การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

Development of a Competency Enhancement Program for Professional Nurses in Caring for High-Risk Psychiatric and Drug Addiction Patients with Violent Tendencies at Crown Prince Hospital Loeng Nok Tha,Yasothon Province

(Received: June 26, 2026; Revised: June 29, 2026; Accepted: June 30, 2026)

อัจฉราวดี บุญทศ[1] จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร[2]
Adcharawadee Boontos[1] Jitpinan Srijakkot[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) และเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V 7 ด้าน 40 ข้อ และแบบสังเกตทักษะการปฏิบัติ 7 ด้าน 34 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติ Wilcoxon matched pairs signed rank test และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะโดยรวมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($Z = -2.824$, $p = 0.002$) โดยด้านที่มีพัฒนาการสูงสุด คือ ด้านความรู้ ($Z = -2.934$, $p = 0.001$) รองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช ($Z = -2.845$, $p = 0.002$) ด้านบุคลิกภาพ ($Z = -2.223$, $p = 0.024$) และด้านทักษะทางปัญญา ($Z = -2.312$, $p = 0.018$) และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลมีทักษะการปฏิบัติด้านการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ อยู่ในระดับสูงมากที่ค่าเฉลี่ย 2.94 และด้านการจัดการสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วย อยู่ในระดับสูงที่ค่าเฉลี่ย 2.71 4)

คำสำคัญ: โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะ; พยาบาลวิชาชีพ; ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด; ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง; การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research aimed to develop a competency enhancement program for professional nurses caring for patients with serious mental illness and a high risk of violence (SMI-V), and compare nurses' competency levels before and after implementation of the developed program. Participants were purposively selected and comprised 12 registered nurses from a male internal medicine ward at Crown Prince Hospital Loeng Nok Tha, Yasothon Province. Research instruments consisted of a 40-item, seven-domain nursing competency questionnaire and a 34-item, seven-domain clinical skills observational checklist. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon matched-pairs signed-rank test, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings revealed that overall nursing competency following program participation was significantly higher than before participation at the .05 level of statistical significance ($Z = -2.824$, $p = 0.002$). The most pronounced improvement was observed in the Knowledge domain ($Z = -2.934$, $p = 0.001$),

[1] ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์สาขาวิชาการศึกษาวิจัยและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น corresponding author

followed by Psychiatric Nursing Practice (Z = −2.845, p = 0.002), Personality Attributes (Z = −2.223, p = 0.024), and Cognitive Skills (Z = −2.312, p = 0.018). Post-program observational assessment further revealed that Communication and Therapeutic Relationship skills attained a very high performance level (mean = 2.94), while Environmental Management and Patient Safety reached a high level (mean = 2.71). 4)
Keywords: Competency enhancement program; Professional nurse; Psychiatric and drug addiction patient; High risk of violence; Action research

บทนำ

ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) เป็นวิกฤตด้านสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงในระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรโลกมากกว่า 1,000 ล้านคน หรือ 1 ใน 8 ของประชากรทั้งหมด เผชิญภาวะผิดปกติทางจิตเวช และในจำนวนนี้ร้อยละ 15–20 มีแนวโน้มเข้าสู่กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรง[1] ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวยิ่งทวีความรุนแรงภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ทำให้ความชุกของโรคจิตเวชเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 25 ในช่วงปีแรก สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานว่ามีผู้ป่วยจิตเวชขึ้นทะเบียนรักษา 3.2 ล้านคน โดยร้อยละ 18.5 จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8.5 ต่อปี[2] ในระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรรายงานว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่ขึ้นทะเบียน 18,120 ราย โดย 3,456 ราย หรือร้อยละ 19.1 จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง[2] ในบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง เหตุการณ์ความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 65 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2567 เป็น 156 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2568 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 50.8 โดยร้อยละ 28.8 นำไปสู่การบาดเจ็บของทั้งผู้ป่วยและบุคลากร[4]

