

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว
ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

The Effect of Family Counseling Program on Suicidal Risk
Behaviors in Adolescents

นันทิพย์ วิชาชัย (Namthip Wichachai, R.N.)**

อรพรรณ ถิ่นบุญชู วิชาชัย (Oraphun Lucboonthavatchai, Ph.D., R.N.)***

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were: 1) to compare the suicidal risk behaviors of adolescents before and after received the family counseling program, and 2) to compare the suicidal risk behaviors of adolescents who received the family counseling program and those who received regular caring activities. Forty adolescence patients receiving services in inpatient department, Lopburi, who met the inclusion criteria, were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the family counseling program composed of 6 group activities to improve relevant skills including problem solving, communication, roles, affective responsiveness, affective involvement and behavior control. The control group received regular caring activities. Research instruments

were: 1) the family counseling program, 2) The Suicidal Idea Scale, and 3) The Suicidal Behaviors Scale. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Chronbach's Alpha coefficient reliability of the two scales were both .81. The t-test was used in data analysis. Major findings were as follows:

1. The suicidal risk behaviors of adolescents who received the family counseling program was significantly lower than that before, at p .05 level.

2. The suicidal risk behaviors of adolescents who received the family counseling program was significantly lower than those who received regular caring activities at p .05 level.

Keywords : Suicidal behaviors/adolescents/
family counseling program

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบทันจิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบทันจิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** corresponding author รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;

E-mail: oraphun01@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลองเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดลพบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน และได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม 6 ครั้ง เพื่อพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทหน้าที่ การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว 2) แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยแบบประเมินทั้ง 2 ชุด ได้หาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .81

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้

คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วัยรุ่น โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นช่วงชีวิตที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งถือได้ว่าเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นวัยเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นผู้ใหญ่ ทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านความคิดและรสนิยม ระหว่างวัยรุ่นกับผู้ใหญ่ เกิดความขัดแย้งคับข้องใจและปฏิกิริยาต่อต้านเป็นปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวอย่างรุนแรง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) โดยเฉพาะพฤติกรรมที่แสดงออกของวัยรุ่นมุ่งเน้นการค้นหาและทำความเข้าใจตนเองเพื่อนำมาซึ่งความมั่นคงในชีวิต หากวัยรุ่นสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่มีความมั่นคงต่อไปในอนาคต หากเกิดความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต โดยเฉพาะความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทไม่เหมาะสม การสื่อสารผิดปกติกในครอบครัว ความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ความ

จัดตั้งระหว่างวัยรุ่นและพ่อแม่ เป็นปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กลอยใจ ทอถัม (2543) ได้ศึกษาความถี่ของอยากฆ่าตัวตายของนักเรียนวัยรุ่น พบว่า นักเรียนมีความถี่ของอยากฆ่าตัวตายค่อนข้างสูง ร้อยละ 24.10 และมีความถี่ของอยากฆ่าตัวตายสูง ร้อยละ 9.90 สาเหตุที่เกี่ยวข้องคือ ปัญหาเกี่ยวกับบิดามารดาและสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 12.28

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่ามีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งสนับสนุนให้เห็นว่าครอบครัวมีบทบาทต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น อาทิเช่น จรววยพร เมธิกุล (2545) พบว่า ทักษะการสื่อสารในครอบครัวต่ำ หรือระบบครอบครัวที่ไม่ยืดหยุ่น การขาดสัมพันธภาพในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ (Wagner, 2003)

พฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่นนับว่าเป็นภาวะวิกฤติ นำมาซึ่งความสูญเสียทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เกิดความสูญเสียของครอบครัวอย่างประมาณค่าไม่ได้ เนื่องจากเกิดการตายในวัยอันไม่ควร ซึ่งถือว่าวัยรุ่นเป็นวัยแห่งการสร้างสรรค์ เป็นพลังของสังคมและประเทศชาติ ก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันมีค่า หากการฆ่าตัวตายนั้นไม่สำเร็จ ส่งผลให้วัยรุ่นมีปัญหาสุขภาพกาย จิตและนำไปสู่การมีความคิด หรือพฤติกรรมที่จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจนสำเร็จได้ วัยรุ่นที่มีประวัติการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีการฆ่าตัวตายซ้ำได้สูงถึง 30 เท่า การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่สมบูรณ์ (Seguin Monique, 2004) ขาดความ

