

COMPETENCIES OF PSYCHIATRIC NURSES IN THAILAND

PRANEE TECHARAT

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULLFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
(PSYCHIATRIC-MENTAL HEALTH NURSING)
FACULTY OF GRADUATE STUDIES
MAHIDOL UNIVERSITY**

2003

ISBN 974-04-4243-9

COPYRIGHT OF MAHIDOL UNIVERSITY

Thesis
Entitled

COMPETENCIES OF PSYCHIATRIC NURSES IN THAILAND

.....
Miss Pranee Techarat
Candidate

.....
Assoc. Prof. Tassana Boontong,
Ed.D.
Major – Advisor

.....
Assoc. Prof. Jaruwan T. Skul,
M.S.W.
Co – Advisor

.....
Asst. Prof. Prapa Yuttatri,
D.N.S.
Co – Advisor

.....
Assoc. Prof. Rassmidara Hoonsawat,
Ph.D.
Dean
Faculty of Graduate Studies

.....
Assoc. Prof. Fongcum Tilokskulchai,
Ph.D.
Chair
Master of Nursing Science
Faculty of Nursing

Thesis
Entitled

COMPETENCIES OF PSYCHIATRIC NURSES IN THAILAND

Was submitted to the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
for the degree of Master of Nursing Science (Psychiatric-Mental Health Nursing)

On
22 December, 2003

.....
Miss Pranee Techarat
Candidate

.....
Assoc. Prof. Tassana Boontong,
Ed.D.
Chair

.....
Miss Rapeepun Vajchalapong,
M.N.S.
Member

.....
Assoc. Prof. Jaruwan T. Skul,
M.S.W.
Member

.....
Assoc.Prof.Saipin Kasemkitwattana,
D.N.S.
Member

.....
Asst. Prof. Prapa Yuttatri,
D.N.S.
Member

.....
Assoc.Prof. Rassmidara Hoonsawat,
Ph.D.
Dean
Faculty of Graduate Studies
Mahidol University

.....
Assoc.Prof. Kobkul Phancharoenworakul,
Ph.D.
Dean
Master of Nursing Science
Faculty of Nursing
Mahidol University

ACKNOWLEDGEMENTS

The completion of this thesis is due to the kindness of Associate Professor Dr. Tassana Boontong, Associate Professor Jarawan T. Skul and Assistant Professor Dr. Prapa Yuttatri - the thesis advisers who kindly gave me advice, pointed out the mistakes and errors and helped in making all the amendments, as well as providing me with encouragement and mental support throughout the whole process of thesis development. I am deeply grateful for their kindness and would like to express my respect and gratitude for them here.

I appreciate the help given me by all experts in measuring qualification of research instrument along with all suggestions for instrument development.

I would like to thank all the hospital directors and the heads of Nursing Workgroup for their help during the process of data collection. Most importantly, I am grateful for all the psychiatric nurses responded to the research questionnaire, who play a crucial role in this research.

My gratitude also goes to Ms. Chuleewan Pianthong, Ms Bussara Klunklao, Ms Charoon Palasiri and Ms Saranya Thongjeen for their help during the process of data collection. Thanks to Ms Chinanaj Jittarom, Ms Kanchana Kawnork, Ms Supattara Wongkam, Ms Tullapa Buppasang and Ms Ingorn Pongputthachat for the accommodations gave to me while I was collecting the data.

Most of all, I would like to express the deepest thanks to my parents for their nurturing and raising me up with the eagerness to learn, to all teachers for their teachings and transferring of knowledge and to the work organization for giving me opportunities to continue my education. Thanks to all friends and colleagues for constant advice, support and encouragement.

Pranee Techarat

COMPETENCIES OF PSYCHIATRIC NURSES IN THAILAND

PRANEE TECHARAT 4336735 NSPS/M

M.N.S. (PSYCHIATRIC-MENTAL HEALTH NURSING)

THESIS ADVISORS: TASSANA BOONTONG, Ed.D., JARUWAN T.SKUL,
M.S.W., PRAPA YUTTATRI, D.N.S.

ABSTRACT

This study, of descriptive research design, aimed to examine the level competencies of psychiatric nurses in Thailand. The study sample was composed of 643 professional nurses working in 12 psychiatric hospitals in all regions of Thailand, yielding an overall response rate of 72%. I used a questionnaire developed from a conceptual framework based on the professional standard of psychiatric and mental health nursing in B.E. 2536.

This study showed that psychiatric nurses in Thailand have a high overall psychiatric nursing competency as follows: health assessment, nursing care plan, implementation of the nursing care plan, somatic therapy, psychotherapy, health education, milieu therapy, evaluation, collaboration with nursing team members and other professionals, community mental service, and research and continuing education. The competencies in all standard domains were also at high levels except in the community mental health service domain, which was at a moderate level.

The results suggested that the competencies in the community mental health service domain should be enhanced by specifying in policy-making the roles and duties in the community mental health service. Moreover, I think the opportunities to gain advanced knowledge and special skills should be provided for psychiatric nurses in Thailand.

KEY WORDS: NURSING COMPETENCIES / PSYCHIATRIC NURSES

125 P. ISBN 974-04-4243-9

สมรรถนะในการพยาบาลจิตเวช ของพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย
(COMPETENCIES OF PSYCHIATRIC NURSES IN THAILAND)

ปราณี เตชรัตน์ 4336735 NSPS/M

พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ทศนา บุญทอง, Ed.D.(Nursing and Higher Education), จารุวรรณ ต. สกุด,
สส.ม. (การแพทย์จิตภาพ), ประภา ยุทธไทร, พย.ค .

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะในการพยาบาลจิตเวช
ของพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัด
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 12 แห่ง ทั่วประเทศใน ประเทศไทย จำนวน 643 คน คิดเป็น ร้อยละ 72
ของจำนวนประชากร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด มาตรฐานการ
ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต พ.ศ.2536 รวม 11 ด้าน

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลจิตเวชมีสมรรถนะในการพยาบาลจิตเวชโดยรวมทั้ง 11 ด้านอยู่ในระดับสูง
และมีสมรรถนะในการพยาบาลจิตเวชรายด้านอยู่ในระดับสูง 10 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ,
ด้านการเขียนแผนการพยาบาล, ด้านการนำแผนการพยาบาลไปใช้, ด้านการรักษาทางกาย, ด้านการปฏิบัติเพื่อ
การบำบัดทางจิต, ด้านการสอนทางสุขภาพ, ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด, ด้านการประเมินผล, ด้านการ
ทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมการพยาบาลและวิชาชีพอื่นๆ, และด้านการวิจัยและการศึกษาต่อเนื่อง
ยกเว้นด้านการบริการสุขภาพจิตชุมชนมีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรเสริมสร้างสมรรถนะในการพยาบาลจิตเวชด้านการบริการ
สุขภาพจิตชุมชนให้สูงขึ้น ด้วยการกำหนดเป็นนโยบาย และเอื้ออำนวยสนับสนุนให้พยาบาลจิตเวชได้ปฏิบัติใน
บทบาทหน้าที่ดังกล่าว พร้อมทั้งมีโอกาสในการเพิ่มพูนสมรรถนะของตนเองโดยการศึกษาและฝึกอบรม
เพิ่มเติม

125 หน้า. ISBN 974-04-4243-9

CONTENTS

	Page
ACKNOWLEDGEMENTS	iii
ABSTRACT (English)	iv
ABSTRACT (Thai)	v
LIST OF TABLES	viii
LIST OF FIGURES	ix
CHAPTER I INTRODUCTION	1
- Background and Significance of the Study	1
- Research Question	3
- Purpose of the study	3
- Conceptual Framework	3
- Scope of the study	5
- Definition of Terms	5
- Expected Outcomes and Benefits	6
- Research Assumption	6
II LITERATURE REVIEW	7
- Psychiatric nursing concepts	7
- Definitions of psychiatric nursing	7
- Importance of psychiatric nursing	9
- Psychiatric nursing practice	11
- Roles and functions of psychiatric nurses	13
- Competency concepts	22
- Definitions of competency	22
- Factors affecting competency	23
- Determination of competency	25
- Appraisal of competency	38
- Competencies in psychiatric nursing of psychiatric nurses	44

CONTENTS (CONTINUE)

	Page
CHAPTER III METHODOLOGY	50
- Research Design	50
- Population and Sampling	50
- Instrumentation	50
- Protection of Human Subjects	54
- Data Collection	54
- Data Analysis	55
IV RESULTS	56
V DISCUSSION	74
VI CONCLUSION	84
- Summary of the Study	84
- Recommendation	85
BIBLIOGRAPHY	88
APPENDIX	
Appendix A: List of Experts	99
Appendix B: Informed Consent	101
Appendix C: Instrument	103
Appendix D: Additional Data	111
BIOGRAPHY	125

LIST OF TABLES

Table		Page
1	Number and percentage of psychiatric nurses in Thailand, classified by personal characteristics	57
2	Number, percentage, mean and standard deviation of the overall competencies in psychiatric nursing	59
3	Mean and standard deviation of competency scores of the respondents practicing all domains	60
4	Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the health assessment domain	61
5	Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the nursing care plan domain	62
6	Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the nursing care plan implementation domain	63
7	Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the somatic therapy domain	64
8	Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the psychotherapy domain	65
9	Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the health education domain	66
10	Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the milieu therapy domain	67
11	Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the evaluation domain	68
12	Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the collaboration with nursing team members and other professionals domain	69

LIST OF TABLES (CONTINUED)

Table		Page
13	Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the community mental health service domain	70
14	Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the research and continuing education domain	71
15	Number and percentage of problems and barriers affecting competencies in psychiatric nursing practice, classified by management, man and material	72
16	Number and percentage of suggestions for solving problems to enhance competencies in psychiatric nursing practice, classified by management, man and material	73

LIST OF FIGURE

Figure 1	Page
The conceptual framework of the study	4

CHAPTER I

INTRODUCTION

Background and Significance of the Study

Psychiatric nursing is a specialty in the discipline of nursing that focuses on mental health care. This specialized nursing practice requires the application of science combining human behavioral theories and the personal art of relationship development with the objectives of promoting, preventing, managing or restoring and rehabilitating the mental health of individuals, families and communities, so that they can perform their roles to their full potential (Tassana Boontong and Premruethai Noimuenwai, 2001: 28; Chaweewan Sattayatham, 1998: 17; Boonwadee Petcharat, 1996: 33; ANA cited in Carson, 2000: 57; Johnson, 1997: 10-11).

Psychiatric nursing has become increasingly important nowadays due to social and economic changes, which lead to increased mental health problems and psychiatric disorders. Referring to the statistical records of Thailand, the number of psychiatric patients increased from a rate of 435.37 per 100,000 members of the Thai population in 1998, to 451.02 per 100,000 in 2000, and 519.56 per 100,000 in 2001 (Bureau of Health Policy and Planning, Ministry of Public Health, 2002). The utilization of health care services at psychiatric hospitals and general healthcare centers has also increased. The rates of service utilization for the years 1999, 2000, and 2001 were 1796.45, 2170.42, and 2200.74 per 100,000 members of the population, respectively. Thus, service utilization has been increasing at an average rate of 3.05% per annum (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2002).

Due to the aforementioned problems, the provision of health services requires the competencies of psychiatric nurses, because such nurses can promote mental health and can assist people with mental health problems either before, during, or after experiencing mental illness. Psychiatric nurses play a significant role in coordinating mental health management from the hospital to the community. Among various health professionals in a mental health team, psychiatric nurses are usually the closest to the

patients. Nurses work at all levels of service in Thailand's healthcare system, including health service centers and communities (Jarawan T. Skul, 1987: 108; Tassana Boontong, 1990: 921; Boonwadee Petcharat, 1996: 72; Chaweewan Sattayatham, 1998: 17; Stuart & Laraia, 2001: 6; Vacarolis, 1998: 11). Psychiatric nurses also play an important role in helping people with mental health problems by making contact with these people and using their skills to help them develop self-learning skills (Tassana Boontong and Jarawan T. Skul, 2001: 174). These tasks are abstract and unnoticeable (Jarawan T. Skul, 1987: 108; Boonwadee Petcharat, 1996: 72; Stuart & Laraia, 2001: 185). Psychiatric nurses, therefore, need special abilities in establishing rapport with clients as prescribed in the professional standards of psychiatric and mental health nursing practice (Oraphun Lueboonthavatchai, 2001: 245).

The review of previous studies of competencies of psychiatric nurses found that only a study conducted by Siriporn Jirawatkul and associates (1997:53) declared itself to be an investigation of competencies of professional nurses in psychiatric and mental health nursing. The results of this study reported personal characteristics that are essential for psychiatric nursing as they are related to nurses' abilities in mental health management and are elements of psychiatric nursing competencies. Jiemjit Judabooth (1996) studied the working capabilities of staff nurses in mental hospitals; however, the study did not examine psychiatric nursing activities in detail, as categorized in the psychiatric nursing professional standards, and did not include community mental health services. Other studies examined various factors related to nurses' working capabilities, including age, educational level, professional experience, and further training. Nevertheless, there was no study focusing on the competencies of psychiatric nurses that covered all nursing roles and activities as recommended in the psychiatric nursing professional standards, on which current psychiatric nursing is based, according to nursing quality-assurance policies.

The researcher in the current study was therefore interested in examining the competencies of psychiatric nurses in Thailand on the basis of the psychiatric and mental health nursing professional standard (B.E.2536). This standard clearly defines nurses' competencies along with the nursing process, and nursing practice that answers to clients' needs holistically. In other words, nursing service encompasses the

physical emotional, social, and spiritual aspects of the client. The professional standard is widely accepted by concerned people; thus it can be used to determine the quality and efficacy of nurses' practice (Oraphun Lueboonthavatchai, 2001: 250). The results of this study can be used as basic information for the improvement of psychiatric nurses' competencies, leading to the improvement of nursing service that is relevant to clients' problems and needs, now and in the future. Moreover, psychiatric nursing practice will conform to the reform of nursing service system, following the Health Care Reform Policy (Tassana Boontong, 2000: 64-65), thus leading to improved service quality, which does not only promote the professional development of nurses, but is also consequently beneficial to clients.

Research Question

What are the levels of competency of psychiatric nurses in Thailand?

Purpose of the Study

This study examines the psychiatric nursing practice competencies of psychiatric nurses in Thailand.

Conceptual Framework

The conceptual framework of this study was based on the psychiatric and mental health nursing professional standard B.E. 2536, developed by the Department of Mental Health, Ministry of Public Health in collaboration with the Thailand Association of Psychiatric Nurses. This standard is currently used as guidelines in psychiatric nursing practice, and as criteria for evaluating the quality of psychiatric nursing practice, which is required in conformity with the policy on nursing quality assurance. These are also based on this professional standard.

The psychiatric and mental health nursing professional standard clearly defines the competencies of psychiatric nursing following the nursing process. It demonstrates an holistic approach in nursing practice, which covers physical, emotional, social, and spiritual aspects of the individual client. The standard was developed from information gathered from practitioners and experts in mental health and psychiatric nursing in both academic and clinical sectors. The thoroughgoing process of standard

development took three years - from 1990 to 1993, in which concerned persons were encouraged to provide scientific data and research findings. Three seminars were organized to ensure the modernity and acceptability of the standard's contents before establishing the framework of competencies in psychiatric nursing of psychiatric nurses which is complete, accurate and comprehensive, and reflects an holistic nursing approach. The mental health and psychiatric nursing standard enunciates competencies in 11 domains of practice, as shown in Figure 1.

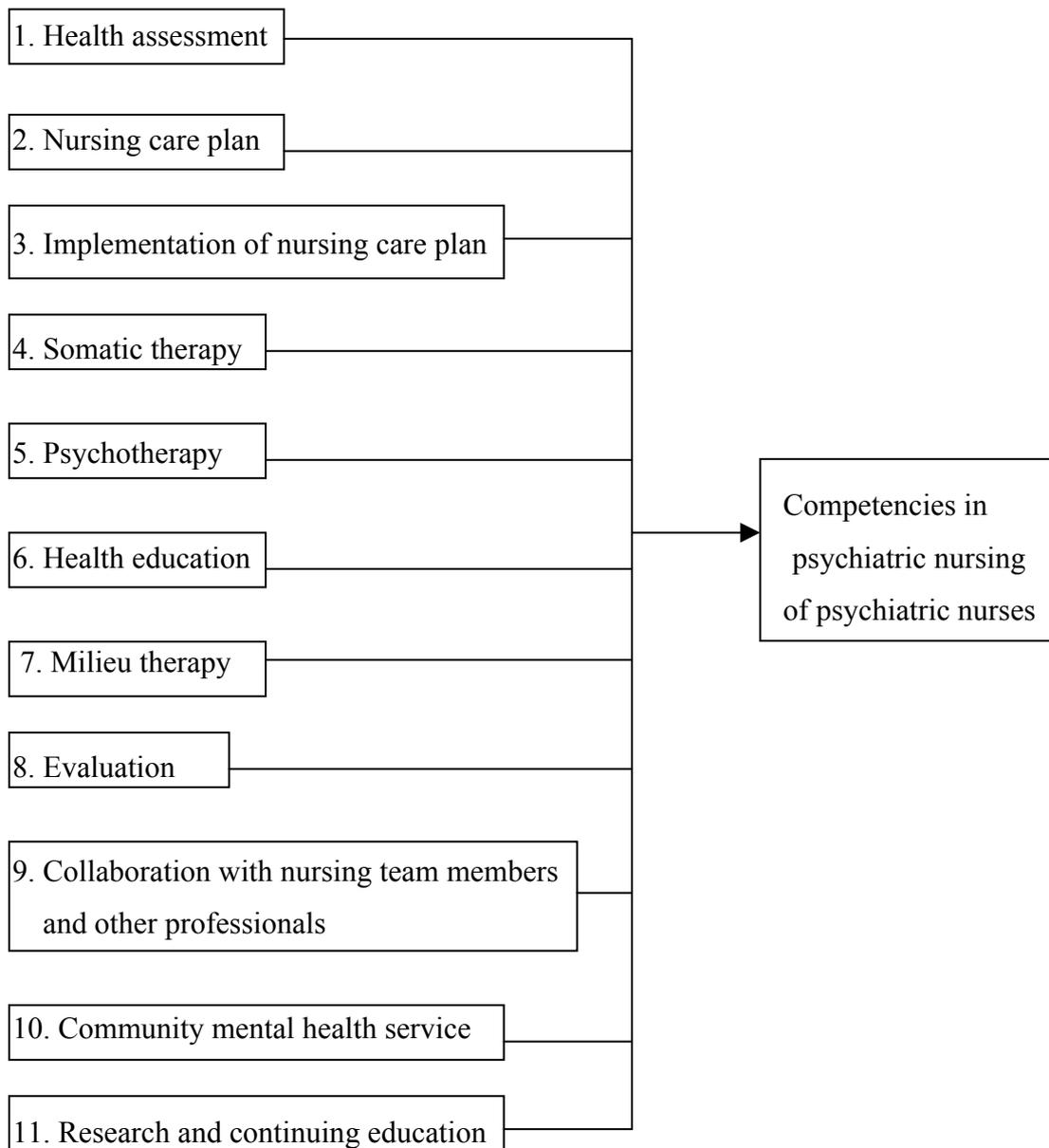


Figure 1: The conceptual framework of the study.

Scope of the Study

This study, of descriptive research design, aimed to examine the psychiatric nursing practice competencies of psychiatric nurses, who were professional nurses, working in 12 psychiatric hospitals affiliated with the Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The hospitals are located in all regions of Thailand.

Definitions of Terms

Competencies in psychiatric nursing refers to the behavior indicating psychiatric nurses' abilities to perform psychiatric nursing activities efficiently and appropriately, as a professional. The abilities in psychiatric nursing practice derive from the integration of knowledge, attitudes, values, beliefs and rational thinking in making clinical decisions, in addition to personal nursing skills. The competencies were measured with the questionnaire designed from the framework of the mental health and psychiatric nursing standard B.E. 2536, which was developed by the Department of Mental Health, Ministry of Public Health in collaboration with the Thailand Association of Psychiatric Nurses. The competencies in psychiatric nursing consist of 11 domains of practice as follows:

1.1 Health assessment refers to continuous and precise assessment of clients' problems and needs.

1.2 Nursing care plan refers to continuous planning of goals and nursing activities in response to clients' needs.

1.3 Implementation of the nursing care plan refers to the performance of nursing practice according to the nursing plan, with the objectives of health promotion and prevention of illness, as well as restoration and rehabilitation of the client to normal health.

1.4 Somatic therapy refers to the application of nursing knowledge and clinical skills to the delivery of nursing care to clients receiving pharmacological therapy, electrotherapy and other physical therapies.

1.5 Psychotherapy refers to the utilization of psychotherapeutic techniques to help clients accept their problems and enable them to adjust themselves to their mental problems and, finally, regain their mental health.

1.6 Health education refers to the assistance provided to clients, either in person, groups or families, so that they can live productively and have a satisfactory lifestyle.

1.7 Milieu therapy refers to cooperation with clients and other members of the health team to organize and maintain the environment that promotes therapeutic outcomes.

1.8 Evaluation refers to the evaluation of clients' reactions after performing nursing activities, to modify the nursing care plan accordingly.

1.9 Collaboration with nursing team members and other professionals refers to collaboration with professionals in the health care team in assessment, formulating and implementing the plan, evaluating the therapeutic program and activities concerning mental health.

1.10 Community mental health service refers to collaboration between members of the health team and the community in assessing, formulating and implementing the plan, evaluation, providing services and conducting activities in the community for the promotion, prevention, restoration and rehabilitation of mental health.

1.11 Research and continuing education refers to the responsibility for self-development in academic areas by conducting research and participating in continuing education activities, and by giving support to other people's self-development and professional development.

Expected Outcomes and Benefits

The results could be used as basic information in developing the psychiatric nursing practice competencies of psychiatric nurses.

Research Assumptions

1. The respondents earnestly provided truthful responses to the survey questionnaire.

2. Differences in times and places did not have effects on the data.

CHAPTER II

LITERATURE REVIEW

This research was a study of the competencies in psychiatric nursing of psychiatric nurses in Thailand. The review of related literature for the study are presented in the following order:

1. Psychiatric nursing concepts
 - 1.1 Definitions of psychiatric nursing
 - 1.2 Importance of psychiatric nursing
 - 1.3 Psychiatric nursing practice
 - 1.4 Roles and functions of psychiatric nurses
2. Competency concepts
 - 2.1 Definitions of competency
 - 2.2 Factors affecting competency
 - 2.3 Determination of competency
 - 2.4 Appraisal of competency
3. Competencies in psychiatric nursing of psychiatric nurses

1. Psychiatric nursing concepts

1.1 Definitions of psychiatric nursing

Tassana Boontong and Premruethai Noimuenwai (2001: 28) define psychiatric nursing as a process of interpersonal reactions that promotes and sustains the maintenance of roles and functions of individuals, groups of people, families, organizations or communities.

