

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

วนุช แhey�แสง⁴

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 นี้ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะ เจาะจงจากพยาบาลจิตเวชที่มีคะแนนน้อยสุดถึงคนที่ 24 และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง แล้วใช้การสุ่มเข้ากลุ่ม เป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 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 สาขาวิชิตวิทยา กลุ่มวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2 นักศึกษาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

3 ศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชิตวิทยา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

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

การเจ็บป่วยทางจิตเป็นการสูญเสียการควบคุมในการทำงานที่ของระบบต่างๆ ในร่างกาย ส่งผลให้ไม่สามารถที่จะดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งการเจ็บป่วยนี้เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างสภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับสภาวะดังกล่าวให้สอดคล้องกับความเป็นจริง ไม่สามารถควบคุมการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ซึ่งมีความเป็นนามธรรมสูง ดังนั้นการพยาบาลจิตเวชเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้โดยพยาบาลจิตเวชจึงต้องใช้วิธีต่างๆ ในกระบวนการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การสังเกต การสื่อสารทั้งภาษาถ้อยคำและภาษาท่าทาง รวมทั้งการใช้ความสามารถพิเศษในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดและต้องมีความเข้าใจพฤติกรรมของคนปกติและผิดปกติ (จากรุวรรณ ต.สกุล, 2528) ดังนั้นพยาบาลจิตเวชต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ และปฏิกริยาต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชคือ ต้องอยู่ในสภาวะรู้สึกตื่นตัว การกระทำการของตนเองตลอดเวลา และไวต่อการรับรู้และการเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของ

ผู้ป่วยในภาวะต่างๆ ตลอดทั้งมีวิธีการที่จะเชี่ยวชาญปัญหาวิกฤตที่เกิดขึ้น (จำไพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ตลอดจนมีบทบาทหน้าที่และสมรรถนะ ในการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและส่งเสริม การบำบัด ให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัย (สถาบันสุขภาพจิต 2536; Schultz and Videbeck, 2005)

จากการให้บริการของพยาบาลจิตเวชในแต่ละวัน ต้องเชี่ยวชาญกับความเสี่ยงนานาประการ จึงจำเป็นต้องจัดให้มีระบบการจัดการที่ครอบคลุมทุกแห่งทุกมุม จัดกิจกรรมการดูแลรักษาและเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวช ทุกราย เพื่อความปลอดภัยโดยทำการค้นหา ประเมิน ติดตามผลการปฏิบัติ การดูแลรักษา และแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาความเสี่ยง ซึ่งความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้น หมายถึงโอกาสที่จะเกิดความสูญเสียต่อร่างกาย จิตใจ ทรัพย์สิน ชื่อเสียง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2545; อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548) ความเสี่ยงสามารถเกิดขึ้นได้จากสภาวะแวดล้อม การจัดการ การให้บริการ การปฏิบัติ การพยาบาล การบริหาร จัดการที่ไม่เหมาะสมไม่สอดคล้องกับปัญหา ฉะนั้น โอกาสเกิดความผิดพลาดจึงมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และรวมถึงภาวะที่เกิดกับจิตวิญญาณและอารมณ์ด้วย (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548) ดังตารางต่อไปนี้

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

อุบัติการณ์ความเสี่ยง	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
ผู้ป่วยผ่าตัวตายสำเร็จ	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 พบร่วมกันว่า อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับความรุนแรงเล็กน้อย จนถึงความรุนแรงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัวตายสำเร็จ ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยทำร้ายกันเอง ผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จ ผู้ป่วยพยายามหลบหนี และผู้ป่วยล้ม

