

การศึกษาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
ที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลจิตเวช

โดย
โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
และ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข
สิงหาคม 2541

โดยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย จากสำนักงานปฏิรูประบบงาน กรมสุขภาพจิต



กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือของ รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญาภิรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิจัยที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นและคำปรึกษาคำด้วยดีเสมอมา รวมทั้งคณะที่ปรึกษาของกรมสุขภาพจิตทุกท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 11 ท่าน ที่ตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ รศ.อรรถพร กุณพันธ์ ที่กรุณาตรวจสอบโครงสร้างของเครื่องมือ แนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนให้การวิจัยดำเนินไปได้ด้วยดี และขอบคุณบุคลากรทางการพยาบาล แห่งกักกรมสุขภาพจิตทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตอบแบบสอบถาม

การวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลงไม่ได้ หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานปฏิรูประบบงาน กรมสุขภาพจิต คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

รับกหนังสือ	ม. พ. 160 ส. 20 244
เลขที่	๔๐๑๐๗๐๑
วันที่ลงทะเบียน	๑ พ.ค. 2544
วันที่รับ	18 พ.ค. 2544

ชื่อเรื่องวิจัย การศึกษาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการ
พยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวช

ชื่อผู้วิจัย

1. นางจันทร์ทิพย์ นามไชย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง
2. นางเสาวณีย์ ธรรมวิทย์กุล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
3. นางสาวอรรฉัตร ถีทองอินทร์ พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
4. นางสาวศิริพร ทองพ่อ พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
5. นางสาวประหยัศประภาพรหม พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวนปรุง
6. นางสาวลัดดา คันทันทะ พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวนปรุง

ที่ปรึกษาการทำวิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ
กิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช โดยมีวัตถุประสงค์
เพื่อศึกษาความรู้ ระดับทักษะ ระดับการปฏิบัติ และระดับความจำเป็นของกิจกรรม
การพยาบาลในโรงพยาบาล จิตเวช ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ความจำเป็น
ของกิจกรรมการพยาบาล และข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาล และศึกษาเปรียบเทียบ
ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวช
ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต และ
การพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 128 คน พยาบาลเทคนิคจำนวน 116
คน เจ้าหน้าที่พยาบาลจำนวน 19 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 192 คน รวม 455 คน ได้กลุ่ม
ตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกิจกรรม
การพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช แบบสอบถามความ
จำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาล

จิตเวช แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวช และแบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ ซึ่งได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ .94, .98, .82 และ .97 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ เพียร์สัน การทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัย พบว่า

1. บุคลากรทางการพยาบาล มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ร้อยละ 62.21 ($\bar{X} = 20.53$, $SD = 3.78$) ของคะแนนเต็ม เมื่อพิจารณาตามตำแหน่ง พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้มากที่สุด คือ ร้อยละ 71.73 ($\bar{X} = 23.67$, $SD = 2.67$), รองลงมาคือพยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ คือ ร้อยละ 64.60 ($\bar{X} = 21.32$, $SD = 28.89$), 60.12 ($\bar{X} = 19.84$, $SD = 2.87$) และ 54.61 ($\bar{X} = 16.02$, $SD = 2.16$) ของคะแนนเต็ม ตามลำดับ

2. บุคลากรทางการพยาบาล มีทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.39$) เมื่อพิจารณาตามตำแหน่ง พบว่าพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ทุกกลุ่ม ($\bar{X} = 4.04$, $SD = 0.34$, $\bar{X} = 3.98$, $SD = 0.35$, $\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.40$ และ $\bar{X} = 3.81$, $SD = 0.46$ ตามลำดับ)

3. บุคลากรทางการพยาบาล มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.43$, $SD = 0.53$) เมื่อพิจารณา กิจกรรมการพยาบาลรายด้าน พบว่า

พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาล มีความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 2.44$, $\bar{X} = 4.20$, $SD = 0.48$ และ $\bar{X} = 4.08$, $SD = 0.38$ ตามลำดับ) และด้านการบำบัดทางจิต ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.44$, $SD = 0.53$, $\bar{X} = 4.12$, $SD = 0.71$ และ $\bar{X} = 4.10$, $SD = 0.64$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ($\bar{X} = 2.88$, $SD = 0.33$, $\bar{X} = 2.74$, $SD = 0.46$ และ $\bar{X} = 2.63$, $SD = 0.60$ ตามลำดับ) และด้านการสอนทางสุขภาพในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.89$, $SD = 0.31$, $\bar{X} = 2.80$, $SD = 0.40$ และ $\bar{X} = 2.68$, $SD = 0.67$ ตามลำดับ)

ผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายและด้านการบำบัดทางจิต ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 0.53$ และ $\bar{X} = 3.81$, $SD = 0.79$ ตามลำดับ) ด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.49$, $SD = 0.57$) ส่วนด้านการสอนทางสุขภาพ ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.61$, $SD = 0.72$)

4. บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในระดับการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ($\bar{X} = 2.61$, $SD = 0.70$) เมื่อพิจารณากิจกรรมการพยาบาลรายด้าน พบว่า

พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ อยู่ในระดับปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ($\bar{X} = 3.00$, $SD = 0.68$, $\bar{X} = 3.08$, $SD = 0.54$ และ $\bar{X} = 2.55$, $SD = 0.60$ ตามลำดับ)

พยาบาลเทคนิค ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายและการบำบัดทางจิต อยู่ในระดับเป็นส่วนใหญ่ ($\bar{X} = 2.85$, $SD = 0.62$ และ $\bar{X} = 2.78$, $SD = 0.77$ ตามลำดับ) ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพอยู่ในระดับเป็นบางครั้ง ($\bar{X} = 2.41$, $SD = 0.57$ และ $\bar{X} = 2.39$, $SD = 0.63$ ตามลำดับ)

เจ้าหน้าที่พยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัด และด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด อยู่ในระดับเป็นส่วนใหญ่ ($\bar{X} = 2.78$, $SD = 0.77$, $\bar{X} = 2.85$, $SD = 0.73$ และ $\bar{X} = 2.63$, $SD = 0.60$ ตามลำดับ) และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการสอนทางสุขภาพอยู่ในระดับปฏิบัติเป็นบางครั้ง ($\bar{X} = 2.47$, $SD = 0.77$)

ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย อยู่ในระดับเป็นส่วนใหญ่ ($\bar{X} = 2.60$, $SD = 0.75$) ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ อยู่ในระดับปฏิบัติเป็นบางครั้ง ($\bar{X} = 2.30$, $SD = 1.13$, $\bar{X} = 2.33$, $SD = 0.70$ และ $\bar{X} = 2.21$, $SD = 0.76$ ตามลำดับ)

5. จากการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า

ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ตำแหน่ง การอบรม ทักษะ การปฏิบัติและความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ตำแหน่ง การอบรม ความรู้ การปฏิบัติ และความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และ มีความสัมพันธ์ทางลบกับ อายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ตำแหน่ง การอบรม ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

..... ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ตำแหน่ง การอบรม
ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่มี
ความสัมพันธ์ทางลบกับ อายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. จากการศึกษามาเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติ และ ความจำเป็นของกิจกรรม
การพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตาม การอบรม และระยะเวลาการปฏิบัติงาน พบว่าไม่มี
ความแตกต่างกัน

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
สารบัญแผนภาพ	ช
สารบัญตาราง	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความถี่ในมาและความถี่แท้ของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
คำถามของการวิจัย	5
สมมติฐานของการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ	8
แนวคิดเกี่ยวกับวิชาชีพ	15
แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน	19
แนวคิดเกี่ยวกับการขยายผลสุขภาพจิตและจิตเวช	22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	72
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	76
ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	76
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	77
การเก็บรวบรวมข้อมูล	81
การวิเคราะห์ข้อมูล	82
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล	84
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	144

	หน้า
สรุปผลการวิจัย	144
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	147
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้	147
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	147
บรรณานุกรม	149
ภาคผนวก	164
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	165
ภาคผนวก ข รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	174

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
1 กิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวช	71
2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	75

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล	77
2	จำนวนและร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตาม เพศ อายุ ตำแหน่ง การอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช	85
3	จำนวน คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรของความรู้บุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามตำแหน่ง	87
4	จำนวน คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรและระดับทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช ของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามตำแหน่ง	88
5	จำนวน คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรและระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวชของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามตำแหน่ง	89
6	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรและระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวช ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อการบำบัดและด้านการสอนทางสุขภาพ	90
7	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรและระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวช ของพยาบาลเทคนิค จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อการบำบัดและด้านการสอนทางสุขภาพ	91

ตาราง		หน้า
8	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรและระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวช ของเจ้าหน้าที่พยาบาล จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดลอม เพื่อการบำบัดและด้านการสอนทางสุขภาพ	92
9	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรและระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวช ของผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดลอม เพื่อการบำบัดและด้านการสอนทางสุขภาพ	93
10	จำนวน คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรและระดับความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวช ของบุคลากรทางการพยาบาล จำแนกตามตำแหน่ง	94
11	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรและระดับความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวช ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดลอม เพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ	95
12	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรและระดับความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวช ของพยาบาลเทคนิค จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดลอม เพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ	96

ตาราง		หน้า
13	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร และระดับความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาล จิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวช ของเจ้าหน้าที่พยาบาล จำแนกตาม กิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ	97
14	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร และระดับความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาล จิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวช ของผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำแนกตาม กิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ	98
15	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชเชิง วิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช ของบุคลากรทางการพยาบาล	99
16	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ ความจำเป็นและการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ใน โรงพยาบาลจิตเวชกับการอบรมเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต และการพยาบาล จิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ	101
17	เปรียบเทียบระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชกับความรู้ เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ	102
18	เปรียบเทียบระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชกับทักษะ เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ	103
19	เปรียบเทียบระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชกับการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ	104
20	เปรียบเทียบระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชกับความจำเป็น เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ	105

ตาราง		หน้า
21	ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล ของบุคลากรทางการพยาบาล จำแนกตามตำแหน่ง และกิจกรรมการพยาบาลวิชาชีพ	106

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการพยาบาล ในโรงพยาบาลจิตเวชให้มีความชัดเจนมีทิศทางในการปฏิบัติการพยาบาลในแนวเดียวกัน และเพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มมากขึ้นโดยมีความเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงของ อัตราค่าจ้างที่มีอยู่ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความรู้ความสามารถและศักยภาพของบุคคล (กรมสุขภาพจิต, 2540)

โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตมีทั้งหมด 9 แห่ง คือ โรงพยาบาลจิตเวช นครพนม โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลนิติจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยา และโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการส่งเสริมป้องกันปัญหา สุขภาพจิต การตรวจวินิจฉัย ป่าไ้รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต โรคทางจิตเวชและโรกระบบประสาท เป็นศูนย์ประสานงานสนับสนุนวิชาการแก่สถานบริการ สาธารณสุขอื่น ๆ ในเขตรับผิดชอบ นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุนการสอนและการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนักศึกษาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (กรมสุขภาพจิต, 2540, โรงพยาบาลขอนแก่น, 2539 และโรงพยาบาลสวนปรุง, 2539) ดังนั้นจึงเป็น หน่วยงานที่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาอยู่เสมอ เพื่อที่จะสามารถเอื้อประโยชน์ต่อการ ปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาตามโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไปแล้ว กลุ่ม งานการพยาบาลนั้นเป็นหน่วยงานหนึ่งที่เป็นกำลังสำคัญของโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากเป็นหน่วย งานที่มีจำนวนบุคลากรมากที่สุด และมีการดำเนินกิจกรรมพยาบาลต่าง ๆ ตลอดเวลา โดยมี พยาบาลเป็นผู้ให้บริการที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง (นิภา ชื่นใจ และคณะ, 2531 อ้างใน ปัทมาวดี ปัญงักดิ์, 2536) ดังนั้นกลุ่มงานการพยาบาลจึงเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญใน การดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งลักษณะกลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความผิดปกติในด้าน อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม รวมทั้งผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างจนถึงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ลักษณะการเจ็บป่วยมีความซับซ้อนแตกต่างกันไปในแต่ละราย ส่วนรูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิตเวช มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตลอดเวลา ตามแนวคิดและความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย ซึ่งปัจจุบันพบว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชนั้นประกอบด้วย การรักษาทางด้านร่างกาย การบำบัดทางจิต และการรักษาโดยใช้สิ่งแวดลอม ซึ่งต่างก็มีความสำคัญต่อผู้ป่วย โดยจะอาศัยการรักษาทาง ด้านใดด้านหนึ่งไม่ได้ (สุวรรณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2535, และเพียรศิริ เปี่ยมมงคล, 2536) ซึ่งในการ พยายามนั้นก็จะให้การดูแลโดยยึดแนวทางการบำบัดรักษาคงกล่าวเป็นหลักเช่นกัน การส่งเสริม การพยาบาลที่จำเป็นอีกอันหนึ่งที่ขาดไม่ได้คือ กิจกรรมการสอนทางสุขภาพ ทุกคนใช้เวลาอย่าง น้อยร้อยละ 10 ในการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย หรือสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคและการ ส่งเสริมสุขภาพ (อุบล นิวัติชัย อ้างใน ไพรัตน์ พงกษชาติคุณากร, 2533) ซึ่งการสอนทาง สุขภาพแก่ผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสมในการที่จะ ปฏิบัติตัว ให้สามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ และในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น เคลทเนอร์ ชเว็ค และ บอสตรัม (Keltner, Schweck, & Bostrom, 1991, 1995) ได้เน้นถึงความสมดุลในการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแนวทางการบำบัด รักษา ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ขาดด้านใดด้านหนึ่งไม่ได้ คือสัมพันธ์ภาพเพื่อการ บำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การจัดการด้านยา และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งการดูแล ดังกล่าวจะช่วยสนองตอบต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม โดยสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ถือเป็นหัวใจ ของการพยาบาลจิตเวช ที่ผู้ป่วยทุกคนต้องการเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เข้าใจตนเองและ สามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม (อรพรรณ ถิรบุญรัชชัย, 2535) ส่วนในด้านการรักษาด้วยยานั้น เป็นหน้าที่รับผิดชอบอันหนึ่งของพยาบาลจิตเวช ทั้งนี้ เพราะการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาเป็นสิ่งจำเป็น การสังเกตอาการของผู้ป่วยต่อการได้รับการรักษา ด้วยยา ตลอดจนการสังเกตผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและการวางแผนให้การช่วยเหลือ ด้วยเป็น กิจกรรมจำเป็นสำหรับพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชยังมีหน้าที่รับผิดชอบในด้านการจัดการ สิ่งแวดล้อมซึ่งถือเป็นกิจกรรมสำคัญที่มุ่งเน้นให้มีความเหมาะสม เพื่อประโยชน์ต่อการดูแลรักษา ผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นในเรื่องสถานที่ บุคลากร และการจัดกิจกรรมบำบัดต่างๆ (Keltner, Schweck, & Bostrom, 1991, 1995, เพียรศิริ เปี่ยมมงคล, 2536)

อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในปัจจุบันถึงแม้จะยึดแนวทางการบำบัด รักษา คงกล่าวเป็นหลักที่จะใช้ในการช่วยเหลือทางการพยาบาล และมีมาตรฐานการปฏิบัติทาง การพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิตโดยเฉพาะในส่วนมาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับแนวทาง การรักษา คือมาตรฐานการรักษาทางกาย การปฏิบัติเพื่อการบำบัดทางจิต การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อ

การบำบัด และการสอนทางสุขภาพ เป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพการพยาบาล แต่ก็พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทต่างๆ ตามแนวทางการรักษาแต่ละด้านมีปัญหามากมายซึ่งศิริพร โอภาสวัชชัย (2531) ได้กล่าวไว้ว่า . ในการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชนั้นต้องประสบปัญหาหลายประเภท ได้แก่ ปัญหาการมีความรู้ทางการพยาบาลจิตเวชไม่เพียงพอ ปัญหาการทำงานหนักเกินไป เนื่องจากภาวะการขาดแคลนบุคลากร ปัญหาความไม่คงที่ของพฤติกรรมผู้ป่วย ปัญหาการหลบหนี ปัญหาผู้ป่วยทำร้ายเจ้าหน้าที่ และปัญหาผู้ป่วยและญาติไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น และ สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2529) ยังได้กล่าวเพิ่มเติมว่าพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ยังขาดทักษะในการ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในฐานะผู้บำบัดทางจิต ดังนั้นการมีความรู้และทักษะทางการพยาบาล จิตเวช น่าจะช่วยให้พยาบาลจิตเวชสามารถแยกแยะปัญหาและสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ได้เหมาะสมมากขึ้นเช่นกัน

นอกจากนี้ จุฬารัตน์ วิระขะรัตน์ (2535) ได้ทำการศึกษาลักษณะส่วนบุคคล ทักษะคติ ต่อ การพยาบาลจิตเวช และการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดของพยาบาลจิตเวช พบว่าพยาบาลจิตเวช มีลักษณะส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่เป็นที่น่าพอใจ และยังพบว่ามีการใช้ตนเองเพื่อการ บำบัดอยู่ในระดับต่ำ โดยที่ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.16 ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยมุ่งงานประจำ มีเพียงร้อยละ 27.91 เท่านั้นที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยมุ่งผู้ป่วย และอีกร้อยละ 20.93 ไม่ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลใดๆ เลย ดังนั้นโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมการใช้ตนเองเพื่อการบำบัด จึงน้อย ซึ่งศิริพร โอภาสวัชชัย (2531) ได้กล่าวไว้ว่า การใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดเป็น การใช้ความคิด ความรู้ และการแสดงออกของพฤติกรรมตอบโต้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย โดย พยาบาลต้องทำความเข้าใจและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเสมือนว่าสถานการณ์นั้นเป็นของตน และ เป็นการพยาบาลที่มุ่งเน้นการรักษาความสมดุลทางจิตใจให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทำความเข้าใจปัญหาที่ เกิดขึ้น และกระตุ้นให้หาทางออกหรือวิธีการเผชิญปัญหานั้นอย่างถูกต้องเหมาะสม

จะเห็นได้ว่าวิธีการและบทบาทของบุคลากรทางการพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติงานนั้นจะ ต้องเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวชอย่างใกล้ชิด ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลนั้นต้องครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปใน ทางที่เหมาะสม การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ของพยาบาลเพื่อให้เกิดผลทางการบำบัดนั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในกิจกรรมการพยาบาลเหล่านั้นอย่างลึกซึ้ง จากการเรียนรู้ด้วย วิธีการต่างๆ เพื่อให้เกิดทักษะแล้วสามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และเป็นการ พยาบาลเพื่อการบำบัดและฟื้นฟูที่มีคุณภาพในฐานะเป็นผู้บำบัดทางจิตอย่างแท้จริง

จากการศึกษาได้พบว่าพยาบาลจิตเวชมีทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาลจิตเวช (จุฬารัตน์ วิระขะรัตน์, 2535) และการมีทัศนคติในทางบวก จะมีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมในการปฏิบัติ

ทางบวก เช่นกัน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2520) และทัศนคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้ และการปฏิบัติ กล่าวคือ ทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่ และการปฏิบัติจะเป็นไปตามทัศนคตินั้น (Schwartz, 1975) และการที่มีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นหมายถึง ผลรวมของความเชื่อและการประเมินลักษณะความเชื่อที่บุคคลมีต่อสิ่งนั้น (Fishbein & Ajzen, 1975) ดังนั้นถ้าบุคลากรทางการพยาบาลของโรงพยาบาลจิตเวชมีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมการพยาบาล จะมีผลทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยความตั้งใจ และเป็นการดูแลที่มีคุณภาพ แต่ถ้ามีทัศนคติที่ไม่ดี ก็ไม่สามารถให้การดูแลที่ดีได้เช่นกัน ซึ่งทัศนคติขึ้นอยู่กับ การปลูกฝัง หรือมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงได้จากการเรียนรู้ โดยเฉพาะการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง และเกิดจากกลุ่มอ้างอิงที่เป็นสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวบุคคล เนื่องจากความคิดเห็น ความเชื่อส่วนใหญ่ของกลุ่มอ้างอิงจะเปรียบเสมือนข้อมูลใหม่อื่นจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และความคิดเห็นของบุคคลได้ (Fishbein & Ajzen, 1975) ดังนั้น หากผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถสร้างบรรยากาศในการปฏิบัติงานให้มีความสามัคคี เกิดการเรียนรู้ที่ดี ถูกต้อง เหมาะสม จะมีผลทำให้บุคลากรทางการพยาบาลเกิดทัศนคติในทางบวก และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีคุณภาพได้

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงระดับความจำเป็น ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติและความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล ตลอดจนศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และความจำเป็นของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามการอบรม และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานกิจกรรมการพยาบาลให้มีความเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวช
2. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลใน

โรงพยาบาลจิตเวช

3. เพื่อศึกษาระดับทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลใน

โรงพยาบาลจิตเวช

4. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลใน

โรงพยาบาลจิตเวช

5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล อายุ ตำแหน่ง การอบรม และระยะเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล

6. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และความจำเป็นของกิจกรรม

การพยาบาล จำแนกตาม การอบรม และระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

คำถามการวิจัย

1. กิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชมีความจำเป็นมากน้อยเพียงใด
2. บุคลากรทางการพยาบาลจิตเวชมีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลอย่างไร
3. บุคลากรทางการพยาบาลจิตเวชมีทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลระดับใด
4. บุคลากรทางการพยาบาลจิตเวชมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในระดับใด
5. ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล อายุ ตำแหน่ง การอบรม และระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กันอย่างไร
6. ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร เมื่อจำแนกตามการอบรม และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล และข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กันในทางบวก
2. ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพมีความแตกต่างกัน จำแนกตามการอบรมและระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช ตั้งกัศกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 แห่ง คือ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โรงพยาบาลนิติจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีรัษฎา โดยจะศึกษาจากบุคลากรทางการพยาบาลที่ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

นิยามศัพท์

กิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็น หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้หลักการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางด้านร่างกาย กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการบำบัดทางจิต กิจกรรมการพยาบาลในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และกิจกรรมการพยาบาลในการสอนทางสุขภาพ ที่สามารถสนองตอบความต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่มีความเหมาะสมและส่งผลต่อการรักษาในทางที่ดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยหลุดจากความเจ็บป่วยหรือความทุกข์ทรมาน สามารถช่วยเหลือตนเอง และปรับตัวให้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

1. กิจกรรมการพยาบาลทางด้านร่างกาย หมายถึง การให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรักษาด้วยยา การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า การจำกัดพฤติกรรม การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล และการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย

2. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการบำบัดทางจิต หมายถึง การติดต่อพบปะระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยพยาบาลใช้ความรู้และทักษะทางวิชาชีพ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาหรือความทุกข์ทรมานใจอันเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยของตน ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การสร้างปฏิสัมพันธ์ จิตบำบัดแบบประคับประคอง และการให้คำปรึกษาแนะนำ

3. กิจกรรมการพยาบาลในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด หมายถึง การจัดหอผู้ป่วยให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการบำบัดรักษา ประกอบด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมด้านวัตถุ การจัดสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล สัมพันธภาพของบุคคลในหอผู้ป่วย และการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย

4. กิจกรรมการพยาบาลในการสอนสุขภาพ หมายถึง กระบวนการให้ความรู้ การสร้างความเข้าใจ ทำให้เกิดความตระหนักและมีความพร้อมที่จะพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงตนเอง ทั้งด้านความรู้ ความเชื่อ และการกระทำอย่างมีเหตุผลในเรื่องการได้รับการรักษาด้วยยา สุขอนามัยส่วนบุคคล การสร้างสัมพันธภาพและทักษะการสื่อสาร การปรับตัวและทักษะทางสังคม และแหล่งบริการสุขภาพในชุมชน

ความรู้ของบุคลากรทางการพยาบาล หมายถึง ความรู้และความเข้าใจในกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาล

ทัศนคติของบุคลากรทางการพยาบาล หมายถึง ความคิด ความรู้สึกต่อกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาล

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้กระทำต่อผู้ป่วยจิตเวชในเชิงบำบัดซึ่งได้มาจากการรายงานด้วยตนเอง

บุคลากรทางการพยาบาล หมายถึง บุคคลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพ คือ ผู้ที่มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาตรี ประกาศนียบัตรหรือเทียบเท่าปริญญาตรี อนุปริญญา ทางสาขาการพยาบาล ซึ่งอาจจะเคยหรือไม่เคยได้รับการศึกษาฝึกอบรมต่อเนื่องในหลักสูตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

2. พยาบาลเทคนิค คือ ผู้ที่มีวุฒิทางการศึกษาและได้รับประกาศนียบัตรด้าน การพยาบาลระดับต้น สามารถปฏิบัติงานการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อนได้ด้วยตนเอง และเป็นผู้ช่วยพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีความซับซ้อน

3. เจ้าหน้าที่พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาล คือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่จบการศึกษา ระดับประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งอาจเคยหรือไม่เคยได้รับการศึกษาและอบรมในด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

4. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (Attendants) คือ บุคคลที่ได้รับการอบรมทางการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเพื่อปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อนภายใต้การควบคุมของพยาบาลทุกระดับ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการศึกษากิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช ผู้วิจัยจะได้นำเสนอผลการศึกษาค้นคว้า

1. แนวคิดเกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ
2. แนวคิดเกี่ยวกับวิชาชีพ และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
3. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ

ความรู้ (Knowledge)

ความรู้ เป็นแนวทางอย่างหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้สำหรับการปฏิบัติ การที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจดีก็จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องได้ มีผู้ให้ความหมายความรู้ไว้ดังนี้

ความรู้ ตามความหมายในพจนานุกรมเว็บสเตอร์ (The lexicon Webster Dictionary, 1977) หมายถึงข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหรือค้นคว้า หรือเป็นความรู้เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของหรือบุคคลที่ได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือจากรายงาน การรับรู้ ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจนและอาศัยเวลา

กู๊ด (Good, 1973) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับ และเก็บรวบรวมไว้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) และวิชัย วงษ์ใหญ่ (อ้างใน สุทธิศ วรศิริ, 2534) ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี โครงสร้าง มาตรฐาน วิธีการแก้ปัญหา จากความหมายของความรู้ดังกล่าวข้างต้น จึงอาจสรุปได้ว่า ความรู้ คือ ข้อเท็จจริงต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับจากประสบการณ์ การค้นคว้า ศึกษา สังเกต และมีการสะสมไว้สามารถจำได้ โดยอาศัยความสามารถและทักษะทางสติปัญญา

ไฟคอร์ด และดาลิส (Foder & Dalis, 1968:59) กล่าวกันว่า ความรู้เป็นการพัฒนาความสามารถในด้านสติปัญญาและทักษะต่างๆ ซึ่งความสามารถด้านสติปัญญาและทักษะต่างๆ นี้ บลูม (Bloom, 1975) ได้จำแนกไว้เป็นลำดับขั้นตอนจากง่ายไปหายากดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) หมายถึง พฤติกรรมเกี่ยวกับการจำแนกหรือการระลึกได้
 2. ความเข้าใจ (Comprehension) ผู้เรียนจะเข้าใจต่อเมื่อมีความรู้มาก่อน ความเข้าใจนี้จะออกมาในรูปของการแปลความ การตีความ และการคาดคะเน
 3. การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถในการจำแนกเรื่องที่สมบูรณ์ใดๆ ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัด ระหว่างส่วนประกอบเหล่านั้น รวมทั้งมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่างส่วนประกอบที่เกิดเป็นปัญหา หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง
 4. การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถที่จะรวบรวมส่วนย่อยต่าง ๆ เข้ามาเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจนและมีคุณภาพสูง
 5. การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึง ความสามารถในการวินิจฉัยคิราคติงของต่างๆ โดยมีกฎเกณฑ์และมาตรฐานเป็นเครื่องช่วยประกอบการวินิจฉัย กฎเกณฑ์ที่จะช่วยประเมินค่าออกเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลนั้นสร้างขึ้นมาเองหรือมีอยู่แล้วก็ได้
- ดังนั้น ความรู้จึงเป็นสิ่งที่สามารถวัดได้ว่า มีหรือไม่ แสดงออกได้ในการรับรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา

1. ความรู้ในเรื่องเฉพาะ (Knowledge of Specifics) เช่น จำสิ่งที่ป็นสัญลักษณ์ต่างๆ ได้ ความรู้ในขั้นนี้ได้แก่

1.1 ความรู้คำศัพท์เฉพาะ (Knowledge of Terminology) มุ่งกำหนดให้ผู้เรียนรู้คำศัพท์สัญลักษณ์บางอย่าง (ทั้งที่เป็นภาษาและมิใช่ภาษา) รวมทั้งสัญลักษณ์ที่ยอมรับกัน

1.2 ความรู้ในข้อเท็จจริงบางอย่าง (Knowledge of Specific Facts) มุ่งกำหนดให้ผู้เรียนเรียนรู้ในเรื่อง วัน เหตุการณ์ บุคคล สถานที่ โดยครอบคลุมทั้งที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง เช่น วันที่แน่นอน หรือ ที่มีลักษณะเชิงประมาณ เช่น ช่วงเวลาโดยประมาณก็ได้

2. ความรู้ในเรื่องวิธีการจัดการเฉพาะเรื่อง (Knowledge of Ways and Means of Dealing with Specifics) ได้แก่ ความรู้ในเรื่องวิถีทาง วิธีการจัดระเบียบ รวมทั้งการวิพากษ์วิจารณ์ มุ่งให้ผู้เรียนทำกิจกรรมที่อยู่ระหว่างความรู้เฉพาะถึงกับความรู้ในเรื่องทั่วไป ซึ่งได้แก่

2.1 ความรู้ในเรื่องระเบียบประเพณี (Knowledge of Conventions)

2.2 ความรู้เรื่องแนวโน้มและลำดับเหตุการณ์ (Knowledge of Trends and Sequence)

2.3 ความรู้เรื่องประเภทและจำพวก (Knowledge of Classifications and Categories)

2.4 ความรู้เรื่องเกณฑ์ (Knowledge of Criteria)

2.5 ความรู้เรื่องระเบียบวิธีการ (Knowledge of Methodology)

3. ความรู้เรื่องที่เป็นสากล และนามธรรมในสาขาต่างๆ (Knowledge of the Universals and Abstractions of a Field) ได้แก่ ความรู้ในเรื่องกฎ ทฤษฎี โครงสร้าง คือ

3.1 ความรู้เรื่องหลักและข้อสรุป (Knowledge of Principles and Generalizations)

3.2 ความรู้เรื่องทฤษฎีและโครงสร้าง (Knowledge of Theories and Structure)

ทัศนคติ

ทัศนคติ เป็นแกนกลางของจิตวิทยาสังคมยุคปัจจุบัน ซึ่งถือว่าทัศนคติมีความสำคัญในการกำหนดพฤติกรรม นักจิตวิทยาและนักการศึกษาได้ให้ความหมายไว้หลายประการดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 (2531) ให้ความหมายไว้ว่า ทัศนคติ คือ แนวความคิดเห็น

กู๊ด (Good, 1973) ให้ความหมายไว้ว่า ทัศนคติคือความพร้อมที่จะแสดงออกในลักษณะใด ลักษณะหนึ่งที่จะเป็นการสนับสนุนหรือต่อต้านสถานการณ์บางอย่าง บุคคลหรือสิ่งใด ๆ

เทอร์สโตน (Thurstone, 1967) ได้กล่าวว่า ทัศนคติเป็นตัวแทนทางจิตวิทยาชนิดหนึ่งที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยง่าย แต่เป็นความโน้มเอียงทางจิตภายใน แสดงออกให้เห็นได้โดยเป็นพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

ไตรแอนดิส (Triandis, 1971) กล่าวว่า ทัศนคติ เป็นความรู้สึก นึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็นที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ภายหลังจากได้รับประสบการณ์หรืออิทธิพลเรื่องนั้นๆ มาแล้วและเป็นสิ่งจูงใจให้แสดงพฤติกรรมต่างๆ ต่อเรื่องนั้น

อนาตาสกี (Anastasi, 1967) กล่าวว่า ทัศนคติ ว่าเป็นความโน้มเอียงของบุคคลที่จะแสดงออกมาว่าชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใด เช่น ต่อเรื่องเชื้อชาติ ขนบธรรมเนียม ประเพณี หรือสถาบันต่างๆ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) ให้ความหมายว่า ทัศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่นๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

พรรณี ข.เจนจิต (2528) ได้ให้ความหมายว่าทัศนคติเป็นเรื่องความรู้สึกทั้งที่พอใจและไม่พอใจที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลทำให้แต่ละบุคคลสนองตอบต่อสิ่งเร้าแตกต่างกันไป

ถักดา กิติวิภาค (2526) ได้ให้ความหมายว่า ทัศนคติ หมายถึง ความคิดที่มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ ซึ่งเป็นความพร้อมที่บุคคลจะมีปฏิกิริยาได้ตอบอย่างหนึ่งอย่างใด ต่อเป้าหมายของทัศนคติ

ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2518) ให้ความหมายว่า ทัศนคติ หมายถึง ความพร้อมในการกระทำของบุคคลต่อสิ่งใด บุคคลใด ความพร้อมดังกล่าวของบุคคลเห็นได้จากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงนั้นว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์ (2524) ได้สรุปว่า ทัศนคติเป็นความพร้อมของร่างกายและจิตใจที่มีแนวโน้มจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ต่างๆ ด้วยการเข้าหา หรือถอยหนีออกไป โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ทัศนคติทางบวก หรือทัศนคติที่ดี หมายถึง แนวโน้มที่บุคคลจะเข้าหาสิ่งเร้า หรือสถานการณ์นั้น เนื่องจากความชอบหรือความพอใจ
2. ทัศนคติทางลบ หรือทัศนคติไม่ดี หมายถึง แนวโน้มที่บุคคลจะถอยหนีออกจากสิ่งเร้า หรือสถานการณ์นั้นๆ เนื่องจากความไม่ชอบหรือความไม่พอใจ

กล่าวโดยสรุป ทัศนคติ คือ สภาพของจิตใจซึ่งรวมทั้งความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ และแนวโน้มที่จะสนองตอบของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ และสถานการณ์ต่างๆ อาจเป็นไปในทางบวกหรือทางลบก็ได้ โดยเริ่มจากบุคคลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งนั้นก่อน แล้วทำการประเมินค่าสิ่งนั้นตามประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา โดยเก็บเอาไว้เป็นอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด สะสมไว้เป็นความตั้งใจ แล้วจึงสะท้อนความรู้สึกนั้นออกมาเป็นพฤติกรรม

ทัศนคติแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520)

1. องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive component) เป็นองค์ประกอบที่ประมวลความรู้ความเข้าใจ ความคิด (Idea) โดยทั่วไปที่มีต่อสิ่งของ หรือปรากฏการณ์ต่างๆ ทำให้เกิดทัศนคติซึ่งแสดงออกในแนวคิดที่ว่า อะไรถูก อะไรผิด
2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective component) เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวกับอารมณ์ (Emotion) ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อคุณค่าของสิ่งของหรือปรากฏการณ์ต่างๆ ถ้าบุคคลมีความคิดในทางที่ดีต่อสิ่งใดก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้น ทัศนคติจะออกมาในรูปของความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ พพอใจหรือไม่พอใจ ซึ่งแสดงออกมาโดยสีหน้า ท่าทาง เมื่อเขาคิดหรือพูดถึงนั้น
3. องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม (Behavioral component) เป็นองค์ประกอบที่มีแนว

โน้มในทางปฏิบัติ คือ ความพร้อมหรือความโน้มเอียงล่วงหน้าที่จะกระทำ หรือตอบสนอง ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่จะแสดงออกในรูปการยอมรับ หรือปฏิเสธการเข้าหา หรือการถอยหนี

จะเห็นได้ว่า ถ้าบุคคลใดมีความเข้าใจ หรือมีความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ก็จะมีทัศนคติต่อสิ่งนั้น และแสดงออกโดยทางความรู้สึกหรือโดยการปฏิบัติ ซึ่งจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนและความดีของความรู้สึก และการปฏิบัติที่เขามีส่วนเกี่ยวข้องกับสิ่งนั้น

นอกจากนี้ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2530) ได้อธิบายลักษณะของทัศนคติไว้ดังนี้

1. ทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้
2. ทัศนคติเป็นระบบของพฤติกรรม มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ องค์ประกอบด้านปัญญา (Cognitive component) องค์ประกอบด้านจิตอารมณ์ (Affective component) และองค์ประกอบด้านพฤติกรรม หรือการปฏิบัติ (Behavioral component)

3. ในทัศนคติต่างๆ ของบุคคลจะมีองค์ประกอบทั้ง 3 นี้อยู่ด้วยเสมอ แต่อาจเป็นไปได้ในสัดส่วนหรือน้ำหนักที่แตกต่างกันไป เช่น ทัศนคติบางอย่างอาจเกิดจากความรู้ ความคิดเป็นส่วนสำคัญ มีความรู้สึก และอารมณ์ประกอบอยู่ด้วยและบางอย่างอาจเกิดจากประสบการณ์ด้านอารมณ์ อันรุนแรงมากกว่าความคิด

4. ทัศนคติเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน มีทั้งมิติด้านทิศทาง (Direction) ซึ่งอาจเป็นบวก ลบ หรือเป็นกลาง ด้านระดับความรุนแรง (Intensity) เช่น ไม่ชอบมาก ไม่ชอบบ้าง ไม่ชอบเลย ด้านขอบเขต (Extention) คือความครอบคลุม มากน้อย และด้านความยั่งยืนคงทน

โดยที่ทัศนคติ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ได้จากการเรียนรู้ และประสบการณ์ แสดงสภาวะของร่างกาย และจิตใจในด้านความพร้อมที่จะสนองตอบบุคคลหรือสิ่งต่างๆ ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง และลักษณะดังกล่าวคือการแสดงความพร้อมที่จะเข้าไปหา เมื่อเกิดความรู้สึกชอบ เรียกว่าทัศนคติดี หรือแสดงความพร้อมที่จะหลีกเลี่ยงเมื่อเกิดความรู้สึกไม่ชอบ เรียกว่าทัศนคติไม่ดี หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่าบุคคลที่มีทัศนคติดีก็พร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมในทางที่ดี และหากบุคคลมีทัศนคติที่ไม่ดี ก็พร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมในทางที่ไม่ดี เช่นกัน (กมลรัตน์ ห่อสุวรรณ, 2527) เช่นเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล คุณภาพการให้บริการพยาบาลจะสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยและการพยาบาล ถ้ามีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและการให้การพยาบาล จะทำให้เกิดปัญหาในการพยาบาลได้ เนื่องจากทัศนคติเป็นตัวขัดขวางการตัดสินใจที่ดีของพยาบาล (Eichhorn อ้างใน เพ็ญพรรณ พัทธกัญสงคราม, 2539)

จินตนา ชูนิพันธ์ (2527) ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ และประสบการณ์เป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลรู้จักคิด พิจารณา และตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน

ความแตกต่างของประสบการณ์จะมีผลต่อท่าทีของบุคคลด้วย นั่นคือ บุคคลที่มีประสบการณ์ต่างกัน จะมีแนวทางในการแสดงพฤติกรรมแตกต่างกันไปด้วย บุคคลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ จึงจะสามารถนำความรู้ที่มีอยู่ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพ

ความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ที่จะทำใหบุคคลแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) และเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำใหบุคคลรับรู้ถึงความสำคัญ รับรู้ถึงประโยชน์ต่อสิ่งที่จะปฏิบัติ

ทัศนคติก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล ทัศนคติจะเป็นตัวกลางระหว่างความรู้ และพฤติกรรมในการปฏิบัติ ที่จะเกิดขึ้นตามมา (Schwartz, 1975) ถ้าบุคคลมีทัศนคติที่ดีก็มีแนวโน้มที่จะเข้าหาหรือแสดงพฤติกรรมนั้น ตรงข้ามถ้ามีทัศนคติไม่ดีก็มีแนวโน้มที่จะไม่เข้าหา แต่จะถอยหนี หรือต่อต้านการแสดงพฤติกรรมนั้น (กมลรัตน์ ห้าดวงษ์, 2524) ทั้งการปฏิบัติและทัศนคติ ต่างก็มีความสัมพันธ์กัน และมีผลซึ่งกันและกัน เป็นที่เชื่อกันว่าทัศนคติมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมบุคคล และขณะเดียวกัน การแสดงออกหรือการปฏิบัติของบุคคลก็มีผลต่อทัศนคติของบุคคลนั้นด้วย

ดังนั้นการที่บุคคลจะมีการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ที่ถูกต้อง และมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ตนเองจะแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัตินั้นๆ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ มีความเกี่ยวข้องกันในหลายๆ แบบ ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งถึงใจจะเป็นเช่นไรนั้น บ่มขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลนั้น กล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้นมีความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งดี ทัศนคติต่อสิ่งนั้นจะดีตามไปด้วย ซึ่งการมีทัศนคติที่ดีย่อมส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ดีด้วย จะเห็นได้ว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติต่างก็มีความเกี่ยวข้องต่อเนื่องกันเป็นลูกโซ่ อาจเกี่ยวพันกันทั้งทางตรง และทางอ้อม (Zimbardo, et al, 1977) ความรู้จะเป็นองค์ประกอบเบื้องต้น ที่จะทำใหบุคคลมีทัศนคติในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) และไทรแอนดิส (Triandis, 1971) มีความเห็นว่าองค์ประกอบของทัศนคติ มี 3 ประการคือ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านความรู้สึกและด้านการปฏิบัติ ซึ่งทั้ง 3 ประการ ต่างก็มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน โดยองค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา หรือความรู้ ความเข้าใจ เป็นขั้นพื้นฐานของทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคล และความรู้ดีจะมีผลกระทบต่อการแสดงออกของบุคคล หรือกำหนดแนวทางของพฤติกรรม

รัวรัชชัย ชัยจิรฉายากุล (2527) กล่าวว่า ความรู้ เป็นลักษณะที่มีความสำคัญที่สุดที่จะทำให้เกิดผลในด้านทัศนคติ และการปฏิบัติ

ไพบูลย์ อินทวิชา (2517) กล่าวว่า ทักษะคติ จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อองค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านความรู้ฝึก และด้านการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และทักษะคติที่เกิดขึ้น กับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ โดยอาศัยการเรียนรู้ การปฏิบัติจริง

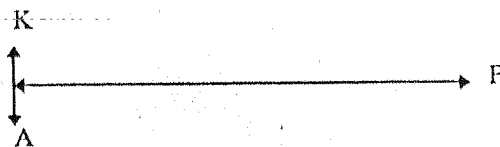
นิภา มนูญปิจ (2528) กล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติงาน ทางด้านสุขภาพอนามัยทั้ง 3 อย่างมีความสัมพันธ์กัน โดยการเปลี่ยนแปลงความรู้ อาจทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงด้านทักษะคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้วย หรือการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ ทักษะคติ หรือการปฏิบัติด้านใดด้านหนึ่งย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยน แปลงพฤติกรรมในด้านอื่นๆ ด้วย

ชาร์ท (Schwartz, 1975) ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของชน จะมีความ สัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติตัวใน 4 รูปแบบ คือ

1. การปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นไปตามทักษะคติ และความรู้ที่บุคคลนั้น มีอยู่ โดยมีทักษะคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้ และการปฏิบัติ คือทักษะคติ จะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่ และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทักษะคตินั้น และทักษะคติจะเกิดจากการปฏิบัติ และเกิดความรู้ ตามมาได้



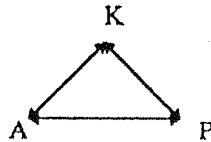
2. การปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้และทักษะคติมีความสัมพันธ์กัน หรือความรู้ กับทักษะคติมีผลร่วมกันเกี่ยวข้องกันก่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้ และการปฏิบัติก็ส่งผลให้เกิด ความรู้ และทักษะคติได้



3. ความรู้ และทักษะคติ ต่างทำให้เกิดการปฏิบัติได้ และการปฏิบัติก่อให้เกิดความรู้ และ ทักษะคติ โดยที่ความรู้และทักษะคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรง และทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้และการปฏิบัติตามความรู้นั้น หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อน แล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทัศนคตินั้น และการปฏิบัติก็มีผลต่อความรู้ ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่นกัน



ในด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจิตเวชของบุคลากรทางการพยาบาลนั้น บุคลากรทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช และมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล ก็จะตามารดปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

แนวคิดเกี่ยวกับวิชาชีพ

ทุกสังคมจำเป็นต้องมีกำลังคนในการทำหน้าที่ให้บริการ ระดับต่างๆ และทุกระดับต่างมีบทบาทในการพัฒนาสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ การจำแนกการใช้กำลังคนในการให้บริการ อาจใช้เกณฑ์ลักษณะการทำงาน หรือเกณฑ์การศึกษาอบรม ซึ่งวิจิตร ศรีตะอำน (2530) ได้จำแนกคนโดยใช้เกณฑ์การศึกษาอบรม เป็น 5 ระดับ

