด้วยเทคนิค EDFR

1. เป็นปัญหาการวิจัยที่ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องแน่นอน แต่สามารถค้นหาคำตอบได้จากการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ
2. เป็นปัญหาที่ต้องการความคิดเห็นหลายๆ ด้าน จากประสบการณ์หรือความรู้ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ
3. ผู้วิจัยไม่ต้องการให้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนมีผลกระทบหรือมีอิทธิพลต่อการพิจารณาตัดสินปัญหานั้นๆ
4. การพบปะหรือการประชุมรวมกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญไม่สะดวก เสียค่าใช้จ่ายและเวลามากเกินไป
5. เมื่อไม่ต้องการเปิดเผยรายชื่อของผู้เชี่ยวชาญ เพราะความคิดเห็นของบุคคลในกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาที่วิจัยอาจมีความขัดแย้งกันอย่างรุนแรง

ข้อดีของเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR

ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านได้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระถูกรอบงำทางความคิดจากผู้เชี่ยวชาญที่มีลักษณะที่เหนือกว่าผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ เช่น มีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับจากสังคมในวงกว้าง มีฐานะทางสังคมและตำแหน่งงานที่เหนือกว่า และมีทักษะในการพูดโน้มน้าวผู้อื่นที่เหนือกว่า ซึ่งเรียกว่า Bandwagon Effect ทำให้ผู้เชี่ยวชาญมีอิสระในการแสดงความคิดเห็นตามความคิดเห็นของตนเองอย่างเต็มที่

1. ขจัดอุปสรรคหรือปัญหาเกี่ยวกับการรวบรวมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อยุติของความคิดเห็นที่สอดคล้อง เช่น ขจัดปัญหาด้านการนัดหมายให้ผู้เชี่ยวชาญมารวมกลุ่มโดยพร้อมหน้ากัน ขจัดปัญหาด้านงบประมาณค่าที่พักและค่าเดินทางของผู้เชี่ยวชาญ
2. ผลสรุปการวิจัยได้รับการยอมรับจากสังคม เนื่องจาก เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งล้วนมีความรู้ความสามารถ และมีความเชี่ยวชาญในปัญหาการวิจัยที่ศึกษา และเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียงที่ยอมรับของสังคม

สรุป เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) เป็นการวิจัยที่หาคำตอบโดยการรวบรวมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ตรง เป็นการวิจัยที่สามารถค้นหาคำตอบได้จากการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการวิจัยเพื่อแสวงหาคำตอบจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน การวิจัยด้วยเทคนิค EDFR จะช่วยให้ผู้วิจัยได้คำตอบจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญนำมาสรุป วิเคราะห์ สังเคราะห์ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตต่อไป และผู้วิจัยเลือก

ศึกษาในช่วง 10 ปี เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่สามารถรอที่จะเห็นผลการเปลี่ยนแปลงได้ และสอดคล้องกับกฎหมาย นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต โดยเฉพาะแผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ ที่มีการเปลี่ยนแปลงทุก 10 ปี

7. การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

การปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นพลวัต (Dynamic) ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การเลือกใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวมานซึ่งมองการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวป้องกัน 3 ระดับ และมองว่า คนมีโครงสร้าง คนมีความต้องการ และคนมีอาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน จาก การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญพบว่า ผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มี ปัญหาทางจิต ควรมีคุณสมบัติในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1. มีความรู้ความชำนาญเฉพาะโรคจิตเวชเด็ก จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก และการพยาบาลจิตเวชเด็ก

2. มีความเสียสละ
3. มีความอดทน
4. เป็นคนใจเย็น
5. สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้
6. มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
7. เป็นคนมีอัธยาศัยที่ดี
8. มีใจรักงานบริการ
9. เต็มใจรับฟังปัญหาของผู้รับบริการ
10. ดูแลผู้รับบริการประดุจญาติของตน
11. ใฝ่หาจากสุภาพ นุ่มนวล
12. มีความใส่ใจต่อทุกข์-สุขของครอบครัวอย่างจริงจัง
13. มีความไวต่ออาการแสดงของเด็ก
14. มีความไวต่อความรู้สึกของครอบครัว

ซึ่งนอกจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต จะต้องมีความรู้ดังกล่าวก่อนแล้ว นิวมานกล่าวว่าการปฏิบัติการพยาบาลคือการปฏิบัติต่อคนที่มีอาการหลากหลาย ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลนี้เป็นการกระทำที่สอดคล้องกับคน อาการและการ

เปลี่ยนแปลงในตัวคน ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต จึงควรให้การปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน ดังนี้

7.1 การป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention)

เป็นการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่เสี่ยงต่อปัญหาทางจิต หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กในขณะที่ยังไม่มีอาการทางจิตเกิดขึ้น ซึ่งเด็กวัย 6 - 12 ปีกลุ่มนี้เป็นเด็กวัยเรียนในช่วงปฐมวัย ซึ่งจากนโยบายสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้เด็กต้องได้รับการตรวจพัฒนาการเบื้องต้นและคัดกรองความผิดปกติทางจิตโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนและครู โดยครูจะเป็นผู้มีความใกล้ชิดกับเด็กวัยนี้เป็นอย่างมาก เมื่อครูประเมินเบื้องต้นพบว่าเด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิต จะบอกแก่ผู้ปกครองเพื่อนำเด็กมาตรวจรักษาต่อที่โรงพยาบาล ดังนั้นระบบบริการการพยาบาลในปัจจุบันจึงควรต้องอยู่ในชุมชน เมื่อพ่อแม่นำเด็กมาตรวจรักษาพยาบาลวิชาชีพต้องใช้ความรู้ความสามารถในการประเมินเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมสติปัญญาและพัฒนาการ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับสิ่งทำให้เกิดความเครียดในเด็กที่มีปัญหาทางจิตและส่งเสริมความแข็งแรงของแนวป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่ายโดยส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการตามวัยที่เหมาะสม สามารถให้สุขศึกษา และให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวได้ นอกจากพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่อง โรคจิตเวชเด็ก จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก และการพยาบาลจิตเวชเด็กแล้ว ยังต้องมีหน้าที่ค้นหาคัดกรองโรค (Early detection) รวมถึงการวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยได้ตั้งแต่แรกเริ่มโดยไม่ล่าช้า (Early diagnosis) เพื่อจะได้บำบัดรักษาเด็กได้ทันเวลาที่ลดระยะเวลาการดำเนินโรค ป้องกันและลดความพิการ ตลอดจนอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งอาจกระทำโดยให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ผู้สมรสตั้งแต่คลินิกฝากครรภ์ การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เป็นไปตามวัย การให้ความรู้ทางสุขภาพจิตแก่เด็กและครูที่โรงเรียน เป็นต้น และถ้าพบเด็กมีอาการทางจิตในระดับที่รุนแรง/ มีปัญหาทางจิตยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นจำเป็นต้องส่งต่อเด็กไปยังพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะมากกว่าเพื่อให้เด็กเข้าสู่ระบบบริการได้โดยเร็ว

7.2 การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention)

หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิต (กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์/พฤติกรรม และเด็กที่ป่วยทางจิต) ได้แก่ เด็กที่มีปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอย่างรุนแรงไม่สนใจบุคคลรอบข้าง อยู่ในโลกส่วนตัวของเขา มีการใช้คำพูดที่ไม่มีความหมายมีความยุ่งยากในการสื่อสารกับบุคคลอื่น ไม่รับรู้ความเป็นจริงไม่รู้จักตนเอง มุ่งอยู่กับความคงที่รับการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ มีพัฒนาการด้านสติปัญญา การเคลื่อนไหว อารมณ์และทักษะทางสังคมไม่สอดคล้องตามวัย มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ อยู่กับสิ่งที่มากระตุ้น หรืออาจพบมีอาการผิดปกติทางจิตเหมือนผู้ใหญ่ เช่น มี

อาการหลงผิด ประสาทหลอน มีอารมณ์ผิดปกติเช่นอารมณ์ราบเรียบ ซึ่งในสภาพการณ์จริงเด็กที่มีปัญหาทางจิตพบว่ามีอยู่มากในชุมชน โดยพ่อแม่ผู้ปกครองไม่ทราบว่าบุตรของตนมีปัญหาทางจิต รวมทั้งการขาดความรู้ปัญหาทางจิตในเด็ก ทำให้พ่อแม่ผู้ปกครองไม่ตระหนักในการพาบุตรมาบำบัดรักษาโดยเร็ว ทั้งนี้ผลที่เกิดขึ้นต่อมา เมื่อเด็กกลุ่มนี้เจริญเติบโตขึ้นเป็นวัยรุ่นใหญ่ ปัญหาทางจิตยังคงปรากฏอยู่ การปล่อยให้เด็กที่มีปัญหาทางจิตมีอาการทางจิตต่อเนื่องไปโดยไม่ได้รับการบำบัดรักษาจะส่งผลให้เด็กมีปัญหาด้านพัฒนาการ พฤติกรรมและอารมณ์เพิ่มมากขึ้นจนถึงวัยรุ่นใหญ่และผู้สูงอายุ

เป็นการป้องกันหลังจากเด็กมีปัญหาทางจิตมีสิ่งรบกวนเข้าสู่แนวป้องกันปกติหรือแนวป้องกันต่อต้าน ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามอาการที่ปรากฏของเด็กที่มีปัญหาทางจิต ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จะรับผิดชอบการปฏิบัติการพยาบาลในระดับการป้องกันระยะที่ 2 นี้ ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตและแก้ไขพัฒนาการที่บกพร่องของเด็กที่มีปัญหาทางจิต เช่น การลดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม หรือการกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยใช้การเล่นบำบัด หรือดนตรีบำบัด เป็นต้น ในปัจจุบันพบว่าเด็กกลุ่มนี้ยังเข้าถึงระบบบริการจำนวนน้อยอาจเนื่องจากข้อจำกัดของระบบบริการที่มีมากและอยู่ในชุมชนเมือง โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร การขาดแคลนบุคลากรพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก และปัญหาทางเศรษฐฐานะของครอบครัวเด็ก ดังนั้นหากมีการพัฒนาระบบบริการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กในชุมชนมากขึ้น ย่อมส่งเสริมให้เด็กในกลุ่มนี้เข้าถึงบริการอย่างเสมอภาคทั่วถึง และเท่าเทียม และเป็นการป้องกันไม่让孩子มีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น และสามารถช่วยให้เด็กที่มีปัญหาทางจิตดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนของตนเองได้อย่างมีความสุขตามสถานะแห่งตน

7.3 การป้องกันตติยภูมิ (Tertiary prevention)

หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กภายหลังได้รับการบำบัด (กลุ่มฟื้นฟู) เป็นการดูแลต่อเนื่องจากการป้องกันระยะที่ 2 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หลังจากการหายจากอาการทางจิตนั้น หรือเป็นการส่งเสริมให้เด็กมีการปรับตัวเพื่อดำรงภาวะสุขภาพของตนให้คงที่ในชุมชน โดยการคงไว้ซึ่งการฟื้นคืนสภาพเพื่อรักษาภาวะสุขภาพดีของเด็กที่มีปัญหาทางจิต ภายใต้การช่วยเหลือและพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยให้ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วม การจัดระบบบริการสำหรับเด็กกลุ่มนี้ควรอยู่ในชุมชน โดยมีการสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพจิตระหว่างทีมสหสาขาและเครือข่ายในชุมชน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กฟื้นฟูสุขภาพและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการจัดบริการพยาบาลสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน ควรเป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกในรายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิต และในรายที่มีอาการทางจิตในระดับที่ไม่รุนแรง ส่วนเด็กที่มีอาการทางจิตในระดับรุนแรงนั้นจำเป็นต้องมีการส่งต่อเด็กไปยังสถานบริการรักษาในระดับที่สูงขึ้น หรือจำเป็นต้องให้การรักษาแบบผู้ป่วยในในกรณีที่เด็กมีอาการรุนแรงและจำเป็นต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในกรณีที่มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ซึ่งการจะให้บริการในรูปแบบใดนั้นจำเป็นต้องยึดหลักการพยาบาลองค์รวม และให้การดูแลครบทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสภาพ โดยยึดหลักการให้บริการแก่เด็กและครอบครัวเป็นสำคัญ และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยให้ครอบครัวและชุมชนตระหนักเห็นความสำคัญและรู้สึกว่าเป็นปัญหาของตน ซึ่งการจะจัดระบบบริการรูปแบบใด/ ให้การปฏิบัติการพยาบาลอย่างไรนั้น จำเป็นที่จะต้องให้การปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับสมรรถนะของพยาบาลแต่ละระดับเป็นสำคัญ คือ ผู้ปฏิบัติการปฏิบัติการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในปัจจุบัน มี 2 ระดับ คือ พยาบาลวิชาชีพ(RN) กับพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีอีก 2 ประเภท ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการศึกษาคือในหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระยะสั้น 4 เดือน(PG) และพยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการศึกษาคือในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติที่จะสอบ หรือได้รับวุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(APN) การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตจะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตซึ่งประกอบด้วย นโยบาย การนำนโยบายการปฏิบัติ และการติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นสำคัญ นอกจากพยาบาลจะต้องมีความรู้ดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดแล้ว พยาบาลยังต้องศึกษาและทำความเข้าใจในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เพื่อจะได้เป็นตัวแทนในการพิทักษ์สิทธิอันชอบธรรมของเด็กต่อไป

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สภาการพยาบาล (ทัศนา บุญทอง และคณะ, 2542) ได้ดำเนินการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล ที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพทั้งในระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแต่ละระดับของสถานบริการสุขภาพให้บริการพยาบาลตามลักษณะงานที่แตกต่างกัน คือ พยาบาลในระดับปฐมภูมิทั้งที่สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลชุมชน ให้บริการครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

ตรวจวินิจฉัย และให้การรักษารักษาขั้นต้นในปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน และในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการตัดสินใจส่งต่อ นอกจากนั้นยังต้องดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแล การฟื้นฟูสภาพ ป้องกันความพิการ หรือปัญหาแทรกซ้อนอื่นทั้งเป็นผู้นำชุมชนในการควบคุมป้องกันปัญหาการระบาดของโรค และจัดตั้งเครือข่ายชุมชนเพื่อสุขภาพ และพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนต้องให้การรักษาที่นอกเหนือระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนดสูงสุด และต้องทำการรักษาเกินความรู้ความสามารถ พยาบาลขาดที่ปรึกษาและแหล่งประโยชน์ทางวิชาการ ความรู้ไม่เพียงพอ ดังนั้นระบบบริการการพยาบาลที่เป็นอยู่นี้จึงยากที่จะตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุม ทั่วถึง มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า

การศึกษาความต้องการของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพและบริการพยาบาลในสังคมไทย ทศนา บุญทองและคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่มาใช้บริการ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการจำนวน 300 คน โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi structure interview questionnaire) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และนำเสนอโดยใช้สถิติร้อยละ จากการศึกษาความต้องการของประชาชนที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน จากสถานบริการซึ่งได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างครอบคลุมทั้ง 4 ภูมิภาค พบว่า เมื่อมีปัญหาความเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นประชาชนร้อยละ 61.11 เลือกรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล ประชาชนเห็นว่า คุณภาพงานบริการที่โรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 48.89 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 31.11 อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 20.00 ปัญหาที่ประชาชนประสบมากที่สุด ร้อยละ 22.99 เป็นบริการเกี่ยวกับการซักประวัติและการรักษาโรคเบื้องต้น ร้อยละ 21.84 เป็นบริการเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ร้อยละ 16.67 เป็นการประเมินติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 15.51 เป็นการกระทำกิจกรรมตามแผนการรักษา ร้อยละ 12.07 เป็นการอำนวยความสะดวก ร้อยละ 10.92 เป็นการให้กำลังใจสำหรับบริการที่ประชาชนต้องการ ได้แก่ การตรวจรักษาที่มีประสิทธิภาพ ต้องการให้มีการดูแลเบื้องต้นร่างกายและจิตใจ และต้องการความเสมอภาคในงานบริการที่จัดให้