Jintana Yunibhand (1993: 54) wrote that psychiatric nursing is a process of interpersonal relationship development that aims to promote and maintain behaviors contributing to well-being and good quality of life.

Chaweewan Sattayatham (1998: 17) states that psychiatric nursing is a specialized nursing discipline that requires knowledge About Human behavior, which

science, in combination with goal-oriented utilization of one's self in the delivery of care, which is an art. Psychiatric nursing is unique because it requires a skill in establishing therapeutic relationship for the promotion of mental health of individuals, families and communities with the expectation of healthy mind, appropriate behavior, mature emotion and good adaptation to changing environment; as a result, mental illness is prevented. Furthermore, psychiatric nursing also has roles in the management of mental illness as well as rehabilitation of people with mental illness or mental problems by helping them accepting and improving themselves and appropriately coping with stress or problematic situation, listening to advice, accepting the treatment, having relationship with other people and being able to live independently.

According to Boonwadee Petcharat (1996: 33), psychiatric nursing is a nursing discipline focusing on mental care that includes treatment or restoration, rehabilitation, prevention and promotion of mental health of individual clients, families or communities. The care is delivered to people in healthy, distorted or ill condition. Nurses need to have knowledge and understanding in nursing science of mental care, as well as human behavior and the therapeutic management that cause changes in behavior, ideas, emotion and feelings. Additionally, they should be able to apply the knowledge and understanding to the delivery of appropriate nursing care to each individual client.

Referring to the American Nursing Association (Carson, 2000: 57), psychiatric nursing includes making diagnosis and managing of mental health problems or individuals' reaction. It is a specialized nursing discipline that requires both art and science of nursing. The science involves various theories concerning human behavior and the art is goal-oriented self-utilization.

According to Johnson (1997: 10-11), psychiatric nursing is a specialized nursing practice requiring knowledge, experience and skills. The delivery of care requires biological and sociological theories as well as skilful self-utilization. Psychiatric nursing includes the prevention of mental health for both healthy and high-risk people in critical or emergency circumstances and the rehabilitation of mental health for people with mental disorders. It also includes the promotion of individuals' abilities to perform their roles and functions to the full potential. Psychiatric nursing care is

delivered to individuals, families, groups of people and communities through the nursing process.

In conclusion, psychiatric nursing is an area of nursing specialty in the discipline of nursing which focusing on mental health care. It is the process of personal interactions to develop therapeutic relationship in which psychiatric nurses apply theoretical knowledge about human behavior, which is a science, and use themselves with goal orientation through the nursing process in the delivery of care that involves therapeutics, rehabilitation, prevention and promotion of clients' mental health for the maintenance of roles and functions of individuals, groups, families, organizations or communities so that the clients can properly adapt to the changing society and environment, become self-reliant, are well-being and have good quality of life.

1.2 Importance of psychiatric nursing

At present, number of patients with mental disorders has been raising thus increasing needs for mental health management. Illness with mental disorders leads to decreased efficiency in conducting a normal life because the mind leads the body. When the mind becomes ill, the self-control to follow social norms subsequently decreases along with the interest in one's self and the environment (Chaweewan Sattayatham, 1998: 4, 17). As a result, persons with mental disorders are not able to control themselves and have distorted perception of themselves and the environment (Boonwadee Petcharat, 1996: 29). Major problems of patients with mental illness lie in the disorders in thoughts and feelings, which are expressed in their behavior (Tassana Boontong and Jaruwan T. Skul, 2001: 173). The patients, therefore, are incapable of living a normal life like other people. Their abilities to work and to help themselves, even to perform daily activities, deteriorate. When the severity of illness increases, mental disorders may cause dangers to not only the patients but also other people closed to them and the whole society thus mental health disorders is a substantial problem for social and economic development of the country (Amopaiwan Pumsriswat, 1998: 1; Watchraporn Utthayopas, 2001: 68; Chaweewan Sattayatham, 1998: 4).

Psychiatric nursing is very important in helping people with mental problems. It helps in preventing, managing and rehabilitating mental health and also helps in

continuously transferring care from hospitals to the clients' houses and communities. It helps patients to think, feel and express their feelings properly within the scope of reality and, subsequently, to live a happy life as valued persons and to be able to adjust to their society and culture appropriately (Jarawan T. Skul, 1987: 108, 212; Tassana Boontong, 1990: 921; Boonwadee Petcharat, 1996: 72; Chaweewan Sattayatham, 1998: 17; Stuart & Laraia, 2001: 6; Vacarolis, 1998: 11; Amopaiwan Pumsriswat, 1998: 5; Oraphun Lueboonthavatchai, 2000: 18; Oraphun Lueboonthavatchai, 2001: 245). Psychiatric nurses are highly influential professionals in managing psychiatric patients and they play significant roles in mental health team because they are the professionals closest to patients and, among all health care professionals, the number of nurses is the highest. Nurses function at all levels of service in current health service system of Thailand, both in service centers and in communities. Therefore, nurses tend to understand patients more than other professionals and play significant roles in helping patients (Yajai Sitthimongkol, 2000: 55; Tassana Boontong, 2000: 51; Tassana Boontong and Premruethai Noimuenwai, 2001: 28). Every activity in nursing practice leads nurses to have direct contact with patients and nurses need to use themselves as mediums in helping the patients to learn the truth about themselves and in guiding them to the world of reality (Tassana Boontong and Jarawan T. Skul, 2001: 174).

Helping patients with mental health problems is a self-utilization task without special equipment. The task has abstract nature concerning thoughts and feeling of people with mental health problems thus it is invisible and does not have definite rules or regulations (Jarawan T. Skul, 1987: 108; Boonwadee Petcharat, 1996: 72; Stuart & Laraia, 2001: 185). Nurses, therefore, need to use special skills in both verbal and nonverbal communication to establish therapeutic relationship through a nursing process.

In conclusion, psychiatric nursing is a service necessary for clients with mental health problems. Thus psychiatric nurses play significant roles in delivering helps that completely cover the promotion, prevention, restorations and rehabilitation of mental health in hospital and community settings.

1.3 Psychiatric nursing practice

Psychiatric nursing practice follows the process of nursing care with an application of fundamental theories of psychiatric nursing concept as guidelines for the management of mental health problems, promotion of individuals' mental health and maintenance of personalities and appropriate problem-solving ability that is socially acceptable. Psychiatric nursing care is systematically and continuously delivered to covered four dimensions of mental health care comprising promotion, prevention, therapeutic or restoration and rehabilitation of mental health (Tassana Boontong and Premruethai Noimuenwai, 2001: 28; Chaweewan Sattayatham, 1998: 18-19; Vascarolis, 1998: 11; Keltner, 1999: 86). Nevertheless, the caring in one specific dimension may be dominated over the others, depending on the clients' mental health condition (Somchit Hanucharurnkul and Srinaun Osotsatian, 2001: 179-180). The details of psychiatric nursing practice in each dimension are summarized below (Tassana Boontong and Premruethai Noimuenwai, 2001: 29-35; Chaweewan Sattayatham, 1998: 18-19; Tassana Boontong and Bunthip Siritthirangsri, 2001: 107; Stuart & Sundeen, 1991: 14-15; Vascarolis, 1998: 12).

1. Promotion of mental health. The practice in this dimension involves organizing activities for people with healthy mental condition as well as those with behavioral disorders including their families, communities and the society in order to promote physical, mental, social and spiritual health so that they are protected from mental illness or the recurrence of mental disorders. Promotion of mental health emphasizes the development of human behavior rather than the illness and the activities provided for the caring in this domain are aimed to enhance well-being condition and to achieve the goal of healthy living.

2. Prevention or maintenance of mental health. The activities in this dimension are aimed to prevent people from health-threatening matters or any circumstances that could be harmful to mental health. These activities are aimed to prevent mental illness, reduce risks of mental disorders and, in case of existing mental disorders, inhibit an increase in severity of illness and pathological progress, as well as rehabilitate the affected persons' general condition from pathological outcomes or

disabilities. This dimension is a surveillance of mental illness and can be categorized into three levels as follows:

2.1 Primary prevention is the prevention of mental illness in high-risk people by appropriate reduction of stress, frustration or conflict before mental illness occurs.

2.2 Secondary prevention is the prevention of increased severity of illness in people presented with early phase of mental disorders. Early management and help in problem-solving can prevent the progress of illness.

2.3 Tertiary prevention is the prevention of long-term problems and prevention of further deterioration or disabilities resulting from the existing illness. This level of prevention includes physical and mental rehabilitation to prevent recurrence of mental disorders and to enhance patients' self-help abilities so that they will not become a social burden.

3. Therapeutics or restoration of mental health. The nursing practice in this dimension aims to provide assistance and to restore clients' condition after the illness has already occurred; for example, individual and group psychotherapy, family therapy or pharmacological therapy. The activities aim to guide the patients to have feelings and appropriately act within the scope of reality, as well as having behavior that is socially acceptable. The practice in this dimension may be conducted in either hospitals or communities.

4. Rehabilitation of mental health. The nursing activities in this dimension is organized to help ill or disabled people developing and utilizing their remaining competence to the full potential so that they are able to solve problems of daily living, accept reality, control their emotion and behavior and can adapt themselves to live with other people in the society. The activities aim to improve patients' health after the illness has already occurred and help them to live a normal life by reconstructing their self-help and social living abilities. The rehabilitation activities include the rehabilitation of personality and competence in areas of maturity, career and social living in addition to the rehabilitation of mental condition. The activities organized in this dimension can be categorized into three types: 1) re-education, 2) re-socialization and 3) re-establishment (Jarawan T.Skul, 1990: 111-113).

In conclusion, psychiatric nursing practice is the delivery of nursing care following the nursing process with an application of fundamental theories of psychiatric nursing as guidelines of practice. The nursing activities aim to provide helps to people with mental health problems and promote mental health well-being by systematically and continuously helping people to maintain stable personality and to have appropriate problem-solving skills that are socially acceptable. Psychiatric nursing practice involves four dimensions comprising promotion, prevention, therapeutics or restoration and rehabilitation of mental health.

1.4 Roles and functions of psychiatric nurses

Roles of psychiatric nurses

Supattra Suparb (1989: 58) wrote that role is one's action according to the duties and rights of his or her status (rank). For example, a person in the father rank has a role in raising his children, persons who are teachers have roles in teaching students, a person in the patient rank has a role in following doctors' suggestions. Role helps people to conduct their behavior effectively and defines the scope of their responsibilities.

Ubon Niwatichai (1984: 19) defines role as the organized actions of person coordinating with a given position.

Chaweewan Sattayatham (1998: 21) states that roles determine actions and expectations in the management of various situations and define individuals' social position.

Hence roles of psychiatric nurses are their tasks within the boundary of rights and duties in the position of psychiatric nurse.

Functions of psychiatric nurses

Chaweewan Sattayatham (1998:21) defined functions as the actions performed on the basis of expectation according to the defined role.

Ubon Niwatichai (1984: 19) wrote that functions are the tasks and responsibilities that should be performed according to the position of each individual.

Hence the functions of psychiatric nurses are the tasks or actions that psychiatric nurses have to conduct with full responsibility.

In conclusion, the roles and functions of psychiatric nurses involve the tasks and responsibilities in practicing as psychiatric nurses under the Act of Nursing and Midwifery Profession B.E. 2528, revised edition B.E. 2540, Section 4. According to the law, working in nursing profession means functioning in the delivery of nursing care to individuals, families and communities by performing the following activities:

1. Teaching, giving advice and assisting in solving health problems;
2. Providing physical, mental and environmental management to solve health problems, relieve symptoms and progress of illness and rehabilitate health condition;
3. Providing primary care as stated in the treatment of illness and giving immunization;
4. Assisting doctors in the provision of treatment by using scientific principles and the art of nursing in health assessment, making diagnosis, planning, practicing and evaluating.

Roles and functions of psychiatric nurses are classified in various ways as detailed below.

1. Roles and functions according to education level. With this classification, psychiatric nurses are categorized into two levels as follows (Chaweewan Sattayatham, 1998: 21-24; Somchit Hanucharunkul, 2000: 49-52; Stuart & Laraia, 2001: 11; Stuart & Sundeen, 1991: 18-20; Nursing Council, 1996):

1.1 Basic level: psychiatric-mental health registered nurse or sub-role of psychiatric nurse.

The nurses in this group are those graduated at a bachelor's degree level and registered as professional nurse and first-class midwife with the license issued by the Nursing Council. The key role and function includes to deliver nursing care to individuals, families and communities, as well as collaborating with nursing teams and other professionals in health service centers or in communities to provide patients with

effective and continuous care. The roles and functions of nurses at this level are listed below.

1.1.1 Creating of a therapeutic environment role. Psychiatric nurses have to assess, seek, manage and set up the environment with home atmosphere, taking safety and convenience into consideration and aiming to enhance healthy habit as well as rehabilitating patients.

1.1.2 Mothering role. Psychiatric nurses have to take care of patients' well-being and consumption of sufficient diet. They also have to prevent any possible fights, control the behavior that may be harmful and give patients mental support in expressing their emotion appropriately.

1.1.3 Socializing agent role. Psychiatric nurses assist patients in living with other people and help them to develop abilities in working or having activities with other people appropriately.

1.1.4 Counseling roles. Psychiatric nurses listen to patients and give appropriate advice accordingly.

1.1.5 Teaching role. Psychiatric nurses teach patients lacking self-interest to perform simple daily activities. The teaching includes self-care during hospitalization, therapeutic games and other activities.

1.1.6 Technical nursing role. This role includes the delivery of all kinds of fundamental nursing care, assisting doctors in somatic therapy and observing and taking notes of patients' behavior.

1.2 Advanced level: advanced practice registered psychiatric-mental health nurse or clinical specialist role.

In addition to experience in clinical practice, nurses in this group have formal post-graduate education such as a Master's degree in psychiatric and mental health nursing or a post-graduate diploma for specialized nursing care with an endorsement of the Nursing Council. They are qualified with a certificate stating their specialization and have professional expertise in psychiatric and mental health nursing. Their roles and functions are the following:

1.2.1 Consultant role. Advanced psychiatric nurses give advice and consultation to professionals who have problems or are in critical period to help them

reducing emotional stress. They also act as advisers for nursing staffs and other health professionals in issues concerning psychiatric and mental health nursing.

1.2.2 Liaison nursing role. Nurses in this group coordinate with general nurses in caring for people with mental health problems in other departments of the hospital.

1.2.3 Primary therapeutic role. Advanced psychiatric nurses provide primary care i.e. screening and delivering primary treatment to patients in communities, general hospitals and psychiatric hospitals. They may give advice, supportive psychotherapy, pharmacological therapy according to the medical plan or medical treatment to calm the patient down while transferring to a psychiatric hospital for further management.

1.2.4 Therapist role. As therapists, advanced psychiatric nurses have to conduct the following activities:

1.2.4.1 Establishing therapeutic nurse-patient relationship using the communication technique in the process of relationship development;

1.2.4.2 Giving supportive psychotherapy, which may be individual or group therapy.

1.2.5 Rehabilitation role. Advanced psychiatric nurses make plans or collaborate with other professionals in the psychiatric team to rehabilitate patients' condition.

1.2.6 Educator role. Advanced psychiatric nurses provide simple knowledge about mental health and psychiatry to health care professionals, teachers, monks, community leaders and general public to promote mental health and to prevent mental health problems. They also provide knowledge to professionals in the nursing team by organizing lessons or through incidental teaching.

1.2.7 Clinical supervision or coordinator role. Advanced psychiatric nurses have functions in ward management and administration and supervision of nursing staffs' clinical practice. They also conduct psychiatric nursing practice in emergency cases and act as advisers for the staffs and patients' relatives. Their roles include the organization of mental health and psychiatric nursing education program and initiate, as well as giving support to, psychiatric research.

2. Roles and functions according to health service system. Nurses are classified into two levels as detailed below (Jintana.Yunibhand, 2000: 68-76).

2.1 Primary health service. At the primary level, health service is provided to people of all ages with emphasis on health promotion, prevention of illness, initial screening, treatment of non-severe acute illness, management of chronically ill people and rehabilitation. Primary health service also includes the enhancement of people's potential in performing self-care, the utilization of community resource and folk wisdom to the highest benefit and patient referral for proper management. The service provided in health service centers, living places and communities are organized in various ways; for example, the community therapy program for people with mental disorders or with high risk to mental illness, help program for people in critical period or people experiencing public harms, program for the prevention of mental illness in schools and other groups in the community.

The committee for the reform of nursing service system affiliated to the Nursing Council has defined roles of psychiatric nurses in primary service as listed below (Tassana Boontong, 2000: 68-76).

2.1.1 Assessing people's health. Psychiatric nurses should classify individuals into groups of people with normal condition, people at high risk to illness and disabled people in order to subsequently organize effective and appropriate service for each group.

2.1.2 Managing physical and mental health and illness. Psychiatric nurses should provide nursing care with holistic approach and should combine professional knowledge with the local folk wisdom.

2.1.3 Enhancing community potential in developing self-sufficiency. Psychiatric nurses encourage people in a community to become self-sufficient by helping each other, sharing information and choosing health information and local wisdom for further utilization.

2.1.4 Promoting and protecting clients' rights. Psychiatric nurses provide people with information to raise their awareness of their rights of receiving health service, specifically the elderly, children with less opportunities and people with poverty.

2.1.5 Providing service to cover every group of people.

2.1.6 Improving the sanitation and environment to support health promotion and prevention of illness.

2.1.7 Organizing nursing referral system to maintain the service continuity.

2.1.8 Organizing the information system concerning health problems of individuals, families and communities, which will be beneficial for health care management, plan-making and further research development.

2.1.9 Determining policy, plan and activities for nursing service that are relevant to the community health service plan.

2.1.10 Evaluating, examining and improving nursing service continuously.

2.1.11 Developing and improving the health service team continuously.

2.1.12 Collaborating and coordinating with nursing network in aspects of academic and health service for individuals, families and communities to enhance one's potential and to maintain the continuity of service provided to clients.

2.2 Secondary and tertiary health service system. The health service at these levels is provided to people of all ages with emphasis on management of illness and its impacts that are complex and severe to the extent of critical condition. At these levels, patients need helps from efficient health professionals with expertise. The service requires advanced technology to obtain information for holistic nursing practice, which involves a person's functioning and quality of life improvement including the prevention of illness recurrence and rehabilitation to regain the full potential after recovering from the illness. The service is provided in health service centers and patients' living places with continuous caring system in addition to the effective referral system between the service centers of the same level and of different levels. These service centers also exchange technology with each other. Referring to the committee for the reform of nursing service system affiliated with the Nursing Council, the roles of psychiatric nurses in the secondary and tertiary health service systems comprise (Tassana Boontong, 2000: 68-76):

2.2.1 Assessing patients' health condition and its impact on the patients and their families with the utilization of advanced assessment skills to diagnose complex problems and needs accurately and rapidly.

2.2.2 Managing patients' emergency and critical problems effectively because, among all members of a health care team, nurses are usually the first ones encountering emergency and critical problems.

2.2.3 Managing and coordinating the health team to give early response to patients' and their families' problems with effectiveness and continuity.

2.2.4 Enhancing patients' and relatives/caregivers' potential to enable them to perform self-care effectively and appropriately to their lifestyle.

2.2.5 Developing nursing standard and nursing interventions, as well as improving the efficiency of the existing interventions.

2.2.6 Protecting patients' and their families' rights.

3. Roles and functions according to education level in combination with health service system

The Nursing Division, the Ministry of Public Health defines roles and functions of nurses working in hospitals and communities in relation to education level for nursing practice in health service system as detailed below (Nursing Division, 1996).

3.1 Nurses with basic education level have roles in primary, secondary and tertiary health service with the responsibilities in three areas as follows (Nursing Division, 1996: 12-18; Somchit Hanucharurnkul and Srinaun Osotsatian, 2001: 201-203):

3.1.1 Delivery of nursing care directly to clients. Nurses used knowledge and basic skills in the delivery of nursing care to individuals, families and communities.

3.1.2 Management and administration. Nurses participate in the administration of health care organization for health service quality.

3.1.3 Academic service. Nurses participate in academic development, provision of knowledge to clients and implication of research results.

3.2 Nurses with advanced education or expertise have roles in primary, secondary and tertiary health service with the responsibilities in six areas as follows (Nursing Division, 1996: 23-32; Somchit Hanucharurnkul and Srinaun Osotsatian, 2001: 205-210):

3.2.1 Direct nursing practice. The nurses in this group use their advanced clinical knowledge and expertise in the delivery of nursing care to individuals, families and communities.

3.2.2 Administration and management. Nurses with advanced education level are leaders in managing and changing the health care organization.

3.2.3 Provision of knowledge. Nurses with advanced education make plan and organize programs for the provision of knowledge to health team members and clients.

3.2.4 Consultant role. Nurses with advanced education act as sources of advice for health team members and clients.

3.2.5 Research development. Nurses in this group are aware of the importance of conducting research thus following new research, analyzing the results and informing other people about the research. They also apply the results to the improvement of clinical nursing practice.

3.2.6 Maintenance of moral and ethical practice. Nurses in this group practice with moral and ethical principles and are able to make ethical decision within the scope of the law for the protection of clients' rights.

4. Roles and functions according to the psychiatric and mental health nursing professional standard (Institute of Mental Health, the Ministry of Public Health in collaboration with Psychiatric Nurse Association of Thailand, 1993).

The psychiatric and mental health nursing professional standard prescribes nursing practice and professional roles with the main objective to be used as guidelines for improving nursing quality, which is the determination and resolution of the profession. The prescribed nursing practice consists of standardized quality activities in response to clients' needs with thorough coverage physical, psychological, emotional, social and spiritual aspects of human being. The psychiatric and mental

health nursing professional standard prescribes 11 standard domains for psychiatric nursing practice as listed below.

Standard 1 Health assessment. Psychiatric nurses continuously and precisely assess clients' needs and problems to make nursing diagnosis.

Standard 2 Nursing care plan. Psychiatric nurses develop nursing care plans with goals and activities that continuously respond to clients' needs.

Standard 3 Nursing care plan implementation. Psychiatric nurses conduct nursing activities, using the nursing care plans as guidelines with objectives to promote mental health, prevent illness, restore healthy condition and rehabilitate clients' condition.

Standard 4 Somatic therapy. Psychiatric nurses apply knowledge about medical care in combination with clinical nursing skills to the delivery of physical care.

Standard 5 Psychotherapy. Psychiatric nurses use psychotherapy techniques to help clients in accepting their mental health problems, adapting themselves to the problematic conditions and recovering from the illness.

Standard 6 Health education. Psychiatric nurses provide health education to help individual clients, their families and communities in developing productive and satisfying ways of living.

Standard 7 Milieu therapy. Psychiatric nurses collaborate with health team members and clients to arrange and maintain efficient therapeutic environment.