1. **ระดับวิชาชีพสูง (Profession)** เป็นระดับที่ต้องใช้วิชาการชั้นสูง หรือวิชาพิเศษในการให้บริการ ผู้ที่จะให้บริการนั้นจะต้องได้รับการศึกษาอบรมเป็นพิเศษ ไม่ต่ำกว่า ระดับปริญญา หรือเทียบเท่า

2. **ระดับเทคนิค (Technician)** เป็นระดับที่ต้องใช้ทักษะและเทคนิคพิเศษในการให้บริการ ผู้ที่จะให้บริการได้ มักจะต้องได้รับการศึกษาอบรมให้มีความรู้ในเทคนิควิธีการนั้นๆ เป็นอย่างดี โดยปกติไม่ต่ำกว่าอนุปริญญา หรือประกาศนียบัตรชั้นสูงหรือเทียบเท่า

3. **ระดับทักษะ (Skill)** เป็นระดับที่ต้องใช้ทักษะในการให้บริการ เช่นช่างต่างๆ โดยปกติมักต้องได้รับการศึกษาอบรม ให้มีความรู้และทักษะนั้นๆ เป็นอย่างดี ไม่ต่ำกว่า ประกาศนียบัตรวิชาชีพ หรือเทียบเท่า

4. ระดับกึ่งทักษะ (Semi-skill) เป็นระดับที่ใช้ทักษะง่ายๆ ไม่ซับซ้อนในการให้บริการ เช่น งานก่ออิฐ ฉาบปูน ผู้ที่จะให้บริการ จะต้องได้รับการฝึกฝนจนชำนาญ โดยปกติมักเป็น การศึกษาอบรมในหลักสูตรระยะสั้น

5. ระดับไร้ทักษะ (Unskill) เป็นระดับที่ต้องการใช้แรงงาน โดยไม่จำเป็นต้องมีทักษะ พิเศษ และไม่ต้องได้รับการศึกษาอบรม เช่นงานแบกหาม งานก่อกำ เป็นต้น

พยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่สำคัญในทีมสุขภาพ มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการ สุขภาพต่อผู้รับบริการในโรงพยาบาลหรือชุมชนตามขอบเขตของงาน ซึ่งรวมถึงการแก้ปัญหา สุขภาพขั้นพื้นฐาน และปัญหาซับซ้อนในการพยาบาลสาขาใดสาขาหนึ่ง ตลอดจนนิเทศการปฏิบัติ การพยาบาลของพยาบาลในทีมการพยาบาล (กองงานวิทยาลัย, 2525) นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพ มักทำงานเป็นทีม ที่เรียกว่าทีมการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางการพยาบาลระดับต่างๆ ที่ให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว หัวหน้าทีมจะเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีการมอบหมายงาน และนิเทศงาน มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบาย ปอดคล้อง ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ส่ง เสริมสุขภาพ พื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันโรค และความพิการต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นภายในขอบเขตของ หน้าที่และกฎหมาย เป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่ทำให้แผนการรักษาของผู้ป่วยดำเนินไปด้วยดี

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นกิจกรรมระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลที่มีขอบเขตของ การพยาบาลกว้างขวาง เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ของผู้ป่วย มีสิ่งที่จะต้องนำมาพิจารณาร่วมกันอีกหลายๆ อย่าง เนื่องจากมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่ง กันและกัน คือ

1. รูปแบบการมอบหมายงาน หมายถึง รูปแบบที่งานทั้งหมดของผู้ป่วยถูกแบ่งหรือจัด สรรให้แก่บุคลากรพยาบาลแต่ละคน

รูปแบบการมอบหมายงาน แผนการจัดอัตราค่าจ้างบุคลากร และรูปแบบการจัดตารางการ ปฏิบัติงานจะต้องสอดคล้องกัน และควรได้พิจารณาร่วมกันเพื่อคุณภาพการดูแลที่สูงที่สุด รูปแบบ การมอบหมายงานมีอยู่หลายรูปแบบด้วยกัน แต่ละรูปแบบมีทั้งข้อดี ข้อเสีย การพิจารณาเลือกรูป แบบการมอบหมายงานควรได้คำนึงถึง

1. ผู้ป่วยหายจากโรคได้โดยเร็ว ใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลน้อยที่สุด
2. การดูแลมีความต่อเนื่องกันมากที่สุด
3. ใช้เวลาในการพยาบาลน้อยที่สุด
4. สามารถถือผลการดูแลผู้ป่วยบุคคลอื่นในทีมการดูแลรักษาได้อย่างดีและเป็น

ลายลักษณ์อักษร

5. สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยมากที่สุด

(พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522)

รูปแบบต่างๆ ของการมอบหมายงานมีดังนี้

1. รูปแบบการมอบหมายงานตามงาน หรือตามหน้าที่ (Function assignment) การมอบหมายงานวิธีนี้ พยาบาลหรือบุคลากรพยาบาลแต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบปฏิบัติงานหรือหน้าที่ 1-2 อย่าง เพื่อนำไปปฏิบัติแก่ผู้ป่วยทุกคนหรือส่วนใหญ่ เช่น พยาบาลคนหนึ่งได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบเกี่ยวกับการให้ยาแก่ผู้ป่วยทุกคน ส่วนอีกคนหนึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับการทำแผลและให้การรักษามะเร็งอื่นๆ เช่น การสวนอุจจาระ เป็นต้น ส่วนผู้ช่วยพยาบาลอาจได้รับมอบหมายเกี่ยวกับการตรวจวัดสัญญาณชีพ ในขณะที่พนักงานผู้ช่วยได้รับมอบหมายการทำเตียงแก่ผู้ป่วยที่ถูกลงจากเตียงได้ วิธีการมอบหมายงานแบบนี้ไม่ได้คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน การดูแลผู้ป่วยแต่ละคนเป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่องเพราะบุคลากรพยาบาลจะปฏิบัติงานโดยมุ่งทำงานมากกว่ามุ่งที่ตัวผู้ป่วย ทำให้สัมพันธ์ระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ป่วยไม่ดี ผู้ป่วยรู้สึกไม่อบอุ่น และไม่ไว้วางใจในบุคลากรพยาบาล ทำให้ไม่ทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย

2. รูปแบบการมอบหมายงานเป็นรายบุคคล (Case assignment) เป็นการมอบหมายงานให้บุคลากรพยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย 1 หรือ 2 คน โดยที่ดัดแปลงให้การพยาบาลทุกอย่างแก่ผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบ วิธีการนี้จะให้ผลดีถ้ายึดถือในการดูแลโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคลในทุกๆ ด้าน แต่วิธีการนี้ต้องใช้บุคลากรพยาบาลจำนวนมาก จึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยรายบุคคลได้ครบถ้วน

3. รูปแบบการมอบหมายงานเป็นทีม (Team assignment) เป็นการมอบหมายงานโดยการจัดบุคลากรพยาบาลประเภทต่างๆ เข้าไว้เป็นกลุ่ม (ทีม) แล้วมอบหมายงานให้ดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง โดยที่ทางกลุ่มมีอิสระในการวางแผนและให้การพยาบาลทั้งหมดแก่ผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย และมีหัวหน้าทีมทำหน้าที่เป็นผู้นำในการวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วย และมอบหมายงานแก่สมาชิกทีม โดยคำนึงถึงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย และความรู้ความสามารถของสมาชิกทีมแต่ละคน รูปแบบการมอบหมายงานแบบนี้มักจะเป็นการให้การพยาบาลที่สมบูรณ์แบบต่อเนื่อง จำนวนบุคลากรพยาบาลในแต่ละทีมจะต้องเหมาะสมกับงานการพยาบาล ดังนั้นจึงไม่อาจใช้ได้ดีในหน่วยงานที่มีจำนวนบุคลากรน้อย แต่มีจำนวนผู้ป่วยมาก

4. รูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary care assignment)

การมอบหมายงานแบบนี้บุคลากรพยาบาลแต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้าในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องวางแผน

ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายตลอด 24 ชั่วโมงไว้ และให้การพยาบาลตามแผนคัดกรอง
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยที่ทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงานจะให้การดูแลผู้ป่วยที่ตนเป็น
เจ้าของไข้เสมอ ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยที่บุคลากรพยาบาลอื่นเป็นเจ้าของไข้ แต่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน
ในวันนั้น วิธีการนี้อาจยุ่งยากในการดำเนินการ แต่ผลที่ได้รับทั้งด้านผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาลจะ
ดีมาก เพราะพยาบาลได้เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและสามารถให้การพยาบาลได้
อย่างต่อเนื่องสมบูรณ์ แต่วิธีนี้ต้องการบุคลากรพยาบาลระดับวิชาชีพจำนวนมาก เพราะไม่
สามารถมอบหมายงานให้ผู้ช่วยพยาบาลรับผิดชอบในการวางแผนและให้การพยาบาลทุกอย่างแก่
ผู้ป่วยได้

5. การมอบหมายงานแบบผสม (Multiple assignment) หมายถึงการมอบหมายงานโดยใช้
วิธีต่างๆ มากกว่า 1 วิธี เช่น แบบที่มาร่วมกับรายบุคคล แบบที่มาร่วมกับแบบตามงาน เป็นต้น ส่วน
ใหญ่การมอบหมายงานแบบนี้ก็เพื่อแก้ปัญหาในกรณีที่มีบุคลากรพยาบาลไม่เพียงพอ

รูปแบบการมอบหมายงานจะแตกต่างกันไปแล้วแต่หลักการของแต่ละวิธี ความต้องการ
บุคลากรตามประเภท และจำนวนจะแตกต่างกันไป แต่ถ้าพิจารณาถึงคุณภาพการดูแลเป็นสำคัญ
แล้วไม่ว่าจะเลือกใช้รูปแบบใด จำเป็นที่จะต้องใช้นักการพยาบาลในจำนวนที่เหมาะสม จึงจะ
สามารถคงคุณภาพการดูแลในระดับสูงไว้ได้ แต่ก็ต้องขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของสภาพแวดล้อม
และปัจจัยต่างๆ รวมทั้งนโยบายของผู้บริหารด้วย

ขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดขอบเขต
หน้าที่พยาบาล ดังนี้ (อึ้งใน เอื้องทิพย์ คำปิ่น, 2539)

1. ขอบเขตหน้าที่โดยอิสระ (Independent nursing) เป็นหน้าที่ที่พยาบาลสามารถใช้ความ
รู้ความสามารถของวิชาชีพได้โดยอิสระในการให้การพยาบาลผู้ป่วย คือ

- จัดการพยาบาล ตลอดจน ตรวจตรา ดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบโดยนำความรู้พื้น
ฐานทางวิทยาศาสตร์ และสังคมศาสตร์มาประยุกต์ใช้

- สังเกตอาการและปฏิกิริยาต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจรวมทั้งความต้อง
การของผู้ป่วย

- บันทึกรายงานเที่ยงตรง รวมทั้งตัดสินใจในการประเมินทางการพยาบาล

- ให้การนิเทศ แก่ผู้ร่วมงาน ด้านบริการพยาบาล ชกเว้น แพทย์

- บริหารคัดคนนำวิธีการ และระเบียบการพยาบาลมาใช้ที่เหมาะสม

- ศึกษาค้นคว้า หาแนวทางที่จะให้บริการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

2. ขอบเขตหน้าที่ที่ไม่เป็นอิสระ (Dependent nursing) เป็นหน้าที่ที่ต้องให้ความร่วมมือ
กับวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะตามแผนการรักษาของแพทย์

มีคัง
บทบาทที่เป็นอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มีดังนี้

1. ขั้นรวบรวมข้อมูล ควรมีแบบรวบรวมข้อมูลเพื่อการพยาบาลโดยเฉพาะ
2. การวิเคราะห์และตั้งเกณฑ์ ข้อมูล
3. การวางแผนการพยาบาล
4. การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล
5. ประเมินผล คือ การสังเกตและประเมินผลทางการพยาบาล

(พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2534)

กิจกรรมการพยาบาล หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย เพื่อสนองตอบความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย หลุดจากโรคและช่วยเหลือตัวเองได้ตามความสามารถ

กิจกรรมการพยาบาล สามารถจำแนกหรือจัดแบ่งได้หลายรูปแบบ แต่กิจกรรมการพยาบาล จากการศึกษาก่อนหน้านี้ และคณะ (Conner, et al, 1961) ได้จัดแบ่งกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 2 กลุ่ม

1. กิจกรรมที่มีผลงาน (Productive activity) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มย่อย คือ

1.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง (Direct patient care) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย

1.2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม (Indirect patient care) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่ไม่ได้กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย แต่เป็นการเตรียมเพื่อให้การพยาบาลสมบูรณ์ขึ้น

1.3 กิจกรรมเกี่ยวกับการเขียน หรือบันทึกต่างๆ (Paper work)

1.4 กิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร (Communication) ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามหน้าที่

1.5 กิจกรรมอื่นๆ เช่น การติดตามส่งผู้ป่วยออกนอกสถานที่ ทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ เป็นต้น

2. กิจกรรมที่ไม่มีผลงาน (Non-productive activity or personal time) หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติเพื่อประโยชน์ส่วนตัว โดยไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานในหน้าที่

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติงาน หมายถึง การกระทำกิจกรรมในความรับผิดชอบให้ประสบความสำเร็จ (ธงชัย สันติวงษ์, 2536) ส่วนการปฏิบัติงานของพยาบาล เป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือบุคคลหรือ

กลุ่มบุคคล ทั้งผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย ให้สามารถอยู่ในสังคมและมีความสุขตามอัตภาพ การปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยการสังเกต การดูแล ให้คำปรึกษา ป้องกันความเจ็บป่วย สอนและนิเทศผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งชี้แนะผู้ร่วมงานให้ปฏิบัติตามขอบเขตหน้าที่อย่างถูกต้องเหมาะสม (ทวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2535)

บลอค (Bloch อ้างใน สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิศุทธิ์, 2536) ให้ความหมายการปฏิบัติงานของพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย โดยอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพ และความสำนึกรับผิดชอบของพยาบาลเป็นสำคัญ

ชไนเคอร์ (Schneider, 1979) ให้ความหมายว่า เป็นระดับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมที่พยาบาลพยายามปฏิบัติด้วยความตั้งใจตามขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของวิชาชีพพยาบาล

ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การที่พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพ และจิตสำนึกในหน้าที่รับผิดชอบของวิชาชีพพยาบาล

บทบาทของพยาบาลจิตเวช

บทบาทเป็นการกำหนดหน้าที่การกระทำว่ามีหน้าที่อย่างไร มีขอบเขตแค่ไหน บทบาทของพยาบาลจิตเวช จะช่วยให้พยาบาลจิตเวชทราบว่า ตนเองมีหน้าที่อะไรบ้าง มีขอบเขตของการกระทำมากน้อยเพียงใด ทำให้พยาบาลจิตเวชสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างเหมาะสมและเกิดผลดี

บทบาทของพยาบาลจิตเวช มิได้มีเพียงบทบาทใดบทบาทหนึ่ง แต่มีหลายๆ บทบาทร่วมกัน การที่พยาบาลจิตเวชจะมีบทบาททำหน้าที่ได้มากน้อยเพียงใด ก็ขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถ และประสิทธิภาพที่ผู้นั้นมีอยู่ รวมทั้งการกำหนดขอบเขตหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชในแต่ละหน่วยงานนั้นๆ บางคนอาจจะมีความรู้ความสามารถถึงขั้นเป็นผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต (Mental health consultant nurse) ซึ่งมีความรู้และได้รับการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ

ลักษณะบทบาทของพยาบาลจิตเวช

ตามสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน จะพบว่าพยาบาลที่ทำงานทางด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช นั้น มีทั้งผู้ที่มีความรู้และประสิทธิภาพด้านการพยาบาลทั่วไป เพียงอย่างเดียว กับผู้ที่มีความรู้และประสิทธิภาพทางการพยาบาลจิตเวชเฉพาะสาขาซึ่งนอกเหนือจากด้านการพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นพื้นฐาน และเมื่อพิจารณาถึงลักษณะของงานที่ปฏิบัติอยู่ จะพบว่ามี 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ

การให้การพยาบาลต่างๆ ไป และการพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตใจ ซึ่งทั้งสองอย่างนี้ก็มักจะทำความเข้าใจ
 คู่กันไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ในการให้การดูแลควรคำนึงถึงมโนทัศน์ในรูปแบบต่างๆ (Conceptual models) และอาจนำไปปฏิบัติได้หลายรูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบมโนทัศน์ทางชีวภาพ (Biological model) มีพื้นฐานความเชื่อของการเจ็บป่วย
 จากพยาธิสภาพทางกาย แล้วมีผลต่อการทำงานของสมอง การให้การบำบัดจะเป็นเรื่องการใช้ยา
 การรักษาด้วยไฟฟ้า

บทบาทของพยาบาลจิตเวช จะเป็นในเรื่องรวบรวมข้อมูลของอาการและอาการแสดง
 ตลอดจนประวัติของผู้ป่วยและครอบครัว การให้ยา สังเกตอาการข้างเคียงของยาแต่ละชนิด และ
 การเตรียมผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า ช่วยเหลือขณะทำ และให้การดูแลติดตามอาการเปลี่ยนแปลง
 หลังการรักษา

2. รูปแบบมโนทัศน์ทางจิต (Psychological model) มีพื้นฐานความเชื่อของการเจ็บป่วยที่
 มีสาเหตุมาจากทางจิตใจ ประสิทธิภาพในวัยเด็ก

บทบาทของพยาบาลจิตเวช คือการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (Nurse-patient
 relationship) การให้การบำบัดทางจิตแบบพยาบาล เช่น อภิปรายปัญหา (Problem discussion)
 กิจกรรมบำบัดทุกประเภท การเป็นผู้รักษาร่วม (Co-therapist) หรือผู้ร่วมกลุ่ม (Participator) เป็น
 ต้น และบทบาทการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้ด้านการติดต่อสื่อสาร

3. รูปแบบมโนทัศน์ทางพฤติกรรม โดยเชื่อว่าพฤติกรรมที่แสดงออกในภาวะโรคประสาท
 โรคจิตนั้น พฤติกรรมที่ผิดปกติบางส่วนเกิดจากการเรียนรู้

การให้การบำบัด บทบาทพยาบาลจิตเวช คือ พฤติกรรมบำบัด ซึ่งมีวิธีการโดยเฉพาะ ต้อง
 ศึกษาเพิ่มเติมจึงจะนำมาใช้ในการพยาบาลจิตเวชได้ แต่อาจสอดแทรกในกิจกรรมประจำวันของ
 ผู้ป่วยได้ โดยปฏิบัติในรูปการฝึกหัดใหม่ (Retraining)

4. รูปแบบมโนทัศน์ทางสังคม (Social model) เชื่อว่า สิ่งแวดล้อมและสังคมทำให้เกิด
 ความผิดปกติทางจิต การรักษาจะเป็นแบบการจัดรูปแบบใหม่ในสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อระบบ
 สังคม

บทบาทของพยาบาลจิตเวช คือ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา (Milieu therapy) การจัด
 กลุ่มชุมชนบำบัด (Therapeutic community) กลุ่มปกครองโดยผู้ป่วย (Patient government) และ
 กิจกรรมบำบัดทุกประเภท สิ่งเหล่านี้เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลโดยตรงที่จะต้องจัดให้มีขึ้น
 และคงไว้ตลอดไป

รูปแบบดังกล่าวจะเหมาะสมกับผู้ป่วยบางคน และผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะใช้มากกว่าหนึ่งแบบ ขึ้นอยู่กับการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล บทบาทและหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลจิตเวช อาจสรุปได้ดังนี้

1. เป็นผู้สร้างประสบการณ์การเรียนรู้ (Learning experiance) ให้กับผู้ป่วยโดยจะจัดขึ้นจากความเป็นอยู่ประจำวัน (Daily living) ในรูปของการเสริมการเรียนรู้ที่ขาดไป (Remidial learning) จะปรากฏในลักษณะกิจกรรมบำบัดทุกประเภท
2. พยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ และให้การรักษารูปแบบกลุ่ม (Group therapist)
3. ทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว
4. รวบรวมข้อมูลจากครอบครัวและผู้ป่วย
5. ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
6. ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว
7. เป็นบุคคลที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในการช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วย
8. ช่วยเหลือบุคลากรพยาบาลที่ไม่อยู่ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ในการแสดงบทบาทพยาบาลจิตเวชในการรักษา
9. ติดตามผลการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ
10. เป็นที่ประสานงานระหว่างแหล่งบริการจิตเวชกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล
11. ให้คำปรึกษาทางการพยาบาลจิตเวชแก่ผู้ร่วมงาน
12. ร่วมวางแผนโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยจิตเวช รายบุคคลและรายกลุ่ม

แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้นได้มีการเปลี่ยนแปลงมาเรื่อยๆ พร้อมกับการพยาบาลสาขาอื่นๆ ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยทุกๆ ไป และให้การพยาบาลตามพฤติกรรมหรืออาการของผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพ ให้ความช่วยเหลือประคับประคอง โดยใช้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์และศาสตร์สาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เมื่อจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น พยาบาลก็ต้องใช้การช่วยเหลือเป็นกลุ่ม จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และยังคงมุ่งที่จะใช้สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว และสัมพันธภาพแบบกลุ่มให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ (คาราวรรณ ต๊ะปันดา อ้างใน คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช, 2527)

ดังนั้นจึงมีผู้ที่ให้ความสนใจที่ศึกษาถึงแนวคิดพื้นฐานและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ดังจะได้นำเสนอต่อไปนี้

เบอร์เกสส์ (Burgess, 1990) ได้กล่าวถึงแนวคิดทางการพยาบาลจิตเวชในระบบของการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ คือ

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยทางด้านความคิด-พฤติกรรม (Cognitive-behavioral model of care) เป็นรูปแบบทางการพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความคิดและพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากบุคคลทั่วไป ต้องได้รับการบำบัดรักษาด้านความคิด และพฤติกรรมที่ต้องใช้การติดต่อกับสื่อที่มีโครงสร้างชัดเจน มีความยืดหยุ่นสำหรับผู้ป่วยในการเลือกเป้าหมายในชีวิต ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่นการวางแผน การตั้งกฎเกณฑ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้พฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ (Psychological model of care) เป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของมนุษย์ในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความตึงเครียดในเรื่องการติดต่อกับสื่อ โดยเฉพาะระหว่างผู้ใหญ่กับเด็กที่ก่อให้เกิดความเครียดที่เรื้อรัง รุนแรง แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะต้องให้เกิดความชัดเจนในเรื่องเหตุการณ์ในชีวิต ความรู้สึกและพฤติกรรม ผู้ป่วยจะต้องได้เรียนรู้วิธีการเผชิญกับอารมณ์ที่เหมาะสม สร้างประสบการณ์ใหม่ส่งผลให้ผู้ป่วยได้มีพัฒนาการและวุฒิภาวะที่เหมาะสม

หลักสำคัญในการดูแล คือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาลคือ

2.1 ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาชีวิตในปัจจุบัน (Here and now problem) ด้วยการประเมินความรู้สึกและระดับความวิตกกังวลเพื่อให้ความสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถพูดคุยถึงความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

2.2 ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบให้เป็นความคิดในเชิงบวกหรือสร้างสรรค์

2.3 ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น สอนให้ผู้ป่วยได้เข้าใจความรู้สึก พฤติกรรมของตนเอง ป้องกันไม่ให้เกิดความวิตกกังวล และจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมให้มีความเหมาะสม

2.4 พยาบาลต้องเป็นผู้ที่แสดงบทบาทที่เหมาะสมทั้งในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้พูด ได้ระบายความรู้สึก มีทักษะในการสื่อสารกับผู้อื่น ได้พูดคุยถึงความรู้สึก ความกลัว ความวิตกกังวล ได้ระบายความคับข้องใจ ซึ่งพยาบาลต้องมีบทบาทที่สำคัญดังนี้

การฟัง เป็นการแสดงถึงคุณค่าของความเข้าใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนทนากับผู้ป่วย พฤติกรรมการฟังของพยาบาลจะทำให้การสนทนากับผู้ป่วยประสบความสำเร็จ

ซึ่งจะสามารถสร้างความรู้สึกพึงพอใจในคำพูดได้ อีกทั้งยังเป็นการให้ความสำคัญและยอมรับผู้ป่วย

ความเข้าใจ จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพบาลให้ความสนใจในสิ่งที่ตนทนาค่วย และมีความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้อยู่เพียงลำพัง และเกิดความรู้สึกว่าตนเองควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ ซึ่งความเข้าใจของพบาลที่เกิดขึ้น เป็นผลสืบเนื่องมาจากการรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ

การให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การเผชิญกับความเจ็บปวด การฟังและความเข้าใจผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยได้ใช้ความพยายามในการเรียนรู้ความรู้สึก และระบายความรู้สึกที่ทำให้ตนเองเจ็บปวด พบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นทักษะที่ค่อนข้างยากสำหรับพบาล แต่เป็นทักษะที่จำเป็น

การกำหนดขอบเขต เป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยที่เกิดขึ้นภายในหอผู้ป่วยในการกำหนดขอบเขตต่างๆ ขึ้น เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการบำบัดรักษา เช่นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยที่ร้องขอให้จำกัดพฤติกรรมตนเอง ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่พบาลจะต้องตัดสินใจให้การดูแลที่เหมาะสมและผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

การเตรียมพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ เป็นบทบาทที่สำคัญของพบาลที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนการฟังฟังบุคคลอื่น

การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ให้รู้จักระบารมณ์อย่างถูกต้อง ในกระบวนการบำบัดรักษา พบาลมีหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ยอมรับตนเอง ควบคุมตนเองได้ สร้างประสบการณ์ชีวิตให้กับตนเองได้ และสามารถแสดงอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เคลท์เนอร์ ชวากค์ และบอสตรอม (Keltner, Schweck & Bostrom, 1985, 1991, 1995) ได้กล่าวถึงการพยาบาลจิตเวชไว้ว่า การที่พยาบาลจิตเวชจะปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความรู้สึกว่าตนเองประสบความสำเร็จได้นั้นจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อพยาบาลจิตเวชสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างชัดเจน และได้รับการยอมรับ นอกจากนี้ยังได้เสนอรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล (Psychotherapeutic management model) ไว้ 3 ด้าน คือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพบาลและผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา และการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 3 ด้านนี้มีความสำคัญเท่าๆ กัน จะขาดด้านใดด้านหนึ่งไม่ได้ และผู้ป่วยจิตเวชจะได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพก็ต่อเมื่อได้รับการดูแลทั้ง 3 ด้านอย่างสมดุลกัน ซึ่งจะได้นำกล่าวถึง กิจกรรมการพยาบาลแต่ละด้านดังต่อไปนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวช (The therapeutic nurse-patient relationship) หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะที่มีคุณค่า และมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช เป็นทักษะในการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางพฤติกรรม การปฏิบัติงานกับกลุ่มผู้ป่วย ครอบครัว ซึ่งมีความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม ที่จะต้องมีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาทั้งเป็นรายบุคคล และกลุ่ม ตลอดจนการให้คำแนะนำปรึกษาทางการพยาบาล

2. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรักษาด้วยยาทางจิตเวช (Psychopharmacology) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิต ซึ่งพยาบาลจิตเวชมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาให้ผู้ป่วยได้รับรู้ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และบางรายอาจต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นในการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา และพยาบาลจิตเวชต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยา อันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยา ก่อนที่จะเป็นปัญหารุนแรง และเป็นผู้ที่จะต้องพิจารณาตัดสินใจให้ยา PRN

3. การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu management) สิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วยสามารถเป็นได้ทั้งรูปแบบของการรักษา และไม่ใช้รูปแบบของการรักษาแต่สิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะเฉพาะ คือ ต้องเป็นสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดรักษาเท่านั้น และเป็นเรื่องที่พยาบาลต้องให้ความสนใจ และมีความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ให้เกิดบรรยากาศของการบำบัดรักษา โดยที่พยาบาลต้องมีบทบาทหลายประการที่จะทำงานกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม เป็นแบบอย่างที่ดีในการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วย และยังคงทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มบำบัดต่างๆ มีส่วนร่วมในชุมชน เป็นผู้ประสานงานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ ทีมจิตเวชในรูปแบบของวิชาชีพที่จะร่วมกันตัดสินใจให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

เพียร์ซี เปี่ยมมงคล (2538) ได้กล่าวถึงการพยาบาลจิตเวชที่เป็นไปตามวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (Nursing intervention in specific therapies) ซึ่งได้แบ่งกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้คือ

1. การรักษาทางด้านร่างกาย (Somatic treatment) ที่ใช้ในปัจจุบันประกอบด้วย
 - จิตเวชบำบัด (Psychopharmacotherapy)
 - การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro convulsive therapy)
 - การรักษาโดยใช้การผูกมัดและห้องแยก (Body restrains and room seclusion)
2. จิตบำบัด (Psychotherapy)

3. การรักษาโดยใช้สิ่งแวดล้อม (Milieu therapy)

การรักษาทั้ง 3 ด้าน ต่างก็มีความสำคัญกับผู้ป่วยในแต่ละระยะด้วยกัน จะอาศัยการรักษาทางด้านใดด้านหนึ่งไม่ได้ เช่น การรักษาผู้ป่วยทางด้านร่างกาย โดยการใช้ยา การรักษาด้วยไฟฟ้า หรือการผูกมัดผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมากในระยะแรกที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต หรือในระยะที่ผู้ป่วยควบคุมตนเองไม่ได้ ยาจะทำให้ผู้ป่วยสงบลง และเมื่ออาการทางจิตสงบลงแล้ว การใช้จิตบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ ความวิตกกังวลออกมา และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้น ซึ่งพยาบาลทำบทบาทในเรื่องของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล มีบทบาทในการจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยที่มีลักษณะของการบำบัด จะมีส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และมีบทบาทในการจัดกิจกรรมบำบัดต่างๆ ของหอผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาที่อยู่โรงพยาบาลนั้นพัฒนาตนเองไปในแนวทางที่จะออกไปอยู่ในชุมชนได้ จะเห็นได้ว่าการรักษาทั้ง 3 ด้านต่างก็มีผลดี และมีความสำคัญกับผู้ป่วยด้วยกันทั้งนั้น ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องมีความรู้และมีบทบาทในการรักษาชนิดต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

บุญวดี เชนรัตน์ (2539) ได้กล่าวถึงทฤษฎีทางการพยาบาลและการประยุกต์ ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ครอบคลุมการพยาบาล 4 ประเด็นดังนี้ คือ

1. เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางกายภาพที่แวดล้อมบุคคลมีผลต่อกระบวนการกลับคืนสู่ภาวะที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ โดยให้ความสนใจต่อวิธีการบำบัดทางจิตแบบรายบุคคล เป็นวิธีการที่ช่วยสร้างบรรยากาศของสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่น การจัดให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล วัตถุและกิจกรรมที่จัดขึ้นในโรงพยาบาล ในครอบครัวและในชุมชนของผู้รับบริการด้วย เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัวในสังคมได้อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีช่วยให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีตลอดชีวิต

2. เกี่ยวกับคนหรือผู้รับบริการ ตามแนวคิดของโรเจอร์ มงมุนซ์เป็นหน่วยเดียว มนุษย์พัฒนาขึ้นด้วยหลักกลไกของครอบครัว ซึ่งเป็นกลไกที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมของบุคคลทั้งทางบวกและทางลบตลอดชีวิต ให้ความสำคัญกับการลดปัญหาทางอารมณ์ในปัจจุบัน ในการปฏิบัติการพยาบาลจึงควรกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดหรือสื่อสารถึงความทุกข์ใจในขณะนั้น มากกว่าการเน้นถึงความรู้สึกที่ผ่านมา ถึงแม้ว่าในอดีตอาจมีความสำคัญทำให้เกิดปัญหาปัจจุบัน แต่ไม่สามารถย้อนกลับไปแก้ไขได้ ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงเน้นปัญหาและความต้องการในปัจจุบันเท่านั้น และเน้นการช่วยเหลือคนในภาวะวิกฤตเป็นหลัก

สำหรับแนวคิดของพาร์ธ ที่อธิบายองค์ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของคนในหน้าที่เป็นจริง และส่วนที่เกินไปจากความเป็นจริง ในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชจึงให้ความสำคัญกับการใช้เทคนิคเพื่อการบำบัดต่างๆ เช่นการใช้เทคนิคจินตนาการ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ การทำความเข้าใจ กระทั่งกับค่านิยม

3. เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สภาพแวดล้อมและผู้รับบริการมีลักษณะเฉพาะตน เป้าหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงจำเป็นต้องแปรเปลี่ยนไปตามลักษณะเฉพาะของถึงแวดล้อม และผู้รับบริการแต่ละบุคคลภายใต้มาตรฐานที่ได้รับการยอมรับ การประเมินคุณค่าซึ่งมีผลต่อ ประสิทธิภาพส่วนตัวของผู้รับบริการบางราย เช่น สัมพันธภาพระหว่างบุคคล วิธีชีวิต เพศสัมพันธ์ ความภูมิใจ ความเป็นอิสระ การรับรู้ความเป็นจริงและการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง

4. เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล ให้เน้นหลักกระบวนการระหว่างบุคคลที่พยาบาลจะช่วย ให้ผู้รับบริการผ่อนคลายความวิตกกังวล พยาบาลควรใช้แนวทางการปฏิสัมพันธ์และมีบทบาทของผู้เป็นแหล่งช่วยเหลือ และบทบาทการเป็นที่ปรึกษา

จากแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า กิจกรรมการพยาบาลจิตเวชหลักๆ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 4 ประเด็น คือ กิจกรรมการพยาบาลทางกาย กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการบำบัดทางจิต กิจกรรมการพยาบาลในการจัด ถึงแวดล้อมเพื่อการบำบัด และกิจกรรมการพยาบาลในการสอนทางสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยจะได้กล่าวถึง กิจกรรมการพยาบาลในแต่ละประเด็น ดังจะได้นำเสนอต่อไป

กิจกรรมการพยาบาลทางกาย

กิจกรรมการพยาบาลทางกาย เป็นการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับ ร่างกาย ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัด พฤติกรรม การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องสุขภาพ อนามัยส่วนบุคคล

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา

การใช้ยารักษาอาการทางจิต เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสำคัญ ทั้งนี้ เพราะยาช่วยทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการอะละ ก้าวร้าว กระวนกระวาย และตื่นกลัว สงบลง ยาช่วย ลดความตึงเครียดทางอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้สามารถติดต่อดูแลกับคนอื่นๆ ได้ ยาทำให้ผู้ป่วย มีความเครียดสูงสามารถเผชิญและรับความเครียดได้ และทำให้ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่และภารกิจประจำวันไม่ได้ สามารถกลับไปปฏิบัติงานได้เร็วขึ้น คุณสมบัติของยายังมีอยู่อีกมากมาย ถ้าขาดเสีย ซึ่งยารักษาอาการทางจิต การรักษาผู้ป่วยจิตเวชคงจะทำได้ยาก และใช้เวลานานกว่าที่เป็นอยู่

3. การรับประทันทยา มีความหมายสำหรับผู้ป่วยว่ายังไม่หายจากโรคหรือยังไม่เป็นคนปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทันทยา (ไพรัตน์ พุกมฤตนากร, 2534)

จากสาเหตุดังกล่าวจึงต้องพยายามหาทางจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทันทยาได้ครบตามแผนการรักษา โดยการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงฤทธิ์ของยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยาซึ่งเกิดขึ้นชั่วคราว และมียาบางชนิดช่วยแก้ไขได้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการพยายามจะต้องตรวจสอบและรู้ได้ทันที เพื่อจะได้หาทางแก้ไขก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการมากและรุนแรง พยายามจะต้องรู้ว่าผู้ป่วยได้รับยาประเภทไหน และยาที่ผู้ป่วยได้นั้นมีฤทธิ์และอาการข้างเคียงอะไรบ้าง เพื่อจะได้สังเกตผู้ป่วยได้

บทบาทของพยาบาลในการให้ยา

1. ทักทายและทำหน้าที่เป็นมิตรของพยาบาลในการให้ยาผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความศรัทธาในการรับประทันทยา ซึ่งให้ผลดีในการรักษา
2. พยาบาลควรให้โอกาสผู้ป่วยในการซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับยา และอธิบายถึงความจำเป็นในการรักษาด้วยยา เพื่อผู้ป่วยจะได้ยอมรับการรักษา
3. พยาบาลทราบอาการข้างเคียงของยา คอยสังเกตและให้การพยาบาลได้ถูกต้อง เมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น
4. ควรวัดความดันโลหิตก่อนและหลังให้ยา โดยเฉพาะเมื่อได้รับยาซึ่งมีผลให้ความดันโลหิตต่ำ เมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ หลังจดยาควรแนะนำผู้ป่วยนอนพักประมาณ 1/2-1 ชั่วโมง เพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำ

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรม

การจำกัดพฤติกรรม (Setting limit) เป็นสิ่งที่พยาบาลหรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะต้องรู้และกระทำเป็นบางครั้งบางคราว ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ การจำกัดพฤติกรรม เป็นการสอนทักษะทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาทางด้านการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดการเรียนรู้ทักษะทางสังคม ประพฤติปฏิบัติในขอบข่ายที่สังคมยอมรับได้ ผู้ป่วยโรคจิตมักจะมีอาการสับสน วุ่นวาย ไม่แน่ใจ จึงมีพฤติกรรมแปลกๆ ซึ่งไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม พยาบาลจึงต้องทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสม วิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองก็คือ การวางขีดจำกัดหรือการบอกจำกัดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการให้เป็นที่ยอมรับของสังคม (สุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์, 2522)

ความหมายการจำกัดพฤติกรรม

การจำกัดพฤติกรรม หมายถึง การบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงขอบเขตการกระทำของผู้ป่วยที่เป็นที่ปรารถนาของสังคมที่ผู้ป่วยอยู่ในขณะนั้น สอนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นที่พึงปรารถนาของคนทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยละทิ้งพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ต้องการและไม่ปรารถนา (ตุวนีย์ ดันดิพัฒนานันท์, 2522)

การจำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิต เป็นการให้การบำบัดทางจิตอย่างหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย

1. การใช้เครื่องผูกมัด

2. การใช้ห้องแยกและการกักกันผู้ป่วย

1. การใช้เครื่องผูกมัด

การใช้เครื่องผูกมัดมีมาช้านาน โดยสมัยแรกๆ ใช้การผูกมัดเพื่อต้องการทรมานให้ญาติผู้ป่วยออกจากตัวผู้ป่วยตามความเชื่อ ต่อมาเมื่อมีวิทยาทางจิต เช่น ยาระงับประสาท จะใช้การผูกมัดก็ต่อเมื่อใช้ไม่ได้ผล จนกระทั่งปัจจุบันนี้ การรักษาผู้ป่วยจิตเวชมีวิธีการรักษามากมาย เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การพูดคุย การรักษาทางจิตบำบัด และกลุ่มบำบัดต่างๆ เมื่อใช้วิธีการอื่นไม่ได้ผลอีกแล้ว ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น จำเป็นต้องใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่มีความจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช เพราะผู้ป่วยที่มารับการรักษานั้น มักจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ะอะ ก้าวร้าว ไม่ยอมพักผ่อนนอนหลับ ถ้าปล่อยให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเช่นนี้ ผู้ป่วยก็จะเหน็ดเหนื่อยเกินไป การให้ผู้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเป็นสิ่งจำเป็น แต่การจะให้ผู้ผู้ป่วยนอนด้วยตนเองนั้นเป็นสิ่งเป็นไปได้หรือไม่ จึงจำเป็นต้องบังคับให้ผู้ผู้ป่วยได้พักผ่อนด้วยการผูกมัดผู้ป่วยไว้กับเตียง เป็นต้น

หลักการผูกมัดเพื่อการบำบัด

1. การรักษา

เป็นหลักการที่ใช้การผูกมัดเพื่อให้ผู้ป่วยสงบลง หรืออาการดีขึ้นเท่านั้น

2. การแยกผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อม

เป็นการแยกผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อม เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อกับสิ่งแวดล้อมได้ มีความหวาดกลัว ระวัง วิตกกังวล ซึมเศร้าอย่างรุนแรง และควบคุมตนเองไม่ได้

3. การจำกัดการเคลื่อนไหว

การจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยด้วยเหตุผล ดังนี้

- เพื่อควบคุมอาการพิษจากแอลกอฮอล์ และยาอื่น
- เพื่อป้องกันผู้ป่วยทำอันตรายตนเองและผู้อื่น
- เพื่อหยุดพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมรุนแรง

- เพื่อป้องกันอันตรายในผู้ป่วยที่ควบคุมตนเองไม่ได้ และมีแนวโน้มเป็นอันตราย
ต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม

4. ผู้ป่วยร้องขอให้ผูกมัดตน

ผู้ป่วยบางรายมีความรู้ถึงวิกฤตกังวลว่าตนเองจะควบคุมตนเองไม่ได้ อาจร้องขอ
ให้เจ้าหน้าที่ผูกมัดตน (วัตถภา เชนบัวแก้ว, 2532)

ข้อบ่งชี้ของการใช้การผูกมัด

1. ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มหรือกำลังทำอันตรายตนเอง ผู้อื่น ศัตรู รวมทั้งทำลายสิ่งของ โดยมี
สาเหตุมาจากความโกรธ หรือสูญเสียการรับรู้จากอาการทางจิต
2. ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ยาจากเหตุผลใดๆ ก็ตาม
3. ผู้ป่วยที่อยู่นิ่งไม่ได้ ปฏิเสธการพักผ่อน น้ำ อาหาร และยาซึ่งทำให้ร่างกายได้รับ
อันตราย และขาดการรักษามาอย่างต่อเนื่อง
4. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้คำพูดและการรักษาอื่นใดยับยั้งพฤติกรรมอันตรายต่างๆ ได้อีก
แล้ว (Telintelo and other, 1983 อ้างใน วัตถภา เชนบัวแก้ว, 2532)

ข้อห้ามสำหรับการใช้การผูกมัด

1. ห้ามใช้การผูกมัดเป็นการลงโทษผู้ป่วย
2. ห้ามใช้การผูกมัดเป็นการระบายความคับข้องใจ ไม่พอใจของเจ้าหน้าที่เพื่อหลีกเลี่ยง
การติดต่อกับผู้ป่วย
3. ห้ามใช้เป็นข้อต่อรองเพื่อการบังคับผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัด
4. ห้ามใช้การผูกมัดก่อนที่จะหาวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยโดยวิธีอื่นๆ แล้ว

(Rosen and other, 1985 อ้างใน วัตถภา เชนบัวแก้ว, 2532)

วัตถุประสงค์ของการผูกมัดเพื่อการบำบัดคือ

1. เพื่อป้องกันผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ผู้อื่น ชั่วตัวตาย ทั้งในกรณีที่เกิดจากความโกรธ และ
การควบคุมตัวเองไม่ได้จากอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน
2. เพื่อป้องกันผู้ป่วยสร้างความวุ่นวายแก่สิ่งแวดล้อมและก่อความเสียหายอย่างรุนแรง
3. เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากผู้ป่วยอยู่นิ่งไม่ได้ ไม่ยอมพักผ่อน ไม่รับประทานอาหาร
อาหารและยา

การพยาบาลขณะใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด

การใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชยังมีความจำเป็นอยู่ แต่การใช้การผูกมัดต้องควบคู่กับ
การให้การพยาบาลที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็น ขาดเสียมิได้ ดังนั้นเมื่อต้องใช้การผูกมัด สิ่งพยาบาล
ต้องปฏิบัติจึงเริ่มตั้งแต่เตรียมเครื่องมือ เตรียมห้องและเตียงที่จะใช้ผูกมัดผู้ป่วยตลอดจนเตรียมทีม

ผู้รักษาได้พร้อม และขณะผู้กัมคักก็ต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด โดยยึดหลักความสุจริต ความปลอดภัย และการรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1. ต้องเอาไม้กั้นเตียงทุกครั้งที่มีผู้กัมคักผู้ป่วยไว้กับเตียง
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อการรักษา
3. ต้องมีเจ้าหน้าที่ตรวจเยี่ยมและวัดสัญญาณชีพทุกๆ 15-30 นาที สังเกตสีผิวหน้า ปดอย การผู้กัมคักให้หนาวและปลดปล่อยแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง ชั่วโมงละ 1 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ แขนหรือขาข้างนั้น
4. ต้องมีแพทย์มาเยี่ยมอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และการเยี่ยมทุกครั้งต้องทบทวนแผนการรักษา
5. ต้องให้ผู้ป่วยได้มีสภาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรืออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง
6. ให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารในเวลาปกติ และต้องมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลตลอดในเวลา รับประทานอาหาร ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหาร น้ำ และมีแนวโน้มขาดน้ำ และสารอาหาร ต้องรายงานแพทย์ เพื่อให้สารน้ำ สารอาหารทางหลอดเลือด
7. ผู้ป่วยต้องได้รับยาตามแผนการรักษา
8. อนุญาตให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการ

(วัตถภา เชนบัวแก้ว, 2532)

2. การใช้ห้องแยกและการกักกันผู้ป่วย (Isolation or Seclusion)