นอกจากนี้ยังมีระบบการค้นหาอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ด้วยเครื่องมือสัญญาณเตือน (Trigger tool) จากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายในเดือน ตุลาคม 2550 จำนวน 308 ราย พบทวน 14 สัญญาณเตือน (Trigger) พบร่วมกันว่า การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ กับผู้ป่วยจิตเวช 2.02 ครั้งต่อ 1000 วันนอน (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2551) ในการจัดการความเสี่ยงนั้นโรงพยาบาลต่างๆ ต้องคำนึงถึงคุณภาพของการให้บริการและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย เป็นสำคัญ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ก่อนแพทย์ การที่พยาบาลมีจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยใช้วิธีการดูแลเชิงป้องกันจะเป็นวิธีที่ดีที่สุด การที่พยาบาลจิตเวชจะป้องกันความเสี่ยงได้ดีนั้นจะเกี่ยวข้องกับจิตสำนึกของพยาบาลแต่ละคน ซึ่งจิตสำนักนี้เป็นความตระหนักรู้ในสิ่งแวดล้อมเหตุการณ์ความเสี่ยง ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ตามการรับรู้ ส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม

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

ในปี 2542 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีการพัฒนาวางแผนระบบการบริหารความเสี่ยงในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีคุณภาพและปลอดภัย และทำการบททวนติดตามผลการปฏิบัติทุกๆ ปี พบร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ให้มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นน้อย และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ ที่มีผลกระทบอยู่ในระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงความรุนแรงมากถึงกับเสียชีวิต ซึ่งเมื่อนำมาเหตุการณ์มาทบทวนจะพบว่าเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ในกระบวนการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวช

มีความสำคัญอย่างมากในกระบวนการจัดการความเสี่ยง เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงไวในการรับรู้ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง และบทบาทของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นผู้ที่รวบรวมข้อมูล วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติการดูแล ประเมินผล เป็นผู้ประสานงาน สื่อสารการดูแลระหว่างวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ จิตแพทย์ เภสัชกร และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนบริหารจัดการ ส่งเสริม ป้องกัน และเฝ้าระวัง ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ตามบทบาทดังกล่าวจะเห็นว่า พยาบาลจิตเวชมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยในการดักจับลดโอกาสเกิดอุบัติการณ์ และลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นของความเสี่ยง ดังนั้นการพัฒนาจิตสำนึกในพยาบาลจิตเวชจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยยิ่งขึ้น

จากมูลเหตุดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาองค์ประกอบจิตสำนึกของพยาบาลจิตเวชในการจัดการความเสี่ยงว่าประกอบไปด้วยอะไรบ้าง รวมทั้ง พัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช โดยการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ โดยผู้วิจัยบูรณาการการแนวคิดและเทคนิคในการให้การปรึกษา กลุ่มมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง เพื่อให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหา และบริบทแวดล้อมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ เพราะว่า แม้ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้วยคลึงกัน แต่ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหานั้นๆ อาจแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงประสงค์จะบูรณาการทฤษฎีต่างๆ ทางการให้การปรึกษา เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย (Corey, 2004) ซึ่งผู้วิจัยมุ่งหวังว่าการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลจิตเวช ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชให้ได้รับความปลอดภัย มีการป้องกันหรือบริหารจัดการก่อนที่จะเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่รุนแรงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- เพื่อศึกษาองค์ประกอบจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช
- เพื่อสร้างรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ ในการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช
- 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 ที่ได้มาจากกรรมการกำหนดสัดส่วนจากประชากร (Yamane, 1967)

2) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการให้การปรึกษา กลุ่มแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง เป็นพยาบาลจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ได้มาจากพยาบาลจิตเวชในข้อ 1 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 24 คน ที่มีคุณสมบัติสำนึกในการจัดการความเสี่ยงเรียงลำดับจากน้อยไปมาก และสมควรใจเข้าร่วมการทดลอง 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 การให้การปรึกษา กลุ่มแบบบูรณาการ

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

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

2. จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช สามารถพัฒนาได้โดยใช้รูปแบบการให้การปรึกษา กลุ่มแบบบูรณาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย แบบวัดจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง และรูปแบบในการให้การปรึกษา กลุ่มแบบบูรณาการในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช โดย

1. นำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบันทึก วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จำนวน 11 แผ่น เพื่อขออนุญาตให้เก็บข้อมูลได้จากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัย

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล จิตเวชและคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยพบหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัยและวิธีการตอบแบบวัด แล้วเก็บรวบรวมแบบวัดจากพยาบาลจิตเวชกลุ่มตัวอย่าง

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัดและคัดเลือกแบบวัดฉบับที่สมบูรณ์ไปวิเคราะห์ข้อมูลโดย วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชอันดับแรกและอันดับที่สอง ด้วยรูปแบบสมการเชิงโครงสร้างและวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการก่อนการทดลองนำรูปแบบการให้การปรึกษา กลุ่มแบบบูรณาการเพื่อการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชไปใช้

1. ขั้นการสร้างรูปแบบ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างรูปแบบการให้การปรึกษา กลุ่มแบบบูรณาการตามขั้นตอนการสร้างและการตรวจคุณภาพของเครื่องมือดังที่กล่าวมาแล้ว

2. ขั้นการนำรูปแบบการให้การปรึกษา กลุ่มแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ไปทดลองใช้กับพยาบาลจิตเวช โดย

2.1 นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึก วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา และหนังสือการได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรม ไปขออนุญาตจากหัวหน้าพยาบาล และเพื่อขอความร่วมมือพยาบาลจิตเวชในการเข้าร่วมกลุ่มการให้การปรึกษา แบบบูรณาการ

2.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจิตเวชสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่มี

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

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นดำเนินการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการตามรูปแบบการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช

3.1 ผู้วิจัยซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.2 ผู้วิจัยดำเนินการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการตามรูปแบบการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้เวลา 8 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ในแต่ละครั้งของการดำเนินการกลุ่มประกอบไปด้วย ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติ โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการ ตามแนวคิดทฤษฎีและเทคนิคการให้การปรึกษากลุ่มต่างๆ จำนวน 6 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการในการจัดการความเสี่ยง ดังต่อไปนี้

1) แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการให้การปรึกษากลุ่มแบบเกสต์ล็อก มุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้ตระหนักรู้เรื่องราวที่เกิดขึ้น และพร้อมที่จะเชิญชวนสถานการณ์จริง โดยใช้เทคนิคการใช้การจินตนาการและเทคนิคการสลับบทบาท โดยมุ่งเน้นให้พยาบาลได้สัมผัสถึงความคิดความรู้สึก พฤติกรรมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

2) แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการให้การปรึกษากลุ่มแบบเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม มุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้ฝึกทำการตรวจสอบการให้คุณค่าและเจตคติของตนเองที่มีต่อการจัดการความเสี่ยงโดย

ให้ความสนใจที่ความไม่สอดคล้องเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์กับความคิดที่ไม่มีเหตุผล โดยใช้เทคนิคการโต้แย้งกับความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล

3) แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษากลุ่มแบบมุ่งเน้นให้พยาบาล จิตเวชได้ใช้คำถามข้อยกเว้น คำถามถึงความประณาน่าที่จะจัดการเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยใช้เทคนิคใช้คำถามปัญหาริย และเทคนิคคำถามที่เป็นมาตรฐานมุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้ประมาณการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเสี่ยง

4) แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการให้การปรึกษากลุ่มแบบเชิญความจริง มุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้ฝึกประเมินพฤติกรรมความรับผิดชอบของตนเองในปัจจุบันและพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงในการจัดการความเสี่ยง

5) แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการให้การปรึกษากลุ่มแบบพฤติกรรมนิยม มุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้รับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติทั้งทางบวกและทางลบ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ABC และยังมุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้ฝึกทักษะในการเลือกกำหนดเป้าหมายโดยใช้เทคนิคการบริหารจัดการตนเอง เทคนิคการกำหนดข้อดีข้อเสียซึ่งมุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้ทบทวนถึงข้อดีข้อเสียและผลกระทบที่จะเกิดตามมา ก่อนตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เทคนิคการแก้ปัญหา มุ่งเน้นสอนวิธีการให้พยาบาลจิตเวชได้เชิญกับเหตุการณ์ความเสี่ยงในชีวิตการทำงานประจำวัน เทคนิคการมองหมายงานให้ทำ มุ่งเน้นฝึกทักษะพฤติกรรมการตอบสนองใหม่ในการจัดการเหตุการณ์ความเสี่ยงได้ตรงตามสภาพที่เกิดขึ้น และเทคนิคการเสริมแรงมุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้เรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองทางบวกในการจัดการความเสี่ยง

6) แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการให้การปรึกษากลุ่มแบบการรู้คิด และพฤติกรรม มุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้ให้พยาบาลจิตเวชได้ฝึกการคิด

วิเคราะห์เหตุการณ์โดยการใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษณ์มาประกอบก่อนตัดสินใจสรุปเหตุการณ์และยังมุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชได้ฝึกทักษะการคิดสกัดหรือเลือกประเด็นสำคัญของเหตุการณ์

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นติดตามผลหลังการทดลองดำเนินการใช้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการตามรูปแบบ การพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช

ผู้วิจัยให้พยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบวัดจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช เพื่อเป็นคะแนนหลังการทดลอง (Posttest) และทำกลุ่มเน้นเฉพาะเป้าหมายการเรียนรู้และคุณค่าที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม (Focus group) เพื่อให้พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มได้ประเมินคุณค่าที่ตนเองได้จากการเข้าร่วมการให้การปรึกษา กลุ่มแบบบูรณาการในการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นดำเนินการติดตามภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

ผู้วิจัยให้พยาบาลจิตเวช กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบวัดจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง

ตาราง 2 ค่าสถิติจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง ($n=300$ คน)

องค์ประกอบจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง

	B	SE	t	R2
ด้านการตระหนักรู้ในการจัดการความเสี่ยง	0.24	0.01	19.34*	0.78
ด้านการรับรู้สิ่งต่างๆ ในเหตุการณ์ความเสี่ยงตามความเป็นจริง	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	

* $p < .05$

ของพยาบาลจิตเวช ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ เพื่อดูความคงทนของจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช เป็นคะแนนการติดตามหลังทดลอง

ผลการวิจัย

1. จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Second order Confirm Factor Analysis) จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรกพบว่า ตัวแปรแฟรงจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ภายในระหว่างกันในทางบวกและมีความสัมพันธ์กันมากพอ ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้เพื่อตรวจสอบว่าตัวแปรแฟรงจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง เป็นองค์ประกอบของจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช จึงทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองโดยพิจารณาความสอดคล้องกลมกลืนของรูปแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง ดังแสดงในตาราง 2

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

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชพบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของจิตสำนึกในการจัดการ

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

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองสรุปได้ว่า 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 และหลัง การติดตามผล แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 96.978^*$) แสดงว่ารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบ บูรณาการเพื่อพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชระหว่างก่อน การทดลอง 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 ($\text{Mean Difference} = -.109^*$) หลังการติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\text{Mean Difference} = -.166^*$) และหลังการติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลอง ($\text{Mean Difference} = -.056^*$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ของพยาบาลจิตเวช มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชทดลองก่อน การทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่เพื่อดูว่าคู่ใดแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 5

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชโดยรวมของ พยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล โดย การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (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*
ปฎิสัมพันธ์ของกลุ่มกับผลการวัดก่อน				
หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล	.117	2	.059	80.707*
ความคลาดเคลื่อน	.032	44	.001	
รวม	.581	71		

* $p < .05$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 30.232^*$) แสดงว่าค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชโดยรวมของพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน และผลการทดสอบผลหลักของการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 41.044^*$) แสดงว่าค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชโดยรวม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างกัน ส่วนปฎิสัมพันธ์ร่วม

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

การวิเคราะห์เปรียบเทียบจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชโดยรวมของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองและพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุม เป็นรายคู่ เพื่อดูว่าคู่ใดแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช โดยรวม ระหว่างพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองและพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุม 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 พบว่า ค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชโดยรวมหลังการทดลองของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่าพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.118^*$) และหลังการติดตามผลพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชเพิ่มขึ้นกว่า พยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.880^*$)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