Standard 8 Evaluation. Nurses evaluate clients' reactions after the delivery of nursing care to subsequently modify the nursing plans.

Standard 9 Collaboration with nursing team members and other professionals. Psychiatric nurses collaborate with other health professionals in assessing, planning and evaluating programs or activities concerning mental health.

Standard 10 Community mental health service. Psychiatric nurses collaborate with health care professionals and community members in assessing, planning and implementing the plan. They also participate in the evaluation of health service activities and other activities concerning promotion, prevention, restoration and rehabilitation of mental health in the community.

Standard 11 Research and continuing education. Psychiatric nurses are responsible for academic self-development. They may conduct research or participate

in continuing education programs and support others' self-development as well as professional development.

In conclusion, roles and functions of psychiatric nurses are the performance of psychiatric nursing practice that can be classified by education level, health service system, education level in combination with health service system and the standard of psychiatric and mental health nursing.

The conceptual framework of this study was based on the psychiatric and mental health nursing professional standard and the competencies of psychiatric nurses were appraised according to this standard, which reflects quality nursing service that answers to clients' needs. The psychiatric and mental health nursing professional standard indicates holistic practice as it covers physical, psychological, emotional, social and spiritual aspect of human being thus it can be used to determine the quality and efficiency of nurses' performance (Oraphun Lueboonthavatchai, 200: 250).

2. Competency concepts

2.1 Definitions of competency

A review of literature has found a number of definitions for the term 'ability' or 'competence' as described below.

The Royal Institute (1988: 758) defines competence as a quality that is appropriate for doing something.

The Committee for Controlling and Coordinating Nursing Study (1987 cited in Siriporn Jirawatkul et. al., 1995: 2) states that nursing ability, as defined by competence in nursing practice, is the ability in doing work within the scope and limitation of nursing responsibility.

According to Boss (1985 cited in Nagelsmith, 1995: 245), competency does not include only knowledge and skills but it also includes values, rational thinking, clinical decision, attitudes and the integration of human theories with nursing roles.

Butler (1978 cited in Nagelsmith, 1995: 245) states that competency means the ability to perform certain activities at a standard level with skill and knowledge as related components.

McAshan (1979: 114 cited in Kulaya Tantipalacheeva, 1988: 137) defines competency as knowledge, skill and ability or efficiency that a person possesses and is able to express in forms of behavior with good knowledge, attitude and action.

According to the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) (1993 cited in Gurvis and Grey, 1995: 248), competency means nurses' abilities in performing their functions with knowledge, skill, behavior and personal characteristics that are necessary for the most efficient functioning in certain situations.

In conclusion, competencies of psychiatric nurses refer to the behavior demonstrating nurses' abilities in performing psychiatric nursing practice effectively in accordance with their roles and functions and at a standard level of nursing profession. Competency in psychiatric nursing practice derives from the integration of knowledge, attitude, value, rational thinking in making clinical decision and nursing skill of each individual.

2.2 Factors affecting competency

The factors that have effects on psychiatric nursing practice and lead to different levels of nursing performance are the following (Stuart & Laraia, 2001:7-12 ; Stuart & Sundeen, 1991:18-24):

2.2.1 Laws: defines the legal limits of nursing practice that must be adhered to by all nurses. Nursing practice acts also address aspects of advanced practice, including prescriptive authority. Nurses must be familiar with the nursing practice act of their state and define and limit their practice accordingly.

2.2.2 Qualifications: include education, work experience, and certification. There are two levels of psychiatric and mental health clinical nursing practice: basic and advanced. Although work experience does not replace education, it does provide an added and necessary dimension to the nurse's level of competence and ability to function therapeutically.

2.2.3 Practice Settings: vary widely in purpose, type, location, and administration. Nurses may be employed by an organization or self-employed in private practice. Nurses employed by an organization are paid for their services on a

salary or fee-for-service basis. The role of a nurse in any psychiatric and mental health setting depends on the following:

- Philosophy, mission, values, and goals of the treatment setting
- Definitions of mental health and mental illness that prevail in the setting
- Needs of the clients of the mental health services
- Number of clinical staff available and the services they are able to provide
- Organizational structure and reporting relationships in the setting
- Consensus reached by the mental health care providers regarding their respective roles and responsibilities
- Resources and revenues available to offset the cost of care needed and provided
- Presence of strong nursing leadership and mentorship

A supportive environment for psychiatric nurses is one in which there is open and honest communication among staff, interdisciplinary respect, recognition of nurses' contributions, nursing involvement in decision making about both clinical care and the work environment, delegation of nonessential nursing tasks, opportunity to expand into new roles and responsibilities, and the encouragement of involvement in professional psychiatric nursing activities and organizations.

2.2.4 Personal initiative: The importance of this final factor should not be ignored; without a realization of clinical competence and the assumption of professional initiative, the psychiatric nurse's performance is significantly limited.

One strategy for enhancing the personal growth and competence of the psychiatric nurse is the use of support groups.

Psychiatric nurses also benefit from networking. Networks are groups of people drawn together by common concerns to support and help one another. Networks range from informal friendships and small groups providing contacts to larger open groups providing emotional support and local and national organizations representing one's specialty. Forming networks can help nurses to unite and to value their profession. Networking at the staff nurse level is crucial to the unity and survival

of the profession. It helps nurses to care for one another and to influence their work environment.

In conclusion, the factors that have effect on psychiatric nurses' competency levels comprise 1) laws; 2) qualifications including knowledge, skill and experience; 3) practice settings including administration, staff and place; and 4) support from groups and/or networks.

2.3 Determination of competency

Competency of each profession is not always definitely determined; it depends on the necessities of the profession in relation to social needs, economics, circumstance and its appropriateness to each society, which may be a country, a province or a small community. Only the concept of competency is common in all circumstances. Therefore, the determination of competency should be induced from the opinions of clients in the service area (Saiyud Niyomvipat, 1987 cited in Kulaya Tantipalacheeva, 1988: 146). Several techniques are suggested for the determination of psychiatric nurses' competencies as listed below (Ministry of University Affairs; Kulaya Tantipalacheeva, cited in Chanphen Pahong, 1995: 10-12).

1. Needs assessment: conducting a study with clients, academics and policies on the needs of appointing new graduates concerning types of jobs and required knowledge, skills and attitudes. For nursing, the study should be on issues of clinical knowledge and practice.

2. Task analysis: analyzing and identifying the contents and objectives of curriculum into the work that must be done or learned. Each work is thoroughly analyzed and is dissected into the most detailed description. Task analysis helps in assigning work to learners.

3. Activity analysis: analyzing professionals' activities by collecting data from their performance of routine work and observing by colleagues or other people.

4. Systemic competency analysis: analyzing the work systematically by classifying the contents of subjects into units. The classification may be done per subject or may cover the whole curriculum.

5. Expert judgment: judging competency by qualified personnel or experts. The experts determine what should be presented in the behavior of professional practitioners in aspects of knowledge, skills and professional attitudes.

6. Study of health care requirement: taking possible work situation into consideration as a preparation to practice effectively.

7. Study of medical record in public health service centers to learn about health care requirements and needs in reality.

8. Study of social, economic and political reality.

9. Determination on the ground of theoretical principles and textbooks.

Precise determination of competency leads to complete development of working activities. However, it is important to develop the activities on the basis of reality. Referring to Hall and Jones (1976: 48-49 cited in Kulaya Tantiplacheeva, 1988: 147-148), competencies can be categorized as follows:

1. Cognitive competencies involve knowledge, understanding and awareness of concerned issues.

2. Affective competencies involve values, attitudes, interests and aesthetics expressed in a person's performance.

3. Performance competencies are expressive behaviors dominating with practical skill, which demonstrates actual performance.

4. Consequence or product competencies are the competencies demonstrating the abilities to change, produce or achieve something.

5. Exploratory or expressive competencies demonstrate the abilities in applying knowledge and experience to develop work outcomes or to seek different experience appropriately.

In conclusion, several techniques can be used to determine psychiatric nurses' competencies. The selection of technique depends on the appropriateness, coverage and relevance to the concept of psychiatric nursing. The determination of competencies in this study was based on the psychiatric and mental health nursing professional standard because this standard is developed through the studies of competencies with an integration of various aforementioned methods. Information

supplied by practitioners and experts was also applied to the standard development. The committee for the development of this standard was appointed by the Department of Medical Services, which is responsible for psychiatric and mental health care, in collaboration with the Thailand Association of Psychiatric Nurses, which is the center of psychiatric and mental health registered nurses in both academic and clinical service areas. This committee was composed of nursing administrators, nursing practitioners and academics specialized in psychiatric and mental health nursing from health service organizations and nursing study institutes. The standard was developed during the years 1990-1996 with the process of thorough planning and revisions. During the development, concerned professionals are invited to present opinions through their research studies and in the three seminars organized during that period. This standard is, therefore, up-to-date and widely accepted by health professionals (Mental Health Institute, Ministry of Public Health in collaboration with Thailand Association of Psychiatric Nurses, 1993). It thoroughly describes competencies and clearly prescribes activities for nursing practice in every way.

The psychiatric and mental health nursing professional standard states 11 domains of competencies. To elucidate each standard domain for further appraisal of competencies in nursing practice, the researcher of this study had reviewed related textbooks, documents and research papers in addition to the analysis of tasks and activities according to nursing roles, functions and responsibilities for the development of instrument for the study of nurses' competencies (Appendix C), as detailed below.

Standard 1: Health assessment

Nurses continuously and precisely assess clients' needs and problems to make nursing diagnosis.

Health assessment of psychiatric patients composes of two steps comprising the collection and the verification of data (Varcarolis, 1998: 165-167; Stuart & Lararia, 2001: 185-187).

1. Gathering data. Data are collected through observations, interviews and examinations (Stuart & Laraia, 2001:185) in order to obtain information in all aspects including client's history and mental and emotional status. The client's history is

mainly subjective part, which focuses on the client's perceptions and recollections in three aspects comprising presenting problem, current lifestyle, and life in general (including family, friends, education, work and experience). Mental and emotional status is the objective part of the information, which is obtained by observing the person's physical behavior and nonverbal communication, appearance, speech patterns, thought content, cognitive ability, etc. Health assessment covers social, physical, emotional, cultural, cognitive and spiritual aspect of the client. Nurses should have fundamental knowledge about growth and development and basic cultural and religious practices, as well as pathophysiology, psychopathology and pharmacology. After gathering the data, results will be summarized and reexamined with the clients to confirm real occurrence of the problems and to give the clients opportunities to explain the errors or incompleteness of data.

2. Verifying data. In this step, data are validated by comparing the obtained information with information from secondary sources including family, friends, police, members of health team, charts and laboratory reports. This step includes checking whether there is any missing information requiring further investigation. The obtained data are then interpreted to define and prioritize clients' needs and problems for making accurate nursing diagnosis.

Standard 2: Nursing care plan

Nurses develop nursing care plans consisting of objectives and activities that continuously respond to clients' needs.

According to Varcarolis (1998: 167–170), nursing care plan involves the summarization of patient's problems and needs, as well as causes of the problems. Nursing diagnosis is made from the analysis and interpretation of data, which is a significant process requiring knowledge and rational thinking. The results of data analysis are subsequently used to determine nursing goals, activities and evaluation criteria in solving the patient's problems, as detailed below.

1. Nursing goals. The nursing plan states desired patient's behaviors after the delivery of nursing care. As previously mentioned, the patient's problems are prioritized. Short-term goals may be set for problems with high priorities, which need

urgent helps, are not complicate and could be solved immediately. On the other hand, long-term goals are stated for the problems that could not be solved in a short period of time as they are complex and the problem solving requires skills, special knowledge and times.

2. Nursing activities. The development of nursing plan requires decision-making about the action appropriate to the patient's ability in achieving the nursing goals. Nurses write down practical activities for each goal that can be used as guidelines for every staff working with the patient. Continuous nursing plan helps in supplying information to health team members; thus they all work in the same direction for patients with the same diagnosis. The principles in determining nursing activities to achieve goals for each individual patient comprise: 1. the activities are safe for the patient, other patients, staff and the family; 2. the activities are relevant to the treatment plan with consideration of the aim, culture, value and social norm of each patient; 3. The activities are effective and based on scientific principles; and 4. the activities are subjectively designed for individual patient on the basis of reality concerning the patient's ability, present symptoms and within the limitation of the practitioner's competency.

3. Evaluation criteria. The standard criteria may be determined through the arrangement of behavior or situation after the performance of nursing activities to examine whether the nursing goals are achieved. If the goals are not achieved, the revision of nursing plan is needed.

Standard 3: Nursing care plan implementation

Nurses use the nursing care plan as guidelines for the performance of nursing activities with objectives to promote health, prevent illness, restore patients' conditions and rehabilitate them. The implementation of nursing care plan requires the utilization of various specific techniques such as communication technique, therapeutic relationship establishment techniques, etc. in helping and giving support to the patients, family and community so that they can manage the problems and can adjust to problematic situations. As a result, the clients will be able to live a happy life in the society with the sense of self-worth. In performing nursing activities to achieve

these goals, nurses need decision-making and problem solving techniques that are appropriate, flexible and adaptable to situational changes because patients with psychiatric disorders may have rapid behavioral alteration in response to changing events. At this stage, nurses should record the outcomes or progression of nursing activities in aspect of effects on the patients' problems; the patients' progress notes should also be taken (Oraphun Lueboonthavatchai, 2000: 248; Amopaiwan Pumsriswat, 1998: 26).

Standard 4: Somatic therapy

Nurses apply knowledge about medical management and clinical skills to their nursing practice.

Somatic therapy is nursing activity related to medical management plan that aims to relieve or inhibit the progression of both physical and mental symptoms of illness including abnormal behavior by acting directly on the patient's body. Psychiatric nursing activities for physical management include caring, observing, measuring and keeping records that are beneficial in the provision of safe and continuous medical management, as detailed below.

1. Nursing care concerning pharmacological treatment. The care involves drug administration, observing drug effects and side-effects, monitoring dosage and drug blood-level. Nurses should provide patients and relatives with information about the prescribed drugs, allow times for them to ask questions and explain how to give p.r.n. medications. A key action to reduce patients' abnormal symptoms is ensuring the patients' compliance with treatment because psychiatric patients may have perception disorders thus refusing being ill and refusing the treatment. Some patients have to take long-term treatment and may become uncooperative with the treatment thus hiding or throwing the medications away. Therefore, it is important to ensure patients' compliance with treatment so that their mental symptoms are quickly improved and the relapse of illness is prevented (Duangta Roerkuthumporn, 1991 cited in Wipawee Phaokuntarakorn, 1993: 29; Varcarolis, 1998:174, 215; Keltner, 1999: 223).

2. Nursing care for patients receiving special treatment or other medical managements. Nurses prepare patients in both physical and psychological ways before they receive the treatment and also deliver care during and after the treatment to ensure their safety and effective outcomes of treatment. For instance, nurses give patients opportunities to ask questions and to express their opinions and feeling about electrotherapy. Nurses also give the patients mental support during medical procedures such as wound dressing, stitching off, etc.

Standard 5: Psychotherapy

Nurses utilize psychotherapy methods in enabling clients to accept their problems and adapt to their mentally ill condition and in rehabilitating the patients' mental health.

Psychotherapy is a treatment given through verbal or nonverbal communication to people with mental or emotional disorders. It may be individual, group or family psychotherapy (Chaweewan Sattayatham, 1998: 202; Carson, 2000: 337). The key instrument utilized by psychiatric nurses in psychotherapy comprises self-utilization, therapeutic communication and client-nurse therapeutic relationship (Tassana Boontong and Jaruwat T. Skul, 2001: 172; Carson, 2000: 337).

Objectives of establishing therapeutic relationship

1. To give the patients opportunities to express their feelings
2. To allow the patients to learn, accept and have more respect about themselves
3. To encourage the patients to develop relationship with other people, to be independent as well as to rely on other people and to be able to love and be loved.
4. To enhance the patients' understanding about themselves.
5. To induce the patients' appropriate learning.

The development of therapeutic relationship can be divided into four phases as follows:

1. Pre-interacting phase. In this phase, nurses prepare all components essential to relationship development that will be the most beneficial to the therapy. The preparation includes choosing a patient, assessing nurses' own feelings, as well as

the abilities and weak point in performing nursing practice, setting goals of relationship development and systematizing the meetings to develop therapeutic relationship with the client to simplify the development.

2. Orientation phase. Nurses meet their clients for the first time to familiarize with each other and to make mutual agreement about the objectives and schedule of the following meetings. The orientation phase finishes when the nurse and the client accept each other and have developed the sense of mutual trust and respect. The nurse can assess the client's thought, feeling and action and can identify the client's problems. The nurse and the client have mutual understanding about the objectives and the method of treatment.

3. Working phase. Nurses aim to help their clients solving the problems in this phase. It involves investigating causes of the problems or life impacts, helping the clients to develop self-understanding and finding ways of problem-solving.

4. Terminating phase. In this phase, nurses encourage the clients to accept the reality of parting, evaluate the progression and goal achieving and evaluate the clients' feelings and problematic behaviors resulting from the parting.

The problems in developing therapeutic relationship partly derive from the nurses' experience and anxiety and partly from the clients. Common problems from the clients include not attending follow-up appointment, not wanting to express their feelings and meaningless response for therapeutic purpose. Nurses should be aware of these problems and be able to solve the problems appropriately.

Individual psychotherapy is a form of psychotherapy requiring the initiation of relationship development with emphasis on present moment. The therapy has steps and timelines and it emphasizes helping patients to manage the conflict causing their problems. Individual psychotherapy aims to improve the patients' understanding about themselves and to enable them to retake their roles prior to the illness with the formulated plan to help and goal-oriented problem solving (Carson, 2000: 339).

Group psychotherapy is the therapy given to two people or more at the same time. The clients and nurses discuss about their feelings, doubts, fear and disappointment. This therapy relies on interpersonal relationship that will help the clients to learn about trust, honesty and give and take. Open discussion and expression

of their feelings will lead the clients to understand their problems by themselves (Chaweewan Sattayatham, 2000: 208).

Family therapy is a kind of group therapy focusing on helping the clients' family by inducing harmonious relationship in the family (Chaweewan Sattayatham, 2000: 213). This therapy aims to help the clients developing knowledge and understanding about their conditions and how the changing situations in their family have changed the behavior and emotion of the family members. The clients who have lost their roles and functions will be able to function more properly and will develop basic essential ability for the well-being of their family members (Oraphun Lueboonthavatchai, 2000: 115).

Standard 6: Health education

Nurses use health education in helping individuals, groups and family to develop productive living and satisfying lifestyle.

Health education is an important responsibility of psychiatric and mental health nursing as education is essential for clients and their families. Nurses can provide health education in several occasions, either in a formal or informal way. The education may aim for the promotion of mental health or the rehabilitation of mental health to help the clients in modifying their coping strategies to the more appropriate technique or in modifying their living plan by using their full potential to maintain their action (Stuart & Sundeen, 1991:161).

Referring to Somchit Hanucharurnkul (1997: 45), the principles for the provision of health education for patients are:

1. The lesson should be what the patients want to learn.
2. The content of lesson should be additional to the patients' existing knowledge.
3. The patients should be ready to learn.
4. The learning will be increased with participation and practice in the teaching process.
5. The evaluation with feedback response helps in enhancing the learning and modifying behavior.

6. The contents of lesson and the method of teaching should be adjusted to the learners' competence.

7. The environment should be arranged and controlled to encourage the learning process.

8. Patient-nurse relationship should be good rapport.

9. The patients are encouraged to develop the sense of self-worth.

As health educators, nurses should be able to transfer knowledge and understand the principles of learning and teaching. At least, they should know about teaching pattern and should be able to make a teaching plan after surveying patients' and relatives' needs of knowledge. The educator should follow the teaching pattern by knowing about the following components: 1. the content, determined from the objectives of teaching; 2. the learners and their background; 3. teaching methods that is appropriate to the learners, including teaching materials and learning environment; and 4. evaluation method to get results for further improvement (Apha Youngpradit, 2000: 10-12).

Standard 7: Milieu therapy

Nurses collaborate with the clients and the health team in organizing and maintaining the environment that is efficient for the therapy.

Milieu therapy is a nursing activity that can be initiated from the environment around the clients to the clients themselves. The activities, which aim to induce positive outcomes of treatment and rehabilitation, include the following:

1. Setting the atmosphere in the ward to make patients feel safe and free to talk or do anything within the scope that their actions do not harm themselves as well as other people and are not against the hospital's regulation. Nurses interact with the patients in warm and friendly manners and respect them as persons.

2. Arranging therapeutic activities as nursing activities in helping groups. The groups will help patients to enjoy and relax, to gain pride and self-trust and to develop interpersonal relationship, as the patients will learn to interact with other people. Group members will help the patients to perceive themselves, perceive other

people's perception toward them and perceive appropriate behavior (Pollack, 1990: 22). The helping groups in psychiatric hospitals can be classified into two types:

- 1) Helping groups conducting on the basis of psychotherapy principles;
- 2) Helping groups focusing on environmental arrangement or group setting that imitates everyday life, assigning the patients with activities such as learning, working and having a rest.

Standard 8: Evaluation

Nurses evaluate patients' reaction after performing nursing activities in order to modify the nursing care plan.

Evaluation is the last step of nursing process. In this stage, nurses evaluate whether the goals of nursing activities are achieved or partly achieved by observing the patients' behavior. If the goals are not achieved, nurses have to make nursing diagnosis again. Nursing care plan is revised and new planned nursing activities are performed to achieve the goals. The evaluation depends on the patient's condition. The patient's mental health is assessed whether it is normal or not and whether there is any progress or changes. The evaluation use data from various sources including the patient, health team members, family and relatives (Varcarolis, 1998: 174-175).

Standard 9: Collaboration with nursing team members and other professionals

Nurses collaborate with health team staff in assessing, planning, implementing the plan, evaluating therapeutic program and conducting activities concerning mental health.

Psychiatric-mental health team is important for psychiatric clients. Each professional in the team should exchange knowledge and opinion and should work together in developing therapeutic plan so that the clients' needs are fully responded. The health team members should cooperate with each other for highest benefit of the clients. They should be able to express their opinion about the management equally and should be aware and responsible for their professional roles and functions. The communication between health teams, as well as within a team, should be done with

understanding and acceptance (Leach, 1987 cited in Boonwadee Petcharat, 1996: 39).

Nursing activities to meet this standard are the following:

1. Collaborating with health team in assessing patients' condition, giving support in teamwork and making plan with team members as well as other professionals.
2. Collaborating with health team members in evaluating the effectiveness of the team.
3. Communicating about and coordinating the provision of medical care among health team members.
4. Supervising concerned staff in mental health nursing.

Standard 10: Community mental health service

Nurses participate with health team members and the community in assessing, planning, implementing the plan and evaluating health service activities concerning health promotion, prevention of mental problems, care and medical management and rehabilitation.