การใช้ห้องแยกเพื่อการกักขัง และห้องสำหรับกักกันผู้ป่วย ยังมีความจำเป็นในการบำบัด รักษา ผู้ป่วยจิตเวช แม้ว่าในปัจจุบันประสิทธิภาพของยาที่ใช้รักษาจะให้ผลทางการบำบัดอย่างมาก มาย แต่ในขณะที่ดำเนินการรักษาผู้ป่วยยังคงมีอาการสับสน วุ่นวาย ควบคุมตนเองไม่ได้ และ ไม่สามารถจะติดต่อสื่อสารความกันได้ การใช้ห้องแยก และการกักขัง จะทำให้การควบคุม และจำกัด พฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วยได้เร็วขึ้น

ห้องแยกหรือห้องกักขังเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ และมีความสะดวกที่จะใช้ในการจำกัด พฤติกรรมเป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคจิต โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อความปลอดภัยถึงเราที่มากกระตุ้น และเป็นการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ข้อบ่งชี้ที่จะให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก

1. ผู้ป่วยที่อยู่นิ่งไม่ได้
2. ผู้ป่วยที่ไวต่อสิ่งเร้า
3. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำลาย เช่น ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายสิ่งของ

4. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เช่น ไม่ยอมอยู่โรงพยาบาล
(สุวนิชย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2534)

8. การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล

ความสามารถในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย จะเป็นสิ่งที่ใช้วัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้ดีที่สุดซึ่ง Carnevali และ Patrick (1986 อ้างใน วิภาวี เผ่ากันทรกร, 2536) ได้กล่าวว่ากิจวัตรประจำวันที่พยาบาลกระทำต่อผู้ป่วยจะเป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อไปไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลให้เป็นไปตามเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลจะใช้เวลาในการช่วยเหลืออย่างพอเหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช แบ่งเป็นกิจกรรมได้ดังนี้

1. การดูแลความสะอาดร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ขาดความสนใจเกี่ยวกับสภาพร่างกายของตนเองทั้งทางด้านความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย ฉะนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สภาพร่างกายที่สะอาดและป้องกันโรคแทรกที่เกิดจากความสกปรกของร่างกาย บุคลากรพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีกิจกรรมการพยาบาลที่ดูแลความสะอาดเรียบร้อยของผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่การอาบน้ำ ความสะอาดในช่องปาก ฟัน เล็บ เลือศผ้า และรวมถึงการดูแลความสะอาดระหว่างการมีประจำเดือนของผู้ป่วยหญิง

2. การดูแลการรับประทานอาหาร ด้วยความผิดปกติการรับรู้ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารมากไป น้อยไป หรือรับประทานสิ่งที่ไม่เหมาะสม จึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลที่จะต้องจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีพฤติกรรมและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ

3. การดูแลการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมพยาบาลที่มีบทบาทช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจและร่างกายของผู้ป่วย เนื่องจากระหว่างที่ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิต ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ มีการกระทำซ้ำ ๆ โดยไม่มีความหมาย เช่น นั่งโยกตัว มีท่าแปลกๆ เป็นเวลานานผิดปกติ ย่ำทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งนาน โดยไม่มีเหตุผล ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้อาจทำให้เกิดปัญหาเรื่องของกล้ามเนื้อและข้อ และยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ฉะนั้นกิจกรรมพยาบาลจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยโดยดูแลให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ปกติ และมีการออกกำลังกายที่เพียงพอเพื่อลดเวลาการแยกตนเองหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย และส่งเสริมการทำงานของกล้ามเนื้อของร่างกายผู้ป่วย

4. การดูแลการมีกิจกรรมอื่นและการนอน ปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเวช คือการ

แยกตัวเองหรืออยู่ในโลกส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะไม่สนใจว่าสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างไร ตนเองต้องทำอะไรบ้าง โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมาคือการนอนมากหรือมีพฤติกรรมแปลกๆ และอยู่กับพฤติกรรมนั้นๆ จนไม่ยอมนอน ดังนั้นการดูแลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมอื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสนใจสิ่งแวดล้อม เช่น เล่นเกมส์ รดน้ำต้นไม้ ฟังเพลง ช่วยทำงานในหอผู้ป่วย เป็นต้น และมีการดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายซึ่งกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 2 อย่าง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและมีพฤติกรรมเหมาะสมเหมือนบุคคลทั่วไป

5. การดูแลการขับถ่าย ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในโรงพยาบาล แม้จะเป็นผู้ใหญ่แล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยบางรายในขณะที่มีอาการทางจิตจะมีพฤติกรรมคล้อย ขับถ่ายไม่เป็นที่เป็นทาง หรือขับถ่ายแล้วไม่รู้จักรับประทานอาหาร และนั่นการดูแลการขับถ่ายของผู้ป่วยจึงเป็นกิจกรรมสำคัญประการหนึ่งที่บุคลากรพยาบาลจะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่การสอนการใช้ห้องน้ำ การช่วยเหลือระหว่างการขับถ่าย จนถึงการทำควาสะอาดหลังการขับถ่าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้และสามารถดูแลตนเองได้

4. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (Nursing care in electro convulsion therapy)

การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT = Electro Convulsion Therapy) ได้รับความนิยมนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลกเป็นเวลา 16 ปี (ค.ศ.1938-1954) หลังจากนั้นความนิยมเริ่มลดลงไปเรื่อยๆ อยู่นานถึง 23 ปี (ค.ศ.1954-1977) จึงได้กลับมาเริ่มใช้กันมากขึ้นอีกจนถึงปัจจุบัน สาเหตุที่ความนิยมลดลงเนื่องจากมียารักษาโรคจิต ยารักษาอารมณ์เศร้า เป็นต้น ECT ถูกนำไปใช้ทำร้าย (Abuse) หรือใช้ในทางที่ผิด โดยผู้บริหารประเทศใช้ลงโทษประชาชนที่ขัดขืนตักทิกการเมืองการปกครอง แพทย์ผู้รักษามาตรับการไม่ได้อาศัยตามข้อบ่งชี้ และสมัยก่อนผู้ป่วย ญาติ และประชาชนทั่วไปเข้าใจผิดเพราะคิดว่าเป็นการช็อคไฟฟ้า (Electro shock) เกิดความหวาดกลัว อีกทั้งจิตแพทย์รุ่นหลังๆ ไม่ได้รับการเรียนการสอน ECT เพียงพอ ทำให้ขาดประสบการณ์และมีภาพพจน์ต่อ ECT ไม่ดี สาเหตุที่ทำให้ ECT กลับมาได้รับความนิยมมากขึ้น เพราะการศึกษาวิจัยยืนยันประโยชน์ของ ECT ให้ข้อบ่งชี้ในการให้ ECT กลับมาได้รับความนิยมมากขึ้น เพราะการศึกษาวิจัยยืนยันประโยชน์ของ ECT ให้ข้อบ่งชี้ในการใช้เฉพาะโรค บอกรักษาใช้ที่ถูกต้อง และได้พัฒนาเครื่อง ECT ให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยยิ่งขึ้น

การรักษาด้วยไฟฟ้า จัดอยู่ในกลุ่มการรักษาทางจิตเวชที่เรียกว่า การรักษาทางร่างกาย (Somatic therapy) ด้วยการใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำๆ (70-130 โวลต์) ที่ควบคุมด้วยเครื่อง ECT

ผ่านเข้าสมองของผู้ป่วยในเวลา 0.1-0.5 วินาที ทำให้ผู้ป่วยชักหมดสติแบบ Tonic-Clonic Convulsion และมีผลทำให้ความผิดปกติทางจิตบางชนิดลดลง (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2536)

การทำ ECT มี 2 แบบ

1. Unmodified method

เป็นการรักษาคด้วยไฟฟ้า โดยไม่ได้ให้ยาอะไรกับผู้ป่วยในการท

2. Modified method

เป็นการรักษาคด้วยไฟฟ้า โดยการฉีดยาให้กล้ามเนื้อคลายตัว เพื่อให้การชักไม่รุนแรง ป้องกันไม่ให้กระตุกหัก

การรักษาคด้วยไฟฟ้าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการชักแบบ Tonic Clonic Convulsion ซึ่งมีลักษณะดังนี้

1. ระยะไม่รู้สติตัว (Unconscious stage) ประมาณ 1-2 วินาที
2. ระยะชักเกร็งทั้งตัว (Tonic stage) ประมาณ 10 วินาที
3. ระยะกระตุกทั้งตัว (Clonic stage) ประมาณ 15-30 วินาที
4. ระยะหลับ (Sleep stage) ประมาณ 5-10 วินาที
5. ระยะสับสน (Confused stage) ประมาณ 30 นาที

ข้อบ่งชี้ในการรักษาคด้วยกระแสไฟฟ้า

1. ผู้ป่วยที่มีอาการเศร้าทุกชนิด เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย
2. โรคจิตเภทชนิดที่คลั่งหรือซึมเฉย (Catatonic schizophrenia)
3. โรคจิตในวัยเสื่อม ในระยะเศร้า
4. โรคแมเนีย (Mania) ทั้งในระยะคลั่ง และระยะเศร้า
5. อาการทางจิตเวชอื่นๆ ที่รักษาคด้วยวิธีอื่นๆ ไม่ได้ผล

ข้อห้ามใช้

1. เนื้องอกในสมอง
2. ผู้ป่วยชราที่ร่างกายไม่แข็งแรง
3. ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช่

สาเหตุจากอารมณ์

4. ผู้ป่วยที่มีอาการของวันโรคระยะรุนแรง
5. ผู้ป่วยที่เป็นโรคกระตุก
6. ผู้ป่วยคิดเชื้อมีไข้สูง

(ไพรัตน์ พุกมฤตนาการ, 2534 และ สมศรี เชื้อหิรัญ, 2532)

การให้การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้ามีขั้นตอนหลายอย่าง ซึ่งเพียร์ลีย์ เปรียมมงคล (2536) และตุนิษฐ์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2535) กล่าวไว้ดังนี้

1. การให้การพยาบาลก่อนทำ ECT

ด้านร่างกาย

- 1.1 ชักประวัติการเจ็บป่วย
- 1.2 ตรวจร่างกายทั่วไป
- 1.3 ตรวจดูทางกายภาพและทางสรีระของสมอง หัวใจ ปอด
- 1.4 ให้อาสาสมัครยินยอมให้ทำ ECT
- 1.5 งดอาหารและน้ำทางปาก 6 ชั่วโมง ก่อนทำ
- 1.6 ให้อาสาสมัครอาบน้ำ สระผมให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง
- 1.7 ตรวจของมีค่า ฟันปลอม และโลหะอื่นๆ ออกจากตัวผู้ป่วย
- 1.8 ห้ามแต่งหน้า ทาปาก ทาเล็บ ในผู้ป่วยหญิงเพื่อจะได้สังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้

- 1.9 ตรวจสอบสัญญาณชีพ
- 1.10 ให้ pre-medication (ถ้ามี)
- 1.11 ให้อาสาสมัครถ่ายปัสสาวะก่อนทำ

ด้านจิตใจ

- 1.12 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และยอมรับการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า พร้อมทั้งแจ้งวัน เวลา ให้ผู้ป่วยทราบก่อน
- 1.13 บอกถึงขั้นตอนในการทำอย่างคร่าวๆ โดยบอกว่าขณะทำผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวด จะหลับไปชั่วคราวแล้วจะตื่นขึ้นมา ระหว่างทำจะมีแพทย์และพยาบาลอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา
- 1.14 ใช้คำว่า "รักษาด้วยไฟฟ้า" ไม่ใช่คำว่า "ช็อคไฟฟ้า" เพราะฟังดูน่ากลัว
- 1.15 บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการรุนแรง และจำไม่ค่อยได้จะเป็นอยู่ชั่วคราว แล้วความจำจะค่อยๆ กลับมา

2. การให้การพยาบาลขณะทำ ECT

- 2.1 ให้อาสาสมัครนอนหงายราบบนเตียง ใช้หมอนทรายรองตรงส่วนโค้งของกระดูก เช่น ต้นคอ สะเอว แขนทั้งสองข้างแนบตัว

- 2.2 ทีมการพยาบาลคอยจับผู้ป่วยขณะให้การรักษา 4-5 คน คือ

คนที่ 1 จับศีรษะ เป็นผู้ติดอิเล็กโทรดบริเวณขมับทั้งสองข้าง และใส่ที่กัศบริเวณพื่น
กราม 2 ข้าง เพื่อป้องกันผู้ป่วยกัดลิ้น

คนที่ 2 จับไหล่และแขนซ้าย วางแนบไปตามลำตัว

คนที่ 3 จับไหล่และแขนขวา วางแนบไปตามลำตัว

คนที่ 4 จับเข่าและขาซ้าย

คนที่ 5 จับเข่าและขาขวา

2.3 การจับตัวผู้ป่วย ควรจับให้แน่นในระยะเกร็ง และจับหลวมในระยะกระตุก

8. การให้การพยาบาลหลังทำ ECT

3.1 จัดท่านอนหงายราบ เอียงศีรษะไปข้างใดข้างหนึ่ง ให้การพยาบาลเหมือนผู้ป่วยไม่
รู้สึกตัว

3.2 สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ระวังการหยุดหายใจ การตกเตียงจากอาการมึนงง สับสน
โดยให้ผู้ป่วยนอนพักฟื้น เช็ดหน้าด้วยผ้าเย็น และทดสอบความรู้สึกก่อนจะจัดส่งไปพักผ่อนที่หอ
ผู้ป่วย ซึ่งใช้เวลา 30 นาที - 1 ชั่วโมง

3.3 ให้ความรู้ใหม่ (Reorientation) เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ และบุคคลที่อยู่รอบข้างและ
อื่นๆ ตามความเหมาะสม

3.4 ลงบันทึกเกี่ยวกับอาการก่อนทำ ขณะทำ และหลังทำ ระยะเวลาชักอย่างละเอียด

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการบำบัดทางจิต

การพยาบาลจิตเวชเป็นการพยาบาลเฉพาะสาขาที่เน้นการใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับ
พฤติกรรมของมนุษย์ในเชิงของการแก้ไขปัญหาแบบวิทยาศาสตร์ ประกอบร่วมกับศิลปะการ
ใช้ตนเองหรือใช้ความเข้าใจตนเอง ใช้ความสามารถในการเข้าถึงจิตใจของผู้อื่น และใช้
จรรยาบรรณของการเป็นพยาบาลอย่างผสมผสานในการสร้างความสัมพันธ์เชิงการบำบัด จึงทำให้
การจัดระบบงานของพยาบาลจิตเวชแตกต่างจากการพยาบาลผู้ป่วยประเภทอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากว่า
ศิลปะการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดนั้น พยาบาลใช้ความรู้หรือความเข้าใจในทุกสิ่งทุกอย่าง ที่
ประกอบเป็นตัวตนของพยาบาล เช่น เอกลักษณ์ของตนเอง อารมณ์ ทักษะ ทักษะ ความเชื่อ และค่านิยม
ของตนเองในขณะที่ให้การพยาบาล (Murray & Hreslkoetter, 1991; Oeokaym 1992, อ้างถึงใน
รจเรช อินทโชติ, 2539) ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการบำบัดทางจิตประกอบด้วยตัวสัมพันธ์ภาพ
เพื่อการบำบัด ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ปฏิริยาสัมพันธ์ จิตบำบัดแบบประคับประคองและ
การให้คำปรึกษา

1. สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

แนวคิดในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวชนั้น พัฒนามาจากความเชื่อที่ว่า สาเหตุความผิดปกติทางอารมณ์ พฤติกรรมและความคิดของบุคคลมาจากประสบการณ์ความล้มเหลวในการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พยาบาลจึงเป็นผู้ช่วยให้ผู้ป่วยได้ย้อนกลับไปเรียนรู้ถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีพื้นฐานจากความไว้วางใจ และการยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน โดยอาศัยประสบการณ์ที่พยาบาลเป็นผู้วางแผน และจัดการในกระบวนการความสัมพันธ์ ด้วยความเชื่อที่ว่า สัมพันธภาพที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และการกระทำให้กลับมาสู่ทิศทางตามสภาพความเป็นจริง พร้อมกันนั้นก็ได้รับการเสริมสร้างทักษะทางสังคมร่วมกันไปด้วย (อุบล นิวัติชัย, 2533 อ้างใน รจเรช อินทโชติ, 2539)

สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยก่อให้เกิดความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาพยาบาล ทำให้เกิดผลที่ดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อีกทั้งช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวต่างๆ อันเกิดจากความเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ สบายใจ รู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และการรักษามากขึ้น (Barry, 1994) และยังช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง แก้ไขปัญหาของตนเองได้ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม จะได้อยู่ในสังคมภายนอกได้ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2536) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยไว้ดังนี้

เพียรดี เปี่ยมมงคล (2538) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการที่พยาบาลเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย โดยมุ่งที่การดูแลความเจ็บป่วย โดยให้อิทธิพลผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจ

นงคราญ ผาสุข (2535) กล่าวว่า สัมพันธภาพเพื่อการรักษาระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโดยเน้นที่ความต้องการแก้ปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในการติดต่อทั้ง 2 ฝ่าย จะแสดงออกทั้งความรู้สึก ความคิด และความต้องการของคนออกมาโดยอาศัยการติดต่อสื่อสาร (Communication) เป็นสื่อกลางเพื่อทั้ง 2 ฝ่ายเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งการติดต่อจะต้องมีความต่อเนื่อง เพราะถ้าสัมพันธภาพหยุดชะงัก หรือขาดการติดต่อสัมพันธภาพจะเสื่อมถอยหรือเกิดการสิ้นสุดสัมพันธภาพได้

ฮอฟลิง ลีนิงเจอร์ และเบรทก์ (Hofling, Leiniger and Bregg, 1967 อ้างใน จารุวรรณ เอกอรรถมัยผล, 2530) ให้ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในรูปของการรักษาว่า หมายถึง การที่บุคคลสองคน บุคคลหนึ่งเป็นบุคลากรทางวิชาชีพ (พยาบาล) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสามารถที่จะช่วยบรรเทาความไม่สบายต่างๆ ของผู้อื่น และบุคคลหนึ่ง (ผู้ป่วย) ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการแสวงหาความผ่อนคลายจากสภาพที่เป็นอยู่โดยมีปฏิริยาสัมพันธ์ (Interaction) กัน โดย

พยายามมีบทบาทในการให้ความรู้ และทักษะทางวิชาชีพให้เป็นประโยชน์สำหรับช่วยให้ร่างกาย อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ดี และช่วยให้เกิดความเข้าใจ ความเกี่ยวข้องและการยอมรับนับถือซึ่งกันและกันด้วย

สจิวต์ และซันดีน (Stuart and Sundeen, 1979) ให้ความหมายของสัมพันธภาพระหว่าง พยาบาลและผู้ป่วยในรูปของการรักษาว่าเป็นประสบการณ์ในการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เป็น ประสบการณ์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขอารมณ์ของคนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยพยาบาลจะใช้ ตนเอง และเทคนิคเฉพาะทางในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป

ถวิวรรธ ัตถธรรม (2539) ให้ความหมายสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและ ผู้ป่วยว่าหมายถึง บุคคลสองคน คือพยาบาลและผู้ป่วย ได้มีการติดต่อเกี่ยวข้องกันชั่วระยะเวลา หนึ่ง ซึ่งระยะเวลาของการติดต่อเกี่ยวข้องนี้พยาบาลมีบทบาทในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วย (Patient) หรือผู้มารับบริการ (Client) ได้รับการตอบสนองความต้องการ ช่วยแก้ปัญหาและช่วยให้พ้น จากความเจ็บป่วยด้วย ความรู้ ความสามารถของพยาบาล

จากความหมายต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย หมายถึง การติดต่อพบปะระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยพยาบาลใช้ความรู้และทักษะทางวิชาชีพ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหา หรือ ความทุกข์ทรมานใจอันเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยของตน

จุดมุ่งหมายในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นสัมพันธภาพที่มุ่งหวังเพื่อการบำบัดรักษาและ มี การวางแผนเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นขณะที่พยาบาลปฏิบัติงานจะมีจุดมุ่งหมายเพื่อ การบำบัดรักษาเสมอ ซึ่งจุดมุ่งหมายในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ระหว่างพยาบาลกับ ผู้ป่วย นั้นมีดังนี้ (เฟิยรดี เปี่ยมมงคล, 2538)

1. เพื่อให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักตนเอง ยอมรับตนเองและเพิ่มความเคารพนับถือตนเอง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ รู้จักฟังตนเอง ในขณะที่เดียวกันก็ สามารถฟังคนอื่นได้ สามารถที่จะให้และรับความรักจากผู้อื่นได้
4. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง และแก้ไขปัญหานั้นได้
5. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม

หลักการปฏิบัติพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

1. การยอมรับผู้ป่วย (Accepting) หมายถึง การยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ว่าจะเป็นการกระทำ คำพูด หรือความคิดว่าสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกมานั้น เนื่องจากความเจ็บป่วย โดยยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง มีสิทธิเสรีภาพ มีศักดิ์ศรี มีชีวิตจิตใจ มีความต้องการเช่น คนปกติทั่วไป และยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมทางด้านลบ หรือ ด้านบวก ว่าเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความเจ็บป่วย หรือเพราะภาวะจิตไม่ปกติ ซึ่งพยายามสามารถ แสดงออกได้ในลักษณะการข่มขู่ทักทาย การรับฟังผู้ป่วยพูด ไม่ทำโทษผู้ป่วยไม่ตัดสินพฤติกรรม ผู้ป่วยโดยเอาค่านิยมของตนเองเป็นตัวตัดสิน

2. มีความสม่ำเสมอกับผู้ป่วย (Consistency) ความสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะใช้ในการพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพราะบุคคลทั่วไปเพื่อไปอยู่ในที่ที่ไม่คุ้นเคย จะรู้สึก กังวลใจ การได้กระทำตามที่มิตรอย่างสม่ำเสมอจะทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย โดยเฉพาะผู้ป่วย จิตเวชส่วนใหญ่มักจะเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย และไม่ไว้วางใจในบุคคลอื่น ซึ่งพยายามสามารถ แสดงออกได้ในลักษณะต่างๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวันภายในหอผู้ป่วย ควรทำตามเวลาที่ กำหนดไม่ว่าจะเป็นอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร รับประทานยา หรือการจัด กลุ่มกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้ การปฏิบัติต่อผู้ป่วย ควรจะปฏิบัติเหมือนกัน โดยเฉพาะเรื่องกฎ ระเบียบ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงก็ควรบอกให้ผู้ป่วยได้รับรู้

3. การให้กำลังใจผู้ป่วย (Reassurance) พยายามควรให้กำลังใจผู้ป่วยในลักษณะที่เหมาะสม โดยเฉพาะขณะกำลังพูดถึงความรู้สึกไม่สบายหรือกำลังมีทุกข์ เพราะทุกคนต้องการกำลังใจ โดยพยายามสามารถแสดงออกได้ในลักษณะการพูดให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย ถึงความสามารถของ ตัวผู้ป่วยเอง การบอกถึงอาการที่ดีขึ้นตามที่พยาบาลสังเกตเห็น การให้คำแนะนำที่ถูกต้อง คือ การให้คำแนะนำที่เป็นจริง ไม่ขัดแย้ง หรือเห็นด้วยกับความเชื่อที่ผิดของผู้ป่วย

2. ปฏิกริยาสัมพันธ์ (Interaction)

ในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สิ่งหนึ่งที่ขาดไม่ได้คือ การมีปฏิกริยาสัมพันธ์ เพราะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทางการรักษาเป็นไปได้ ด้วยดี

ปฏิกริยาสัมพันธ์ (Interaction) เป็นกระบวนการของการเรียนรู้และการติดต่อสื่อสารระหว่าง บุคคลกับบุคคล หรือระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แสดงออกโดยพฤติกรรมที่ใช้คำพูดหรือไม่ใช้ คำพูด กระบวนการปฏิกริยาสัมพันธ์จะต้องมีจุดมุ่งหมายร่วมกันระหว่างบุคคลที่มีปฏิกริยาสัมพันธ์

แต่ละฝ่ายจะนำเอาประสบการณ์ในอดีต ความรู้ ความต้องการ ความคาดหวัง และการรับรู้ของตนเองมาแสดงออกซึ่งกันและกันเพื่อนำไปสู่จุดมุ่งหมายเดียวกัน

กาลค์แมน (Kalkman, 1967 อ้างในจารุวรรณ เอกอรมย์ผล, 2530) ให้คำจำกัดความของปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ไว้ว่าเป็นการเผชิญหน้าแบบตัวต่อตัวระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยพยาบาลใช้ความรู้และทักษะเฉพาะทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยลุกเตาขึ้น และพยาบาลจะใช้เวลาในขณะที่ติดต่อกันนั้นแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของความยุ่งยากในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยมุ่งที่ความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ พยาบาลรับฝึคชอบในการควบคุมสถานการณ์ของการติดต่อให้เป็นไปในรูปของการรักษา นั่นคือเป็นผู้กำหนดสถานที่ เวล ระยะเวลา และจำนวนครั้งในการติดต่อ ให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกหัวข้อขึ้นมามีปราชัยกับพยาบาล ผู้ป่วยสามารถพูดทุกอย่างได้ตามความต้องการโดยเป็นผู้ตัดสินใจว่าช่วงใดจะเป็นช่วงเริ่มต้น ช่วงดำเนินการช่วยเหลือ และช่วงยุติการติดต่อ และจากความเอาใจใส่ในการตอบสนองต่อเงื่อนไขปัญหาที่ได้จากการพูด และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยหยิบขกพฤติกรรมอื่นๆ ของตนเองมาอภิปรายกับพยาบาลต่อไป

ปฏิกิริยาสัมพันธ์ เป็นแกนหลักในการปฏิบัติการพยาบาล เพราะเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งพฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกขณะมีปฏิกิริยาสัมพันธ์กับผู้ป่วยนั้นเป็นผลมาจากแนวความคิด ความรู้ และทัศนคติของพยาบาลที่ซึ่งพยาบาลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยแสดงออกทางกิริยาท่าทางการแสดงออกของสีหน้า สายตา คำพูด น้ำเสียง การสัมผัส และระยะห่างระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

พิโลร์นั ทองอุไร (2529) กล่าวคือ การมีปฏิกิริยาสัมพันธ์ในลักษณะของการรักษา โดยมีจุดศูนย์กลางอยู่ที่ตัวผู้ป่วยว่าเป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ที่เน้นจุดสำคัญไปที่ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย การมีปฏิกิริยาสัมพันธ์เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จะมีจุดประสงค์แน่นอน จะตั้งอใช้เวลาพอควรการมีปฏิกิริยาสัมพันธ์แต่ละครั้ง ผู้ป่วยควรจบปัญหาเป็นเรื่องๆ และผลของการมีปฏิกิริยาสัมพันธ์ควรทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล หรือเห็นแนวทางแก้ไขปรับปรุงปัญหาต่างๆ ให้เป็นที่พอใจของทั้งสองฝ่าย

ฉวีวรรณ สุตะบุตร (2525 อ้างในจารุวรรณ เอกอรมย์ผล, 2530) กล่าวถึงการมีปฏิกิริยาสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจะมีคุณภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กัแรงกระตุ้นซึ่งอยู่ภายใต้ทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อการพยาบาล การรับรู้ในบทบาทของตนเอง การฝึกหัดประเมินสัมพันธ์ภาพที่ตนเองมีต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลควรจะเป็นผู้ที่มีความเข้าใจ รับรู้ความรู้สึกของบุคคลอื่น (Empathy) รู้จักการใช้คำถามในสิ่งที่ตนสังเกตได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง เกิดการเรียนรู้ ฝึกหัดให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเป็นจริง ให้เห็นภาพลักษณ์ (Self-image) ของตนเองเมื่อ

เห็นว่าผู้ป่วยมีการพูด การกระทำใดๆ ที่จะทำให้เขาได้แสดงออกมากยิ่งขึ้น ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้อธิบายทันที ควรมีความนับถือ และจริงใจระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งเป็นพื้นฐานของความสำเร็จในการมีปฏิริยาสัมพันธ์ การให้การพยาบาลที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยพัฒนารูปแบบการดำเนินชีวิตได้

นอกจากนี้ ถักขณา ธรรมไพโรจน์ (2536) ได้ให้ความหมายของปฏิริยาสัมพันธ์ (Interaction) ว่าหมายถึง ส่วนของพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ตอบสนองซึ่งกันและกัน ซึ่งลักษณะของปฏิสัมพันธ์ประกอบด้วย

1. พฤติกรรมระหว่างบุคคลจะเป็นไปตามลำดับก่อน-หลัง ซึ่งหมายถึง เมื่อบุคคลมีการสื่อสารสัมพันธ์กัน พฤติกรรมของบุคคลคนหนึ่ง จะส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางพฤติกรรมจากอีกฝ่ายหนึ่งเสมอ
2. ปฏิริยาสัมพันธ์ของบุคคลจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน เช่นการโต้ตอบ การสนทนา การอภิปราย หรือการเล่นเกมส์กีฬาต่างๆ

การมีปฏิริยาสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีสภาวะทางร่างกาย และจิตใจไม่อยู่ในสภาพปกติ ต้องอยู่โรงพยาบาล มีความวิตกกังวล กลัว อ้างว้าง แต่ไม่พบว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นกับตนเอง แต่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นผู้ใดทราบถึงความรู้สึก และความต้องการของตนเองได้ เป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ส่วนพยาบาลเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วย และให้การพยาบาลผู้ป่วยตามความจำเป็น แต่ไม่ทราบถึงสิ่งที่ผู้ป่วยคิด และรู้สึก ไม่ทราบเกี่ยวกับประสบการณ์เฉพาะและความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นการมีปฏิริยาสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจึงเกิดขึ้น เพราะเป็นวิธีที่จะช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและพยาบาลได้พบกับสิ่งที่ตนเองต้องการ แต่จะต้องเป็นปฏิริยาสัมพันธ์เพื่อการรักษา ซึ่งจะมียอดประกอบดังนี้

1. Problem-solving approach เป็นการแก้ปัญหา โดยใช้วิธีการแก้ปัญหาที่มีขั้นตอน
2. Effect communication คือการสื่อสารสัมพันธ์กันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคนิคการสื่อสารสัมพันธ์มาใช้
3. Therapeutic use of self เป็นการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด คือการรู้จักสำรวจตนเองว่าปฏิริยาที่ตอบสนองกับผู้ป่วยนั้น ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขไปในทางสร้างสรรค์

3. จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy)

จิตบำบัดแบบประทับประคอง เป็นวิธีการรักษาทางจิตเวชแบบหนึ่งที่จะทำเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม ซึ่งใช้การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์ในการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เกิดการปรับตัวและลดอาการทางจิตที่มีอยู่ให้น้อยลง ซึ่งในการให้การบำบัดเป็นรายบุคคลจะกระทำใ้กรณีที่ผู้ป่วยหรือบุคคลอยู่ในภาวะวิกฤตทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลในระดับสูง มีความหวาดกลัว หรืออยู่ในภาวะเศร้าโศก เนื่องจากบุคคลที่อยู่ในภาวะดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการประทับประคองทางจิตใจอย่างทันที่ เพื่อไม่ให้เกิดเหตุร้ายแก่บุคคลผู้นั้นหรือบุคคลอื่น ส่วนการทำกลุ่มจิตบำบัดประทับประคองจะกระทำในผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เช่น ผู้ป่วยฝ่ายชายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยทางจิตในระยะพักฟื้น การที่บุคคลได้เล่าปัญหาของตนออกมาเป็นการระบายความรู้สึกต่างๆ ที่ท่วมท้นอยู่ในจิตใจ เมื่อบุคคลในกลุ่มได้รับฟังอาจจะช่วยหาทางแก้ปัญหา หรือรับรู้ว่าคุณอื่นๆ ก็มีปัญหาเหมือนตน หรือมีปัญหามากกว่าตน บุคคลในกลุ่มต่างก็จะมีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหามากขึ้น (ถวิวรรณ ตัฒธรรม, 2539) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของจิตบำบัดแบบประทับประคองไว้ดังนี้

วอลเบอร์ก (Wolberg, 1967) กล่าวว่าจิตบำบัดแบบประทับประคองว่าเป็นการทำจิตบำบัดแบบต้น ที่ใช้ได้ผลดีกับการรักษาผู้ป่วยจิตเวชทุกชนิด โดยเน้นที่ความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะนั้น สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายปัญหาความรู้สึกต่างๆ และได้เข้าใจปัญหา มองเห็นวิธีการแก้ปัญหา รู้ถึงคุณค่าของตนเองมากขึ้น

ทาราชอว์ (Tarachow, 1963 อ้างถึงในธัญย์ เอกวัฒนพันธ์, 2529) กล่าวว่าจิตบำบัดแบบประทับประคองเป็นการทำจิตบำบัดในแง่ของปัจจุบัน (Here and now) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบาย เพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลง และเป็นการประทับประคองจิตใจผู้ป่วย

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าจิตบำบัดแบบประทับประคอง เป็นวิธีการรักษาทางจิตเวชที่ใช้การสร้างสัมพันธภาพเป็นสื่อกลางในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก หรือพูดถึงปัญหาต่างๆ ที่ทำให้ไม่สบายใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในตนเองมากขึ้น

จุดมุ่งหมายในการทำจิตบำบัดแบบประทับประคอง

1. บรรเทาอาการของผู้ป่วยทันที หรือแก้ไข้ปัญหาโดยเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง
2. ช่วยให้อินสูลภาพสมดุลทางจิตใจ (Psychic equilibrium) ในระยะเวลาอันสั้น
3. เพื่อกลวิธีทางจิต (Defense mechanisms) ที่มีแล้วให้แข็งแรงมากขึ้น
4. จัดการกับปัญหาในระดับจิตสำนึก

5. ลดความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก

6. แนววิธีใหม่ที่ดีกว่าในการควบคุมอารมณ์

วิธีบำบัดโดยใช้จิตบำบัดแบบประทับประคอง แบ่งเป็น 2 วิธี คือ (จำลอง คิมขวิณิจ, 2522 อ้างในสุรีย์ เอกรัตนพันธ์, 2529)

1. การประทับประคองชนิดกระบัง (Suppressive Therapy) คือให้มีการเก็บกดอารมณ์หรือกดกระบังเพื่อเพิ่มความแข็งแรงในการกดทับ (Repression) และกดวิตถวนอื่นๆ เทคนิคที่ใช้คือ

1.1 การจูงใจ (Suggestion) หรือการแนะนำผู้รักษาส่งให้ผู้ป่วยมีความคิดแบบตรงไปตรงมา หรือให้เชื่อว่า ความไม่สบายใจหรือความที่ไม่พึงปรารถนา สามารถบรรเทาได้ ผู้รักษามีท่าทางเป็นมิตร เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตัวผู้รักษา

1.2 การชักชวน (Persuasion) ผู้รักษายืนยันอย่างมีเหตุผล ถึงอาการที่เกิดขึ้นเพื่อผู้ป่วยจะได้เปลี่ยนแนวความคิดที่ผิดมาเป็นความเข้าใจใหม่ที่ถูกต้องกว่า จุดมุ่งหมายของการชักชวนคือ การเสริมสร้างความมั่นใจในตัวเอง (Self confidence) ให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้รู้จักควบคุมชีวิตของตนเองอย่างมีเหตุผล และเหมาะสม มีใจเปลี่ยนไปตามความอยากของตนจนละเลิก ขณะเดียวกันผู้รักษาต้องให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าเขาจะต้องมีอาการดีขึ้น

1.3 การปลอบใจ (Reassurance) เพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจในระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมาก และไม่สามารถที่จะจัดการกับความวิตกกังวลของตนเองได้

1.4 การสะกดจิต (Hypnosis) เป็นการจูงใจโดยใช้ลักษณะคำพูดซ้ำๆ กัน และเสียงพูดที่มีระดับเสมอกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเคลิบเคลิ้มจนกระทั่งอยู่ในภาวะครึ่งหลับครึ่งตื่น ผู้รักษาส่งคำพูดหรือสั่งให้อาการผิดปกติหายไป แต่อาการที่หายไปจะกลับคืนมาอีก เพราะสาเหตุของอาการยังคงอยู่ ระยะต่อมาจึงไม่นิยมใช้วิธีนี้

2. การประทับประคองชนิดระบาย (Expression Therapy) โดยให้ผู้ผู้ป่วยได้แสดงออกโดยใช้คำพูด รู้จักการแยกแยะปัญหา การปลดปล่อยอารมณ์ การทำให้เกิดความคุ้นเคยกับอาการ ซึ่งแบ่งออกเป็น

2.1 การระบายอารมณ์ (Ventilation or Catharsis) คือการช่วยให้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยความรู้สึกทางอารมณ์ที่ถูกกดคั่นออกมาอย่างอิสระและเต็มที่ ทั้งเรื่องที่ไม่สบายใจ วิตกกังวล สบายใจ ดำเนินคิด โกรธแค้น อาฆาตพยาบาท ชื่นชมรัก เมื่อตนเองหรือความไม่สบายใจต่างๆ เรื่อง ซึ่งเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจที่เก็บสะสมไว้ในระดับจิตสำนึก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น ผู้รักษาต้องคอยให้การช่วยเหลือด้วยการให้ความเชื่อมั่น คำตักใจ การสนับสนุนและความเข้าใจที่ถูกต้อง

2.2 การลดความไวหวเร็ว (Desensitization) เป็นการระบายความกลัวกับอกกับใจ

จากประสบการณ์ที่เข้มข้น ปวดร้าว และทรมาณใจของผู้ป่วย ทำให้ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมผู้รักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเคยชินต่อเรื่องเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยมีความไวเร็วต่อเรื่องเหล่านี้น้อยลง จิตใจจะสงบมากขึ้น เป็นการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลง

2.3 การระบายอารมณ์ที่รุนแรง (Abreaction) การระบายอารมณ์อย่างรุนแรงเพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยได้นึกถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ โดยวิธีเก็บกดเพื่อให้ความทุกข์เหล่านั้นเตือนลงไป โดยเป็นในระดับจิตสำนึก แต่การเก็บกดที่ย่อมทำไม่ได้หมด จึงทำให้แสดงอาการต่างๆ ขึ้น ซึ่งเป็นความวิตกกังวล ผู้รักษาดึงผู้ป่วยเข้าไปในเหตุการณ์นั้นๆ โดยค่อยๆ ให้คิดถึงเหตุการณ์เหล่านั้นทีละน้อย จนเมื่อถึงจุดสำคัญอันเป็นจุดที่ก่อให้เกิดความสะเทือนใจ ผู้ป่วยก็จะเกิดมีอารมณ์อย่างรุนแรง อาการต่างๆ ก็จะบรรเทาไปเอง

4. การให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษา เป็นวิธีการช่วยเหลือให้บุคคลที่ประสบปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้เกิดความรู้สึกตระหนักและเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาและมองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาลงตัวของตัวเอง พยายามจัดเวทีที่ต้องปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ มีการปรับตัวที่เหมาะสม สามารถแก้ไขปัญหาลงตัวของตัวเอง การให้คำปรึกษาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องให้ผู้ป่วยแสดงความเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

นงคราญ ผาสุข (2535) กล่าวถึง การให้คำปรึกษาว่า คือการให้ความช่วยเหลือบุคคลให้มีพัฒนาการตามบุรณทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตใจ ให้เข้าใจตนเองมากขึ้น มีทักษะในการตัดสินใจและแก้ปัญหาให้เขาสามารถปรับปรุงตนเองให้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

จิน แบรี (2537) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาไว้ว่า หมายถึงกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อาศัยการสื่อสารแบบสองทาง ระหว่างบุคคลหนึ่งในฐานะผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับการปรึกษา ได้สำรวจและความเข้าใจถึงสิ่งที่เ็นปัญหาและแนวทางหาหนทางแก้ไขปัญหานั้นได้ด้วยตนเอง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การให้คำปรึกษาก็คือ วิธีการช่วยเหลือให้บุคคลได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการพิจารณาใคร่ครวญ สำรวจ และแก้ไขปัญหาลงตัวของตนเองอย่างต้องแท้ เข้าใจ จนสามารถแก้ไขปัญหาลงตัวด้วยตนเอง ซึ่งในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาต้องคำนึงถึงอารมณ์ และความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา (George & Cristiani, 1981) เพราะส่วนมากแล้วผู้รับคำปรึกษาอยู่ในสภาพความวุ่น และมีความขัดแย้งในใจ อาจจะรู้ถึงปัญหาและสาเหตุ แต่ไม่รู้ว่าจะแก้ไขปัญหาลงตัวอย่างไร

หรือไม่อยากพูดถึง เพราะจะทำให้รู้สึกสะเทือนใจจนทนไม่ได้ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องมีทักษะในการให้คำปรึกษาอย่างดี

วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา

1. เพื่อช่วยเหลือให้ผู้มารับคำปรึกษาสามารถรับผิดชอบตนเองและพึ่งตนเองได้
2. เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้รับคำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจด้วยตนเอง
3. เพื่อสร้างเสริมทักษะในการสร้างสัมพันธภาพให้กับผู้รับคำปรึกษา
4. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีและเหมาะสม

หลักการที่จะช่วยให้พยายามดเป็นที่ปรึกษาที่ดี

ในการให้คำปรึกษา การที่ช่วยให้ประสบผลสำเร็จในการทำหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษานั้น เบนจามิน (Benjamin, 1974 อ้างถึงใน นงคราญ ผาสุข, 2535) กล่าวว่า ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องรู้จักตนเอง เข้าใจและยอมรับนับถือตนเอง พร้อมทั้งปรับปรุงตัวเองให้ได้ก่อนที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น และการที่จะเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี ควรจะคำนึงเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. ให้การยอมรับในความเป็นบุคคล ให้เกียรติ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ
2. ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้เอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเลือกและตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง
3. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกมีคุณค่า และเชื่อมั่นในตัวเอง ด้วยการรับฟังและตอบสนองผู้รับคำปรึกษาอย่างเหมาะสมทั้งคำพูดและกิริยาท่าทาง
4. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี อบอุ่นเป็นมิตรซึ่งจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความไว้วางใจ
5. การใช้เวลาและโอกาสแก่ผู้รับคำปรึกษาในการที่จะยอมรับปัญหา และพร้อมที่จะเปิดเผยเรื่องราวหรือปัญหาของตนเองด้วยความเต็มใจ

เงื่อนไขที่จำเป็นต่อการพัฒนาจิตใจ

เงื่อนไขที่จำเป็นต่อการพัฒนาจิตใจถือเป็นเป้าหมายของการให้คำปรึกษา คือผู้ให้คำปรึกษา เป็นผู้เอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง และค่อยๆ พัฒนาศักยภาพที่มีอยู่จนกระทั่งเป็นบุคคลที่สมบูรณ์ สามารถใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ซึ่งโรเจอร์ (อ้างใน จิน แบร์, 2537) กล่าวถึง เงื่อนไขดังกล่าวไว้ดังนี้

1. สัมพันธภาพ ซึ่งไม่ใช่เรื่องของการพบปะสังสรรค์ทางสังคมเท่านั้น แต่เป็นการติดต่อกันเพื่อช่วยเหลือกันโดยวิชาชีพ

2. ผู้รับคำปรึกษา เป็นบุคคลที่รู้ว่าตนเองกำลังประสบปัญหาไม่สบายใจ และเป็นผู้สมัครใจมาขอรับความช่วยเหลือเอง

3. ความสอดคล้องและความมั่นคงในจิตใจ ผู้ให้คำปรึกษาต้องเข้าใจตนเอง และเป็นตัวของตัวเองอย่างแท้จริง ไม่ใช่แค่บุคคลที่พยายามสวมบทบาทเท่านั้น

4. การยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข ผู้ให้คำปรึกษาต้องเห็นคุณค่า ให้เกียรติ และยอมรับความรู้สึกต่างๆ ของผู้รับคำปรึกษาเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าถึงความปลดปล่อยและสบายใจที่จะเล่าเรื่องราวต่างๆ ของตนเองโดยไม่ถูกตัดสินหรือถูกเหยียดหยาม

5. ความซาบซึ้งถึงความคิดและความรู้สึก ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องรับรู้ถึงประสบการณ์ต่างๆ ของผู้รับคำปรึกษาเหมือนกับที่ผู้รับคำปรึกษาได้ประสบมา และจะต้องสามารถสะท้อนความรู้สึกเหล่านั้นออกมาด้วยภาษาที่ชัดเจน น่าฟังที่สอดคล้องและเหมาะสม

6. ความรับรู้ ผู้รับคำปรึกษาจะต้องมีความรู้สึกกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับ และได้รับความเข้าใจจากผู้ให้คำปรึกษา และรู้สึกว่าการทำทางทริยา และคำพูดของผู้ให้คำปรึกษานั้นสอดคล้องกับภาวะที่ผู้รับคำปรึกษากำลังเป็นอยู่

กิจกรรมการพยาบาลในการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

การจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัดเป็นวิวัฒนาการด้านการรักษาที่เกิดขึ้นเมื่อนักวิทยาศาสตร์ทางสังคมได้มองเห็นความล้มเหลวของการรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการต่างๆ โดยเชื่อว่าสังคมถึงแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย มีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ การจะรักษาผู้ป่วยนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยถึงแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วย ดังนั้นจึงได้มีการใช้ถึงแวดล้อมและกิจกรรมที่จะให้ผลทางการรักษาแก่ผู้ป่วย ถึงแวดล้อมที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม พฤติกรรมที่สามารถเผชิญความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ การจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการรักษาผู้ป่วย เรียกว่า ถึงแวดล้อมเพื่อการบำบัด หรือนิเวศบำบัด (Milieu Therapy)