ยืดหยุ่นในครอบครัว มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท รวมทั้งสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น (Evans, 2004)

จะเห็นได้ว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวจึงมีบทบาทมากต่อพัฒนาการของวัยรุ่น ไม่ให้เกิดความล้มเหลวในการเผชิญปัญหาจนเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Fishman, 1989) โดยบุคคลรอบข้างไม่ว่าจะเป็นบิดา มารดา ญาติพี่น้องและเพื่อน สามารถให้ความอบอุ่นทางใจแก่วัยรุ่นเหล่านี้ได้โดยการแสดงความเข้าใจ ใส่ใจ ยอมรับฟังความทุกข์ยากและให้ความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระเศร้าโศกเสียใจ พฤติกรรมฆ่าตัวตายก็จะไม่เกิดขึ้น แต่ถ้าไม่มีผู้แบ่งเบาภาระเศร้าโศกเสียใจ บุคคลนั้นก็จะเป็นความรู้สึกที่ไม่ค่อยดีต่อตนเอง เกิดความสำนึกในคุณค่าแห่งตน ทำให้เกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal idea) ในที่สุด เนื่องจากมองคุณค่าของตนว่าไม่มีความหมายที่จะอยู่ต่อไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าจะไม่มีการนำการจัดกระทำในลักษณะนี้มาใช้กับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมที่จะส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น เกิดทักษะในการจัดการกับปัญหาการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การแก้ไข ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และป้องกันการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำของวัยรุ่นในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

2) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน อายุ 15-24 ปี และสมาชิกครอบครัวๆ ละ 2 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน อายุ 15-24 ปี ทั้งเพศชาย

และหญิง และสมาชิกครอบครัวๆ ละ 2 คน ซึ่งมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดลพบุรี ซึ่งมีคะแนน Beck Scale for Suicidal Ideation (BSS) เท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนน หรือคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เท่ากับหรือมากกว่า 9 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของ McMaster Model (McMaster Model of Family Functioning) มาพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับทักษะการทำหน้าที่ของครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาครอบครัว 2) การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารภายในครอบครัว 3) การพัฒนาทักษะบทบาทและหน้าที่ของครอบครัว 4) การพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์ 5) การพัฒนาทักษะความผูกพันทางอารมณ์ 6) การพัฒนาทักษะการควบคุมพฤติกรรม และยุติการให้คำปรึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการทำร้ายตนเอง ภาวะทางเศรษฐกิจ และสัมพันธภาพในครอบครัว 2) แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck (Beck Scale for Suicidal Ideation) (Beck, Steer and Ranieri, 1988) ซึ่งแปลโดยปริยศ กิตติธีระศักดิ์ (2547) และ 3) แบบประเมิน

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ของปรียศ กิตติระศักดิ์ (2547) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวของผู้ศึกษาชื่อเอชไอวี

การที่กษัตริย์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี และผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษา และรับบริการต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ แต่จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถแจ้งขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และการบริการที่จะได้รับ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับ จึงให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการ เตรียมผู้วิจัย โดยศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือ ขอพิจารณาจริยธรรมที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี เตรียมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโดยศึกษาจากประวัติเวชระเบียน ผู้วิจัยลง

ประเมินพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และความคิดฆ่าตัวตาย (Pre-test) ที่บ้านผู้ป่วยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงจุดประสงค์และกิจกรรมนัดหมายการดำเนินกิจกรรม

ขั้นที่ 2 ระยะดำเนินการ ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มโดยการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วย วันละ 4 ครั้ง ครบ 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมๆ ละ 60 นาที ระยะเวลาทดลอง 6 สัปดาห์ ระยะเวลาทดลองตั้งแต่ เดือนมิถุนายน 2554 ถึง สิงหาคม 2554

ขั้นที่ 3 ระยะประเมินผลการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์หลังการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยประเมินความคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุม (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความคิดและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมทั้งหมดในงานวิจัยนี้ และกลุ่มควบคุมได้รับการติดตามปกติ ได้รับการประเมินคะแนนพฤติกรรมฆ่าตัวตายและความคิดฆ่าตัวตาย (Post-test) เพื่อมิให้ขัดต่อจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยได้นัดหมายการลงโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยใช้การทดสอบค่าที (Paired t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นส่วนใหญ่ กลุ่มเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 25 มีอายุระหว่าง 15-18 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 อายุ 19-21 ปี และ 22-24 ปี