Community mental health service is the provision of mental health care to individuals, family and community which covers the promotion of mental health, prevention of mental illness, therapeutic or restoration and rehabilitation of mental health. The family and the community are encouraged to participate in the activities and to reduce patients' stress from social factors thus improving the effectiveness of the treatment. In addition, people in the community will develop positive attitude and behavior toward persons with mental health problems and can comfortably live with psychiatric patients. The provision of community mental health service is based on three major principles comprising 1) promotion of mental health and prevention of mental illness, 2) instant therapy 3) on-site or home management with emphasis on the participation of individuals, family and community. Since the service is instant, continuous and complete in itself, it needs to be highly flexible and needs cooperation from many organizations to construct a network and provide helps for each other. Most importantly, the service should be relevant to local culture and should be equally accessible for the whole community (Jarawan T.Skul, 2001: 355-377).

Community mental health service can be categorized into two types:

1. Medical management, comprising:

1.1 In-patient service. This service is set up in health service centers located near the community. The in-patient management should be done in the shortest time and with the highest efficiency as possible.

1.2 Out-patient service. This service is for patients who do not need to be hospitalized. The patients go to the service centers to receive medications and advice.

1.3 Emergency service. This service is available in general service centers as well as psychiatric service centers. It provides medical management to patients in emergency state or critical conditions.

1.4 Partial hospitalization service. The service centers providing this type of service include daytime hospitals, nighttime hospitals, short course program, follow-up service, temporary accommodation for patients, rehabilitation and job training service and mental health service network.

2. Health promotion and prevention of illness, comprising:

2.1 Health education service, providing knowledge and helps to people of all ages and genders.

2.2 Consultation service, expanding the network in response to the needs of individuals, family and the whole community.

2.3 Staff training service. This service aims to extensively transfer knowledge and understanding about mental health care practice to health care staff in health service centers.

Standard 11: Research and continuing education

Nurses are responsible for academic self-development either by conducting research or joining a continuing education program. They should also give support to other people's self-development and professional development.

In research development, application of results and cooperation with other research projects, the following activities are recommended:

1. Conducting research or cooperating in studies for new interventions concerning psychiatric-mental health nursing. Research is important for the development of nursing profession as it helps in constructing the body of knowledge, improving nursing quality, developing nursing profession and, finally, improving general people's quality of life (Pongsri Srimorakot, 2001)

2. Developing one's self in academic aspect by participating in continuing education program and/or in other ways. Nurses should also give support to other people's self-development and to professional development activities organized by their workplace and professional organizations. The competency in this aspect is in accordance with the quality of nurses in the globalization era proposed by Amphol Chindawattana (1995: 3), which states that in addition to thorough knowledge about nursing profession, nurses should also have extensive and advanced knowledge about current social changes. The enthusiasm for learning, self-study skill and lifetime learning skill are significantly important for further development because the world has substantial number of academic subjects with constant advancement. There are always new discoveries, new interventions and new theories thus four-year studies in an academic institute is not enough.

Referring to the above review of literature, it is evident that the study of psychiatric nurses' competencies in psychiatric nursing practice with the framework based on the psychiatric and mental health nursing professional standard could cover the whole nursing process. In this standard, the scope of nursing practice and the details of nursing activities are clearly described. The outcomes of the study based on this standard should give responses to clients' needs and be relevant with the current social changes.

2.4 Appraisal of competency

Referring to Good (1973: 209, 337-338), appraisal is a process of judging the importance of one phenomenon in comparison with another phenomenon on the basis of prescribed standard.

Ekachai Keesukphan (1993: 249) states that appraisal is an action judging work performance by comparing with standard criteria.

Boontham Kijpreedarborisuthi (1992: 249) wrote that appraisal is the judgment of qualitative value and of work performance based on standard criteria with results presented in numbers.

According to Suluck Meechoosap (1996: 65), the effectiveness of nursing practice depends on the nurse's competency in practice; thus performance appraisal of nurse's practice is necessary. Nursing practice appraisal generally aims to investigate the outcomes of nurse's performance during certain period of time.

In conclusion, appraisal of competency is the judgment of working abilities of each nurse, evaluating from the outcome of performance in comparison with standard criteria. The results of performance appraisal are presented in numbers.

Nursing practice can be appraised in four ways as follows (Five & Gosnell, 1966; Gillies, 1944 cited in Chaemchan Klaywong, 1998: 16):

1. Objective appraisal: considering whether final outcomes of the activities achieve the general objectives and behavioral objectives of the plan.
2. Task appraisal: requiring experts' judgment because the appraisal is based on characteristics of the task.
3. Performance appraisal: judging the performance in aspects of professional enhancement, knowledge, abilities, skills and behaviors.
4. Professional standard appraisal: based on the belief that quality nursing needs to have nursing standard as an instrument for the evaluation of nursing outcomes.

Several methods are used for the appraisal of nursing practice. The utilization of methods depends on the workplace. Nursing practice may be appraised with one method or more. The combination of appraisal method ensures accurate and elucidated results because each method has different advantages and disadvantages. The methods commonly used are the following (Suluck Meechoosap, 1996: 66-68):

1. Rating scale. This method is commonly used for the measurement of both quality and quantity of work. The characteristics to be evaluated are listed and the levels of quality are rated with different scores.
2. Check list. This method follows two steps:
 - 2.1 Weight determination; and

2.2 Selection of answer choices for the answer that meets the desired characteristics.

3. Critical incidental method. This is the record of significant incidents along with the date, time and behavior in that circumstance.

4. Anecdotal record. Nurse's behaviors are recorded in paper or a designated form along with dates and times according to the actual events without any personal comments.

5. Interview. An interview or asking questions leads to additional information that is accurate and closest to the fact.

6. Free-form essay. The appraisal is written down without any formulated pattern.

7. Group appraisal method. This method needs several appraisers.

8. Mutual ratings.

Types of appraisers

Referring to Naruemol Ardsakorn (1995: 22-23), appraisers can be classified as follows:

1. Supervisors or direct superiors

Appraisal from the supervisor or the superior is common in both government and private sectors. The administrators or the superiors directly responsible for a work unit usually appraise their subordinates because the superiors have to take responsibilities in conducting or performing the work of their units thus they tend to be close to and know their subordinates well. In common practice, the primary superiors appraise the staff in their units. For a hospital ward, the head nurse is a primary administrator responsible for the delivery of nursing care in the ward by managing and supervising the subordinates to conduct quality nursing practice and administrating the ward at the same time.

2. Colleagues at similar level.

The appraisal from colleagues may be used in addition, but not as a replacement, to the appraisal from superiors. The advantage of using colleagues' appraisal along with the superiors' is the completion of the appraised person's image.

This is especially beneficial for the superiors who have so many subordinates that they cannot work closely to all staffs. Moreover, colleagues at the same level tend to see the flaw and weakness more clearly than the superiors. However, this method has disadvantages on account of competition and benefits that may lead to biased and distorted judgment.

3. Committee

A committee may be set up specifically for appraisal of practice. An appointed committee is usually composed of the direct superior of the work unit and few superiors from other work units. The reason underlying the committee set-up is that the thoughts and considerations of people from several units are more likely to be reliable. Moreover, this method can prevent effects from the superior's bias thus it is fair for the person being appraised. However, this method has a number of disadvantages including time-consumption and difficulties in reaching a final conclusion.

4. Self-appraisal

This method allows a person to appraise him/herself based on the belief that the person should give information about his or her strengths and drawbacks closer to the truth than other people do. Self-appraisal has been increasingly and widely used at present, specifically among people at administration level and professional level. The use of self-appraisal results, in addition to the results from other methods, will lead to more neutral information about the person, resulting in fair judgment (Flippo, 1984 cited in Kanokwan Malanit, 1999: 34). Moreover, the appraisal by superiors induces only information from top to bottom direction. Self-appraisal also encourages the subordinates to participate in personnel management and evaluation process and it enhances good relationships among workers, superiors and the organization (Sompong Kasemsin, 1983: 69). In self-appraisal, nurse's perception toward individuals and situations must be precise for efficient, reliable and acceptable interpretation because self-appraisal substantially requires the appraiser's honesty and directness. A study conducted by Kanokwan Malanit (1999) have found that the results of work performance self-appraisal among nurses at the Police Hospital did not much differ from those of the head nurses' appraisal. This finding agrees with the

results of studies conducted by Ratchanee Yooisiri (1980: 52) and Wasinee Tarprayoon (2000), which found no differences between nursing practice self-appraisal and superiors' appraisal in all aspects. A foreign study about nurse's performance and self-appraisal also found no differences in the appraisal from the superiors and from the staff nurses themselves (Schwirian, 1978: 345-351).

5. Subordinates

This appraisal method is based on the idea that subordinates can report their superiors' image. They can give information about the superiors' communication abilities, distribution or non-distribution of authority and abilities in planning, management and leadership.

6. Outsiders

The outsiders may be experts on personnel management. This method is usually costly and is used with the persons in important positions. A disadvantage of this method is that the appraisers may not know the persons being appraised well enough.

Problems in work appraisal

Suluck Meechoosap (1996: 70-71) states that several problems may arise in work appraisal. The problems can be classified into two main areas as follows:

1. The system and/or the appraisal method.

1.1 The utilization of one appraisal method with too many objectives may not induce the desired results. For example, the same method may be used in the appraisal for giving special salary or for promotion but the topics should be changed or separated method should be used if it is the appraisal aiming to find a person's drawbacks for further improvement.

1.2 The appraisers may subjectively interpret the characteristics and qualities of the persons being appraised. Thus, the characteristics and quality of practitioners should be clearly defined and described for mutual understanding, leading to the results that are common and accurate as much as possible.

2. Appraisers

2.1 The appraisers may be biased from halo effects with the belief that the person who did a good job once will always be good and the person who did a bad job once will always be bad.

2.2 The appraisers may have bias from personal relationship with the practitioners.

2.3 Some superiors who are responsible for the appraisal may conduct countermeasures and do not dare to clearly state whether the practitioner's performance is good or bad. These appraisers tend to give appraisal scores at a medium level so that both their superiors and subordinates do not feel offended.

2.4 The appraisers may give too high or too low appraisal scores.

2.5 The appraisers who want to present a better image of their work unit in comparison with other units may give the appraisal scores higher than the real performance.

2.6 Work performance is usually appraised for a certain period of working time such as in the past six months or in a year. However, some appraisers may consider only recent performance thus the appraisal can be inaccurate. Therefore, there should be constant record of work performance.

Work appraisal has several other problems and each method has its disadvantages, as well as advantages. Nevertheless, if the appraisal is on the ground of fairness and ethics, any method can induce accurate results. The appraisal, therefore, is mainly dependent on the appraisers.

In conclusion, competency could be appraised in four ways: 1. objective, 2. task, 3. performance and 4. professional standard. The appraisal may be done with only one method or more. The accuracy of appraisal is significantly dependent on the appraisers, who should be fair persons and follow ethical principle in making judgment.

In this study, the psychiatric nurses' competencies in psychiatric nursing are appraised in aspect of performance using the psychiatric-mental health nursing professional standard. The method was self-appraisal with rating-scale instrument.

3. Competencies in psychiatric nursing of psychiatric nurses

The review of related literature and previous studies did not find a research concerning psychiatric nurses' competencies directly based on the conceptual framework from the psychiatric and mental health nursing professional standard. Nevertheless, there are some studies on competencies in various ways as summarized below.

Siriporn Jirawatkul and associates (1997:53) studied essential competencies of professional nurses in psychiatric and mental health nursing by observing the performance of 41 professional nurses, having group discussion with 37 patients, 38 nurse administrators, 62 nurse instructors and 201 professional nurses and interviewing 17 experts on mental health and psychiatry. It was found that the competencies essential for professional nurses in psychiatric and mental health nursing include self-awareness, therapeutic communication, consultation and helping interview, maintenance of therapeutic relationship, management of group therapy activities, and analysis of problems in patients with depression, anger, discouragement, rejection and sexual distress. A study on clinical practice found that professional nurses working in psychiatric hospitals were not at significantly different level from those working in physical hospitals.

Kulwadee Mutumol and associates (2000: 49-59) studied the work empowerment and competencies in nursing practice of 286 staff nurses in tertiary hospitals. The results of this study show high level of competencies in nursing practice among the staff nurses in tertiary hospitals and in approaching the empowered work structure. It was found that the perception of the accessibility to work advancement, including the possession of knowledge and information and support beneficial to work achievement, had positive correlation with competencies in nursing practice at a statistical significant level ($r=0.54$, $p < 0.001$).

Jiemjit Judaboonth (1996) investigated the relationship of the organization atmosphere, tolerance and motivation with the performance of staff nurses in psychiatric hospitals. The sample, which was composed of 354 staff nurses working in psychiatric hospitals, reported that the organization atmosphere was mostly combined,

followed by open- and close-atmosphere. The psychiatric nurses' overall competency and the competency in each domain comprising leadership, planning and evaluation of nursing outcomes, communication and relationship development, emergency and critical care, provision of education to patients and their families, psychotherapy and environmental organization are at a high level. Only the competency in aspect of professional self-development was reported at a medium level. The friendly atmosphere and tolerance in aspect of controlling ability could predict performance competency.

Kanokwan Malanit (1999) investigated the appraisal of work performance among staff nurses working at Police Hospital. The study sample consisted of 216 staff nurses and 25 head nurses. It was found that the results of self-appraisal by staff nurses mostly indicated low level of competency, as well as the appraisal by head nurses. The results also show that personal work characteristics i.e. experience, additional training, attitude and perceived value toward nursing practice and the profession and work motivation have positive correlation with competency in nursing practice at a statistically significant level ($p < 0.05$).

Nittaya Inglinpant (1996) studied the relationship of basic factors, sense of work authority and satisfaction with work resources with the perception of competency in nursing practice of 124 professional nurses working in Chainart Hospital. The results show fairly high level of the perception of competency in nursing practice and the satisfaction with work resources whereas the sense of work authority was reported at a medium level. Age, education, nursing experience and additional training had positive relationship with the perception of competency in work performance at a statistically significant level .05, .05, .05 and .01, respectively.

Wantana Leepitakwattana (1999: 111) studied the performance appraisal of 156 staff nurses working in Chao-Phraya Yommaraj Center Hospital, Suphan Buri Province and found significant positive relationship between the organization atmosphere and the staff nurses' performance ($p = 0.002$). In the study of each aspect

comprising organization structure, leaders' behaviors and colleagues' behavior, positive relationship with the work performance was also found at significant levels ($r = 0.317, 0.361, 0.223, 0.167, 0.165$, respectively). Work characteristics also had positive correlation with work performance at a significant level ($p = 0.000$) and the study in each aspect of characteristics comprising the variety, uniqueness, importance, independency and feedback outcomes also revealed positive correlation with work performance ($r = 0.317, 0.361, 1.223, 0.167, 0.165$, respectively). The commitment with the organization also had positive correlation with staff nurses' performance at a significant level ($p = 0.018$). The study in each aspect of commitment comprising acceptance of the organization's goals and willingness to dedicate for the organization also demonstrated significant positive correlation with work performance ($r = 0.232$ and 0.169 , respectively).

Chakrit Chumworathayee (1999: 54-55, 59-60) studied the performance appraisal of district public health academic officials in southern provinces and found that personal characteristics in aspects of age, gender, marital status, education level and family income were not related with the role performance of these public health officials. However, the role performance of district public health academic officials in southern provinces was found related with their experience, duration of time in the current position, and additional academic training.

Kannikar Suwannasakchai (2000) investigated the appraisal of work performance of nurses working in community hospitals in Kanchanaburi Province. The study was conducted with the total number of 329 technical nurses and professional nurses and found that the overall work performance was at a good level with the performance in aspect of nursing practice at the highest level. Personal characteristics comprising age, education, work experience and monthly salary had positive correlation with the nurses' performance at a statistically significant level ($P=0.001$) whereas stress had significant negative correlation with work performance ($P= 0.001$). Satisfaction with the nursing practice also had positive correlation with work performance at a significant level ($P = 0.001$).

Rojalek Intachoti (1996) studied the personality of 76 professional nurses working with psychiatric patients in the northern region and found the personalities of the sample at a medium level. The nurses demonstrated inappropriate personality in some aspects; for example, the domineering personality was presented at a high level and the personality in aspect of socializing with other people was at a low level. Difference in personality was found between nurses with difference experiences in working with psychiatric patients at a significant level 0.05.

Jularat Wirakarat (1991) conducted a study with 86 psychiatric nurses to examine personal characteristics, attitudes toward psychiatric nursing and self-utilization in the therapy among professional nurses working in psychiatric hospitals. She found that the psychiatric nurses demonstrated self-awareness as a good model at a medium level and their self-utilization for the therapy was at a low level. More than half of the nursing activities (51.61%) were focused on routine works. Psychiatric nurses who had received additional education in psychiatric nursing and had work experience between 5-13 years demonstrated average levels of self-awareness of being a good model and attitudes toward psychiatric nursing higher than those not receiving additional education concerning psychiatric nursing and having work experience for 1-4 years at a significant level 0.05.

Duongduan Chainoy (2001) studied the utilization of nursing process in the nursing practice of professional nurses working in psychiatric hospitals. The study, which was conducted with 290 professional nurses working in 10 psychiatric hospitals, found that the nurses reported the utilization of nursing process at a high level. The problems and barriers in using nursing process included lack of knowledge, lack of skill, and disliking the process. Nurses with different experiences reported no difference in using the nursing process but nurses receiving different trainings demonstrated significant differences in the utilization of nursing process at the statistical level 0.05.

In their study of the needs of knowledge and nursing skills among psychiatric nurses, Yajai Sitthimongkol and associates (2000: 53) conducted a research with 618 professional nurses working in psychiatric hospitals affiliated with the Department of Mental Health and in psychiatric wards of hospitals affiliated with the Ministry of University Affairs. It was found that the sample expressed the needs of knowledge in seven areas. The areas with average scores in the highest range were assistance to psychiatric patients' families, the process of nursing care for psychiatric patients, nursing therapy, pharmacotherapy for psychiatric management and basic theories of psychology and psychiatric nursing. The areas of needs with average scores in the high range were the effect of neurological functioning on mental symptoms and patient assessment. The five skills reported with highest average scores of needs were family consultation, patient consultation, therapeutic relationship development, family therapy and therapeutic communication techniques.

Bondy and associates (1997: 66) conducted a study with 51 nursing students to examine the development of tool for the appraisal of competency in clinical psychiatric nursing practice. The tool, which was composed of 80 competencies divided into 6 categories comprising 1) basic knowledge and critical thinking, 2) nursing process, 3) nursing interventions, 4) communication skills, 5) professional socialization skills and 6) self-evaluation, was found having overall reliability value 0.96.

The review of related literature and research found that only the research conducted by Siriporn Jirawatkul and associates (1997:53) stated the study of professional nurses' competencies in psychiatric and mental health nursing. The results of this study reported personal characteristics, which are part of competencies, essential for psychiatric nurses in aspects of properties and abilities in performing therapeutic roles. The research conducted by Jiemjit Judabooth (1996), which was a study of the nursing practice of staff nurses in psychiatric hospitals, examined the abilities of working in seven domains, not including the community mental health service and other related issues such as roles and functions, the needs of additional

knowledge and skills for psychiatric nursing practice, some inappropriate personalities for psychiatric nursing practice, factors affecting nursing practice and the development of instrument to appraise the competencies of psychiatric nurses.

There was not a study on psychiatric nurses' competencies that covers the psychiatric nursing practice stated in the psychiatric and mental health nursing professional standard.

The researcher of this study, therefore, was interested in studying the competencies in psychiatric nursing practice of psychiatric nurses in Thailand within the conceptual framework from the professional standard of psychiatric and mental health nursing B.E. 2536. The results of this study could be used as basic information about the competencies of psychiatric nurses in Thailand and could be applied for further improvement of psychiatric nurses' competencies in delivering psychiatric nursing care that is relevant to the current problems and needs, as well as in the future. The improvement will also be a part of the nursing service reform according to the Health Reform Policy (Tassana Boontong, 2000: 64-65) as it will lead to the service quality, which does not only reflect professional development but is also beneficial for clients.

CHAPTER III

METHODOLOGY

Research Design

This study, of descriptive research design, aimed to examine the psychiatric nursing competencies of psychiatric nurses in Thailand.

Population and Sample

The population of this study consisted of 896 professional nurses working in 12 psychiatric hospitals affiliated with the Department of Mental Health in several regions of Thailand. The number of professional nurses from each hospital is presented below (Nursing Workgroup of each hospital, 2002).

Suanprung Hospital	112
Nakhonsawan Ratchanakarin Psychiatric Hospital	25
Khonkaen Ratchanakarin Psychiatric Hospital	75
Nakhonphanom Ratchanakarin Psychiatric Hospital	20
Nakhonratchasima Ratchanakarin Psychiatric Hospital	58
Phrasimahaphodi Hospital	125
Srithanya Hospital	160
Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	88
Galya Rajnakarindra Institute	50
Suansaranrom Hospital	152
Loei Ratchanakarin Psychiatric Hospital	13
Srakaew Ratchanakarin Psychiatric Hospital	18
Total	896

Instrumentation

The researcher developed a questionnaire as the instrument for data collection, based on the psychiatric and mental health nursing professional standard combined with information obtained from the related literature, textbooks, documents

and research papers, as well as consultations with research advisers and experts. The questionnaire was composed of three parts, as detailed below.

Part 1. Personal characteristics of the psychiatric nurse. The questions in this part aimed to obtain demographic data, including age, gender, marital status, education, work experience, the workplace and receipt of additional training. There were 10 items with multiple-choice and open-ended questions.

Part 2. Competencies in psychiatric nursing as actually performed in the delivery of psychiatric nursing care to clients. This part contained questions concerning psychiatric nursing competencies according to the psychiatric and mental health nursing professional standard. There were 87 question items for all 11 areas of the standard. The numbers of questions in each area are listed below.

1. Health assessment	11	items
2. Nursing care plan	7	items
3. Implementation of nursing care plan	7	items
4. Somatic therapy	12	items
5. Psychotherapy	8	items
6. Health education	6	items
7. Milieu therapy	8	items
8. Evaluation	5	items
9. Collaboration with health team members and other professionals	6	items
10. Community mental health services	13	items
11. Research and continuing education	4	items

The answers for each question were indicated in five rating scales. Each rating was interpreted as follows:

1. Lowest-level competency means having the ability to manage only simple problems and the person still requires suggestions and more skill practice.

2. Low-level competency means having the ability to solve problems independently, but the person still requires suggestions for complicated matters.

3. Medium-level competency means having the ability to manage both complicated and uncomplicated problems independently, without the need of suggestions; however, the person still needs more practice.

4. High-level competency means having the ability to manage both complicated and uncomplicated problems independently, without the need of suggestions or further practice.

5. Highest-level competency means having the ability to manage both complicated and uncomplicated problems effectively and independently, and the person is also able to predict potential upcoming problems.