คำจำกัดความ

ถึงแวดล้อมบำบัด (Milieu Therapy) มีความหมายหลายประการ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

คัมมิง (Commings, 1962) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการวางแผนอย่างมีขั้นตอน ในการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อประโยชน์ในการบำบัด โดยเป้าหมายของแผนมุ่งใช้สภาพแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทักษะทางด้านสังคมและอารมณ์ อันจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

พลาตอร์ไร-และคณะ (Pasquali et al, 1985) อธิบายว่าเป็นการจัดตั้งแวดล้อมอย่างมีหลักทางวิทยาศาสตร์ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนบุคลิกภาพให้กับผู้ป่วย ซึ่งเคย์ (Kay, 1987: 752) ได้ให้ความหมายเช่นเดียวกับพลาตอร์ไร และคณะ

บาร์บารา (Barbara, 1990) กล่าวว่าเป็นการจัดตั้งแวดล้อมขององค์กรเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางพฤติกรรมก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคมและอารมณ์ ตลอดจนทักษะในการปรับตัวเอง โดยมุ่งเน้นเต็มพื้นที่ทางสังคม อาชีวบำบัด และกิจกรรมนันทนาการต่างๆ ผู้ป่วยจะอยู่ในสิ่งแวดล้อมบำบัดตลอด 24 ชั่วโมง

ซูวีย์ เกียวกิงแก้ว (2535) อธิบายว่าเป็นการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิต เป็นการรักษาทักษะอย่างหนึ่ง โดยอาศัยสิ่งแวดล้อมที่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม มีแนวความคิดพื้นฐานว่า การจัดตั้งแวดล้อมอย่างมีหลักทางวิทยาศาสตร์ และมีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนบุคลิกภาพให้กับผู้ป่วย โดยมีความเชื่อว่าจิตใจที่พัฒนาดีแล้วของบุคคล จะทำให้การสังคม และการติดต่อกับผู้อื่นดี และเช่นเดียวกับด้านการสังคมก็จะช่วยให้จิตใจของบุคคลมีพัฒนาการดี ทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพดีขึ้นกว่าเดิม

อุบล นิวัติชัย (2533) ได้ให้ความหมายว่า การจัดตั้งแวดล้อมในรูปแบบของการบำบัด ได้แก่ สิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นวัตถุ สิ่งของ แพทย์ พยาบาล บุคคลอื่นในห้องรักษา ความสัมพันธ์และทัศนคติของคนเหล่านั้น ตลอดจนวิธีการและกิจกรรมในการบำบัดรักษา ทุกประเภท ได้ถูกดัดแปลงให้มีผลดีกับผู้ป่วยหรือมีผลในการบำบัดทางจิตแก่ผู้ป่วยจิตเวช

นงคราญ ผาสุข (2535) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการจัดตั้งแวดล้อมในรูปแบบของการรักษา ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมอย่างมีแบบแผน หลักการ จุดประสงค์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความภาคภูมิใจในตนเอง (Self esteem) ซาบซึ่งในคุณค่าของตนเอง ได้เรียนรู้การไว้วางใจผู้อื่น และสามารถกลับคืนสู่สังคมได้

สรุปได้ว่า การจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด หมายถึง การจัดสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยเพื่อการบำบัดอย่างมีแบบแผน หลักการ วัตถุประสงค์ และวิธีการเฉพาะให้แก่ผู้ป่วยโรคจิตในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ตนชอบ ฝึกทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการบำบัดรักษา โดยความร่วมมือของบุคลากรทีมจิตเวชตลอด 24 ชั่วโมง ให้สามารถใช้เทคนิคการรักษาทักษะได้อย่างเป็นระบบ ได้แก่ การรักษาทางกาย รักษาด้วยยา การบำบัดรักษาทางจิต และกิจกรรมบำบัดในรูปแบบต่างๆ เพื่อควบคุมพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมได้อย่างเหมาะสม

โรงพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาผู้ที่มีปัญหาทางจิตและผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิต การจัดโครงสร้างและระเบียบของโรงพยาบาลเพื่อ

ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือสำหรับการรักษามือผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบัน การจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ได้จัดรูปแบบการรักษากว้างไปกับการรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตบำบัด กิจกรรมบำบัด และอื่นๆ

สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับพยาบาล พยาบาลมีหน้าที่สำคัญต่อการจัดตั้งแวดล้อม หลายคนเชื่อว่าสิ่งแวดล้อมเป็นการบำบัดรักษาที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มักไม่กล้าพูดระบายความรู้สึก ไม่กล้าพูดถึงเรื่องราวในชีวิตของตนเอง ดังนั้นการจัดตั้งแวดล้อมที่ดีมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การจัดตารางสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ควรได้รับการจัดขึ้น

เกลทเนอร์ (Kelman, 1991) ได้กล่าวถึงการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เน้นผลกระทบของผู้ป่วยในสิ่งแวดล้อมการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นแนวปฏิบัติที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์จากสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้เกลทเนอร์ ยังได้กล่าวถึงองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมที่พยาบาลควรพิจารณาในการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ประกอบด้วย 6 ลักษณะ คือ

1. ความปลอดภัย (Safety) เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงและให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก ความปลอดภัยจะต้องเกิดขึ้นทั้งกับตัวผู้ป่วยและพยาบาล ในการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน เช่นการเผชิญกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ถ้าสิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย อาจทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย หนีออกจากโรงพยาบาล และมีปัญหาทางเพศ

2. โครงสร้าง (Structure) เป็นการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน การจัดกิจกรรม ซึ่งต้องมีการกำหนดตารางกิจกรรม และการจัดอัตรากำลังที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานที่จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย ควรมีการวางแผนงานที่ดีในการดูแลผู้ป่วย และมีการประสานงานกับแพทย์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3. บรรทัดฐาน (Norms) เป็นการกำหนดคุณลักษณะในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับหอผู้ป่วย จัดสภาพหอผู้ป่วยให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และมีความสอดคล้องกัน และสร้างกฎเกณฑ์ภายในหอผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความคาดหวังของบุคลากร และผู้ป่วย เช่นเป็นสภาพหอผู้ป่วยแบบเปิด ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมที่รุนแรง มีพฤติกรรมที่เปิดเผย ไม่เป็นอันตราย มีการสะท้อนความคิดเห็น มีความเป็นส่วนตัว และการยอมรับซึ่งกันและกัน

4. การจำกัดพฤติกรรม (Limit settings) หมายถึงการจำกัดพฤติกรรมให้เป็นที่ยอมรับ การจำกัดพฤติกรรมไม่ได้เป็นผลร้ายต่อผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น แต่จะเกิดขึ้นจากการตั้งกฎเกณฑ์ และสร้างข้อตกลงระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยที่พยาบาลอาจจะใช้วิธีให้ผู้ป่วยเขียนข้อตกลง มีเกณฑ์ในการปฏิบัติตัวอย่างไร และให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อรับทราบในข้อตกลงเหล่านั้น

5. การรักษาความสมดุลย์ (Balance) หมายถึง การส่งเสริมให้เกิดสภาพความสมดุลย์ใน

หอผู้ป่วย ทั้งในเรื่องความปลอดภัย การมองเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน และการให้โอกาสกับผู้ป่วย ในการดูแลและจัดการกับตนเองได้อย่างสร้างสรรค์

6. การปรับปรุงสภาพหอผู้ป่วย (Unit modification) เป็นการตกแต่งหรือการจัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้เกิดบรรยากาศในการบำบัดรักษาและส่งเสริมให้การบำบัดรักษาเกิดประสิทธิภาพ เช่น การทำสีห้องที่ช่วยให้เกิดความเย็นตา ทำให้อารมณ์สงบ บางหอผู้ป่วยอาจจะจัดที่สำหรับให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ เพราะว่าการงดสูบบุหรี่อาจจะก่อความกดดันให้กับผู้ป่วยได้

พยาบาลเป็นผู้จัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ไคเยอร์ และฮอลฟิง (Kyer and Holfing, 1974 อ้างใน Keltner, 1991) อธิบายว่า บุคคลจำเป็นต้องได้รับการปฏิสัมพันธ์ในสิ่งแวดล้อม พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญต่อการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยก็ถือเป็นสิ่งแวดล้อมที่จะเป็นการบำบัดหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับตัวพยาบาล หัวหน้าพยาบาลควรมีแนวคิดสร้างสรรค์ที่จะช่วยแนะแนวทางแก่พยาบาลประจำการในการที่จะช่วยบำบัดรักษา ทั้งนี้เพราะบุคคลต้องการการการสร้างปฏิสัมพันธ์ ควรทำให้การมีปฏิสัมพันธ์เป็นเชิงช่วยเหลือ

พยาบาลเป็นผู้จัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ในการจัดตั้งแวดล้อมนี้ พยาบาลมีหลายบทบาท เช่น สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เป็นผู้นำกลุ่ม และเข้าร่วมกลุ่มชุมชน ประสานงานในด้านการรักษา ด้านการแพทย์ กับจิตแพทย์ และหน่วยงานอื่นๆ จัดเตรียมผู้ป่วยกลับสู่สังคมเดิม ให้การปรึกษาแก่ครอบครัว นอกจากนี้พยาบาลยังทำงานประสานงานร่วมกับวิชาชีพสาขาอื่นๆ ในการตัดสินใจวางแผนและร่วมมือปฏิบัติให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

ทาลบอตและมิลเลอร์ (Talbot and Miller, 1966 อ้างใน Keltner, 1996) พูดถึงโรงพยาบาลจิตเวชในอุดมการณ์ ไม่ให้การจัดตั้งแวดล้อมที่แยกเป็นส่วนตัว แต่จะเน้นให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในตนเอง การจัดตั้งแวดล้อมต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมที่ประทับประกอบทางสังคมด้วย พยาบาลต้องสามารถจัดตั้งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตด้วย ดังนั้นการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัดเป็นมุมมองที่น่าสนใจ และเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล

ปรัชญาของการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

ผู้ที่นำสิ่งแวดล้อมบำบัดมาใช้ -- ต้องมีปรัชญา ความเชื่อในการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัดดังนี้

1. ความเจริญและการพัฒนาได้มาจากการลงมือและการเรียนรู้จากประสบการณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น
2. ความสุขสมบูรณ์ของชีวิต ได้มาจากการประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายชีวิตด้วยน้ำพักน้ำแรง หรือสมรรถภาพของตัวเองเป็นสำคัญ

3. ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึกและความคิดเป็นภาษาพูด มีประสิทธิภาพดีกว่าการแสดงออกด้วยภาษา ท่าทางหรือด้วยวิธีที่ไม่ตรงไปตรงมา

4. ความรับผิดชอบต่อผลการกระทำของตัวเองที่มีกับผู้อื่นเป็นหน้าที่ของความเป็นมนุษย์

5. ความเป็นอิสระ และความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) เป็นสิ่งจำเป็นในความเป็นบุคคล

6. ความรู้เรื่องมีค่า มีเกียรติ มีศักดิ์ในตัวเอง ควรจะมีฐานรองรับจากประสบการณ์และความสัมพันธ์ที่เกิดในเวลาใดสัก มากกว่าเป็นเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมา

7. มีแนวคิดเกี่ยวกับคนว่าเป็น Holism คือ ในคนนั้นประกอบขึ้นด้วยร่างกาย จิตใจ และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ทุกส่วนนี้มีความเกี่ยวข้องและแยกจากกันไม่ได้

ลักษณะของการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

เนื่องจากการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดรักษา เริ่มมาจากผลกระทบของการที่ผู้ป่วยเมื่อเข้าไปอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชแล้วจะถูกตัดขาดจากโลกภายนอก ความสามารถในการคิดน้อยลง ดำเนินชีวิตโดยการพึ่งพาคนอื่น จึงได้มีผู้คิดวิธีเพื่อลดผลเสียนี้ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดรักษาให้มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. ควรจัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โปรแกรมการบำบัดนั้นต้องได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

2. ส่งเสริมผู้ป่วยให้พึ่งตนเองได้ ลดการถดถอย และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการกระทำต่างๆ

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น

4. กิจกรรมบำบัดควรมีหลายชนิดให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วม เช่น นันทนาการบำบัด

ชุมชนบำบัด อาชีวบำบัด ฯลฯ

5. เจ้าหน้าที่ติดต่อกับครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้คำปรึกษาในการช่วยเหลือผู้ป่วย

6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ออกไปสู่ชุมชน โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสออกไปสังคมภายนอก เช่นการไปทัศนศึกษา การไปห้างสรรพสินค้า การออกไปดูภาพยนตร์ เป็นต้น

วิธีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดรักษาตามลักษณะสิ่งแวดล้อมบำบัดทั้ง 6 ประการ ดังกล่าว จะต้องปฏิบัติภายใต้การมีส่วนร่วมความรับผิดชอบ และการมีอิสระเลือกของผู้ป่วย จึงจะถือว่าการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดรักษาอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ มาร์ธา บราวน์ และเกรซ ฟาวเลอร์ (Martha Brown and Grace Fowler, 1972) ได้เสนอแนวคิดในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมภาวะจิตสังคมที่ดีแก่ผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำแนวคิดนี้มาปรับเพื่อใช้ในการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ และอารมณ์ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยต่อสิ่งแวดล้อม ไม่กลัวสภาพแวดล้อม
2. ผู้ป่วยรู้สึกสะดวกสบาย
3. ความต้องการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทันที
4. สภาพแวดล้อมปลอดภัย ได้รับการจัดให้ปลอดภัยจากการบาดเจ็บจากเหตุการณ์ของตนเองและผู้อื่น หรือสาเหตุอื่น
5. อุปกรณ์เครื่องใช้และสภาพแวดล้อมผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดี สะอาด
6. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล ยอมรับสิทธิของผู้ป่วย และยอมรับความต้องการความคิดเห็นและพฤติกรรมของผู้ป่วยเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปฏิริยาต่อการเรียนรู้จากภาวะเครียด
7. จำกัดข้อบังคับต่างๆ ให้มีเท่าที่จำเป็นเท่านั้น และให้อากาศผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีอิสระในการเลือก
8. สิ่งแวดล้อมต่างๆ เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้แบบแผนพฤติกรรมใหม่ พยายามกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

สิ่งที่ได้กล่าวมาแล้วว่าการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดรักษาไม่มีโอกาสที่จะเป็นจริงขึ้นมาได้ คือพยาบาลไม่เห็นความสำคัญ ไม่เชื่อถือ ขาดความรู้ และไม่มีความสามารถในการเป็นผู้นำ เนื่องจากการบริหารหอผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาล ถ้าพยาบาลยึดติดอยู่กับงานสำนักงาน งานเหมือนงานแม่บ้าน การบริหารหอผู้ป่วยจะเป็นอีกรูปแบบหนึ่ง ดังนั้นสิ่งสำคัญที่ถูกต้องพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญต่อการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดเป็นผู้นำในการร่วมมือกับผู้ป่วย เพื่อวางแผนกิจกรรม ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในที่นี้จะสรุปการพยาบาลเพื่อการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ตามกระบวนการพยาบาล ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 รวบรวมข้อมูลสภาพแวดล้อมด้านต่างๆ

- 1.1 ด้านกายภาพ สิ่งที่ต้องประเมินคือ อุปกรณ์ เครื่องใช้ มีเพียงพอ เหมาะสม สะอาด ปลอดภัย สะดวกสบายเพียงใด มีสถานที่ที่ผู้ป่วยจะใช้เวลาเป็นการส่วนตัวหรือไม่
- 1.2 ด้านความรู้สึกรับประเมินการใช้ แสง เสียง ระดับอุณหภูมิ กลิ่นต่างๆ ลักษณะเสื้อผ้า อาหาร เหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกสบายปลอดภัยหรือไม่เพียงใด กระตุ้นประสาทการรับรู้มากเกินไปหรือไม่
- 1.3 ด้านสังคม เป็นการประเมินบทบาทสมาชิกแต่ละคน การเป็นผู้นำ อัตราส่วนระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยเหมาะสมเพียงใด แบบแผนการติดต่อสื่อสารภายในหอผู้ป่วยเป็นอย่างไร

1.4 ด้านอารมณ์ ประเมินการสร้างบรรยากาศ ควรให้มีบรรยากาศที่กระตุ้นให้มีการระบายความรู้สึก มีการประทับประคองอารมณ์ทั้งในระหว่างผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดและดำเนินกิจกรรมเพื่อความพึงพอใจ และพัฒนาการบุคคล

1.5 ด้านภาวะจิต การประเมินด้านนี้จะแทรกอยู่ในกิจกรรม และสิ่งแวดล้อมทั้งหมด เช่น ส่งเสริมให้มีการนั่งสมาธิ ได้อ่านธรรมคำสอนตามความเชื่อ มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมตามศาสนาที่เคารพ เป็นต้น

ขั้นที่ 2 วิเคราะห์และวางแผนการพยาบาล

นำข้อมูลที่ประเมินไว้ในขั้นที่ 1 มาวิเคราะห์ว่ามีสิ่งใดที่เป็นปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการปฏิบัติ

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แสดงถึงปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมบำบัด เช่น

- เจ้าหน้าที่แสดงอารมณ์เกินไป ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้ามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- เครื่องใช้ในหอผู้ป่วยไม่เพียงพอ

ขั้นที่ 3 ปฏิบัติการแผนการพยาบาล

เนื่องจากเป้าหมายสุดท้ายของกิจกรรม เพื่อจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด มุ่งให้ส่งเสริมความเจริญและพัฒนาการแต่ละบุคคล ให้มีการระบายความรู้สึก มีปฏิสัมพันธ์ จัดข้อขัดแย้งเพื่อบรรเทาเป้าหมายต่างๆ การปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องใช้สติปัญญา พลังงานของสมาชิกทุกคนให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ขั้นที่ 4 ประเมินผลการพยาบาล

ประเมินผลตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ในแผนการพยาบาล วิธีประเมินทำได้หลายวิธี เช่น การสังเกต การสอบถามจากผู้ป่วย การใช้แบบสอบถาม เป็นต้น

องค์ประกอบของการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด มีองค์ประกอบพิเศษที่แตกต่างไปจากสิ่งแวดล้อมของตึกผู้ป่วยเมื่อพิจารณาอย่างละเอียดถี่ถ้วน องค์ประกอบของการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดที่สำคัญประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1. สิ่งแวดล้อมทางด้านวัตถุ ได้แก่ โครงสร้างของหอผู้ป่วย สถานที่
2. สิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วยและบุคลากรในทีมรักษา
3. สัมพันธภาพของบุคคลในหอผู้ป่วย ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยกับบุคลากรในทีมผู้รักษา
4. กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy)

1. สิ่งแวดล้อมทางด้านวัตถุ ได้แก่ โครงสร้างของสถานที่ซึ่งเป็นที่อยู่ของผู้ป่วย

1.1 สภาพของโรงพยาบาล หรือสภาพของหอผู้ป่วยควรเป็นสถานที่เงียบสงบร่มรื่นมาอยู่อาศัย มีลักษณะคล้ายบ้าน ก็มีความสะดวกสบาย และผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัย มีห้องนอน และห้องน้ำที่จัดเป็นสัดส่วน ผู้ป่วยมีอิสระในการไปไหนหรือการกระทำดังตามความเหมาะสม โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

1.2 สภาพบรรยากาศ ภายในหอผู้ป่วยมีความอบอุ่นเป็นมิตร เจ้าหน้าที่ที่อยู่ในหอผู้ป่วย ควรพยายามทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคุ้นเคยในการมาอยู่โรงพยาบาล อาจจะช่วยให้ได้โดยการที่ช่วยผู้ป่วยที่มากอยู่ใหม่ ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่มาอยู่โรงพยาบาล และได้รับการยอมรับโดยการแนะนำผู้ป่วยใหม่ต่อสิ่งแวดลอมรอบตัวผู้ป่วย ต่อเจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ป่วยคนอื่นๆ การปฐมนิเทศผู้ป่วยใหม่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับ เพราะสิ่งแวดลอมใหม่เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าโรงพยาบาลเป็นที่ปลอดภัยที่จะปกป้องจากอันตรายภายนอก ผู้ป่วยบางคนต้องการให้โรงพยาบาลป้องกันอันตรายที่เกิดจากอาการทางจิตของตัวเอง และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำอันตรายผู้ป่วยอื่น

2. สิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ประกอบไปด้วย บุคคลที่อยู่ในหอผู้ป่วย ได้แก่ ทีมผู้รักษา มีตั้งแต่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ฯลฯ และผู้ป่วยทุกคนที่จะนำมากล่าวในที่นี้ก็คือ ผู้ป่วย และทีมผู้รักษา

2.1 ผู้ป่วย ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยหนึ่งๆ ควรจะมีการจำกัดจำนวนไว้ เพราะจำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไปก็จะมีผลต่อบรรยากาศในหอผู้ป่วย องค์การอนามัยโลก ได้แนะนำว่าในหอผู้ป่วยหนึ่งๆ ไม่ควรมีผู้ป่วยเกิน 32 คน ในจำนวน 32 คนนี้สามารถแบ่งกลุ่มย่อยได้ 4 กลุ่ม แต่ละกลุ่มจะมีผู้ป่วยประมาณ 8 คน (สุวณีย์ เกียรติกิ่งแก้ว, 2535) ซึ่งเป็นจำนวนที่พอดีในการให้การรักษากลุ่มหนึ่งๆ เพราะผู้ป่วยทุกคนจะได้มีโอกาสร่วมในกิจกรรมรักษาได้เท่ากัน ในกลุ่มที่ผู้ป่วยน้อยเกินไป ความสนใจที่จะมีให้กับผู้ป่วยแต่ละคนมากเกินไป ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกเครียดกับการที่เป็นเป้าความสนใจตลอดเวลา ก่อให้เกิดบรรยากาศเครียดได้ ถ้าจำนวนผู้ป่วยมีมากเกินไปก็จะเกิดปัญหาผู้ป่วยบางคนถูกละเลยจากกลุ่มได้ ผู้ป่วยที่จะได้ประโยชน์จากการรักษาด้วยสิ่งแวดลอม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังนี้

2.1.1 ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงและทำลาย ผู้ป่วยเหล่านี้ขาดความสามารถในการควบคุมตัวเอง ต้องการแยกควบคุมจากภายนอก การใช้สิ่งแวดลอมจะช่วยได้โดยช่วยควบคุมพฤติกรรมด้วย กฎระเบียบต่างๆ ของหอผู้ป่วย และผู้ป่วยจะหัดควบคุมตัวเองได้ในภายหลัง

2.1.2 ผู้ป่วยที่มีการประสานงานของบุคลิกภาพเริ่มบกพร่อง การรับรู้ความเป็น

จริงผิดปกติ และการแก้ไขปัญหามีชีวิตกำลังอยู่ในภาวะสับสนมาก ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการดูแล และการประคับประคองจิตใจอย่างต่อเนื่อง

2.1.3 ผู้ป่วยที่ประสบภาวะวิกฤตทางอารมณ์อย่างรุนแรง การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ให้ผู้ป่วยจะช่วยกลั่นกรองภาวะอารมณ์วิกฤตลงได้ หรือผู้ป่วยที่ใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดเป็นสถานที่ เหมาะสำหรับผู้ป่วยประเภทนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกมั่นคงปลอดภัย

2.2 ทีมผู้รักษา ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคม พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช พยาบาลทั่วไป ผู้ช่วยพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น นักอาชีวบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ฯลฯ ทีมผู้รักษาจะต้องเป็นแบบอย่างของสังคมปกติ ในด้านการสื่อความหมาย ด้านมนุษยสัมพันธ์ การแก้ปัญหาชีวิต ในด้านการทำงาน ด้านความซื่อสัตย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความรับผิดชอบ ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งทีมผู้รักษาแต่ละวิชาชีพจะมีความชำนาญต่างกันไป ควรเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

2.2.1 มีความรู้ความเข้าใจทางด้านจิตเวชอย่างพอเพียงเพื่อจะได้มีความเข้าใจ ผู้ป่วย

2.2.2 มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ยอมรับผู้ป่วยเป็นบุคคลคนหนึ่ง แม้ว่าบางครั้ง พฤติกรรมของผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับการยอมรับ เพื่อใช้มาตรฐานทางสังคมมาตัดสิน โดยเฉพาะ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ผู้ป่วยจะต้องมองเห็นความสำคัญในการยอมรับผู้ป่วย และสนอง ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ไม่วางตนเหนือผู้ป่วย หรือใช้อำนาจบังคับผู้ป่วย แต่เป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ และทำตามเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้ป่วย

3. สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในหอผู้ป่วย มีอยู่หลายระดับ คือสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้รักษากับ ผู้รักษาด้วยกัน ซึ่งสามารถแยกเป็นหลายระดับ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างจิตแพทย์กับจิตแพทย์ จิตแพทย์กับพยาบาล จิตแพทย์กับนักจิตวิทยา จิตแพทย์กับนักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ นอกจากนี้ยังมี สัมพันธภาพระหว่างทีมกับผู้ป่วย และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยด้วยกัน สัมพันธภาพที่ดีก่อให้เกิดบรรยากาศที่เป็นมิตร ทำให้เกิดความสามัคคีปรองดองกัน ตรงกันข้ามสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันก่อให้เกิดข้อขัดแย้งและปัญหาอื่นๆ จึงจะมีผลต่อกระบวนการการรักษา

3.1 สัมพันธภาพระหว่างทีมผู้รักษา ทีมผู้รักษาทุกคนไม่ว่าจะเป็นสาขาวิชาชีพใด จะต้อง มีความสามัคคีกัน ไม่แบ่งพรรคแบ่งพวกกัน ไม่แบ่งชั้นวรรณะว่าเป็นแพทย์ เป็นนักสังคม เป็นนักจิตวิทยา หรือเป็นพยาบาล การแบ่งพรรคแบ่งพวกก่อให้เกิดความขัดแย้ง ซึ่งจะมีผลต่อกระบวนการรักษา ผู้ป่วยจะรับรู้ได้หากทีมผู้รักษามีความคิดเห็นขัดกับความจริง ไม่ปรองดอง ไม่สามัคคีกัน ทำให้มีการแบ่งพรรคแบ่งพวกในหมู่ผู้ป่วยด้วยกัน

3.2 สัมพันธภาพระหว่างทีมผู้รักษาและผู้ป่วย การติดต่อระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยควร จะอยู่ในรูปแบบของผู้ให้การช่วยเหลือ และผู้รับการช่วยเหลือ ควรระลึกเสมอว่าผู้ป่วยไม่ใช่ผู้ ได้บังคับบัญชา สามารถใช้ยานาถั่งการได้ตามชอบใจ ทีมผู้รักษาจะต้องให้ความเคารพความเป็น บุคคล มีสิทธิส่วนบุคคล มีความต้องการเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่แตก ต่างจากคนอื่น แต่ความเป็นบุคคลของผู้ป่วยยังคงมีอยู่เช่นบุคคลอื่นๆ

3.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ป่วย ผู้ป่วยหลายคนมีปัญหาในเรื่องมนุษยสัมพันธ์ มาก่อน เมื่อมาอยู่ร่วมกันมักจะก่อให้เกิดปัญหา บางคนชอบใช้ยานาถั่งกับผู้ป่วยที่อ่อนแอกว่า บางคนชอบครอบงำผู้อื่น ทั้งด้านความคิด และพฤติกรรม ทีมผู้รักษาจะต้องตระหนักในปัญหา ส่วนตัวของผู้ป่วยที่อาจจะก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่นๆ จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี ความสามัคคี ความเป็นมิตรต่อกัน ให้ความช่วยเหลือกันเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น วิธีการแก้ปัญหา ควร จะต้องทำให้กลุ่มผู้รักษาดึงดูดว่าผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิเท่ากันในหอผู้ป่วย

3.4 ความมั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วย เมื่อเข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการสร้าง บรรยากาศทางจิตใจ อารมณ์ ผู้ป่วยควรจะได้รับ ความมั่นใจ อาจจะมีการปลอดภัยจากอันตรายทั้ง หลาย จากตัวผู้ป่วยเองหรือจากผู้ป่วยอื่นๆ การจะเสริมสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ได้ นั้น โดยการใช้กระบวนการจำกัดสิทธิและพฤติกรรมที่เรียกว่า "Setting limit" พฤติกรรมที่ไม่ พึงปรารถนาจะถูกยับยั้ง และห้ามปราม โดยให้ผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรมของตนเองก่อน เมื่อไม่ สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ทีมผู้รักษาจะใช้วิธีการควบคุมอื่นๆ เข้าช่วย เป็นต้นว่า อาจใช้ยาสงบประสาทในการฉีดยาผู้ป่วยแต่ละคน กลุ่มกักต้ง ใช้การผูกมัดหรือแยกไว้ในห้องแยกถ้าผู้ป่วย จะทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยที่เอะอะจอนไม่มีเวลาพักผ่อนจะถูกควบคุมด้วยยา โดยวิธีการต่างๆ เหล่านี้ จะ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคง และปลอดภัย

กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy)

กิจกรรมบำบัดคืออะไร เทียม ศรีคำจักร (2538:6) อธิบายว่าเมื่อพูดถึง "กิจกรรมบำบัด" คนทั่วไปจะไม่ทราบว่าหมายถึงอะไรแต่ถ้าพูดถึง "อาชีพบำบัด" อาจมีคนจำนวนหนึ่งทราบได้ ทันทีว่าหมายถึงการส่งเสริมป้องกันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการให้ทำงานหรือ กิจกรรมต่างๆ รวมถึงการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำ การทำงาน การใช้เวลาว่าง ฯลฯ ซึ่งชื่อทั้งสองต่างก็มาจากภาษาอังกฤษคำเดียวกัน คือคำว่า "Occupational therapy" ไม่ว่า จะใช้ชื่อกิจกรรมบำบัดหรืออาชีพบำบัดก็มีความหมายเหมือนกัน

นอกจากนี้ เทียม ศรีคำจักร (2535) กล่าวว่า ปัจจุบันสมาคมกิจกรรมบำบัดอย่างเป็นทางการ ว่าเป็นการนำกิจกรรมต่างๆ มาใช้อย่างมีเป้าหมาย เพื่อส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษา และ

ฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ขาดความสามารถ (Dysfunction) อันเนื่องมาจากการบาดเจ็บทางร่างกาย ความคิดปกติทางจิตสังคม ปัญหาพัฒนาการ และการเรียนรู้ ปัญหาวัฒนธรรม เพื่อให้สามารถปรับตัวอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้อย่างเป็นอิสระ และพึ่งพิงตนเอง

ฉวีวรรณ ชูตะบุตร (2527) กล่าวว่ากิจกรรมบำบัดเป็นความจำเป็นและเป็นหัวใจของการฟื้นฟูสมรรถภาพและบุคลิกภาพของผู้ป่วย เนื่องจากกิจกรรมต่างๆ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการแสดงออกซึ่งความสามารถ ได้ติดต่อกับธรรมชาติกับบุคคลอื่น และได้ติดต่อกับตนเอง โดยการคิด หรือได้ตอบในใจ ซึ่งช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ

เพียรดี เกี่ยมมงคล (2536) กล่าวถึงกิจกรรมบำบัดควรเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง ป้องกันการถดถอย และส่งเสริมผู้ป่วยให้พัฒนาทักษะทางสังคม เพราะกิจกรรมทำให้มีโอกาสนปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

เคย์ (Kay, 1984) อธิบายว่า กิจกรรมบำบัดเป็นโปรแกรมที่จัดให้ผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล เป็นการบำบัดที่ทำร่วมกับการบำบัดรักษาชนิดอื่นๆ หรืออาจเป็นการบำบัดรักษาอย่างแรกที่ใช้เพียงอย่างเดียวก็ได้ เช่น อาชีวบำบัด สันทนาการบำบัด ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด คนตรีบำบัด และกิจกรรมเข้าจังหวะ เป็นต้น

การรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้วยกิจกรรมบำบัด

กิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยทางจิตเวช จุดมุ่งหมายหลักของกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชคือ การให้ผู้ป่วยได้เกิดความเพลิดเพลินผ่อนคลายความตึงเครียด ให้เกิดความภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่นตนเอง มีทักษะพื้นฐานในการทำงาน ตลอดจนให้ฝึกปรับตัวเข้ากับผู้อื่น อันเป็นพื้นฐานสำคัญในการมีชีวิตรอดอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

การรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้วยกิจกรรมบำบัด เทียม ศรีคำจักร (2535) อธิบายไว้ดังนี้

1. สนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (Meeting basic need) เป็นการสนองความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นประการแรก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจกับความต้องการขั้นพื้นฐานก่อน
2. ป้องกันความเสื่อมถอย (Prevention) เป็นการรักษาที่มุ่งกระตุ้นส่วนที่ขาดหายไปและส่งเสริมทักษะที่เหลือนอยู่เอาไว้
3. พัฒนาเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น (Development) เป็นการรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งในแง่ของสมรรถภาพทางด้านจิตใจ สมรรถภาพทางสังคม และสมรรถภาพในการดำรงชีพ
4. การคงสภาพที่อยู่อ่เอาไว้ (Maintenance) บ่อยครั้งเป้าหมายการรักษามุ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเพียงเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีสภาพทรุดลงไปกว่าเดิม หรือให้มีชีวิตรอดโดยไม่ให้เป็นภาระแก่ผู้อื่นมากเกินไป

เครื่องมือของการรักษาทางกิจกรรมบำบัด เทียม ศรีคำจักร (2535) กล่าวว่าเครื่องมือของกิจกรรมบำบัดก็คือ สิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวเรานั้นเอง แบ่งออกเป็น 4 ชนิด ดังนี้

1. การใช้ผู้รักษาเป็นเครื่องมือในการรักษา (Therapeutic use of self)
2. การใช้กลุ่มเป็นเครื่องมือในการรักษา (Activity group)
3. การใช้กิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (Purposeful activity)
4. การใช้สิ่งแวดล้อมที่ไม่ใช่มนุษย์เป็นเครื่องมือในการรักษา (Nonhuman environment)

1. การใช้ผู้บำบัดเป็นเครื่องมือในการรักษา (Therapeutic use of self)

ผู้บำบัดนับว่าเป็นเครื่องมือที่มีผลต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ในแง่ของการกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน และสะท้อนกลับ พฤติกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง ตลอดจนการเป็นแบบอย่างที่ดีให้ผู้ป่วยได้ลอกเลียนแบบด้วย

ดังนั้นผู้บำบัดที่ดีจึงจำเป็นต้องพัฒนาตนเอง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกและความต้องการของตนเอง และของผู้อื่น และยอมรับในความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น ตลอดจนความยืดหยุ่น เปิดใจยอมรับและปรับตัวปรับใจกับการเปลี่ยนแปลงได้ทุกสถานการณ์ (เช่น บางครั้งผู้บำบัดอาจมีบทบาทเป็นเหมือน พ่อ แม่ ครู หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน และบทบาทผู้รักษาท้ายที่สุด)

2. การใช้กลุ่มเป็นเครื่องมือในการรักษา (Activity group)

กลุ่มเป็นสื่อที่สำคัญอีกชนิดหนึ่งในงานทางกิจกรรมบำบัดที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาประเภทการนำ ตลอดจนความสามารรถที่คล้ายคลึงกันมาทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อ

- ทำให้เกิดความรู้สึกว่า คนไม่ได้แตกต่างจากผู้อื่น
- ทำให้เกิดความหวัง ความภาคภูมิใจ
- ทำให้มีโอกาสได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองมากขึ้น
- มีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น
- ได้เรียนรู้ในการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น อันเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม

ต่อไป

3. กิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (Purposeful activity)

กิจกรรมเป็นสื่อหลักที่นักกิจกรรมบำบัดใช้เป็นเครื่องมือในการรักษาทางกิจกรรมบำบัด ซึ่งมีคุณค่าโดยตัวมันเองดังนี้

- 3.1 ช่วยในการวินิจฉัยโรค
- 3.2 ช่วยลดแรงขับทางเพศ

- 3.3 ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้สิ่งแวดล้อมและสภาพที่เป็นจริง (Reality orientation)
- 3.4 เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งในแบบใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด
- 3.5 เป็นสื่อในการเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำงาน การดำรงชีวิตเพื่อเตรียมตัว

กลับสู่ชุมชน

ชนิดของกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเวช แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1. กิจกรรมประจำวัน ได้แก่ สุขอนามัยส่วนตัว การติดต่อกับผู้อื่น
- 2. งาน ได้แก่ งานยามว่าง งานบ้าน งานอาชีพ
- 3. นันทนาการ ได้แก่ การละเล่น กีฬา ทักษะกีฬา

ลักษณะเฉพาะของกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

- 1. มีลักษณะเรียบง่ายไม่ซับซ้อน
- 2. เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย และสนใจมาก่อน
- 3. ใช้วัสดุอุปกรณ์พื้นบ้าน ปลอดภัย
- 4. อยู่ในระดับความสามารถที่ผู้ป่วยจะทำสำเร็จ
- 5. สามารถคิดเปลี่ยนแปลงได้ตามสภาพของผู้ป่วย
- 6. เป็นกิจกรรมที่วิเคราะห์แล้วว่าเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

4. การใช้สิ่งแวดล้อมที่ไม่ใช่มนุษย์เป็นเครื่องมือในการรักษา (Nonhuman environment)

สิ่งแวดล้อมในที่นี้หมายถึง สถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ ภาชนะ ตลอดจนจังหวะ และบรรยากาศที่เหมาะสมต่อความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมและความเชื่อของคนแต่ละท้องถิ่น เช่น การจัดสถานที่ที่มีความสงบเงียบ ไม่มีเสียงรบกวน ห้องไม่กว้างหรือแคบเกินไป มีแสงสว่างเพียงพอ ช่วงหน้าหนาวอาจจัดในที่ที่มีแดดเข้าถึง หรือบางครั้งอาจมีการคิดมาเพื่อความสะดวกสบายใจ ให้เกิดความอบอุ่นปลอดภัย

ในส่วนของผู้ป่วยและเครื่องมืออำนวยความสะดวกต่างๆ อาทิเช่น บางกิจกรรมอาจต้องใช้โต๊ะ เก้าอี้ และกระดานดำ เช่น การเขียนหนังสือ การวาดรูป บางกิจกรรมอาจต้องใช้สื่อ เช่น การทำงานฝีมือ และการปรุงอาหารของสตรี บางกิจกรรมอาจไม่ต้องใช้อะไรเลย เช่น การวิ่งออกกำลังกายหรือการเล่นบางอย่าง

ในแง่ของวัสดุต่างๆ ก็มีผลต่อผู้ป่วยแต่ละประเภทเช่นกัน เช่น ผู้ป่วยบางประเภทอาจต้องเลือกสีที่สดใส บางประเภทอาจใช้สีเรียบๆ เย็นๆ ผู้ป่วยบางประเภทชอบนั่งเพื่อฝึกนั่ง จึงควรให้วัสดุที่มีรูปร่างแน่นอนสัมผัสได้ เป็นต้น

นอกจากนั้นการรู้จักจัดกิจกรรมต่างๆ ให้ตรงกับภาวการณ์ก็ทำให้ประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดีเช่นกัน เช่นการทำ ส.ค.ส. ในช่วงปีใหม่ หรือการทำกระทงในเทศกาลลอยกระทง เป็นต้น

เป้าหมายในการจัดกิจกรรมบำบัด

1. เพื่อป้องกันการถดถอย (Regression) ของผู้ป่วย เพราะกิจกรรมจะทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ความสามารถที่มีอยู่ทำกิจกรรมนั้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (Self confidence) เพราะในการทำกิจกรรมผู้ป่วยจะต้องตัดสินใจทำในสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองขึ้นมา เช่น การวาดรูป ผู้ป่วยต้องพิจารณา และตัดสินใจว่าจะใช้สีอะไร จะทำให้ผู้ป่วยกล้าตัดสินใจในเรื่องอื่นๆ ต่อไป
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง (Self esteem) ผู้ป่วยทำกิจกรรมบางอย่างที่ประสบความสำเร็จ และได้รับคำชมเชย
4. ทำให้ผู้ป่วยมีการติดต่อกับผู้ป่วยอื่น รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เรียนรู้ที่จะไว้ใจผู้อื่น รู้จักประนีประนอมให้ความร่วมมือกับบุคคลอื่นได้
5. เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ระบายอารมณ์ออกมา
6. เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในความเป็นจริง ไม่อยู่กับการรับรู้ที่ผิดๆ
7. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ เพราะการทำกิจกรรมต้องทำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหนึ่ง
8. ทำให้ผู้ป่วยรู้จักตนเอง และรู้ถึงความสามารถของตนเองเพราะกิจกรรมจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกลับมาของตน พบว่าตนเองถนัดอะไรในขณะที่ทำกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มีงานอดิเรกใหม่ขึ้นมา
9. เพื่อใช้ในการวินิจฉัยและบำบัดผู้ป่วยจิตเวช

กิจกรรมการพยาบาลในการสอนทางสุขภาพ

ความสำคัญของการสอนทางสุขภาพ

ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของจิตใจ ซึ่งเกิดขึ้นจากความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองหรือมีการตอบสนองในสิ่งที่ไม่ต้องการและเกิดความขัดแย้งในจิตใจ (พะเยาว์ ฉายระบิต อ้างใน วิภาวี เผ่ากันทรกรร, 2536) จนไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในภาวะปกติได้ มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของจิตเป็นอย่างมาก จนไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ และแสดงอาการทางจิต เช่น มีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง มีความกลัวในสิ่งที่ไม่น่ากลัว มีความคิดซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม มีการกระทำซ้ำๆ แสดงความไม่เป็นมิตร มีอาการประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ความจำเสื่อม เป็นต้น (สุวนิชย์ ตันติพัฒนานันท์, 2522) อาการทางจิตที่ผู้ป่วยแสดงออกส่วนมากไม่แสดงออกมาโดยตรง แต่มักแสดงออกอย่างมีความหมายทางสัญลักษณ์ของแรงผลักดันที่มีอยู่ภายใน

ในใจ อาการทุกอย่างที่ผู้ป่วยแสดงออกมามีความหมายทั้งสิ้น เพราะเป็นการแสดงถึงการใช้กลไกทางจิตในการปรับตัว ซึ่งคนปกติก็ใช้กลไกทางจิตในการปรับตัวเช่นกัน แต่ผู้ป่วยจิตเวชจะใช้กลไกทางจิตบางอย่างมากเกินไป หรือใช้ซ้ำๆ จนทำให้เกิดเป็นอาการทางจิต หรือแสดงพฤติกรรมผิดปกติ โดยที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงสิ่งต่างๆ นั้นเป็นความจริง หรือเป็นการแสดงออกที่เหมาะสม ซึ่งการเกิดอาการทางจิต มีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านจิตใจ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ เพศนิษฐ์, 2539) จะเห็นได้ว่า อาการทางจิตที่ผู้ป่วยแสดงออกมานั้น ต้องการการดูแลและความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมจิตเวช โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจิตเวชนั้น มองมนุษย์ด้วยแนวความเชื่อผสมผสาน คือ การช่วยคนที่คนที่มืองค์ประกอบทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ยอมรับพฤติกรรม และการแสดงออกของผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการตามขอบเขตความรู้สึนึกคิดของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และเคารพในสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วย ในการที่จะเลือกและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง โดยที่พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและเป็นผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง โดยทั่วไปบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคนใช้เวลาอย่างน้อยร้อยละ 10 ในการสอนทางสุขภาพ หรือให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย (อุบล นิวัติชัย อ้างใน ไพรัตน์ พุกงษาคิณการ, 2533) ซึ่งการสอนสอนทางสุขภาพ (Health education) เป็นกระบวนการสอนหรือพัฒนาเพื่อให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ความเชื่อ และการกระทำอย่างมีเหตุผลเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดี (พัฒน์ สุจันงศ์, 2522) ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นอีกประการหนึ่งที่ขาดไม่ได้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก็คือการสอนทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ในเรื่องของการปรับตัว เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ มักมีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย ขาดทักษะในการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมและไม่ตามารดดำรงชีวิตได้ตามปกติ การสอนทางสุขภาพจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจ พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลงตนเองให้มีความเหมาะสมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

ความหมายของการสอนทางสุขภาพ

บทบาทที่สำคัญประการหนึ่งของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ บทบาทของครูหรือบทบาทในการสอนทางสุขภาพซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลายความหมายดังจะได้นำเสนอต่อไปนี้

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (อ้างในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2535) ได้ให้ความหมาย การสอนทางสุขภาพไว้ว่า การสอนเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในด้านต่างๆ นับตั้งแต่ความรู้

เกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวันในโรงพยาบาล การปรับตัวในสังคม การปรับตัวเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ รวมถึงการสอนเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ซึ่งอาจยังเป็นอาชีพได้ ในการสอนอาจสอนได้ทั้งเป็นรายบุคคล หรือสอนเป็นกลุ่ม วิธีการสอนอาจใช้ได้หลายวิธี ตั้งแต่วิธีการบรรยาย ทัศนและปฏิบัติจริงไปพร้อมกับการสอน

ศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ (อ้างใน คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527) ได้กล่าวไว้ว่า การสอนถึงต่างๆ แก่ผู้ป่วย พยาบาลมีหน้าที่ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงการมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขตามอัตภาพ โดยสอนให้ผู้ป่วยรู้จักปรับตัว ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน โดยพยาบาลต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้ป่วย ระดับความเข้าใจและภาวะอารมณ์ตลอดจนการรับรู้ของผู้ป่วยในขณะนั้น ใช้คำพูดที่ผู้ป่วยฟังและเข้าใจได้ง่าย ในการสอนอาจใช้วิธีอธิบายด้วยคำพูดหรือสาธิตให้ดูเป็นตัวอย่าง และให้ผู้ป่วยทำตาม หรืออาจจัดประสบการณ์ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยตนเอง เมื่อสอนผู้ป่วยแล้วควรมีการสังเกตและประเมินผลว่าเป็นอย่างไร พยาบาลไม่ควรคาดหวังว่าเมื่อสอนแล้วผู้ป่วยจะต้องทำได้ถูกต้อง ครบถ้วน เพราะเมื่อผู้ป่วยทำไม่ได้จะทำให้พยาบาลเกิดความท้อแท้ใจ และตัวผู้ป่วยเองก็จะเกิดความวิตกกังวลไปด้วย

เพ็ชร เปี่ยมมวง (2536) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการสอนเกี่ยวกับสุขภาพจิตไว้ว่า การสอนสุขภาพจิตเป็นการช่วยผู้ป่วยให้เรียนรู้ในการจัดการกับความเครียดตลอดจนวิธีการคลายเครียดต่างๆ หรือการให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น อาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ และวิธีการแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา หรือวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยทางจิต เช่น อาการประสาทหลอน การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านไปอยู่บ้าน การสอนอาจสอนทั้งผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความเข้าใจและยอมรับในตัวผู้ป่วย เพื่อว่าผู้ป่วยจะได้กลับบ้านได้อย่างสบายใจ

นงคราญ ผาสุข (2536) ได้กล่าวถึงการสอนให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เร็วที่สุดว่า พยาบาลมีหน้าที่เป็นเสมือนครู แทรกอยู่ในการรักษาตลอดเวลา เพราะผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการกลับไปเหมือนเด็ก (Regression) และผู้ป่วยทุกคนมีปัญหาทางอารมณ์ การปรับตัวทางสังคม เนื่องจากขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่นได้ พยาบาลสอนเพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักควบคุมอารมณ์ รู้จักช่วยเหลือตนเอง สิ่งที่พยาบาลสอนส่วนมากเกี่ยวกับการเรียนรู้ต่างๆ ดังนี้

อนามัยส่วนบุคคล (Personal hygiene) เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน หรือรักษาความสะอาดส่วนตัวอื่นๆ การแต่งกายให้ถูกกาลเทศะ เรื่องการปรับตัวในสังคม ให้รู้จักควบคุมอารมณ์ ฝึกให้อยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ การแก้ปัญหาในชีวิต

ประจำวัน โดยพยาบาลจะต้องให้ผู้ป่วยทราบว่าปัญหาของผู้ป่วยอยู่ตรงไหน แล้วจึงสอน และชี้แนวทางให้ผู้ป่วยได้แก้ปัญหาเอง และได้กล่าวถึงบทบาทที่พยาบาลต้องคำนึงถึงในการสอน คือ ความแตกต่างระหว่างบุคคลในเรื่องความรู้ความสามารถ สถิติปัญหา ปัญหาตลอดจนพฤติกรรมที่แสดงออกมา ต้องสอนให้เหมาะสมกับแต่ละคน ถ้าับการสอนนั้นต้องสอนจากง่ายไปหายาก และสอนจากสิ่งที่ใกล้ตัวไปไกลตัว ความร่วมมือในการสอนให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติด้วย เป็นการเรียนรู้ประสบการณ์และได้เสนอวิธีการสอนที่ดี โดยการใช้คำพูด อาจสอนเป็นรายบุคคล การจัดกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สารัตถการกระทำให้อุเป็นตัวอย่างก่อนแล้วให้ผู้ป่วยไปฝึกหัดเอง และการจัดประสบการณ์ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยตนเอง เช่นการเล่นเกมส์ต่างๆ

เทเลอร์ (Taylor, 1990) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลจิตเวชในเรื่อง บทบาทครูว่าการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทครูนี้ พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่ยอมรับ และเข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่ตัดสินพฤติกรรมของผู้ป่วยตามมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ของสังคม ต้องเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลือและแก้ไขพัฒนาพฤติกรรมที่ผิดปกติเหล่านั้นให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยการจัดประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนได้

นอร์ริส และคณะ (Norris et al., 1987) ได้กล่าวถึงการสอนทางสุขภาพไว้ว่า การสอนสอนด้านสุขภาพ (Health teaching) ให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ใกล้ชิดอื่นๆ ให้มีความรู้ในเรื่องสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสอนอาจจะอยู่ในรูปแบบให้ผู้เรียนรู้ด้วยตนเองหรือจัดให้มีประสบการณ์เรียนรู้ในด้านการปรับตัวในสังคม

วิภาวี เสงี่ยมพรากร (2536) ได้กล่าวถึงบทบาทของบุคลากรทางการพยาบาลจิตเวชในเรื่อง บทบาทของครูไว้ว่า พฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นกลไกที่ผู้ป่วยต่อต้านเมื่อเกิดปัญหาการปรับตัว มีทั้งพฤติกรรมที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม พยาบาลจะต้องยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมนั้นๆ และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้พัฒนาพฤติกรรมที่ผิดปกติให้กลับเหมาะสมขึ้น โดยการจัดประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อมแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ พยาบาลจะต้องใช้ความอดทน ไม่หือแพ้ ทำอย่างสม่ำเสมอ ยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้ป่วยแต่ละคนทั้งทางด้านสถิติปัญหา และความสามารถ

สถาบันสุขภาพจิต และสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย (ม.ป.ป.) ได้กล่าวถึงมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เรื่องการสอนทางสุขภาพได้ว่า พยาบาลใช้การสอนทางสุขภาพในการช่วยเหลือผู้รับบริการเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว ให้สามารถมีแบบแผนการดำรงชีวิตอย่างสร้างสรรค์ และพึงพอใจ โดยที่ต้องมีแผนการสอนเป็นราย

บุคคลและรายกลุ่มในแผนการพยาบาล และผู้รับบริการมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และพยาบาลจะปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้ คือ

1. สำรวจความต้องการการการตอนทางสุขภาพ แก่ผู้รับบริการ และญาติในสถานพยาบาล และในชุมชน
2. ใช้หลักการเรียนรู้ สื่อ และวิธีการสอนที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้รับบริการ และสถานที่
3. สอนหลักการและวิธีการในการดำรงชีวิต เพื่อการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี
4. สอนทักษะการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การปรับตัวและทักษะทางสังคม เพื่อการดำรงชีวิตที่ดีในครอบครัวและสังคม
5. จัดโอกาสให้ผู้รับบริการมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง

จากแนวความหมายที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า การสอนทางสุขภาพ หมายถึง การให้ความรู้ การสร้างความเข้าใจ ทำให้เกิดความตระหนัก และมีความพร้อมที่จะพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงตนเองทั้งด้านความรู้ ความเชื่อและการกระทำอย่างมีเหตุผล ด้วยวิธีการบรรยาย สาธิต และจัดประสบการณ์ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นการสอนทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เกิดทักษะ มีความมั่นใจ เกิดกำลังใจ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแนวทางที่เหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ได้อย่างมีความสุข

วิธีการสอนทางสุขภาพ

การสอนทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยนั้น ควรมีวิธีการที่เหมาะสม ซึ่งจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพ โดยที่พยาบาลต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้ป่วย ระดับความเข้าใจ ภาวะอารมณ์ และการรับรู้ของผู้ป่วยในขณะนั้น ควรใช้คำพูดที่ผู้ป่วยฟังแล้วเข้าใจง่าย (พัฒน์ สุจำนงค์, 2522) โดยได้กล่าวถึงวิธีการสอนทางสุขภาพไว้ดังนี้ คือ

วิธีการ เป็นแนวทางหรือกระบวนการซึ่งเป็นระบบหรือจัดไว้เป็นระเบียบ เพื่อนำไปปฏิบัติให้บรรลุความมุ่งหมาย

การสอน เป็นการจัดหาโอกาสให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ หรืออีกนัยหนึ่งเป็น กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่จัดขึ้น เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือนำไปสู่ พฤติกรรมที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ของการสอนทางสุขภาพ เพื่อ

1. ให้ข่าวสาร ความรู้ ข้อเท็จจริง (Information) และการเผยแพร่ Information นั้น
2. ชักชวนให้คิด เห็นชอบและปฏิบัติ (Persuasion)

3. ให้ความเพลิดเพลิน (Entertainment)

4. เพื่อหาข้อเท็จจริง (Fact finding) ซึ่งก่อให้เกิดความรู้ ความคิด

5. เพื่อให้การศึกษา (Education) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยการเรียนรู้ และ

ปฏิบัติ

การสอนทางสุขภาพมีหลักการที่สำคัญ คือกระตุ้นให้คิดด้วยตนเอง ใช้เหตุผลด้วยตนเอง มุ่งให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับเอง และให้เด็กการตัดสินใจด้วยตนเอง

วิธีการสอนทางสุขภาพแบ่งได้เป็น 2 แบบใหญ่ๆ ด้วยกัน คือ
แบบที่ 1 เป็นวิธีที่ใช้กันอยู่เดิม คือ

1. วิธีการทางเดียว (One-way or didactic method) คือผู้สอนทางสุขภาพเป็นผู้ให้ฝ่ายเดียวแก่ผู้รับ โดยเปรียบเสมือนว่าผู้รับเป็นภาชนะรองรับเอา Information ข้างเดียว ไม่ต้องการตอบสนองกลับ ทั้งนี้โดยมุ่งหวังที่จะให้ผู้รับ รับเอา Information ไปแล้ว จะผสมผสาน สร้างข้อมูลใหม่ที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับตัวผู้รับ รวมทั้งมีการกระทำเกิดขึ้นในขณะนั้น หรือระยะต่อมา วิธีนี้ผู้สอนไม่ค่อยทราบถึงภูมิหลังด้านความรู้ ปฏิบัติ และ การแปลความหมายของผู้รับ ดังนั้น เพื่อให้ผลดีขึ้น ควรจะพยายามเสนอความเป็นจริงในหลายๆ แง่ และผ่านประสาทสัมผัสต่างๆ มากที่สุด แม้กระนั้นก็ยังเป็นวิธีที่อาจจะได้ผลต่ำ ตัวอย่างวิธีการนี้ เช่น การบรรยาย ไปสเตอร์ เสียงตามสาย เอกสารแผ่นพับ

2. วิธีการสองทาง (Two-way or sociatic method) คือผู้สอนและผู้รับเป็นผู้ให้ และผู้รับซึ่งกันและกัน เป็นการแลกเปลี่ยนกันทั้งในด้านความรู้และความคิดเห็น ผู้สอนและผู้รับต่างมีพื้นฐานทางด้านความรู้และประสบการณ์ต่างกัน มาทำงานร่วมกันโดยนำเอาความรู้ใหม่ไปรวมกับความรู้แนวความคิดเดิม และอาจกำหนดวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม วิธีนี้จะช่วยลดการต่อต้าน และส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสม

วิธีนี้มีการสอนโดยตรงน้อย แต่พยายามจัดประสบการณ์ในการเรียนรู้ โดยการให้มีการวิพากษ์วิจารณ์ ระหว่างผู้สอนและผู้รับ ผู้รับมีโอกาสให้ Information รับเอาความรู้ในหลายๆ ทาง และยังมีโอกาสซักถาม เสนอแนวคิดและทำให้มีความเข้าใจกระจ่างขึ้น ตัวอย่างของวิธีนี้ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์และการสัมภาษณ์ เป็นต้น

แบบที่ 2 เป็นการแบ่งแบบใหม่ คือ

1. วิธีการเข้าถึงรายบุคคล (Individual method or approach) เป็นการติดต่อระหว่างบุคคลต่อบุคคล ซึ่งจัดให้มีขึ้นตามความมุ่งหมายที่วางไว้ เช่น การสนทนาระหว่างคน (Conversation) การแนะแนวรายบุคคล (Counseling) การสัมภาษณ์รายบุคคล (Interview) เป็นต้น

ความมุ่งหมายของวิธีการนี้ คือ

1. เพื่อให้คำแนะนำ แนะนำเฉพาะบุคคล
2. เพื่อแก้ปัญหาส่วนตัว วิเคราะห์ปัญหารายบุคคล
3. ช่วยสอนทักษะหรือความถนัด
4. ให้โอกาสผู้รับได้ซักถาม หรือรับความรู้หรือความเข้าใจ
5. สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับ
6. เพื่อให้ความรู้เพิ่มเติม หรือชี้แจงให้รายละเอียดเพิ่มขึ้น
7. เพื่อชักชวนให้เกิดการปฏิบัติ
8. เพื่อกระตุ้นบุคคลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมีเหตุผลหรือข้อมูลจำเพาะ

สำหรับผู้รับมาประกอบ

2. วิธีการเข้าถึงรายกลุ่ม (Group method or approach) เป็นวิธีการติดต่อสื่อสารของคนตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป จะเป็นกลุ่มเล็กหรือใหญ่ก็ได้แล้วแต่ความจำเป็นหรือความเหมาะสม วิธีนี้ได้แก่ การประชุมกลุ่ม (Group discussion) การประชุมกลุ่มปฏิบัติงาน (Workshop) การบรรยายหมู่ (Symposium) การอภิปรายหมู่ (Panel discussion) การประชุมสัมมนา (Seminar) เป็นต้น กลุ่มบางครั้งอาจเป็นกลุ่มคนประเภทเดียวกันก็ได้

ความมุ่งหมายของวิธีการนี้คือ

1. เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการเปลี่ยนแปลงความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์
2. เพื่อให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจจากกลุ่มในการปฏิบัติงานร่วมกัน
3. กลุ่มช่วยสนับสนุนหรือเปลี่ยนบุคคลในกลุ่มในด้านทัศนคติ แนวความคิดใหม่ และการปฏิบัติใหม่
4. ให้กลุ่มได้ร่วมกันพิจารณาและยอมรับวัตถุประสงค์ เป้าหมาย หรือค่านิยมใหม่ หรือเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ไม่ถูกต้อง
5. ให้มีการร่วมแรงร่วมใจใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ หรือช่วยกันคิดหาวิธีการแก้ไข อุปสรรค หรือปัญหาร่วมกัน
6. เพื่อสร้างทัศนคติบางอย่างให้เกิดขึ้น เช่น กลุ่มช่วยให้บุคคลในกลุ่มมีจิตใจกว้างขวาง ยอมรับความคิดเห็นของบุคคลอื่น มีใจเป็นนักประชาธิปไตย
7. เพื่อสร้างทักษะในการใช้ความคิด การสะท้อนความคิด การรับและการตอบความคิดจากการอภิปรายในกลุ่ม
8. เพื่อสร้างทักษะในการเสนอเรื่องราว การอภิปรายซักถามหรือได้ตอบ

9. รู้จักนำและปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากกลุ่ม เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อกลุ่มหรือส่วนรวม

การสอนทางสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ถ้าผู้ป่วยไม่ทราบว่าเขาควรจะทำอย่างไร จะดำเนินชีวิตประจำวันอย่างไร ผู้ป่วยก็จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นการสอนทางสุขภาพต้องการการจัดโปรแกรมที่ดีเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ แผนการสอนจะช่วยให้พยาบาลผู้สอนได้ทราบถึง วัตถุประสงค์ของการสอน ขอบเขตเนื้อหาของเรื่องที่จะสอน กิจกรรมในการสอนและการประเมินผล ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามต้องการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจว่าจะปฏิบัติตนอย่างไร สามารถนำไปใช้ที่บ้านหรือสามารถนำคำแนะนำที่ได้รับจากการสอนไปปฏิบัติ

ในการศึกษากครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาถึง การสอนทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาลในเรื่องการได้รับการรักษาด้วยยา สุขอนามัยส่วนบุคคล การสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสื่อสาร การปรับตัวและทักษะทางสังคม และแหล่งให้บริการสุขภาพในชุมชน ซึ่งจะได้นำเสนอรายละเอียดในเรื่องราวต่างๆ ดังต่อไปนี้

การได้รับการรักษาด้วยยา

การได้รับการรักษาด้วยยา (Psychopharmacotherapy) เป็นวิธีการหนึ่งที่มีอยู่ในการรักษาทางจิตเวชในปัจจุบัน ซึ่งการรักษาด้วยยาจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมากในระยะแรกๆ ที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต หรือในภาวะที่ผู้ป่วยควบคุมตนเองไม่ได้ ยาจะทำให้ผู้ป่วยสงบลง (เพียร์ลีย์ เบียมมังกอล, 2536) และเมื่ออาการทางจิตของผู้ป่วยสงบลงแล้วการรักษาทางด้านอื่นๆ เช่น การบำบัดรักษาทางจิตและการบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อมจะเข้ามามีส่วนสำคัญมากขึ้นในการรักษา แต่ยาก็ยังมีความจำเป็นอยู่ตามความเชื่อในเรื่องสาเหตุการเกิดอาการทางจิตด้านชีวเคมี มีการศึกษาและพิสูจน์จนได้คำตอบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระดับสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) และ Receptors ต่างๆ กับอาการเกิดโรค หรืออาการทางจิต ซึ่งยาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ และมีอาการทางจิตที่สงบลง เนื่องจากการสังเคราะห์ยาในปัจจุบันสามารถออกฤทธิ์ได้อย่างเฉพาะเจาะจงมากขึ้น และมีฤทธิ์ข้างเคียงต่ำ สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือการให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับเรื่องการเงิน เช่นการรักษาส่วนใหญ่ ใช้ระยะเวลายาวนาน ความร่วมมือในการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ แนะนำด้านอาการข้างเคียงที่พบบ่อยตลอดจนแก้ความเข้าใจผิดของผู้ป่วย เช่นยาที่ให้ไม่ใช้ยานอนหลับ และยาที่ให้ไม่ติด แต่ที่หยุดแล้วมีอาการเป็นเพราะโรคยังไม่หาย เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนราชย์, 2539)

สุขอนามัยส่วนบุคคล

ผู้ป่วยจิตเวชบางคนมีพฤติกรรมคล้อยไปเหมือนกับเด็ก ขาดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีอาการทางจิตรุนแรงจะมีความบกพร่องในการดูแลในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งนงคราญ ผาสุข (2528) ได้กล่าวถึงการสอนผู้ป่วยจิตเวชในเรื่องสุขอนามัย ซึ่งต้องสอนเกี่ยวกับเรื่อง การอาบน้ำ แปรงฟัน หรือการรักษาความสะอาดส่วนตัวอื่นๆ การแต่งกายให้ถูกกาลเทศะ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จะเป็นสิ่งที่ใช้วัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้ดีที่สุด ดังนั้นการสอนในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่พยาบาลจะต้องให้การดูแล ในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพราะว่าเป็นการประเมินสภาพของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการกำหนดกิจกรรมพยาบาลให้เป็นไปตามเป้าหมายการพยาบาล (Carne Valid & Patrick, 1986) โดยที่การสอนของผู้ป่วยเพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้และเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการสอนจะมุ่งเน้นในเรื่องการดูแลความสะอาดร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ขาดความสนใจเกี่ยวกับสภาพร่างกายทั้งด้านความสะอาด การแต่งกาย การสอนผู้ป่วยจึงต้องสอนตั้งแต่การอาบน้ำ ความสะอาดในช่องปาก ผม เล็บ เสื้อผ้า และรวมถึงการดูแลความสะอาดระหว่างการมีประจำเดือนในผู้ป่วยหญิง

การสร้างสัมพันธภาพ

ความเชื่อในเรื่องการเกิดอาการทางจิตอีกสาเหตุหนึ่งคือ การมุ่งไปที่สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory) ซึ่งเชื่อว่าสาเหตุของความผิดปกติของพฤติกรรมในบุคคลมีสาเหตุมาจากความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (อรรถพรณ ถิระบุญรัชชัย อ้างใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, 2535) และความวิตกกังวลของผู้ป่วยจิตเวชมีผลทำให้เขาไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้เช่นกัน และยังเป็นสาเหตุทำให้จิตใจเขาเสื่อมโทรมลง ซึ่งซัลลิแวน (Sullivan อ้างใน นงคราญ ผาสุข, 2528) ได้ตั้งสมมติฐานไว้ว่า ถ้าผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ ก็จะช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลของเขาได้ อันจะช่วยเสริมสร้างให้เขามีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นเรื่อยๆ และในที่สุดจะเกิดความมั่นใจในตนเองกล้าที่จะก้าวออกไปสู่โลกภายนอกอีกครั้ง และกล่าวได้ว่าสัมพันธภาพระหว่าง พ่อ แม่ ลูก มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของเด็กมาก ถ้าเด็กมีสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวดี จะทำให้มีความมั่นใจในตนเองปรับตัวได้ดีในสังคม มีการพัฒนาบุคลิกภาพที่ดี ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์เหล่านี้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ถึงแม้ว่าพยาบาลจะได้ดำเนินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอยู่แล้วก็ตาม การสอนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพทางสังคม ยังเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้

ทักษะการติดต่อสื่อสาร

การติดต่อสื่อสาร (Communication) เป็นกระบวนการถ่ายทอดหรือแลกเปลี่ยนข่าวสาร ข้อเท็จจริง ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และทัศนคติระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งจะมีผู้ส่งข่าวสาร (Sender) ไปยังผู้รับชมข่าวสาร (Receiver) อันเป็นผลให้เกิดสัมพันธภาพ และเป็นกระบวนการที่จะทำให้เราทำความเข้าใจผู้อื่น และในทางกลับกันก็พยายามจะให้ผู้อื่นเข้าใจเราด้วย เป็นพลังความสัมพันธต่อกันที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่จะได้ผลดีนั้น ต้องอาศัยความเข้าใจที่ตรงกัน การมีส่วนร่วมและมีปฏิริยาโต้ตอบที่เหมาะสม (สุวนีย์ เกี้ยวแก้ว อ้างใน คณะจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527, ปาหนัน บุญหลง, 2528)

การติดต่อสื่อสารเป็นถึงจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องมีการเรียนรู้ เพื่อที่จะได้นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและสามารถสร้างเสริมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อไป การปรับตัวและทักษะทางสังคม

มนุษย์มีความต้องการมากมาย เมื่อเกิดความต้องการแล้วไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดความขัดแย้งในจิตใจ หรือเกิดภาวะคับข้องใจ จะทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล มนุษย์จะมีการปรับตัวเพื่อแก้ไขความวิตกกังวล จนกว่าร่างกายและจิตใจจะอยู่ในสภาพที่พอทนได้ หรือสภาพที่มีความสุขพอสมควร จนเป็นลักษณะของความพยายามที่จะดำรงไว้ซึ่งการมีชีวิตอยู่ (ขงยุทธ ทองอยู่ อ้างใน คณะจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2527)

จะเห็นการปรับตัวจึงหมายถึง การที่มนุษย์ประพฤติตนให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ เพื่อแก้ไขหรือหลีกเลี่ยงความวิตกกังวล ซึ่งจะยังผลให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามอัตรภาพ

ดังนั้นการสอนผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับเรื่องการปรับตัวและทักษะทางสังคมจึงมีความจำเป็น หรือมีความสำคัญไม่ยิ่งไปกว่าการสอนผู้ป่วยในเรื่องอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีภาวะความเครียดเกิดขึ้นอยู่เสมอ จนไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ได้ในสังคมตามปกติ พยาบาลจึงมีบทบาทในการสอนให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นและสอนให้เกิดทักษะทางสังคม เพื่อที่จะเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยได้กลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนต่อไป

สิ่งที่ควรสอนให้ผู้ป่วยในเรื่องของการปรับตัวได้แก่ ลักษณะของการปรับตัว ขั้นตอนของการปรับตัว ชนิดของการปรับตัว การใช้กลไกทางจิต และผลที่เกิดขึ้นกับการปรับตัวในแต่ละชนิด (ขงยุทธ ทองอยู่ อ้างใน คณะจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527 และ อุบล นิวัติชัย, 2527)

ฮอฟเวอร์ และพาร์เนลล์ (Hoover & Parnell, 1984) ได้จัดกลุ่มการสอนผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วย เกี่ยวกับเรื่องความเครียดและการปรับแก้โดยมีเป้าหมายการดำเนินกลุ่มดังนี้ คือ

1. ให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเครียด ผลที่เกิดขึ้นกับร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น
2. ช่วยสมาชิกกลุ่มให้มีความเข้าใจในความหมายของความเครียดให้ถูกต้องมากขึ้น
3. ช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มในการค้นหาสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความเครียด ทั้งถึงกระตุ้นหลัก และสิ่งกระตุ้นอื่นๆ ในชีวิตของบุคคล
4. ให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอความแตกต่างของความเครียดในด้านร่างกาย สภาพแวดล้อม และการใช้วิธีการเพื่อปรับแก้ความเครียด
5. ให้ข้อมูลย้อนกลับกับสมาชิกกลุ่มได้ตระหนักถึงความเครียดและฝึกปฏิบัติการใช้วิธีปรับแก้ความเครียดที่แตกต่างกัน

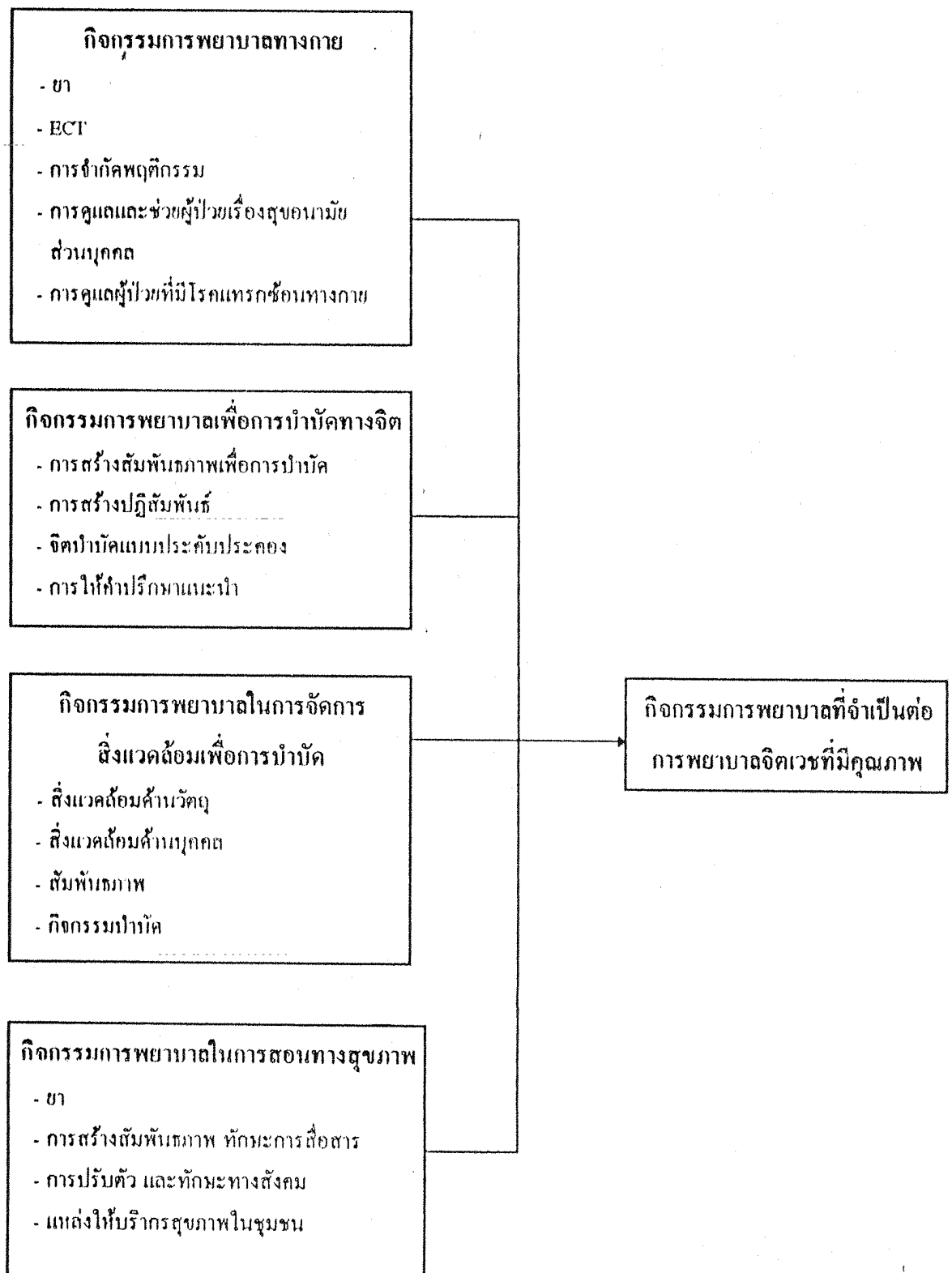
การสอนจัดขึ้นเป็นระยะ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 เดือน ผลที่เกิดขึ้นพบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าใจในความเครียด มีการเผชิญความเครียด และเรียนรู้การปรับแก้ได้ดีขึ้น ในด้านบุคลากรทั้งพยาบาล แพทย์ ให้ผลสะท้อนทางด้านบวกต่อการจัดกลุ่มการสอนผู้ป่วยในลักษณะนี้

นอกจากนี้การสอนทักษะทางสังคม ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดีขึ้น ซึ่ง แพลนท์ (Plant, 1989) ได้ศึกษาการจัดโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วยจิตเวชว่ามีความจำเป็นเนื่องจาก

1. ผู้ป่วยจิตเวชมีความยุ่งยากที่จะเริ่มต้น และดำเนินสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
2. มีประสบการณ์กับความเครียด มีความวิตกกังวล ไม่มีความสุข และ/หรือ ไม่สุขสบายที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ซึ่งเป็นมาอย่างเรื้อรัง
3. มีอาการทางจิตที่ต้องอยู่ท่ามกลางผู้อื่นทั่วไป

จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความช่วยเหลือและฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยทางจิตที่เรื้อรัง

นอกจากการสอนผู้ป่วยในเรื่องอื่นที่กล่าวมาข้างต้น สิ่งที่เขาไม่ได้อีกประการหนึ่งคือ การสอนในเรื่องแหล่งให้บริการสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ประหยัดเวลา และเงิน ตลอดจนสามารถใช้บริการได้ด้วยความต้องการ รวดเร็ว ตามระบบการส่งต่อในบริการสาธารณสุข ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวสามารถไปใช้บริการตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน หน่วยจิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลทั่วไป ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช เป็นต้น



กิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวช

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รุ่งศรี ศรีสุวรรณ (2539) ได้ศึกษาเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช และต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ นักศึกษา พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีเจตคติทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวช แต่มี เจตคติทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับทัศนคติของนักศึกษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กัน

จุฬารัตน์ วิริยะรัตน์ (2535) ได้ศึกษาลักษณะส่วนบุคคล ทัศนคติต่อการพยาบาลจิตเวช และ การใช้ตนเองเพื่อการบำบัดของพยาบาลจิตเวช พบว่า พยาบาลจิตเวชมีลักษณะส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติต่อการพยาบาลจิตเวชอยู่ในระดับสูง มีการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดอยู่ในระดับต่ำ และพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการศึกษาเพิ่มเติม และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 5-13 ปี มีลักษณะส่วนบุคคลและทัศนคติต่อการพยาบาลจิตเวชสูงกว่าพยาบาลจิตเวชที่ไม่ได้รับการอบรม และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 1-4 ปี

กนกวรรณ ประวาลพิทย (2540) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พบว่า ภายหลังจากการได้รับโปรแกรมให้ความรู้ 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น มีทัศนคติทางบวกเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมถูกต้องเพิ่มขึ้น

พัชรพร สุคนธธรรพ์ (2533) ได้ศึกษาประสิทธิผลในการให้ดูขศึกษาแก่ประชาชน เขตชนบทเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ จำนวน 547 คน พบว่า หลังการให้ดูขศึกษาเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์แล้ว ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์เพิ่มขึ้น

กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, ฟองคำ คิลกสกุลชัย และ อุบล ทวีศรี (2532) ได้ศึกษาการสำรวจความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงาน ส่วนประสบการณ์ในการผ่านการอบรมพิเศษเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์กับ ความรู้ และการปฏิบัติเท่านั้น สำหรับปัจจัยพื้นฐานอื่นๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ

-----คุณฎีวรรณ เรืองรุจิระ (2532) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการรับรู้ของตนเอง พบว่า ความรู้ และเจตคติของพยาบาลวิชาชีพไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อจำแนกวุฒิการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และ

สถานภาพสมรส ความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติ และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ แต่ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

ถมจินต์ เพชรพันธ์ศรี (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ กับการรับรู้บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 663 คน พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือ การที่พยาบาลมีความรู้ที่ดี จะทำให้การรับรู้บทบาทของตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ดี เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นั่นคือ ถ้าพยาบาล มีเจตคติต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ดีแล้ว การรับรู้บทบาทของตนในการดูแลผู้ป่วยย่อมดีด้วย และพบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายการรับรู้บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ เจตคติ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ส่วนตัวแปรด้านความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ พบว่าเป็นตัวทำนายที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จินตนา เทนิยงสุวรรณ (2524) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และเจตคติ กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน พบว่าการรับรู้ต่อโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าวัยรุ่นในชุมชนแออัดที่มีการรับรู้ต่อโรคเอดส์ไม่ดี จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ไม่ดีด้วย เจตคติต่อโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า วัยรุ่นในชุมชนแออัดที่มีเจตคติต่อโรคเอดส์ไม่ดี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ดี ส่วนผู้ที่มิเจตคติต่อโรคเอดส์ดี มีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ไม่ดี

เรณา พงษ์เรืองพันธ์ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติ และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะคติ อายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้

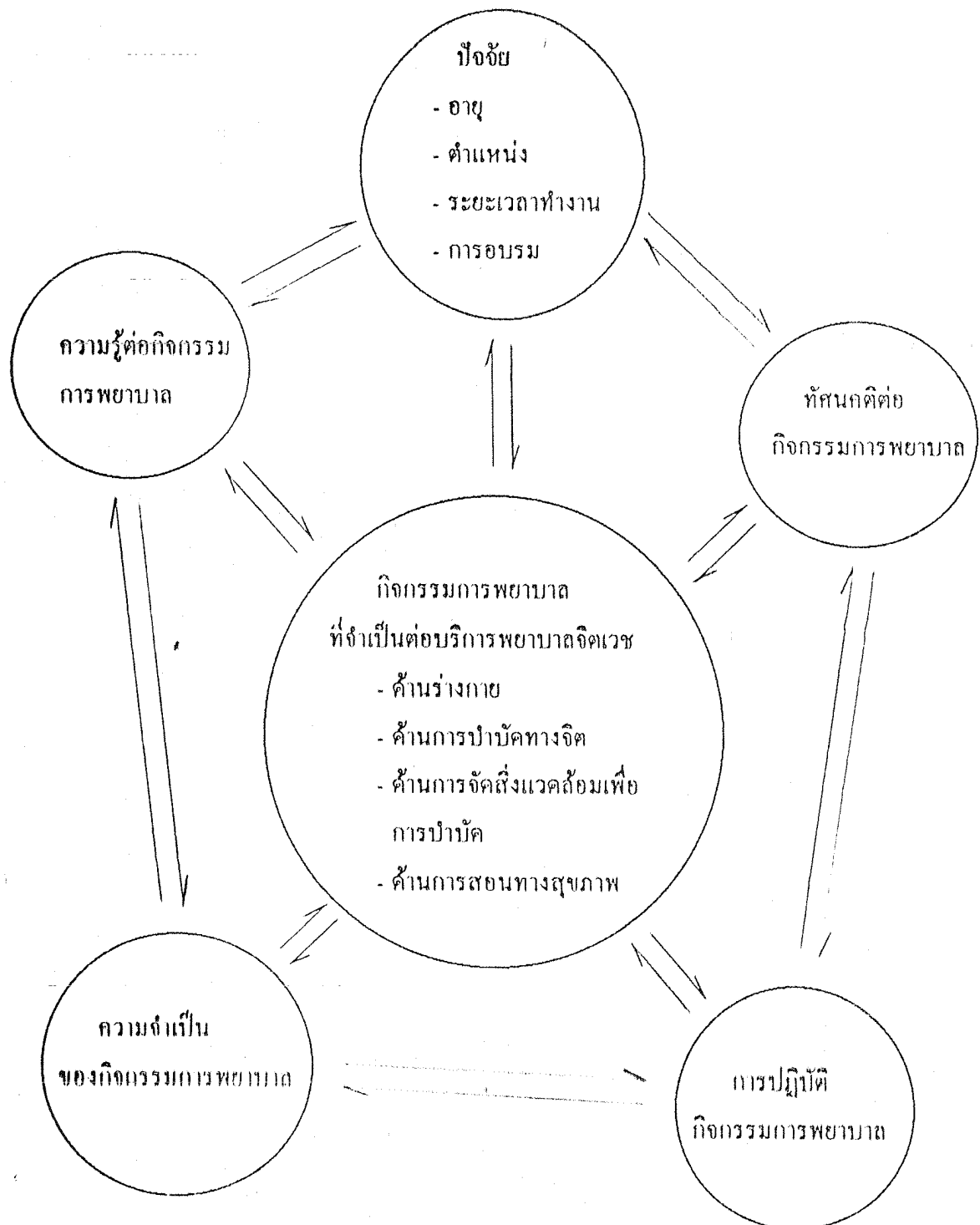
กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2528) ได้ศึกษาเรื่องความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงของผู้ป่วย และพยาบาลในโรงพยาบาลรามาริมใต้ ทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย จำนวน 195 และ 400 คน ตามลำดับ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลคาดหวังจะปฏิบัติสูงกว่าที่พยาบาลปฏิบัติจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ธำไพ บุติธรรม (2526) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการพยาบาล ตามความคิดเห็นของผู้ป่วยกับระดับความแตกต่างของการให้อำคันความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลให้ความสำคัญมากที่สุดในกิจกรรมเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม กับกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษา และการสังเกตอาการ และให้ความสำคัญรองลงไปกิจกรรมเกี่ยวกับการให้สุขศึกษา กับกิจกรรมการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายในกิจกรรมประจำวันตามลำดับ

มยุรา กาญจนางกูร และพยอม วิริยา (2526) ได้ศึกษากิจกรรมการพยาบาลและประเภทผู้ทำการพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยใช้การสังเกตและบันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุกอย่างที่เจ้าหน้าที่กระทำในแบบฟอร์มการบันทึก พบว่า พยาบาลมีกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วยมากที่สุด

รีด และคณะ (2514) ได้ศึกษากิจกรรมของเจ้าหน้าที่พยาบาลขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โรคหัวใจของกรมการแพทย์ พบว่า พยาบาลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเพียงร้อยละ 45 โดยเวลาที่ใช้ไปไม่ประมาณครึ่งหนึ่งถูกใช้ไปในกิจกรรมการให้การรักษพยาบาล เช่น การเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ในการรักษา การฉีดยา การให้อาหารและยาทางเส้นโลหิตดำ ฯลฯ ใช้เวลาน้อยมากในการให้การดูแลเกี่ยวกับความต้องการทางด้านจิตใจ ของผู้ป่วยและญาติ ส่วนกิจกรรมที่เกือบไม่พบเลย คือการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย

สุชาดา เสภาพันธ์ (2530) ได้ศึกษากิจกรรมพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า พยาบาลขาดความรู้ ความชำนาญด้านการสอนและจัดกิจกรรมบำบัดให้แก่ผู้ป่วย



กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงความรู้ ทักษะ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อศึกษาระดับความเข้มข้น ความแตกต่างในด้าน ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรทางการพยาบาล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลจิตเวชนครพนม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา โรงพยาบาลนิติจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลศรีบุญญา และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งมีบุคลากรทั้งหมด 2,286 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling)

โดยวิธีการ

1. จำแนกประชากรตามประเภทของบุคลากรทางการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล
2. เกิดตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ ด่าย เชียงนี้ (2537) ที่ความเชื่อมั่นระดับ 99 เปอร์เซนต์ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 500 คน
3. คำนวณสัดส่วนของบุคลากรทางการพยาบาลแต่ละประเภทในแต่ละโรงพยาบาล

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาลและตำแหน่ง

โรงพยาบาล	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		เจ้าหน้าที่พยาบาล		ผู้ช่วยเหตือคนไข้	
	ประชากร	กลุ่ม ตัวอย่าง	ประชากร	กลุ่ม ตัวอย่าง	ประชากร	กลุ่ม ตัวอย่าง	ประชากร	กลุ่ม ตัวอย่าง
ศรีธัญญา	115	25	120	26	23	5	369	81
นิติจิตเวช	25	5	37	8	4	1	40	9
จิตเวชนครพนม	3	1	4	1	-	-	-	-
จิตเวชขอนแก่น	40	9	54	12	3	1	43	9
จิตเวชนครราชสีมา	42	10	36	8	4	1	36	8
พระศรีมหาโพธิ์	85	18	55	12	24	5	92	20
สมเด็จพระยา	74	16	63	14	15	3	175	38
สวนสราญรมย์	144	31	116	25	18	4	131	29
สวนปรุง	91	20	72	16	16	3	117	26
รวม	619	135	557	122	107	23	1003	220

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามและแบบวัดแบ่งออกเป็น 5 ชุด คือ

ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่ง การอบรม เกี่ยวกับสุขภาพจิต และจิตเวช และระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล ที่จำเป็นต่อบริการพยาบาล จิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลทางด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ

ลักษณะของข้อคำถาม เป็นคำถามปลายปิด แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก (Multiple choices) 3 ตัวเลือก ซึ่งกำหนดการคิดคะแนนไว้ดังนี้

- | | | |
|---------|---------|-----------------------|
| 1 คะแนน | หมายถึง | การตอบข้อคำถามถูกต้อง |
| 0 คะแนน | หมายถึง | การตอบข้อคำถามผิด |

ชุดที่ 3 แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อใช้ในการศึกษาถึงระดับความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลตามการรับรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล 4 ด้าน คือ กิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ มีข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ เป็นข้อความทางบวก

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งกำหนดน้ำหนักคะแนนความจำเป็นไว้ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ท่านมีความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ท่านมีความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชมาก

3 คะแนน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ท่านมีความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ท่านมีความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชน้อย

1 คะแนน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ท่านมีความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชน้อยที่สุด

การคิดคะแนน

มากที่สุด	หมายถึง	คะแนน 5
มาก	หมายถึง	คะแนน 4
ปานกลาง	หมายถึง	คะแนน 3
น้อย	หมายถึง	คะแนน 2
น้อยที่สุด	หมายถึง	คะแนน 1

การแปลค่าคะแนนของแบบสอบถามได้จากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม แบ่งความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 5 ระดับ คือ

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 1.49	หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลมีความจำเป็นในระดับน้อยที่สุด
1.50 - 2.49	หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลมีความจำเป็นในระดับน้อย
2.50 - 3.49	หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลมีความจำเป็นในระดับปานกลาง
3.50 - 4.49	หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลมีความจำเป็นในระดับมาก

4.50 - 5.00 หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลมีความจำเป็นในระดับมากที่สุด

ชุดที่ 4 แบบวัดทัศนคติ เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อใช้ในการวัดระดับทัศนคติของบุคลากรทางการพยาบาลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล 4 ด้าน คือ กิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ มีข้อคำถามทั้งหมด 43 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 37 ข้อ คือ ข้อ 1-4, 6, 8-10, 12-14 เป็นข้อคำถามทางลบ 6 ข้อ คือ ข้อ 5, 7, 11, 15, 24 และ 30

ลักษณะแบบวัดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งกำหนดน้ำหนักคะแนนทัศนคติไว้ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ข้อความที่ให้มาตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่านมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง ข้อความที่ให้มาตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่านมาก

3 คะแนน หมายถึง ข้อความที่ให้มาตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่านปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง ข้อความที่ให้มาตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่านน้อย

1 คะแนน หมายถึง ข้อความที่ให้มาตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

การคิดคะแนน

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

การแปลค่าคะแนนของแบบวัด คัดจากค่าเฉลี่ยคะแนนที่ได้จากแบบวัด แบ่งทัศนคติออกเป็น 5 ระดับ คือ

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 1.49	หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมการพยาบาลจิตเวชน้อยที่สุด
1.50 - 2.49	หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมการพยาบาลจิตเวชน้อย
2.50 - 3.49	หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมการพยาบาลจิตเวชปานกลาง
3.50 - 4.49	หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมการพยาบาลจิตเวชมาก
4.50 - 5.00	หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมการพยาบาลจิตเวชมากที่สุด

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อใช้ในการศึกษา ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล 4 ด้าน คือ กิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ มีข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งกำหนดน้ำหนักคะแนนการปฏิบัติไว้ดังนี้