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

2. การประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช โดยการ

เปรียบเทียบจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ผลการวิจัยพบว่า

2.1 จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการและหลังการติดตามผล เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ

2.2 จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการและหลังการติดตามผล เพิ่มขึ้นกว่าพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุม

ทั้งนี้อาจเป็น เพราะว่ารูปแบบการให้การปรึกษา กลุ่มแบบบูรณาการ ที่ได้ผสมผสานแนวคิดและเทคนิค ของการให้การปรึกษากลุ่มทฤษฎีต่างๆ ทำให้พยาบาลจิตเวชเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และ พฤติกรรม จะช่วยให้พยาบาลจิตเวชมองเห็นประเด็น ปัญหาที่เป็นจุดเริ่มต้นหรือเห็นว่ามีโอกาสที่จะเกิด ความเสี่ยงในอนาคตได้ พยาบาลจิตเวชที่เข้าใจสภาพ ปัญหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นมาโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช จะนำมาสู่การปรับมุมมอง ของพยาบาลจิตเวชในการคิดและลงมือปฏิบัติในการจัดการแก้ไขปัญหา ก่อนที่จะเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ขึ้น และยังเป็นการบ่งบอกถึงความเป็นมาตรฐาน วิชาชีพของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย

จิตเวช นอกเหนือจากนี้อาจเป็นไปได้ว่ารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการช่วยให้พยาบาลจิตเวชได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงในการจัดการความเสี่ยงร่วมกัน ได้เห็นความซัดเจนของการวิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยง การจัดระดับความรุนแรง และการวางแผนการปฏิบัติและการวางแผนแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำๆ ซึ่งกระบวนการกลุ่มนี้จะพัฒนาพยาบาลจิตเวชทั้งในด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่มีต่ออุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทำให้พยาบาลจิตเวชเพิ่มการตระหนักรู้ที่จะผสมผสานส่วนที่ขาดหายไปให้เกิดความสมบูรณ์ (Corey, 2004) และการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งแต่ละคนในกลุ่มจะมีโอกาสได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ร่วมสำรวจปัญหา ความรู้สึก ทัศนคติและค่านิยมที่จะทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดี (Videbeck, 2004)

อภิปรายผลการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชเป็นรายด้านตามผลการวิจัยดังนี้

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

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

2.2.2 จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ด้านการรับรู้สิ่งต่างๆ ในเหตุการณ์ความเสี่ยงตามความเป็นจริง หลังจากพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการและหลังการติดตามผลเพิ่มขึ้นกว่าพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็น เพราะว่าการใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ABC ซึ่งช่วยให้พยาบาลจิตเวชได้รับรู้เหตุการณ์ความเสี่ยงอย่างเป็นลำดับขั้นตอนของการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยการแยกวิเคราะห์และใช้เทคนิคการอนุมานแบบสรุปเอาเอง เพื่อลดโอกาสสรุปประเด็นความเสี่ยงโดยปราศจากการใช้ข้อมูลหลักฐานที่มีความเกี่ยวข้องกันมากที่สุด สอดคล้องกับเบื้องต้นและฟอสเตอร์ (Bennett & Foster; 1985) ที่กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลมีขั้นตอนที่จะส่งเสริมให้เกิดการตระหนักรู้เนื่องจากกระดับของการตระหนักรู้จะเกิดจากประสบการณ์ การรับรู้ ข้อตกลงเบื้องต้น ความเป็นจริง การหยั่งรู้ในตนเอง และการตัดสินใจ เมื่อเกิดสถานการณ์ มากกระตุ้นให้พยาบาลจิตเวชมีการรับรู้ที่เป็นจริง เนื่องจากมีการให้ความหมายที่เกิดขึ้นตามข้อมูลหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ จะทำให้เกิดการรับรู้ที่ตระกับความเป็นจริง ทำให้สามารถจัดการความเสี่ยงได้ตรงกับสาเหตุและกำหนดแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543)

2.2.3 จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ด้านการให้ความสนใจในการจัดการความเสี่ยงอย่างมีเป้าหมาย หลังจากพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบ

บูรณาการและหลังการติดตามผล เพิ่มขึ้นกว่าพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็น เพราะว่าการใช้เทคนิคการคัดสรรสาระสำคัญและการบริหารจัดการตนเอง จะช่วยให้พยาบาลจิตเวชได้เรียนรู้ที่จะนำข้อมูลประเด็นสำคัญที่ได้มากำหนดเป้าหมาย วางแผนในการจัดการปัญหาความเสี่ยงนี้ ซึ่งสอดคล้องกับรีด (Reed; 2007) ที่กล่าวว่าทฤษฎีการกรองข้อมูล (Broadbent's filter) เป็นการสกัดข้อมูลที่มีจำนวนมากให้เหลือเฉพาะข้อมูลที่สำคัญๆ เท่านั้น จะนำไปสู่การที่บุคคลจะใช้ความสามารถของตนในการควบคุมการปฏิบัติหรือการจัดการความเสี่ยงได้ นอกจากนี้ยังสามารถที่จะคาดการณ์ความเสี่ยงล่วงหน้าได้เป็นอย่างดี

2.2.4 จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ด้านการใช้เหตุผลในการวิเคราะห์เพื่อจัดการความเสี่ยง หลังจากพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการและหลังการติดตามผล เพิ่มขึ้นกว่าพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็น เพราะว่าการใช้เทคนิคการโต้แย้งกับความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล การกำหนดข้อดีข้อเสีย และการแก้ไขปัญหา จะทำให้พยาบาลจิตเวชที่เป็นสมาชิกกลุ่มได้เข้าใจตนเองทราบถึงความคิด ความเชื่อของตนเองที่มิอยู่เดิมมีผลต่อการวิเคราะห์หรือไม่วิเคราะห์เหตุการณ์ความเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับฟอร์ธิสิท (Forsyth; 2006) ที่ว่าการใช้กระบวนการการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนความคิด การวิเคราะห์ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ประสบการณ์ทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบรวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และเสนอทางเลือกด้วยๆ ในการแก้ไขปัญหาหรือการจัดการความเสี่ยงจะทำให้เกิดการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ (Wilson & Kneisl, 1996)

2.2.5 จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ด้านการตอบสนองต่อเหตุการณ์ความเสี่ยง หลังจากพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการและหลังการติดตาม

ผล เพิ่มขึ้นกว่าพยาบาลจิตเวชกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็น เพราะว่าการใช้เทคนิคการใช้คำตามปฏิหาริย์ เทคนิคคำามมาตรฐาน จะทำให้พยาบาลจิตเวชมีทิศทางในการคิดและการจัดการความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นหรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นอกจากนี้สมาชิกกลุ่มยังบอกถึงการมีความหวัง ความรู้สึกที่ดี และมีแรงจูงใจที่จะจัดการความเสี่ยง ไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำอีก ซึ่งเป็นการตอบสนองตามการรับรู้ของพยาบาลในการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย โดยพยาบาลต้องมีความรู้และสมรรถนะ (Bennett and Foster, 1985 & Videbeck, 2004)

2.2.6 จิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช ด้านการควบคุมพุทธิกรรมในการจัดการความเสี่ยง หลังจากพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการและหลังการติดตามผล เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็น เพราะว่าการใช้เทคนิคการ WDEP System และการเสริมแรง จะช่วยให้พยาบาลจิตเวชใช้เหตุผลในการกำหนดเป้าหมายที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการจัดการความเสี่ยง (Corey, 2004) พยาบาลจิตเวชที่เป็นสมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงพุทธิกรรมที่เป็นจุดเด่นของตนเองได้ และสามารถบอกถึงพุทธิกรรมที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการจัดการความเสี่ยงได้ และบอกถึงความต้องการและรู้ว่ามีพุทธิกรรมใดบ้างที่ตนเองต้องการจะปรับเปลี่ยน และรู้ว่าการมีพุทธิกรรมที่เหมาะสมจะได้รับการยอมรับและเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น มีการกำกับตนเองมากขึ้นสนใจและให้ความสำคัญกับการจัดการความเสี่ยง

จากการวิจัยที่ได้เสนอไว้ในข้างต้นสามารถสรุปได้ดังนี้ รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ สามารถพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองได้ และพยาบาลจิตเวชกลุ่มทดลองมีจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง

เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมการทดลองและหลังการติดตามผลแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเกิดประสิทธิผล และสอดคล้องกับ แซนด็อก และแซนด็อก (Sandock and Sandock, 2003) ที่กล่าวว่า การป้องกันความเสี่ยงผู้ป่วยจิตเวชเสียชีวิตจากพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว หรือพยายามฆ่าตัวตาย พยาบาลจิตเวชมีส่วนสำคัญมากในการป้องกันและการให้กิจกรรมการดูแลรักษา พยาบาลจิตเวชต้องมีทักษะในการให้การปรึกษาที่เฉพาะ โดยพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ จึงจะช่วยประเมินและจัดการความเสี่ยงได้ตั้งแต่แรกจะช่วยเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยได้ (กันตวรรณ มากวิจิตร, 2547)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- แบบวัดจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช สามารถนำไปใช้กับงานจิตเวชที่มีลักษณะงานคล้ายคลึงกัน

- รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวช สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษากลุ่มพยาบาลจิตเวชในหน่วยงานอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน แต่ก่อนที่จะนำรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการไปใช้ควรมีการฝึกอบรมทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เทคนิคก่อนจากผู้เชี่ยวชาญในด้านการให้การปรึกษากลุ่มก่อนนำไปใช้

- ควรมีการติดตามผลจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชหลังจากการทดลองไปแล้ว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงของจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชที่เกิดขึ้น

- ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงในประเด็นเฉพาะเรื่อง เพื่อให้เกิดความชี้เฉพาะครอบคลุมการจัดการความเสี่ยงในผู้ป่วยจิตเวช

- ควรทำการศึกษาเฉพาะพยาบาลจิตเวชที่จบหลักสูตรอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช 4 เดือนเท่านั้น เพื่อจะได้คำตอบที่ชี้เฉพาะเนื่องจากการศึกษารั้งนี้ในขั้นตอนการใช้เครื่องมือแบบวัดจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยงในการห้องค์ประกอบของจิตสำนึกในการจัดการความเสี่ยง เป็นพยาบาลจิตเวชและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโดยตรงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งผ่านการอบรมทั้งการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระยะสั้น และหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือน

- ควรทำการประเมินประสิทธิผล ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเสี่ยงโดยวัดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง ซึ่งจะสะท้อนถึงผลของการนำรูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้วัดประสิทธิผลเฉพาะที่พยาบาลจิตเวชเท่านั้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2549). กองการเจ้าหน้าที่ กรมสุขภาพจิต. สรุประยงานประจำปี 2549.
- กันตวรรณ มาภิวิตร. (2547). การจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กฤษณา จันทร์ศรี. (2549). สถานการณ์การใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, ปีที่ 14(2), 89.
- จากรุวรรณ ต. ศกุล. (2528). จิตวิทยาพื้นฐานเพื่อการพยาบาลจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ. (2548). การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2551). รายงานผลการใช้เครื่องมือ Trigger Tool ในการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์. กรุงเทพมหานคร.
- _____.(2552). รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง. กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2536). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ศรีอนันท์การพิมพ์.
- สมพร นุชราทิจ. (2525). จิตบำบัดแบบองค์ทุนภูมิจิตวิเคราะห์. โครงการตำรา-ศิริราช. (พิมพ์ครั้งที่ 1).
- กรุงเทพมหานคร : ไปคลิลปการพิมพ์.
- สมgap เรืองศรีกุล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2543). ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์ดีไซร์.
- สำหรับ ผู้มีครีสวัสดิ์. (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, RJ. (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 : Lippincott Williams and Wilkins.
- Videbeck, S. L. (2004). **Psychiatric mental health nursing.** (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott 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.