Scoring criteria

1	Lowest-level competency	1	point
2	Low-level competency	2	points
3	Medium-level competency	3	points
4	High-level competency	4	points
5	Highest-level competency	5	points

The questionnaire scores ranged from 87- 435 points

A low score indicated that the respondent had low-level competency in nursing practice.

A high score indicated that the respondent had high-level competency in nursing practice.

Scoring data were interpreted with the following criteria

Average scores

4.50 - 5.00 means the respondent had very high competency in psychiatric nursing practice.

3.50 - 4.49 means the respondent had high competency in psychiatric nursing practice.

2.50 - 3.49 means the respondent had moderate competency in psychiatric nursing practice.

1.50 - 2.49 means the respondent had low competency in psychiatric nursing practice.

1.00 - 1.49 means the respondent had very low competency in psychiatric nursing practice.

Part 3. Opinions about problems and barriers in psychiatric nursing practice and suggestions. This part contained 4 open-ended questions.

Qualification of the research instrument

Validity of the Instrument

The researcher submitted the instrument to five selected experts in psychiatric nursing for their comments and for examination of content validity, including the appropriateness of the language used. After receiving comments and suggestions from the experts, the researcher discussed revision of the instrument with research advisers and made amendments according to the comments and suggestions received. The panel of experts reviewing the instrument was composed of:

- 3 nurse instructors specializing in psychiatric and mental health nursing; and
- 2 psychiatric nurses.

Reliability of the Instrument

After the content of the questionnaire was revised and validated, the researcher piloted the research questionnaire with 30 psychiatric nurses working in Suansararnrom Hospital, Suratthani Province. The reliability value of the instrument was subsequently calculated with the Cronbach's alpha coefficient formula (Yuwadee Luecha, 2000: 127). The overall reliability value of the questionnaire was 0.98 and the reliability values of the questions in each area of the professional standard are as follows:

1. Health assessment	0.89
2. Nursing care plan	0.93
3. Implementation of nursing care plan	0.90
4. Somatic therapy	0.94
5. Psychotherapy	0.92
6. Health education	0.88
7. Milieu therapy	0.89
8. Evaluation	0.89
9. Collaboration with health team members and other professionals	0.91
10. Community mental health service	0.92
11. Research and continuing education	0.81

Protection of Human Subjects

Before collecting the data, the researcher provided the consent form (see Appendix B) to the potential subjects for the purpose of the protection of human subjects. The researcher gave information about the purpose of the study and the subjects were informed that their names would not be attached to their data and that a code number would be used on the questionnaire instead. They were ensured that the data collected from them would be kept strictly confidential. Moreover, they could withdraw from the study at any time if they wished, and their decision would not affect them negatively in any way.

Data Collection

The researcher distributed the questionnaire to the population of the study by hand- and mail-delivery. The data were collected in the following manner:

1. The researcher requested a letter of introduction from the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, addressed to the directors of the sample hospitals, requesting cooperation in data collection. The sample hospitals comprised Suanprung Hospital, Nakhonsawan Ratchanakarin Psychiatric Hospital, Khonkaen Ratchanakarin Psychiatric Hospital, Nakhonphanom Ratchanakarin Psychiatric Hospital, Nakhonratchasima Ratchanakarin Psychiatric Hospital, Prasimahabhodi Hospital, Srithanya Hospital, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Galya Rajnakarindra Institute, Suansarnrom Hospital, Loei Ratchanakarin Psychiatric Hospital, and Srakaew Ratchanakarin Psychiatric Hospital.

2. After permission for data collection was granted, the researcher met the heads of the nursing divisions to inform them of the objectives of the study and the selection of the sample to attain the determined sample size. The researcher also requested their cooperation in conducting the research. For the hospitals receiving the mailed questionnaires, the researcher explained the objectives and detail of the study through telephone conversations.

3. The researcher gave copies of the questionnaire to the heads of the nursing divisions either via hand-delivery by the researcher, or by mail. A total of 896 copies was distributed to the sample hospitals, according to the sample size in each

hospital. The researcher made an appointment to collect the respondents' questionnaires, either by hand or by mail, in four weeks.

The total time used for collecting the data, starting from the receipt of permission for data collection to the completion of data collection, was four months – from 1 October 2002 to 31 January 2003. The total number of returned questionnaires was 701, so that the number of respondents was 78.24% of the total study population.

4. The responses were examined and it was found that 643 of the 701 returned questionnaires had complete responses, which was 72% of the total study population. The questionnaires with complete responses were then coded for data analysis.

Data analysis

The data obtained were analyzed with the computer program SPSS/PC (Statistical Package for the Social Sciences/ Personal Computer Plus), as follows:

1. Demographic data, i.e. age, gender, marital status, work experience in psychiatric unit, education, work division, characteristics of work and additional training were analyzed by frequency count method and the results were expressed in percentage values for further description of the population's characteristics.

2. Mean values and standard deviations of the scores for overall competency in psychiatric nursing practice were calculated, including those of each standard domain. The resultant mean values were interpreted according to the interpretation criteria.

3. The problems, barriers, and suggestions were categorized into groups and their numbers analyzed by frequency count method, and expressed in percentage values.

CHAPTER IV

RESULTS

This research was a study of competencies in psychiatric nursing of psychiatric nurses in Thailand. Data were collected with a questionnaire distributed to 896 professional nurses working in 12 psychiatric hospitals affiliated with the Department of Mental Health in all regions of Thailand. A total of 701 questionnaires, or 78.24% of all questionnaires, were returned. Among these questionnaires, 643 of them were completely responded and could be used for data analysis, yielding an overall response rate of 72% of the whole population.

The results of this study are presented in three parts in the following order:

Part 1: Personal characteristics of psychiatric nurses in Thailand

Part 2: Competencies in psychiatric nursing of psychiatric nurses in Thailand

Part 3: Problems/ barriers and suggestions concerning competencies in psychiatric nursing

Part 1: Personal characteristics of psychiatric nurses in Thailand

Table 1 Number and percentage of psychiatric nurses in Thailand, classified by personal characteristics

Personal characteristics	No. (N = 643)	%	Personal characteristics	No. (N = 643)	%
Gender					
Female	560	87.1	Experience in psychiatric nursing (Years)		
Male	83	12.9	1-5	96	14.9
Marital status					
Single	226	35.1	6-10	88	13.7
Married	382	59.4	11-15	116	18.0
Widowed/ Divorced/Separated	35	5.4	16-20	217	33.7
Age (Years)					
20 - 30	123	19.1	21-25	56	8.7
31 - 40	320	49.8	≥ 26	70	10.9
41 – 50	149	23.2	(X = 15.22 SD = 7.9 MIN = 1 MAX = 39)		
51 – 60	51	7.9	Work place		
(X= 38.12 SD = 8.04 MIN = 20 MAX = 60)			Phrasrimahabhodi Psychiatric Hospital	94	14.6
Highest education					
Beachelor’s degree or similar level	567	88.1	Nakhonsawan Ratchanakarin Psychiatric Hospital	23	3.6
Master’s degree in mental health and psychiatric nursing	37	5.8	Khonkaen Ratchanakarin Psychiatric Hospital	39	6.1
Master’s degree in other subjects*	39	6.1	Nakhonratchasima Ratchanakarin Psychiatric Hospital	48	7.5
Doctoral degree	0	0	Suanprung Hospital	86	13.4
Health service department					
In-patient	489	76	Srithanya Hospital	115	17.9
Out-patient	79	12.3	Galya Rajnakarindra Institute	37	5.8
Community psychiatry	25	3.9	Suansaranrom Hospital	115	17.9
Others **	50	7.8	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	57	8
Joining in a Training program concernin psychiatric nursing					
Never	167	26.0	Nakhonphanom Ratchanakarin Psychiatric Hospital	9	1.4
Yes	476	74.0	Loei Ratchanakarin Psychiatric Hospital	8	1.2
Practice Setting					
			In hospital only	388	60.4
			In community only	0	0
			In hospital more than in community	242	37.6
			In community more than in hospital	13	2.0

* Education administration, Counseling psychology, Political Science, Community, Developmental psychology, Health education, developmental administration, Community medical science, Master’s degree of Arts, Nursing administration.

** Nursing Workgroup, Academic Promotion and Mental Health Service, Day hospital, Public Relations, Research and Developmental Centers.

Referring to Table 1, the majority of the respondents were female (87.1%), married (59.4%) and aged between 31-40 years (49.8%). Most of them were educated with a Bachelor's degree or similar level (87.1%). The other 11.9% of the respondents were educated with a Master's degree; among these, 5.8% had Master's degree in mental health and psychiatric nursing. The shortest duration of experience in psychiatric nursing was one year and the longest duration was 39 years. The majority of the respondents had experience in psychiatric nursing between 16-20 years (33.7%). The greatest proportion of the respondents worked in Srithanya Hospital and Suansaranrom Hospital with 115 nurses or 17.9% of the total number of respondents in each hospital. The majority of the respondents (60.4%) practiced in hospital only; the other 39.6% practiced in both hospital and community. Nevertheless, only 2% of the respondents practiced in community more than in hospital. Most respondents (74%) had attended training programs in psychiatric nursing.

Part 2: Competencies in psychiatric nursing of psychiatric nurses in Thailand**Table 2** Number, percentage, mean and standard deviation of the overall competencies in psychiatric nursing

Competency	No (N=643)	%	\bar{X}	SD	Competency level
Respondents					
practicing all domains	278	43.2	3.85	0.64	High
Very low	1	0.2			
Low	2	0.3			
Medium	67	10.4			
High*	173	26.9			
Very high	35	5.4			
Respondents not practicing all domains					
practicing all domains	365	56.8			
Total	643	100			

As shown in Table 2, 278 respondents (43.2%) reported practicing psychiatric nursing in all standard domains. The overall competency was at a high level. The other 56.8% of the respondents did not practice all domains, thus no results of the overall competency in this group.

Table 3 Mean and standard deviation of competency scores of the respondents practicing all domains

Standard domain	Performance competency		
	\bar{X}	SD	Competency level
1. Health assessment	3.86	0.60	High
2. Nursing care plan	3.85	0.68	High
3. Implementation of nursing care plan	4.00	0.61	High
4. Somatic therapy	4.20	0.59	High
5. Psychotherapy	3.94	0.69	High
6. Health education	3.76	0.73	High
7. Milieu therapy	3.96	0.64	High
8. Evaluation	3.84	0.68	High
9. Collaboration with nursing staff and other health professionals	4.00	0.71	High
10. Community health service	3.30	1.02	Moderate
11. Research and continuing education	3.62	0.88	High

Data in Table 3 show that the respondents who practiced all standard domains had high level of competency in all domains of psychiatric nursing (\bar{X} ranged from 3.62 - 4.20), except the community mental health service domain, of which the result show moderate level of competency ($\bar{X} = 3.30$). The highest mean score was found in the respondents' competency in somatic therapy ($\bar{X} = 4.20$). However, the respondents did not have a very high competency in any of the standard domains.

Table 4 Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the health assessment domain

Competency	No.	%	\bar{X}	SD	Competency level
Standard 1: health assessment					
-Practiced	595	92.5	3.86	0.60	High
Very low	0	0			
Low	4	0.6			
Medium	144	22.4			
High*	376	58.5			
Very high	71	11.0			
-Never practiced in some item	48	7.5			
Total	643	100			

As shown in Table 4, 92.5% of the respondents reported practicing health assessment and the competency in this domain is at a high level. The other 7.5% could not self-appraise the competency due to no performance in some item in this domain.

Table 5 Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the nursing care plan domain

Competency	No.	%	\bar{X}	SD	Competency level
Standard 2: Nursing care plan					
-Practiced	634	98.6	3.85	0.68	High
Very low	1	0.2			
Low	9	1.4			
Medium	167	26.0			
High*	361	56.1			
Very high	96	14.9			
-Never practiced in some item	9	1.4			
Total	643	100			

Data in Table 5 show that 98.6% of the respondents who practiced the nursing care plan domain had competency in this domain at a high level where as the other 1.4%, who never practiced in some item, could not self-appraise their competency in this domain.

Table 6 Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the implementation of nursing care plan domain

Competency	No.	%	\bar{X}	SD	Competency level
Standard 3: Implementation of nursing care plan					
-Practiced	634	98.6	4.00	0.61	High
Very low	0	0			
Low	5	0.8			
Medium	104	16.2			
High*	408	63.5			
Very high	117	18.2			
-Never practiced in some item	9	1.4			
Total	643	100			

Data in Table 6 show that 98.6% of the respondents who conducted implementation of nursing care plan had competency in this domain at a high level whereas the other 1.4%, who never implemented nursing care plan in some item, could not self-appraise their competency in this domain.

Table 7 Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the somatic therapy domain

Competency	No.	%	\bar{X}	SD	Competency level
Standard 4: Somatic therapy					
-Practiced	533	82.9	4.20	0.59	High
Very low	1	0.2			
Low	2	0.3			
Medium	39	6.1			
High*	335	52.1			
Very high	156	24.3			
-Never practiced in some item	110	17.1			
Total	643	100			

As shown in Table 7, 82.9% of the respondents who conducted somatic therapy reported high level of competency in this domain. The other 17.1% could not self-appraise their competency in this domain as they never perform the practice in some item this domain.

Table 8 Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the psychotherapy domain

Competency	No.	%	\bar{X}	SD	Competency level
Standard 5: Psychotherapy					
-Practiced	516	80.2	3.94	0.69	High
Very low	1	0.2			
Low	7	1.1			
Medium	111	17.3			
High*	297	46.2			
Very high	100	15.6			
-Never practiced in some item	127	19.8			
Total	643	100			

As shown in Table 8, 80.2% of the respondents psychotherapy and their competency in this domain were at a high level. The other 19.8% never conducted psychotherapy in some item thus could not self-appraise their competency in this domain.

Table 9 Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the health education domain

Competency	No.	%	\bar{X}	SD	Competency level
Standard 6: Health education					
-Practiced	500	77.8	3.76	0.73	High
Very low	1	0.2			
Low	15	2.3			
Medium	154	24.0			
High*	259	40.3			
Very high	71	11.0			
-Never practiced in some item	143	22.2			
Total	643	100			

As shown in Table 9, 77.8% of the respondents gave health education and had competency in this standard domain at a high level. The other 22.2% never conducted nursing practice in some item in this domain thus could not report the competency level.

Table 10 Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the milieu therapy domain

Competency	No.	%	\bar{X}	SD	Competency level
Standard 10: Milieu therapy					
-Practiced	600	93.3	3.96	0.64	High
Very low	1	0.2			
Low	3	0.5			
Medium	122	19.0			
High*	364	56.6			
Very high	110	17.1			
-Never practiced in some item	43	6.7			
Total	643	100			

Data in Table 10 show that 93.3% of the respondents conducted nursing practice in the milieu therapy domain and they had competency in this domain at a high level. The other 6.7% of the respondents could not self-appraise their competency as they never conducted the nursing practice in some item in this domain.

Table 11 Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the evaluation domain

Competency	No.	%	\bar{X}	SD	Competency level
Standard 8: Evaluation					
-Practiced	631	98.1	3.84	0.68	High
Very low	0	0			
Low	9	1.4			
Medium	176	27.4			
High*	350	54.4			
Very high	96	14.9			
-Never practiced in some item	12	1.9			
Total	643	100			

As shown in Table 11, 98.1% of the respondents who had conducted nursing practice in the evaluation domain had high competency in the practice of this domain. The other 1.9% could not self-appraise the competency as they never performed the practice in some item in this domain.

Table 12 Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the collaboration with nursing team members and other professionals domain

Competency	No.	%	\bar{X}	SD	Competency level
Standard 9: Collaboration with nursing team members and other professionals					
-Practiced	608	94.6	4.0	0.71	High
Very low	1	0.2			
Low	7	1.1			
Medium	115	17.9			
High*	325	50.5			
Very high	160	24.9			
-Never practiced in some item	35	5.4			
Total	643	100			

Data in Table 12 show that 94.6% of the respondents collaborate with nursing team members and other professionals at a high competency level. The other 5.4% of the respondents did not conduct this standard domain thus could not self-appraise their competency due to no performance in some item in this aspect.

Table 13 Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the community mental health service domain

Competency	No.	%	\bar{X}	SD	Competency level
Standard 10: Community mental health service					
-Practiced	337	52.4	3.30	1.02	Moderate
Very low	15	2.3			
Low	54	8.4			
Medium	121	18.8			
High*	106	16.5			
Very high	41	6.4			
-Never practiced in some item	306	47.6			
Total	643	100			

As shown in Table 13, 52.4% of the respondents practicing community mental health service reported competency in this domain at a moderate level whereas the other 47.6% could not self-appraise their competency due to no performance in some item in this domain.

Table 14 Number, percentage, mean, standard deviation and level of competency in the research and continuing education domain

Competency	No.	%	\bar{X}	SD	Competency level
Standard 11: Research and continuing education					
-Practiced	554	86.2	3.62	0.88	High
Very low	7	1.1			
Low	42	6.5			
Medium	194	30.2			
High*	222	34.5			
Very high	89	13.8			
-Never practiced in some item	89	13.8			
Total	643	100			

Data in Table 14 show that 86.2% of the respondents conducting research and having continuing education demonstrated high competency in this domain. The other 13.8% never conducted the practice in some item in this domain thus could not self-appraise the competency.

Part 3: Problems/ barriers and suggestions concerning competencies in psychiatric nursing

Table 15 Number and percentage of problems and barriers affecting competencies in psychiatric nursing practice, classified by management, man and material (N = 402; each respondent could give more than one response to an answer.)

Problem and barrier	No.	%
1. Management		
1.1 Role and duty assignment	193	48.00
1.2 Inappropriate allocation of manpower to a task	124	30.85
1.3 No policy for clinical practice	57	14.18
2. Man		
2.1 Lack of practical experience	165	41.04
2.2 Lack of knowledge	83	20.65
2.3 Lack of willpower and mental support	44	10.95
2.4 Lack of coordination and cooperation between different departments	25	6.22
2.5 Lack of teamwork	12	2.99
2.6 Lack of help and support from staff of the same profession	4	0.99
3. Material		
3.1 Inappropriate setting and structure of the workplace	12	2.99

As shown in Table 15, the 402 respondents giving answers in this part consistently responded that the most important problems or barriers in psychiatric nursing was the problems concerning management, followed by man and material. Nearly half of the respondents (48%) reported problems concerning role and duty assignment. In aspect of man, 41.04% found problems due to lack of experience. The minority of the respondents, only 2.99%, reported problems concerning working material.

Table 16 Number and percentage of suggestions for solving problems to enhance competencies in psychiatric nursing practice, classified by management, man and material (N = 275; each respondent could give more than one response to an answer.)

Suggestion	No.	%
1. Management		
1.1 Assign roles and duties to enhance competency	217	78.91
1.2 Give support for continuous improvement of knowledge, skill and experience with equal opportunities for all staff	125	45.45
1.3 Allocate manpower and task that are appropriate to roles and duties	75	27.27
1.4 Give mental support and raise work spirit, e.g. having reward, welfare, etc.	39	14.18
2. Man		
2.1 Promote good relationship among work departments	19	6.91
2.2 Encourage cooperation and participation in teamwork	19	6.91
2.3 Promote support from members of the same professions	2	0.73
3. Material		
	0	0

As shown in Table 16, the 275 respondents giving suggestions for solving problems to improve competencies in psychiatric nursing considered management as the first priority. The majority of them (78.91%) suggested the role and duty assignment to promote the performance for competency enhancement, followed by giving support for continuous improvement of knowledge and skill with equal opportunities for all staff (45.54 %) and appropriate management of manpower and task assignment.

CHAPTER V

DISCUSSION

This research studied the psychiatric nursing competencies of psychiatric nurses in Thailand aiming to examine the sample's competencies in psychiatric nursing practice. The sample was composed of 643 psychiatric nurses working in 12 psychiatric hospitals affiliated with the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, yielding 72% of the total population of the study. The majority of the respondents was female (87.1%), married (59.4%) and aged between 31– 40 years (49.8%). Most, 88.1%, were educated to bachelor's degree or equivalent levels, and 11.9% had a master's degree. Approximately half of the respondents having a master's degree (5.8%) had a degree in mental health and psychiatric nursing. The shortest duration of nursing experience found in this study was one year and the longest was 39 years, with the majority of the respondents (33.7%) practicing in psychiatric nursing for 16-20 years. The largest proportions of the respondents were from Srithanya Hospital and Suansaranrom Hospital, with an equal number of 115 respondents (17.9%) from each hospital. For their practice setting, most respondents practiced in a hospital (60.4%) and the other 39.6% practiced in both a hospital and in the community, and of these, the majority worked in the hospital more than in the community (37.6%). Only 2% of the respondents reported practicing in the community more than in the hospital. Most respondents (74%) received additional psychiatric nursing-related training (Table 1).

The results are discussed according to the objectives of the study, as detailed below.

This study found overall competency in psychiatric nursing practice at a high level ($\bar{X} = 3.85$, $SD = 1.64$; Table 2). This finding is consistent with the result of a

study conducted by Kulwadee Mutumol and associates (1999: 50), which found that staff nurses working in tertiary hospitals had high levels of competency in nursing practice. It also agrees with a study conducted by Jiemjit Judabooth (1996), which found that the overall performance competency of staff nurses in psychiatric hospitals was at a high level. The findings in the current study may be explained as follows:

1. Qualifications of the respondents. Qualifications consist of education, work experience, and certification. According to Stuart and Laraia (2001: 7-12), these factors affect work performance; thus qualifications could explain the findings of this study.

Education. The results showed that the respondents were educated at bachelor's degree (88.1%) and master's degree levels (11.9%), These are educational levels that could prepare nurses with the necessary knowledge, skills and efficiency, to meet the standard for professional nurses as prescribed by the Nursing Council. This education level receives a certification from the professional organization, for practitioners who have passed an education system to develop their abilities to the extent that they could take on the roles and responsibilities of professional nurses (Nanthana Namfon, 1996: 23, 59).

Work experience. This study found that the greatest proportion of the respondents had had 16-20 years' experience in psychiatric nursing (average 15.22 years). Referring to Benner (1984: 13-38), accumulated experience is a step towards becoming a nursing specialist. Saipin Kasemkitwattana (1995: 3) added that accumulated experience constantly defines the thinking process and specialized nursing skills because, in addition to knowledge, work experience can lead to better work performance (Sermsak Visalaporn, 1978: 34). Although work experience does not replace education, it does provide an added and necessary dimension to the nurse's level of competence and ability to function therapeutically (Stuart & Laraia, 2001: 7-12; Stuart & Sundeen, 1991: 18-24). This is consistent with the study entitled 'New nurse graduates' understanding of competence' conducted by Ramritu and Barnard (2001: 51,52), which found that work experience increases competency in nursing. They wrote that "someone who's been nursing for 10 years is going to be a more competent nurse, who will deliver better care than someone who's been nursing for 8 weeks" and "New graduates described that it was not possible to be able to perform all

the skills as beginning level practitioners, just after graduation. Expertise developed experience in performing skills in the clinical setting following graduation". Studies conducted by Nittaya Inglinpunt (1996) and Kannikar Suwansakchai (2000) also found positive correlations between work experience and work performance.

Certification. It was found that 74% of the respondents received additional training in psychiatric nursing (Table 1). According to Sompong Kasemsin (1983: 179), training is a staff development technique that can increase practitioners' competency in the aspects of thoughts, action, knowledge, abilities, skills, and various behaviors, so that they can more effectively conduct their work according to their responsibilities. This finding supports the results of studies conducted by Kanokwan Malanit (1999: ngor) and Chakrit Chumworathayee (1999: 54-55, 59-60), which found that work experience and additional training have positive correlations with work competency.

2. Practice setting. All the respondents in this study were professional psychiatric nurses working in psychiatric hospitals that have functioned as training sites for nursing, medicine, psychology, social welfare, and other related discipline students. Students from all universities, either government or private, must attend these hospitals for their training due to the limited number of psychiatric hospitals in Thailand. Psychiatric hospitals are considered prime academic resources. The working environment is conducive to academic advancement. Nurses who are working in these psychiatric hospitals continually gain new knowledge and practice nursing on the basis of psychiatric nursing principles (Chantasid, M., 2001: 51-52). The performance of nursing practice on the basis of psychiatric nursing principles takes deep root in the work behavior of the psychiatric nurse. Moreover, performance that is based on accurate concepts of nursing practice, in addition to advanced knowledge and technology, encourage these psychiatric nurses to constantly develop their knowledge and competency in psychiatric nursing practice.

3. Laws. According to the constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 1997, Act 52 states that people are equal in terms of receiving public health services and persons suffering from poverty may receive medical care from government health services free of charge. Act 82 of the constitution states that the government has to provide and promote public health services with universal coverage and with

efficiency. The Ministry of Public Health has encouraged all health service organizations to improve their services to achieve the goals of universal coverage, efficiency, quality, and accountability (Tassana Boontong, 2000: 9-11; Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2001: 22-24). Hospital Accreditation (HA) has led to the requirement of nursing quality assurance. Nursing quality refers to the excellence of nursing services delivered by nursing professionals (Chutima Haruethai, 1999: 3), which is a significant component of hospital quality assurance. Since nursing is a primarily hospital-based service, its quality must be measured, to appraise work performance by comparison with a set of criteria or an identified nursing standard (Patcharee Tansiri, 1998: 8-10). Thus, the law is an important factor directly influencing the improvement of competencies in the nursing profession. Thus, the practical methods aiming for increased nursing quality may lead nurses to develop their competency to a high level. Among the 12 psychiatric hospitals studied, 9 were quality-assured. Of these, 8 hospitals (Galya Rajnakarindra Institute, Suansarnrom Hospital, Suanprung Hospital, Phrasimahabhodi Hospital, Nakhon Ratchasima Ratchanakarin Psychiatric Hospital, Khonkaen Ratchanakarin Psychiatric Hospital, Nakhonphanom Ratchanakarin Psychiatric Hospital and Loei Ratchanakarin Psychiatric Hospital) received ISO 9002 certification. One hospital, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, is certified with the Hospital Accreditation (HA) Standard (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2002: 28). In the 9th National Economic and Social Development, the Department of Mental Health policy aims to improve the quality of all mental health service centers affiliated with the Department of Mental Health, to meet the standard of the Hospital Accreditation criteria by the end of the 9th Plan (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2001: 64).

Referring to the above discussion, the three aforementioned factors could explain the high level of overall competency in psychiatric nursing practice of the psychiatric nurses in this study.

The results show varying numbers of respondents practicing each standard domain (Table 4-14). However, the respondents demonstrated high-level competency in all domains (\bar{X} 3.62-4.20) except for the community mental health service domain, in which the competency was at a moderate level (\bar{X} = 3.30). The highest level of

competency was found in the somatic therapy domain ($\bar{X} = 4.20$). However, the respondents did not demonstrate very high levels of competency in any domain (Table 3). These results may be explained in the following discussion.

The highest average competency score was found in the somatic therapy domain ($\bar{X} = 4.20$). This may be due to the fact that the services of the Department of Mental Health were originally focused on medical management (Winai Wiriyakijja, 2000: 1). Patients with psychiatric disorders used to receive treatment in the hospital, and thus most of the work of psychiatric nurses was assisting physicians in medical treatment. Nurses had very little role in promotion and the prevention of mental health disease (Tassana Boontong & Premruethai Noimuenwai, 2001: 29). Moreover, hospitalized patients usually have severe symptoms and are in a critical condition, requiring complicated management; therefore, hospital care is secondary or tertiary care. As a consequence, nursing practice must emphasize biological psychiatry, including pharmacological therapy and electrotherapy (Jarawan T. Skul, 2001: 39; Yajai Sitthimongkol, 1999: 227-228; Jutamanee Sutthisrisang & Yajai Sitthimongkol, 2001: 5). Therefore, psychiatric nurses tend to be highly competent in this domain, revealed by the fact the score for competency was higher for somatic therapy than the other domains.

The results indicate high competency levels in health assessment, nursing care planning, nursing care plan implementation, psychotherapy and evaluation ($\bar{X} = 3.86, 3.85, 4.00, 3.94, 3.84$, respectively). This is probably because the competencies in health assessment, nursing care planning, nursing care plan implementation, psychotherapy and evaluation are competencies in following the nursing process, which has been a nursing tool and has been taught in the nursing professional curriculum for more than two decades. Since the year 1977, most textbooks on psychiatric nursing have applied the concept of nursing process to psychiatric nursing practice (Jarawan T. Skul, 1999: 11). That period of time, from 1977 to the time of this study, approximates the duration of work experience of most respondents (16-20 years). It is very likely that the respondents were familiar with the

concept and had experience in enhancing their competencies through the use of nursing process.

The respondents had competency in collaborating with nursing team members and other professionals at a high level ($\bar{X} = 4.00$). This is probably because the management of psychiatric patients is different from the management of other physical illnesses as it usually requires combinations of therapeutic methods, such as pharmacological therapy, psychotherapy, activity therapy, and milieu therapy (Charuwan Ekoramaipol, 1986: 3). Psychiatric management requires the cooperation of the psychiatric team, which is a multidisciplinary team. Apart from managing the patient according to their roles and functions, the team members need to coordinate with each other for complete treatment outcomes (Oraphun Luebunthawatchai, 2001: 288). In addition, psychosocial problems and needs are complicated and are highly abstract. The assessment and analysis of the clients' actual needs and problems require information from various sources; thus discussion and opinion exchanges among the team members are essential. Moreover, in nursing practice, a nursing team usually has pre- and post-conference, supervisory conference, transferal or consultation. These activities require skills in collaborating with nursing team members and other professionals.

The respondents' competency in health education was at a high level ($\bar{X} = 3.76$). This result agrees with a study conducted by Jiemjit Judabooth (1996), which found that staff nurses working in psychiatric hospitals had a high level of competency in teaching patients and their families. This is probably due to the fact that health education is a major responsibility in psychiatric and mental health nursing. Nurses usually teach or provide knowledge to patients and their families on several occasions, either formally or informally. Health education may be provided to promote mental health, rehabilitate patients from mental illness by helping them modify their inappropriate coping techniques, or help them adjust their life plan by maintaining their activities with their full potential (Stuart & Sundeen, 1991: 161). Health education is an independent role that nurses could initiate and conduct by themselves (Tassana Boontong & Premruethai Noimuenwai, 2001: 29). Nurses are required to

constantly act as teachers because psychiatric patients may not, sometimes, even be able to perform simple tasks. Nurses, therefore, teach and give them advice, encouraging them to learn so that they can live a fairly happy life without being a substantial burden on other people. Nurses may have to teach patients how to have a shower, brush their teeth, take care of personal hygiene, and eat food. They have to train patients to control their emotions, live with other people, develop relationships with other people, and solve daily problems. Furthermore, nurses also need to give patients, and their families, useful information about the sources of services that can respond to their needs. Nurses also give information to the community to gain cooperation in caring for patients (Naviya Pirom, 1998: 28). It is evident that nurses must constantly play the role of information providers or educators for the betterment of patients' symptoms, so that they can be self-reliant and can live in society. Moreover, the promotion of mental health and the prevention of mental illness also require teaching and advice to reduce clients' stress and to help clients seek appropriate techniques for the management of stress, frustration, and conflict before the illness recurs. This study found that the average competency scores of most question items were in the high range ($\bar{X} = 3.54-3.80$), except writing teaching plan and teaching according to the plan, of which competency was at a moderate level ($\bar{X} = 3.36$) (Table 6 in Appendix D).

The competency in milieu therapy was at a high level ($\bar{X} = 3.96$). This result is consistent with that of a study conducted by Jiemjit Judabooth (1996), which found that staff nurses working in psychiatric hospitals had high competency in milieu therapy. For this study, the results may be because most respondents (74%) received training in psychiatric nursing, and therefore had knowledge and understanding of milieu therapy. Moreover, the majority of the respondents (60.4%) worked only in the hospital. In the hospital setting, psychiatric nurses are constantly close to their patients, almost 24-hours a day, so nurses play significant roles in creating the therapeutic atmosphere. It is generally accepted that psychiatric nurses are essentially responsible for the milieu therapy (Pae Chansuk cited in Chaweewan Sattayatham, 1998: 195). It is a direct responsibility that is unavoidable. As stated by Hoflink, psychiatric nurses are the most suitable persons for creating the therapeutic

atmosphere. This is evident in the organization of various activities under nurses' responsibilities, starting from admission, when nurses help the patient adapt to the hospital environment. Nurses then help the patient become familiarized with activity groups, such as various group therapies, including the group preparing for hospital discharge, and the education group teaching patients and their families about self-management at home. Thus psychiatric nurses are highly competent in organizing the therapeutic environment.

Competency in conducting research and participating in continuing education programs was at a high level ($\bar{X} = 3.62$). Although the score was in the high range, the average competency score in this domain was lower than the scores of other domains in the high range. This result is consistent with the study conducted by Jiemjit Judabooth (1996: 176), which found that staff nurses working in psychiatric hospitals had medium-level competency in conducting research or joining a research project. This is probably because, in reality, only the minority of nurses has experience in conducting research. Education at a bachelor's degree level is usually deficient in the knowledge and skills needed for developing research competency. Although the current nursing curriculum contains the subject "research methodology", it is not sufficient to enable nurses to conduct research after graduation (Kobkul Pancharoenworakul, 1992: 19; Pranee Kanjanaworawong, 1997: 151).

Competency in community mental health service was at a moderate level ($X = 3.30$). This is probably because of the health policy. According to Tassana Boontong and Premruethai Noimuenwai (2001: 29), and Waraporn Chongcharoen (1998: 12-13), because of the policy only a minority of nurses has a chance to conduct community health service practice. Mental health services were not extended to the community until almost the end of the 4th National Economic and Social Development Plan period. Even then, however, there was no definite service pattern. Despite several attempts to establish community health services during the 6th to the 7th National Economic and Social Development Plan (1987-1996), the services were available in only some areas and patients still preferred utilizing the health services of psychiatric hospitals. In the 8th National Economic and Social Development Plan, the services

were aimed at the whole population and with improved quality. However, the community mental health service focusing on accessibility, whole-population coverage and equality is still in the process of implementation and many concerned organizations have commented that the implementation phase was a failure. Therefore, modification of the implementation process is needed, specifically in encouraging participation from other sectors, such as non-government organizations, the community and the general public (Jaruwan T. Skul, 2001: 409-411). Since the services are not extended to the community as stated in the policy, most nurses still only work in hospitals as they did in the past. The results of this study show that most respondents (60.4%) worked only in the hospital. Although the other 39.6% also worked in the community, most of them worked in the hospital more than the community. Only 2% of the respondents worked in the community more than the hospital (Table 1). Moreover, it was found that only 43.2% of respondents practiced all 11 standard domains (Table 2) and 47.6% reported never practicing some items of the community mental health service domain (Table 13). At present, the country is in the period of the 9th National Economic and Social Development Plan (2002-2006) but modification takes time. Moreover, the data for this study were collected at the beginning of the period. This may be another reason explaining the moderate level of competency in community mental health services of the respondents.

Problems/Barriers and Suggestions

The majority of the respondents reported problems in management as the first priority with problems in role and duty assignment (48%) and inappropriate allocation of manpower to the task (30.85%). The problems in the second priority level were related to personnel factors, comprising lack of practical experience (41.04%) and lack of knowledge (20.65%). The respondents suggested that the first thing to do to improve competency was to assign roles and duties that enhance competency (78.91%), give support for constant improvement in knowledge and experience, with equal opportunities for all staff (45.45%), and allocate manpower and tasks relevant to the roles and duties (27.27%) (Tables 15, 16). This finding is consistent with the report from a survey conducted by Charoen Chamchaeng and associates (1998: 44-45), which studied the distribution of nursing staff in psychiatric and mental health service

centers affiliated with the Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The survey found nursing staff working in other departments apart from the Nursing Division and inadequate numbers of psychiatric nurses in the organizations affiliated with the Department of Mental Health. As a consequence, the Nursing Workgroup had to allow technical nurses to work at a level approaching professional nurses. According to Tassana Boontong (1999: 94) and the Department of Mental Health, Ministry of Public Health (2002: 38), the number of psychiatric nurses has been continuously inadequate. The number of nurses in health service centers these days is approximately 40-50% of the actual desired manpower. Assigning nurses to perform jobs that they cannot do to their full potential, such as non-nursing jobs, appears to aggravate the inadequacy of nursing manpower. Thus, this problem should be addressed to improve nurses' competencies.

The respondents also answered questions about problems and barriers in psychiatric nursing and provided some suggestions, although the percentage was not very high. The problems and barriers included lack of psychological and spiritual support (10.95%), lack of inter-departmental cooperation (6.22%), lack of teamwork (2.99%), lack of support from members of the same profession (0.99%), and inappropriate location and building (2.99%). The respondents suggested the promotion of inter-departmental relationships (6.91%), encouragement of teamwork cooperation (6.91%), encouragement of support from members of the same profession (0.73%) (Tables 15, 16). These results are consistent with those of Wantana Leepitakwattana (1998: 111), who found a significant positive correlation between the organizational atmosphere and the performance of staff nurses. These problems involve the personal initiative factor, which affects the level of competency in nursing practice according to Stuart and Laraia (2001: 7-12) and Stuart and Sundeen (1991: 18-24). These barriers could be why the competencies of the psychiatric nurses were not in the very high range.

CHAPTER VI

CONCLUSION

Summary of the Study

This study, of descriptive research design, aimed to examine the competencies of psychiatric nurses in Thailand. The study population was composed of 896 professional psychiatric nurses working in 12 psychiatric hospitals affiliated with the Department of Mental Health in several regions of Thailand. Data were collected with a questionnaire, of which a total number of 701 (78.24%) were returned. Out of these, 643 questionnaires contained complete responses that could be used for data analysis, yielding an overall response rate of 72%.

The research instrument was a questionnaire developed from a conceptual framework based on the professional standard of psychiatric and mental health nursing B.E.2536. The questionnaire was composed of three parts: (1) personal characteristics of psychiatric nurses; (2) competencies in psychiatric nursing practice; and (3) problems/barriers in, and suggestions for, psychiatric nursing practice. Data were collected over a 4-month period, from 1 October 2002 to 31 January 2003. The data concerning the personal characteristics of psychiatric nurses and problems/barriers in, and suggestions for, psychiatric nursing practice were analyzed by frequency count method and the results were expressed in percentage values. For the competencies in psychiatric nursing practice, the results of overall competency and competency for each standard domain were calculated into mean values and standard deviations.

Findings

The majority of the respondents were female (87.1%), married (59.4%) and aged between 31- 40 years (49.8%). Most were educated to bachelor's degree or similar level (88.1%); the other 11.9% had a master's degree and half of these (5.8%) had a master's degree in mental health and psychiatric nursing. The shortest duration of

work experience was one year and the longest was 39 years, with 33.7% of the respondents practicing psychiatric nursing for 16-20 years ($\bar{X} = 15.22$). The greatest proportions of the respondents were from Srithanya Hospital and Suansaranrom Hospital, with an equal number of 115 respondents (17.9%) from each hospital. For the practice setting, 60.4% of the respondents practiced in the hospital and the other 39.6% practiced in both the hospital and the community, of whom 37.6% worked in the hospital more than in the community and only 2% reported practicing in the community more than in the hospital. Most respondents (74%) received additional psychiatric nursing-related training.

This study found that the psychiatric nurses had overall competency in psychiatric nursing at a high level ($\bar{X} = 3.85$). The competency in all standard domains was also at a high level ($\bar{X} = 3.62 - 4.20$) except in the community mental health service, which was at a moderate level ($\bar{X} = 3.30$).

Problems, barriers and suggestions, which were consistent among the respondents, were mostly concerned with management. Duty assignment was considered as the most important problem and there was a suggestion that duty assignment should allow practitioners opportunities to promote their competencies in psychiatric nursing. The second most important problem involved staff quality and staff relationships and cooperation; thus there were suggestions about the assignment of roles and duties, and the support of competency enhancement by continuously increasing knowledge and experience with equality among the staff.

Recommendations

For Nursing Policy

This study found that only 43.2% of the psychiatric nurses practiced all nursing activities in all standard domains and in every domain there was a number of nurses, ranging from 1.4-47.6%, who never conducted the nursing practice for some items (Table 4-14). The community mental health service domain was the one that the greatest proportion (47.6%) of respondents reported never performing some item (Table 13). Thus, the psychiatric nurses lacked experience and could not self-appraise their competency. Therefore, there should be a policy supporting or promoting the

practice-enhancing competencies of psychiatric nursing, which is consistent with the current health service system.

Moreover, the psychiatric nursing training program is also important, as personal characteristics, including knowledge and experience, are essential for competency enhancement. This study found that the respondents were well-educated and received appropriate training as they had at least bachelor's degree level educations, and most of them (74%) were trained in psychiatric nursing. Moreover, they had collective experience gained from the quite extensive duration of their practice (16-20 years). Nursing policy should support and promote the maintenance of these characteristics because they are positive to competency in psychiatric nursing practice.

Good relationships, cooperation and teamwork were supportive factors leading to efficient work performance; thus there should be a policy for the promotion of these factors in the relevant organizations.

For Nursing practice

Approximately half of the respondents (52.4%) who used to work in the community health service domain reflected their competency in this domain at a medium level. The other respondents (47.6%) (Table 13), either those who worked in the hospitals only (60.4%, Table 1) or who had practiced some activities, mostly reported conducting three out of 13 activities, yielding 23.07% for all of the suggested activities in this domain (Appendix D, Table 10). Therefore, competency in community health service nursing practice should be promoted, both in policy-making by taking action for the prevention of mental illness and the promotion of mental health, and in improving competency among practitioners by increasing advanced knowledge and special skills. For instance, psychiatric nurses should be supported in attending special a short course for the psychiatric nursing diploma course endorsed by the Nursing Council, or be supported in continuing their education at master's degree level.

For Nursing research

Although competency in conducting research and participating in continuing education programs was at a high level ($\bar{X}= 3.62$), the average score for competency was lower than the high-range competency scores in other domains. Psychiatric nurses should be encouraged and should receive support to increase their knowledge and understanding about research and the application of research results, so that their competency in this domain is enhanced. Finally, the quality of psychiatric nursing services will actually be improved.

Recommendations for further studies

1. As the data for this study were collected at the beginning of the implementation of the 9th National Economic and Health Development Plan (2002-2006), it is recommended that another study be undertaken at the end of this plan, to evaluate whether nurses have practiced psychiatric nursing according to the professional standard of psychiatric and mental health nursing, and to measure their levels of competency.

2. Data from this study revealed that one of the problems and barriers affecting competency in nursing practice derives from the inappropriate allocation of manpower to tasks, i.e. little manpower to many tasks. Therefore, manpower allocation may be related to competency; research on the relationship of manpower and task and psychiatric nurses' competencies should be conducted.

3. There should be a study of factors affecting competencies in psychiatric nursing.

4. There should be a study comparing the competencies in psychiatric nursing between nurses attending a training course and those not attending a training course.

5. There should be a study comparing novice-expert competency, based on the concept proposed by Banner (1984), to examine differences in psychiatric nursing competencies.

BIBLIOGRAPHY

- Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. California: Addison Wesley.
- Bondy, K.N. et al. (1997). The Development and Testing of a Competency –Focused Psychiatric Nursing Clinical Evaluation Instrument. Archives of Psychiatric Nursing, 11(2), 66-73.
- Carson, V.B. (2000). Mental Health Nursing the Nurse – Patient Journey. (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Good, C.V. (1973). Dictionary of Education. (3rd ed.). New York: McGraw-Hill Book.
- Gurvis, J.P., & Grey, M.T. (1995). The anatomy of a competency. Journal of Nursing staff Development, 11(5), 247-252.
- Johnson, B.S. (1997). Psychiatric mental health nursing: Adaptation and growth. (4th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Keltner, N.L., Schwicke, L.H., & Bostrom, C.E. (1999). Psychiatric Nursing. (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Nagelsmith, L. (1995). Competence: An evolving concept. The Journal of Continuing Education in nursing, 26(6), 245–248.
- Pollack, L.E. (1990). Improving relationships: groups for inpatients with bipolar disorder. The Journal of Psychosocial Nursing, 28(5), 17-22.
- Ramritu, P.L., & Barnard A. (2001). New nurse graduates' understanding of competence. International Nursing Review, 48(1), 47-57.
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2001). Principles and practice of psychiatric nursing. (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- Stuart, G.W., & Sundeen, S.J. (1991). Principles and practice of psychiatric nursing. (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Schwirian, P.M. (1978). Evaluating the performance of nurse. A multidimensional approach. Nursing Research, 22 (6), 347-351.
- Varcarolis, E.M. (1998). Foundations of psychiatric mental health nursing. (3rd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

กนกวรรณ มาลานิตย์. (2542). การประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ

โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์),
สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2544). แผนพัฒนาสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ

และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549). นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข.

_____. (2545). การประเมินผลการให้บริการสุขภาพจิตของประเทศ

ไทยโรงพยาบาลจิตเวชและสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปปี พ.ศ. 2540-2544. นนทบุรี :
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

_____. (2545). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2545.

นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

_____. (2545). จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศ

ไทย. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรรณิการ์ สุวรรณศักดิ์ชัย. (2543). ประเมินการปฏิบัติงานของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนใน

จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์),
สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2539). บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของ

เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล (ฉบับปรับปรุงครั้งที่3).

โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์:กรุงเทพมหานคร

- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2535). การวิจัยทางการพยาบาลในทศวรรษหน้า. วารสารการศึกษาพยาบาล, 32(2), 16-35.
- กฤษยา ดันติผลาชีวะ. (2531). การพัฒนารูปแบบการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลเน้นชุมชนสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ : วิธีการเชิงสมรรถนะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุลวดี มุทุมม, เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์, และรวีวัลย์ วงศ์สื่อเกียรติ (2543). การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานและสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลตติยภูมิ. พยาบาลสาร, 27(3), 49-62.
- จันเพ็ญ พาหงษ์. (2538). ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุวรรณ ต. สกุล. (2530). จิตวิทยาพื้นฐานเพื่อการพยาบาลจิตเวช. โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- . (2532). กระบวนการพยาบาลทางจิตสังคม. โครงการตำรา-ศิริราชคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- . (2544). จิตเวชชุมชน. ในคณะกรรมการกลุ่มผลิตภัณฑ์วิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ (บรรณาธิการ). เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 1-7 (หน้า355-377). นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- จารุวรรณ เอกอรรถผล. (2529). การวิเคราะห์ปฏิกริยาสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์
ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2536). บทบาทของพยาบาลจิตเวช. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 5(4), 54 –56.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2544). ขอบเขตการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสู่การประกันคุณภาพ. วารสาร
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 15(2), 7-9.
- จุฑามณี สุทธิสีสังข์ และยาใจ สิทธิมงคล. (2544). พยาบาลจิตเวชกับการบำบัดทางชีวภาพ. ในคณะ
กรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
(บรรณาธิการ). เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
หน่วยที่ 8-10. (หน้า 1-76). นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จุฬารัตน์ วิระระรัตน์. (2534). การศึกษาลักษณะส่วนบุคคล ที่สอดคล้องต่อการพยาบาลจิตเวชและการใช้
ตนเองเพื่อการบำบัดของพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา
การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจริญ แจ่มแจ้งและคณะ.(2540). การสำรวจการกระจายบุคลากรพยาบาลในสถานบริการสุขภาพจิต
และจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย,
5(1), 27-49.
- เจียมจิตต์ จุฑามุตร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การความทนทานและจงใจกับ
ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แจ่มจันทร์ คล้ายวงษ์. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในงาน ลักษณะงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในเครือสมิติเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม, (บรรณาธิการ). (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 3).

นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์.

ชาคริต ชุมวรรฐายี. (2542). การประเมินการปฏิบัติงานตามบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอในเขตจังหวัดภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชุตินา หลุทัย. (2542). คุณภาพการพยาบาลอยู่ที่ไหน. วารสารกองการพยาบาล. 26(2),3-5.

ดวงเดือน ไชยน้อย.(2544). การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทัศนา บุญทอง. (บรรณาธิการ). (2543). ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี : สภาการพยาบาล.

_____. (2533). มโนคติพื้นฐานในการรู้จักตนเอง. ในคณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ (บรรณาธิการ). เอกสารการสอนชุดวิชาการคัดเลือกสรรกรพยาบาลมารดา ทารกและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 10-15 (หน้า 921).

นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

ทัศนาศา นุญทอง. (2542). วิสัยทัศน์พยาบาลไทยปี 2020. วารสารการพัฒนาศาสตร์พยาบาลมนุษยศาสตร์
สุขภาพ, 1(2), 94-103.

ทัศนาศา นุญทอง และจารุวรรณ ต. สกุล. (2544). การใช้ตนเองเพื่อการบำบัด. ในคณะ
กรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ศาสตร์
(บรรณาธิการ). เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
หน่วยที่ 1-7. (หน้า 170-239). นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

ทัศนาศา นุญทอง และบุญทิพย์ สิริธรรังศรี.(2544). การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วย
ทางจิต ในคณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
ศาสตร์ (บรรณาธิการ). เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิต
เวช หน่วยที่ 1-7. (หน้า107). นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

ทัศนาศา นุญทอง และเปรมฤทัย น้อยหมื่น ไวย. (2544). มโนคติของการพยาบาลจิตเวช ในคณะ
กรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ศาสตร์
(บรรณาธิการ). เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
หน่วยที่ 1-7. (หน้า 1-50). นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

นฤมล อาจสาคร. (2538). ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานและทัศนคติของพนักงาน:กรณีศึกษา
การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. สารนิพนธ์มหาบัณฑิต, คณะรัฐศาสตร์มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.

นวิยา ภิรมย์. (2541). บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านตามการรับรู้ของ
พยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมสุขภาพจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นันทนา น้ำฝน.(2538). เอกลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ. สงขลา: เทมการพิมพ์.

นิตยา อินกลิ่นพันธุ์.(2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความรู้สึกมีพลังอำนาจในงาน
ความพึงพอใจในปัจจัยการทำงานกับการรับรู้สมรรถภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาล
ประจำการ โรงพยาบาลชยันต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ.(2535). การวัดและการประเมินผลการเรียนการสอน.

กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญวาที เพชรรัตน์. (2539). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. สงขลา : เทมการพิมพ์.

ปราณี กาญจนวรรณวงศ์.(2540). นักวิจัย: บทบาทที่พยาบาลในคลินิกฟิสิกส์. วารสารพยาบาล,
46(3),146-155.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2544). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลผู้ใหญ่ การประชุมวิชา
การภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 7 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 21-
23 มีนาคม 2544 ณ โรงแรม เอสดี อเวนิว กรุงเทพมหานคร.มปท.

แพ จันทร์สุข.(2541). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีต่างๆ.ในฉวีวรรณ สัตยธรรม
(บรรณาธิการ). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (หน้า179-220). นนทบุรี : ยุทธรินทร์
การพิมพ์.

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราช
บัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่2) พ.ศ. 2540. มปท.

พัชรี ต้นศิริ.(2541). การประกันคุณภาพการบริการพยาบาล. สารสภากาพยาบาล, 13(3), 8-15.

- มรุคดา จันทสิทธิ์. (2544). ศึกษาคูณลักษณะการดูแลอย่างเอื้ออาทรในพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ.(2543). ความต้องการความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลของ
พยาบาลจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 14(1), 53-74.
- ยุวดี ฤาชา และคณะ.(2543). วิจัยทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่7). กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรา
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รจเรช อินทะโชติ. (2539). ลักษณะบุคลิกภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชใน
ภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนี อยู่ศิริ. (2523). เปรียบเทียบการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพใน
มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.ราชบัณฑิตยสถาน. (2530). พจนานุกรมฉบับราช
บัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์.
- วราภรณ์ จรเจริญ. (2541). วิวัฒนาการสุขภาพจิตและการรักษาพยาบาลทางจิตเวช. ในฉวีวรรณ สัตย
ธรรม (บรรณาธิการ). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (หน้า179-220). นนทบุรี : ยุทธ
รินทร์การพิมพ์.
- วสินีย์ ใต้ประยูร.(2543). ความสามารถในการปฏิบัติงานของหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน
เขต2 ตามการประเมินของผู้บังคับบัญชาและตนเอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วัชรภรณ์ อุทโยภาส. (2544). สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล
สมเด็จพระเจ้าพระยา.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 15(1), 67-77.
- วันทนา ลิพิทักษ์วัฒนา.(2542). ประเมินการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลศูนย์
เจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา
บริการสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วินัย วิริยะกิจจา.(2543). การปฏิรูประบบบริการการพยาบาล : ทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต. วาร
สารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,14(2), 1-11.
- วิภาวี เผ่ากันทรากร. (2536). การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวชตาม
ความต้องการการพยาบาลใน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดน์กุลและคณะ. (2538). รายงานการวิจัยเรื่องสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพใน
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2540). สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสุขภาพ
จิตและจิตเวช. วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 1(1), 53-70.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2538). ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล: แก่นแท้ของศิลปะการพยาบาล. วาร
สารพยาบาลศาสตร์, 13(1), 2-4.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย.(2536).
มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่1. กรุงเทพฯ:ศรีอนันต์การ
พิมพ์.

สภาการพยาบาล.(2539). ร่างนโยบายการปฏิบัติการพยาบาล. เอกสารอัดสำเนา.

สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). (2540). การดูแลตนเองศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.

(พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : วี. เจ. พรินติ้ง.

—————. (2543). การพยาบาล:ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล และศรีนวล โอสดเสถียร. (2544). การปฏิบัติการพยาบาล.ในคณะกรรมการ

กลุ่มปรับปรุงชุดวิชา มโนคติและกระบวนการพยาบาล (บรรณาธิการ)เอกสารการสอน

ชุดวิชา มโนคติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1-6. (หน้า 174-273). นนทบุรี :

โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

สมพงษ์ เกษมสิน.(2526). การบริหารงานบุคคลแผนใหม่. (พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพฯ :ไทยวัฒนา

พานิช.

สุพัตรา สุภาพ.(2532). สังคมวิทยา. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์. (2539). การบริหารงานบุคลากรทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ:สภานิติการพิมพ์

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์. (2521). พฤติกรรมผู้นำทางการศึกษา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒน์,

พิษณุโลก:โครงการตำรา.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2543). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์แห่งจุฬาลง

กรณ์มหาวิทยาลัย:กรุงเทพฯ.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2544).กระบวนการพยาบาล. ในคณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาการส่ง

เสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ศาสตร์ (บรรณาธิการ).เอกสารการสอนชุดวิชาการ

ส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 1-7. (หน้า 242-294). นนทบุรี :

โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- อาภา ชัยประดิษฐ์. (2543). เอกสารประกอบการสอนเรื่องพยาบาลกับการสอนสุขศึกษา. มปท.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2538). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์:บุคลากรสาขาพยาบาลศาสตร์ แนวโน้มและ
ความเป็นไปได้ในอนาคต. วารสารวิทยาลัยพยาบาลราชบุรี, 7(กรกฎาคม- ธันวาคม), 1-7.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์.(2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ :วี. เจ. พรินติ้ง.
- อุบล นวัตกรรม. (2527). หลักการพยาบาลจิตเวช. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- เอกชัย กี่สุขพันธ์. (2538). การบริหารและทักษะการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองการพิมพ์.

APPENDIX A
LIST OF EXPERTS

APPENDIX A

LIST OF EXPERTS

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ดร. ปิยาณี คล้ายนิล
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางเอื้ออารีย์ สาริกา
พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา
5. นางสาวรพีพรรณ วัฒนพงษ์
พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลศิริราช

APPENDIX B
INFORMED CONSENT FORM

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย

ดิฉันชื่อ นางสาว ปราณี เชารัตน์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “สมรรถนะในการพยาบาลจิตเวชของพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะในการพยาบาลจิตเวชของพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย ข้อมูลที่ได้รับจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาล ในการให้การดูแลผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพการณ์และความต้องการของผู้รับบริการในสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากท่านคือผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลที่ท่านให้ จะมีคุณค่าต่อการพัฒนาวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านขอได้โปรดอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามที่แนบมานี้ให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบใดๆในการให้คุณให้โทษต่อหน้าที่การงานของท่าน และขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับ ถือเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ขอท่านได้โปรดพิจารณา หากยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขอความกรุณาตอบแบบสอบถามซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที

อย่างไรก็ดีท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ และแม้ว่าท่านได้ตัดสินใจ แต่ต้องการยุติการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ตาม ท่านสามารถกระทำได้โดยจะไม่เกิดผลใดๆ ต่อท่านทั้งสิ้น

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง สำหรับความร่วมมือและการตัดสินใจของท่าน

ปราณี เชารัตน์
ผู้วิจัย

- ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย
- ไม่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

APPENDIX C
INSTRUMENT

เลขที่แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

เรื่อง สมรรถนะในการพยาบาลจิตเวชของพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย

สำหรับ พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรม
สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลจิตเวช จำนวน 87 ข้อ

ส่วนที่ 3 คำถามปลายเปิด

ขอให้ท่านอ่านคำถามทุกข้อให้เข้าใจและตอบคำถามให้ครบทุกข้อด้วยตัวของท่านเอง
ตามความเป็นจริงมากที่สุด และส่งคืนฝ่ายการพยาบาลภายใน 1 สัปดาห์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้เป็นอย่างดี

ปราณี เชาว์รัตน์

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริง หรือเติมข้อมูลของท่านลงในช่องว่าง

		สำหรับ ผู้วิจัย
1.เพศ	() 1. หญิง () 2. ชาย	<input type="checkbox"/> 4
2.สถานภาพสมรส	() 1.โสด () 2.คู่ () 3.หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ () 4. อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 5
3.ปัจจุบันท่านอายุ	ปี (คิดเต็มเป็นปี)	<input type="text"/> <input type="text"/> 6
4.วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุดของท่าน	() 1.ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า () 2. ปริญญาโท สาขา..... () 3. อื่นๆ ระบุ	<input type="checkbox"/> 7
5. ประสบการณ์ของท่านในการปฏิบัติงานการพยาบาลทุกประเภท.....ปี (คิดเต็มเป็นปี)		<input type="text"/> <input type="text"/> 8
6. ประสบการณ์ของท่านในการปฏิบัติงานเฉพาะการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปี (คิดเต็มเป็นปี)		<input type="text"/> <input type="text"/> 9
7.โรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่	() 1.โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ () 7. โรงพยาบาลศรีรัชัญญา () 2. โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ () 8. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ () 3. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ () 9.โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ () 4. โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ () 10. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา () 5.โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ () 11.โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ () 6. โรงพยาบาลสวนปรุง () 12. โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	<input type="text"/> <input type="text"/> 10

8. แผนกการพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่

- () 1. จิตเวชชาย
- () 2. จิตเวชหญิง
- () 3. จิตเวชวัยรุ่น
- () 4. จิตเวชวัยสูงอายุ
- () 5. จิตเวชชุมชน
- () 6. แผนกผู้ป่วยนอก
- () 7. แผนกโรงพยาบาลกลางวัน
- () 8. อื่นๆ ระบุ.....

สำหรับ
ผู้วิจัย

11

9. ลักษณะงานที่ท่านปฏิบัติ

- () 1. ปฏิบัติงานเฉพาะในโรงพยาบาล
- () 2. ปฏิบัติงานเฉพาะในชุมชน
- () 3. ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนแต่ปฏิบัติงาน-
ในโรงพยาบาลมากกว่า
- () 4. ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนแต่ปฏิบัติงาน-
ในชุมชนมากกว่า
- () 5. อื่นๆ ระบุ.....

12

10. ท่านเคยผ่านหลักสูตรการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชหรือไม่

- () 1. เคย หลักสูตรเดือน ปี พ.ศ.
อื่น ๆ ระบุ
- () 2. ไม่เคย

13

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นรายการสมรรถนะหรือความสามารถในด้านต่างๆในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชที่ท่านได้ปฏิบัติ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โปรดทำเครื่องหมาย ○ ที่ตัวเลขที่แสดงระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานของท่านแต่ละข้อ เพียงข้อเดียว ให้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด แต่ละข้อไม่มีคำตอบถูกหรือผิด เพราะแต่ละคนย่อมมีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลไม่เหมือนกัน โดยระดับการให้คะแนนเป็นดังนี้

ความหมายของคะแนนแสดงระดับสมรรถนะในด้านต่างๆ ของพยาบาลจิตเวช				
1	2	3	4	5
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

ความหมายของคะแนน

1.คือท่านมีระดับสมรรถนะในด้านที่กล่าวน้อยที่สุด

หมายความว่า สามารถปฏิบัติได้เฉพาะในปัญหาที่ไม่ซับซ้อน และจำเป็นต้องได้รับการสอน คำแนะนำ การฝึกฝนทักษะในการปฏิบัติเพิ่ม

2 คือท่านมีระดับสมรรถนะในด้านที่กล่าวน้อย

หมายความว่า สามารถปฏิบัติในปัญหาที่ไม่ซับซ้อน ได้ด้วยตนเอง แต่ถ้าปัญหาที่ซับซ้อน ปฏิบัติโดยต้องได้รับคำแนะนำ

3 คือท่านมีระดับสมรรถนะในด้านที่กล่าวปานกลาง

หมายความว่า สามารถปฏิบัติในปัญหาที่ไม่ซับซ้อนและที่ซับซ้อน ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องได้รับคำแนะนำ แต่ยังจำเป็นต้องฝึกปฏิบัติมากขึ้น เพื่อที่จะปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4 คือท่านมีระดับสมรรถนะในด้านที่กล่าวมาก

หมายความว่า สามารถปฏิบัติทั้งในปัญหาที่ไม่ซับซ้อนและที่ซับซ้อน ได้ด้วยตนเอง อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่ต้องได้รับคำแนะนำ

5 คือท่านมีระดับสมรรถนะในด้านที่กล่าวมากที่สุด

หมายความว่า สามารถปฏิบัติทั้งในปัญหาที่ไม่ซับซ้อนและที่ซับซ้อน ได้ด้วยตนเอง อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่ต้องได้รับคำแนะนำ และสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น แม้ยังไม่มีข้อมูล หรือ อาการที่ปรากฏชัดเจน

หมายเหตุ : ในกรณีที่ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว ทำให้ท่านไม่สามารถประเมินระดับสมรรถนะของท่านได้ โปรดใส่ รอบตัวเลข 00 ในช่องไม่เคยปฏิบัติและอธิบายเหตุผลที่ไม่เคยปฏิบัติใส่ลงในข้อดังกล่าวด้วย

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

รายการสมรรถนะ	ระดับสมรรถนะ					ไม่เคยปฏิบัติ (ระบุเหตุผล)	สำหรับ ผู้วิจัย
	1	2	3	4	5		
I. การใช้ภาษาถิ่น	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	00	<input type="checkbox"/>
II. การทำแผล	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	00	<input type="checkbox"/>
III. การใส่ฝือก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> ไม่เคยมีการให้บริการ นี้ในหอผู้ป่วยเลย	<input type="checkbox"/>

จากตัวอย่าง: หมายความว่า

- ข้อ I. ท่านมีระดับสมรรถนะในการด้านการใช้ภาษาถิ่นน้อยที่สุด
- ข้อ II. ท่านมีระดับสมรรถนะในด้านการทำแผลมากที่สุด
- ข้อ III. ท่านไม่สามารถประเมินระดับสมรรถนะ การใส่ฝือกของท่านได้ เพราะท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว เนื่องจากไม่เคยมีการให้บริการใส่ฝือกในหอผู้ป่วยของท่านเลย

ความหมายของคะแนนแสดงระดับสมรรถนะในด้านต่างๆของพยาบาลจิตเวช				
1	2	3	4	5
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

รายการสมรรถนะ	ระดับ สมรรถนะ					ไม่เคยปฏิบัติ (ระบุเหตุผล)	สำหรับ ผู้วิจัย
	1	2	3	4	5		
สมรรถนะด้านการประเมินภาวะสุขภาพ							
1. ในการประเมินภาวะสุขภาพ ท่านสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้รับบริการไว้วางใจและร่วมมือในการให้ข้อมูล	<input type="radio"/>	00	<input type="checkbox"/> 14				

รายการสมรรถนะ	ระดับ					ไม่เคยปฏิบัติ (ระบุเหตุผล)	สำหรับ ผู้วิจัย
	สมรรถนะ						
สมรรถนะด้านการประเมินภาวะสุขภาพ 2. ท่านสามารถรักษาความลับของผู้รับบริการ ชี้แจง สิทธิส่วนบุคคล รวมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในเก็บรวบรวม ข้อมูล	1	2	3	4	5	00	<input type="checkbox"/> 15
3. ท่านสามารถประเมินสภาพจิต/สังคม ทุกด้าน เช่น อารมณ์ สติสัมปชัญญะ ความคิด การตัดสินใจ การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคม แบบแผนการดำรงชีวิต วิธีการเผชิญปัญหา เป็นต้น และรวมทั้งด้านอื่นๆ ได้	1	2	3	4	5	00	<input type="checkbox"/> 16
4. ท่านสามารถตรวจร่างกายตามระบบและประเมินภาวะผิดปกติ ของระบบต่างๆในร่างกายได้อย่างถูกต้องครบถ้วน	1	2	3	4	5	00	<input type="checkbox"/> 17
.							
87. ท่านสร้างนวัตกรรมใหม่ๆในการให้บริการทางการแพทย์ (เช่น การสร้างรูปแบบการจำหน่าย ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รูปแบบการดูแลผู้ติดสารเสพติดในระยะถอนพิษยาและระยะฟื้นฟู รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช หรือ ผู้ป่วยเรื้อรัง อื่นๆ HA TQM นำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ฯลฯ)	1	2	3	4	5	00	<input type="checkbox"/> 100

ส่วนที่ 3 คำถามปลายเปิด

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามดังต่อไปนี้

- ปัญหาและอุปสรรค ที่ทำให้สมรรถนะของท่านในบางข้ออยู่ในระดับต่ำ เป็นเพราะสาเหตุใด กรุณาให้เหตุผล.....
.....
- ข้อเสนอแนะ/แนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้สมรรถนะของท่านในบางข้ออยู่ในระดับต่ำ.....
.....
- ปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ โปรดระบุ.....
.....
- ข้อเสนอแนะ/แนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคดังกล่าว
.....