- 4 คะแนน หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนี้ทุกครั้งเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน
 3 คะแนน หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนี้เป็นส่วนใหญ่เมื่อขึ้นปฏิบัติงาน
 2 คะแนน หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนี้เป็นบางครั้งเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน
 1 คะแนน หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนี้น้อยครั้งเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน
 0 คะแนน หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนี้เลยเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน
- การคิดคะแนน

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	คะแนน 4
ทำเป็นส่วนใหญ่	หมายถึง	คะแนน 3
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	คะแนน 2
ทำนานๆ ครั้ง	หมายถึง	คะแนน 1
ไม่ทำเลย	หมายถึง	คะแนน 0

การแปลค่าคะแนนของแบบสอบถาม คัดจากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม แบ่งการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 5 ระดับ คือ

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
0.00 - 0.49	หมายถึง การไม่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
0.50 - 1.49	หมายถึง การได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนานๆ ครั้ง
1.50 - 2.49	หมายถึง การได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นบางครั้ง
2.50 - 3.49	หมายถึง การได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นส่วนใหญ่
3.50 - 4.00	หมายถึง การได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นประจำ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

- ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- สัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับบุคลากรในทีมจิตเวช ผู้ป่วยและญาติ

3. นำข้อมูลที่ได้มากำหนดเป็นกรอบโครงสร้างของข้อคำถาม แล้วนำไปสอบถามอาจารย์พยาบาลจำนวน 10 คน นักวิชาการพยาบาลจำนวน 10 คน และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 20 คน

4. นำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสอบถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่ได้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ประสบการณ์ทางสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลจำนวน 8 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน และอาจารย์ที่มีความรู้ ความชำนาญทางด้านสถิติจำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมเนื้อหา ตลอดจนตรวจสอบโครงสร้างของแบบสอบถามให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการวิจัย เมื่อผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้

2. การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ผลดังนี้

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชทั้ง 8 แห่ง คือ โรงพยาบาลจิตเวช

นครพนม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ โรงพยาบาลนิติจิตเวช และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขออนุมัติ แต่งตั้งตัวแทนเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2541 - 10 มีนาคม 2541 สำหรับกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลสวนปรุง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

---วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามชุดที่ 1 ชุดที่ 2 และชุดที่ 3 ให้เก็บรวบรวมในอาทิตย์ที่ 1 แล้วให้ตัวแทนของแต่ละโรงพยาบาลเก็บรวบรวมคืนจากกลุ่มตัวอย่าง และส่งแบบสอบถามชุดที่ 4 และชุดที่ 5 ให้แก่กลุ่มตัวอย่างในอาทิตย์ที่ 2 โดยคณะผู้วิจัยได้จัดทำหมายเลขประกอบไว้

2. ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 490 ชุด คิดเป็นร้อยละ 98.00 นำมาตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ ได้แบบสอบถามที่ถูกต้องและสมบูรณ์จำนวน 455 ชุด คิดเป็นร้อยละ 91.00 ของแบบสอบถามที่ส่งไป

3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistical Package of Social Science/ Personal Computer (SPSS/PC) ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง การอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช นำมาหาค่าความถี่และร้อยละ

2. ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช นำมาหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ร้อยละของคะแนนความรู้ และคะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (μ)

3. ข้อมูลทัศนคติ เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช นำมาหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (μ) และระดับ

4. ข้อมูลความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช นำมาหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (μ) และระดับ

5. ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช นำมาหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (μ) และระดับ

6. ข้อมูล ความรู้ ทักษะ ความจำเป็น การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช และข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาล นำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

7. ข้อมูล ความรู้ ทักษะ ความจำเป็นและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง โดยใช้ t-test กับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ One way anova กับระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยศึกษาถึงความรู้ ทักษะ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยาย และอภิปรายผลการวิจัย ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

ส่วนที่ 5 ความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลและข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่าง ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามการอบรม และระยะเวลาการทำงาน

ส่วนที่ 8 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลตามความคิดเห็นของบุคลากรทางการพยาบาล จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลรายข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาล

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาล จำแนกตาม เพศ อายุ ตำแหน่ง การอบรมที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลจิตเวช

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	125	27.50
หญิง	330	72.50
อายุ (ปี)		
20-25 ปี	54	11.90
26-45 ปี	313	68.80
46-60 ปี	88	19.30
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	128	28.10
พยาบาลเทคนิค	116	25.50
เจ้าหน้าที่พยาบาล	19	4.20
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	192	42.20
การอบรมที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช		
ไม่เคย	244	53.60
เคย	211	46.40
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช (ปี)		
1-5 ปี	105	23.10
6-10 ปี	63	13.80
11-15 ปี	120	26.40
16-20 ปี	83	18.20
21-25 ปี	36	7.90
26-30 ปี	34	7.50
31 ปีขึ้นไป	14	3.10

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.50 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.80 มีอายุระหว่าง 26-45 ปี ร้อยละ 42.20 เป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 28.10 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 25.50 เป็นพยาบาลเทคนิค ร้อยละ 53.60 ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช และร้อยละ 26.40 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชนาน 11-15 ปี รองลงมา ร้อยละ 23.10 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชนาน 1-5 ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพ
ในโรงพยาบาลจิตเวช

ตาราง 3 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร
ของความรู้บุคลากรทางการพยาบาล จำแนกตามตำแหน่ง

บุคลากร ทางการพยาบาล	จำนวน (N=455)	คะแนนเฉลี่ย (คะแนนเต็ม 33)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่า μ ที่ระดับความ เชื่อมั่น 95 %	ร้อยละ
พยาบาลวิชาชีพ	128	23.67	2.67	23.21-24.13	71.73
พยาบาลเทคนิค	116	21.32	2.87	20.79-21.85	64.60
เจ้าหน้าที่พยาบาล	19	19.84	2.87	18.46-21.22	60.12
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	192	18.02	3.16	17.56-18.48	54.61
รวม	455	20.53	3.78	20.18-20.88	62.21

จากตาราง 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลเท่ากับ 20.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.78 ซึ่งมีความรู้ร้อยละ 62.21 จากคะแนนเต็ม 33 เมื่อนำมาประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในช่วง 20.18-20.88 ซึ่งอยู่ในช่วงร้อยละ 61.15-63.27 จากคะแนนเต็ม เมื่อพิจารณาตามตำแหน่ง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ เท่ากับ 23.66, 21.32, 19.84 ,และ 18.02 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.67, 2.89, 2.87 และ 3.16 ตามลำดับ ซึ่งมีความรู้ร้อยละ 71.73, 64.60, 60.12 และ 54.61 จากคะแนนเต็มตามลำดับ เมื่อนำมาประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่าพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 23.21-24.13, 20.79-21.85, 18.46-21.22 และ 17.56-18.48 ตามลำดับ ซึ่งมีความรู้ร้อยละ 70.03-73.12, 63.00-63.18, 55.94-64.30 และ 53.21-56.00 จากคะแนนเต็ม 33 ตามลำดับ

**ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพ
ในโรงพยาบาลจิตเวช**

ตาราง 4 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร
และระดับทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชที่มี
คุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวชของบุคลากรทางการพยาบาล จำแนกตามตำแหน่ง

บุคลากร ทางการพยาบาล	จำนวน (คน)	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่า μ ที่ระดับความ เชื่อมั่น 95 %	ระดับ
พยาบาลวิชาชีพ	128	4.04	0.34	3.98-4.10	ดี
พยาบาลเทคนิค	116	3.98	0.35	3.92-4.02	ดี
เจ้าหน้าที่พยาบาล	19	3.95	0.40	3.76-4.14	ดี
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	192	3.81	0.46	3.74-3.88	ดี
รวม	455	3.95	0.39	3.88-4.02	ดี

จากตาราง 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติของบุคลากรทางการพยาบาลเท่ากับ 3.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.39 ซึ่งอยู่ในระดับดี เมื่อนำมาประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่าบุคลากรทางการพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ อยู่ในช่วง 3.88-4.02 ซึ่งอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาตามตำแหน่ง พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ เท่ากับ 4.04, 3.98, 3.95 และ 3.81 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.34, 0.35, 0.40 และ 0.46 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับดี เมื่อนำมาประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่าพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติอยู่ในช่วง 3.98-4.10, 3.92-4.02, 3.76-4.14 และ 3.74-3.88 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพใน
โรงพยาบาลจิตเวช

ตาราง 5 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร
และระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพ
ในโรงพยาบาลจิตเวชของบุคลากรทางการพยาบาล จำแนกตามตำแหน่ง

บุคลากร ทางการพยาบาล	จำนวน (คน)	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่า μ ที่ระดับความ เชื่อมั่น 95 %	ระดับ
พยาบาลวิชาชีพ	128	2.80	0.63	2.69-2.91	ส่วนใหญ่
พยาบาลเทคนิค	116	2.61	0.65	2.49-2.73	ส่วนใหญ่
เจ้าหน้าที่พยาบาล	19	2.68	0.71	2.34-3.02	ส่วนใหญ่
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	192	2.36	0.84	2.24-2.48	บางครั้ง
รวม	455	2.61	0.70	2.56-2.66	ส่วนใหญ่

จากตาราง 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลเท่ากับ 2.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.70 ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ เมื่อนำมาประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติอยู่ในช่วง 2.56-2.66 ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณาตามตำแหน่ง พบว่า พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 2.80, 2.61 และ 2.68 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63, 0.65 และ 0.71 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ช่วยเหลือคนไข้ เท่ากับ 2.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.84 ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นบางครั้ง เมื่อนำมาประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติอยู่ในช่วง 2.69-2.91 ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติอยู่ในช่วง 2.49-2.73 และ 2.34-3.02 ซึ่งอยู่ในระดับปฏิบัติเป็นบางครั้ง ถึงเป็นส่วนใหญ่ ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติอยู่ในช่วง 2.24-2.48 ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นบางครั้ง

ตาราง 6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร และระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวช ที่มีคุณภาพ ในโรงพยาบาลจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดและด้านการสอนทางสุขภาพ

กิจกรรมการพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า μ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %	ระดับ
ด้านร่างกาย	3.00	0.68	2.89-3.11	ส่วนใหญ่
ด้านการบำบัดทางจิต	3.08	0.71	2.97-3.19	ส่วนใหญ่
ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด	2.58	0.54	2.51-2.65	ส่วนใหญ่
ด้านการสอนทางสุขภาพ	2.55	0.60	2.46-2.64	ส่วนใหญ่

จากตาราง 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดและด้านการสอนทางสุขภาพ เท่ากับ 3.00, 3.08, 2.58 และ 2.55 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.68, 0.71, 0.54 และ 0.60 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ เมื่อนำมาประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต และด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด อยู่ในช่วง 2.89-3.11, 2.97-3.19 และ 2.51-2.65 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ส่วนด้านการสอนทางสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติอยู่ในช่วง 2.46-2.64 ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นบางครั้งจนถึงเป็นส่วนใหญ่

ตาราง 7 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร และระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพ ในโรงพยาบาลจิตเวชของพยาบาลเทคนิค จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดและด้านการสอนทางสุขภาพ

กิจกรรมการพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า μ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %	ระดับ
ด้านร่างกาย	2.85	0.62	2.76-2.94	ส่วนใหญ่
ด้านการบำบัดทางจิต	2.78	0.77	2.65-2.91	ส่วนใหญ่
ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด	2.41	0.57	2.32-2.50	บางครั้ง
ด้านการสอนทางสุขภาพ	2.39	0.63	2.30-2.48	บางครั้ง

จากตาราง 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลเทคนิค ด้านร่างกาย และด้านการบำบัดทางจิต เท่ากับ 2.85 และ 2.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.62 และ 0.77 ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดและด้านการสอนทางสุขภาพเท่ากับ 2.41 และ 2.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.57 และ 0.63 ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นบางครั้ง เมื่อนำมาประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่าพยาบาลเทคนิค มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านร่างกายและด้านการบำบัดทางจิตอยู่ในช่วง 2.76-2.94 และ 2.65-2.91 ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดอยู่ในช่วง 2.32-2.50 ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นบางครั้งจนถึงเป็นส่วนใหญ่ ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านการสอนทางสุขภาพอยู่ในช่วง 2.30-2.48 ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นบางครั้ง

ตาราง 8 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร และระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวชของเจ้าหน้าที่พยาบาล จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัดและด้านการสอนทางสุขภาพ

กิจกรรมการพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า μ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %	ระดับ
ด้านร่างกาย	2.78	0.77	2.43-3.13	ส่วนใหญ่
ด้านการบำบัดทางจิต	2.85	0.73	2.52-3.18	ส่วนใหญ่
ด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด	2.63	0.60	2.36-2.90	ส่วนใหญ่
ด้านการสอนทางสุขภาพ	2.47	0.77	2.12-2.82	บางครั้ง

จากตาราง 8 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่พยาบาล ด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต และด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เท่ากับ 2.78, 2.85 และ 2.63 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.77, 0.73 และ 0.60 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการสอนทางสุขภาพ เท่ากับ 2.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.77 ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นบางครั้ง เมื่อนำมาประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ การบำบัดทางจิต อยู่ในช่วง 2.52-3.18 ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านร่างกาย ด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัดและด้านการสอนทางสุขภาพ อยู่ในช่วง 2.43-3.13, 2.36-2.90 และ 2.12-2.82 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นบางครั้งถึงเป็นส่วนใหญ่

ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร และระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวชของผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัดและด้านการสอนทางสุขภาพ

กิจกรรมการพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า μ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %	ระดับ
ด้านร่างกาย	2.60	0.75	2.51-2.69	ส่วนใหญ่
ด้านการบำบัดทางจิต	2.30	1.13	2.15-2.45	บางครั้ง
ด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด	2.33	0.70	2.42-2.42	บางครั้ง
ด้านการสอนทางสุขภาพ	2.21	0.76	2.12-2.30	บางครั้ง

จากตาราง 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ช่วยเหลือคนไข้ ด้านร่างกายเท่ากับ 2.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.75 ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ เท่ากับ 2.30, 2.33 และ 2.21 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.13, 0.70 และ 2.21 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ เมื่อนำมาประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่าผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ อยู่ในช่วง 2.51-2.45, 2.24-2.42 และ 2.12-2.30 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นบางครั้ง

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชที่มี
คุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช

ตาราง 10 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร
และระดับความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชที่มี
คุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวชของบุคลากรทางการพยาบาล จำแนกตามตำแหน่ง

บุคลากร ทางการพยาบาล	จำนวน (คน)	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่า μ ที่ระดับความ เชื่อมั่น 95 %	ระดับ
พยาบาลวิชาชีพ	128	3.64	0.40	3.59-3.69	มาก
พยาบาลเทคนิค	116	3.47	0.51	3.40-3.54	ปานกลาง
เจ้าหน้าที่พยาบาล	19	3.37	0.57	3.10-3.64	ปานกลาง
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	192	3.22	0.65	3.15-3.29	ปานกลาง
รวม	455	3.43	0.53	3.38-3.48	ปานกลาง

จากตาราง 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นของบุคลากรทางการพยาบาลเท่ากับ 3.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่า บุคลากรทางการพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็น อยู่ในช่วง 3.38-3.48 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาตามตำแหน่ง พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 3.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนคะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นของพยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ เท่ากับ 3.47, 3.37 และ 3.22 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.51, 0.57 และ 0.65 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นอยู่ในช่วง 3.59-3.69 ซึ่งอยู่ในระดับมาก พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นอยู่ในช่วง 3.40-3.54 และ 3.10-3.64 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีคะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นอยู่ในช่วง 3.15-3.29 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 11 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร และระดับความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ

กิจกรรมการพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า μ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %	ระดับ
ด้านร่างกาย	4.35	0.44	4.30-4.40	มาก
ด้านการบำบัดทางจิต	4.44	0.53	4.37-4.51	มาก
ด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด	2.88	0.33	2.85-2.91	ปานกลาง
ด้านการสอนทางสุขภาพ	2.89	0.31	2.86-2.92	ปานกลาง

จากตาราง 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นของพยาบาลวิชาชีพ ด้านร่างกายและด้านการบำบัดทางจิต เท่ากับ 4.35 และ 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.44 และ 0.53 ซึ่งอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ เท่ากับ 2.88 และ 2.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.33 และ 0.31 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็น ด้านร่างกาย และด้านการบำบัดทางจิตอยู่ในช่วง 4.30-4.51 ซึ่งอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ อยู่ในช่วง 2.85-2.91 และ 2.86-2.92 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 12 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร และระดับความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวชของพยาบาลเทคนิคจำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดและด้านการสอนทางสุขภาพ

กิจกรรมการพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า μ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %	ระดับ
ด้านร่างกาย	4.20	0.48	4.13-4.27	มาก
ด้านการบำบัดทางจิต	4.12	0.71	4.01-4.23	มาก
ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด	2.74	0.46	2.67-2.81	ปานกลาง
ด้านการสอนทางสุขภาพ	2.80	0.40	2.75-2.85	ปานกลาง

จากตาราง 12 พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นของพยาบาลเทคนิคด้านร่างกาย และด้านการบำบัดทางจิต เท่ากับ 4.20 และ 4.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.48 และ 0.71 คะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ เท่ากับ 2.74 และ 2.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.46 และ 0.40 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่า พยาบาลเทคนิค มีคะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นด้านร่างกาย และด้านการบำบัดทางจิต อยู่ในช่วง 4.13-4.27 และ 4.01-4.23 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนคะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพอยู่ในช่วง 2.67-2.81 และ 2.75-2.85 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 13 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร และระดับความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวชของเจ้าหน้าที่พยาบาล จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล ด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดและด้านการสอนทางสุขภาพ

กิจกรรมการพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า μ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %	ระดับ
ด้านร่างกาย	4.08	0.38	3.92-4.24	มาก
ด้านการบำบัดทางจิต	4.10	0.64	3.81-4.39	มาก
ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด	2.63	0.60	2.36-2.90	ปานกลาง
ด้านการสอนทางสุขภาพ	2.68	0.67	2.37-2.91	ปานกลาง

จากตาราง 13 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นของเจ้าหน้าที่พยาบาล ด้านร่างกาย และด้านการบำบัดทางจิต เท่ากับ 4.08 และ 4.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.38 และ 0.64 คะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ เท่ากับ 2.63 และ 2.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.60 และ 0.67 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่า เจ้าหน้าที่พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นด้านร่างกายและด้านการบำบัดทางจิต อยู่ในช่วง 3.92-4.24 และ 3.81-4.39 ซึ่งอยู่ในระดับมาก-คะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ อยู่ในช่วง 2.36-2.90 และ 2.37-2.91 ซึ่งอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง

ตาราง 14 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร และระดับความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวชของผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัดและด้านการสอนทางสุขภาพ

กิจกรรมการพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า μ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %	ระดับ
ด้านร่างกาย	3.96	0.53	3.91-4.01	มาก
ด้านการบำบัดทางจิต	3.81	0.79	3.72-3.90	มาก
ด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด	2.49	0.57	2.42-2.56	น้อย
ด้านการสอนทางสุขภาพ	2.61	0.72	2.52-2.70	ปานกลาง

จากตาราง 14 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นของผู้ช่วยเหลือคนไข้ ด้านร่างกาย และด้านการบำบัดทางจิต เท่ากับ 3.96 และ 3.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.53 และ 0.79 ซึ่งอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เท่ากับ 2.49 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.57 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นด้านการสอนทางสุขภาพ เท่ากับ 2.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.72 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่า ผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีคะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นด้านร่างกาย และด้านการบำบัดทางจิต อยู่ในช่วง 3.91-4.01 และ 3.72-3.90 ซึ่งอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นด้านการจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการบำบัด อยู่ในช่วง 2.42-2.56 ซึ่งอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ส่วนคะแนนเฉลี่ยระดับความจำเป็นด้านการสอนทางสุขภาพอยู่ในช่วง 2.52-2.70 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ความจำเป็นของ
กิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช
อายุ ตำแหน่ง การอบรม ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชของ
บุคลากรทางการพยาบาล

ตาราง 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่าง ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ความ
จำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพใน
โรงพยาบาลจิตเวช อายุ ตำแหน่ง การอบรม และระยะเวลาการปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลจิตเวชของบุคลากรทางการพยาบาล

	ความรู้	ทักษะ	การ ปฏิบัติ	ความ จำเป็น	อายุ	ตำแหน่ง	การ อบรม	ระยะเวลา ทำงาน
ความรู้	1.00							
ทักษะ	0.24***	1.00						
การปฏิบัติ	0.15***	0.46***	1.00					
ความ จำเป็น	0.31***	0.46***	0.44***	1.00				
อายุ	-0.05	-0.15**	-0.06	-0.11*	1.00			
ตำแหน่ง	0.63***	0.31***	0.26***	0.36***	-0.09	1.00		
การอบรม	0.42***	0.17***	0.17***	0.20***	0.06	0.63***	1.00	
ระยะเวลา ทำงาน	0.02	-0.05	0.03	-0.00	0.65***	0.04	0.19***	1.00

*P < .05, **P < .01, ***P < .001

จากตาราง 15 พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ตำแหน่ง การอบรม ทักษะ การ
ปฏิบัติและความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตำแหน่ง การอบรม ความรู้ การปฏิบัติและความ
จำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความสัมพันธ์ทางลบ
กับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตำแหน่ง การอบรม ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ
กิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตำแหน่ง การอบรม
ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่มี
ความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 7 การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ ความจำเป็นและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่
จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช กับการอบรมที่
เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ

ตาราง 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ ความจำเป็นและการปฏิบัติกิจกรรม
การพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวชกับการ
อบรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ

การอบรม	ไม่เคย		เคย		t
	X	SD	X	SD	
ความรู้	23.05	2.96	23.79	2.61	-1.14
ทักษะ	4.00	0.32	3.96	0.33	0.46
การปฏิบัติ	3.95	0.61	3.93	0.76	0.13
ความจำเป็น	4.35	0.49	4.36	0.61	-0.04

จากตาราง 16 พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรม และไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้ ทักษะ การปฏิบัติและความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 17 เปรียบเทียบระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชกับความรู้เกี่ยวกับ
กิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช
ของพยาบาลวิชาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F Ratio	F Prob
ระหว่างกลุ่ม	5	1.6401	0.3280	1.2366	0.2961
ภายในกลุ่ม	122	32.3599	0.2652		
ผลรวม	127	34.0000			

จากตาราง 17 พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน มีความรู้ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 18 เปรียบเทียบระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช กับทัศนคติเกี่ยวกับ
กิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช
ของพยาบาลวิชาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F Ratio	F Prob
ระหว่างกลุ่ม	5	0.7371	0.1474	1.4382	0.2153
ภายในกลุ่ม	122	12.5051	0.1025		
ผลรวม	127	13.2422			

จากตาราง 18 พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน มีทัศนคติไม่แตกต่างกัน

ตาราง 19 เปรียบเทียบระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช กับการปฏิบัติกิจกรรม
การพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพ ในโรงพยาบาลจิตเวชของ
พยาบาลวิชาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F Ratio	F Prob
ระหว่างกลุ่ม	5	2.2644	0.4529	1.6378	0.1550
ภายในกลุ่ม	122	33.7356	0.2765		
ผลรวม	127	36.0000			

จากตาราง 19 พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน ปฏิบัติกิจกรรม
การพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ตาราง 20 เปรียบเทียบระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช กับความจำเป็นเกี่ยวกับ
กิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช
ของพยาบาลวิชาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F Ratio	F Prob
ระหว่างกลุ่ม	5	1.99	0.40	1.15	0.34
ภายในกลุ่ม	122	42.10	0.35		
ผลรวม	127	44.09	0.35		

จากตาราง 20 พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานต่างกัน มีแนวโน้มคิดเห็นต่อ
ความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 8 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล ตามความคิดเห็นของบุคลากรทางการพยาบาล จำแนกตามกิจกรรม
การพยาบาลรายชื่อ

ตาราง 21 ค่าเฉลี่ย การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาล จำแนกตามตำแหน่ง และกิจกรรม
การพยาบาลรายชื่อ

กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล							
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		เจ้าหน้าที่พยาบาล		ผู้ช่วยเหลือคนไข้	
	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น
การจัดแจกยา	3.28	4.45	3.59	4.74	3.53	4.32	2.52	4.28
การดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาโดยไม่พึงหรือ ซ่อนยา	3.25	4.84	3.58	4.82	3.47	4.68	2.83	4.55
การสังเกตและบันทึกอาการข้างเคียงของยา	3.29	4.69	3.45	4.54	3.37	4.53	2.59	4.04
การสังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงทางจิต	3.32	4.70	3.34	4.66	3.21	4.32	2.44	4.20
การตัดสินใจให้ยา PRN เฉพาะยาทางจิต	3.27	4.45	2.95	4.11	2.95	4.00	2.03	3.86
การรายงานแพทย์ถึงผลการรักษาผู้ป่วย	3.23	4.52	2.84	4.34	2.89	4.21	1.80	4.15
การเตรียมผู้ป่วยสำหรับร่างกายก่อนการรักษาค้าง ไฟฟ้า								
- ซักประวัติการเจ็บป่วยทางกาย	3.09	4.46	2.62	4.38	2.42	4.11	2.04	4.13

ตาราง 21 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล									
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		เจ้าหน้าที่พยาบาล		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		จำเป็น	จำเป็น
	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น		
- ีผลการตรวจ EEG , EKG , Chest film	2.79	4.21	2.47	3.96	2.58	4.05	2.03	3.91		
- ดอาหารและนำทางปาก 6 ชั่วโมงก่อนทำ	2.93	4.56	2.68	4.38	2.68	4.32	2.45	4.13		
- ให้ผู้ป่วยอาบน้ำและสระผม	3.09	4.13	2.88	3.97	2.53	3.89	2.89	3.97		
- ตรวจฟันปลอม และเครื่องแต่งตัวที่เป็นโลหะ	3.20	4.63	3.04	4.52	3.00	4.16	3.00	4.16		
- ห้ามแต่งหน้า ทาเล็บ ทาปาก ในผู้ป่วยหญิง	3.12	4.34	2.95	4.05	3.16	3.79	2.65	3.74		
- ตรวจสัญญาณชีพ	3.17	4.63	2.92	4.48	2.68	4.16	2.53	4.05		
- ให้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนทำ	3.17	4.39	3.03	4.16	2.84	4.16	2.79	4.05		
การเตรียมผู้ป่วยด้านจิตใจก่อนรักษาด้วยไฟฟ้า										
- แจ้งให้ผู้ป่วยทราบและอธิบายเหตุผลการรักษา	3.25	4.61	3.10	3.10	2.84	4.37	2.84	3.99		
- แจ้งจำนวนครั้ง เวลา ให้ผู้ป่วยทราบ	3.20	4.39	3.08	3.08	2.58	3.84	2.56	3.74		
- บอกขั้นตอนการรักษาด้วยไฟฟ้า	3.09	4.20	2.76	2.76	2.53	3.74	2.35	3.54		
- บอกอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้า	3.13	4.26	2.66	3.88	2.63	4.00	2.33	3.61		

ตาราง 21 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล							
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		เจ้าหน้าที่พยาบาล		ผู้ช่วยเหลือคนไข้	
	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น
การให้การพยาบาลขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า - ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบบนเตียงใช้หมอนทรายรองตรงส่วนโค้งของกระดูก คือ คอ บั้นเอว หัวเข่า เขนทั้ง 2 ข้างแนบลำตัว - เตรียมทีมบุคลากรให้พร้อมในการจับผู้ป่วยขณะให้การรักษา 4-5 คน - การจับตัวผู้ป่วยควรจับให้แน่นในระยะเกร็งและจับแบบประคับประคองในระยะกระดูก การดูแลผู้ป่วยหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า - จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าหงายราบ สี่ระยะเอียงไปทางด้านใดด้านหนึ่ง โดยให้การพยาบาลเหมือนผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว - สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดตรวจร่างกายทุก 15 นาที และตั้ง โดยให้การให้นอนพักสัปดาห์ด้วยน้ำเย็นและทดสอบความรู้สีก่อนส่งไปพักผ่อนที่หอผู้ป่วย	3.09	4.61	2.85	4.49	2.89	4.42	2.70	4.10
	3.11	4.61	3.00	4.53	3.16	4.47	2.95	4.28
	3.15	4.50	3.04	4.45	3.21	4.26	3.13	4.30
	3.23	4.67	3.14	4.66	2.95	4.42	3.12	4.36
	3.16	4.69	3.16	4.66	3.2	4.68	3.13	4.54

ตาราง 21 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล							
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		เจ้าหน้าที่พยาบาล		ผู้ช่วยเหลือคนไข้	
	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น
- ให้ความรู้ใหม่เกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล	3.12	4.16	2.95	4.01	2.68	3.95	2.79	3.91
- ลงบันทึกอาการอย่างละเอียด	3.25	4.50	3.08	4.45	2.58	4.32	2.62	4.06
การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้า								
- สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ดูแลให้อ่อนพักก่อน	3.38	4.56	3.17	4.46	2.79	4.42	2.84	4.23
- ลงบันทึกอาการข้างเคียงอย่างละเอียด	3.36	4.56	3.10	4.45	2.95	4.47	2.63	4.19
- พิจารณารายงานแพทย์หากอาการไม่ดีขึ้น	3.25	4.63	2.93	4.37	2.74	4.47	2.51	4.31
การเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือในการรักษาด้วยไฟฟ้า	2.78	4.45	2.41	4.41	2.68	4.26	2.51	4.26
การทำความสะอาดอุปกรณ์และเครื่องมือในการรักษาด้วยไฟฟ้า	2.59	4.21	2.30	4.29	2.53	4.16	2.52	4.14
การบำรุงรักษาอุปกรณ์และเครื่องมือในการรักษาด้วยไฟฟ้า	2.59	4.18	2.42	4.18	2.42	4.05	2.47	4.01
การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยการผูกมัด	2.59	3.91	2.63	3.68	2.47	3.42	2.59	3.72

ตาราง 21 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล							
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		เจ้าหน้าที่พยาบาล		ผู้ช่วยเหลือคนไข้	
	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น
การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยการอยู่ห้องแยก	2.38	3.81	2.40	3.56	1.74	3.16	2.38	3.50
การดูแลผู้ป่วยขณะถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการ								
- ผูกมัด	2.63	4.27	2.55	4.07	2.26	3.58	2.66	3.90
- ห้องแยก	2.74	4.22	2.59	3.95	2.26	3.68	2.69	3.90
การดูแลเรื่องสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลในผู้ป่วย								
ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้								
พยาบาลจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ดูแลและช่วย								
เหลือตนเอง								
การดูแลความสะอาดร่างกาย								
- อาบน้ำ	2.98	4.27	3.02	4.28	3.05	4.00	3.20	4.15
- สระผม	2.95	4.20	3.12	4.16	3.21	3.79	3.29	4.04
- ตัดเล็บ	2.97	4.19	3.22	4.18	3.16	3.79	3.34	4.04
- การดูแลความสะอาดช่องปาก	3.06	4.24	3.16	4.16	3.32	4.05	3.22	4.09
- การดูแลความสะอาดระหว่างมีประจำเดือน	3.04	4.20	3.01	4.16	3.16	4.00	2.98	3.96
- การแต่งกาย	3.02	4.16	3.02	4.09	3.21	4.16	4.019	4.03

ตาราง 21 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล							
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		เจ้าหน้าที่พยาบาล		ผู้ช่วยเหลือคนไข้	
	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น
การดูแลการรับประทานอาหาร								
- การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสมและเพียงพอ	3.26	4.38	3.29	4.31	3.26	4.11	3.24	4.19
- การดูแลความสะอาดก่อนและหลังการรับประทานอาหาร	3.10	4.07	3.09	3.84	3.05	3.95	4.14	3.96
- การชั่งน้ำหนัก	2.84	3.86	2.94	3.55	2.95	3.63	2.92	3.74
การดูแลให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	2.90	4.07	2.82	3.87	2.47	3.84	3.02	3.91
การดูแลผู้ป่วยให้พักผ่อนนอนหลับเพียงพอ	3.00	4.29	2.93	4.09	2.79	4.11	3.08	3.97
การดูแลการขับถ่าย								
- การช่วยเหลือและสอนการใช้ห้องน้ำ	2.93	4.01	2.93	3.86	2.95	3.89	3.09	3.80
- การดูแลความสะอาดหลังการขับถ่าย	2.75	3.98	2.93	3.78	2.74	4.05	2.91	3.70
การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย								
- การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคผิวหนัง	2.91	4.15	2.98	4.22	2.79	4.16	2.76	3.85
- การทำแผล	2.99	4.28	3.00	4.28	2.95	4.26	2.40	3.79
- การให้สารน้ำและอาหารทางหลอดเลือดดำ	2.88	4.30	2.56	4.06	2.42	4.05	1.74	3.55

ตาราง 21 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล							
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		เจ้าหน้าที่พยาบาล		ผู้ช่วยเหลือคนไข้	
	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น
- การให้อาหารทางสายยาง	2.59	4.27	2.17	4.03	2.16	3.79	1.60	3.92
- การให้ออกซิเจน	2.62	4.37	2.09	4.00	2.11	3.89	1.70	3.51
- การวัด, เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ	2.80	4.54	2.44	4.26	2.42	4.32	1.91	3.72
- การสังเกตเส้นารวังและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง	3.09	4.58	2.99	4.41	2.84	4.37	2.13	3.86
- การรายงานแพทย์ให้ทราบถึงอาการเปลี่ยนแปลง	3.16	4.48	2.91	4.41	2.89	4.26	2.08	3.87
- การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย (X-ray, เลือด, อุจจาระ, ปัสสาวะ ฯลฯ)	2.91	4.22	2.48	4.15	2.43	4.16	2.11	3.93
- การช่วยฟื้นคืนชีพ	2.81	4.44	2.20	4.24	2.58	3.89	2.03	3.75
- การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทาง	2.55	4.40	2.09	4.06	2.26	3.79	2.12	3.65
- การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขณะรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลเฉพาะทาง	2.51	4.09	2.09	3.81	2.32	3.58	1.83	3.54

ตาราง 21 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล							
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		เจ้าหน้าที่พยาบาล		ผู้ช่วยเหลือคนไข้	
	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น
การสนทนาเพื่อการบำบัดหรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย								
มีการวางแผน								
- กำหนดสถานที่	2.68	4.18	2.46	3.95	2.42	3.89	2.20	3.60
- การจัดที่นั่ง	2.95	4.12	2.71	3.94	2.53	3.84	2.21	3.61
- การใช้เทคนิคในการสนทนา	3.09	4.41	2.83	4.08	2.79	4.11	2.26	3.77
มีการบันทึก	3.16	4.48	2.89	4.09	2.95	4.16	2.37	3.85
มีการประเมินผล	3.23	4.50	2.96	4.13	3.05	4.11	2.32	3.85
การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย								
มีการวางแผน								
- การเริ่มต้นสัมพันธภาพ	3.29	4.56	2.96	4.26	3.00	4.21	2.49	3.92
- การดำเนินสัมพันธภาพ	3.32	4.60	2.98	4.22	2.95	4.32	2.44	3.78
- การสิ้นสุดสัมพันธภาพ	3.29	4.59	3.03	4.31	2.84	4.05	2.33	3.84

ตาราง 21 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล							
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		เจ้าหน้าที่พยาบาล		ผู้ช่วยเหลือคนไข้	
	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น
มีการบันทึก	3.27	4.56	3.02	4.16	2.84	4.26	2.32	3.92
มีการประเมินผล	3.23	4.55	2.98	4.15	2.89	4.16	2.36	3.91
การจัดทำแบบประเมินระดับครอง								
รายบุคคล								
- มีการวางแผน	3.12	4.45	2.82	4.21	2.95	3.95	2.30	3.84
- มีการบันทึก	3.09	4.43	2.72	4.17	2.84	3.95	2.23	3.78
- มีการประเมินผล	3.02	4.45	2.59	4.15	2.79	4.05	2.23	3.76
รายกลุ่ม								
- มีการวางแผน	2.99	4.41	2.61	4.17	2.89	4.26	2.26	3.89
- มีการบันทึก	2.98	4.41	2.67	4.07	2.95	4.21	2.32	3.82
- มีการประเมินผล	3.00	4.42	2.71	4.11	2.89	4.16	2.31	3.82
การให้คำปรึกษา								
รายบุคคล								
- มีการวางแผน	3.10	4.41	2.73	4.16	2.58	4.00	2.31	3.78
- มีการบันทึก	3.09	4.41	2.72	4.06	2.79	4.05	2.30	3.69

ตาราง 21 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล							
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		เจ้าหน้าที่พยาบาล		ผู้ช่วยเหลือคนไข้	
	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น
- มีการประเมินผล	3.05	4.40	2.67	4.06	2.74	4.16	2.25	3.75
รายการกลุ่ม								
- มีการวางแผน	2.94	4.41	2.65	4.08	3.05	4.05	2.25	3.83
- มีการบันทึก	2.89	4.39	2.70	4.07	2.95	4.05	2.31	3.81
- มีการประเมินผล	2.91	4.42	2.75	4.11	2.95	4.16	2.31	3.90
การจัดหอยุ่ผู้ป่วยให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย								
ต่อการบำบัด								
- การจัดสถานที่ควรสะอาด สะดวก และมีสิ่ง	3.25	4.59	2.89	4.27	3.00	4.37	2.78	4.08
กระตุ้นในเรื่องการรับรู้อาสา สถานที่ บุคคล เช่น								
นาฬิกา ปฏิทิน เป็นต้น								
- การจัดอุปกรณ์เครื่องมือให้เพียงพอ	3.31	4.57	3.08	4.30	3.16	4.37	2.94	4.15
สะอาด ปราศจากเชื้อ มีความพร้อมในการใช้								
งานและปลอดภัย								
- บรรยายภาคความรู้เรื่อง ออบุ่นและเป็นมิตร	3.36	4.63	3.11	4.30	2.95	4.37	3.02	4.16
จัดให้มีเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง	3.41	4.69	3.26	4.45	3.11	4.53	3.04	4.22

ตาราง 21 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล							
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		เจ้าหน้าที่พยาบาล		ผู้ช่วยเหลือคนไข้	
	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น
มีการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3.50	4.68	3.24	4.36	3.05	4.53	3.01	4.15
มีการมอบหมายงานในทีมจิตเวช	3.44	4.61	3.21	4.26	3.11	4.32	2.96	4.02
ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อ	3.32	4.48	3.06	4.19	2.95	4.05	2.79	3.90
การบำบัด								
มีการประชุมปรึกษาหารือในทีมจิตเวช	3.31	4.84	2.97	4.22	2.84	4.26	2.71	3.89
การวางแผนในการจัดกิจกรรมบำบัด	3.30	4.41	2.90	4.22	2.89	4.00	2.65	3.86
การเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมบำบัด	3.15	4.39	2.95	4.09	3.00	3.84	2.47	3.84
การเป็นผู้ช่วยกลุ่มในการทำกิจกรรมบำบัด	2.98	4.33	2.87	4.07	2.89	4.00	2.40	3.69
การจัดบันทึกในการทำกิจกรรมบำบัด	2.82	4.34	2.77	4.12	2.95	4.05	2.38	3.77
การประเมินผลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด	2.92	4.30	2.76	4.10	2.75	3.95	2.29	3.74
การประเมินผลผู้ป่วยหลังทำกิจกรรมบำบัด	3.07	4.35	2.76	4.09	2.84	3.84	2.23	3.78
การรายงานผลหลังทำกิจกรรมบำบัด	3.02	4.29	2.74	3.99	2.84	4.00	2.21	3.77
การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือก/ตัดสินใจเข้า	2.97	4.25	2.83	4.06	2.79	3.84	2.34	3.76
กลุ่มกิจกรรม								

ตาราง 21 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล							
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		เจ้าหน้าที่พยาบาล		ผู้ช่วยเหลือคนไข้	
	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น
กลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วย								
- กลุ่มกายบริหาร	2.90	4.34	2.92	4.11	2.63	4.00	2.67	3.95
- กลุ่มกีฬา (กลางแจ้ง/ในร่ม)	2.86	4.22	2.66	3.94	2.63	3.74	2.76	3.74
- กลุ่มอาชีพบำบัด	2.58	4.15	2.60	3.11	2.74	3.47	2.58	3.67
- กลุ่มนันทนาการบำบัด	2.78	4.20	2.59	3.96	2.74	3.47	2.65	3.72
- กลุ่มเสริมแรงจิตใจ (กลุ่มฟื้นฟูความจำ)	2.76	4.24	2.40	3.97	2.79	3.68	2.56	3.65
- กลุ่มชุมชนบำบัด	2.88	4.26	2.32	3.85	2.79	3.47	2.37	3.55
(กลุ่มสัมพันธ/ประชุมปรึกษา/พบปะสังสรรค์)								
- กลุ่มพบปะครอบครัว	2.48	4.21	2.09	3.81	2.53	3.16	2.11	3.44
- กลุ่มวาดภาพ (กลุ่มศิลปะดนตรี/วาด	2.59	4.1	2.25	3.74	2.79	3.32	2.30	3.51
ภาพระบายสี)								
- กลุ่มอ่านหนังสือวิจารณ์ข่าว	2.55	4.13	2.34	3.78	2.68	3.26	2.31	3.52
- กลุ่มภาพสะท้อน	2.45	4.05	2.30	3.72	2.37	3.53	2.19	3.49
- กลุ่มพัฒนา (กลุ่มพัฒนาตีความ	2.53	4.05	2.24	3.62	2.37	3.32	2.29	3.41
สิ่งแวดล้อม)								

ตาราง 21 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล							
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		เจ้าหน้าที่พยาบาล		ผู้ช่วยเหลือคนไข้	
	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น
- กลุ่มศาสนา (กลุ่มธรรมบำบัด/จริยธรรม)	2.43	3.05	2.21	3.50	2.58	3.26	2.12	3.36
- กลุ่มทัศนศึกษา	2.11	3.79	1.97	3.40	2.26	3.26	1.97	3.19
- กลุ่มเตรียมความพร้อมในการออกไปสู่สังคม	2.26	4.13	2.09	3.83	2.47	3.05	2.18	3.48
- กลุ่มวางแผนก่อนจำหน่าย	2.54	4.29	2.32	3.95	2.74	3.32	2.29	3.51
- กลุ่มแก้ปัญหา	2.39	3.99	2.07	3.77	2.63	3.37	2.23	3.44
- กลุ่มเตรียมผู้คดี	1.72	3.74	1.83	3.21	1.89	3.16	1.85	3.03
- กลุ่มเสริมทักษะ	2.06	4.01	1.84	3.57	1.95	3.21	1.96	3.36
กิจกรรมการพยาบาลในการสอนพฤติกรรม								
- การวางแผนการสอน	2.40	4.14	2.31	3.89	2.21	3.68	2.20	3.63
- การวิเคราะห์ผู้ป่วยก่อนการสอน	2.66	4.09	2.43	3.89	2.53	3.95	2.22	3.65
- การจัดเตรียมอุปกรณ์การสอน	2.77	4.19	2.59	3.94	2.47	3.74	2.30	3.72
- การจัดเตรียมสถานที่	2.85	4.24	2.64	3.99	2.42	3.79	2.39	3.73
- การเตรียมผู้ป่วยก่อนการสอน	2.85	4.22	2.68	4.04	2.42	3.95	0.47	3.78
- การสอนและกระตุ้นผู้ป่วย	2.81	4.28	2.67	4.12	2.74	3.89	2.51	3.82

ตาราง 21 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล							
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		เจ้าหน้าที่พยาบาล		ผู้ช่วยเหลือคนไข้	
	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น
- การจดบันทึก	2.84	4.26	2.69	3.99	3.05	3.95	2.34	3.71
- การประเมินผลการสอน	2.84	4.28	2.63	3.99	2.79	3.84	2.29	3.78
- การรายงานผลการสอน	2.85	4.25	2.50	4.00	2.63	3.74	2.29	3.79
- การสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังได้รับความรู้	2.85	4.25	2.57	4.04	2.53	3.89	2.42	3.04
- การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในการสอน	2.80	4.27	2.50	3.93	2.63	4.05	2.27	3.69
- การประชุมระหว่างทีมการพยาบาลจิตเวชในเรื่องกิจกรรมการสอน	2.66	4.23	2.38	3.97	2.68	3.74	2.19	3.66
- การนิเทศและติดตามผลการสอน	2.70	4.16	2.30	3.96	2.42	3.68	2.18	3.67
- หัวข้อการสอนทางสุขภาพ								
- ยา	2.71	4.16	2.34	4.05	2.63	3.79	2.15	3.77
- ความเครียดและการปรับตัว	2.81	4.20	2.43	4.15	2.53	3.89	2.34	3.81
- การสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคทางกายและทางจิต	2.78	4.22	2.42	4.05	2.58	3.84	2.33	3.78
- ทักษะทางสังคมและการดำเนินชีวิต	2.74	4.21	2.47	4.10	2.37	3.89	2.27	3.74

ตาราง 21 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล							
	พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค		เจ้าหน้าที่พยาบาล		ผู้ช่วยเหลือคนไข้	
	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น	ปฏิบัติ	จำเป็น
- การสร้างสัมพันธภาพและทักษะการสื่อสาร	2.77	4.26	2.47	4.03	2.63	3.89	2.26	3.67
- แผลงให้บริการสุขภาพในชุมชน	2.72	4.28	2.46	3.99	2.84	3.74	2.19	3.58
- การดูแลตนเองที่บ้าน	2.80	3.95	2.57	3.96	2.84	4.00	2.29	3.66
- อื่นๆ โปรดระบุ								

การอภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวช

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ ร้อยละ 62.21 (ตาราง 3) และเมื่อพิจารณาตามตำแหน่ง พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้มากที่สุดร้อยละ 73.73 รองลงมาคือ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 64.66, 60.66 และร้อยละ 54.61 ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่า และส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.21 เคยผ่านการอบรมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช เมื่อปฏิบัติงานใน ทีมการพยาบาลก็ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในตำแหน่ง หัวหน้าทีมการพยาบาล ที่ต้องใช้ความรู้ ทักษะในการปฏิบัติ ให้คำแนะนำ และติดตามประเมินผลผู้ที่อยู่ในทีม ดังนั้นจึงทำให้พยาบาล วิชาชีพ มีร้อยละของความรู้สูงกว่าบุคลากรทางการพยาบาลในระดับอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับ คุณลักษณะหรือคุณสมบัติที่ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลได้กล่าวไว้คือ พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชอย่างเพียงพอในการให้บริการผู้ป่วยหรือ ผู้มารับบริการและแก้ปัญหา ตลอดจนให้คำแนะนำผู้ที่อยู่ในทีม แต่ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จากการศึกษานี้ยังอยู่ในระดับไม่สูงนัก และไม่เป็นที่น่าพอใจ จึงควรพัฒนาและจัดรูปแบบในการเพิ่ม พูนความรู้ให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลถึงการปฏิบัติ และมีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมการพยาบาลต่อไป และทำนองเดียวกันบุคลากรทางการพยาบาลในระดับรองลงมา ควรจะจัดให้มีโอกาสพัฒนาตนเอง ให้มีความรู้และเทคโนโลยีมากยิ่งขึ้น ซึ่งความรู้ในระดับนี้อาจจะทำให้การปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาลไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควรจะเป็น

2. ทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพใน

โรงพยาบาลจิตเวช

จากการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวชอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาตาม ตำแหน่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีทัศนคติ ต่อกิจกรรมการพยาบาลจิตเวชอยู่ในระดับดี เช่นกัน (ตาราง 4) สามารถอธิบายได้ว่าบุคลากร ทางการพยาบาลทุกระดับที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมการพยาบาล ทั้งนี้อาจ เนื่องจาก ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มัก จะไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม และการรับรู้คุณค่าของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นบุคลากรทาง

การพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ต้องเป็นผู้ที่ใส่ใจในปัญหาทางด้านจิตใจของผู้อื่น ใฝ่ต่อการรับรู้ความรู้สึก ขอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย มีความเห็นใจและเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่น มองโลกในแง่ดี และมีความยืดหยุ่น (Murray & Huelskoetter, 1994) จึงจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดี ซึ่งจะต้องมีกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ พร้อมทั้งจะกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ตามอัธยาศัย ประกอบกับพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องรับผิดชอบชีวิตมนุษย์ มีหลักการและจรรยาบรรณของวิชาชีพที่พึงให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ ด้วยหลักมนุษยธรรม เมตตาธรรม ปราศจากอคติ ไม่จำกัดด้วยโรคและชนิดของโรค มีความเสียสละ เห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน (สิวลี ศิวีไล, 2530) จึงทำให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับมีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมการพยาบาลที่ให้บริการกับผู้ป่วยจิตเวช ดังเช่น การศึกษาของ ลีลา จิตศิริมย์ (2535) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ มีทัศนคติในการดูแลผู้ติดเชื่อ เอชไอวี อยู่ในระดับดี

และอาจเป็นเพราะว่า ทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้จากบุคคล สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ตรง โดยที่ตัวบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคล กลุ่มและสัมพันธภาพระหว่างกลุ่ม เป็นตัวกำหนดทัศนคติ และทัศนคดียังเกิดขึ้นเพื่อสนองความต้องการที่จะให้ตนเองเป็นที่ยกย่องและเป็นที่ยอมรับของสังคม (ประภาพิญญ์ สุวรรณ, 2520) ซึ่งการเกิดทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลน่าจะเกิดจากการเรียนรู้จากบุคคล เช่น การเลียนแบบจากบุคคลที่ตนเองเคารพ นับถือ ยกย่อง เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงาน และเรียนรู้จากสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ดังนั้นการเป็นแบบอย่างที่ดีต่อกัน การมีประสบการณ์ที่ดีในการปฏิบัติงาน สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่ดี และการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ย่อมจะส่งเสริมให้บุคลากรมีทัศนคติที่ดีนอกจากนี้น่าจะเกิดจากความต้องการที่จะเป็นที่ยอมรับและยกย่องของสังคม บุคลากรทางการพยาบาลจึงต้องการที่จะปฏิบัติตัวให้อยู่ในบรรทัดฐานทางสังคม ซึ่งประภาพิญญ์ สุวรรณ (2520) กล่าวว่า การปฏิบัติตัวตามบรรทัดฐานทางสังคมมีผลต่อทัศนคติ คือ บรรทัดฐานทางสังคมเป็นความคิดที่กลุ่มชนเชื่อว่าอะไรเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสม ก็จะเกิดทัศนคติที่ดี อะไรเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ก็จะเกิดทัศนคติที่ไม่ดี เช่นเดียวกับบุคลากรทางการพยาบาลที่น่าจะมีความคิด ความเชื่อว่า กิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ดี เหมาะสม และจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวช จึงมีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมการพยาบาลจิตเวชเหมือนกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ วิระษรัตน์ (2535) ที่ได้ศึกษาลักษณะส่วนบุคคล ทัศนคติต่อการพยาบาลจิตเวช และการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดของพยาบาลจิตเวช พบว่า พยาบาลจิตเวชมีทัศนคติต่อการพยาบาลจิตเวช โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยมี

ทัศนคติด้านความมีคุณค่าในตนเอง ความมั่นคงแห่งบุคคล ความมีใจกว้าง และการสนับสนุนช่วยเหลืออยู่ในระดับสูง ส่วนทัศนคติด้านการมีความหวัง และการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งได้อธิบายไว้ว่าเป็นผลมาจากการได้รับการปลูกฝัง อบรมจากการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลชั้นพื้นฐาน ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้สำเร็จการศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล (วรรณวิไล จันทรา และคณะ, 2533) ตลอดจนการศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลจิตเวชที่ได้เน้นเป้าหมายในการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาลจิตเวชของผู้ที่เข้ารับการอบรม (กรมการแพทย์, 2528) และสอดคล้องกับความคิดเห็นของเปอร์โก และไครท์ (Perko & Kreigh, 1988) ที่ว่าพยาบาลจิตเวชต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาลจิตเวชจึงจะช่วยเอื้อประโยชน์ต่อการพยาบาลจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ ดังที่ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ได้กล่าวไว้ว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับความรู้และการปฏิบัติหรือพฤติกรรมการแสดงออก ซึ่งพยาบาลจิตเวชต้องใช้พฤติกรรมของพยาบาลในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหรือเลวลง ของผู้ป่วยจิตเวช (ทัศนาศา นุญทอง, 2531) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งศรี ศรีสุวรรณ (2539) ที่ได้ศึกษาเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ของนักศึกษา พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีเจตคติทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวช แต่มีเจตคติทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งอธิบายไว้ว่า สถาบันการศึกษามีจุดมุ่งหมายให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และยังมีเจตคติทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสอนของคณาจารย์ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความเชื่อและความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้ดี ทว่าการดูแลผู้ป่วยจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง เหมาะสมได้นั้น นักศึกษามควรมีเจตคติทางบวกต่อผู้ป่วยจิตเวชด้วย

ถึงแม้ในการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรทางการพยาบาลจะมีทัศนคติที่ดีก็ตาม แต่ยังคงต้องพัฒนาให้มีทัศนคติที่ดีมากยิ่งขึ้น เพื่อจะได้ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และทัศนคติน่าจะเกิดจากการมีความรู้ในระดับสูงกว่าที่เป็นอยู่ จึงจะเกิดการปฏิบัติที่มีคุณภาพ

3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพ

จากการศึกษา พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล ในระดับปานกลาง (ตาราง 10) เมื่อพิจารณากิจกรรมการพยาบาลรายด้านพบว่า

ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย

จากการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับมีความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายในระดับมาก (ตาราง 11,12,13,14)

ทั้งนี้เพราะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติ ตั้งแต่การกิน การนอน และปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ ที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งจำเป็นต้องให้การดูแลรักษาเป็นอันดับแรก ทั้งด้านร่างกายและจิตใจควบคู่ไปและเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายก่อน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของฮาไพยูติธรรม (2526) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วยกับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาลพบว่าพยาบาลให้ความสำคัญมากที่สุด ในกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการสังเกตอาการ

กิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีลักษณะซับซ้อน ยากง่ายในการปฏิบัติ ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ ทั้งระดับวิชาชีพชั้นสูง และระดับที่ต้องใช้ทักษะง่าย ๆ ดังนั้น ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย จึงมีบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติตามความรู้ ความสามารถของแต่ละระดับ ซึ่งต่างก็มีความสำคัญและมีบทบาทในการพัฒนา กิจกรรมการพยาบาลที่ตนเองมีหน้าที่และรับผิดชอบอยู่

ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลด้านการบำบัดทางจิต

การศึกษพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับมีความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลด้านการบำบัดทางจิต ในระดับมาก (ตาราง 11,12,13,14)

กิจกรรมการบำบัดทางจิต ถือเป็นหัวใจของการพยาบาลจิตเวช ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ และเทคนิคพิเศษ ในการให้บริการ ซึ่งบุคลากรทางการพยาบาลคือ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาลส่วนใหญ่ เคยผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จึงมองเห็นประโยชน์และความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของฮาไพยูติธรรม (2526) ที่พบว่า พยาบาลให้ความสำคัญมากที่สุดในกิจกรรมเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมการพยาบาล เคยได้รับการอบรมและนิเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากทีมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง - และอยู่ในบรรยากาศของการรักษา ให้การสนับสนุนในการเตรียมผู้ป่วย สถานที่ เพื่อการบำบัดต่างๆ และจากการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ มีทัศนคติต่อกิจกรรมการพยาบาลในระดับดี (ตาราง 4) ข้อมส่งผลให้มองเห็นความสำคัญของกิจกรรมด้านนี้มากด้วย

ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิต

การศึกษพบว่า พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาลมีความคิดเห็นต่อความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลในระดับปานกลาง (ตาราง 11,12,13) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ในระดับน้อย (ตาราง 14)

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิต เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยทั้งทางด้านวัตถุ และบุคคล เพื่อให้สิ่งแวดล้อมเหล่านี้ส่งเสริมการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิต มิได้หมายถึงสภาพภายในหอผู้ป่วยเท่านั้น การมีทัศนคติ ท่าที ความรู้ลึก และการแสดงออกของพยาบาล บุคลากรในทีมการรักษา และเพื่อนผู้ป่วย ตลอดจนการจัดกิจกรรมบำบัดต่างๆ ต่างมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยอย่างมาก (ศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ, 2527) จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการพยาบาลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด มีความจำเป็นและสำคัญต่อกระบวนการรักษาผู้ป่วยจิตเวช และเป็นบทบาทของพยาบาลจิตเวชที่จะต้องรับผิดชอบโดยตรง ในการจัดให้มีขึ้นและคงไว้ตลอดไป (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2535) แต่จากการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรทางการพยาบาลให้ความสำคัญในระดับปานกลาง จึงไม่เพียงพอสำหรับความจำเป็นและความสำคัญของกิจกรรม ซึ่งผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการจัดอบรม นิเทศ เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด โดยเฉพาะเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจอย่างเพียงพอและถูกต้อง

ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลด้านการสอนทางสุขภาพ

การศึกษพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ มีความคิดเห็นต่อความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลในระดับปานกลาง (ตาราง 11,12,13,14)

การสอนทางสุขภาพเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งเนื้อหาและรูปแบบการสอนก็ต้องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การสอนทางสุขภาพมีความจำเป็นต่อบทบาททั้ง 4 มิติของพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ การสอนทางสุขภาพในโรงพยาบาลจะเกิดขึ้นทุกครั้งที่ให้การพยาบาลหรือการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลจะต้องคำนึงถึงระดับความเข้าใจภาวะอารมณ์ ตลอดจนการรับรู้ของผู้ป่วยในขณะนั้น การใช้คำพูด ควรจะเป็นแบบฟังแล้วเข้าใจง่าย แต่พยาบาลไม่ควรคาดหวังว่าเมื่อสอนแล้วผู้ป่วยจะต้องทำได้ถูกต้อง ครบถ้วน เพราะจะทำให้พยาบาลเกิดความท้อแท้ (ศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ, 2527) ข้อจำกัดในการสอนทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยจิตเวangkกล่าว ทำให้บุคลากรทางการพยาบาลมองเห็นความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลด้านนี้

ลดลง คังการศึกษายของฮาไฟ ยุติธรรม (2526) ที่พบว่า กิจกรรมเกี่ยวกับการให้สุขภาพ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลให้ความสำคัญในระดับรองลงไป

โดยทั่วไป การสอนทางสุขภาพ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผลการปฏิบัติไม่ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาเรียกร้อง หรือแสดงความไม่พอใจ หรือเกิดการแทรกซ้อนอย่างรุนแรง ก็อาจทำให้พยาบาลนิ่งนอนใจ ไม่ให้ความสำคัญและขาดจิตสำนึกที่จะต้องปฏิบัติ ดังนั้นจึงควรกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติ นิเทศ ติดตาม ประเมินผล ให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและตลอดไป

4. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพของบุคลากรทางการพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในระดับการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ (ตาราง 5) เมื่อพิจารณากิจกรรมการพยาบาลรายด้าน พบว่า

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย

บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายในระดับปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ (ตาราง 6,7,8 และ 9) ซึ่งอธิบายได้ว่า กิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีลักษณะทั้งซับซ้อน ยาก ง่ายในการปฏิบัติ ต้องอาศัยทีมบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะในการปฏิบัติ ตั้งแต่ระดับวิชาชีพ จนถึงระดับการใช้ทักษะง่ายๆ ในการปฏิบัติ โดยทั่วไปจะใช้วิธีมอบหมายงานให้ปฏิบัติเป็นทีม และแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ตามตำแหน่งความรู้ ความสามารถ แต่กิจกรรมการพยาบาลจิตเวชบางอย่างต้องร่วมกันทำงานเป็นทีม เช่นการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยหรือการฉีดยา PRN ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ฯลฯ ดังนั้นจึงพบได้ว่าบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ ร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ จึงถือได้ว่าบุคลากรทางการพยาบาลได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการบำบัดรักษา ซึ่งเน้นบทบาทที่ไม่อิสระได้เป็นอย่างดี เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยได้รับยาต่างๆ และร่วมมือในการรักษา ตามสภาพของโรคและแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมยุรา กาญจนางกูร และพยอม วิริยา (2526) เรื่องกิจกรรมการ พยาบาล และประเภทผู้นำทางการพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วยมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของริดและคณะ (อ้างใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2528) เรื่องกิจกรรมของเจ้าหน้าที่พยาบาลขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปของกรมการแพทย์ โดยพบว่า พยาบาลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 45 เท่านั้น และได้ใช้เวลาประมาณครึ่งหนึ่งในกิจกรรมเกี่ยวกับการให้การรักษายาพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้ กิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายบางกิจกรรมที่ใช้เพียงทักษะง่ายๆ ในการปฏิบัติ แต่พบว่าพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ เช่น กิจกรรมที่เกี่ยวกับการงัดน้ำ-อาหาร การอาบน้ำ-สระผม ตรวจฟันปลอม การตรวจสัญญาณชีพ การให้ผู้ป่วยใส่สวามก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า การเตรียมทำความสะอาด และบำรุงอุปกรณ์รักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ จากการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวของพยาบาลวิชาชีพอาจเกิดจากสภาพการปฏิบัติงานที่ต้องเร่งกระทำ กิจกรรมตามลำดับความเร่งด่วนก่อนหลังให้เสร็จทันเวลามากกว่าที่จะทำถึงปรัชญาวิชาชีพ ทำไปเป็นมาตามระบบการทำงานเป็นทีมที่กระทำอยู่อย่างเบรไปจากหลักการตามปรัชญา วัตถุประสงค์ที่มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบโดยการพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ซึ่งจะช่วยสร้างสร้งงานการพยาบาลให้มีคุณค่ามากยิ่งขึ้น (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2526) หรืออาจเป็น เพราะปัญหาและอุปสรรคในการมอบหมายงานในการพยาบาลเป็นทีม ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่เป็นหัวหน้าทีมไม่สามารถปฏิบัติงานเป็นผู้นำตามปรัชญาของการพยาบาลเป็นทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวของแมคเลนแนน (Mc Lennan, 1983 อ้างใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2528) ว่า หัวหน้าทีมการพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน และการพยาบาลที่ซับซ้อน มีความสามารถในการเป็นผู้นำ การติดต่อสื่อสาร การจัดองค์การและการจูงใจ และเป็นผู้ที่สามารถให้การสนับสนุนและควบคุมการทำงานของสมาชิกทีม

ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงควรได้รับการศึกษาและมีประสบการณ์การบริหารและนิเทศอย่างเพียงพอ สามารถวางแผนนิเทศ ประสานกิจกรรมต่างๆ ของบุคลากรทุกระดับที่ร่วมกันให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย จึงจะทำให้การพยาบาลเป็นทีมดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในทีมการพยาบาล ควรจะปฏิบัติให้การพยาบาลในบทบาทอิสระ โดยการวิเคราะห์ข้อมูล ให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และให้คำสั่งการพยาบาลแก่บุคลากรในทีม ภายใต้การนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ และต้องรับผิดชอบผลการปฏิบัตินั้น จึงจะสามารถให้บริการสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ

กิจกรรมการพยาบาลด้านการบำบัดทางจิต

การศึกษพบว่า พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในระดับปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ (ตาราง 6,7 และ 8) ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ ปฏิบัติกิจกรรมเป็นบางครั้ง (ตาราง 9)

จากผลการศึกษา แสดงว่า บุคลากรทางการพยาบาล คือพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาล มีจิตสำนึกต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการบำบัดทางจิตอยู่ในระดับดี การให้การบำบัดทางจิตเป็นบทบาทเฉพาะ ที่ต้องการความรู้ ความชำนาญเป็นพิเศษ

พยาบาลที่จะทำหน้าที่นี้ต้องมีความรู้และได้รับการฝึกอบรมโดยเฉพาะ (ครั้นวด วิวัฒน์คุณูปการ, 2527) จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ผ่านการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช เป็นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาล ร้อยละ 84.38, 64.70, และ 26.30 ตามลำดับ การได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ ทักษะในการปฏิบัติและประกอบกับ โรงพยาบาลจิตเวชบางแห่งได้ทำการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ ย่อมทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมด้านนี้เพิ่มมากขึ้น ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งเป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่ถึงแม้จะมีการศึกษาน้อย และผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระยะสั้นๆ ใช้ทักษะง่ายๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล แต่ในทางปฏิบัติ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกประเภท บุคลากรทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันตลอดเวลา ซึ่งหมายถึงต้องนำตนเองเข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่นการปฏิสัมพันธ์ในเรื่องต่างๆ ไป (อุบล นิวัติชัย, 2533)

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการบำบัดทางจิต ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (Nurse-patient relationship) และการทำจิตบำบัดในรูปแบบพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งรวมถึงการให้บริการแก่บุคคลทุกเพศ ทุกวัย คือ บทบาทพยาบาลจิตเวช (จินตนา ยูนิพันธ์, 2528 และพวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2535) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้ใช้ความรู้ ความสามารถทางวิชาชีพ กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และสั่งการพยาบาลได้โดยอิสระ

การปฏิบัติในระดับวิชาชีพ เป็นเรื่องทำได้ยาก ซึ่งวิเชียร ทวีลาภ (2521 อ้างใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2528) กล่าวว่า งานการพยาบาลเป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ต้องอาศัยความอดทนอย่างมาก ถ้าเห็นตัวอย่างที่ไม่ดี เช่น เกียจคร้าน ไม่สนใจ ไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย หลับในแวร คนดีที่มีอุดมการณ์อาจจะปฏิเสธที่จะกระทำในระยะแรกๆ และกลายเป็นแกะดำไปถ้ายังคงปฏิบัติตามอุดมการณ์อยู่ แต่ถ้าได้พบอยู่บ่อยๆ พยาบาลส่วนใหญ่จะละความอดทน แกะดำที่หลงเหลืออยู่ อาจกลายเป็นแกะสีเดียวกับไปหมดในที่สุด เปรียบเสมือนการว่ายนํ้าทวนกระแสน้ำ ซึ่งต้องอาศัยพลังงานมาก นานเข้าก็จะหมดแรงไป และในที่สุดก็จะปล่อยตนเองลอยไปตามกระแสน้ำซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและสบายกว่า

อย่างไรก็ตาม การให้การบำบัดทางจิต โดยเฉพาะการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จะประสบผลสำเร็จมากน้อย และมีคุณภาพเพียงใดนั้น มิได้ขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถที่เกิดจากการศึกษาหรือการฝึกอบรมเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่นบุคลิกภาพของผู้ให้บริการ ความอดทน ความอ่อนไหวต่อความผิดปกติ และทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช การได้รับการสนับสนุนให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจากผู้บริหาร มีการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล กำหนดมาตรการตรวจสอบเพื่อประกันคุณภาพการพยาบาลให้

อยู่ในระดับที่ต้องการ สอดคล้องกับนโยบาย การบริหาร ความต้องการของผู้ป่วย และตามแนว วิชาชีพ

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิต

การศึกษพบว่า พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่พยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอยู่ใน ระดับเป็นส่วนใหญ่ (ตาราง 6,8) ส่วนพยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเห็ดกนไข้ ปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาลในระดับปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ตาราง 7,9)

กิจกรรมการพยาบาลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิตเป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่มีความสำคัญในการบำบัดและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยจิตเวช ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความ สุขสบาย สามารถปรับตัวในสังคมได้ดีขึ้น (ศรีนวล วิวัฒน์คุณุปรการ, 2527) ในขณะที่ผู้ป่วยได้ รับการบำบัดรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การฟื้นฟูสภาพจิตต้องกระทำควบคู่ไปพร้อมๆ กัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนได้เร็วขึ้น การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิตเป็นการจัด สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยทั้งทางด้านวัตถุและบุคคล ตลอดจนการจัดให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วย กิจกรรมกลุ่มต่างๆ

จะเห็นว่ากิจกรรมการพยาบาลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิตมีขอบเขตกว้าง ขวาง ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ รับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน ตามความรู้ ความสามารถของตน จากผลการศึกษาคครั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่พยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านนี้เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่า กิจกรรมการพยาบาลบางส่วน เป็นเรื่องเกี่ยวกับการบริหารจัดการภายในหอผู้ป่วย จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการปฏิบัติ กิจกรรมมากกว่า อีกส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาและอุปสรรคการมอบหมายงาน เพราะเมื่อพิจารณา กิจกรรมการพยาบาลบางอย่างที่ไม่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติมากนัก เช่น การจัดเตรียมอุปกรณ์ และสถานที่ให้สะอาดเพียงพอ และพร้อมที่จะใช้ ฯลฯ พบว่าพยาบาล วิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแสดงว่าพยาบาลวิชาชีพไม่สามารถปฏิบัติงานเป็นผู้ไปตาม ปรัชญาการทำงานเป็นทีมได้สำเร็จ การใช้มนทัศน์ในการทำงานเป็นทีมที่ผิดพลาด ทำให้ พยาบาลไม่สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองในการทำงาน หรือใช้พลังความคิดสร้างสรรค์ได้ อย่างเต็มที่ ขาดความภาคภูมิใจในงานที่กระทำ มุ่งทำงานตามหน้าที่ให้ผ่านพ้นไปแต่ละเวร ละทิ้ง ความคาดหวังที่ต้องกระทำไว้เบื้องหลัง ส่วนเจ้าหน้าที่พยาบาล ซึ่งโดยทั่วไปจะมีหน้าที่เกี่ยวกับ การเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ภายในหอผู้ป่วยให้เพียงพอ และดูแลความสะอาดภายในหอผู้ป่วย จึงมีโอกาปฏิบัติกิจกรรมด้านนี้มากกว่า

ดังนั้นผู้บริหารงานที่มีบทบาทสำคัญในหอผู้ป่วยหรือในโรงพยาบาล ต้องให้การส่งเสริมพัฒนา บุคลากรให้มีความรู้ ประสบการณ์ มอบหมายงานให้บุคลากรระดับต่างๆ อย่างเหมาะสม ติดตาม ประเมินผล สร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ได้บังคับบัญชา ให้ร่วมมือและประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมการพยาบาลและหน่วยงานอื่นๆ

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการสอนทางสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอยู่ในระดับเป็นส่วนใหญ่ (ตาราง ๑) ส่วนพยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ปฏิบัติกิจกรรมในระดับเป็นบางครั้ง (ตาราง 7,8,9) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สุชาติา เสตพันธ์ (2530) เรื่องกิจกรรมพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าพยาบาลขาดความรู้ ความชำนาญด้านการสอน และการจัดกิจกรรมบำบัดให้แก่ผู้ป่วยเช่นเดียวกับการศึกษาของ แมคคอสกี้ และแมคเคน (Mc Closkey & Mecian, 1988) ที่ศึกษาความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความสามารถในการสอนอยู่ต่ำกว่าความสามารถด้านอื่นๆ

การสอนทางสุขภาพ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต้องให้ร่วมกับการพยาบาลทุกครั้ง ซึ่งในการสอนนั้นจะเริ่มต้นทันทีที่พยาบาลเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย พร้อมกับประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นระยะๆ การสอนทางสุขภาพสามารถทำได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ขึ้นกับความต้องการและสถานการณ์ของผู้ป่วย ซึ่งการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจะมีประสิทธิภาพเพียงใดนั้น ขึ้นกับความสามารถในการสอนของพยาบาลว่าสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีได้เพียงใด การสอนทางสุขภาพจึงนับเป็นบทบาทที่สำคัญที่พยาบาลสามารถปฏิบัติกับผู้ป่วยและครอบครัวได้โดยตรง

จากการศึกษากครั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการสอนทางสุขภาพอยู่ในระดับเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งถือได้ว่าปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสอดคล้องกับความรู้ความสามารถ และหน้าที่รับผิดชอบ แต่ส่วนพยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความรู้ และผ่านการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช แต่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการสอนทางสุขภาพในระดับเป็นบางครั้ง ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับความสำคัญของกิจกรรม ดังนั้นจึงควรสนับสนุนและกระตุ้นให้เห็นประโยชน์และความสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรม ตลอดจนการติดตาม นิเทศและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

5. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล และข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาล

ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 6) แสดงให้เห็นว่าการมีความรู้ที่ดีจะทำให้บุคลากรทางการพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมการพยาบาล หรือถ้าขาดความรู้ ขาดความเข้าใจ หรือมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง จะมีทัศนคติต่อกิจกรรมการพยาบาลไม่ดี ดังแนวคิดของนักการศึกษาที่กล่าวว่า ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติจะมีความสัมพันธ์กัน โดยความรู้เป็นองค์ประกอบขั้นต้นที่จะทำให้บุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งต่างๆ ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกของบุคคล (ชม ภูมิภาค, น.ป.ป. และ ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2516) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ กนกวรรณ ประवालพิทย (2540) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พบว่า พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีทัศนคติทางบวกเพิ่มขึ้น ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ 1 เดือนและ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สิกา จิตติภิมย์ (2535) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ พรพรรณ เขียวปัญญา (2535) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคเอดส์ กับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ติดเชื้อและนรีเวชวิทยาโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ อรุณญา เชาวถิต, สุวีพร ทองธีรภาพ และเพ็ญพิศ เลหาวิริยะภมร (2533) ที่ศึกษาความรู้และทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด ในภาคใต้ต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ และอัมพฤกษ์ อัมพาต (2534) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และเจตคติกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างจากการศึกษาของคุณวิจิตร เรืองรุจิระ (2522) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของตนเอง และ เรณู พงษ์เรืองพันธ์ (2539) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้เหตุผล อาจเป็นเพราะว่า โรคเอดส์มีลักษณะเฉพาะโรค ถือเป็นโรคที่ใหม่ มีอาการที่รุนแรง ยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ และยังไม่มีวัคซีนป้องกัน บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์จะมีความทุกข์ทรมาน และถึงแก่ความตายทุกคน ปัจจุบันมีการแพร่ระบาดรวดเร็ว ดังนั้นพยาบาลจึงเกิดความรู้สึกวิตกกังวลกลัว ไม่อยากเข้าใจ แต่เนื่องจากจริยธรรมที่มีต่อผู้ป่วย พยาบาลพึงให้การดูแลผู้ป่วยทุกคนด้วย

ความเมตตา กรุณา เห็นอกเห็นใจ ดังนั้นพยาบาลจึงสร้างทัศนคติที่ดี โดยไม่ได้ขึ้นกับการมีความรู้มากหรือน้อย หรือการมีความรู้มากหรือน้อยไม่ได้มีผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากงานพยาบาลจิตเวช เป็นงานที่ต้องปฏิบัติต่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ จำเป็นที่พยาบาลจิตเวชจะต้องช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายทั้งทางร่างกาย และจิตใจ พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยที่มีอยู่ออกมาให้ให้เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยอย่างสูงสุด และหลายๆ ครั้ง ต้องมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อรักษาผลประโยชน์ และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจิตเวชต้องเป็นผู้มีคุณลักษณะพิเศษเฉพาะครบทั้งด้านความรู้ ความสามารถ ในการปฏิบัติงานตามบทบาทพยาบาลจิตเวช (นงกรณ สุสุข, 2525) และการมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลจะทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ตนเองเป็นสื่อในการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ เจตคติ ความรู้ลึก ความต้องการ และคุณค่าของเขาเองต่อไป (ฟาริดา อิบราฮิม, 2536 อ้างใน ภาวินี ธนปศิธรรมจารี, 2540)

ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 15) แสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชมียุทธศาสตร์ความรู้มากเท่าใด จะมีผลทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากขึ้นเท่านั้น ถ้าบุคลากรขาดความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลก็จะส่งผลทำให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลลดลง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จึงตั้งอยู่บนพื้นฐานของการใช้ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยแก้ปัญหาผู้ป่วยให้บรรเทาจากอาการเจ็บป่วยทางจิต และสามารถปรับตัวตามศักยภาพได้ด้วยความสะดวกเหมาะสมกับการที่จะกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน ดังเช่น ศิริพร โยภาสวัสดิ์ชัย (2531) ได้กล่าวไว้ว่า การมีความรู้ในเรื่องใดจะช่วยให้บุคคลสามารถประเมินสถานการณ์ในเรื่องนั้นได้ถูกต้องเหมาะสม สามารถแยกแยะได้ว่าสิ่งใดถูกถาม ความเป็นตัวเอง สิ่งใดไม่ใช่ สามารถเลือกวิธีการและแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมมาช่วยตัวเองได้ การมีความรู้ทางการพยาบาลจิตเวช จะช่วยให้พยาบาลจิตเวชสามารถแยกแยะได้ว่า ในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชมีสถานการณ์ใดเป็นสิ่งที่ถูกถาม สถานการณ์ใดไม่ใช่ จึงจะสามารถเลือกวิธีที่มีความเหมาะสม และในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นขึ้นกับความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลจิตเวชที่แต่ละบุคคลมีอยู่ ซึ่งจากการศึกษาของ กนกวรรณ ประวาลพิทย์ (2540) พบว่า พยาบาลโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อ มีความรู้เพิ่มขึ้นและทำให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นเช่นกัน ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุภา จิตศิริมย์ (2535) พบว่า ความรู้และการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ มีความสัมพันธ์ทางบวก และ

สอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ เจริญปัญญา (2535) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ติดเชื้อและในรพ. วิทยา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีความสัมพันธ์ทางบวก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี (2532) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ บทบาทของตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ นั่นคือ การที่พยาบาลมีความรู้ที่ดี จะทำให้รับรู้บทบาทของตนเองเหมาะสม และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน ผลการศึกษาค้นคว้านี้แตกต่างจากการศึกษาของคุณวิวรรณ เรืองรุจิระ (2534) และ เรณู พงษ์เรืองพันธ์ (2539) ที่พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กัน นอกจากนี้ยังแตกต่างจากการศึกษาของ อัญชลี ถึงหยุด (2534) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาในระดับอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีความรู้ดีไม่ส่งผลให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งแตกต่างจากบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเท่านั้น จึงจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากผลของการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ร้อยละ 62.21 เมื่อจำแนกตามตำแหน่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ร้อยละ 71.73, 64.60, 60.12 และ 54.61 ของคะแนนเต็ม ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลอยู่ในระดับที่ไม่น่าพอใจ ทั้งนี้เพราะในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชต้องอาศัยความรู้ ความสามารถเฉพาะทาง จึงจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้เกิดคุณภาพได้ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการส่งเสริมให้บุคลากรได้ศึกษาต่อเนื่องในระดับที่สูงขึ้นในหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง (สุวนัย เกื้อวงศ์แก้ว, 2529) และมีการจัดระบบการพัฒนาบุคลากรด้วยการฝึกอบรม และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ทั้งนี้เป็นเพราะว่าการมีความรู้ที่ดีจะทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่เหมาะสม (ประภาเพ็ญ-สุวรรณ และสรวง สุวรรณ, 2534) รวมทั้งควรได้รับการปลูกฝังจิตสำนึกความรับผิดชอบในหน้าที่และวิชาชีพจากฝ่ายการศึกษาขณะเข้ารับการศึกษ และจากผู้บริหารการพยาบาลตลอดระยะเวลาของการปฏิบัติงานอีกด้วย

ทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 15) แสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคลากรทางการพยาบาลยังมีทัศนคติที่ดี ก็ยังทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล หรือให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชดีด้วย ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ทัศนคติเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล ทัศนคติจะเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตามมาได้ (Schwartz, 1975) ถ้าบุคคลมีทัศนคติที่ดีก็มี

แนวโน้มที่จะเข้าหาหรือแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ตรงข้ามถ้ามีทัศนคติไม่ดี ก็มีแนวโน้มที่จะไม่เข้าหา โดยการถอยหนี หรือต่อต้านการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ (กมลรัตน์ หัด้าสุวรรณ, 2524) ซึ่งทั้งการปฏิบัติและทัศนคติต่างก็มีความสัมพันธ์และมีผลซึ่งกันและกันอย่างแน่นแฟ้น โดยเป็นที่เชื่อกันว่าทัศนคติมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล และขณะเดียวกันการแสดงออกหรือการปฏิบัติของบุคคล ก็มีผลต่อทัศนคติของบุคคลนั้นๆ ด้วยเช่นกัน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) ผลของการศึกษากลับไป แยกคดียกกับการศึกษาของ เดกา จิตตภิรมย์ (2535) และเรณา พงษ์เรืองพันธ์ (2539) ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ และพยาบาลวิชาชีพภาคตะวันออกเฉียงของประเทศ และแยกคดียกกับการศึกษาของพรพรรณ เขียวปัญญา (2535) ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสุทธศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และจากการศึกษาของสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี (2532) พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นการมีเจตคติที่ดีจะมีผลทำให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติภารกิจพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีตามมา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีหลักการ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ ที่พึงให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยด้วยหลักมนุษยธรรม เมตตาธรรมโดยปราศจากอคติ (เรณา พงษ์เรืองพันธ์, 2539) ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลจึงมีความพยายามที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดด้วย

การที่บุคลากรทางการพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลและมีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมการพยาบาล ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกันในหลายๆ แบบ ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดจะเป็นเช่นไรนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลนั้น กล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้นมีความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งดี ทัศนคติต่อสิ่งนั้นจะดีตามไปด้วย ซึ่งการมีทัศนคติที่ดีย่อมส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ดีด้วย จะเห็นได้ว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติต่างก็มีความเกี่ยวพันต่อเนื่องกันเป็นลูกโซ่ อาจเกี่ยวพันทั้งทางตรงและทางอ้อม (Zimbardo, et al, 1977) ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้เป็นองค์ประกอบเบื้องต้นที่ทำให้บุคคลมีทัศนคติในลักษณะใดลักษณะหนึ่งต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ทัศนคติมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านความรู้สึก และด้านการปฏิบัติ ซึ่งทั้ง 3 ประการต่างมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน โดยองค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ เป็นขั้นพื้นฐานของทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับความรู้ของบุคคล และความรู้สึกจะมีผลกระทบต่อการแสดงออกหรือกำหนดแนวทางของพฤติกรรม โดยที่ความรู้เป็นลักษณะที่มีความสำคัญที่สุดที่จะทำให้เกิดผลในด้านทัศนคติและการปฏิบัติ (ทวัชชัย ชัยจิรธยากุล, 2527)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความรู้ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติต่างก็มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยที่ ทักษะที่เกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ โดยอาศัยการเรียนรู้และการ ปฏิบัติจริง (ไพบูลย์ อินทวิชา, 2517) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงความรู้ อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทักษะและการปฏิบัติหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ ทักษะ หรือการปฏิบัติ ด้านใดด้านหนึ่งย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านอื่นๆ ตามมา (นิภา มบุญนิง, 2528)

จากผลการศึกษายังพบว่า ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความคิดเห็นของบุคลากรทางการพยาบาลต่อความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 15) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ว่า ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลมีความสัมพันธ์กันในทางบวก แสดงให้เห็น ว่ายังมีความรู้ดี มีทักษะที่ดี และมีการปฏิบัติดี ยังจะทำให้บุคลากรมองความจำเป็นของกิจกรรม การพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และการที่บุคลากรเห็นถึงความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล ย่อมแสดง ถึงการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการพยาบาลว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ หรือเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเวชจะต้องได้รับการ ดูแลอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

การที่ผู้ป่วยจิตเวชจะได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีการพัฒนาบุคลากร ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญต่อกระบวนการพัฒนาบุคลากร ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ เสน่ห์สนุน ส่งเสริมบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์การและพัฒนาวิชาชีพ ซึ่งตามแนวคิดของนักการศึกษาเชื่อว่า การเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นนั้น เกิดมาจากกระบวนการสั่งสอนอบรม ถ่ายทอดวัฒนธรรม ความรู้ ความชำนาญ ทักษะ และค่านิยม (สิทธิชัย รัตนนิติ, 2514) ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เพิ่มขึ้นและสนับสนุน ส่งเสริมให้บุคลากรมีทักษะที่ดีเพิ่มมากขึ้น จะเป็นแนวทางที่จะทำให้การปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาลมีประสิทธิภาพ ซึ่งอุบล นิวัติชัย (2528) ได้กล่าวไว้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชจะเกิด ประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความกว้างลึกของความรู้ ความชำนาญ ที่พยาบาลแต่ละ คนได้รับหลังจากจบการศึกษาขั้นพื้นฐาน และการศึกษาฝึกอบรมเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาของกนกวรรณ ประวาลพิทย (2540) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมความรู้ สามารถทำให้พยาบาล มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติดีขึ้น และจากแนวคิดของชวาร์ท (Schwartz, 1975) ที่ ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจะมีความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ และการ ปฏิบัติใน 4 รูปแบบ คือ 1) การปฏิบัติจะเป็นไปตามทักษะและความรู้ที่บุคคลนั้นมีอยู่ โดยมี

ทัศนคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และการปฏิบัติ คือ ทัศนคติเกิดจากความรู้และการปฏิบัติ 2) ความรู้กับทัศนคติมีผลร่วมกัน เกี่ยวข้องกันที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติตามมา 3) ความรู้ และทัศนคติต่างทำให้เกิดการปฏิบัติ และการปฏิบัติก่อให้เกิดความรู้ และการปฏิบัติ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน 4) ความรู้ มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งบุคคลมีความรู้ และปฏิบัติตามความรู้-หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อน แล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทัศนคตินั้น ดังนั้นบุคคลควรจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทั้งความรู้ และทัศนคติ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่พึงประสงค์

จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตำแหน่งและการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ตาราง 15) แสดงให้เห็นว่า ตำแหน่งที่สูงและการได้รับการอบรม จะทำให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น โดยที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงที่สุดคือ ร้อยละ 73.73 รองลงมาคือ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ร้อยละ 64.66, 60.66 และ 54.61 ตามลำดับ และพบว่า การได้รับการอบรมนั้นพยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมมากที่สุดร้อยละ 84.38 รองลงมาคือ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาลและ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 64.70, 26.30 และ 12.00 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เป็นกลุ่มที่มีโอกาสได้รับการอบรมสูงสุด ซึ่งจากแนวคิดของนักการศึกษาเชื่อว่า การอบรมเป็นกระบวนการหนึ่งของการศึกษาที่จะทำให้บุคคลมีความรู้ ซึ่งความรู้เป็นองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของทัศนคติ (ประภาพิญญสุวรรณ, 2516) และเป็นจุดเชื่อมโยงที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติ โดยที่การมีความรู้ที่ถูกต้อง การมีทัศนคติทางบวกจะทำให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมา ซึ่งความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กันอยู่เสมอ ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรพิจารณาเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับมีโอกาสได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมอยู่เสมอ หรือส่งเสริมให้มีการศึกษาต่ออย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแนวทางที่จะทำให้บุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้น และนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, ฟองคำ ศิลกสกุลชัย และ อุบล ทวีศรี (2532) ที่พบว่า การอบรมพิเศษเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรีย์ ภาคเจริญ (2540) พบว่าการอบรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการกันขยะมูลฝอยติดเชื้อของพยาบาล ดังนั้นการอบรมจึงเป็นวิธีการที่ทำให้บุคคลมีความรู้เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้การอบรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความรู้ ดังที่กรรณิการ์ กันทะรักษา (อ้างใน มยุรี วรรณไกรโรจน์, 2537) ที่กล่าวว่าความรู้มีส่วนสำคัญที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติและก่อให้เกิดความสามารถ

ในการปฏิบัติ เนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ทราบว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร และจะต้องปฏิบัติได้จริง และมีทัศนคติที่ดีตามมา ฉะนั้นความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ จึงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และต้องพึ่งพาอาศัยกัน

ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตำแหน่ง และการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 15) แสดงให้เห็นว่าตำแหน่งยิ่งสูง และการได้รับการอบรม มีผลทำให้บุคลากรทางการพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติสูงสุด คือ 4.04 รองลงมา คือ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเท่ากับ 3.98, 3.95 และ 3.81 ตามลำดับ และมีบุคลากรร้อยละ 53.60 ที่ได้รับการอบรม ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการอบรมในจำนวนที่มากขึ้นเพื่อจะส่งผลทำให้มีทัศนคติที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ วิระะรัตน์ (2535) ที่พบว่า พยาบาลจิตเวชที่ได้รับการอบรม และไม่ได้รับการอบรมในหลักสูตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีทัศนคติต่อการพยาบาลจิตเวชแตกต่างกัน โดยพบว่าพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงกว่าพยาบาลจิตเวชที่ไม่ได้รับการอบรม

ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่าทัศนคติต่อกิจกรรมการพยาบาลจิตเวชของบุคลากรทางการพยาบาลในปัจจุบันอยู่ในระดับที่น่าพอใจ แต่ยังสามารถพัฒนาให้มีทัศนคติจากระดับดี ไปสู่ระดับดีมากได้ จะมีประโยชน์อย่างยิ่งกับองค์การพยาบาล โดยมีความคาดหวังว่าจะสามารถช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลทำให้บริการพยาบาลจิตเวชมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตาราง 15) แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการพยาบาลที่มีอายุน่าขึ้น มีทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลไม่ดี—อาจจะเนื่องมาจากผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง รุนแรง มีโอกาสป่วยซ้ำได้บ่อย ซึ่ง ชะอุทธิ์ พงศ์อนุตร (2531) ได้กล่าวไว้ว่ามีเพียงร้อยละ 25 ที่รักษาได้ผลดี ไม่กลับเป็นซ้ำอีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองการรักษาและมีความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ ในสภาพการปฏิบัติงานเช่นนี้ อาจจะทำให้พยาบาลที่มีอายุน่าเกิดความรู้สึกในทางลบกับกิจกรรมการพยาบาลว่า ไม่ว่าจะทำมากน้อยเพียงใด ก็ไม่สามารถช่วยผู้ป่วยได้มากกว่าที่เป็นอยู่ หากเกิดความรู้สึก หรือมีความเชื่อในลักษณะนี้ จะมีผลเสียกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เนื่องจากทำให้ขาดความตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และจากผลการวิจัยยังพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความคิดเห็นต่อความจำเป็นของกิจกรรมการ

พยาบาล (ตาราง 15) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังมีอายุมากขึ้น ยิ่งเห็นว่าการพยาบาลต่างๆ มีความจำเป็นลดลง

จากผลการวิจัยที่ค้นพบ ผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้น และหาแนวทางในการป้องกันไม่ให้นุคลากรทางการพยาบาลในกลุ่มอื่นๆ เกิดทัศนคติที่ไม่ดีขึ้น หรือหาแนวทางที่จะพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในกลุ่มที่มีอายุมากขึ้นให้มีทัศนคติที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ดังจะเห็นได้จากแนวคิดของนักการศึกษาที่มีความเชื่อว่า ทัศนคติมีการเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งเพาเจ้นท์เอม (2518) ได้กล่าวไว้ว่า ทัศนคติเป็นสภาพทางจิตใจที่มีความคงทนถาวรพอสมควร การเปลี่ยนแปลงทัศนคติจึงเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก แต่ก็ไม่ใช่ยากจนทำไม่ได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทัศนคติสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายๆ แนวทางเช่นกัน โดยที่มนุษย์เกิดการเรียนรู้ได้ โดยการทดลองปฏิบัติหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน และประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลตลอดเวลา และตลอดชีวิต ดังนั้นทัศนคติเกิดขึ้นจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับ สิบปนนท์ เกตุทัต (2518) ได้ให้ความเห็นว่าประสบการณ์จะช่วยให้บุคคลเกิดความคิด ทักยะ ทัศนคติที่ดี รู้จักตนเอง เข้าใจสังคม และสิ่งแวดล้อมที่ตนมีส่วนร่วมดีขึ้น ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลต้องแสวงหากลยุทธ์ที่จะกระตุ้นเตือน สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้บุคลากรทางการพยาบาล เพื่อที่จะสร้างเสริมทัศนคติในทิศทางที่พึงประสงค์ต่อไป

นอกจากนี้การเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลไม่มีความเป็นปัจจุบัน น่าจะเป็นแนวทางในการพัฒนาทัศนคติได้ ซึ่งสิทธิชัย ธานีนิติ (อ้างใน เสือกา จิตตกรรมย์, 2535) ได้กล่าวไว้ว่า การศึกษากิจกรรมการเรียนการสอน อบรม ถ่ายทอดวัฒนธรรม ความรู้ ความชำนาญ ทัศนคติ และก่านิยม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ตำแหน่ง และการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 15) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติกิจกรรมมากที่สุด รองลงมาคือ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ตามลำดับ ทั้งนี้เพราะการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลขึ้นกับบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทางการพยาบาลซึ่งถูกกำหนดโดยตำแหน่งที่เป็นไปตามระดับการศึกษา ความรู้ ความสามารถ และการกำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ และยังพบว่าบุคลากรที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเช่นกัน ซึ่งการอบรมเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้บุคคลได้รับความรู้ ซึ่ง จินตนา ยูนิพันธ์ (2527) ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ และประสบการณ์เป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลรู้จักคิด พิจารณาและตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่างๆ และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา

ของพัชร ภาคเจริญ (2540) ที่พบว่าพฤติกรรมในการจัดการกับมูลฝอยติดเชื้อ ขึ้นกับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และสอดคล้องกับการศึกษาของกรณีการ วิจิตรสุคนธ์, พงศ์คำ คีตกมลชัย และอุบล ทวีศรี (2532) ที่พบว่าการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการอบรมพิเศษเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับตำแหน่ง ผู้ศึกษายังไม่พบว่าเคยมีการศึกษามาก่อน ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการกำหนดแนวปฏิบัติให้มีความชัดเจนในบุคลากรทางการพยาบาลแต่ละระดับ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับความรู้ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่ผ่านขั้นตอนของกระบวนการศึกษาทางการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และคุณภาพของการให้บริการพยาบาล ซึ่งถ้ามีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกินขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบจะทำให้เกิดความไม่เค้นขีดในขอบเขตวิชาชีพ ซึ่งจะมีผลทำให้ประสิทธิภาพและคุณภาพทางบริการพยาบาลไม่อาจเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์

ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตำแหน่ง และการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 15) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าการพยาบาลมีความจำเป็นมากที่สุด รองลงมาคือพยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ตามลำดับ) ทั้งนี้เป็นเพราะว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผ่านระบบการศึกษาทางการพยาบาลมากกว่า จึงทำให้มีความรู้ มีความเข้าใจ มองเห็นความสำคัญว่ากิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้จำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากกว่าบุคลากรระดับรองลงมาเช่นกัน ดังนั้นความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลจึงมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายิ่งมีความรู้มาก มีทักษะที่ดี และมีการปฏิบัติสูงจะทำให้เห็นความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลสูงตามมา ซึ่งเป็นไปตามผลการวิจัยที่พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตำแหน่ง

และผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการพยาบาลที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีผลต่อความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล อาจเป็นเพราะการได้รับการอบรมทำให้บุคลากรทางการพยาบาลเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จึงทำให้มองเห็นความสำคัญและความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาลง มีการปรับตัวที่เหมาะสม

สมและสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเอง เพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนต่อไป ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการจัดโปรแกรมการอบรมให้เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละระดับ ให้สามารถนำความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และประสบการณ์ที่ได้จากการอบรม มาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องของผลสัมฤทธิ์ของการอบรม ซึ่งจะเป็นแนวทางพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้มีเอกลักษณ์ต่อไป

๑. การเปรียบเทียบความแตกต่าง ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติและความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรม

การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามการอบรมและระยะเวลาการทำงาน

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรม และไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และความคิดเห็นต่อความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ว่า พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และความคิดเห็นต่อความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลแตกต่างกัน (ตาราง 16) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรม มีความรู้ ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลเป็นความรู้ที่พยาบาลวิชาชีพทุกคนได้รับจากการเรียนรู้จากระบบการศึกษา จากสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลซึ่งสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้ พยาบาลวิชาชีพยังสามารถแสวงหาความรู้เพิ่มเติมในระหว่างการทำงาน จากการอ่านจากตำราและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องและได้รับจากกระบวนการประชุม ปรึกษา ขณะรับ-ส่งเวร (Pre-post conference) กลุ่มประชุมเพื่อปรึกษาวินิจฉัยการรักษาพยาบาล (Conference group) กลุ่มประชุมปรึกษานหาหรือ (Staff meeting) และสโมสรวารสาร (Journal club) (จุฬารัตน์ วิระรัตน์, 2535) ซึ่งเป็นวิธีการพัฒนามุขการทางการพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนอกเหนือจากการฝึกอบรมโดยตรง สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพได้พิจารณาและประเมินศักยภาพของตนเองในฐานะเป็นผู้นำในทีมวิชาชีพพยาบาล นอกจากนี้ อาจจะเป็นเพราะว่าการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้จำกัดระยะเวลาการอบรมซึ่งพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมนั้นมีระยะเวลาอบรมที่แตกต่างกันคือ อบรม 10 เดือนมี 58 คน อบรม 4 เดือน มี 17 คน อบรม 3 เดือน มี 16 คน ที่เหลืออีก 17 คนผ่านการอบรม 3-5 วัน จึงน่าจะมีผลทำให้มีความรู้ที่ไม่แตกต่างกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม กับไม่ผ่านการอบรม ซึ่งมีเพียง 20 คน และอาจจะเป็นผลมาจากพยาบาลที่ผ่านการอบรมได้รับการอบรมมานานแล้ว มีผลทำให้ความรู้ที่ได้รับจากการอบรมลดน้อยลงตามกาลเวลา จึงทำให้มีความรู้ไม่แตกต่าง

กัน ผู้วิจัยมีความเห็นว่าจำเป็นต้องมีการอบรมฟื้นฟูความรู้ พัฒนาความรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดไป

พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมมีทัศนคติต่อกิจกรรมการพยาบาลไม่แตกต่างกัน จากที่กล่าวมาข้างต้นว่าพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรม มีความรู้ไม่แตกต่างกัน จึงมีผลทำให้มีทัศนคติไม่แตกต่างกัน เป็นเพราะว่าความรู้เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของทัศนคติ และทัศนคติยังเกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพได้รับการเรียนรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลมาเหมือนกัน นอกจากนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) ได้กล่าวไว้ว่าทัศนคติมีการเปลี่ยนแปลงได้จากการยินยอม การเลียนแบบ และมีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เช่นเดียวกับกับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้รับการอบรมอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของตนเองให้เหมือนกับพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรม โดยการยินยอม ซึ่งเป็นผลมาจากสังคมรอบข้างในการปฏิบัติตนจึงทำให้เกิดการยอมรับ อาจมีการเลียนแบบ ซึ่งเป็นภาวการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น การยอมรับนี้เป็นผลมาจากต้องการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีหรือที่พึงพอใจระหว่างตัวเขากับบุคคลรอบข้าง ความสัมพันธ์นี้อาจจะออกมาในรูปแบบการรับเอาบทบาททั้งหมดของบุคคลเข้ามาเป็นของตน หรือแลกเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกัน และสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเลียนแบบคือ พลังที่มีแหล่งมาจากวิธีการควบคุม การเป็นที่ดึงดูดความสนใจ และความเชื่อถือ ซึ่งสอดคล้องกับการนิเทศทางการพยาบาล ซึ่งมีการนิเทศทั้งวิชาการและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยที่พยาบาลวิชาชีพรุ่นพี่ สามารถนิเทศงานพยาบาลวิชาชีพรุ่นน้องตามระบบ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติยังเกิดจากความต้องการที่จะเปลี่ยน ซึ่งเกิดจากความต้องการภายในของบุคคลที่ตรงกับค่านิยม ซึ่งต้องสอดคล้องกับค่านิยมเดิม จึงทำให้พึงพอใจที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติของตนให้เหมือนกับคนอื่น

ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งศรี ศรีสุวรรณ (2539) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์การเรียนกับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์การเรียนวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช มีเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของสมหวัง พิริยานุวัฒน์ (2524) ที่พบว่า นิสิตใหม่คณะครุศาสตร์ มีเจตคติต่อวิชาชีพครูในทางบวก และลดลงหลังจากศึกษามาแล้ว 1 และ 2 ภาคเรียน ซึ่งไพฑูรย์ สินดารัตน์ (อ้างใน รุ่งศรีศรีสุวรรณ, 2539) วิเคราะห์ว่าระบบการศึกษาทำให้คุณคดียของผู้เรียนที่มีอยู่สูงค่อยๆ ถดถอยตามจำนวนปีที่เพิ่มขึ้น แต่แตกต่างจากการศึกษาของจุฬารัตน์ วิระะรัตน์ (2535) ที่พบว่า พยาบาลจิตเวชที่ผ่านการอบรมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการพยาบาลจิตเวชสูงกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรม

พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ไม่แตกต่างกัน อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 กลุ่ม มีความรู้ และทัศนคติไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของชวาร์ท (Schartz, '1975) ที่กล่าวไว้ว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันและ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ยังได้กล่าวเพิ่มเติมว่า การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และทัศนคติของบุคคลเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติ ดังนั้นจึงทำให้พยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 กลุ่มมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรม และไม่ได้รับการอบรมมีความคิดเห็นต่อความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลไม่แตกต่างกัน เช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ทั้งความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน จึงมีผลทำให้เห็นความสำคัญ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นทิศทางที่มีความเหมาะสม ที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญที่จะพัฒนามูลฐานในทุกด้านให้มีความสอดคล้องกันตลอดไป

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน มีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติและความคิดเห็นต่อความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลไม่แตกต่างกัน (ตาราง 17,18,19 และ 20) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน มีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และความคิดเห็นต่อความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าระดับความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และความคิดเห็นต่อความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลไม่ขึ้นกับระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เป็นความรู้ที่สามารถเรียนรู้ได้เท่าๆ กัน ไม่ว่าจะทำงานมานาน้อยเพียงไหน ซึ่งขึ้นอยู่กับความสนใจที่จะแสวงหาความรู้ใหม่ๆ อยู่เสมอ เช่นเดียวกันกับทัศนคติ การปฏิบัติ และความคิดเห็นต่อความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล ดังนั้นการพัฒนามูลฐานให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีความสามารถในการปฏิบัติงาน และมีทัศนคติที่ดีเป็นสิ่งที่ผู้บริหารพึงกระทำอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาในการปฏิบัติงานของบุคลากร

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เรณา พงษ์เรืองพันธ์ (2539) ที่พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ของพยาบาลที่มีประสบการณ์ กับพยาบาลที่ไม่ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ พัทรี ภาคเจริญ (2540) ที่พบว่า เจตคติและพฤติกรรมปฏิบัติไม่ขึ้นกับประสบการณ์การทำงาน แต่แตกต่างกันในเรื่องความรู้ ขึ้นกับประสบการณ์การทำงาน นอกจากนี้ยังแตกต่างจากการศึกษาของ จุฬารัตน์ วิริยะรัตน์ (2535) พบว่า พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 5-13 ปี มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการพยาบาลจิตเวชสูงกว่าพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 1-4 ปี

ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์ควรจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ให้
เอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ให้เป็นไปในทางบวก ที่จะเอื้อ
ประโยชน์ต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจิตเวชให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับการปฏิบัติ ระดับความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล และข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาล ตลอดจนศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติและความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช ศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 9 แห่ง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นบุคลากรทางการพยาบาล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2,286 คน ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้แบบสอบถาม และแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 แบบสอบถามกิจกรรมพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 ได้แบบสอบถามที่มีความถูกต้องสมบูรณ์จำนวน 455 ชุด คิดเป็นร้อยละ 91.00 ของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน การทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

สรุปผลการวิจัย

1. บุคลากรทางการแพทย์ มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพ ร้อยละ 62.21 ($\bar{X} = 20.53$, $SD = 3.78$) ของคะแนนเต็ม เมื่อพิจารณาตามตำแหน่ง พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้มากที่สุด คือ ร้อยละ 71.73 ($\bar{X} = 23.67$, $SD = 2.67$), รองลงมาคือพยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ คือ ร้อยละ 64.60 ($\bar{X} = 21.32$, $SD = 28.89$), 60.12 ($\bar{X} = 19.84$, $SD = 2.87$) และ 54.61 ($\bar{X} = 16.02$, $SD = 2.16$) ของคะแนนเต็ม ตามลำดับ

2. บุคลากรทางการแพทย์ มีทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.39$) เมื่อพิจารณาตามตำแหน่ง พบว่าพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีทัศนคติอยู่ในระดับดีทุกกลุ่ม ($\bar{X} = 4.04$, $SD = 0.34$, $\bar{X} = 3.98$, $SD = 0.35$, $\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.40$ และ $\bar{X} = 3.81$, $SD = 0.46$) ตามลำดับ

3. บุคลากรทางการแพทย์ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพ ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.43$, $SD = 0.53$) เมื่อพิจารณา กิจกรรมการพยาบาลรายด้าน พบว่า

พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาล มีความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 2.44$, $\bar{X} = 4.20$, $SD = 0.48$ และ $\bar{X} = 4.08$, $SD = 0.38$) ตามลำดับ และด้านการบำบัดทางจิต ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.44$, $SD = 0.53$, $\bar{X} = 4.12$, $SD = 0.71$ และ $\bar{X} = 4.10$, $SD = 0.64$) ตามลำดับ ส่วนด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ($\bar{X} = 2.88$, $SD = 0.33$, $\bar{X} = 2.74$, $SD = 0.46$ และ $\bar{X} = 2.63$, $SD = 0.60$) ตามลำดับ และด้านการสอนทางสุขภาพในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.89$, $SD = 0.31$, $\bar{X} = 2.80$, $SD = 0.40$ และ $\bar{X} = 2.68$, $SD = 0.67$) ตามลำดับ

ผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายและด้านการบำบัดทางจิต ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 0.53$ และ $\bar{X} = 3.81$, $SD = 0.79$) ตามลำดับ ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.49$, $SD = 0.57$) ส่วนด้านการสอนทางสุขภาพในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.61$, $SD = 0.72$)

4. บุคลากรทางการแพทย์ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในระดับการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ($\bar{X} = 2.61$, $SD = 0.70$) เมื่อพิจารณา กิจกรรมการพยาบาลรายด้าน พบว่า

พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ อยู่ในระดับปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ($\bar{X} = 3.00$, $SD = 0.68$, $\bar{X} = 3.08$, $SD = 0.54$ และ $\bar{X} = 2.55$, $SD = 0.60$) ตามลำดับ

พยาบาลเทคนิค ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายและการบำบัดทางจิต อยู่ในระดับเป็นส่วนใหญ่ ($\bar{X} = 2.85$, $SD = 0.62$ และ $\bar{X} = 2.78$, $SD = 0.77$) ตามลำดับ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพอยู่ในระดับเป็นบางครั้ง ($\bar{X} = 2.41$, $SD = 0.57$ และ $\bar{X} = 2.39$, $SD = 0.63$) ตามลำดับ

เจ้าหน้าที่พยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ด้านการบำบัดทางจิต และด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด อยู่ในระดับเป็นส่วนใหญ่ ($\bar{X} = 2.78$, $SD = 0.77$, $\bar{X} = 2.85$, $SD = 0.73$ และ $\bar{X} = 2.63$, $SD = 0.60$) ตามลำดับ และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการสอนทางสุขภาพอยู่ในระดับปฏิบัติเป็นบางครั้ง ($\bar{X} = 2.47$, $SD = 0.77$)

ผู้ช่วยเห็ดคนไข้ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย อยู่ในระดับเป็นส่วนใหญ่ ($\bar{X} = 2.60$, $SD = 0.75$) ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการบำบัดทางจิต ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และด้านการสอนทางสุขภาพ อยู่ในระดับปฏิบัติเป็นบางครั้ง ($\bar{X} = 2.30$, $SD = 1.13$, $\bar{X} = 2.33$, $SD = 0.70$ และ $\bar{X} = 2.21$, $SD = 0.76$) ตามลำดับ

5. จากการศึกษความสัมพันธ์พบว่า

ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ตำแหน่ง การอบรม ทักษะ การปฏิบัติและความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ตำแหน่ง การอบรม ความรู้ การปฏิบัติ และความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และ มีความสัมพันธ์ทางลบกับ อายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ตำแหน่ง การอบรม ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ตำแหน่ง การอบรม ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับ อายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. จากการศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และ ความจำเป็นของกิจกรรมการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตาม การอบรม และระยะเวลาการปฏิบัติงาน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้ทราบถึงระดับความรู้ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติ และความจำเป็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล ที่จะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล พัฒนาระบบการพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวช

2. เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารทางการพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาล จะได้ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีคุณภาพสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซึ่งสามารถได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่า

1. ความรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ อยู่ในระดับที่ไม่น่าพอใจ จำเป็นต้องพัฒนาให้มีความรู้มากขึ้น จึงจะเพียงพอสำหรับการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ
2. ทักษะของบุคลากรทางการพยาบาลอยู่ในระดับดี แต่ยังไม่เป็นที่น่าพอใจสำหรับการให้บริการพยาบาล จึงควรสนับสนุนให้ทักษะนั้นคงอยู่และพัฒนาให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น
3. บุคลากรทางการพยาบาลให้ความสำคัญและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย และการบำบัดทางจิต อยู่ในระดับที่ดี แต่ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และการสอนทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่น่าพอใจ จึงจำเป็นต้องสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ มองเห็นคุณค่าความจำเป็นของกิจกรรมทั้งสองด้านต่อการให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช
4. ควรมีการกำหนดขอบเขตและมอบหมายหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้ชัดเจน นำสู่การปฏิบัติได้จริงและมีคุณภาพ
5. ควรสนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาล ตระหนักในหน้าที่และบทบาทของตนเอง ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยประเมินผลสำเร็จหรือติดตามผลการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละประเภท หรือแต่ละปัญหาทางพฤติกรรม เพื่อปรับปรุงและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น และเพื่อเป็นพัฒนาการกิจกรรมการพยาบาล

2. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับระบบการพยาบาล ให้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา ขณะรับการรักษา การวางแผน การจำหน่าย และการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม ซึ่งน่าจะเป็นแนวทางที่จะสามารถลดการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย และครอบครัวในการดูแลตนเอง ตลอดจนเป็นแนวทางที่จะทำให้ชุมชนเกิดความเข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่จะอยู่ร่วมกันในชุมชน

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2528). ความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับเป็นจริงของผู้ป่วยและพยาบาลในโรงพยาบาลรามาธิบดี. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- กนกวรรณ ประวาลพิทย. (2540) ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมสุขภาพจิต. (2540). เอกสารประกอบการสัมมนาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลจิตเวช. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, ฟองคำ คิลกสกุลชัย และอุบล ทวีศรี. (2532). “การสำรวจความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานของพยาบาลเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่”. วารสารพยาบาล. 38(2), 96-109.
- กมลรัตน์ ห่อสุวรรณ. (2524). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ศรีการชา.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2522) “คุณภาพของพยาบาลตามความต้องการของผู้รับบริการ”. วารสารพยาบาล. ปีที่ 28, ฉบับที่ 3 (ตุลาคม).
- จารุวรรณ เอกอรัญผล. (2530). การวิเคราะห์ปฏิกิริยาสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธ์. (2527). การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์. (มปพ.).

----- (2527). การพยาบาลจิตเวช เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาพยาบาลศึกษา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

----- (2528). การพยาบาลจิตเวช เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2, โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหา
วิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

จินตนา เหลืองสุวาลัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ เจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมการ
ป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร.
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล.

จีน แบร์รี่. (2537). คู่มือการฝึกทักษะในการปรึกษา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

จุฬารัตน์ วิระะรัตน์. (2535). การศึกษาลักษณะส่วนบุคคล ทักษะต่อการพยาบาลจิตเวชและการใช้
ตนเองเพื่อการบำบัดของพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต,
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ถวีวรรณ สุตะบุต. (2527). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 1(2) : 45-49.

ถวีวรรณ สัตยธรรม. (2539). “สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย”.
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. นนทบุรี, ยุทธรินทร์การพิมพ์.

ชม ภูมิภาล. (2523). จิตวิทยาการเรียนการสอน กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

เชษฐา พงศ์อนุตริ. (2539). “การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท”. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (กรกฎาคม-กันยายน 2531) : 99-105.

การารวรรณ ตะปินตา. (2527). “แนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช”. ในเอกสารคำสอน
วิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2524). จิตวิทยา จริยธรรม และจิตวิทยาภาษา. กรุงเทพมหานคร :
ไทยวัฒนาพานิช.

คุณทิ้ววรรณ เรืองรุจิระ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์
ของพยาบาลวิชาชีพตามการเรียนรู้ของตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหา
บัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คำย เชื้อบังนี. (2537). ตารางสถิติการศึกษา. ภาควิชาประเมินผลและการวิจัยการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทัศนา บุญทอง. (2531). “แนวคิดและหลักการของการพยาบาลจิตเวช”. กรณีเลือกสรรการ
พยาบาลมารดาทารก และการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 8-15. (พิมพ์ครั้งที่ 7). นนทบุรี :
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

เทียม ศรีคำจักร. (2535). “กิจกรรมบำบัด”. ในไพรค์น พุกษชาติคุณากร (บก.), จิตเวชศาสตร์
เล่ม 1. (หน้า 39-71) เชียงใหม่ : สถาบันวรรณการพิมพ์เชียงใหม่.

ธงชัย สันติวงษ์. (2536). องค์การและการบริหาร. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร :
ไทยวัฒนาพานิช.

ธวัชชัย ชัยจิรฉายกุล. (2527). จุดมุ่งหมายสำหรับการสอนและการพัฒนาหลักสูตร : แนวคิดและ
แนวปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : O.S.Printing House.

นงคราญ ผาสุข. (2528). หลักการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : สุพรการพิมพ์.

----- (2535). หลักการพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : สุพร
การพิมพ์.

นิภา มบุญกิจ. (2528). การวิจัยทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดอักษร
วันจิต.

บุญวดี เพชรรัตน์. (2539). รายงานการวิจัยเรื่องปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเวช.
สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ปัทนันท์ บุญ-หลง. (2528). การพยาบาลจิตเวชเล่ม 1. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาพยาบาลศึกษา
คณะการุณศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2516). ทักษะคดี : การจัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.
กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

----- (2520). ทักษะคดี การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร :
ไทยวัฒนาพานิช.

----- (2526). ทักษะคดี : การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวียง สุวรรณ. (2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและ
สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : เจ้าพระยาการพิมพ์.

พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525. (2531). (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร : สำนัก
พิมพ์อักษรเจริญทัศน์.

พรณี ช.เจนจิต. (2528). จิตวิทยาการเรียนการสอน. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร :
อัมรินทร์การพิมพ์.

พรพรรณ เขียรปัญญา. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับโรคเอดส์ กับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2522). "คุณภาพการพยาบาล". วารสารพยาบาล. 28 (ตุลาคม 2522) : 44.

----- (2530). มโนเมติทางจิตสังคมในการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.

----- (2534). "สาระสำคัญของกระบวนการพยาบาล". วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 3(3), 12-28.

----- (2535). 50 ปี ชีวิตและงาน : อาจารย์พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. นปป.

พัชรพร ตุกนธสรรพ. (2533). ประสิทธิภาพในการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในเขตชนบท เรื่อง การควบคุมและป้องกันโรคเอดส์. เชียงใหม่ : วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ เชียงใหม่.

พัชรี ภาคเจริญ. (2540). "ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมของพยาบาลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล : กรณีศึกษา". วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 8(2), 60-66.

พัฒน์ สุขงามงค์. (2522). สุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเคียนส์.

พิไลรัตน์ ทองอุไร. (2529). สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.

เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2536). การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : สุพรการพิมพ์.

----- (2538). การพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร :
สุพรการพิมพ์.

เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม. (2539). การศึกษาสถานการณ์เชิงจริยธรรมและความตั้งใจ
กระทำพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหา
วิทยาลัย.

ไพฑูย์ อินทวิชา. (2517). หลักสูตรและวัดเจตคติ. กองวิจัยการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการ
ศึกษาแห่งชาติ.

ไพรัตน์ พุกมาชาติคุณากร. (บรรณาธิการ). (2534). จิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 4. พิมพ์ครั้งที่ 2.
หน่วยวารสารวิชาการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาวินี ธนปศิธรรมจารี. (2540). ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อสำนึกในคุณค่าตนเองของพยาบาล
วิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2539). จิตเวชศาสตร์. งามาธิบดี. กรุงเทพ
มหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

มยุรา กาญจนางกูร. (2526). กิจกรรมการพยาบาลและประเภทผู้ทำการพยาบาลในโรงพยาบาล
มหาราชนครเชียงใหม่. รายงานวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

----- (2527). มโนคติ และกระบวนการพยาบาล : เอกสารการสอนชุดวิชา 201
หน่วยที่ 1-7 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร :
หนึ่งใจการพิมพ์.

ยงยุทธ ทองอยู่. (2527). "สุขภาพจิต". ในคณะกรรมการวิชาการพยาบาลจิตเวช (บก.), เอกสาร
คำสอนวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รจเรจ อินทโชติ. (2539). ลักษณะบุคลิกภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวช
ในภาคเหนือ. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งศรี ศรีสุวรรณ. (2539). การศึกษาเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ
นักศึกษานิติเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เรณู พงษ์เรืองพันธ์. (2539). "ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การดูแลผู้ป่วย
โรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพภาคตะวันออก". วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
บูรพา, 5-14.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. (2539). รายงานประจำปี 2539. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น.

โรงพยาบาลสวนปรุง. (2539). รายงานประจำปี 2539. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง.

ลักขณา ธรรมไพโรจน์. (2536). "กลุ่ม". การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ : ประยุกต์.
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : สุพรการพิมพ์.

ลัดดา กิติวิภาต. (2526). จิตวิทยาประยุกต์ทางการศึกษา. (มปท.).

วรรณวิไล จันทราภา และคณะ. (2523). การศึกษาองค์ประกอบต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการ
ปฏิบัติงานของพยาบาลในประเทศไทย. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.

วัลลภา เชยบัวแก้ว. (2532). การวิเคราะห์การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.

วิภาวี เฝ้ากันทราร. (2536). การจัดอัตราค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยจิตเวชตามความต้องการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรินทร์ชา วิวัฒน์คุณุการ. (2527). "เอกสารคำสอนวิชาบทบาทการพยาบาลจิตเวช". ในคณะอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช (บก.), เอกสารคำสอนวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริพร โอภาสวัตรชัย. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. (มปป.). มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 1. นนทบุรี : สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติกับการรับรู้บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมศรี เชื้อหิรัญ. (2513). คู่มือปฏิบัติการเบื้องต้น การพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย.

สมหวัง พิริยานูวัฒน์. (2524). การเปรียบเทียบระดับและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อวิชาชีพครู และความตั้งใจประกอบวิชาชีพครู ระหว่างนิสิตครูศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ที่มีภูมิหลังต่างกัน. กรุงเทพมหานคร : คณะครูศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (อัคราณา).

สุชา จันทน์เอม. (2518). จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดศรีการหา.

สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธิ. (2539). ความพึงพอใจในงานและการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนในเขต 8. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุณีย์ เอกวัฒนพันธ์. (2529). ผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช. ปริญญาครูศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2527). “เอกสารคำสอนวิชาการพยาบาลจิตเวชชุมชน”. ในคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช (บก.), เอกสารคำสอนวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

----- (2529). การพยาบาลจิตเวช. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

----- (2529). แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

----- (2535). “ทฤษฎีพื้นฐานในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิต”. กรณิ เลือกรการพยาบาลมารดาทารกและการพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

สุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์. (2522). การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษร
สัมพันธ์.

ธิดา จิตติภรณ์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีของ
พยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่. สารานุกรมสุขภาพจิต, บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สิทธิชัย ภาคานิติ. (2514). การศึกษากับสังคม. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.

สืบพนนท์ เกตุทัต. (2518). การปฏิรูปการศึกษา : การศึกษาเพื่อชีวิตและสังคม. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช.

สิวลี ศิวีไล. (2530). "กฎหมายและจรรยาบรรณกับคุณภาพการพยาบาล". ประมวลรายงานการ
ประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 8 2-7 พฤศจิกายน 2530. หน้า 98-99. กรุงเทพมหานคร : บริษัทธรรมสารจำกัด.

อรพรรณ ลือบุญราชชัย. (2535). "แนวคิดและหลักการพยาบาลจิตเวช". กรณีเลือกสรรการ
พยาบาลมารดาทารก และการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 8-15. (พิมพ์ครั้งที่ 8). นนทบุรี :
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

อรัญญา เชาวลิศ, สุวีพร ทองธีรภาพ และเพลินพิศ เลหาวิริยะกมล. (2533). "ความรู้และทัศนคติ
ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคใต้ ต่อผู้ป่วย
โรคเอดส์". วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 10(2) : 9-20.

อัญชลี ถึงสุข. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ กับพฤติกรรมการป้องกันการ
ติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานคร. ปรินญาวิทยาศาสตร์มหา
บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุบล นิวัติชัย. (2528). หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

----- (2533). "สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช". ในไพรัตน์ พงกษชาติคุณากร (บก.), จิตเวชศาสตร์ เล่ม 1. (หน้า 11-37), เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์เชียงใหม่.

อำไพ ยุติธรรม. (2526). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วยกับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล. วิทยาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

เอื้องทิพย์ คำไพบ. (2534). การสร้างแบบพรรณาลักษณะงานพยาบาลประจำการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, วิทยาลัยพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Anatasi, A. (Ed.). (1967). Psychological testing. (2 nd ed.). New York : The Macmillan.

Barbarn, H.B. (1990). "Milien Therapy". Psychiatric mental health nursing. in Gertude, M.K., Thomas, M.D. (Eds). Philadelphia : J.B. Lippincott company.

Barry, P.D. (1994). Mental health and mental illness. (5 th ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott.

Bloom, B.S. (1975). Taxonomy of education objectives. New York : David McKay.

Brown, M. & Fowler, G.R. (1972). Psychodynamic nursing : A biosocial orientation. Philadelphia : W.B. Saundess Company.

- Burgess, W.A. (1990). *Psychiatric nursing in the hospital and the community*. (3rd ed.). Jersey : Prentice-Hall, Inc.
- Connor, R.J., et al. (1961). Effective use of nursing resources : A research report. *Hospitals, J.A.H.A.* 35(May 1, 1961) : 30-39.
- Cumming, J. & Cumming, E. (1962). *Ego and milieu*. New York : Atherton Press.
- Fishbein, M.E. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior : An intention to theory and reading*. Massachusetts : Addison Wellby Company.
- George, F.L. & Gristiani, T.S. (1981). *Theory methods and process of counseling and psychotherapy*. New York : Prentice-Hall.
- Good, V.C. (1973). *Dictionary of education*. New York : Mc-Graw Hill book.
- Hoover, R.M. & Parnell, P.K. (1984). An inpatient educational group on stress & coping. *Journal of Psychosocial Nursing*. 22(6). 17-22.
- Kay, S. (1987). "Evaluation of inpatient psychiatric nursing". *Principles and practice of psychiatric nursing*. (3rd ed.). in Stuart, G.W. & Sundeen, S.S. (eds.). ST. Louis : The C.V. Mosby Company.
- Keltner, N.L. (1991). "Psychotherapeutic management model". cite in Keltner, N.L., Schwecke, L.H. & Bostrom, C.E. (1991). *Psychiatric nursing a psychotherapeutic management approach*. St. Louis : Mosby Year Book.
- Keltner, N.L., Schwecke, L.H. & Bostrom, C.E. (1991). *Psychiatric nursing a psychotherapeutic mangement approach*. St. Louis : Mosby Year Book.

- (1995). (2nd ed.). **Psychiatric nursing a psychotherapeutic management approach**. St. Louis : Mosby Year Book.
- Murray, R.B., & Huelskoeter, M.M. (1991). **Psychiatric mental health nursing :Giving emotional care**. (3rd ed.). California : Appleton & Lause.
- Norris, J., et.al. (1987). **Mental health psychiatric nursing a continuum of care**. New York : John Wiley & Sons.
- Pasquali, E.A., et.al. (1985). **Mental health holistic approach**. St. Louis : The C.V. Mosby Company.
- Plante, T.G. (1989). Social skill training a programe to help schizophrenia clients cope. **Journal of Psychosocial of Nursing**. 27(3). 7-10.
- Perko, J.E. & Kreigh, H.Z. (1988). **Psychiatric and mental health nursing**. (3rd ed.). New Jersey : Prentice-Hall International, Inc.
- Schneider, B.H. (1979). "An elaboration of the relationship between parental behavior and children's moral development". **Dissertation Abstracts International**. 7(39) : 4152-A.
- Schwartz, N.E. (1975). Nutrition knowledge attitude and practice of high school graduates. **Journal of the American Dietetic Association**. 66(1). 28-31.
- Stuart, G.W., Sundeen, S.J. (1979). **Principle and practice to psychiatric nursing**. London : The C.V. Mosby Company.

Taylor, C.M. (1990). *Mereness' essential of psychiatric nursing*. (12th ed.). St. Louis :
The C.V. Mosby Company.

The Lexicon Webster Dictionary. (1977). Springfield, MA: G. & C. Merrian.

Therstone, L.L. (1967). *Attitude can be measure : In attitude theory and measurement*.
New York : John Wiley and Sons, Inc.

Triandis, H.C. (1971). *Attitude and attitude change*. New York : John Wiley and Sons,
Inc.

Wolberg, L.R. (1967). *The technique of psychotherapy*. New York : Grune & Stratton.

Zimbardo, P.G., et al. (1977). *Influencing attitude and changing behavior*. London :
Addison-Wesley Publishing Company.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างแบบสอบถาม

เรื่อง กิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพ ในโรงพยาบาลจิตเวช

คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามมี 5 ชุด คือ

- ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ
- ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 33 ข้อ
- ชุดที่ 3 แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 39 ข้อ
- ชุดที่ 4 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 43 ข้อ
- ชุดที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 39 ข้อ

- 2. โปรดอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละชุดก่อนตอบคำถาม
- 3. โปรดตอบคำถามทุกชุดและทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อจะได้นำคำตอบของท่านเป็นข้อมูลในการวิจัย หากได้คำตอบที่ไม่สมบูรณ์หรือไม่ครบถ้วน ไม่อาจนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ต่อไปได้

แบบสอบถามชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

คำชี้แจง

โปรดเติมคำตอบลงในช่องว่าง และเติมเครื่องหมาย / ลงใน () ให้ตรงกับความเป็นจริง
ในส่วนตัวของท่าน

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี.....เดือน
3. ตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติงาน
 - () ผู้ช่วยเหตอกคนไข้
 - () เจ้าหน้าที่พยาบาล
 - () พยาบาลเทคนิค
 - () พยาบาลวิชาชีพ
4. การอบรมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
 - () ไม่เคย
 - () เคย ไปประชุมชื่อหลักสูตร.....
 - ระยะเวลาการอบรม.....เดือน.....วัน
5. ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช.....ปี.....เดือน

แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการ
 พยาบาลจิตเวชที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช

คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลือกที่เป็นคำตอบที่ถูกต้องตามความคิดเห็นของท่าน
 และโปรดตอบคำถามทุกข้อ

1. ผู้ป่วย ก. รับประทานยาทางจิตแล้ว มีอาการตัวแข็ง มือสั่น ท่านคิดว่า การดูแลผู้ป่วยวิธีไหนที่
 สำคัญมากที่สุด

- ก. ให้ยาแก้แพ้ทันที และรายงานแพทย์
- ข. ดูแลแผนการรักษา ประวัติการแพ้ยา และรายงานแพทย์
- ค. ดูแลแผนการรักษา ประวัติการแพ้ยา และป้องกันการเกิดอาการที่รุนแรง เช่น คอบิด
 กลืนอาหารลำบาก

2. จุดมุ่งหมายที่สำคัญที่สุดในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยห้องแยกคือ

- ก. ป้องกันผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น
- ข. ป้องกันผู้ป่วยทำร้ายตนเอง
- ค. เป็นการแยกผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้น

3. ข้อใดเป็นระดับลิเทียมในกระแสเลือดสำหรับการรักษา

- ก. 0.5 - 0.8 mEq/L
- ข. 0.8 - 1.5 mEq/L
- ค. 1.5 - 2.0 mEq/L

32. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรงและมีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล
 การสอนผู้ป่วยในระยะนี้วิธีไหนเหมาะสมที่สุด

- ก. สอนให้ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยปฏิบัติตน
- ข. อธิบายวิธีการ แล้วให้ผู้ป่วยปฏิบัติเอง
- ค. บอกวิธีพร้อมทั้งให้ผู้ป่วยปฏิบัติ

33. เนื้อหาการสอนผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับเรื่องยาในข้อใด ควรสอนเป็นอันดับแรก

- ก. วิธีการรับประทานยา
- ข. สรรพคุณของยา
- ค. ความจำเป็นในการรักษาด้วยยา

**แบบสอบถามชุดที่ 3 แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อบริการพยาบาลจิตเวชที่มี
คุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช**

คำชี้แจง

โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องความจำเป็นในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจิตเวช
ตามความคิดเห็นของท่าน และโปรดตอบคำถามทุกข้อ

ความจำเป็นในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจิตเวช

มากที่สุด หมายถึง	กิจกรรมการพยาบาลที่ท่านมีความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็น สำหรับผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุด
มาก หมายถึง	กิจกรรมการพยาบาลที่ท่านมีความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็น สำหรับผู้ป่วยจิตเวชมาก
ปานกลาง หมายถึง	กิจกรรมการพยาบาลที่ท่านมีความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็น สำหรับผู้ป่วยจิตเวชปานกลาง
น้อย หมายถึง	กิจกรรมการพยาบาลที่ท่านมีความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็น สำหรับผู้ป่วยจิตเวชน้อย
น้อยที่สุด หมายถึง	กิจกรรมการพยาบาลที่ท่านมีความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็น สำหรับผู้ป่วยจิตเวชน้อยที่สุด

ที่	กิจกรรมการพยาบาล	ความจำเป็นในการปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	การจัดแจกยา					
2.	การดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาโดยไม่ทิ้งหรือช้อนยา					
3.	การสังเกตและบันทึกอาการข้างเคียงของยา					
4.	การสังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงทางจิต					
5.	การตัดสินใจให้ยา PRN เฉพาะยาทางจิต					
6.	การรายงานแพทย์ถึงผลการรักษาผู้ป่วย					
---	-----					
---	-----					
20.	การสนทนาเพื่อการบำบัดหรือปฏิบัติ สัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย					
20.1	มีการวางแผน					
	- กำหนดสถานที่					
	- การจัดทำนั่ง					
	- การใช้เทคนิคการสนทนา					
20.2	มีการบันทึก					
20.3	มีการประเมินผล					
---	-----					
---	-----					
39.	กิจกรรมการพยาบาลในการสอนทางสุขภาพ					
39.1	การวางแผนการสอน					
39.2	การวิเคราะห์ผู้ป่วยก่อนการสอน					
39.3	การจัดเตรียมอุปกรณ์การสอน					
39.4	การจัดเตรียมสถานที่					
39.5	การเตรียมผู้ป่วยก่อนการสอน					
39.6	การสอนและกระตุ้นผู้ป่วย					
39.7	การจดบันทึก					

**แบบสอบถามชุดที่ 4 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต่อ
บริการพยาบาลที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวช**

คำชี้แจง

โปรดเติมเครื่องหมาย / ลงในช่องตามความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นจริงตามความคิดเห็น

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาคำตอบ

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความที่ให้มาตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความที่ให้มาตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความที่ให้มาตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความที่ให้มาตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความที่ให้มาตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

ที่	กิจกรรมการพยาบาล	ความคิดเห็นและความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	การจัดให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการหลบหนีอยู่ห้องแยกเป็นสิ่งจำเป็น					
2.	ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย					
	สามารถให้การดูแลในโรงพยาบาลจิตเวชได้					
3.	ส่วนใหญ่อาการข้างเคียงของยาจะไม่เกิดขึ้น					
	ถ้าผู้ป่วยได้รับยาแก้ความดันไปกับยาทางจิต					
4.	การดูแลผู้ป่วยที่สูญเสียความทรงจำและมี					
	อาการปวศรึษะจากการรักษาด้วยไฟฟ้า เป็น					
	สิ่งที่ควรทำอย่างยิ่ง					
5.	การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าว					
	ร้าวหรือหลบหนีในห้องพักเป็นการแบ่งเบา					
	ภาระหน้าที่ของทีมจิตเวช					
----	-----					
----	-----					
----	-----					
38.	การสอนเกี่ยวกับเรื่องยาช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการ					
	ยอมรับและให้ความร่วมมือในการรับประทายา					
39.	ผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการสอนในเรื่องความ					
	เครียดและการปรับตัว					
40.	ผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการสอนในเรื่องสุขภาพ					
	อนามัยส่วนบุคคล					
41.	ผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการสอนในเรื่องทักษะ					
	ทางสังคมและการดำเนินชีวิต					
42.	ผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการสอนในเรื่องการ					
	สร้างสัมพันธภาพและทักษะการสื่อสาร					
43.	ผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการสอนในเรื่องแหล่ง					
	ให้บริการสุขภาพในชุมชน					

ที่	กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	การจัดแจกยา					
2.	การดูแลผู้ป่วยให้รับประทาณโดยไม่ทิ้งหรือซ่อนยา					
3.	การตั้งแผนและบันทึกอาการข้างเคียงของยา					
4.	การสังเกตและบันทึกอาการที่ได้เปลี่ยนแปลงทางจิต					
5.	การตัดสินใจให้ยา PRN เฉพาะยาทางจิต					
6.	การรายงานแพทย์ถึงผลการรักษาของผู้ป่วย					
-----	-----					
-----	-----					
-----	-----					
-----	-----					
20.	การสนทนาเพื่อการบำบัดหรือปฏิกริยา สัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย					
20.1	มีการวางแผน					
	- กำหนดสถานที่					
	- การจัดทำน้่ง					
	- การใช้เทคนิคสนทนา					
20.2	มีการบันทึก					
20.3	มีการประเมินผล					
-----	-----					
-----	-----					
-----	-----					
39.	กิจกรรมการพยาบาลในการสอนทางสุขภาพ					
39.1	การวางแผนการสอน					
39.2	การวิเคราะห์ผู้ป่วยก่อนการสอน					
39.3	การจัดเตรียมอุปกรณ์การสอน					
39.4	การจัดเตรียมสถานที่					
39.5	การเตรียมผู้ป่วยก่อนการสอน					
39.6	การสอนและกระตุ้นผู้ป่วย					



ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศศ.ปัทนันท์ บุญ-หลง คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
2. รศ.อุบล นิวัติชัย หัวหน้าภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. รศ.สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. ศศ.ศรีนวล วิวัฒน์คุณุปการณ์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5. ศศ.ดร.คาราวรรณ คีปะปิตา ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
6. รศ.รัชนิภา เศรษฐภูมิรินทร์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7. รศ.กฤตยา แสงเจริญ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8. ศศ.จินตนา ถีตะไกรวรรณ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9. ศศ.อรรถเทพ ฤณพันธ์ ภาควิชาวัดและประเมินผล คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
10. นางสาวราณี พรมานะจรัสกุล โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
11. นางสาวเบญจวรรณ สามสาดี โรงพยาบาลนิตยจิตเวช กรุงเทพมหานคร