จันทร์อัมพร รุณดี (2544) ศึกษาถึงการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี 2553 โดยศึกษาความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ทิศทางของของระบบบริการสุขภาพ ต้องมีการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการให้บริการในเชิงรุก เน้นการทำงานร่วมกันในลักษณะสาขาวิชาชีพที่เจ้าหน้าที่สุขภาพทุกคนมีส่วนร่วม รวมทั้งผู้ใช้บริการและประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง มีจุดประสงค์เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและรักษาคุณภาพของการดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าคุณสมบัติของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นอกจากจะต้องมีความรู้ความสามารถในการ

ปฏิบัติงานแล้ว ยังต้องมีการประสานงานที่ตรงกับทีมสุขภาพ บุคลิกลักษณะของพยาบาลเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความประทับใจ เชื่อถือ ต้องการที่จะเข้ามาคุย ขอคำปรึกษาและช่วยเหลือ ทำให้พยาบาลได้รับรู้ข้อมูลที่แท้จริงจากผู้ใช้บริการและวางแผนการพยาบาลได้ คุณสมบัติของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิด้านคุณวุฒิควรมีการศึกษาในระดับปริญญาโท เพื่อพยาบาลจะได้ทำหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลดังนี้ คือ การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ยุ่ยาก รุนแรงและซับซ้อนแบบองค์รวม ทั้งในสถานบริการและในชุมชน มีความสามารถในด้านการบริหารจัดการ การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษา การวิจัย และมีคุณธรรมจริยธรรมตามกฎหมายวิชาชีพ

อัจฉริยา ปทุมวันและคณะ (2548) ศึกษาถึงสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในบริบทพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาในภาคกลางโดยศึกษาพบว่า สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามมุมมองของพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ในเขตภาคกลาง มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาที่อื่น ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพยังมีปัญหาในด้านสุขภาพและประสิทธิภาพ ไม่ได้มาตรฐาน ผู้ใช้บริการมีความไม่พอใจต่อสิทธิประโยชน์ ผู้ให้บริการมีปัญหาในการจัดการบริหารจัดการทั้งด้านจำนวนบุคลากร ด้านภาระงาน พยาบาลวิชาชีพประสบปัญหาคือ เกิดความเครียด ขาดความมั่นคง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บทบาทและขอบเขตวิชาชีพพยาบาล มีบทบาทหลักในการรักษาโรคเบื้องต้น ส่วนงานการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหน้าที่หลักของเจ้าพนักงานสาธารณสุข บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพยังไม่ชัดเจน ระบบบริการพยาบาลยังขาดแคลนจำนวนพยาบาลในสถานบริการระดับปฐมภูมิ พยาบาลยังได้รับการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน ไม่เพียงพอ ขาดระบบประกันคุณภาพการพยาบาล

Shaw (1997) ศึกษาถึงคุณภาพของระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช โดยพบว่าการทำงานสุขภาพจิตและจิตเวชจะมีคุณภาพ จะต้องมีการพยาบาลที่มีคุณภาพที่เข้าใจถึงลักษณะสำคัญของระบบบริการ พร้อมทั้งได้รับการพัฒนาทักษะต่าง ๆ โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพของงานบริการเป็นสำคัญ

Sokhela (1999) ศึกษาถึงการบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยพบว่า พยาบาลมีศักยภาพในการซักประวัติอย่างสมบูรณ์ 89% สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง 92% และให้การรักษาในระยะยาวได้อย่างเหมาะสม 60%

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

Chakraborty et. al. (2006) ศึกษาประสิทธิผลการจัดการศึกษาต่อเนื่องให้แก่พยาบาลวิชาชีพในประเทศอินเดีย ในหลักสูตรการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตเนื่องจากพบว่ามีเด็ก 7 – 30 % ของประเทศอินเดียที่มีปัญหาทางจิตในระดับที่แตกต่างกัน และมีเด็กจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงบริการการรักษาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปในประเทศอินเดียส่วนใหญ่ขาดบุคลากรที่มีความรู้ด้านจิตเวช และพยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติทางลบกับเด็กที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ผลจากการศึกษาพบว่าพยาบาลที่เข้ารับการอบรมมีความรู้และมีทัศนคติในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตมากขึ้น

Lopez et. al. (2008) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของเด็กละตินอเมริกัน พบว่าเด็กละตินอเมริกันมีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตน้อยมากเมื่อเทียบกับเด็กผิวขาว พยาบาลผู้ดูแลเด็กกลุ่มนี้ต้องทำความเข้าใจถึงการรับรู้ของพ่อแม่ถึงการเจ็บป่วยทางจิตของเด็ก การเข้าใจวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของเด็กและครอบครัว การขาดโอกาสทางการศึกษา ขาดหลักประกันสุขภาพ ดังนั้นการประเมินและให้การพยาบาลทางจิตแก่เด็กกลุ่มนี้ ทั้งด้านการให้ความรู้ การเลือกเครื่องมือในการบำบัดเด็ก การแก้ปัญหา และการวินิจฉัยเด็ก จำเป็นที่พยาบาลต้องรู้ความแตกต่างดังกล่าวเป็นสำคัญ

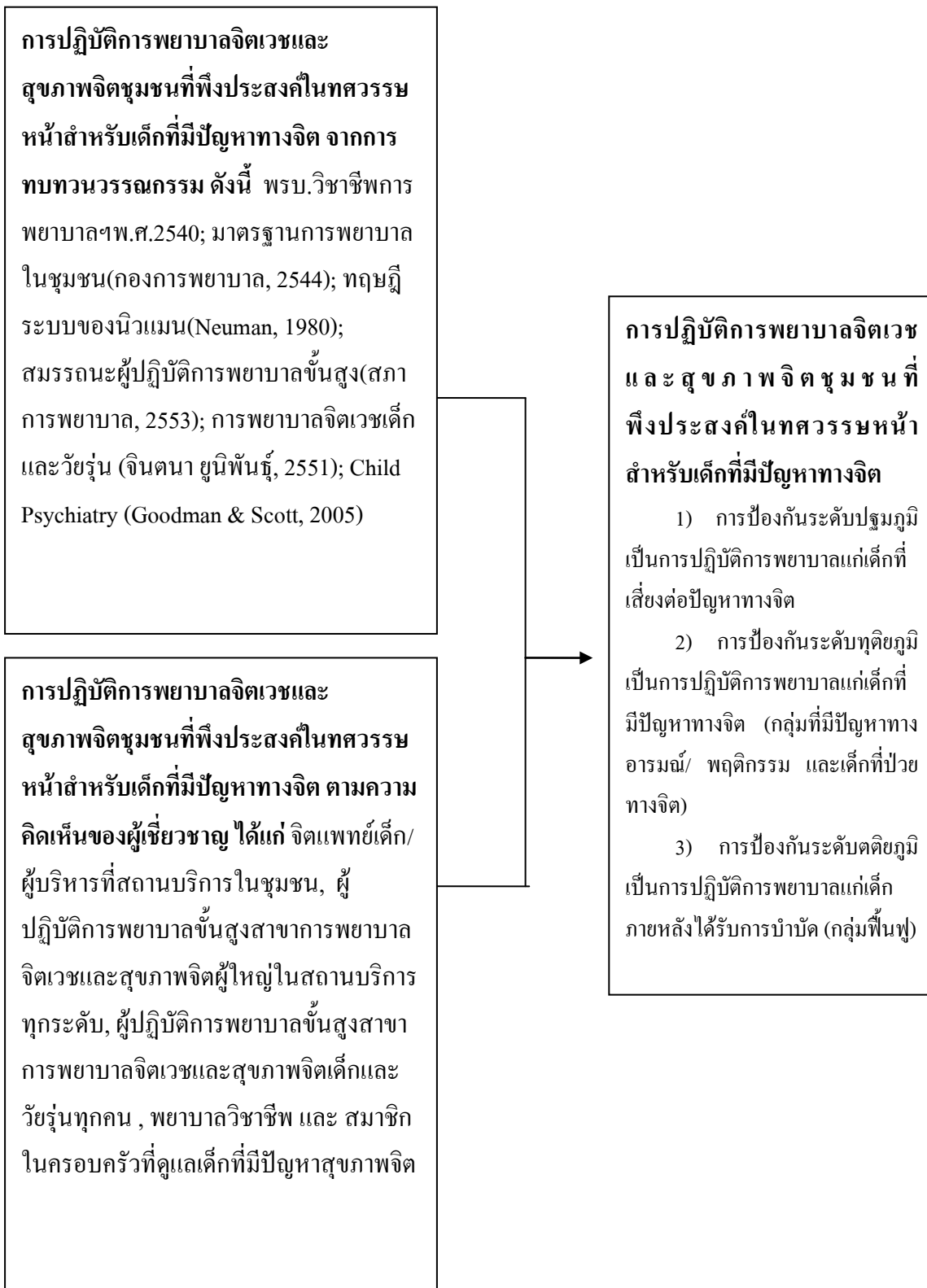
Birleson and Vance (2008). ศึกษาพัฒนาการของการจัดบริการสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนในประเทศออสเตรเลีย (youth model) โดยกล่าวว่า จำเป็นต้องมีการจัดบริการสุขภาพจิตสำหรับเด็กในโรงเรียน เนื่องจากเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นตอนต้นร่างกายมีการเจริญเติบโตตามพัฒนาการของช่วงวัย หากเด็กไม่สามารถก้าวข้ามพัฒนาการช่วงนี้ไปได้ อาจทำให้เด็กมีปัญหาซึมเศร้า หรือมีอาการผิดปกติทางจิตอื่น ๆ และเครื่องมือในการค้นหาประเมินบำบัดรักษาเด็กส่วนใหญ่มักทำในเด็กวัยเรียน โดยการดูแลนี้ต้องเป็นไปตามวัยของเด็กและยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการบำบัดรักษาด้วย

Cleary et. al. (2011) ศึกษาเรื่องสิ่งท้าทายต่อเนื่องสำหรับผู้รับบริการทางสุขภาพจิตกับบทบาทของพยาบาลจิตเวช ในประเทศออสเตรเลียพบว่าผู้รับบริการทางสุขภาพเรียกร้องให้ตนเองมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ในระบบบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชก็เช่นกัน ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายของพยาบาลที่จะต้องวางแผนการพยาบาลว่าทำอย่างไรจึงจะให้

ผู้รับบริการมีส่วนร่วมมากที่สุด โดยการใช้สัมพันธภาพบำบัดช่วยในการติดต่อสื่อสาร และพยาบาลทำหน้าที่ในการเป็นที่พึ่งตลอดจนเป็นผู้จัดการรายกรณีในการวางแผนการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต การศึกษาหรือฝึกอบรมเพิ่มเติมจะทำให้พยาบาลมีทัศนคติทางบวกต่อกลุ่มผู้รับบริการทางจิตเวช

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กล่าวได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องโรคทางจิตเวช จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก และการพยาบาลจิตเวชเด็ก เนื่องจากการให้บริการเด็กที่มีปัญหาทางจิตในช่วงอายุที่แตกต่างกันเด็กและครอบครัวย่อมมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งการพยาบาลนี้นอกจากจะต้องยึดเด็กและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการบำบัดแล้วพยาบาลยังต้องมีการทำงานร่วมกับครูด้วยเนื่องจากเด็กวัย 6 - 12 ปีเป็นช่วงวัยเรียนซึ่งเด็กใช้เวลากลางวันส่วนใหญ่อยู่ที่โรงเรียน ดังนั้นพยาบาลจึงควรวางแผนการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตร่วมกับครูด้วย การวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กกลุ่มนี้ควรทำแบบองค์รวม เพื่อให้เด็กก้าวข้ามพัฒนาการที่บกพร่องของตนสู่พัฒนาการที่ปกติตามช่วงอายุแห่งตนต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต เพื่อสามารถวางแผนการจัดระบบการให้บริการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิตและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในอนาคต การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาด้วยเทคนิคการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์เอกสาร และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ศึกษาแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต โดยค้นคว้าแหล่งความรู้ต่างๆ จากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กฎหมาย นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต การบริการด้านสุขภาพจิตและด้านสวัสดิการสังคมสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตและครอบครัว ความหมายเด็กที่มีปัญหาทางจิต การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน การพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลนิวแมน (The Neuman System Model) เพื่อนำสาระที่ได้มาประมวลสร้างเป็นกรอบแนวคิดกว้าง ๆ และหาข้อมูลเพิ่มเติมจากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน (อาจารย์พยาบาล 2 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์การทำวิจัยอนาคต 1 คน) เพื่อให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงแนวการตั้งคำถามสำหรับใช้ประกอบในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (รายนามผู้ทรงคุณวุฒิอยู่ในภาคผนวก ก)

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ ในการนำไปสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1) จากการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ ที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมืองและเทคโนโลยี ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพจิต ท่านคิดว่า การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ควรมีลักษณะเช่นไร เพราะเหตุใด

2) ท่านคิดว่า การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ควรมีองค์ประกอบอะไรบ้าง เพราะเหตุใด

และเมื่อนำแบบสัมภาษณ์ไปยื่นต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณา ก่อนการนำไปสัมภาษณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามหลัก 2 ข้อ ข้อคำถามรอง 5 ข้อ ดังนี้

คำถามหลัก

1. จากการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ ที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งในด้าน เศรษฐกิจ สังคม การเมืองและเทคโนโลยี ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชน และระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย ท่านคิดว่าการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่พึงประสงค์สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน ในทศวรรษหน้า ควรจะมีลักษณะสำคัญอย่างไร เป้าหมาย/ ผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และตัวชี้วัดหลักควรเป็นเช่นไร เพราะเหตุใด

2. ท่านคิดว่าการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่พึงประสงค์สำหรับเด็กที่มี ปัญหาทางจิตในชุมชน ในทศวรรษหน้า ควรใช้หลักการสำคัญอะไร มีรูปแบบ/ ระบบบริการแบบ ใด และมีองค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลในมิติต่าง ๆ อย่างไร เพราะเหตุใด

คำถามรอง

1. จากปัญหาด้านจิตเวชและสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ท่านคิดว่าแนวคิดเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษ หน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต มีความจำเป็น และสำคัญหรือไม่ ต่อใคร และอย่างไร

2. ท่านคิดว่าการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจิตเวชและสุขภาพจิต เด็กและวัยรุ่น (APN) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและ/ หรือในชุมชน และพยาบาลวิชาชีพ (RN) ใน ชุมชน สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต น่าจะครอบคลุมการปฏิบัติการ โดยใคร ในเรื่องใด (กิจกรรม การดูแล/ บำบัด/ ช่วยเหลือเด็ก ครอบครัว และชุมชน) อะไรบ้าง

3. จากทิศทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศที่มุ่งสู่การให้บริการด้านสุขภาพ ในชุมชน ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องมีการปรับเปลี่ยน แนวคิด/ ระบบงาน/ การปฏิบัติงาน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร APN และ RN ที่ปฏิบัติงานในชุมชน ตลอดจนลักษณะงานที่ต้อง ปฏิบัติ(ด้านวิชาการ บริหาร บริการ และอื่น ๆ) เป็นอย่างไรบ้าง เพื่อให้สามารถตอบสนองความ ต้องการของประชาชนและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ที่พึง ประสงค์ในทศวรรษหน้า

4. การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ที่พึง ประสงค์ในทศวรรษหน้า ต้องมีการทำงานในระบบบริการที่เป็นเครือข่าย เพื่อให้เด็กที่มีปัญหาทาง จิตได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง สามารถดำรงชีวิตในครอบครัว/ ชุมชนได้อย่างมี

คุณภาพ ทีมการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น (APN+ RN) จะมีลักษณะการปฏิบัติงานร่วมกับทีมการพยาบาลในสาขาอื่น (เช่น การพยาบาลชุมชน การพยาบาลผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ) โดยมีขอบเขตการทำงานร่วมกันอย่างไร

5. ท่านมีประเด็นอื่น ๆ ที่จะแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร

และเมื่อผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวไปสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านแล้วได้มีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมข้อความในแบบสัมภาษณ์ โดยมีคำถามหลักที่ใช้สัมภาษณ์ในรอบที่ 1 จำนวน 2 ข้อ และคำถามรอง จำนวน 6 ข้อ ดังนี้

คำถามหลัก

1. จากการเปลี่ยนแปลงหลายด้านในยุคโลกาภิวัตน์ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมืองและเทคโนโลยี ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพจิต ท่านคิดว่าการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ควรมีลักษณะเช่นไร เพราะเหตุใด

2. ท่านคิดว่าการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ควรมีองค์ประกอบอะไรบ้าง เพราะเหตุใด

คำถามรอง

1. จากปัญหาด้านจิตเวชและสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ ท่านคิดว่าแนวคิดเรื่อง การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต มีความจำเป็นและมีประโยชน์หรือไม่ อย่างไร

2. ท่านคิดว่าการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่ว ๆ ไปในชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ควรได้รับ ควรประกอบด้วยลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญอะไรบ้าง

3. จากทิศทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศที่มุ่งสู่การให้บริการด้านสุขภาพในชุมชน ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้เกิดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ท่านคิดว่าอนาคตภาพของการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในประเทศไทย มีความต้องการพยาบาลในลักษณะใด (ด้านวิชาการ ด้านการบริหาร ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านคุณวุฒิ ฯลฯ และอื่น ๆ)

4. หากการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ต้องการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในระดับที่แตกต่างกัน ท่านคิดว่า บทบาทของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน, ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตผู้ใหญ่, และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ควรมีขอบเขตในการให้การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ด้านใดบ้าง

5. ท่านคิดว่าการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน, ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตผู้ใหญ่, และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นสามารถให้การปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิตที่อยู่ในชุมชน ในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยแตกต่างกันหรือไม่ และมีกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยเป็นอย่างไร

6. ท่านมีประเด็นอื่น ๆ ที่จะแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิจัยอนาคตด้วยเทคนิค EDRF ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นกำหนดและเตรียมผู้เชี่ยวชาญ

การกำหนดผู้เชี่ยวชาญ

การวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีบทบาทและเกี่ยวข้องกับ การกำหนดนโยบาย ผู้ที่มีประสบการณ์ และนักวิชาการทางการพยาบาล รวมไปถึงผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนทั้งที่เป็นนักวิชาชีพและผู้รับบริการ โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 26 คน โดยจำแนกเป็น 4 กลุ่ม และกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังแสดงในตาราง ดังนี้

ตารางที่ 1 คุณสมบัติกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ลำดับ ที่	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ	จำนวน	คุณสมบัติ/ ความเชี่ยวชาญ
1	ผู้บริหารที่สถานบริการในชุมชน คือ จิตแพทย์เด็ก/ ผู้อำนวยการ/ หัวหน้าพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขในกทม. ผอ.รพ.สต./หัวหน้าพยาบาลรพ.สต.ที่มีเด็กที่มีปัญหาทางจิตมารับบริการ	4 คน	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีวุฒิการศึกษาสาขาจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น/ แพทยศาสตร์บัณฑิต/ พยาบาลศาสตร์บัณฑิตขึ้นไป 2. มีประสบการณ์การบริหาร/การจัดการดูแลรักษาเด็กที่มีปัญหาทางจิตไม่ต่ำกว่า 2 ปี 3. มีส่วนร่วมในการพัฒนา/ปรับปรุงระบบการบริการดูแลรักษาเด็กที่มีปัญหาทางจิต 4. มีหน้าที่รับผิดชอบการการบริหาร/การจัดการดูแลรักษาเด็กที่มีปัญหาทางจิต
2	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตผู้ใหญ่ในสถานบริการทุกระดับ จำนวนรวม 10 คน และ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นจำนวนรวม 4 คน	14 คน	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีวุฒิการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2. ได้รับวุฒิปริญญาพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตผู้ใหญ่ หรือมีวุฒิปริญญาพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 3. มีประสบการณ์การบำบัดรักษาผู้ป่วย/ เด็กที่มีปัญหาทางจิตไม่ต่ำกว่า 2 ปี 4. มีส่วนร่วมในการพัฒนา/ปรับปรุงระบบการบริการดูแลรักษาเด็กที่มีปัญหาทางจิต 5. มีหน้าที่รับผิดชอบในการบำบัดรักษาผู้ป่วย/ เด็กที่มีปัญหาทางจิต

ตารางที่ 1 คุณสมบัติกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

ลำดับ ที่	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ	จำนวน	คุณสมบัติ/ ความเชี่ยวชาญ
3	พยาบาลวิชาชีพ	4 คน	1. มีวุฒิการศึกษาสาขา พยาบาลศาสตร์ บัณฑิต ขึ้นไป 2. มีประสบการณ์การบริหาร/การจัดการ/ ดูแลรักษา/ มีส่วนร่วมในการ พัฒนา/ ปรับปรุงระบบการบริการ/ มีหน้าที่ รับผิดชอบการบริหาร/การจัดการดูแล รักษาคลินิกเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตเด็กที่มี ปัญหาทางจิตไม่ต่ำกว่า 10ปี
4	สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลเด็กที่ มีปัญหาสุขภาพจิต	4 คน	1. เป็นบิดามารดา/ ผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาทาง จิตไม่ต่ำกว่า 3 ปี 2. ยินดีให้ความร่วมมือและมีเวลาให้เพียงพอ สำหรับการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้กำหนดให้ผู้ให้ข้อมูลหลักหรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญรวมถึงกลุ่มสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนกล่าวว่า พ่อแม่เป็นสิ่งที่รบกวนระหว่างตัวคนของเด็กที่มีปัญหาทางจิต (interpersonal stressors) การเลี้ยงดูของพ่อแม่หรือ สมาชิกในครอบครัวถือเป็นหนึ่งในสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก และหลักการสำคัญของการรักษาพยาบาลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต คือ การให้ครอบครัวเป็นผู้ร่วมบำบัดดูแลเด็ก โดยให้เด็กอยู่ที่บ้านร่วมกับสมาชิกอื่นตามปกติ ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นกลุ่มหนึ่งที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า โดยเฉพาะในส่วนของรูปแบบการจัดบริการในชุมชน และคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาล

การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 กลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้ที่กำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ (Purposive sampling) ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อคัดกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมในงานวิจัย โดยผู้วิจัยค้นหารายชื่อผู้เชี่ยวชาญจากสภากาชาดไทย และสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ ในสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ให้เสนอรายชื่อบุคคลซึ่งควรได้รับการเลือกสรรให้เป็นผู้เชี่ยวชาญร่วมด้วย (Snowball technique หรือ Networking technique) จนได้ผู้เชี่ยวชาญครบตามจำนวนที่ต้องการรวม 26 คน ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญตามที่กำหนดอีกครั้ง แล้วนำรายชื่อผู้เชี่ยวชาญทั้ง 26 คน เสนออาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความเหมาะสมและให้ความเห็นชอบ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทุกท่านยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ (รายนามผู้เชี่ยวชาญอยู่ในภาคผนวก ก)

การเตรียมผู้เชี่ยวชาญ

การเตรียมตัวกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยนี้มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นในเบื้องต้นผู้วิจัยจึงติดต่อผู้เชี่ยวชาญ อธิบายถึงจุดมุ่งหมาย ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย เวลาที่ต้องใช้โดยประมาณ และประโยชน์ของการวิจัย ย้ำถึงความจำเป็นและความสำคัญของการใช้ผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงขอความร่วมมือ และเมื่อได้รับการตอบรับจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการนัดวันและเวลาสำหรับการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยได้ส่งประเด็นสำคัญงานวิจัย แนวคำถาม หรือเค้าโครงวิทยานิพนธ์ให้ผู้เชี่ยวชาญก่อนการนัดสัมภาษณ์

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการสัมภาษณ์ หรือ EDFR รอบที่ 1

ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญนั้น ผู้วิจัยได้ส่งหัวข้อในการสัมภาษณ์ไปยังผู้เชี่ยวชาญก่อนที่จะเดินทางไปสัมภาษณ์ เพื่อผู้เชี่ยวชาญจะได้ศึกษาประเด็น วางแผน และเตรียมข้อมูลประกอบการให้สัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เป็นการสัมภาษณ์แบบเปิดและไม่ชี้นำ (Non-Direct Open Ended) โดยมุ่งเน้นอนาคตภาพการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ที่ผู้เชี่ยวชาญคาดว่าจะมีโอกาสเกิดขึ้นจริง ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านด้วยตนเอง พร้อมทั้งจดบันทึก ใช้เทปบันทึกเสียง บันทึกภาพ ทั้งนี้โดยได้รับอนุญาตจากผู้เชี่ยวชาญ และในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้เทคนิค Cumulative Summarize ในการสรุปประเด็นให้ผู้เชี่ยวชาญฟังเป็นระยะ ๆ เพื่อเป็นการทบทวนและให้ผู้เชี่ยวชาญตัดต่อ ตัดแต่งสิ่งที่ให้สัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอนนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาชีพและแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้รับบริการ (EDFR รอบที่ 1)

ซึ่งแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบนี้ได้ผ่านการแก้ไขตามมติการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยได้จัดทำแบบสัมภาษณ์เป็น 2 ชุด คือแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาชีพและแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้รับบริการ (ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก ข)

ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านแตกต่างกัน ตั้งแต่ 30 นาที – 1 ชั่วโมง ช่วงเวลาในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2555 – มกราคม 2556

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และใช้กรอบที่ได้จากการศึกษาเอกสารเป็นกรอบ ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ความคิดที่เหมือน และแตกต่าง ด้วยการจัดระเบียบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ที่อยู่ในประเภทเดียวกันเข้าด้วยกัน โดยที่ผู้วิจัยพยายามรักษาคำพูดของผู้ให้สัมภาษณ์ไว้ให้มากที่สุด จัดกลุ่ม จัดประเด็น จัดทำความถี่ของประเด็น แนวโน้มที่ผู้เชี่ยวชาญกล่าวถึง

ขั้นที่ 4 ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถาม

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม จัดหมวดหมู่ เรียงลำดับความสำคัญ แล้วสร้างเป็นแบบสอบถามชุดที่ 1 โดยรวบรวมความคิดเห็นลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) และส่งแบบสอบถามพร้อมการวิเคราะห์เนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์และชัดเจนมากที่สุด (รายนามผู้ทรงคุณวุฒิอยู่ในภาคผนวก ก)

ผู้ทรงคุณวุฒิ เสนอแนะให้จัดหมวดหมู่ข้อคำถามตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนซึ่งแบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการป้องกัน 3 ระดับ คือ

1. การปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่เสี่ยงต่อปัญหาทางจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ
2. การปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิต (กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์/พฤติกรรม และเด็กที่ป่วยทางจิต) ประกอบด้วยข้อคำถาม 37 ข้อ
3. การปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กภายหลังได้รับการบำบัด (กลุ่มฟื้นฟู) ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ

และจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 ยังสามารถจัดหมวดหมู่ข้อคำถาม ได้อีก 3 หัวข้อ คือ

4. รูปแบบการจัดบริการพยาบาลสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

5. องค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ

6. คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ

ซึ่งการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาชีพ และกลุ่มผู้รับบริการในรอบที่ 1 นี้ เมื่อนำมาจัดหมวดหมู่ข้อคำถามแล้วพบว่า มีความสอดคล้องกัน ในหัวข้อที่ 4 และ 6

ขั้นที่ 5 ขั้นตอนการส่งแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญตอบ (Delphi probing)

เมื่อสร้างแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย EDFR รอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยการนำส่งแบบสอบถามชุดที่ 1 ให้ผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์ โทรสารและจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ตามความสะดวกของผู้เชี่ยวชาญ และสร้างแบบสอบถามชุดที่ 2 โดยนำคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญในชุดที่ 1 มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) สร้างแบบสอบถามใหม่ที่ใช้ข้อความเดิม แต่เพิ่มตำแหน่งมัธยฐาน ช่วงของพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตอบ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความคิดเห็นเดิม หรือเปลี่ยนแปลงความคิดเห็น ให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่

ขั้นที่ 6. ขั้นตอนการเขียนภาพอนาคต

เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์เพื่อหาแนวโน้มที่เป็นไปได้มากที่สุด และมีความสอดคล้องทางความคิดเห็นระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Consensus) ทำการเรียบเรียงและสรุปผลการวิจัยเป็นอนาคตภาพการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

การเขียนภาพอนาคตของการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ผู้วิจัยอาจเลือกเขียนรายงานออกเป็นภาพ ๆ เป็นอนาคต 3 ภาพ คือ อนาคตทางบวก ลบ แล้วตามด้วยภาพที่เป็นไปได้มากที่สุด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ทำขั้นตอนนี้ เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลาในการทำวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกเขียนรายงานถึงแนวโน้มที่เป็นไปได้ค่อนข้างสูง โดยกำหนดค่า มัธยฐาน (median) ระดับมาก คือ 3.50 ขึ้นไปเป็นเกณฑ์ในการนำแนวโน้มมารายงานแล้วดูความสอดคล้องของคำตอบ โดยพิจารณาจากค่าพิสัย

ระหว่างควอไทล์ (interquartile range) ไม่เกิน 1.50 มาสรุปเป็นการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เป็นกลุ่มนักวิชาชีพและกลุ่มผู้รับบริการ คือนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการบำบัดดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มจิตแพทย์เด็ก ผู้บริหารที่สถานบริการในชุมชนคือผู้อำนวยการ/ หัวหน้าพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขในกทม. ผอ.รพ.สต./หัวหน้าพยาบาลรพ.สต.ที่มีเด็กที่มีปัญหาทางจิตมารับบริการจำนวน 4 คน, กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตผู้ใหญ่ ในสถานบริการทุกระดับ จำนวน 10 คนและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นจำนวน 4 คน, กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน, และกลุ่มครอบครัวที่ดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 4 คน รวมทั้งหมด 26 คน ทำการคัดเลือกเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling)

การกำหนดขนาดของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเนื่องจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัยนี้มีความแตกต่างกันมีลักษณะอเนกพันธ์ (Heterogeneous group) จำนวนที่เหมาะสมของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัยมากเท่าไร อัตราความคลาดเคลื่อนจะลดน้อยลง และหากมีผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากกว่า 17 คนขึ้นไป ระดับความคลาดเคลื่อนจะลดลงอย่างคงที่และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญรวม 26 คน เพื่อให้เกิดอัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อน (error reduction) ในระดับ 0.48-0.46 และมีระดับความคลาดเคลื่อนลดลง (net change) ที่ 0.02 (Macmillan, 1971 อ้างถึงใน เกษม บุญอ่อน, 2522)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นมนุษย์ การวิจัยจึงอาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. หลังจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิจารณาอนุมัติโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

2. การรักษาความลับของข้อมูลเมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากแบบสอบถามไว้เป็นความลับ และทำลายทิ้งหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น

3. การวิเคราะห์และรายงานผลการวิเคราะห์ในลักษณะภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นคำถามปลายเปิด (Open ended question) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระในการให้ข้อมูล ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก ข (เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคEDFR รอบที่ 1)

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม แล้วนำข้อความที่มีเนื้อหาในลักษณะเดียวกันมารวมเข้าด้วยกัน นำมาจัดหมวดหมู่ในแต่ละด้านและจัดทำเป็นแบบสอบถามในลักษณะมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ถึงระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด และมีข้อความปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างอิสระ (เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคEDFR รอบที่ 2) (ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก ข)

ระดับคะแนนในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 มีความหมายดังนี้

1 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมน้อยที่สุดที่จะเป็นการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

2 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมน้อยที่จะเป็นการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

3 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมปานกลางที่จะเป็นการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

4 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมมากที่จะเป็นการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

5 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเหมาะสมมากที่สุดที่จะเป็นการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

ชุดที่ 3 แบบสอบถาม สร้างขึ้นจากแบบสอบถามชุดที่ 2 โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ในรอบที่ 2 มาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) และเพิ่มตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 ของตนเอง แล้วสร้าง

เป็นแบบสอบถามฉบับใหม่ที่ใช้ข้อความเดิม นอกจากนี้ยังมีข้อความบางข้อที่ผู้เชี่ยวชาญบางท่านเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติม ในรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญจะทบทวนคำถามและคำตอบในรอบที่ 2 ของตนเอง แล้วตอบใหม่กลับมาอีกครั้ง การตอบแบบสอบถามรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านจะทราบว่าตนมีความคิดเห็นที่แตกต่างหรือไม่แตกต่างจากความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเพียงไร และจะได้พิจารณาว่าเห็นด้วยกับความสอดคล้องของรายการการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ หรือไม่ หากไม่เห็นด้วยก็ให้แสดงผลประกอบการยืนยันคำตอบที่อยู่นอกคำพิสัยระหว่างควอไทล์ แต่หากผู้ตอบไม่แสดงผลก็จะถือว่าเห็นด้วยกับตำแหน่งของคำตอบดังกล่าว (เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคEDFR รอบที่ 3) (ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก ข)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity)

เทคนิคการวิจัยอนาคต (Ethnographic Delphi Futures Research: EDFR) นี้กระทำโดยตรงกับผู้เชี่ยวชาญอยู่แล้ว จึงมีความตรงตามเนื้อหาสูง โดยความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิค EDFR จะแฝงอยู่ในกระบวนการรวบรวมข้อมูล เนื่องจากการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ แต่อาจมีปัญหาอยู่บ้างในเรื่องการใช้ภาษาในแบบสอบถาม เพราะสรุปมาจากผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน ผู้วิจัยได้เพิ่มการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิอีก 3 ท่าน และโดยทั่วไปแล้วในขณะที่ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถาม ผู้เชี่ยวชาญจะปรับแก้สำนวนภาษาในแบบสอบถามด้วย ซึ่งเสมือนว่าผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามควบคู่กับการตอบแบบสอบถามไปด้วย นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญยังมีโอกาสได้ตรวจสอบคำตอบอีกหลายรอบ รวมทั้งมีการใช้เทคนิคการสรุปสะสมในระหว่างการสัมภาษณ์ จึงมีความตรงตามเนื้อหาสูง และสิ่งสำคัญที่สุดคือ การพิจารณาผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญ มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษามากที่สุด จึงจะทำให้ผลการวิจัยที่ได้มีความน่าเชื่อถือ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ความเชื่อมั่น/ ความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ที่การให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามซ้ำหลาย ๆ รอบ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของคำตอบแต่ละรอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง ก็แสดงว่ามีความเที่ยงสูง หรืออาจกล่าวได้ว่าความเที่ยงของ

เครื่องมือที่ใช้เทคนิค EDFR พิจารณาได้จากการทำงานที่ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบของตนเองเมื่อตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2530)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยดังต่อไปนี้

1. การสร้างคำถามแบบสัมภาษณ์แบบปลายเปิดได้ผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ตรวจสอบและแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง
2. แบบสอบถามชุดที่ 1 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างที่เป็นประเด็นคำถามปลายเปิดในรอบแรก และได้ส่งข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
3. แบบสอบถามชุดที่ 2 ผ่านการปรับปรุงจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอความร่วมมือในการเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการวิจัยแบบ EDFR และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 รอบดังนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1

ผู้วิจัยติดต่อและขอสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเป็นรายบุคคลโดยผู้วิจัยได้ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์และหัวข้อในการสัมภาษณ์ไปยังผู้เชี่ยวชาญก่อนที่จะเดินทางไปสัมภาษณ์ นัดกำหนดวันสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญมีความพร้อมและยินดีที่จะให้สัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ใช้เวลา 45 – 60 นาที สำหรับสถานที่สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจะเป็นผู้กำหนดเพื่อความสะดวกและความพร้อมของผู้เชี่ยวชาญ ส่วนวิธีการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยการแนะนำตัวเองและติดต่อล่วงหน้าทางโทรศัพท์ และขออนุญาตสัมภาษณ์พร้อมกับบันทึกเทป เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเรียบเรียงข้อมูลย้อนกลับเป็นการทบทวนแก่ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบว่าผู้วิจัยมีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกับผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยได้ทำการถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ แล้วผู้วิจัยเป็นผู้วิเคราะห์เนื้อหาที่ได้ และจัดหมวดหมู่ในแต่ละด้าน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้เชี่ยวชาญในการ สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพิ่มเติมหากผู้วิจัยมีข้อสงสัยหรือมีประเด็นข้อคำถามเพิ่มเติม

การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2

หลังจากผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญครบทุกคนแล้ว นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ปรับข้อความที่มีความหมายซ้ำซ้อนหรือหลายประเด็นในข้อเดียวกัน แต่คงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ ข้อความที่รวบรวมได้นี้นำมาสรุปเป็นข้อกระทงให้ครอบคลุมเนื้อหา จากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบพิจารณาความเหมาะสม แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก ข)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่งถึงผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับที่ตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 จำนวน 26 ฉบับ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตอบแบบสอบถามแต่ละข้อ ตามระดับความเหมาะสมและเป็นไปได้ หากมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องของภาษา การจัดแบ่งกลุ่มข้อย่อยของแต่ละรายการ หรือรายการตัวชี้วัดอื่นก็สามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้

ในรอบนี้ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืน รวม 20 ฉบับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามรอบที่ 3 ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่งถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับที่ตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 และรอบที่ 2 โดยใช้วิธีเดียวกับรอบที่ 2 จำนวน 20 คน โดยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่ม และทบทวนคำตอบของตนเองจากการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 เมื่อได้ทบทวนคำตอบของตนเองแล้ว ผู้เชี่ยวชาญอาจยืนยันคำตอบเดิม หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบได้ หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญอยู่นอกพิสัยระหว่าง ควอไทล์ของข้อนั้น จะต้องแสดงเหตุผลในช่องเหตุผลในข้อนั้น ๆ ด้วย

ในรอบนี้ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืน รวม 18 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์และสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ รวม 3 รอบ และวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละรอบดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

รอบที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด โดยให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับอนาคตภาพการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากคำตอบที่ผู้เชี่ยวชาญตอบการสัมภาษณ์ในรอบนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Content analysis ของผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ คือ

1. ถอดเทปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ
2. การจัดเตรียมข้อมูล (Data Management) นำข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึก บันทึกภาพ และเสียงแยกเป็นแฟ้มผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน
3. การให้รหัส (Coding) เลือกคำบางคำมาใช้เพื่อจัดหมวดหมู่ข้อมูล ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่รวบรวมได้ให้อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ตรวจสอบการวิเคราะห์หมวดหมู่ของข้อมูล
4. สร้างแบบสอบถามรอบที่ 1 โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาจัดหมวดหมู่ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน
5. นำแบบสอบถามดังกล่าวกลับมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาอีก 10 รอบ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการจัดหมวดหมู่ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

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

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 ที่ได้จัดทำขึ้นตามวิธีการดังกล่าวข้างต้นให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบอีกครั้ง พร้อมทั้งให้เหตุผลประกอบในกรณีคำตอบที่ได้อยู่นอกพิสัยระหว่างควอไทล์คำตอบที่ได้ในรอบที่ 3 นี้ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ผู้วิจัยเลือกใช้ค่ามัธยฐานเป็นสถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล และนอกจากสถิติเกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางดังกล่าวแล้ว ยังใช้ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) เพื่อพิจารณาการกระจายของความคิดเห็น หากข้อความใดที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้าง คือ มากกว่า 1.50 แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่างกันมาก ข้อความใดที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แคบตั้งแต่ 1.50 ลงมา แสดงถึงความสอดคล้องกันของความคิดเห็น แล้วนำข้อความนั้นมาเป็นข้อสรุปของการวิจัย ทั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลจะต้องพิจารณาถึงเหตุผลของคำตอบซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้ระบุไว้ประกอบกันด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลจึงควรแยกการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นความเห็นที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลในรอบที่ 2 และ 3 ตามเกณฑ์ของขนิษฐา วิทยานุมาส (2530: 32-33) ดังนี้

ค่ามัธยฐานที่คำนวณได้จากคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแปลความหมายดังนี้

น้อยกว่า 1.50 หมายความว่า ข้อความนั้นมีความเหมาะสมระดับน้อยที่สุดสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

1.50 - 2.49 หมายความว่า ข้อความนั้นมีความเหมาะสมระดับน้อยสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

2.50 - 3.49 หมายความว่า ข้อความนั้นมีความเหมาะสมระดับปานกลางสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

3.50 - 4.49 หมายความว่า ข้อความนั้นมีความเหมาะสมระดับมากสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

4.50 ขึ้นไป หมายความว่า ข้อความนั้นมีความเหมาะสมระดับมากที่สุดสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

พิสัยระหว่างควอไทล์ มีความหมายดังนี้

ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่คำนวณได้ของข้อความใดมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 แสดงว่าความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้น มีความสอดคล้องกัน

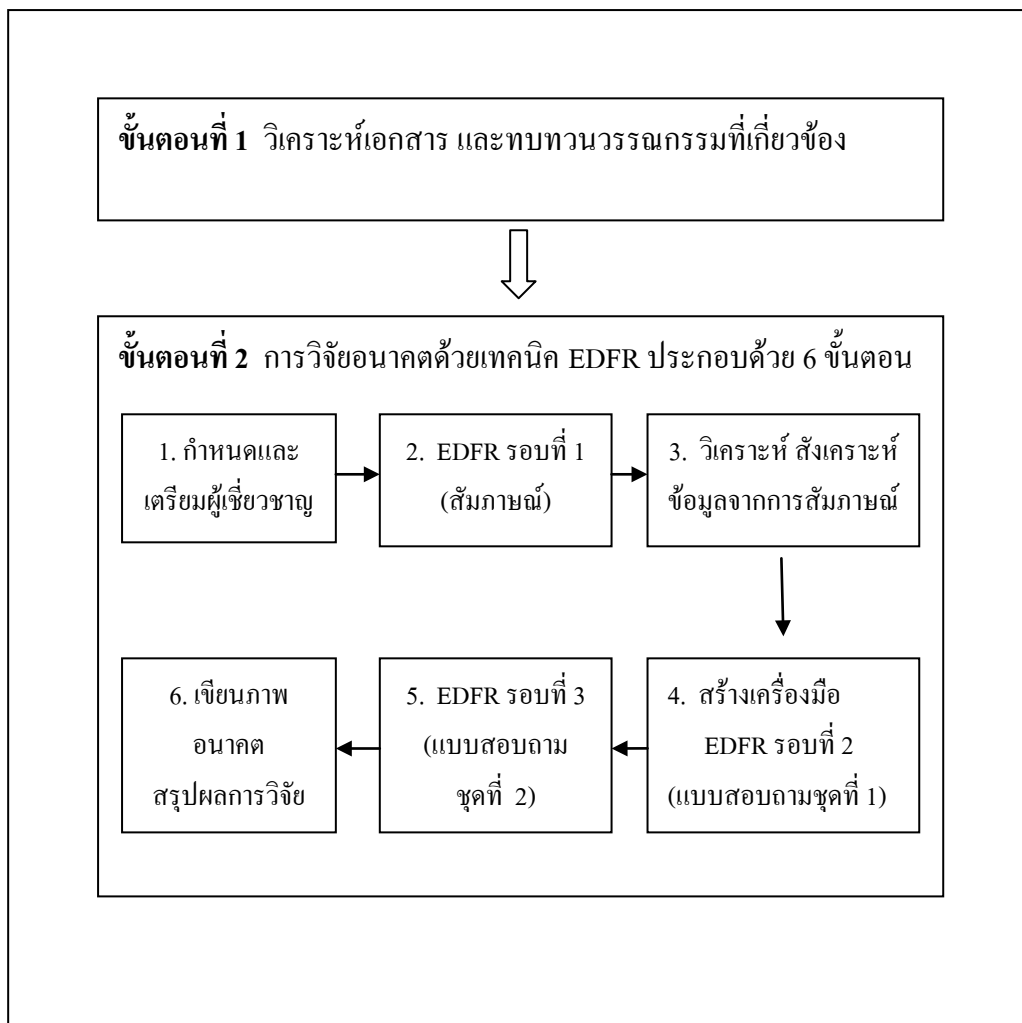
ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อความใดมีค่ามากกว่า 1.50 แสดงว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้น ไม่สอดคล้องกัน

ระดับฉันทามติมีความหมายถึง ความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่พิจารณาจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50

ในการสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเอาข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นโดยผ่านกระบวนการศึกษาแบบEDFR ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น โดยพิจารณาผลการคำนวณในแต่ละข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป พิจารณาความสอดคล้องของข้อความจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 (ขนิษฐา วิทยานุมาส, 2530) มาสรุปเป็นการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

เนื่องจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 ระหว่างกลุ่มนักวิชาชีพ และกลุ่มผู้รับบริการ มีข้อคำถามที่มีความยากง่ายแตกต่างกัน เมื่อผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหาแล้วจัดหมวดหมู่ของข้อคำถามในแบบสอบถาม ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากรอบที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาชีพ ได้ตอบแบบสอบถามทั้งฉบับ ทั้ง 2 รอบ ส่วนผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้รับบริการ ได้ตอบแบบสอบถามเฉพาะหัวข้อที่ 4 และหัวข้อที่ 6 ซึ่งเป็นข้อคำถามที่มีความสอดคล้องกันจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 และเนื่องจากในการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ปรับแบบสอบถามในรอบที่ 3 โดยมีข้อคำถามเพิ่มจาก 98 ข้อ เป็น 106 ข้อ ตามลำดับ ซึ่งการพิจารณาเพิ่มข้อคำถามในรอบที่ 3 นี้ได้ผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว (รายละเอียดแบบสอบถาม ดังแสดงในภาคผนวก ข)

ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน ที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก ๆ คือ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์เอกสาร และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสาระที่ได้มากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ขั้นตอนที่ 2 เป็นการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวโน้มการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต โดยใช้เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 26 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ผู้บริหาร นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารที่สถานบริการในชุมชนคือจิตแพทย์เด็ก ผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีเด็กที่มีปัญหาทางจิตมารับบริการ จำนวน 4 คน กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตผู้ใหญ่ในสถานบริการทุกระดับ และ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จำนวน 14 คน กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน และกลุ่มผู้รับบริการ คือสมาชิกครอบครัวที่ดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชุด เก็บรวบรวมข้อมูล 3 รอบ รอบที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รอบที่ 2 และ 3 เป็นแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการวิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์ โดยสร้างเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติคือ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ สำหรับแบบสอบถามรอบที่ 3 มีข้อคำถามที่ปรับตามข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และข้อมูลการตอบของผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นในรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณายืนยันการคงไว้ซึ่งคำตอบเดิมของตนเองในรอบที่ 2 หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบในรอบที่ 3 นี้ พร้อมระบุเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงคำตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้เชี่ยวชาญโดยวิธีการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลที่เป็นระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่รวบรวมได้ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หา ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ SPSS

การสรุปผลการวิจัย พิจารณาข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า มีความเหมาะสม และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันคือ มีค่ามัธยฐาน ตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ มีค่าไม่เกิน 1.50 เพื่อสรุปเป็นแนวโน้มนำการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต

สรุปผลการวิจัย

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

ดังนั้นภาพในอนาคตของการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในภาพรวมนั้น ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนทุกระดับทั้งผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นต้น พยาบาลเฉพาะทาง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต ต้องเน้นการปฏิบัติงานกับเด็กที่มีปัญหาทางจิตทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเด็กที่เสี่ยงต่อปัญหาทางจิต 2) กลุ่มเด็กที่มีปัญหาทางจิต ได้แก่ กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมและเด็กที่ป่วยทางจิตระยะที่มีอาการและปัญหาเฉียบพลัน และ 3) การกลุ่มเด็กภายหลังได้รับการบำบัดและมีอาการและปัญหาเรื้อรัง ซึ่งเป็นการดูแลระยะยาวในชุมชน จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ทางพยาบาลศาสตร์เฉพาะทาง ระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต(เด็กและวัยรุ่น) จะเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นหลักไม่ได้ และ

การทำงานในลักษณะดังกล่าวต้องเน้นการทำงานร่วมกันกับชุมชน เป็นการทำงานเชิงระบบร่วมกับ ทีมสุขภาพชุมชน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นต้นที่ปฏิบัติงานในชุมชนทั่วไป กับพยาบาลจิตเวชเฉพาะ ทางที่ต้องทำงานประสานงานกัน โดย

1. การปฏิบัติการพยาบาลต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิต เน้นการคัดกรองและ การป้องกันการเกิดปัญหา งานส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของ พยาบาลจิตเวชเฉพาะทางและ พยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต(เด็กและ วัยรุ่น) จึงทำหน้าที่เฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้องค์ความรู้ทางคลินิก ระดับชำนาญการเฉพาะด้าน

2. การปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิต ได้แก่ กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมและเด็กที่ป่วยทางจิตระยะที่มีอาการและปัญหาเฉียบพลัน ผลการวิจัยแสดงให้เห็น ชัดเจนว่าสมควรปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต(เด็ก และวัยรุ่น) ทั้งหมด ยกเว้นการประเมินภาวะสุขภาพและให้การดูแลรักษาแต่เริ่มแรกของการ เจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆของเด็กที่มีปัญหาทางจิต ทั้งทางกายและจิตใจที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็น สอดคล้องกันว่าพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางปฏิบัติได้

3. การปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กเพื่อการฟื้นฟูสภาพเด็กภายหลังได้รับการบำบัดและมี อาการและปัญหาเรื้อรัง เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลจิตเวช เฉพาะทางและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต(เด็กและวัยรุ่น)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการค้นหาภาพการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่ พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามความ คิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ดังนี้

1. การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต จากงานวิจัยนี้ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 6 ประเด็นซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของนิวแมน ใน 3 ประเด็นแรก กล่าวคือ

1) การปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่เสี่ยงต่อปัญหาทางจิต ในชุมชนในทศวรรษ หน้า มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและส่งเสริมความ แข็งแรงของแนวป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่ายของเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เป็น การดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพซึ่งต้องใช้ความรู้ความสามารถในการประเมินเด็กแบบคนทั้งคน (Total person) ทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมสติปัญญาพัฒนาการและจิตวิญญาณ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์

กับการเกิดปัญหาทางจิต ทำการคัดกรองค้นหาเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ค้นหาสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิต และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดกลไกการต่อต้านความเครียดในเด็กวัยเรียน การส่งเสริมสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อการดูแลเด็กให้มีสุขภาพดี คัดกรองและให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตแก่พ่อแม่ในเด็กกลุ่มเสี่ยงในคลินิกฝากครรภ์/คลินิกเด็กดีและเด็กป่วยดูแลให้เด็กได้รับวัคซีนครบถ้วน, ส่งเสริมสุขภาพตามวัยและประเมินพัฒนาการเพื่อค้นหาความผิดปกติของเด็กทุกคน การส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการให้เป็นไปตามวัย โดยการให้สุศึกษาแก่พ่อแม่/สมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ตระหนักถึงการเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมตามวัย ซึ่งถ้าพบเด็กกลุ่มเสี่ยงเริ่มมีอาการผิดปกติทางจิตโดยเร็ว ย่อมช่วยให้เด็กเข้าสู่ระบบบริการการรักษาเร็ว ทำให้อาการของโรคไม่รุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น อีกทั้งการส่งต่อเด็กที่เริ่มมีปัญหาทางจิตไปยังพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญมากกว่า ยังเป็นการช่วยให้เด็กและครอบครัวได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณก่อนเข้าสู่การรักษาด้วย

2) การปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิต (กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมและเด็กที่ป่วยทางจิตระยะที่มีอาการและปัญหาเฉียบพลัน) โดยต้องมีการพัฒนาความเชี่ยวชาญของพยาบาลที่ดูแลเด็กกลุ่มนี้ไปสู่การเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลสาขาจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ดังคำกล่าวของผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งที่ว่า “มันไม่เหมือนกันเลยนะน้องคนละเรื่องกันเลย พี่เรียนทั้งป.โทจิตเวช เรียนทั้ง PG แต่พอมาดูแลเด็กก็ต้องเริ่มเรียนใหม่” และผู้เชี่ยวชาญอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า “เด็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ตัวเล็ก เราทำintervention แบบที่ทำกับผู้ใหญ่ไม่ได้ มันเอามาใช้กันไม่ได้เลย คนที่ดูแลเด็กโดยตรงมีน้อย ยิ่งในชุมชนยิ่งน้อยมาก ยิ่งไงดีล่ะ พี่ว่าเด็กมันซับซ้อนกว่าผู้ใหญ่ซะแล้วก็ต้องดูแลพ่อแม่และครอบครัวด้วย” จากตัวอย่างข้างต้นเป็นการแสดงความเห็นที่สอดคล้องตรงกันของผู้เชี่ยวชาญว่าการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตต้องปฏิบัติโดย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการของวิชาชีพและสังคมที่ต้องการการดูแลจากพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการกำหนดบทบาทสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ทั้งนี้ยังเป็นแนวทางในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล เพื่อมุ่งผลลัพธ์การดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตอย่างสัมฤทธิ์ผลแท้จริง

3) การปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กภายหลังได้รับการบำบัดและมีอาการและปัญหาเรื้อรัง เมื่อเด็กที่มีปัญหาทางจิตเข้าสู่ระบบการรักษาแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการติดตามอาการภายหลังได้รับการบำบัด เพื่อให้เด็กและครอบครัวอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข ตามสถานะแห่งตนไม่รู้สึกรับผิดชอบ และสามารถปรับบทบาทของตนได้ ดังคำกล่าวของผู้รับบริการท่านหนึ่งที่ว่า “ไม่ได้คาดหวังอะไรมากแค่ลูกกินยาแล้วดีขึ้นก็ดีใจแล้ว แต่ปัญหาที่ตามมาคือ ลูกเคยโดนเพื่อน

ลือเพราะพบบัตรผู้พิการไปโรงเรียน ตอนนั้นพี่เครียดมากเลยนะก็คุยกับพี่พยาบาลเค้าพี่เค้าใจดีมาก ก็แนะนำวิธีคุยกับลูก พี่ก็ไปเลยนะพาลูกไปขึ้นรถไฟฟ้าที่กรุงเทพ ไปเที่ยวกันไง แล้วเค้าก็ไม่ต้อง เสียเงินค่าบัตรใช้ใหม่ พี่ก็บอกลูกว่านี่ไงลูกเห็นมั๊ยการมีบัตรก็มีข้อดีนะ ตอนนี้อะไรก็เข้าใจ ไม่รู้สึกเป็นตราบาป พี่ก็บอกว่าถ้าอายุเพื่อนลูกก็ไม่ต้องเอาบัตรไปโรงเรียนตอนนี้เค้าก็แฮปปี้ดี” จะ เห็นได้ว่าแม้เด็กจะเข้าสู่การรักษาแล้วแต่ปัญหาของเด็กและครอบครัวไม่ได้สิ้นสุดเมื่อเข้ารับ บริการเท่านั้น ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญมากในการปฏิบัติการพยาบาลที่ใกล้ชิด กับการครอบครัวและชุมชนจึงต้องมีการวางแผนการดูแลเด็กภายหลังการบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพให้เด็ก และครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตในสังคมต่อไปได้

ส่วนประเด็นที่ 4 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตใน ชุมชน และประเด็นที่ 6 คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึง ประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต พบว่าความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มนักวิชาชีพและกลุ่มผู้รับบริการในรอบที่ 1 มีความสอดคล้องกัน ดังคำกล่าวของ ผู้รับบริการท่านหนึ่งซึ่งกล่าวว่า “ไม่รู้หรือว่าพยาบาลมีหลายระดับ แต่อยากให้คนที่ดูแลลูกเราเค้า ดูแลเหมือนเป็นลูกหลานเค้านะ ก็เข้าใจนะคนไข้เค้าเยอะแต่เราก็อยากให้เค้าเข้าใจเราบ้าง บางคนดู มากเลยนะเวลาเรามาผิตเวลา ที่จริงพยาบาลที่อยู่กับเด็กพวกนี้น่าจะต้องเป็นคนใจเย็นมาก ๆ นะพี่ ว่า” หรือคำกล่าวที่ว่า “พี่โชคดีมีคนแนะนำให้มาที่นี่ พี่พยาบาลเค้าใจดีมาก ใจเย็น รับฟังปัญหา ของเราตลอด พี่โทรไปตอนไหนก็ไม่เคยว่าเลยนะ” และมีผู้รับบริการท่านหนึ่งกล่าวว่า “คนรู้จักกัน เค้าบอกว่าที่นี่มีพยาบาลเฉพาะทาง ตอนแรกก็ไม่รู้นะว่าต่างจากพยาบาลที่โรงพยาบาลเดิมยังไง... แต่พอมาที่นี่นะพี่คิดเลยว่าถ้าที่อื่นมีพยาบาลอย่างพี่เค้าเนี่ยเด็ก ๆ ที่มีปัญหาเหมือนลูกพี่เค้าคง อยากไปโรงพยาบาล” ซึ่งสอดคล้องกับผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาชีพท่านหนึ่งซึ่งกล่าวว่า “พยาบาลที่ จะดูแลเด็กกลุ่มนี้ได้ต้องใจเย็นมาก ๆ เลยนะน้อง คือยังงั้นแหละต้องอดทนทุกอย่าง เค้ามากันไกล ๆ ก็คาดหวังต้องได้รับบริการที่ดีจากเราเน้อ” หรือ “เราต้องมีใจรักในงานบริการของเรา คำว่า Nurse มันก็ครอบคลุมอยู่แล้วนะ ว่าเราต้องทำอะไร ยังไง แต่เราก็ต้องมีองค์ความรู้ในงานของเราด้วยนะ” ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการเมื่อพบบุตรหลานของตนมา บำบัดรักษาอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ดังนั้นหากพยาบาลเป็นคนใจเย็น เสียสละอดทน มีใจรักในงาน บริการ ย่อมส่งผลให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการในระดับสูง ผู้รับบริการจะเห็นความสำคัญ ของปัญหาทางจิตในเด็กและให้ความร่วมมือในการบำบัดดูแลต่อไป

ระบบบริการด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยในปัจจุบัน ยังไม่พบการสำรวจ ความทุกข์ของเด็กที่มีปัญหาทางจิตและจำนวนเด็กที่มีปัญหาทางจิตที่เข้าสู่ระบบการรักษาที่ชัดเจน ส่วนใหญ่จึงพบว่าเด็กช่วงอายุ 6 - 12 ปีที่มีปัญหาทางจิตจะถูกพบโดยครู เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้เป็น

ช่วงปฐมวัย เวลากลางวันส่วนใหญ่อยู่ที่โรงเรียน อีกทั้งการที่พ่อแม่เด็กต้องทำงาน จึงพบว่าเด็กในชุมชนส่วนใหญ่จะอยู่กับปู่ย่าตายาย การจะสังเกตว่าเด็กมีอาการผิดปกติทางจิตหรือไม่จึงถูกละเอียดไป จึงพบว่าเด็กส่วนใหญ่เข้าสู่ระบบการรักษาเนื่องจากครอบครัวพ่อแม่หรือผู้ปกครองว่าบุตรหลานของตนมีอาการผิดปกติไปจากเด็กอื่นในวัยเดียวกัน และให้พ่อแม่พาเด็กมาโรงพยาบาลเพื่อบำบัดรักษา บรรเทาอาการต่อไป ซึ่งเมื่อพิจารณาจากระบบบริการในปัจจุบัน พบว่ามีโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์เพียงแห่งเดียวซึ่งให้การตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กที่มีปัญหาทางจิตอย่างครบวงจร และเนื่องจากมีเด็กถูกส่งตัวเพื่อมารักษาเป็นจำนวนมาก แต่จิตแพทย์เด็กมีจำนวนน้อย ดังนั้นเด็กแต่ละคนจึงต้องรอคอยเพื่อเข้าคิวรับบริการ ซึ่งในปัจจุบันพบว่าระยะเวลารอคอยในการเข้าสู่การวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กเฉลี่ยประมาณ 6 เดือน จะเห็นได้ว่าเด็กที่มีปัญหาทางจิตและครอบครัวต้องรอคอยในระยะเวลาที่ยาวนาน ซึ่งอาจทำให้เด็กมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลงได้ เด็กอาจมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น และฟื้นฟูการรักษาได้ยากและต้องใช้เวลาในการบำบัดนานขึ้น ดังนั้นหากพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่มากที่สุดในชุมชน สามารถออกแบบระบบบริการการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนได้ ย่อมเป็นการช่วยให้เด็กที่มีปัญหาทางจิต ครอบครัวเข้าสู่ระบบบริการเร็วขึ้น สามารถป้องกันอาการทางจิตไม่ให้รุนแรงมากขึ้น ชุมชน สังคมและประเทศชาติประหยัดงบประมาณในการรักษา ดังนั้นการศึกษาเรื่อง การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้าสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต ด้วยเทคนิควิจัยอนาคต ที่ผู้วิจัยกำหนดช่วงระยะเวลา 10 ปีดังกล่าว จึงมีความเหมาะสม เนื่องจากเป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงที่สามารถมองเห็นผลการเปลี่ยนแปลงได้