คิดเป็นร้อยละ 45 และ 15 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 65 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 อาชีพว่างงาน/แม่บ้าน รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40 และ 35 ตามลำดับ ความไม่เพียงพอของรายได้และไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 50 และ 35 ตามลำดับ เคยมีประวัติทำร้ายตนเองมา 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 90 ใช้วิธีการทำร้ายตนเองโดยการกินยาเกินขนาดและกินสารเคมี/ยากำจัดวัชพืช คิดเป็นร้อยละ 80 และ 15 ตามลำดับ ไม่เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 100 และพบว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 40 อายุ 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 อายุ 15-30 ปี และอายุ 31-45 ปี เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 22.5 ความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 55 สามี/ภรรยาและพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 15 และ 12.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

พฤติกรรม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
กลุ่มทดลอง							
ความคิดฆ่าตัวตาย	11.15	2.30	5.70	2.79	19	11.84	.000
พฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย	15.45	3.92	6.20	2.39	19	8.88	.000
รวม	26.60	5.60	11.90	3.68	19	14.85	.000

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20) (ต่อ)

พฤติกรรม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
กลุ่มควบคุม							
ความคิดฆ่าตัวตาย	11.55	2.34	11.30	2.22	19	-.90	.379
พฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย	15.55	3.00	12.75	3.12	19	3.27	.004
รวม	26.70	3.52	24.05	4.24	19	2.83	.011

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น หลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมต่ำกว่าก่อนการทดลองเช่นกันแต่มิมีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

พฤติกรรม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
ก่อนทดลอง							
ความคิดฆ่าตัวตาย	11.15	2.30	11.15	2.34	38	.91	.100
พฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย	15.45	3.92	15.55	3.00	38	.00	.928
รวม	26.60	5.06	26.70	.52	38	.07	.943

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ก่อนและหลังการทดลองระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40) (ต่อ)

พฤติกรรม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
หลังทดลอง							
ความคิดฆ่าตัวตาย	5.70	2.79	11.30	2.22	38	7.01	
พฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย	6.20	2.39	12.75	3.12	38	7.43	.000
รวม	11.90	3.68	24.05	4.24	38	9.60	.000
							.000

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในทางตรงข้ามภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นส่วนใหญ่ กลุ่มเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

คิดเป็นร้อยละ 75 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 25 มีอายุระหว่าง 15-18 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 อายุ 19-21 ปี และ 22-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 15 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 65 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 อาชีพว่างงาน/แม่บ้าน รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40 และ 35 ตามลำดับ ความไม่เพียงพอของรายได้ และไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 50 และ 35 ตามลำดับ เคยมีประวัติทำร้ายตนเองมา 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 90 ใช้วิธีการทำร้ายตนเองโดยการกินยาเกินขนาด และกินสารเคมี/ยากำจัดวัชพืช คิดเป็นร้อยละ 80 และ 15 ตามลำดับ ไม่เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 100 และสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 40 อายุ 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 อายุ 15-30 ปี และอายุ 31-45 ปี เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 22.5 ความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 55 สามี/ภรรยาและพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 15 และ 12.5

ตามลำดับ

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวารินทร์ ชมประเสริฐ (2546) พบว่า เพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย 3:1 เท่า แต่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุ 15-18 ปี ส่วนใหญ่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอยู่ระหว่าง 15-24 ปี เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับวิกฤติการณ์ที่สุดในชีวิต เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกอึดอัด สับสน ตึงเครียด เสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น และวิธีที่ใช้ทำร้ายตนเองโดยการกินยาเกินขนาดมากที่สุด

จากการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพว่างงาน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของวารินทร์ ชมประเสริฐ (2546) ที่พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะว่างงาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดอยากฆ่าตัวตายสูง คือ การตกงาน เนื่องจากอาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยบ่งบอกถึงการยอมรับ การเป็นคนที่มีความรู้ค่า ในขณะที่ไม่มีอาชีพทำให้ความสำนึกคุณค่าในตนเองลดต่ำลง ซึมเศร้า หมดหวัง ทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว ชัดแย้ง แยกตัวออกจากครอบครัว ซึ่งสิ่งเหล่านี้สัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างมากและครอบครัวที่มีปัญหาเหล่านี้มีโอกาสที่จะทำให้คนในครอบครัวเกิดความเครียดจนส่งผลให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายมาก

ตอนที่ 2 การอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวผลเปรียบเทียบพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น กลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว สามารถลดความคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของ McMaster Model มาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและสมาชิกครอบครัวเข้าใจปัญหาที่เกิดจากอะไร จะส่งผลให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้น ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุย แสดงความคิดเห็นร่วมกัน มีการแสดงความเห็นอกเห็นใจ การให้ความช่วยเหลือกันในระหว่างการให้คำปรึกษาครอบครัวตลอดจนการได้เปิดเผยความรู้สึก และความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น จะช่วยลดปัญหาหรือช่องว่างของการทำหน้าที่ครอบครัว ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมกันรับผิดชอบเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัว การเข้าใจความรู้สึกระหว่างสมาชิกใน

ครอบครัว ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมีผลต่อการพัฒนาสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงของวัยรุ่น และการวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น (อุมพร ครังคมขัติ, 2544) รวมทั้งได้ฝึกทักษะการปฏิบัติต่อกัน เพื่อแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ของสมาชิกครอบครัว ส่งเสริมทักษะในการเผชิญปัญหาในอนาคต โดยการใส่ใจกับความรู้สึกของอีกฝ่ายหนึ่ง มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน พูดคุยอย่างตรงไปตรงมา มีการรักษาระเบียบวินัยของครอบครัวอย่างเหมาะสม สิ่งเหล่านี้ทำให้ครอบครัวทำหน้าที่อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายลดลง นอกจากนี้ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวยังเป็นวิธีที่ช่วยในการเอื้ออำนวยให้ผู้รับการให้คำปรึกษาได้สำรวจนำเอาศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อตนเองและครอบครัว ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีคุณภาพดีขึ้น

ดังนั้นผลการวิจัยที่พบ จึงสามารถสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยนี้ อย่างแท้จริง จะพบว่า แต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เกิดความตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัว โดยการใช้การมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อ

การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้

2) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว มีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ได้มีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ตามแนวคิดของ McMaster Model ซึ่งเชื่อว่า ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต้องมีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสม 6 ด้าน คือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทหน้าที่ การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เข้าใจและยอมรับปัญหาของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว เกิดมุมมองที่กว้างขึ้น สามารถปรับตัวกับปัญหาที่เผชิญได้อย่างเหมาะสม โดยให้สมาชิกทุกคนรู้สึกว่ามีปัญหาทุกปัญหา สามารถร่วมกันคิด และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองได้รับการ

ยอมรับเห็นคุณค่าในตนเองมีคุณค่าในตนเอง
เพิ่มมากขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งจะ
ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรม
เสี่ยงฆ่าตัวตายลดลง สามารถดำรงชีวิต เผชิญกับ
ปัญหาต่างๆ ร่วมกับครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
สามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัวและสังคมได้
อย่างเหมาะสม

ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อ
การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ที่ได้รับการดูแลโดยใช้
โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว จะมีความ
เข้าใจและทักษะการทำหน้าที่ของครอบครัว
สามารถจัดการกับปัญหาที่กำลังเผชิญ และมี
วิธีการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมทั้ง
มีรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็น
ปกติ นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิก
ครอบครัวมีการจัดการทำหน้าที่ครอบครัวของ
ตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้โปรแกรมการ
ให้คำปรึกษาครอบครัว ลดความคิดฆ่าตัวตาย
และพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย รวมทั้งปัญหา
พฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากการมุ่งเน้น
แก้ไขที่ตัวผู้ป่วยตามลำพังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร
ดังนั้นต้องมีการแก้ไขในส่วนของบริษัทที่ผู้ป่วย
ดำเนินชีวิตอยู่รอบครัว ซึ่งจะเห็นได้ว่าบุคคลใน
ครอบครัว หรือสมาชิกครอบครัวเดียวกัน มี
ส่วนสำคัญต่อชีวิตความเป็นอยู่ และรวมไป
ถึงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น
เป็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการ
ปฏิรูประบบสุขภาพปัจจุบันที่เน้นให้ผู้ป่วย
และครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองใน
ครอบครัว สังคมและชุมชนของตนเอง เพื่อให้
ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างมี
คุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 โปรแกรมการให้คำปรึกษา
ครอบครัวจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว
เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นตลอดจน
ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพ การปฏิบัติบทบาทหน้าที่
ภายในครอบครัวที่ดีขึ้น

1.2 การนำโปรแกรมการให้คำปรึกษา
ครอบครัวไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มี
ความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว และ
ผ่านการฝึกปฏิบัติภายใต้การนิเทศของพยาบาล
ผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ทางด้านการ
ให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้สามารถดำเนิน
กิจกรรมของโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ

1.3 โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว
ซึ่งใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่เน้น
การพัฒนาทักษะแก่กลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อ
การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น เกิดทักษะการทำหน้าที่ของ
ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงควรมี
การติดตามระยะยาวเพื่อช่วยเหลือ และสนับสนุน
ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและ
ชุมชนอย่างมีคุณภาพต่อไป

1.4 ในการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษา
ครอบครัว ซึ่งพัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาครั้งนี้
ผู้ศึกษาพบว่า การสร้างสัมพันธภาพก่อนที่จะ
เข้าร่วมกิจกรรมเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากผู้ที่มี
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะไม่ค่อยให้ความ
ร่วมมือในการมาเข้ากลุ่มกับผู้วิจัย หากยังไม่เกิด
ความไว้วางใจ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัย
จึงขอเสนอแนะวิธีการแก้ไขเพื่อสร้างให้ผู้ป่วย

เกิดความไว้วางใจ ด้วยการไปเยี่ยมผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่สึกผู้ป่วยในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างสัมพันธภาพ ก่อนการดำเนินการกิจกรรมที่บ้าน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยการติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ หรือสำเร็จ และควรมีการเฝ้าระวัง ติดตามในกลุ่มสมาชิกครอบครัวของผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากได้รับผลกระทบต่อสภาพจิตใจเช่นกัน

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนเช่นเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกลุ่มอื่นว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.3 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวให้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชน เพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัว โดยการใช้การมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รายการอ้างอิง

กลอยใจ ทองลิม. (2543). การศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายของนักเรียนวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขา

จิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ขนิษฐา บำเพ็ญผล และคณะ. (2542). ครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครปฐม. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 30 (2): 36-41.

จรววยพร เมธิกุล. (2545). ผลการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อทักษะการสื่อสารในครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา.

ธาดา เจริญกุล. (2545). การทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปรีศ กิตติธีระศักดิ์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วารินทร์ ชมประเสริฐ. (2546). ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นระยะกลางในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุมพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ชันด์การพิมพ์.

อรทัย แสงสินธุ์. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาแหล่ง

- ประโยชน์ของครอบครัวการเผชิญปัญหาและ
ภาวะสุขภาพทั่วไปของสมาชิกในครอบครัว
ที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย .
(2553). การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับ
โรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.
- Barry M. Wagner. (2003). Family Risk Factors
for Child and Adolescent Suicidal Behavior.
Psychological Bulletin.121 (2) : 246-298.
- Beck, A. T., Steer R. A., & Ranieri, W. F. (1988).
Scale for suicide ideation: Psychosomatic
properties of self – report version. *Journal of
Clinical Psychology*. 44 (4): 499 -505.
- Epstien NB, Baldwin LM .,and Bishop DS.
(1983). The McMaster Family Assessment
Device. *Journal of Marital and Family
Therapy*. 9(2): 171-180.
- Evans E, Hawton K, Rodham K. (2004). Factors
associated with suicidal phenomena in
adolescents. A systematic review of population
based studies. *Clinical Psychology Review*.
24(8): 957-959.
- Fishman C.H. (1989). *Treating Troubled
Adolescents: A Family Theory Approach*.
New York: Basic Books.
- Goldney, R.D. (2002).Suicide prevention series
A global view of suicidal behavior. *Emergency
Medicine*.14: 24-34.
- Hawton, D.C.(1997). Attempted suicide. *Medical
international*. 4: 3910-3912.
- Joan R. Asarnow. (2008). Effectiveness of a
Family-Based Intervention for Adolescent
Suicide Attempters. *National Institute of
Mental Health (MINH)*,2009.
- McCubbin HK, Joy C, Cauble A, Comeau J,
Patterson J & Needle R. (1981). Family stress
and coping: *A decade review*. 42: 855-871.
- Seguin Monique, Lynch Judy, Labelle Real,
Gagnon Andre. (2004). Personal and Family
Risk Factors for Adolescent Suicidal Ideation
and Attempts. *Archives of Suicide Research*.
8(3): 227-238.