APPENDIX D
ADDITIONAL DATA

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนสมรรถนะในการปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวชด้านการประเมินภาวะสุขภาพ จำแนกเป็นรายชื่อตามจำนวนผู้ที่ปฏิบัติ

สมรรถนะด้านการประเมินภาวะสุขภาพ	จำนวน (N=643)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับสมรรถนะ
1. ในการประเมินภาวะสุขภาพ ท่านสร้างสัมพันธภาพเพื่อทำให้ผู้รับบริการ ว่างใจและร่วมมือในการให้ข้อมูล	643	4.28	.73	สูง
2. ท่านสามารถรักษาความลับของผู้รับบริการ ชี้แจง สิทธิส่วนบุคคล รวมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในเก็บรวบรวมข้อมูล	643	4.45	.68	สูงมาก
3. ท่านสามารถประเมินสภาพจิต/สังคม ทุกด้าน เช่น อารมณ์ สติสัมปชัญญะ ความคิด การตัดสินใจ การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคม แบบแผนการดำรงชีวิตวิถีการเผชิญปัญหา เป็นต้น และรวมทั้งด้านอื่นๆ ได้	643	3.94	.75	สูง
4. ท่านสามารถตรวจร่างกายตามระบบและประเมินภาวะผิดปกติ ของระบบต่างๆในร่างกายได้อย่างถูกต้องครบถ้วน	640	3.45	.79	ปานกลาง
5. ท่านสามารถวิเคราะห์ข้อมูลทางด้าน โดยกำหนดเป็นปัญหาและ ความต้องการของผู้รับบริการเรียงตามลำดับความสำคัญของปัญหาได้	642	3.92	.73	สูง
6. ท่านสามารถตรวจตอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ ทั้งทางร่างกาย จิต สังคม กับผู้รับบริการและ/หรือทีมสุขภาพ	642	3.81	.73	สูง
7. ท่านแปลผลแบบสอบถามเพื่อการคัดกรอง โรคทางจิต และแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้ (เช่นแปลผลแบบประเมินภาวะซึมเศร้า หรือแปลผลระดับยาในเลือดที่ให้ผลในการรักษา หรือภาวะพิษจากยาได้)	626	3.60	.84	สูง
8. ท่านประเมินจุดอ่อนและจุดแข็งของครอบครัวในการ ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	637	3.75	.78	สูง
9. ท่านสามารถประเมินและวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งทำนายความเสี่ยงของการเกิดภาวะวิกฤติอันตรายทางจิตเวช เช่น การฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หลบหนี ฯลฯ ได้ก่อนที่จะเกิดปัญหาขึ้น	642	4.0	.68	สูง
10. ท่านบันทึกข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ โดยเรียงตามลำดับเหตุการณ์ และด้วยข้อความสั้นกระชับชัดเจน เข้าใจง่ายและถูกต้องตรงตามความจริง	641	3.83	.72	สูง
11. ท่านสามารถจำแนกโรคทางจิตเวช ตามระบบจำแนกโรค ที่เป็นสากล (CD10 หรือ DSM-IV) ได้	611	3.22	.87	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนสมรรถนะในการปฏิบัติพยาบาลจิตเวชด้านการพยาบาล จำแนกเป็นรายชื่อตามจำนวนผู้ที่ปฏิบัติ

สมรรถนะด้านการเขียนแผนการพยาบาล	จำนวน (N=643)	ค่าเฉลี่ย (X̄)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับสมรรถนะ
1. ท่านเขียนแผนการพยาบาลโดยใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการประชุม ระบุชื่อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน เป้าหมาย เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล	641	3.87	.76	สูง
2. ท่านเขียนชื่อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามลำดับความสำคัญของปัญหา	641	3.99	.74	สูง
3. ท่านเขียนแผนการพยาบาล ที่ทีมพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	640	3.9	.73	สูง
4. ท่านเปิดโอกาส ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของการรักษาพยาบาล	636	3.58	.88	สูง
5. ท่านเปิดโอกาส ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้	639	3.66	.83	สูง
6. ท่านตั้งชื่อวินิจฉัยทางการพยาบาลภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ ได้ ใช้หลักการเชิงเหตุ – ผล บนพื้นฐานความรู้ทางการพยาบาล และความรู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น วิทยาศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์	641	3.82	.76	สูง
7. ท่านกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ได้สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการ/แหล่งสนับสนุนของผู้รับบริการ	641	3.95	.69	สูง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนสมรรถนะในการปฏิบัติพยาบาลจิตเวชด้านการพยาบาลไปใช้จำแนกเป็นรายชื่อตามจำนวนผู้ที่ปฏิบัติ

สมรรถนะด้านการพยาบาลไปใช้	จำนวน (N=643)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับสมรรถนะ
1. ท่านปฏิบัติตามตามแผนการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการ พร้อมทั้งสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้รับบริการ หรือเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในผู้รับบริการแต่ละราย	641	3.90	.73	สูง
2. ท่านปฏิบัติพยาบาลตามแผนการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการ พร้อมทั้งสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้รับบริการ หรือเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในผู้รับบริการแต่ละราย	641	3.90	.73	สูง
3. เมื่อมีสถานการณ์เปลี่ยนแปลง ไปอย่างรวดเร็ว หรือมีปัญหาละเอียดเฉพาะหน้าท่านสามารถปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ การพยาบาลให้เหมาะสมทันต่อสถานการณ์ หรือสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปได้	640	3.91	.71	สูง
4. ท่านสามารถใช้กระบวนการแก้ปัญหา (1).เก็บข้อมูล 2).กำหนดปัญหา 3).ตั้งสมมุติฐานและวางแผนการปฏิบัติ 4). ปฏิบัติตามแผน 5). สรุปผลในการปฏิบัติพยาบาล	639	3.92	.75	สูง
5. ท่านสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงวิชาชีพกับผู้รับบริการ โดยใช้ตนเองเพื่อการบำบัด ทุกครั้ง	639	3.92	.84	สูง
6. ท่านให้บริการแก่ผู้รับบริการตามสิทธิ อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่แบ่งชนชาติ ศาสนาวัฒนธรรมใดๆ และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่พึงมีพึงได้	642	4.55	.63	สูงมาก
7. ท่านสามารถบันทึกข้อมูลการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติได้อย่างเป็นระบบ เป็นเหตุเป็นผลชัดเจน	640	3.89	.72	สูง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนสมรรถนะในการปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวชด้านการรักษาทางกาย จำแนกรเป็นรายชื่อตามจำนวนผู้ปฏิบัติ

สมรรถนะด้านการรักษาทางกาย	จำนวน (N=643)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับสมรรถนะ
1. ท่านให้ยาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องครบถ้วนตามบุคคล ชนิด ขนาด ระยะเวลา และวิธีการ ให้แก่ผู้ป่วยบริการที่ปฏิเสธ การรับยาเช่น มีอาการหวาดระแวง ,มีอาการ Catatonic, Stupor, ผู้ที่ชอบซ่อนยา ,ทิ้งยา เป็นต้น	631	4.36	.68	สูง
2. ท่านสามารถประเมินอาการ และให้ยา PRN. รวมถึง ยาแก้ไขอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาด้านโรคจิตและยาแก้ไขอาการทางจิตที่เฉียบพลันได้	630	4.30	.72	สูง
3. ท่านติดตามสังเกตและประเมินปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับบริการต่อยาทางจิตเวชแต่ละประเภทที่ได้รับ(เช่นยารักษา โรคจิต ยาลดอาการคลุ้มคลั่ง ฯลฯ) ทั้งฤทธิ์ในการรักษาฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ หรือพิษจากยาได้	632	4.13	.70	สูง
4. ท่านให้การพยาบาลเพื่อป้องกัน ลดหรือกำจัดอาการข้างเคียงของยาหรือภาวะแทรกซ้อนของยาหรือการ ได้ยาเกินขนาด ได้	634	4.03	.74	สูง
5. ท่านแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมหรืออาการใด เป็นผลมาจากการตอบสนองต่อยาที่ใช้รักษา หรือเป็นอาการของโรค (เช่น Hypomania เป็นอาการของโรค Bipolar II Disorder แต่อาจเป็นผลข้างเคียงของยารักษาต้านอาการเศร้าประเภท Amitriptyline, Imipramine ได้ เป็นต้น)	637	3.56	.81	สูง
6. ท่านให้ความรู้และแนะนำผู้รับบริการ เกี่ยวกับฤทธิ์ของยา ในการรักษา การป้องกันอันตรายจากการใช้ยา หรือสารอื่นที่อาจเสริมฤทธิ์กันยาทางจิตเวชได้ (เช่นป้องกันการใช้ยาอาหารที่มี Tyramine ในผู้รับบริการที่ได้รับ ยากลุ่ม MAOI เพราะ ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง กระทั่งขึ้น เป็นต้น)	631	3.52	.86	สูง
7. ท่านเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการและครอบครัว ก่อนให้การรักษาด้วยไฟฟ้า และให้ญาติเห็นประโยชน์ก่อนรักษาด้วยไฟฟ้าทุกราย	568	4.22	.89	สูง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนสมรรถนะในการปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวชด้านการรักษาทางกาย จำแนกเป็นรายชื่อตามจำนวน ผู้ที่ปฏิบัติ (ต่อ)

สมรรถนะด้าน การรักษาทางกาย	จำนวน (N=643)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับสมรรถนะ
8. ท่านให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่นการจืด position ที่เหมาะสมสมการclear airway ขณะรักษาด้วยไฟฟ้า	567	4.41	.74	สูง
9. ท่านให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจภายหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าได้	589	4.42	.67	สูง
10.ท่านประเมินผลการรักษา และบันทึกการตอบสนองของผู้รับบริการทุกครั้ง หลังจกให้การรักษาด้วย ยา ไฟฟ้าและการรักษาทางกายอื่นๆ	612	4.29	.73	สูง
11. ท่านร่วมมือกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการยอมรับร่วมกัน ได้รับบริการแบบองค์รวม ที่มีประสิทธิภาพ	638	4.26	.73	สูง
12. ท่านจัดโอกาสให้ผู้รับบริการและครอบครัว ได้อภิปรายซักถาม ระบาย ความคิด ความรู้สึก เกี่ยวกับกรรักษาด้วยยาและการรักษาทางกายอื่นๆ	631	4.02	.82	สูง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชด้านการปฏิบัติเพื่อการบำบัดทางจิต จำแนกเป็น รายชื่อตามจำนวนผู้ที่ปฏิบัติ

สมรรถนะด้านการปฏิบัติเพื่อการบำบัดทางจิต	จำนวน (N=643)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับสมรรถนะ
1. ท่านสามารถใช้เทคนิคการคิดคือสื่อสารเพื่อการบำบัด(เช่น การฟังการใช้ความเงิบ ฯลฯ)ได้อย่างมีทักษะเหมาะสมกับสถานการณ์และความแตกต่างของแต่ละคน	641	4.12	.74	สูง
2. ในการบำบัดทางจิตรายบุคคล ท่านช่วยให้ผู้รับบริการ เข้าใจยอมรับปัญหาของตน สามารถปรับตัวทั้งด้านส่วนตัว และสังคม ส่งเสริมให้เลือกแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง	636	3.89	.74	สูง
3. ในการบำบัดทางจิตรายกลุ่ม ท่านส่งเสริมให้สมาชิกร่วมกันคิดแก้ปัญหาของกันและกัน โดยช่วยสรุปวิธีการ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่จะนำวิธีที่เหมาะสมกับตน ไปปรับใช้ในการแก้ปัญหาของตนต่อไป	618	3.94	.79	สูง
4. ในการทำจิตบำบัดเป็นครอบครัว ท่านส่งเสริมให้ครอบครัวมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ประสานความร่วมมือกัน ในการค้นหาวิธี ลดหรือขจัดปัญหา ของครอบครัว ได้	542	3.68	.90	สูง
5. ท่านสามารถช่วยเหลือสนับสนุน วิธีการที่เหมาะสมในการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการที่อยู่ในภาวะวิกฤตทางอารมณ์สามารถปรับตัว กลับคืนสู่ภาวะสมดุล ได้	631	3.50	.84	สูง
6. ท่านเตรียมความพร้อมในการยุติสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ โดยไม่เกิด Separated Anxiety	637	3.94	.77	สูง
7. ท่านทำงานร่วมกับทีมพยาบาลหรือทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนทั้งในกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต	609	3.80	.89	สูง
8. ท่านสามารถทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในการวางแผนบำบัด ให้การบำบัด ได้ต่ออย่างต่อเนื่อง	634	3.92	.76	สูง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชด้านการสอนทางสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อตามจำนวนผู้ที่ปฏิบัติ

สมรรถนะด้านการสอนทางสุขภาพ	จำนวน (N=643)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับสมรรถนะ
1. ท่านประเมินความต้องการ ความพร้อม (ทางด้านร่างกาย-จิตใจ) พื้นฐานความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพจิต/การปฏิบัติตัวของ ผู้รับบริการก่อนทำการสอนทุกครั้ง	624	3.80	.79	สูง
2. ท่านจัดกิจกรรมการเรียนรู้ได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ	628	3.73	.74	สูง
3. ท่านสามารถจัดให้ผู้รับบริการ ได้ฝึกทักษะจำเป็นต่างๆ(เช่น การจัดการกับอาการทางจิต การจัดการกับความเครียด ทักษะทางสังคม การสื่อสาร ฯลฯ) เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถนำมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้	626	3.76	.77	สูง
4. ท่านเลือกกิจกรรมการเรียนรู้และวัสดุอุปกรณ์ได้เหมาะสมกับอายุ ระดับสติปัญญาและลักษณะของผู้รับบริการ	620	3.69	.78	สูง
5. ในการสอนแต่ละครั้งท่านเขียนแผนการสอนและสามารถปฏิบัติได้ตามแผนที่กำหนด	573	3.36	.94	ปานกลาง
6. ท่านสามารถเป็นวิทยากรให้การอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต ให้กับประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้ เช่น บุคคลในกลุ่มเสี่ยง ผู้นำชุมชน ครู นักเรียน พระภิกษุ อาสาสมัคร ฯลฯ	541	3.54	1.05	สูง

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนสมรรถนะในการปฏิบัติพยาบาลจิตเวชด้านการบำบัด จําแนกเป็น รายชื่อตามจำนวนผู้ที่ปฏิบัติ

สมรรถนะด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด	จำนวน (N=643)	ค่าเฉลี่ย (X̄)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับสมรรถนะ
1. ท่านสามารถจัดสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมบำบัดร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ	636	3.99	.77	สูง
2. ท่านสามารถจัดกิจกรรมบำบัดเพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิต เช่นด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล/เสริมสร้างทักษะทางสังคม/การเห็นคุณค่าและภูมิใจในตนเอง/ปรับปรุงตนเอง/แก้ไขปัญหา/พัฒนาทักษะจำเป็นในการติดต่อสื่อสาร ฯลฯ	628	3.76	.80	สูง
3. ท่านสามารถชี้แจง ให้ความรู้และให้บริการยอมรับและเข้าใจเกณฑ์การจำกัดพฤติกรรม และเกณฑ์การยกเลิกการจำกัดพฤติกรรม ในทุกครั้งที่มีการกระทำ	639	4.04	.71	สูง
4. ท่านจัดเตรียมห้องรักษาพยาบาล และบริเวณที่ทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ ได้ใกล้เคียงหรือเหมือนกับสังคมภายนอก	623	3.58	.85	สูง
5. ท่านจัดเตรียมห้องรักษาพยาบาล (Treatment) ให้มีอุปกรณ์ครบและ พร้อมใช้ได้อย่างรวดเร็ว	623	4.10	.79	สูง
6. ท่านจัดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการ/ผู้มาเยี่ยม/เจ้าหน้าที่ รู้สึกมั่นใจในความปลอดภัย	632	4.08	.74	สูง
7. ท่านสามารถประยุกต์แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ได้ (เช่นการเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม (Modeling), การให้แรงเสริม (Reinforcement) เป็นต้น)	635	3.71	.80	สูง
8. ท่านสามารถบันทึกพฤติกรรมของผู้รับบริการในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด/การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดได้ตรงตามความเป็นจริง	628	4.05	.76	สูง

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนสมรรถนะในการปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวชด้านการประเมินผล จําแนกเป็นรายข้อตามจำนวนผู้ที่ปฏิบัติ

สมรรถนะด้านการประเมินผล	จำนวน (N=643)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับสมรรถนะ
1. ท่านสามารถประเมินความถูกต้องของข้อวินิจฉัยการพยาบาล ความเข้าใจของเป้าหมาย ความครอบคลุม ความเหมาะสมของแผนการพยาบาล และการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ	639	3.90	.71	สูง
2. ท่านประเมินและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับบริการ ภายหลังให้กรปฏิบัติกรพยาบาลในพื้นที่หรือในเวลาที่กำหนด	636	3.91	.70	สูง
3. ท่านประเมินและระบุน้ปัจจัยที่เป็อุปสรรคที่ทำให้การพยาบาลไม่ประสพผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้	636	3.76	.75	สูง
4. ท่านสามารถปรับแผนการพยาบาล และแสวงหากลวิธีใหม่ในการปฏิบัติกรพยาบาล	636	3.71	.76	สูง
5. ท่านสามารถบันทึกข้อมูลในการประเมินผลได้อย่างกระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย และถูกต้องตามความเป็นจริง	639	3.91	.73	สูง

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนสมรรถนะในการปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวชด้านการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมการพยาบาลและวิชาชีพอื่นจำนวนผู้ตอบคำถามจำนวนผู้ที่ปฏิบัติ

สมรรถนะด้าน การทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมการพยาบาลและวิชาชีพอื่น	จำนวน (N=643)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับสมรรถนะ
1. ท่านมอบหมายงานให้แก่สมาชิกในทีม โดยพิจารณาจากความเหมาะสม กับความรู้ความสามารถ	641	4.17	.70	สูง
2. ท่านนิเทศงานสุขภาพจิต และเป็นที่ปรึกษาแก่สมาชิกในทีม ในกรณีที่ต้องให้การพยาบาลที่ซับซ้อน ได้	629	3.87	.85	สูง
3. ท่านสามารถร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพในการวางแผน ให้บริการสุขภาพจิต รวมทั้งมีการประเมินผลร่วมกัน	636	3.92	.80	สูง
4. ท่านร่วมกับทีมสุขภาพในการประเมินสิทธิภาพการทำงานของทีม	625	3.87	.83	สูง
5. ท่านติดต่อประสานงานเพื่อการส่งต่อการรักษาพยาบาลทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	635	3.97	.76	สูง
6. ท่านร่วมปรึกษาการือก็ทีมสุขภาพในการปรับแผนการรักษา เมื่อประเมินพบว่ามิแนว โนมหรือมีภาวะเสี่ยงหรืออันตรายต่อผู้รับบริการหรือผู้อื่น	640	4.00	.79	สูง

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนสภาพจิตชุมชน จำแนกเป็นรายชื่อตามจำนวนผู้ที่ปฏิบัติ

สมรรถนะด้าน การบริการสุขภาพจิตชุมชน	จำนวน (N=643)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับสมรรถนะ
1. ท่านจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี	413	3.39	1.13	ปานกลาง
2. ท่านจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักถึงความสัมพันธ์ ของภาวะสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพกาย รวมทั้งปัจจัยอื่นๆที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต เช่นภาวะบีบคั้นทางสังคม ฯลฯ	397	3.27	1.14	ปานกลาง
3. ท่านส่งเสริมบุคคลหรือกลุ่มคนในชุมชน เช่นผู้นำชุมชน ครู นายอำเภอ ตำรวจ พระ อาสาสมัคร ให้สามารถประเมินปัญหาและความต้องการของชุมชนร่วมกันได้	394	3.16	1.18	ปานกลาง
4. ท่านประสานความร่วมมือกับคนหรือกลุ่มคนในชุมชน จัดกิจกรรมและโปรแกรมต่างๆที่ส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน	387	3.12	1.16	ปานกลาง
5. ท่านกระตุ้นหรือส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมต่างๆ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง (เช่น กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตหรือโรคเรื้อรัง กลุ่มบำเพ็ญประโยชน์ในผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมพิเศษต่างๆ สำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยง ให้มีทักษะชีวิตในด้านต่างๆ)	392	3.16	1.17	ปานกลาง
6. ท่านประสานความร่วมมือกับคนหรือกลุ่มคนในชุมชน จัดกิจกรรมและ โปรแกรมต่างๆเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน	385	3.10	1.22	ปานกลาง
7. ท่านประสานความร่วมมือกับคนหรือกลุ่มคนในชุมชน จัดกิจกรรมและ โปรแกรมต่างๆเพื่อที่ให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน	384	3.07	1.21	ปานกลาง
8. ท่านให้ความรู้และให้การสนับสนุนอาสาสมัครทางด้านสุขภาพของชุมชนในการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มแรก	383	3.12	1.23	ปานกลาง
9. ท่านให้ความรู้และให้การสนับสนุนอาสาสมัครทางด้านสุขภาพของชุมชนให้สามารถส่งต่อผู้ที่มีปัญหาทางจิตเข้ารับการปรึกษา ได้ตามระบบอย่างถูกต้องและรวดเร็ว	386	3.18	1.20	ปานกลาง
10. ท่านส่งเสริมให้ผู้รับบริการดูแลตนเอง พึ่งตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่ในครอบครัว และปรับตัวร่วมกับครอบครัวได้อย่างปกติ	580	3.89	.96	สูง

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนสมรรถนะในการปฏิบัติพยาบาลจิตเวชด้านการบริการสุขภาพจิตชุมชน จำแนกเป็นรายชื่อตามจำนวนผู้ที่ปฏิบัติ (ต่อ)

สมรรถนะด้านการบริการสุขภาพจิตชุมชน	จำนวน (N=643)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐาน (SD)	ระดับ สมรรถนะ
11. ท่านส่งเสริมให้ครอบครัว ดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพของผู้รับบริการ	581	3.91	.94	สูง
12. ท่านสามารถให้การช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤตทางอารมณ์ในชุมชนได้ (เช่นภายหลังเกิดอุบัติเหตุหรือเกิดภัยจากธรรมชาติ) ได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัยและทันต่อเหตุการณ์	445	3.20	1.09	ปานกลาง
13. ท่านคิดต่อประสานงานกับหน่วยบริการจิตเวชอื่น ๆ เพื่อส่งต่อให้ผู้รับบริการ ได้รับการรักษามหาศาลอย่างต่อเนื่อง	537	3.53	1.08	สูง

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชด้านการวิจัยและการศึกษาต่อเนื่อง จำแนกเป็น รายชื่อตามจำนวนผู้ที่ปฏิบัติ

สมรรถนะด้านการวิจัย และการศึกษาต่อเนื่อง	จำนวน (N=643)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับสมรรถนะ
1. ท่านพัฒนาตนเองด้านวิชาการ โดยการอ่านเพื่อเพิ่มพูนความรู้ จาก ตำรา/วารสาร/และ/หรือการศึกษาต่อในสาขาการพยาบาลจิตเวช หรือสาขาที่เกี่ยวข้องและ/หรือ การเข้าร่วมประชุม อบรมทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ	642	3.60	.95	สูง
2. ท่านทำวิจัย และ/หรือ ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเพื่อค้นหาคำตอบใหม่ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	617	3.35	1.09	ปานกลาง
3. ท่านสนับสนุนกิจกรรมการพัฒนาวิชาชีพทั้งจัด โดยหน่วยงานและองค์กรวิชาชีพ	640	3.87	.95	สูง
4. ท่านสร้างนวัตกรรมใหม่ๆในการให้บริการทางการพยาบาล (เช่นการสร้างรูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รูปแบบการดูแลผู้ติดยาเสพติดในระยะอนาพิชยาและระยะฟื้นฟูรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยเรื้อรัง อื่นๆ HA TQM นำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนา คุณภาพการพยาบาล ฯลฯ)	564	3.17	1.14	ปานกลาง

BIOGRAPHY

NAME	Miss Pranee Techarat
DATE OF BIRTH	10 September 1970
PLACE OF BIRTH	Ratchaburi, Thailand
INSTITUTION ATTENDED	Prince of Songkla University, 1996 Bachelor of Nursing Science Mahidol University, 2003 Master of Nursing Science (Psychiatric-Mental Health Nursing)
POSITION & OFFICE	Potharam Hospital, Ratchaburi, Thailand Position: Registered Nurse 5
HOME ADDRESS	8/5 Tambon. Prasatsit, Amphur. Damnurnsaduak Ratchaburi Province