2. ในงานวิจัยนี้พบว่ามีข้อคำถามเพิ่มขึ้นในแบบสอบถามรอบที่ 3 จำนวน 8 ข้อ มีประเด็นที่น่าสนใจคือ การตั้งคำถามด้วยเทคนิควิจัยอนาคต EDFR การเขียนข้อคำถามมีความสำคัญ ข้อความในข้อคำถามไม่ควรป็นข้อความที่ยาวเกินไป และไม่ควรมีคำเชื่อมด้วยคำว่า และ/ หรือ เมื่อพิจารณาจากแบบสอบถามในรอบที่ 2 พบว่าข้อคำถามหลายข้อมีความยาวมากและผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ให้ข้อเสนอแนะว่าบางคำถามมีลักษณะคล้าย 2 คำถามที่ซ้อนกันอยู่ โดยมีผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “คำถามยาก ซ้อนในความหมาย” ซึ่งความซับซ้อนของข้อคำถาม ร่วมกับการใช้ภาษาของนิวมาน อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 พบมีหลายข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกัน เป็นซึ่งผู้วิจัยได้นำประเด็นดังกล่าวมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว พบว่าอาจเกิดจากการที่ต้องนำคำสัมภาษณ์มาปรับเป็นภาษาที่เป็นของนิวมาน ทำให้ในแบบสอบถามรอบที่ 2 มีความยากในการเลือกใช้ และทำความเข้าใจ โดยหลังจากปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาทั้ง 2 คนแล้วพบว่าสามารถปรับเพิ่มข้อคำถามได้โดยการแยกข้อความให้สั้น

กระชับขึ้น โดยคงความหมายเดิมในภาษาของนิวมาน และได้ปรับเพิ่มข้อความในประเด็นที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะในส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้เชี่ยวชาญหลายท่านกล่าวว่า ข้อคำถามในรอบที่ 3 มีความเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “หลังจากได้คุยกับน้องและดูในแบบสอบถามชุดหลัง ทำให้พี่เข้าใจความหมายในข้อคำถามมากขึ้น” ซึ่งประเด็นดังกล่าวอาจเป็นเหตุผลให้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 มีความสอดคล้องกันทุกข้อ

3. หากพิจารณาจากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มพยาบาลวิชาชีพจะพบว่า บุคลากรกลุ่มนี้คิดว่าหากพยาบาลวิชาชีพได้อบรมในหลักสูตรการพยาบาลจิตเวชเด็ก 4 เดือนแล้วก็จะสามารถดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตได้ แต่เมื่อพิจารณาจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาจิตเวชและสุขภาพจิต(ผู้ใหญ่) มีความเห็นสอดคล้องกับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาจิตเวชและสุขภาพจิต(เด็กและวัยรุ่น) ว่า การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต จำเป็นที่จะต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาจิตเวชและสุขภาพจิต(เด็กและวัยรุ่น) เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กที่มีปัญหาทางจิต (กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมและเด็กที่ป่วยทางจิตระยะที่มีอาการและปัญหาเฉียบพลัน) โดยผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “มันเป็นไปไม่ได้หรอกน้องที่พวกพี่จบการพยาบาลจิตเวชผู้ใหญ่แล้วจะไปดูแลเด็ก จริง ๆ คือสังคมก็คาดหวังว่าคนที่จบจิตเวชต้องดูแลได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ใช่ไหม แต่โครงสร้างหลักสูตรเรา มันไม่เอื้อนะ แล้วเด็กก็มีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าผู้ใหญ่ ด้วยตัวโรคของเด็กเอง และช่วงอายุของเด็กก็ส่งผลต่อการดูแลของพวกเรานะ พี่คิดว่าถ้าเป็นไปได้นะเราควรให้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเป็นผู้ดูแลเค้าดีกว่า พวกนั้นเค้าจะมีความชำนาญมากกว่าเรา” จึงพบว่าในข้อคำถามประเด็นที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตผู้ใหญ่เลือกระดับพยาบาลที่จะควรดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตควรเป็น ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เกือบทุกข้อคำถาม และมีผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “ถ้าให้พี่ฝันนะน้องพี่ก็ฝันเลยว่าเราน่าจะมีทำเนียบผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลนะเป็นรายโรคไปเลย คือ ขึ้นทำเนียบของสภาการพยาบาลไปเลย ว่าพยาบาลคนนี้เป็นผู้เชี่ยวชาญการดูแลเด็กโรคAutistic คนนี้ผู้เชี่ยวชาญการดูแลเด็กสมาธิสั้นอะไรประมาณเนี่ย คือพยาบาลในชุมชนเค้าต้องรู้ว่าจะไปปรึกษาใครได้ ตอนเนี่ยเราก็คงรู้แต่ในวงการของเราเน้อถ้าเด็กเป็นออทิสติกส่งยูวประสาท ถ้าเป็นแอลดีส่งราชานุกูล แต่ส่งใครยัง ینگี้แล้วแต่บริบทแต่ละที่และสัมพันธภาพของบุคลากรใช่ปะ แต่ถ้าเรามีทำเนียบผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเด็กบางที่เค้าน่าจะสามารถดูแลเด็กในชุมชนได้เลย โดยเด็กไม่ต้องมารอกันที่ส่วนกลางนะพี่ว่าน่าจะดีกับ

เด็กและผู้ปกครองมากกว่า” ซึ่งประเด็นดังกล่าวจะเป็นความจริงได้หรือไม่น่าจะเป็นประเด็นที่ท้าทายของสภาการพยาบาลต่อไป

4. เมื่อแยกวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มผู้รับบริการ พบว่าจากการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 มีประเด็นที่สอดคล้องกับกลุ่มนักวิชาชีพ ในข้อคำถามประเด็นที่ 4 และ 6 แต่เมื่อดูรายละเอียดจากการสัมภาษณ์แล้วพบว่า ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ 3 ใน 4 คนไม่รู้ว่ามีพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิต โดยผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งกล่าวว่า “ไม่ได้คาดหวังว่าใครจะเป็นคนดูแลเรา แต่ถ้าเค้าดูแลลูกเราดี ใสใจ ลูกเราอาการดีขึ้นก็มานะ ต้องหยุดงานทั้งสองคนก็จะพาลูกมา” มีเพียงท่านเดียวที่กล่าวว่า “มีคนบอกว่าที่นี่มีพยาบาลดูแลเด็กพวกนี้เฉพาะก็เลยมาถามก่อน พี่เค้าก็แนะนำให้ย้ายสิทธิ์มาได้ไม่ต้องเสียเงิน ก็โอเคเลยนะเพราะที่เก่าที่พี่พาลูกไปรักษาเป็น โรงพยาบาลจังหวัดพยาบาลน่าจะเป็นพวกที่จบทั่วไปมากกว่า คือไหนละเค้าดูแลเราต่างกันนะที่โน้นเค้าจะจัดคิวส่งพบหมอ แล้วก็รับยากลับบ้าน แต่ที่นี่พี่เค้าใสใจเราลูกเรา เค้ารู้ว่าจะต้องเล่นต้องคุยกับลูกเรายังไง เมื่อก่อนลูกพี่ไม่ยอมไปโรงพยาบาลเลยนะ แต่เดี๋ยวนี้ตรงกันข้ามเค้าชวนพี่มาโรงพยาบาลซึ่งมันต่างกันมากเลย” และมีผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้รับบริการท่านหนึ่งกล่าวว่า “ถ้ามีพยาบาลที่ดูแลเด็กอย่างลูกหนูได้ที่แถวบ้านอย่างอนามัยก็ดีนะ ญาติจะได้พาไปได้ ตอนนี้หนูกับแฟนต้องหยุดงานทั้งคู่เลยนะเพื่อพาลูกมาโรงพยาบาลเพราะโรงพยาบาลอยู่ไกลบ้าน แล้วหนูก็ขับรถไม่เป็น วันไหนลูกมาโรงพยาบาลก็ขาดรายได้ทั้งคู่เลย” ซึ่งเป็นความต้องการที่ตรงกับความคาดหวังของผู้รับบริการส่วนใหญ่ที่ต้องการให้มีการบริการสุขภาพแบบใกล้บ้านใกล้ใจ ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าเป็นความท้าทายของกระทรวงสาธารณสุขเช่นกันในการกำหนดนโยบาย และแนวทางปฏิบัติการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนอย่างครอบคลุม

5. จากงานวิจัยพบว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ได้จริง แม้สภาการพยาบาลจะมีนโยบายให้แต่ละโรงพยาบาลใช้ทฤษฎีการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย แต่ในความเป็นจริงพบมีพยาบาลน้อยมากที่นำทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านถามผู้วิจัยว่า “ทำไมเลือกใช้นิวแมนหละ พี่ว่ามันยากนะ” ซึ่งในความคิดของผู้วิจัยก่อนการทำวิจัยก็มีความรู้สึกเช่นเดียวกับผู้เชี่ยวชาญ แต่ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยพบว่า จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลทุกระดับควรเลือกใช้ทฤษฎีการพยาบาลในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตแต่ละราย เนื่องจากการแสดงถึงความเชี่ยวชาญ ความชำนาญ โดยเฉพาะของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะให้การดูแลเด็กที่แตกต่างจากวิชาชีพอื่น ๆ การใช้ทฤษฎีการพยาบาลมีความเหมาะสมและเป็นไปได้สำหรับพยาบาลที่จะนำมาใช้ มีผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “จำเป็นอย่างยิ่งเลยนะน้องที่เราต้องใช้ทฤษฎีการพยาบาลของเรา ทำไมหละในเมื่อเรามีของคืออยู่แล้วเราไม่เลือกเอามาใช้” และ “มันเป็นการแสดงตัวตนของพยาบาลเลยนะเราไปเอาองค์

ความรู้ของใครมากมายมาใช้ แต่เรากลัวของดีที่เราถืออยู่ไป ผลเป็นไงก็อย่างที่เรากำลังอยู่ในปัจจุบันนะ” การจะเลือกใช้ทฤษฎีการพยาบาลใดในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตนั้น ผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่า “จะใช้ของใครก็ได้บ้าง อย่างที่พี่ชอบเพลบพลาวกับคิง พี่ก็ใช้เพลบพลาวนะสร้างสัมพันธ์ภาพบำบัดใจ ส่วนคิงการมีส่วนร่วมในการดูแลเราต้องตกลงบริการกับเค้าเน้อ ต้องมีการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาลกับครอบครัว ตรงเนี่ยพี่มองว่าเป็นเป็นจุดแข็งของพยาบาลนะ เพราะเราเป็นคนใกล้ชิดกับเด็กและครอบครัวมากกว่าตรงอื่น ใจ แต่จะทำยังไงนี่ก็เป็นเทคนิคของแต่ละคนนะ”

6. เมื่อเปรียบเทียบระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาลจากการสัมภาษณ์กับระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาลจากการตอบแบบสอบถามทั้ง 2 รอบ พบว่ามีความแตกต่างกันในหลายข้อคำถาม ซึ่งอาจมีสาเหตุจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เป็นข้อมูลที่ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ตอบจากการปฏิบัติงานจริงในสภาพการทำงานปัจจุบัน แต่เมื่อตอบแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญมีระยะเวลาในการพิจารณาข้อคำถามและการเลือกตอบมากกว่า โดยผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “ตอนสัมภาษณ์พี่มองไม่ออกเลยนะว่าเป็นนิวมานยังงี้ แต่พอทำแบบสอบถามนะภาพนิวมานมันชัดขึ้น” ซึ่งทำให้ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกันในรอบที่ 3 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการนำทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้จริง และสามารถประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลได้

7. การขาดแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตอาจมีสาเหตุจาก

7.1 ขาดการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนและขาดการวิเคราะห์การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลที่เหมาะสมในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน ดังคำกล่าวของผู้เชี่ยวชาญที่ว่า “ตอนนี้พยาบาลรพ.สต.คนเดียว รับผิดชอบประชากรทุกกลุ่มโรค จะให้ไปดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตอีกมันก็ไม่ไหวนะ คือเค้าขาดความรู้ ประสบการณ์ ขาดที่ปรึกษา แล้วงานมัน work loadขนาดนี้ พี่ว่ายังไงก็ต้องส่งต่อเด็กไปที่ที่เค้าพร้อมดูแลเด็กมากกว่า” หรือ “APNจิตเวชเด็กในชุมชนยังไม่มีนะตอนนี้มีแต่APNผู้ใหญ่ ซึ่งก็ยังมีไม่ครบทุกอำเภอ ถ้าถามพี่จากประสบการณ์ที่ผ่านมามันไม่เหมือนกันเลยนะการดูแลเด็กกับผู้ใหญ่เนี่ย ถ้าเป็นไปได้พี่ว่า เราพัฒนาAPNเด็กดีกว่า ตอนนี้พี่ก็ส่งน้องไปเรียนเฉพาะทาง 4 เดือนอยู่นะ จะได้มาช่วยกัน”

7.2 หลักสูตรการเรียนการสอนทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นทั้งในระดับพยาบาลศาสตร์ มีชั่วโมงการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นน้อยมาก และในระดับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก

และวัยรุ่นเป็นหนึ่งในกลุ่มวิชาเลือกไม่ใช่วิชาบังคับ ดังนั้นจึงทำให้ผู้เรียนมีความสนใจในการเลือกเรียนน้อย และมีผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “จริง ๆ แล้ววิชาจิตเวชเด็ก ๆ น่าจะเป็นวิชาบังคับในระดับป.โท เพราะมีรายละเอียดเนื้อหาเยอะมาก พี่ก็ไม่เข้าใจว่าในหลักสูตรที่เปิดสอนกัน แม้กระทั่งที่พี่เรียนมาแต่ละมหาวิทยาลัยก็จัดหลักสูตรการเรียนการสอนทางจิตเวชที่แตกต่างกันนะ ไม่เข้าใจเหมือนกันว่าทำไม ตรงนี้พี่ว่าสภาการพยาบาลน่าจะเข้ามาดูแลมากขึ้นให้หลักสูตรมันเป็นไปในทิศทางเดียวกัน” “พี่จบจากเชียงใหม่ண்ணิ่งที่พี่ได้เรียนพฤติกรรมบำบัดด้วย ก็เรียนทั้งทฤษฎีและปฏิบัติจริง แต่มาอยู่ที่หลังว่าที่อื่นไม่มีเรียน” “พี่ไม่ได้จบโทจิตเวชนะ บังเอิญตอนที่สมัครสอบมันเป็นหลักสูตรของครุการศึกษาพิเศษซึ่งเค้าเปิดรับทุกวิชาชีพเข้าไปเรียน มันก็เอามาทำงานได้นะ แต่พอได้คุยกับน้องเออจริงมันขาดในส่วนnursing ไป”

7.3 ขาดครูผู้สอนที่มีความเชี่ยวชาญและชำนาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “หลักสูตรที่จะให้เราเรียนมีน้อย และแตกต่างกันมาก พี่ส่งน้องไปเรียนเฉพาะทาง 4 เดือนคนละที่กัน เค้าก็สอนไม่เหมือนกันนะ แต่ก็โอเคมาช่วยกันทำงาน”

