

การพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง ของพยาบาลจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ¹ The Development of Risk Management Consciousness of Psychiatric Nurses at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry through Integrative Group Counseling

ชลพร กองคำ²

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์³

วรนุช แหยมแสง⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้ มีความมุ่งหมาย 1) เพื่อศึกษาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช 2) เพื่อสร้างรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการในการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 300 คน เป็นกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช กลุ่มที่ 2 เป็นพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีคะแนน จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงต่ำ จำนวน 24 คน โดยกลุ่มที่ 2 นี้ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากพยาบาลจิตเวชที่มีคะแนนน้อยสุดถึงคนที่ 24 และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง แล้วใช้การสุ่มเข้ากลุ่ม เป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง ส่วนกลุ่มควบคุมให้เป็นไปตามสภาพปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบวัดจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช มีค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ 0.956 และความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และ 2) รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence : IOC) ตั้งแต่ 0.80-1.00 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor

1 ดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยา กลุ่มวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

2 นักศึกษาปริญญาดุษฎีบัณฑิต

3 ศาสตราจารย์ ประจำสาขาจิตวิทยา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

4 รองศาสตราจารย์ ประจำมหาวิทยาลัยรามคำแหง)

Analysis) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way ANOVA Repeated Measurement)
การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-Way Repeated ANOVA Measurement)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชมี 6 องค์ประกอบคือ ด้านการตระหนักรู้ในการจัดการความเสี่ยง ด้านการรับรู้สิ่งต่างๆ ในเหตุการณ์ความเสี่ยงตามความเป็นจริง ด้านการให้ความสนใจในการจัดการความเสี่ยงอย่างมีเป้าหมาย ด้านการตอบสนองต่อเหตุการณ์ความเสี่ยง ด้านการใช้เหตุผลในการวิเคราะห์เพื่อจัดการความเสี่ยง และด้านการควบคุมพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยง

2. จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการและหลังการติดตามผล เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการและหลังการติดตามผล เพิ่มขึ้นกว่าจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ

Abstract

The purposes of this research were 1) to study the risk management consciousness of psychiatric nurses, 2) to construct the integrative group counseling model for developing risk management consciousness of psychiatric nurses, and 3) to evaluate the effectiveness of integrative group counseling model for developing the risk management consciousness of psychiatric nurses.

The subjects were divided into 2 groups. The first group of risk management consciousness study consisted of 300 psychiatric nurses of the Mental Health Department, Ministry of Public Health. The second group consisted of 24 psychiatric nurses of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. This second group was purposively selected from the psychiatric nurses whose risk management consciousness scores were low and volunteered to attend the experiment. They were then randomly assigned into two groups, classified as an experimental group and a control group. Each group consisted of 12 psychiatric nurses. The experimental group participated in the integrative group counseling while the control group did not receive any counseling. The research instruments were 1) the risk management consciousness scale with reliability coefficient (alpha) of 0.956 and its construct validity was confirmed through factor analysis, and 2) the integrative group counseling model for developing the risk management consciousness with the IOC from 0.80-1.00. The data were analyzed by mean, standard deviation, confirmatory factor analysis, one-way ANOVA repeated measurement and two-way repeated ANOVA measurement.

The research results were as follows:

1. The risk management consciousness of psychiatric nurses was six dimensions 1) awareness 2) perception 3) intention 4) reason 5) responses and 6) control.
2. The total score and each dimension score of the risk management consciousness of the experimental group after participating in the integrative group counseling and after the follow up were significantly higher than before participating in the integrative group counseling at .05 level.
3. The total score and each dimension score of the effective risk management consciousness of the experimental group after participating in the integrative group counseling and after the follow-up were significantly higher than that of the control group at .05 level.

Key word : Risk management consciousness, Integrative group counseling model

บทนำ

การเจ็บป่วยทางจิตเป็นการสูญเสียการควบคุม ในการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ในร่างกาย ส่งผลให้ ไม่สามารถที่จะดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งการเจ็บป่วยนี้ เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างสภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทำให้ผู้ป่วย ไม่สามารถปรับสภาวะดังกล่าวให้สอดคล้องกับความเป็นจริง ไม่สามารถควบคุมการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ซึ่งมีความเป็นนามธรรมสูง ดังนั้นการพยาบาล จิตเวชเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ โดยพยาบาลจิตเวชจึงต้องใช้วิธีต่างๆ ในกระบวนการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การสังเกต การสื่อสารทั้ง ภาษาถ้อยคำและภาษาท่าทาง รวมทั้งการใช้ความสามารถพิเศษในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดและต้องมีความเข้าใจพฤติกรรมของคนปกติและผิดปกติ (จารุวรรณ ต.สกุล, 2528) ดังนั้นพยาบาลจิตเวชต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ และปฏิกิริยาต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชคือ ต้องอยู่ในสภาวะรู้สติถึงการกระทำของตนเองตลอดเวลา และไวต่อการรับรู้ และการเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของ

ผู้ป่วยในภาวะต่างๆ ตลอดทั้งมีวิธีการที่จะเผชิญกับ ปัญหาวิกฤตที่เกิดขึ้น (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ตลอดจนมีบทบาทหน้าที่และสมรรถนะ ในการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและส่งเสริม การบำบัด ให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัย (สถาบันสุขภาพจิต 2536; Schultz and Videbeck, 2005)

จากการให้บริการของพยาบาลจิตเวชในแต่ละวัน ต้องเผชิญกับความเสียนานาประการ จึงจำเป็นต้อง จัดให้มีระบบการจัดการที่ครอบคลุมทุกแง่ทุกมุม จัดกิจกรรมการดูแลรักษาและเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวช ทุกราย เพื่อความปลอดภัยโดยทำการค้นหา ประเมิน ติดตามผลการปฏิบัติ การดูแลรักษา และแก้ไขเมื่อเกิด ปัญหาความเสี่ยง ซึ่งความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้น หมายถึงโอกาสที่จะเกิดความสูญเสียต่อร่างกาย จิตใจ ทรัพย์สิน ชื่อเสียง (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2545; อ้างถึง ใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548) ความเสี่ยงสามารถเกิดขึ้นได้จากสภาวะแวดล้อม การจัดการ การให้บริการ การปฏิบัติ การพยาบาล การบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสมไม่สอดคล้องกับปัญหา ฉะนั้น โอกาสเกิดความผิดพลาดจึงมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และรวมถึงภาวะที่เกิดกับจิตวิญญาณและอารมณ์ด้วย (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548) ดังตารางต่อไป

ตารางที่ 1 จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ประจำปี 2546-2552 (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2552) มีดังนี้

อุบัติการณ์ความเสี่ยง	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ	2	0	0	0	0	0	1
ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย	7	11	34	25	23	21	13
ผู้ป่วยทำร้ายกันเอง	57	58	102	169	76	196	26
ผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จ	43	20	16	6	6	3	2
ผู้ป่วยพยายามหลบหนี	12	14	40	56	30	57	3
ผู้ป่วยล้ม	54	52	61	53	30	73	38

จากตารางที่ 1 พบว่า อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับความรุนแรงเล็กน้อยจนถึงความรุนแรงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยทำร้ายกันเอง ผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จ ผู้ป่วยพยายามหลบหนี และผู้ป่วยล้ม

นอกจากนี้ยังมีระบบการค้นหาอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ด้วยเครื่องมือสัญญาณเตือน (Trigger tool) จากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายในเดือนตุลาคม 2550 จำนวน 308 ราย ทบทวน 14 สัญญาณเตือน (Trigger) พบว่า การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยจิตเวช 2.02 ครั้งต่อ 1000 วันนอน (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2551) ในการจัดการความเสี่ยงนั้นโรงพยาบาลต่างๆ ต้องคำนึงถึงคุณภาพของการให้บริการและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ก่อนแพทย์ การที่พยาบาลมีจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยใช้วิธีการดูแลเชิงป้องกันจะเป็นวิธีที่ดีที่สุด การที่พยาบาลจิตเวชจะป้องกันความเสี่ยงได้ดีนั้นจะเกี่ยวข้องกับจิตสำนึกของพยาบาลแต่ละคน ซึ่งจิตสำนึกนี้เป็นความตระหนักรู้ในสิ่งแวดล้อมเหตุการณ์ความเสี่ยง ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ตามการรับรู้ ส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม

การกระทำ การควบคุมตนเอง การตัดสินใจ ขณะปัจจุบัน (James, 1998 และ สมพร บุษราทิจ, 2525) นอกจากนี้จิตสำนึกยังมีความหมายครอบคลุมถึงความสามารถของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่จะรู้และรับรู้สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว รวมถึงสภาวะจิตใจที่สัมพันธ์กับประสาทสัมผัสซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ อีกทั้งบุคคลที่มีจิตสำนึก จะเป็นบุคคลที่มีไหวพริบ มีสติ ไวต่อการรับรู้สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวแล้วพยายามทำความเข้าใจเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ แสวงหาข้อมูลเพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับเรื่องราวนั้นๆ รวมทั้งแนวทางในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ (Negel, 1974; Cited in Gennaro, 2007; Rosenthal, 1993a; Cited in Gennaro, 2007; Block, 1995; Cited in Gennaro, 2007)

ในปี 2542 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาได้มีการพัฒนาวางระบบการบริหารความเสี่ยงในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีคุณภาพและปลอดภัย และทำการทบทวนติดตามผลการปฏิบัติทุกๆ ปี พบว่ายังมีข้อผิดพลาดหรืออุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ ที่มีผลกระทบอยู่ในระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงความรุนแรงมากถึงกับเสียชีวิต ซึ่งเมื่อนำเหตุการณ์มาทบทวนจะพบว่าเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ในกระบวนการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวช

มีความสำคัญอย่างมากในกระบวนการจัดการความเสี่ยง เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงไวในการรับรู้ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง และบทบาทของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นผู้รวบรวมข้อมูล วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติการดูแล ประเมินผล เป็นผู้ประสานงาน สื่อสารการดูแลระหว่างวิชาชีพต่างๆ ได้แก่จิตแพทย์ เภสัชกร และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนบริหารจัดการ ส่งเสริม ป้องกัน และเฝ้าระวัง ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ตามบทบาทดังกล่าวจะเห็นว่า พยาบาลจิตเวชมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยในการดักจับลดโอกาสเกิดอุบัติเหตุ และลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นของความเสี่ยง ดังนั้นการพัฒนาจิตสำนึกในพยาบาลจิตเวชจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยยิ่งขึ้น

จากมูลเหตุดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาองค์ประกอบจิตสำนึกของพยาบาลจิตเวชในการจัดการความเสี่ยงว่าประกอบไปด้วยอะไรบ้าง รวมทั้งพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช โดยการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ โดยผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดและเทคนิคในการให้การปรึกษากลุ่มมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง เพื่อให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาและบริบทแวดล้อมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพราะว่าแม้ผู้ป่วยจะมีปัญหาคล้ายคลึงกัน แต่ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหานั้นๆ อาจแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงประสงค์จะบูรณาการทฤษฎีต่างๆ ทางให้การปรึกษา เพื่อให้ เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย (Corey, 2004) ซึ่งผู้วิจัยมุ่งหวังว่าการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลจิตเวช ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชให้ได้รับความปลอดภัย มีการป้องกันหรือบริหารจัดการก่อนที่จะเกิดอุบัติเหตุความเสี่ยงที่รุนแรงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช
2. เพื่อสร้างรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ ในการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ ในการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช

วิธีการดำเนินการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย ในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 11 แห่ง จำนวน 1,173 คน (กรมสุขภาพจิต, ออนไลน์) และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- 1) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบของจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงเป็นพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 11 แห่ง จำนวน 300 คน ที่ได้มาจากการกำหนดสัดส่วนจากประชากร (Yamane, 1967)

- 2) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง เป็นพยาบาลจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ที่ได้มาจากพยาบาลจิตเวชในข้อ 1 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 24 คน ที่มีคะแนนจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงเรียงลำดับจากน้อยไปหามาก และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 24 คนแรก โดยการสุ่ม (Random assignment) เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน โดยกำหนดให้เป็นกลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาจิตสำนึกในการ

จัดการความเสี่ยง ส่วนกลุ่มควบคุมให้เป็นไปตามสภาพปกติ

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช

1. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบ คือ จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง

2. ตัวแปรที่ใช้ในการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง ประกอบไปด้วย

2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ การให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

1. จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงสามารถพัฒนาได้ (Sharf,2008; Prochaska and Norcross, 2007)

2. จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช สามารถพัฒนาได้โดยใช้รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย แบบวัดจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง และรูปแบบในการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช โดย

1. นำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 11 แห่ง เพื่อขออนุญาตให้เก็บข้อมูลได้จากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัย

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชและคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยพบหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัยและวิธีการตอบแบบวัดแล้วเก็บรวบรวมแบบวัดจากพยาบาลจิตเวชกลุ่มตัวอย่าง

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัดและคัดเลือกแบบวัดฉบับที่สมบูรณ์ไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชอันดับแรกและอันดับที่สอง ด้วยรูปแบบสมการเชิงโครงสร้างและวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการก่อนการทดลองนำรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชไปใช้

1. ขั้นการสร้างรูปแบบ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการตามขั้นตอนการสร้างและการตรวจคุณภาพของเครื่องมือดังกล่าวมาแล้ว

2. ขั้นการนำรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ไปทดลองใช้กับพยาบาลจิตเวช โดย

2.1 นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาและหนังสือการได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรม ไปขออนุญาตจากหัวหน้าพยาบาล และเพื่อขอความร่วมมือพยาบาลจิตเวชในการเข้าร่วมกลุ่มการให้การปรึกษาแบบบูรณาการ

2.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจิตเวชสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาที่มี

คะแนนเฉลี่ยที่มีคะแนนจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงเรียงลำดับจากน้อยไปมาก และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 24 คนแรก โดยการสุ่ม (Random assignment) เป็น 2 กลุ่มๆ ละ 12 คน โดยกำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การศึกษาแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง ส่วนกลุ่มควบคุมให้เป็นไปตามสภาพปกติ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนในการให้การศึกษาแบบบูรณาการตามรูปแบบการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช

3.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.2 ผู้วิจัยดำเนินการให้การศึกษาแบบบูรณาการตามรูปแบบการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้เวลา 8 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ในแต่ละครั้งของการดำเนินการกลุ่มประกอบไปด้วย ชั้นเริ่มต้น ชั้นดำเนินการ และชั้นยุติ โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการ ตามแนวคิดทฤษฎีและเทคนิคการให้การศึกษาต่างๆ จำนวน 6 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้การศึกษาแบบบูรณาการในการจัดการความเสี่ยง ดังต่อไปนี้

1) แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการให้การศึกษาแบบเกสตัลท์ มุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้ตระหนักรู้เรื่องราวที่เกิดขึ้น และพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์จริง โดยใช้เทคนิคการใช้การจินตนาการ และเทคนิคการสลับทบาท โดยมุ่งเน้นให้พยาบาลได้สัมผัสอยู่กับความคิดความรู้สึก พฤติกรรมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

2) แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการให้การศึกษาแบบเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม มุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้ฝึกทำการตรวจสอบการให้คุณค่า และเจตคติของตนเองที่มีต่อการจัดการความเสี่ยงโดย

ให้ความสนใจที่ความไม่สอดคล้องเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์กับความคิดที่ไม่มีเหตุผล โดยใช้เทคนิคการโต้แย้งกับความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล

3) แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษากลุ่มแบบมุ่งเน้นให้พยาบาล จิตเวชได้ใช้คำถามช้อยกเว้น คำถามถึงความปรารถนาที่จะจัดการเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยใช้เทคนิคใช้คำถามปฎิหาริย์ และเทคนิคคำถามที่เป็นมาตรฐานมุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้ประมาณการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเสี่ยง

4) แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการให้การศึกษาแบบเผชิญความจริง มุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้ฝึกประเมินพฤติกรรมความรับผิดชอบของตนเองในปัจจุบันและพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงในการจัดการความเสี่ยง

5) แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการให้การศึกษาแบบพฤติกรรมนิยม มุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้รับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติทั้งทางบวกและทางลบ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ABC และยังมุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้ฝึกทักษะในการเลือกกำหนดเป้าหมายโดยใช้เทคนิคการบริหารจัดการตนเอง เทคนิคการกำหนดข้อดีข้อเสียซึ่งมุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้ทบทวนถึงข้อดีข้อเสียและผลกระทบที่จะเกิดตามมาก่อนตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เทคนิคการแก้ปัญหา มุ่งเน้นสอนวิธีการให้พยาบาลจิตเวชได้เผชิญกับเหตุการณ์ความเสี่ยงในชีวิตการทำงานประจำวัน เทคนิคการมอบหมายงานให้ทำ มุ่งเน้นฝึกทักษะพฤติกรรมการตอบสนองใหม่ในการจัดการเหตุการณ์ความเสี่ยงได้ตรงตามสภาพที่เกิดขึ้น และเทคนิคการเสริมแรงมุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้เรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองทางบวกในการจัดการความเสี่ยง

6) แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการให้การศึกษาแบบการรู้คิด และพฤติกรรม มุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้ให้พยาบาลจิตเวชได้ฝึกการคิด

วิเคราะห์เหตุการณ์โดยใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์มาประกอบก่อนตัดสินใจสรุปเหตุการณ์ และยังมุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้ฝึกทักษะการคิด สกัดหรือเลือกประเด็นสำคัญของเหตุการณ์

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นติดตามผลหลังการทดลอง ดำเนินการใช้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการตามรูปแบบ การพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช

ผู้วิจัยให้พยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบวัดจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช เพื่อเป็นคะแนนหลังการทดลอง (Posttest) และทำกลุ่มเน้นเฉพาะเป้าหมายการเรียนรู้ และคุณค่าที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม (Focus group) เพื่อให้พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มได้ประเมินคุณค่าที่ตนเองได้จากการเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการในการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นดำเนินการติดตามภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

ผู้วิจัยให้พยาบาลจิตเวช กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบวัดจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง

ของพยาบาลจิตเวช ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ เพื่อดูความคงทนของจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช เป็นคะแนนการติดตามหลังทดลอง

ผลการวิจัย

1. จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Second order Confirm Factor Analysis) จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรกพบว่า ตัวแปรแฝงจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ภายในระหว่างกันในทางบวกและมีความสัมพันธ์กันมากพอ ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้เพื่อตรวจสอบว่าตัวแปรแฝงจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง เป็นองค์ประกอบของจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช จึงทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองโดยพิจารณาความสอดคล้องกลมกลืนของรูปแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสถิติจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (n=300 คน)

องค์ประกอบจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง

	B	SE	t	R2
ด้านการตระหนักรู้ในการจัดการความเสี่ยง	0.24	0.01	19.34*	0.78
ด้านการรับรู้สิ่งต่างๆในเหตุการณ์ความเสี่ยงตามความเป็นจริง	0.24	0.01	20.24*	0.82
ด้านการให้ความสนใจในการจัดการความเสี่ยงอย่างมีเป้าหมาย	0.24	0.01	19.11*	0.77
ด้านการใช้เหตุผลในการวิเคราะห์เพื่อจัดการความเสี่ยง	0.23	0.01	18.69*	0.75
ด้านการตอบสนองต่อเหตุการณ์ความเสี่ยง	0.25	0.01	19.85*	0.80
ด้านการควบคุมพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยง	0.26	0.01	20.21*	0.82
Chi-Square = 9.25	df =8	p = 0.32172		
GFI =0.99	AGFI = 0.97	RMR = 0.00055		
CFI = 1.00	RMSEA = 0.023	NFI= 1.00		