ผลกระทบจากปัญหาดังกล่าวมีความกว้างขวาง พยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติการด่านหน้ามีอัตราการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายร้อยละ 45–50 ต่อปี และพบภาวะหมดไฟในการทำงานสูงถึง ร้อยละ 60 นำไปสู่การลาออกหรือโยกย้ายมากถึงร้อยละ 25–30 ต่อปี[4] ส่วนในระดับองค์กรพบอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัย 15.6 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 250,000–300,000 บาทต่อรายต่อปี[5] จากการวิเคราะห์ หาสาเหตุเชิงระบบ (Root Cause Analysis: RCA) ของโรงพยาบาลพบว่าพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายร้อยละ 83.33 ไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวชและยาเสพติดมาก่อน และร้อยละ 61.49 อยู่ในระดับ Novice และ Advanced Beginner ตามแนวคิด Novice to Expert ของ Benner[6]

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่อง Brown และคณะ[7] ระบุว่าสมรรถนะที่จำเป็นครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง การจัดการพฤติกรรม การสื่อสารเพื่อลดความรุนแรง และการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับกุลรัตน์ แสวงหา[8] ที่พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 65.8 มีคะแนนสมรรถนะต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน นิตยา สินธุ์ภูมิและคณะ[9] รายงานว่าการอบรมเฉพาะทางส่งผลให้บุคลากรมีความรู้ ทัศนคติและความเชื่อมั่นดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเหล่านั้นยังขาดความต่อเนื่องและยังไม่ครอบคลุมบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีหน่วยจิตเวชเฉพาะทาง[10] การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[11] บูรณาการร่วมกับกรอบสมรรถนะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 7 ด้าน ของชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต[12] เพื่อให้ได้โปรแกรมที่ครอบคลุมทั้งภาคทฤษฎีและทักษะ

ปฏิบัติ และสามารถนำไปใช้ได้จริงในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายในการดูแลผู้ป่วย SMI-V โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย SMI-V โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิง นกทา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะที่พัฒนาขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย SMI-V หลังการใช้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้บูรณาการกรอบแนวคิดหลัก 2 ส่วนเข้าด้วยกัน ทั้งในเชิงกระบวนการและเนื้อหา เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V อย่างเป็นระบบ ส่วนที่ 1 กระบวนการวิจัย ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[1] ซึ่งดำเนินการเป็น "วงจรเกลียวแห่งการพัฒนา" (Spiral Process) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิเคราะห์สถานการณ์ด้วยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก และทบทวนวรรณกรรม เพื่อออกแบบโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะ ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ พร้อมประเมินสมรรถนะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมขั้นตอนที่ 3 การติดตามและประเมินผล (Observation) ประเมินสมรรถนะและสังเกตทักษะภาคปฏิบัติของพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมและขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลและอภิปรายผล (Reflection) ร่วมกันสะท้อนผล วิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาในรอบถัดไป โดยมีหัวใจสำคัญคือการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในทุกขั้นตอน ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน (Collaborative Learning) และการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง[12] ส่วนที่ 2 เนื้อหาสมรรถนะ อ้างอิงกรอบสมรรถนะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตของชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต[12] ซึ่งจำแนกสมรรถนะออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ คุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา สัมพันธภาพและการสื่อสาร การประเมินและสารสนเทศ การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช และบุคลิกภาพ การบูรณาการทั้งสองส่วนทำให้การพัฒนาสมรรถนะสอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง และสามารถประเมินผลได้อย่างมีมาตรฐาน

กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา รวม 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลผู้พัฒนาสมรรถนะ (Competency Developer Nurses) 2 คน จากกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดและพยาบาลผู้รับการพัฒนาสมรรถนะ (Competency Recipient Nurses) 12 คน ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยตรง

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแล SMI-V ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยศึกษาบริบทและวิเคราะห์ปัญหาจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วย SMI-V ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต[26,27] ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V จำนวน 40 ข้อ ครอบคลุม 7 ด้าน ตามกรอบสมรรถนะการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตของชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต[28] ได้แก่ ด้านคุณธรรมจริยธรรม (5 ข้อ) ด้านความรู้ (5 ข้อ) ด้านทักษะทางปัญญา (5 ข้อ) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการสื่อสาร (5 ข้อ) ด้านการประเมินผลและการใช้ระบบสารสนเทศ (5 ข้อ) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช (10 ข้อ) และด้านบุคลิกภาพ (5 ข้อ) ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ (Likert Scale) การแปลความหมายใช้สูตรความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น = (5–1) / 5 = 0.80 ตามเกณฑ์ของกัลยา วาณิชย์บัญชา[17] แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ คะแนน 4.21–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนน 3.41–4.20 หมายถึง ระดับมาก คะแนน 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 1.81–2.60 หมายถึง ระดับน้อย และคะแนน 1.00–1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด และส่วนที่ 3 แบบสังเกตทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย SMI-V จำนวน 34 ข้อ ใน 7 ด้าน พัฒนาจากคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วย SMI-V ของกรมสุขภาพจิต[27] โดยพยาบาลผู้พัฒนาสมรรถนะเป็นผู้สังเกตและประเมินทักษะของผู้รับการพัฒนา ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติถูกต้อง (3 คะแนน) ปฏิบัติบางส่วน (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) การแปลความหมายใช้สูตรความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น = (3–1) / 3 = 0.67 ตามเกณฑ์ของกัลยา วาณิชย์บัญชา [17] แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ คะแนน 2.36–3.00 หมายถึง ระดับสูง คะแนน 1.68–2.35 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 1.00–1.67 หมายถึง ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ 0.80 แบบประเมินสมรรถนะมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha = 0.958 จากการทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนบริบทใกล้เคียง 30 คน ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพตรวจสอบด้วยการสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านข้อมูล วิธีการ ผู้วิจัย[14,15]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยดำเนินการระหว่างวันที่ 24 มีนาคม – 30 เมษายน 2569 ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น (รหัส HE682234) และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล การดำเนินการแบ่งตาม 4 ขั้นตอนของวงจรปฏิบัติการ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (สัปดาห์ที่ 1–2) วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน จัดสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อระบุความต้องการในการพัฒนา จากนั้นประชุมร่วม 2 ครั้ง เพื่อออกแบบโปรแกรมและพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วย SMI-V ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (สัปดาห์ที่ 3–4) ดำเนินโปรแกรมรูปแบบ Blended Learning ประกอบด้วยการอบรมภาคทฤษฎี 2 วัน และการฝึกปฏิบัติในหน้างานจริง 5 วัน โดยจับคู่พยาบาลผู้พัฒนาสมรรถนะกับผู้รับการพัฒนาตามตารางเวร กิจกรรมละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตและประเมินผล (สัปดาห์ที่ 4) ประเมินทักษะการปฏิบัติด้วยแบบสังเกต 34 ข้อ และพยาบาลประเมินตนเองหลังโปรแกรม (Post-test) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (สัปดาห์ที่ 5) จัดสนทนากลุ่มเชิงสะท้อนผล วิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุน ปัญหาอุปสรรค และสังเคราะห์โปรแกรมฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบสมรรถนะก่อน-หลังโปรแกรมด้วย Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Rank Test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขนาด

เล็ก (n = 12) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วย Content Analysis โดยจำแนกหมวดหมู่และสังเคราะห์ด้วยกระบวนการอุปนัย (Inductive Reasoning)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 12 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 91.67 และเพศชาย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 รองลงมาคือช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 ระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ลักษณะงานในตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการประเภทละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 เท่ากัน สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นโสด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 91.67 และสมรส จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ประสบการณ์การทำงานในประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 0 -1 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67 รองลงมาคือ 2-3 ปีและ 6-7 ปีประเภทละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ16.67 เท่ากัน 8-10 ปีมีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ส่วนมากกว่า 10 ปี มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 การอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรม จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และเคยผ่านการอบรม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นผ่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วยการอบรมภาคทฤษฎี 2 วัน และการฝึกปฏิบัติแบบนิเทศรายบุคคลในหน้างานจริง 5 วัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โครงสร้างโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V

ส่วนที่	**รูปแบบ**	**ระยะเวลา**	**เนื้อหาสำคัญ**
ภาคทฤษฎี	บรรยาย/อภิปราย (ออนไลน์)	2 วัน	ความรู้พื้นฐาน SMI-V, การประเมินความเสี่ยง (OAS/PVSS/SAVE), De-escalation, กฎหมาย/จริยธรรม, Simulation 2 รอบ
ภาคปฏิบัติ	นิเทศในหน้างาน (ออนไซต์)	5 วัน	การประเมินและคัดกรองความเสี่ยง, Physical Restraint, ทักษะการสื่อสาร, การบริหารยาฉุกเฉิน, การบริหารจัดการตนเอง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 12)