7.4 ขาดพยาบาลผู้สนใจศึกษาปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “ที่ทำงานพี่ก็พยายามส่งน้องไปเรียนเฉพาะทางกันนะ แต่พอพูดถึงจิตเวชเด็ก มันยังงั้นแหละ เค้าบอกกันว่ามันยาก คือพี่มองว่ามันเป็นเรื่องไกลตัวเค้า ใจก็เลยอาจทำให้เค้าไม่สนใจ แต่ตอนนั้นนโยบายกรมฯ ก็มาแล้วนะ พี่ว่าในอนาคตคงดีขึ้น”

7.5 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มีจำนวนน้อย ปัจจุบันมีผู้ขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต(เด็กและวัยรุ่น) จำนวน 4 คน ซึ่งมีเพียง 2 คนเท่านั้นที่ยังเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลอยู่ ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นความสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ของวิชาชีพการพยาบาล เนื่องจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทุกท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญ มีประสบการณ์สูงในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตอย่างแท้จริง หากยังมีการสูญเสียผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนี้อีกและยังไม่มีการผลิตเพิ่ม เป็นที่น่าเป็นห่วงเหลือเกินว่าการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตจะเป็นเช่นไร

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในงานวิจัยนี้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในส่วนกลาง ดังนั้นการบริการจะเน้นในส่วนกลาง ซึ่งลักษณะบริการดังกล่าวจะมีความแตกต่างกันในชุมชน ภาพในอนาคตที่ได้จากงานวิจัยนี้จึงอาจเหมาะสมกับชุมชนเมือง

ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี ผู้วิจัยขอให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. เชนนโยบาย

ผู้วิจัยขอเสนอแนะให้ ผู้เกี่ยวข้องระดับนโยบายทุกระดับ ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตอย่างจริงจัง โดยจะต้องมีการผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์ทางการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตที่ชัดเจน ดังจะเห็นได้จากความต้องการและความคาดหวังของสังคมที่ต้องการได้รับการบริการดีที่มีคุณภาพมาตรฐานสูงขึ้น แม้ปัจจุบันจะเริ่มมีการดำเนินการบ้างแล้ว แต่ผลที่เกิดขึ้นคือ แต่ละสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่งให้บริการตามแนวทางของตน พยาบาลแต่ละคนให้บริการตามความรู้และประสบการณ์ของตน ซึ่งไม่พบเป็นว่ามาตรฐานเดียวกัน การขาดการระดมสมอง ขาดการร่วมมือประสานงาน และการขาดความต่อเนื่องในการดำเนินการ ทำให้ยังไม่พบผลสัมฤทธิ์ในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิต ดังนั้นการปฏิบัติต้องมีการวางแผนด้านบุคลากรตั้งแต่วันนี้

2. ด้านการบริหาร

จำเป็นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นขึ้น เพื่อเป็นการพัฒนาองค์กรวิชาชีพ และพัฒนาระบบการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิตในทุกกลุ่ม เนื่องจากสมรรถนะหมายถึง คุณลักษณะและความสามารถที่มาจากตัวคนทั้งหมด ที่สะท้อนออกมาในรูปของพฤติกรรมการทำงานที่มีความสัมพันธ์ในเชิงเหตุผลที่องค์การต้องการ โดยมีที่มาจากความรู้ ทักษะ วิธีคิด คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์สูงสุดในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยขอเสนอแนะให้ สถานพยาบาลมีการพัฒนาสมรรถนะดังกล่าว และผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการพิจารณาการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคลากรพยาบาลมีการดำเนินงานและการปฏิบัติที่มุ่งเน้นประสิทธิภาพและผลสัมฤทธิ์ และเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลต่อผู้รับบริการต่อไป

3. ด้านบริการ

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำแนวโน้มของอนาคตภาพการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตจากการวิจัยนี้ ไปพัฒนาระบบบริการตามขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการทั้งกลุ่มเด็กปกติ กลุ่มเด็กเสี่ยง และกลุ่มเด็กป่วยได้ ทั้งด้านแนวคิด แนวทางในการ

ดำเนินงาน การวางแผนงาน การจัดกิจกรรมและการกำหนดผลลัพธ์ของกิจกรรมการพยาบาล ตลอดจนพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนตามบริบทของตนได้ ต้องมีการวางแผนบุคลากรทางการพยาบาลตั้งแต่วันนี้เพื่อการเร่งผลิตพยาบาลระดับมหาบัณฑิตที่มีความรู้เฉพาะทางคลินิกในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางจิต

4. ด้านวิชาการ

ผู้บริหารสถาบันการศึกษาสามารถนำแนวโน้มของการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตนี้ ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการศึกษาของพยาบาลทุกระดับได้ ทั้งในการปรับเนื้อหา วิธีการจัดการเรียนการสอน และการฝึกประสบการณ์ทางการพยาบาล และหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกหลักสูตรควรจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเป็นภาคบังคับ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สำรวจคุณภาพและผลลัพธ์การปฏิบัติงาน การดูแลเด็กในกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ออกแบบการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตในชุมชนแต่ละกลุ่ม ที่ได้รับจริงในปัจจุบัน และปัญหาที่เกี่ยวข้อง
2. ออกแบบระบบที่จะแก้ปัญหาในการดูแลเด็กแต่ละกลุ่ม การปฏิบัติการพยาบาลที่ควรทำและทดลองใช้
3. ตรวจสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลการบริการของทีมบุคลากรที่มีองค์ประกอบของพยาบาลแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยอนาคตแบบ EDFR โอกาสต่อไป

การวิจัยอนาคตแบบ EDFR เป็นการคาดการณ์อนาคตโดยผู้เชี่ยวชาญในภาพกว้าง ๆ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลหลายระดับ จึงน่าจะมีการศึกษาเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต โดยพยาบาลแต่ละระดับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะผู้ที่จะทำการวิจัยด้วยกระบวนการ EDFR ในโอกาสต่อไปในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดและเตรียมผู้เชี่ยวชาญ

เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต มีความสำคัญต่อผู้ปฏิบัติการพยาบาลทุกระดับ ดังนั้นในการกำหนด และเตรียมผู้เชี่ยวชาญจึง

จำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ภาพแนวโน้ม การปฏิบัติการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตที่ชัดเจนและเป็นจริงมากที่สุด ดังนั้นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจึงต้องประกอบไปด้วย กลุ่มผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายทางการปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลทุกระดับ กลุ่มนักวิชาการทางด้าน การศึกษาการพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มผู้รับบริการ

ขั้นตอนที่ 2 การสัมภาษณ์ หรือการทำ EDRF รอบที่ 1

ก่อนสัมภาษณ์

ผู้วิจัยต้องวางแผน เตรียมตัว และเตรียมข้อมูลเป็นอย่างดี ทำความเข้าใจกับประเด็นคำถาม อย่างชัดเจน ตรวจสอบคุณภาพและวิธีการใช้เครื่องบันทึกภาพและบันทึกเสียง ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานได้ และต้องบันทึกไฟล์หลังการสัมภาษณ์ทันทีเพื่อรู้ว่าเสียงที่บันทึกแต่ละไฟล์เป็นการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญท่านใด

การนัดหมายผู้เชี่ยวชาญเพื่อสัมภาษณ์ ผู้วิจัยควรแนะนำตัว บอกขอบเขตและข้อจำกัดของ งานวิจัย เช่นเรื่องระยะเวลา และระเบียบวิธีวิจัย เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ช่วยกำหนดวันและเวลาที่ ผู้เชี่ยวชาญสะดวกและสอดคล้องกับผู้วิจัย และควรมีการยืนยันการนัดหมายอีกครั้งก่อนถึงวันนัด สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัยควรไปถึงสถานที่สัมภาษณ์ก่อนเวลานัด เนื่องจากพบว่า การไปถึงก่อนเวลานัดมี หลายครั้งผู้เชี่ยวชาญสละเวลามาให้สัมภาษณ์ก่อนเวลานัด ทำให้ผู้วิจัยมีการสร้างความคุ้นเคยและมี เวลาในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น

ขณะสัมภาษณ์

ผู้วิจัยต้องขออนุญาตผู้เชี่ยวชาญในการบันทึกภาพและเสียงก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง และ ดำเนินการสัมภาษณ์เมื่อผู้เชี่ยวชาญอนุญาต ควรรักษาระยะเวลาในการสัมภาษณ์เนื่องจาก ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมีภาระงานมาก หากการดำเนินการสัมภาษณ์ใช้เวลานานเกินไปอาจทำ ให้กระทบต่องานของผู้เชี่ยวชาญได้

หลังการสัมภาษณ์

แจ้งผู้เชี่ยวชาญทุกครั้งที่มีการสัมภาษณ์ว่าขออนุญาตติดต่อในภายหลังหากผู้วิจัยมีประเด็น สงสัย/ ข้อคำถามเพิ่มเติมในภายหลัง และชี้แจงว่าตามระเบียบวิธีวิจัยผู้เชี่ยวชาญต้องตอบ แบบสอบถามอีก จำนวน 2 รอบ

ควรทำการบันทึกข้อมูลทันทีและทุกวันที่ทำกรสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ บันทึกข้อสังเกตและ ข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ทุกผู้เชี่ยวชาญ เป็นการทบทวนหาจุดเด่น จุดบกพร่องเพื่อ

พัฒนาการเข้าสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญท่านต่อไป ไม่ควรรอนกว่าจะได้ข้อมูลครบทุกคน เนื่องจากการที่ระยะเวลาผ่านไปผู้วิจัยอาจลืมเหตุการณ์หรือข้อค้นพบได้

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้รวบรวมประเด็นแนวโน้มการปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ทุกแนวโน้ม โดยวิเคราะห์บทสัมภาษณ์ของผู้เชี่ยวชาญทีละคน ทำการจัดกลุ่มประเด็นแนวโน้มที่เหมือนกัน จัดทำความถี่ของแต่ละประเด็น ในการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลจัดทำแนวโน้มผู้วิจัยได้ใช้เทคนิควิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการแยกวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) นำประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ จัดหมวดหมู่และแยกประเด็นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวมาน และนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสองท่าน เมื่อผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสองท่านแล้ว จึงทำการสร้างแบบสอบถามต่อไป ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยขอเสนอแนะว่าไม่ควรทิ้งช่วงระยะเวลานานเกินไป เนื่องจากการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลล่าช้า จะมีผลให้การสร้างแบบสอบถามช้าไปด้วย ซึ่งอาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญลืมคำตอบของตนจากการสัมภาษณ์ได้

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถามโดยบรรจุแนวโน้มทุกประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์สังเคราะห์ในขั้นตอนที่ 3 ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยควรจัดทำแบบสอบถามสำหรับผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านด้วยความระมัดระวังในการใส่เครื่องหมาย / สัญลักษณ์ รวมถึงการอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามที่ต้องมีความละเอียดและชัดเจน ใช้ข้อความที่มีความสั้น กระชับ เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้คำว่าและ/ หรือ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญจะได้ไม่เกิดความสับสนในการตอบแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 5 การทำ EDRF รอบที่ 2

ผู้วิจัยพบว่าการนำแบบสอบถามไปส่งถึงมือผู้เชี่ยวชาญเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากผู้วิจัยมีโอกาสได้อธิบายแบบสอบถาม มีการทำความเข้าใจข้อคำถามได้อย่างชัดเจน แต่การมีข้อคำถามมากเกินไปทำให้ผู้เชี่ยวชาญต้องใช้เวลามากในการคิดทบทวนคำตอบ ที่ถูกต้องเหมาะสม และตรงกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่สุด

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญผ่านช่องทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ พบว่ามีความสะดวกในการส่งกลับแบบสอบถาม ประหยัดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม แต่ปัญหาที่พบคือผู้เชี่ยวชาญบางท่านไม่ได้รับแบบสอบถามเนื่องจากมีข้อผิดพลาดจากระบบการส่งข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ ดังนั้นการส่งแบบสอบถามในช่องทางนี้ทุกครั้งผู้วิจัยควรมีการตรวจสอบยืนยันการได้รับและการส่งกลับแบบสอบถามคืนจากผู้เชี่ยวชาญทุกครั้ง

การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์มีข้อดีคือผู้เชี่ยวชาญสามารถตอบแบบสอบถามได้ทันที และมีข้อจำกัดคือใช้ระยะเวลานานมากในการส่งกลับแบบสอบถาม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กองการพยาบาล. (2544). **มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองการพยาบาล. (2545). **แนวทางการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองการพยาบาล. (2544). **มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ยูไนเต็ด โปรดักชั่น.
- เกษม บุญอ่อน. (2522). เดลฟาย: เทคนิคการวิจัย. **ครุปริทัศน์** 4 (10) : 26-33.
- ขนิษฐา วิทยาอนุมาส. (2530). การวิจัยแบบเดลฟาย : เทคนิคและปัญหาที่พบในการวิจัย. **รวมบทความเกี่ยวกับการวิจัยการศึกษา**. กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.
- ขวัญตา บุญवास. (2549). แนวคิด หลักการพยาบาลสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิต. ใน **ละเอียด แจ่มจันทร์ และ สุวีร์ ชันชรัถยวงศ์. (บรรณาธิการ). สารทบทวนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : จุฑทอง.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554. (2550). **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554**. มปส.
- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2539). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. (2552). **แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรส.
- จันทร์อัมพร รุณดี. (2544). **การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี 2553**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2553). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น**. เอกสารประกอบการสอน รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัดสำเนา).

- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2551). การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. ใน เอกสารการสอนชุดวิชา การส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 8-15. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2529). ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2543). แนวคิดการปฏิรูปการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชกับการพัฒนาระบบบริการ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 14 (2) : 8-11.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน.(2553). เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบEDFR. ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์. (บรรณาธิการ). เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน.(2552). ปฏิบัติการวิจัยอนาคตด้วยด้วย EDFR. เอกสารประกอบการอบรมสัมมนาวิชาการเรื่อง การวิจัยอนาคต. ขอนแก่น: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2530). การวิจัยแบบ EDFR. รวบรวมบทความวิจัยเกี่ยวกับการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองการพิมพ์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม.(บรรณาธิการ). (2552) การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร : ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- ถาวร สกุลพาณิชย์.(2545). ความก้าวหน้าของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. **กุมารเวชสาร**. 9 (3) : 245-247.
- ทัศนา บุญทอง. (บรรณาธิการ). (2543). **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ศิริยอดการพิมพ์.
- นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, สร้อยสุดา วิทยากร, และ โฉมฉายา ภิระบรรณ. (2549). **การคัดกรองพัฒนาการและการทดสอบหาความผิดปกติในเด็ก**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์.
- นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2553). สาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ. **วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา**. 5 (2) : 80-89.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2539). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช1. สงขลา : เหมการพิมพ์.
- ปิยะนุช จิตตนนท์. (2553). การดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน : การจัดบริการพยาบาลในโรงเรียน. สงขลา : ลิมบราเดอร์สเพรส.