*p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 2 พบว่ารูปแบบองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติดังกล่าวแสดงถึงความสอดคล้องกลมกลืนของรูปแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.99 ซึ่งแสดงถึงรูปแบบมีความสอดคล้องกลมกลืนในระดับดีมาก ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.97 ซึ่งแสดงถึงรูปแบบมีความสอดคล้องกลมกลืนในระดับดี ค่าดัชนีความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 0.99 แสดงถึงรูปแบบมีความสอดคล้องกลมกลืนในระดับดี ค่าดัชนีเชิงเปรียบเทียบ (NFI) เท่ากับ 1 ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษ (RMR) เท่ากับ 0.00055 ซึ่งค่าใกล้เคียง 0 แสดงถึงรูปแบบมีความสอดคล้องกลมกลืนในระดับดี ค่าดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ 0.023 แสดงถึงรูปแบบมีความสอดคล้องกลมกลืนในระดับดี จากค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนของรูปแบบโดยรวมดังกล่าวแสดงว่ารูปแบบองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองของจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชพบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบของจิตสำนึกในการจัดการ

ความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชทุกด้านมีค่าเป็นบวก แตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกด้านมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.23 ถึง 0.26 อธิบายจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชได้อยู่ระหว่าง ร้อยละ 75 ถึง 85 (R^2 อยู่ระหว่าง 0.75 ถึง 0.82)

จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองสรุปได้ว่า จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชต้องประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือ ด้านการตระหนักรู้ในการจัดการความเสี่ยง ด้านการรับรู้สิ่งต่างๆ ในเหตุการณ์ความเสี่ยง ตามความเป็นจริง ด้านการให้ความสนใจในการจัดการความเสี่ยงอย่างมีเป้าหมาย ด้านการตอบสนองต่อเหตุการณ์ความเสี่ยง และด้านการใช้เหตุผลในการวิเคราะห์เพื่อจัดการความเสี่ยง ด้านการควบคุมพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยง

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงโดยรวมของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยนำค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงโดยรวมของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน ที่ได้จากการวัด 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล มาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA repeated measurement) ผลการวิเคราะห์ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล (n = 12 คน)

กลุ่ม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
พยาบาลจิตเวช	การวัด ก่อน หลัง				
	และหลังการติดตามผล	.171	2	.085	96.978*
	ความคลาดเคลื่อน	.019	22	.001	
กลุ่มทดลอง	รวม	.190	24		

*p<.05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองที่ได้จากการวัด 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 96.978^*$) แสดงว่ารูปแบบการให้การศึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง

ของพยาบาลจิตเวช มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชทดลองก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่เพื่อดูว่าคู่ใดแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลอง เป็นรายคู่

เวลาของการวัด	ก่อนการทดลอง ($\bar{X}=2.414$)	หลังการทดลอง ($\bar{X}=2.523$)	หลังการติดตามผล ($\bar{X}=2.580$)
ก่อนการทดลอง ($\bar{X}=2.414$)	-	-	-
หลังการทดลอง ($\bar{X}=2.523$)	-.109*	-	-
หลังการติดตามผล ($\bar{X}=2.580$)	-.166*	-.056*	-

* $p < .05$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean Difference = $-.109^*$) หลังการติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean Difference = $-.166^*$) และหลังการติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลอง (Mean Difference = $-.056^*$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชโดยรวมของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way ANOVA repeated measurement) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงโดยรวมระหว่างพยาบาลจิตเวช กลุ่มทดลองและพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่ม				
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	.215	1	.215	30.232*
ความคลาดเคลื่อน	.157	22	.007	
ภายในกลุ่ม				
ผลการก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล				
	.060	2	.030	41.044*
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มกับผลการวัดก่อน				
หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล	.117	2	.059	80.707*
ความคลาดเคลื่อน	.032	44	.001	
รวม	.581	71		

*p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 30.232^*$) แสดงว่าค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชโดยรวมของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองและพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน และผลการทดสอบผลหลักของการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 41.044^*$) แสดงว่าค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชโดยรวม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างกัน ส่วนปฏิสัมพันธ์ร่วม

ระหว่างการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการกับการวัดจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองและพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 80.707^*$) แสดงว่าการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการมีผลทำให้ค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชโดยรวมแตกต่างกัน

การวิเคราะห์เปรียบเทียบจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชโดยรวมของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองและพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุม เป็นรายคู่ เพื่อดูว่าคู่ใดแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช โดยรวมระหว่างพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองและพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล เป็นรายคู่

ช่วงเวลาการวัด	ค่าเฉลี่ย		B	SE	T
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง	2.414	2.415	-.001	.024	-.036
หลังการทดลอง	2.523	2.385	.139	.020	7.118*
หลังการติดตามผล	2.580	2.390	.190	.021	8.880*

*p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 6 พบว่าค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชโดยรวมหลังการทดลองของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่าพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.118^*$) และหลังการติดตามผลพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชเพิ่มขึ้นกว่าพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.880^*$)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษานักจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชพบว่า จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือ ด้านการตระหนักรู้ในการจัดการความเสี่ยง ด้านการรับรู้สิ่งต่างๆ ในเหตุการณ์ความเสี่ยง ตามความเป็นจริง ด้านการให้ความสนใจในการจัดการความเสี่ยงอย่างมีเป้าหมาย ด้านการตอบสนองต่อเหตุการณ์ความเสี่ยง ด้านการใช้เหตุผลในการวิเคราะห์เพื่อจัดการความเสี่ยง และด้านการควบคุมพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยง

2. การประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช โดยการ

เปรียบเทียบจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ผลการวิจัยพบว่า

2.1 จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการและหลังการติดตามผลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ

2.2 จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการและหลังการติดตามผลเพิ่มขึ้นกว่าพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุม

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ ที่ได้ผสมผสานแนวคิดและเทคนิคของการให้การปรึกษากลุ่มทฤษฎีต่างๆ ทำให้พยาบาลจิตเวชเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม จะช่วยให้พยาบาลจิตเวชมองเห็นประเด็นปัญหาที่เป็นจุดเริ่มต้นหรือเห็นว่ามีโอกาสที่จะเกิดความเสียหายในอนาคตได้ พยาบาลจิตเวชที่เข้าใจสภาพปัญหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นมาโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อนเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช จะนำมาสู่การปรับมุมมองของพยาบาลจิตเวชในการคิดและลงมือปฏิบัติในการจัดการแก้ไขปัญหาก่อนที่จะเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงขึ้น และยังเป็นการบ่งบอกถึงความเป็นมาตรฐานวิชาชีพของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย

จิตเวช นอกจากนี้อาจเป็นไปได้ว่ารูปแบบการให้การปรึกษาในกลุ่มแบบบูรณาการช่วยให้พยาบาลจิตเวชได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงในการจัดการความเสี่ยงร่วมกัน ได้เห็นความชัดเจนของการวิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยง การจัดระดับความรุนแรง และการวางแผนการปฏิบัติและการวางแผนทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำๆ ซึ่งกระบวนการกลุ่มนี้จะพัฒนาพยาบาลจิตเวชทั้งในด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่มีต่ออุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทำให้พยาบาลจิตเวชเพิ่มการตระหนักรู้ที่จะผสมผสานส่วนที่ขาดหายไปให้เกิดความสมบูรณ์ (Corey, 2004) และการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งแต่ละคนในกลุ่มจะมีโอกาสได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ร่วมสำรวจปัญหา ความรู้สึก ทศนคติและค่านิยมที่จะทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดี (Videbeck, 2004)

อภิปรายผลการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชเป็นรายด้านตามผลการวิจัยดังนี้

2.2.1 จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ด้านการตระหนักรู้ในการจัดการความเสี่ยง หลังจากพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ และหลังการติดตามผลเพิ่มขึ้นกว่าพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการบูรณาการใช้เทคนิคการจินตนาการและเทคนิคสลับบาทร่วมกับแนวคิดของการปรึกษากลุ่มมาใช้ทำให้พยาบาลจิตเวชมีความตระหนักมากขึ้นในการจัดการความเสี่ยงที่จะอาจเกิดขึ้น ประกอบกับสมาชิกกลุ่มตัวอย่าง 12 คนมีจำนวนเพียงพอที่จะทำให้ผู้รับการปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการได้มีโอกาสเรียนรู้ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม การได้รับการยอมรับ การได้ข้อมูลย้อนกลับ และแนวทางแก้ไขเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ความ

เสี่ยง (Vinogradov & Yalom,1989) และใช้เวลา 1.30 ชั่วโมง/สัปดาห์ จำนวน 8 ครั้ง ซึ่งเป็นเวลาที่มากพอที่จะกระตุ้นให้พยาบาลจิตเวชที่เป็นสมาชิกกลุ่มได้ทบทวนประสบการณ์ในการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงกับตนเอง (Jacobs, Masson & Harvill ; Vinogradov & Yalom,2002; 1989)

2.2.2 จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ด้านการรับรู้สิ่งต่างๆ ในเหตุการณ์ ความเสี่ยงตามความเป็นจริง หลังจากพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการและหลังการติดตามผลเพิ่มขึ้นกว่าพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่าการใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ABC ซึ่งช่วยให้พยาบาลจิตเวชได้รับรู้เหตุการณ์ความเสี่ยงอย่างเป็นลำดับขั้นตอนของการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยการแยกวิเคราะห์และใช้เทคนิคการอนุมานแบบสรุปเอาเอง เพื่อลดโอกาสสรุปประเด็นความเสี่ยงโดยปราศจากการใช้ข้อมูลหลักฐานที่มีความเกี่ยวข้องกันมากที่สุด สอดคล้องกับเบ็นเนทท์และฟอสเตอร์ (Bennett & Foster; 1985) ที่กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลมีขั้นตอนที่จะส่งเสริมให้เกิดการตระหนักรู้เนื่องจากระดับของการตระหนักรู้จะเกิดจากประสาทสัมผัส การรับรู้ ข้อตกลงเบื้องต้น ความเป็นจริง การหยั่งรู้ในตนเอง และการตัดสินใจ เมื่อเกิดสถานการณ์มากกระตุ้นให้พยาบาลจิตเวชมีการรับรู้ที่เป็นจริงเนื่องจากมีการให้ความหมายที่เกิดขึ้นตามข้อมูลหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ จะทำให้เกิดการรับรู้ที่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้สามารถจัดการความเสี่ยงได้ตรงกับสาเหตุและกำหนดแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543)

2.2.3 จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ด้านการให้ความสนใจในการจัดการความเสี่ยงอย่างมีเป้าหมาย หลังจากพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบ

บูรณาการและหลังการติดตามผล เพิ่มขึ้นกว่าพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่าการใช้เทคนิคการคัดสรรสาระสำคัญและการบริหารจัดการตนเอง จะช่วยให้พยาบาลจิตเวชได้เรียนรู้ที่จะนำข้อมูลประเด็นสำคัญที่ได้มากำหนดเป้าหมายวางแผนในการจัดการปัญหาความเสี่ยงนี้ ซึ่งสอดคล้องกับรีด (Reed; 2007) ที่กล่าวว่าทฤษฎีการกรองข้อมูล (Broadbent's filter) เป็นการสกัดข้อมูลที่มีจำนวนมากให้เหลือเฉพาะข้อมูลที่สำคัญๆ เท่านั้น จะนำไปสู่การที่บุคคลจะใช้ความสามารถของตนในการควบคุมการปฏิบัติหรือการจัดการความเสี่ยงได้ นอกจากนี้ยังสามารถที่จะคาดการณ์ความเสี่ยงล่วงหน้าได้เป็นอย่างดี

2.2.4 จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ด้านการใช้เหตุผลในการวิเคราะห์เพื่อจัดการความเสี่ยง หลังจากพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการและหลังการติดตามผล เพิ่มขึ้นกว่าพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่าการใช้เทคนิคการโต้แย้งกับความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล การกำหนดข้อดีข้อเสีย และการแก้ไขปัญหาก็จะทำให้พยาบาลจิตเวชที่เป็นสมาชิกกลุ่มได้เข้าใจตนเองทราบถึงความคิด ความเชื่อของตนเองที่มีอยู่เดิมมีผลต่อการวิเคราะห์หรือไม่วิเคราะห์เหตุการณ์ความเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับฟอร์ซิท (Forsyth; 2006) ที่ว่าการใช้กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนความคิด การวิเคราะห์ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ประสบการณ์ทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และเสนอทางเลือกต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาหรือการจัดการความเสี่ยงจะทำให้เกิดการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ (Wilson & Kneisl, 1996)

2.2.5 จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ด้านการตอบสนองต่อเหตุการณ์ความเสี่ยง หลังจากพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการและหลังการติดตาม

ผล เพิ่มขึ้นกว่าพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่าการใช้เทคนิคการใช้คำถามปฏิบัติ เทคนิคคำถามมาตรฐาน และเทคนิคการมอบหมายงาน จะทำให้พยาบาลจิตเวชมีทิศทางในการคิดและการจัดการความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นหรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นอกจากนี้สมาชิกกลุ่มยังบอกถึงการมีความหวัง ความรู้สึกที่ดี และมีแรงจูงใจที่จะจัดการความเสี่ยง ไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำอีก ซึ่งเป็นการตอบสนองตามการรับรู้ของพยาบาลในการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย โดยพยาบาลต้องมีความรู้และสมรรถนะ (Bennett and Foster, 1985 & Videbeck, 2004)

2.2.6 จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ด้านการควบคุมพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยง หลังจากพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการและหลังการติดตามผล เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่าการใช้เทคนิคการ WDEP System และการเสริมแรง จะช่วยให้พยาบาลจิตเวชใช้เหตุผลในการกำหนดเป้าหมายที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการจัดการความเสี่ยง (Corey, 2004) พยาบาลจิตเวชที่เป็นสมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงพฤติกรรมที่เป็นจุดเด่นของตนเองได้ และสามารถบอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการจัดการความเสี่ยงได้ และบอกถึงความต้องการและรู้ว่ามีความต้องการใดบ้างที่ตนเองต้องการจะปรับเปลี่ยน และรู้ว่าการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมจะได้รับการยอมรับและเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น มีการกำกับตนเองมากขึ้นสนใจและให้ความสำคัญกับการจัดการความเสี่ยง

จากผลการวิจัยที่ได้เสนอไว้ในข้างต้นสามารถสรุปได้ดังนี้ รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ สามารถพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองได้ และพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองมีจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง

เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมการทดลองและหลังการติดตามผล แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบ บูรณาการเกิดประสิทธิผล และสอดคล้องกับ แซนด์ค็อก และแซนด์ค็อก (Sandock and Sandock, 2003) ที่ กล่าวว่า การป้องกันความเสี่ยงผู้ป่วยจิตเวชเสียชีวิต จากพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว หรือพยายามฆ่าตัวตาย พยาบาลจิตเวชมีส่วนสำคัญมากในการป้องกันและการ ให้กิจกรรมการดูแลรักษา พยาบาลจิตเวชต้องมีทักษะ ในการให้การปรึกษาที่เฉพาะ โดยพยาบาลจิตเวชที่ ผ่านการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ จึงจะช่วย ประเมินและจัดการความเสี่ยงได้ตั้งแต่แรกจะช่วยเพิ่ม ความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยได้ (กันตวรรณ มากวิจิตร, 2547)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แบบวัดจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง ของพยาบาลจิตเวช สามารถนำไปใช้กับงานจิตเวชที่มี ลักษณะงานคล้ายคลึงกัน
2. รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบ บูรณาการเพื่อจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของ พยาบาลจิตเวช สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การ ปรึกษากลุ่มพยาบาลจิตเวชในหน่วยงานอื่นที่มีลักษณะ ใกล้เคียงกัน แต่ก่อนที่จะนำรูปแบบการให้การปรึกษา กลุ่มแบบบูรณาการไปใช้ควรมีการฝึกอบรมทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เทคนิคก่อนจากผู้เชี่ยวชาญใน ด้านการให้การปรึกษากลุ่มก่อนนำไปใช้

3. ควรมีการติดตามผลจิตสำนึกในการจัดการ ความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชหลังจากทดลองไปแล้ว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลง ของจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาล จิตเวชที่เกิดขึ้น

4. ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาจิตสำนึก ในการจัดการความเสี่ยงในประเด็นเฉพาะเรื่อง เพื่อให้เกิดความชัดเจนครอบคลุมการจัดการความเสี่ยงใน ผู้ป่วยจิตเวช

5. ควรทำการศึกษาเฉพาะพยาบาลจิตเวชที่ จบหลักสูตรอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช 4 เดือนเท่านั้น เพื่อจะได้คำตอบที่ชี้เฉพาะ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ในขั้นตอนการใช้เครื่องมือ แบบวัดจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงในการหาองค์ ประกอบของจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง เป็น พยาบาลจิตเวชและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน โดยตรงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งผ่านการ อบรมทั้งการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระยะสั้น และหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือน

6. ควรทำการประเมินประสิทธิผล ที่เกิดจาก การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเสี่ยงโดย วัดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง ซึ่งจะสะท้อนถึงผล ของการนำรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ซึ่งการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้วัด ประสิทธิภาพเฉพาะที่พยาบาลจิตเวชเท่านั้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2549). **กองการเจ้าหน้าที่ กรมสุขภาพจิต**. สรุปรายงานประจำปี 2549.
- กันตวรรณ มากวิจิตร. (2547). **การจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กฤษณา จันทศรี. (2549). **สถานการณ์การใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต**. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, ปีที่ 14(2), 89.
- จารุวรรณ ต. สกุล. (2528). **จิตวิทยาพื้นฐานเพื่อการพยาบาลจิตเวช**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ. (2548). **การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย**. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2551). **รายงานผลการใช้เครื่องมือ Trigger Tool ในการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์**. กรุงเทพมหานคร.
- _____. (2552). **รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง**. กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2536). **มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ศรีอนันท์การพิมพ์.
- สมพร บุษราทิจ. (2525). **จิตบำบัดแบบอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์**. โครงการตำรา-ศิริราช. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : ไพศาลศิลป์การพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2543). **ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี:โรงพิมพ์ดีไซร์.
- อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.
- Bennett, A.M., & Foster, P.C. (1985). **Ernestine wiedenbach**. In George, J B. (Ed.) *Nursing Theories the Base for Professional Nursing Practice*. (2nd ed.). (pp,90-109). New Jersey : Hall International.
- Corey, G. (2004). **Theory and practice of group counseling**. (6th ed.). Belmont : Thomson Brook/Cole.
- Forsyth, D R. (2006). **Group dynamic**. CA : Thomson Higher Education.
- Gennaro, R.J. (2007). *Consciousness and Concepts*. **Journal of consciousness studies**,14 (9-10), 1-19.
- Jacobs, E., Masson, L., & Harvill, L. (1998). **Group counseling strategies and skill**. (3rd ed.). CA : Brooks/Cole.
- _____. (2002). **Group counseling strategies and skill**. (4th ed.). CA : Brooks/Cole.
- James, W. (1998). **“Functionns of consciousness”**. in *Cognitive Psychology : New Developments on an Enduring Topic*. pp 156.
- Prochaska, J O., & Norcross, J.C. (2007). **Systems of psychotherapy a trantheoretical analysis**. (6th ed.). Belmont CA : Thomson Brooks/Cole.
- Reed, S.K. (2007). **Cognitive theory and applications**. (7th ed.). CA: Thomson Higher Education.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). **Synopsis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry**. (9th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.

- Sharf, R. S. (2008). **Theories of psychotherapy and counseling concepts and cases.** (4th ed.). Belmont CA : Thomson Brooks/Cole.
- Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2005). **Psychiatric nursing care Plans.** (7th ed.). Philadelphia : Lippicott Williams and Wilkings.
- Videbeck, S. L. (2004). **Psychiatric mental health nursing.** (2nd ed.). Philadelphia: Lippicott Williams and Wilking.
- Vinogradov, S., & Yalom, I. D.(1989). **Concise guide to group psychotherapy.** Washington, DC : American Psychiatric Press Inc.
- Wilson, H.S., & Kneisl, C. R. (1996). **Psychiatric nursing.** (5th ed.). California : Addison-Wesley Nursing.
- Yamane, T. (1967). **Statistics :an introductory analysis.** New York : Harper and Row.