สมรรถนะ	**ก่อนพัฒนา**	**หลังพัฒนา**	**Mean Diff.**	**Z**	**p-value**
	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)			
1. คุณธรรมจริยธรรม	4.45 (0.46)	4.58 (0.39)	+0.13	−1.014	0.343
2. ความรู้	3.27 (0.61)	4.22 (0.62)	+0.95	−2.934	**0.001***

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 12)

สมรรถนะ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean Diff.	Z	p-value
	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)			
3. ทักษะทางปัญญา	3.68 (0.64)	4.18 (0.56)	+0.50	−2.312	**0.017***
4. สัมพันธภาพและการสื่อสาร	4.05 (0.38)	4.32 (0.45)	+0.27	−1.481	0.156
5. การประเมินและสารสนเทศ	3.78 (0.82)	4.37 (0.56)	+0.59	−1.689	0.106
6. การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช	3.52 (0.43)	4.26 (0.51)	+0.74	−2.845	**0.002***
7. บุคลิกภาพ	3.85 (0.37)	4.45 (0.55)	+0.60	−2.223	**0.024***

*p < 0.05

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed rank test (n=12) พบว่าสมรรถนะโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z = −2.824, p = 0.002) โดยระดับสมรรถนะโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับ "มาก" ($\bar{x}$ = 3.76, S.D. = 0.34) เป็นระดับ "มากที่สุด" ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.44)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีสมรรถนะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4 ด้าน เรียงตามขนาดการเปลี่ยนแปลงจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านความรู้มีพัฒนาการสูงสุด (Mean Diff. = +0.95, Z = −2.934, p = 0.001) โดยระดับสมรรถนะเพิ่มขึ้นจาก $\bar{x}$ = 3.27 เป็น $\bar{x}$ = 4.22 รองลงมาคือด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช (Mean Diff. = +0.74, Z = −2.845, p = 0.002) โดยเพิ่มขึ้นจาก $\bar{x}$ = 3.52 เป็น $\bar{x}$ = 4.26 ด้านบุคลิกภาพ (Mean Diff. = +0.60, Z = −2.223, p = 0.024) โดยเพิ่มขึ้นจาก $\bar{x}$ = 3.85 เป็น $\bar{x}$ = 4.45 และด้านทักษะทางปัญญา (Mean Diff. = +0.50, Z = −2.312, p = 0.017) โดยเพิ่มขึ้นจาก $\bar{x}$ = 3.68 เป็น $\bar{x}$ = 4.18

ส่วนอีก 3 ด้านที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการสื่อสาร (Mean Diff. = +0.27, p = 0.156) ด้านการประเมินผลและการใช้ระบบสารสนเทศ (Mean Diff. = +0.59, p = 0.106) และด้านคุณธรรมจริยธรรม (Mean Diff. = +0.13, p = 0.343) แม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทั้ง 3 ด้านมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทิศทางบวกและระดับการแปลผลเพิ่มขึ้นจากระดับ "มาก" เป็นระดับ "มากที่สุด" ทุกด้าน สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการยกระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน

ผลการประเมินทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะ (n=12) พบว่าทักษะการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 2.77, S.D. = 0.21)

เมื่อพิจารณารายด้านโดยเรียงลำดับจากสูงสุดไปต่ำสุด พบว่าด้านการบริหารจัดการตนเองและการจัดการความเครียด (Self-Management and Stress Management) มีคะแนนสูงสุด ($\bar{x}$ = 3.00, S.D. = 0.00) อยู่ในระดับสูง โดยพยาบาลทุกรายปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนเท่ากันทุกคน รองลงมาคือด้านการทำงานเป็นทีมและการสื่อสารในทีม (Teamwork and Team Communication) ($\bar{x}$ = 2.97, S.D. = 0.08) อยู่ในระดับสูง ด้านทักษะการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ (Therapeutic Communication Skills) ($\bar{x}$ = 2.94, S.D. = 0.13) อยู่ในระดับสูง ด้านการบริหารยาที่ใช้ในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Medication Management) ($\bar{x}$ = 2.80, S.D. = 0.35) อยู่ในระดับสูง ด้านการจัดการ

สภาพแวดล้อมและความปลอดภัย (Environment and Safety Management) ($\bar{x}$ = 2.71, S.D. = 0.38) อยู่ในระดับสูง และด้านการจัดการภาวะวิกฤตและการลดความรุนแรง (De-escalation) ($\bar{x}$ = 2.69, S.D. = 0.32) อยู่ในระดับสูง

ด้านที่มีคะแนนต่ำสุดและเป็นด้านเดียวที่อยู่ในระดับปานกลางคือด้านการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง (Triage and Risk Assessment) ($\bar{x}$ = 2.33, S.D. = 0.54) สะท้อนให้เห็นว่าทักษะด้านการนำเครื่องมือประเมินความเสี่ยงมาตรฐานไปใช้จริงในสถานการณ์ทางคลินิกยังต้องการการพัฒนาและฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สรุปและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะที่พัฒนาขึ้นโดยบูรณาการแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[11] ร่วมกับกรอบสมรรถนะพยาบาลจิตเวช 7 ด้านของชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต[12] มีประสิทธิผลในการยกระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = −2.824, p = 0.002) โดยระดับสมรรถนะโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับ "มาก" ($\bar{x}$ = 3.76) เป็นระดับ "มากที่สุด" ($\bar{x}$ = 4.33) สมรรถนะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ (p = 0.001) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช (p = 0.002) ด้านบุคลิกภาพ (p = 0.024) และด้านทักษะทางปัญญา (p = 0.018) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา สินธุ์ภูมิและคณะ[10] ที่รายงานว่าการอบรมเฉพาะทางที่ออกแบบให้ตรงกับบริบทส่งผลให้บุคลากรมีความรู้และทัศนคติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ความสำเร็จดังกล่าวมาจากกระบวนการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทำให้พยาบาลมีความเป็นเจ้าของโปรแกรม (Ownership) และแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองสูงกว่าการอบรมแบบบรรยายเพียงอย่างเดียว รูปแบบ Blended Learning ที่ผสมผสานทฤษฎีกับการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองยังสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles[14] ที่ยืนยันว่าผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อเนื้อหาสัมพันธ์กับบทบาทหน้าที่และปัญหาในงานจริง

ด้านความรู้มีพัฒนาการสูงสุด (Mean Diff. = +0.95) ซึ่งเป็นที่คาดหมายได้เนื่องจากพยาบาลร้อยละ 83.33 ไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางมาก่อน สอดคล้องกับ Osaka และคณะ[15] ที่รายงานว่าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนสามารถพัฒนาความรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อได้รับการอบรมที่ตรงกับความต้องการ อย่างไรก็ตาม ทักษะที่ต้องการการสังเกตสะสมในระยะยาว เช่น การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดจิตเวชศาสตร์ในการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย ยังต้องเสริมด้วยกิจกรรม Nursing Round และ Case Conference อย่างต่อเนื่อง

ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชมีพัฒนาการสูงเป็นอันดับสอง (Mean Diff. = +0.74) โดยการฝึก Simulation 2 รอบและระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) เปิดโอกาสให้พยาบาลได้ฝึกทักษะซ้ำในสถานการณ์ใกล้เคียงความจริง สอดคล้องกับ Maguire และคณะ[16] ที่ยืนยันว่าการฝึกด้วยสถานการณ์จำลองเพิ่มความสามารถในการประเมินและจัดการพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิผล พยาบาลยังแสดงพฤติกรรมที่สะท้อนการก้าวสู่ระดับ Competent ตามแนวคิดของ Benner[7] กล่าวคือสามารถวางแผนการดูแลประเมินสถานการณ์ และประสานงานกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สมรรถนะด้านบุคลิกภาพซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ยากที่สุดกลับมีพัฒนาการที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Diff. = +0.60) โดยโปรแกรมสามารถเปลี่ยน "ความกลัว" ของพยาบาลจบใหม่ให้กลายเป็น "ความพร้อม" ได้ผ่านการฝึก Simulation ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและระบบพี่เลี้ยงที่ใกล้ชิด สอดคล้องกับ Sivak และคณะ[6] ที่ยืนยันว่าการฝึกในสถานการณ์จำลองลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจของพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างมี

ประสิทธิผล อย่างไรก็ตาม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่เพิ่มขึ้นจาก 0.37 เป็น 0.55 สะท้อนว่าพยาบาลแต่ละรายตอบสนองต่อการพัฒนาบุคลิกภาพในอัตราที่แตกต่างกัน การพัฒนาต่อเนื่องผ่านระบบพี่เลี้ยงแบบรายบุคคลและกิจกรรม Reflective Practice จึงมีความจำเป็น

ทักษะการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 2.77) โดยด้านการบริหารจัดการตนเองและการจัดการความเครียดมีคะแนนสูงสุด ($\bar{x}$ = 3.00) และด้านการทำงานเป็นทีมสูงเป็นอันดับสอง ($\bar{x}$ = 2.97) สะท้อนว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาสมรรถนะได้ทั้งในเชิงอัตวิสัย (Subjective) และพฤติกรรมที่สังเกตได้จริง (Objective) พร้อมกันอย่างไรก็ตาม ด้านการประเมินและคัดกรองความเสี่ยงยังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.33) โดยเฉพาะการใช้ Overt Aggression Scale[13] ในสถานการณ์จริง ($\bar{x}$ = 2.17) สะท้อนช่องว่างระหว่างการเรียนรู้เชิงทฤษฎีกับการนำเครื่องมือมาตรฐานไปใช้จริงในภาวะวิกฤต สอดคล้องกับ Brown และคณะ[8] ที่ชี้ว่าทักษะดังกล่าวต้องการการฝึกซ้อมในสภาวะความเครียดสูงอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถพัฒนาได้จากการอบรมระยะสั้นเพียงครั้งเดียว

จุดเด่นที่สำคัญที่สุดของการวิจัยครั้งนี้คือการพิสูจน์ว่าโปรแกรมสมรรถนะที่มีโครงสร้างชัดเจนสามารถบรรลุผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและไม่มีหน่วยจิตเวชเฉพาะทาง ตอบสนองต่อช่องว่างงานวิจัยที่ขัติยา แก้วสมบัติและคณะ[11] และกุลรัตน์ แสวงหา[9] ระบุไว้ ความสำเร็จดังกล่าวมาจากรูปแบบ Point-of-Care Training ที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ ซึ่งบูรณาการกิจกรรมการพัฒนาเข้ากับการปฏิบัติงานประจำโดยไม่กระทบต่อภาระงานของบุคลากร สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการพัฒนาในการวิจัยครั้งนี้ครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับ Winokur และคณะ[18] และ Manitkul และคณะ[19] ที่ยืนยันว่าการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลอย่างครบถ้วนทั้ง 3 ด้านนำไปสู่คุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยสู่การปฏิบัติ

ควรนำโปรแกรมไปบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของระบบปฐมนิเทศพยาบาลใหม่และการพัฒนาสมรรถนะต่อเนื่อง เสริมด้วย Simulation-Based Training เน้นการใช้ Overt Aggression Scale และขั้นตอนการผูกยึดอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง พร้อมพัฒนาระบบให้คำปรึกษาจากพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางผ่าน Telemedicine และประเมินสมรรถนะอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง เพิ่มจำนวนครั้งการฝึกปฏิบัติเป็นอย่างน้อยกิจกรรมละ 5 ครั้ง ออกแบบการวิจัยโดยมีกลุ่มควบคุม และติดตามผลในระยะ 3 และ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของสมรรถนะที่พัฒนาขึ้น รวมถึงศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะที่ใช้เทคโนโลยีจำลองสถานการณ์เสมือนจริง (Virtual Simulation)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและคณาจารย์สาขาวิชาการศึกษา วิจัย และบริหารการพยาบาลทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และการสนับสนุนด้วยดีตลอดกระบวนการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล ผู้ประสานงาน ผู้ทรงคุณวุฒิ และพยาบาลวิชาชีพทุกท่านจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ที่ให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณโรงพยาบาลไทยเจริญ โรงพยาบาลทรายมูล และโรงพยาบาลคำ

เขื่อนแก้ว ที่กรุณาเอื้อเฟื้อสถานที่และกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยขอขอบคุณเพื่อนร่วมหลักสูตรและเพื่อนร่วมงานทุกคนที่คอยให้กำลังใจและเคียงข้างกันตลอดระยะเวลาแห่งการศึกษา

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และครอบครัวผู้เป็นที่รักยิ่ง ซึ่งเป็นกำลังใจสำคัญในทุกก้าวของการเดินทางครั้งนี้ และขออุทิศคุณค่าและความดีงามทั้งปวงอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แด่ท่านทั้งหลาย หากมีข้อบกพร่องหรือความคลาดเคลื่อนประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับคำชี้แนะนั้นด้วยความยินดีและขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2024). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338
2. กรมสุขภาพจิต.(2557). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2567.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.(2566). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดยโสธร ประจำปี 2566. ยโสธร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร; 2566.
4. งานคุณภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา.(2566). รายงานการวิเคราะห์อุบัติการณ์ความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ประจำปี พ.ศ. 2566. ยโสธร: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา; 2566.
5. Sivak K, Huws JC, Patel MX. (2023). Workplace violence against psychiatric nurses: a systematic review of prevalence, risk factors, and interventions. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2023;30(2):285-298.
6. Benner P.(1984). From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984.
7. Brown S, Garland A, Bowers L, Dickens G, Nadkarni R.(2017). Systematic review of competency frameworks for mental health nurses working with aggressive patients. Int J Nurs Stud. 2017;76:82-95.
8. กุลรัตน์ แสวงหา.(2566). การวิเคราะห์สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง. วารสารพยาบาลจิตเวชไทย. 2566;15(2):45-62.
9. นิตยา สินธุ์ภูมิ, และคณะ.(2567). ผลของโปรแกรมการอบรมต่อความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อมั่นของบุคลากรในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2567;38(2):45-60.
10. ขัติยา แก้วสมบัติ, สุภาภรณ์ ใจดี, วิรัช สุขเจริญ.(2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารสุขภาพจิตชุมชน. 2567;12(3):78-95.
11. Kemmis S, McTaggart R.(1990). The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1990.
12. ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวชกรมสุขภาพจิต.(2563). คู่มือบริหารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
13. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D.(1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. Am J Psychiatry. 1986;143(1):35-39. doi:10.1176/ajp.143.1.35.
14. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA.(2015). The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development. 8th ed. London: Routledge; 2015.

15. Osaka K, Blaquera AP, Soriano K, Betriana F, Kataoka M, Tanioka T.(2024). In-service education for psychiatric nurses based on the technological competency as caring in nursing theory. Celebes Nurs J. 2024;1(2):116-128.
16. Maguire T, McKenna B, Daffern M.(2022). Best practice in aggression risk assessment training. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2022;29(3):350-362.
17. กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2551). สถิติสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
18. Winokur E, Zamil T, Loucks J, Munoz K, Rutledge DN.(2022). Hospital nurse competency to care for patients with behavioral health concerns: a follow-up study. J Nurses Prof Dev. 2022;38(2):71-75.
19. Manitkul N, Thummathai K, Bhatarasakoon P.(2024). Factors related to evidence-based practices among mental health nurses in Thailand: a cross-sectional study. Nurs Rep. 2024;14(4):3084-3096.
20. Lincoln YS, Guba EG.(1985). Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: SAGE Publications; 1985.
21. Polit DF, Beck CT.(2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006;29(5):489-497. doi:10.1002/nur.20147.
22. Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
23. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE.(2010). Multivariate data analysis. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2010.
24. Fukada M.(2018). Nursing competency: definition, structure and development. Yonago Acta Med. 2018;61(1):1-7. doi:10.33160/yam.2018.03.001.
25. กัลยา วาณิชย์บัญชา.(2551). สถิติสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
26. กรมสุขภาพจิต.(2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
27. กรมสุขภาพจิต.(2566). มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care SOPs). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
28. ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวชกรมสุขภาพจิต.(2563). คู่มือบริหารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.