- พวงทิพย์ ชัยภีบาลสฤณี. (2551). **คุณภาพการบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : วีพรีนทร์ (1991).
- ภัทรา ธีรลาภ, นิวัติ เอี่ยมเที่ยง, และอริสสา ฤทธิกาญจน์. (2541). การให้บริการสุขภาพจิตของ รพศ./ รพท./ รพช. ในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. **วารสารกรมสุขภาพจิต**. 5 (2) : 46 -56.
- ยุทธศาสตร์การพัฒนาคณบดีผู้ทรงคุณวุฒิแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน. (2553). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559**. Available from <http://www.nesdb.go.th> [2011, September 30]
- รังสิมันต์ สุนทรไชยาและ อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2552). **รายงานการวิจัย เรื่อง ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน**. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, ภัทรา ธีรลาภ, กรทิพย์ วิทยากาญจน์, และปนัดดา ทองซัง. (2549). **การให้บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร**. นนทบุรี : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา).
- รัตนา ทองสวัสดิ์. (2552). **วิชาชีพการพยาบาล หลักการและแนวโน้ม**. เชียงใหม่ : ชนบรรณการพิมพ์.
- ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุธี ชันธรัถยวงศ์. (บรรณาธิการ). (2549). **สารทบทวน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : จุฑาทอง.
- ลินจง โปธิบาล, พิภูล บุญช่วง และวารุณี ฟองแก้ว. (แปลและเรียบเรียง). (2540). **ความเข้าใจในกระบวนการพยาบาลยุคหน้า**. กรุงเทพมหานคร : แมคกรอ-ฮิล อินเทอร์เน็ต.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. (บรรณาธิการ). (2550). **ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2**. กรุงเทพมหานคร : ธนาพรส.
- วิพุธ พูลเจริญ. (2544). **สุขภาพ: อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม**. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- วันเพ็ญ บุญประกอบ. (2534). **จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ศรีพิมล ดิษยบุตร. (2553). **สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช**. ศรีสะเกษ : คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเฉลิมกาญจนา.

- ศิริณี อินทรหนองไผ่. (2553). **กระบวนการพยาบาล: เครื่องมือผู้จัดการสุขภาพองค์รวมเพื่อพัฒนาสุขภาพระดับปฐมภูมิ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. มหาสารคาม : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศศิไสย์ คุ้มทรัพย์อนันต์. (2554). **คู่มือครอบครัวบำบัด สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านครอบครัวและเด็ก**. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (บรรณาธิการ). (2553). **การปฏิบัติขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร : จุฑาทอง.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2551). **ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2553). **ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (2553). **แผนยุทธศาสตร์ชาติเพื่อพัฒนาประเทศไทยก่อนเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี ค.ศ.2015**. กรุงเทพมหานคร : สันทวีกิจ.
- สภาการพยาบาล. (2551). **แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ (ฉบับปรับปรุง)**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : จุฑาทอง.
- สภาการพยาบาล. (2540). **พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2548 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540**. นนทบุรี: เดอะเบสกราฟฟิคแอนด์ปริ้น.
- สภาการพยาบาล. (2552). **แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2550-2559**. กรุงเทพมหานคร : ศิริยอดการพิมพ์.
- สภาการพยาบาล. (2553). **สมรรถนะและการออกวุฒิบัตรรับรองความรู้และความชำนาญเฉพาะทางของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง**. กรุงเทพมหานคร : ศิริยอดการพิมพ์.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. (2543). **ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ?** สรุปรายการสัมมนาระดับชาติ วันที่ 3 พฤษภาคม 2543. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สายสุรีย์ จุฑิกุล. (2551). **นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการพัฒนาเด็กตามแนวทาง “โลกที่เหมาะสมสำหรับเด็ก” (พ.ศ. 2550-2559)**. *กุมารเวชสาร*. 15 (2) : 133-137.
- สุขภาพจิต, กรม. (2554). **กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตและ แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559)**. กรุงเทพมหานคร : ละม่อม.

- สุขภาพจิต, กรม. (2544). **คู่มือดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนสำหรับผู้ปกครอง**. กรุงเทพฯ: วงศ์กมล โปรดักชั่น.
- สุขภาพจิต, กรม. (2544). **แนวทางการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต.
- สุขภาพจิต, กรม. (2551). **พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง.
- สุขภาพจิต, กรม. (2552). **แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงครึ่งหลังของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2553-2554)**. กรุงเทพมหานคร : ละม่อม.
- สุขภาพจิต, กรม. (2552). **สุขภาพจิตชุมชน: รายงานระดับประเทศ พ.ศ. 2551**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข
- สุปราณี พิมพ์ตรา. (2551). **การจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้แบบจำลองระบบของนิวแมน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2553). **ทิศทางแผนพัฒนาฉบับที่ 11**. เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2553 วันที่ 6 สิงหาคม 2553. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (มปป.). **หลักกฎหมายระหว่างประเทศทั่วไปเกี่ยวกับสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชน อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก Convention on the Rights of the Child (CRC)**. กรุงเทพมหานคร : SM เซอร์คิตเพรส.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550**. กรุงเทพมหานคร : สหพัฒนไพศาล.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11(พ.ศ. 2555-2559)**. มปส.
- สำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2553). **เอกสาร ทิศทางแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 (ฉบับชุมชน) “แผนฯ 11 ... สู่อสังคมนั่งสุขอย่างมีภูมิคุ้มกัน”**. นนทบุรี : สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (มปป.). **มาตรฐานบริการสุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร.**
 กรุงเทพมหานคร : กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย.
- หทัยชนก บัวเจริญ และคณะ. (2553). **การพยาบาลในระบบสุขภาพ.** กรุงเทพมหานคร : จรัสสินท
 วงศ์การพิมพ์.
- อนงค์นุช ภูยานนท์. (2544). **อนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง
 ของประชาชนในทศวรรษหน้า.** วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนศึกษา
 ภาควิชาสารัตถศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 4.
 กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น และ ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. (2555). **การ
 สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ.**
 พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : คลังนานาวิทยา.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิ
 สภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ธรรมสาร.

ภาษาอังกฤษ

- American Nurse Association. (1994). **Statement on Psychiatric Mental Health Nursing
 Clinical Nursing Practice and Standards of Psychiatric Mental Health Nursing
 Clinical Nursing Practice.** Washington, D.C. : American Nurse Association.
- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental
 Disorders.** 4th ed. text revision. DSM-IV-TR^R, Washington, DC : American Psychiatric
 Association.
- Barbara, S.J. (1995). **Children, Adolescent, and Family Psychiatric Nursing.** Philadelphia :
 Lippincott.
- Barry, P.D. (2002). **Mental Health and Mental Illness.** 7th ed. Philadelphia : Lippincott.
- Birckhead, L.M. (1989). **Psychiatric/ Mental Health Nursing: The Therapeutic Use of Self.**
 Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Birleson, P. and Vance, A. (2008). Developing the “youth model” in mental health services.
Australian Psychiatry. 16 (1) : 22- 26.

- Burgess, A.W. (1990). **Psychiatric Nursing in the Hospital and the Community**. 5th ed. California : Appleton& Lange.
- Chakraborty, N. et al. (2006). Effectiveness of Continuing Nursing Education Program in Child Psychiatry. **Journal of Child and Adolescent Psychaitric Nursing**. 19 (1) : 21-28.
- Cleary, M., et Al. (2011). Continuing challenges for the mental health consumer workforce: A role for mental health nurses?. **International Journal of Mental Health Nursing**. 20 : 438-444.
- Costello, E., Agnold,A., Burns, B.J., Erkanli, A., Stangl, D.K., and Tweed, D.L.. (1996). The Great Smoky Mountains study of youth: Functional Impairment and Serious Emotional Disturbances. **Archives of Psychiatry**. 53 : 1137-1143.
- Clinton, M., and Nelson, S. (1996). **Mental Health & Nursing Practice**. Sydney : Prentice Hall Australia.
- Cunningham,P.B., Swenson, C.C., and Henggeler,S.W. (1997). Chapter 22: Children and Adolescents. in **Mental Health Nursing in the Community**. St. Louis : Mosby.
- Davis, A. R. (1997). **Advanced Practice Nurses**. Boston : Jones and Bartlett.
- Doenges, M.E., Townsend, M.C., and Moorhouse, M.F. (1995). **Psychiatric Care Plans Guidelines for Individualizing Care**. 3rd ed. Philadelphia : F.A. Davis.
- Eby, L., and Brown, N.J. (2005). **Mental Health Nursing Care**. New Jersey : Pearson Education.
- England, M., and Cole, R. (1992). Building systems of care for youth with serious mental illness. **Hospital and Community Psychiatry**, 43 : 630-633.
- Everett, T., Dennis, M., and Ricketts, E. (1995). **Physiotherapy in Mental Health: a practical approach**. Oxford : Butterworth- Heinemann.
- Fontaine, K.L. (2003). **Mental Health Nursing**. 5th ed. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.
- Fortinash, K.M., and Worret, P.A. (2008). **Psychiatric Mental Health Nursing**. 4th ed. St. Louis, Missouri : Mosby Elsevier.
- Fortinash, K.M., and Worret, P.A.H. (2007). **Psychiatric Nursing Care Plans**. 5th ed. St. Louis : Mosby.
- Garrison, P.J. (1989). Commentary America's invisible children need visible services: An executive view. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing**, 2(3) : 97-99.

- Gillam, T. (2002). **Reflections on Community Psychiatric Nursing**. London : Routledge.
- Glascoc, F.P. (2000). Early Detection of Developmental and Behavioral Problems. **Pediatr Ref.** 21(8) : 272-80.
- Goodman , R., and Scott, S. (2005). **Child Psychiatry**. Victory ,AU:Blackwell Publisting. Chapter 35 : 273-280.
- Hickey, J. V., Ouimette, R.M., and Venegoni, S. L. (2000). **Advanced Practice Nursing: Changing Roles and Clinical Applications**. 2nd ed. Philadelphia : Lippincott.
- Johnson, B.S. (1995). **Child, Adolescent, and Family Psychiatric Nursing**. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Isaacs, A. (2005). **Mental Health and Psychiatric Nursing**. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins A Wolters Kluwer.
- Lindsay, B. (1994). **The Child and Family: Contemporary Nursing Issues in Child Health and Care**. London : Bailliere Tindall.
- Lopez, C. et al. (2008). Latino Disparities in Child Mental Health Services. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**. 21(3) : 137- 145.
- Lynch, J.E., and Trenoweth, S. (2008). **Contemporary Issues in Mental Health Nursing**. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Mash, E.J., and Barkley, R.A. (2003). **Child Psychopathology**. 2nd ed. New York : The Guilford Press.
- McClure, F.H., and Teyber, E. (1996). **Child and Adolescent Therapy**. Fort Worth : Harcourt Brace College.
- McDougall, T. (2006). **Child and Adolescent Mental Health Nursing**. Oxford : Blackwell.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., and Ford, T. (2000). **The Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain: Summary Report**. London : The Stationery Office.
- Milstead, J.A. (2008). **Health Policy and Politics A Nurse's Guide**. 3rd ed. Sudbury, Massachusetts : Jones and Bartlett.
- Mohr, W.K. (2009). **Psychiatric- Mental Health Nursing: Evidence-Based Concepts, Skill, and Practice**. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Murray, C.J. (1996). Rethinking DALYs. In Murray, C.J., Lopez, A.D. (ed.). **The Global Burden of disease**. Geneva : World Health Organization.

- Norman, I., and Ryrie, I. (2009). **The Art and Science of Mental Health Nursing: A Textbook of Principles and Practice.** 2nd ed. New York : McGraw-Hill.
- Neuman, B., and Fawcett, J.. (ed.). (2002). **The Neuman Systems Model.** 4th ed. New Jersey : Prentice Hall.
- Neuman, B. (1995). **The Neuman System Model.** 3rd ed. Norwalk : Appleton & Lange.
- Neuman, B. (1980). The Betty Neuman Health Care Systems Model: a total approach to patient problems. In J. Rieffi and C. Roy (eds). **Conceptual Models for Nursing Practice.** 2nd ed NewYork : Appleton-Century-Croft.
- Pennsylvania department of public welfare. (2000). **Pennsylvania child and adolescent service system program.** [Online]. Available from : <http://www.dpw.state.pa.us/omhcas.asp> [2012, April 17]
- Pumariaga, A.J., and Winters, N.C. (2003). **The Handbook of Child and Adolescent Systems of Care: The New Community Psychiatry.** San Francisco : John Wiley & Sons.
- Remschioht, H. and Belfer, M. (2005). Mental Health Care for Children and Adolescents Worldwide: a review. **World Psychiatry.** 4(3) : 147-153.
- Schultz, J.M., and Videbeck, S.L. (2009). **Psychiatric Nursing Care Plans.** 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Shaw, I. (1997). Assessing Quality in Health Care Services: Lessons from Mental Health Nursing. **Journal of Advanced Nursing.** 26 : 758-764.
- Shives, L.R. (2005). **Basic Concepts of Psychiatric- Mental Health Nursing.** 6th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Shives, L.R., and Isaacs, A. (2005). **Basic Concepts of Psychiatric- Mental Health Nursing.** 5th ed. Philadelphia : Lippincott .
- Smith, S.R., and Handler, L. (2007). **The Clinical Assessment of Children and Adolescents: A Practitioner' s Handbook.** Mahwah, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
- Spradley,, B. W. (1990). **Community Health Nursing Concepts and Practice.** 3rd ed. London : Scott.
- Stroul, B.A. (2003). Systems of care: A Framework for Children's Mental Health care. In Pumariaga, A.J., & Winters, N.C. **The Handbook of Child and Adolescent Systems of Care.** San Francisco : John Wiley & Sons.

- Stuart, G.W., Laraia, M.T. (2001). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing**. 7th ed.
St. Louis : Mosby.
- Taylor, C.M. (1990). **Essentials of Psychiatric Nursing**. 3rd ed. St. Louis : The C.V. Mosby.
- Tomey, A.M. and Alligood, M.R. (1998). **Nursing Theorists and their Work**. 4th ed. St. Louis :
Mosby.
- Townsend, M.C. (1996). **Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care**. 3rd ed.
Philadelphia : F.A. Davis.
- Videbeck, S.L. (2008). **Psychiatric- Mental Health Nursing**. 4th ed. Philadelphia : Wolters
Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Walsh, M. (2006). **Nurse Practitioners Clinical Skills and Professional Issues**. 2nd ed.
Edinburgh : Butterworth Heinemann Elsevier.
- Watkins, K. (2001). **Mental Health Nursing The Art of Compassionate Care**. Oxford :
Butterworth- Heinemann.
- Weise, J. (1998). Effects of Psychopathology with Children and Adolescents: What we know and
what we need to learn. In Cicchetti, D., & Toth, S.L. (ed.). **Developmental approaches
to prevention and intervention** (Rochester symposia on Developmental
Psychopathology. 9: 22-49). Rochester, NY : University of Rochester Press.
- Wheeler, K. (2008). **Psychotherapy for the Advanced Practice Psychiatric Nurse**. St. Louis :
Mosby Elsevier.
- Wilson, H.S., and Kneisl, C.R. (1992). **Psychiatric Nursing**. 4th ed. Redwood City, California :
Addison- Wesley Nursing.
- World Health Organization. (2011). **World Health Statistic 2011**. Geneva : WHO Press.
- World Health Organization. (?). **The effectiveness of mental health services in primary care:
the view from the developing world**. Geneva : WHO Press.
- World Health Organization. (2007). **WHO-AIMS Report on Mental Health System in
Thailand**. Nonthaburi : Ministry of Public Health, Thailand.
- Worley, N.K. (1997). **Mental Health Nursing in the Community**. St. Louis : Mosby.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางศิริพร เพ็งเจริญ เกิดเมื่อวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2516 จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เมื่อปีพ.ศ. 2538 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีพ.ศ. 2553 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร