

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถ
ในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย*

THE EFFECTS OF EMPOWERMENT PROGRAM ON COPING
ABILITY OF SUICIDAL ATTEMPTERS

วรารณ ประทีปธีรานันต์, พย.บ. (Waraporn Prateepetaranun, BNS.)**

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, RN, Ph.D. (Oraphun Lueboonthavatchai, RN, Ph.D.)***

Abstract

Objectives: The purposes of this research were to compare the coping ability scores of suicidal attempters before and after the utilizing of the empowerment program and compare the coping ability scores of suicidal attempters in the experimental group and control group.

Methods: The subjects composed of 40 suicidal attempters who were admitted to the patient department of Chaophraya Yommarat Hospital and met the inclusion criteria. The subjects were divided into experimental and control group with 20 subjects each. The experimental group received empowerment program and the control group received regular caring activities. Research instruments were empowerment program and the coping ability scale. These instruments were examined for content validity by 5 psychiatric experts. The reliability of the scale by Chronbach's Alpha coefficients was .83. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: Major findings were as follows:

1. Coping ability mean score of suicidal attempters in experimental group after utilizing the empowerment program was significantly higher than before utilizing the empowerment program ($p < .001$).
2. Coping ability mean score of suicidal attempters in the experimental group after utilizing the empowerment program was significantly higher than those in the control group ($p < .001$).

Keywords: Suicidal Attempters, Coping ability, Empowerment Program

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเพื่อเปรียบเทียบ

*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร อำเภอมะนังสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี

***Correspond author: รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: Oraphun01@hotmail.com

ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติคือ เป็นเพศชายหรือเพศหญิงอายุระหว่าง 15-40 ปี และมีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาระดับแก้ไข (0-0.4) หรือไม่ดี (0.5-1.4) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตเวช จำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบค่าที (t-test)

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ : ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ความสามารถในการเผชิญปัญหา โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบันทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ประชาชนเกิดวิกฤตทางจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความเครียด ความคับข้องใจ และมีภาวะซึมเศร้า จนเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าในแต่ละปีทั่วโลกมีคนฆ่าตัวตายเกือบ 1 ล้านคน และในทุกวันประชากรจะสูญเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 1,100 คนหรือ 40 วินาที จะมีประชากรฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน และการฆ่าตัวตายทั่วโลกเพิ่มขึ้นคิดเป็น 1.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 และเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 3 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15-44 ปี (World Health Organization [WHO], 2006) ในประเทศไทยการฆ่าตัวตาย นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยพบว่า ทุก 2 ชั่วโมงมีคนฆ่าตัวตาย 1 คน ส่วนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในแต่ละปีมีจำนวนมากคิดเป็นร้อยละ 10-20 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งคนกลุ่มนี้มีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำเพิ่มขึ้น 100 เท่า และร้อยละ 10 ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย จะจบชีวิตตนเองเป็นผลสำเร็จในเวลาต่อมา (กรมสุขภาพจิต, 2555) และจากรายงาน กรมสุขภาพจิต สถิติการฆ่าตัวตายในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2554 อัตราการฆ่าตัวตายเป็น 5.77, 5.97, 5.98, 5.97, 5.90 และ

6.03 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ

จากรายงานอัตราการฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอเมืองสุพรรณบุรี พบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำสูงสุดติดต่อกัน 4 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2554 (โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, 2556) คิดเป็นอัตรา 9.28, 10.70, 11.30 และ 14.25 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า อัตราการฆ่าตัวตายซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยข้อมูลโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปี พ.ศ. 2555 นี้ พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 57 (53 คน) มีอายุอยู่ในช่วง 15-44 ปี มากที่สุดถึงร้อยละ 77.80 (72 คน) เกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 44 (41 คน) วิธีการทำร้ายตนเองใช้วิธีกินยาเกินขนาดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.5 (45 คน) มักพบกลุ่มคนที่มีลักษณะหุนหันพลันแล่น สาเหตุคือทะเลาะกับคนใกล้ชิดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.26 (30 คน) รองลงมาคือ น้อยใจที่ถูกดูถูกร้อยละ 30.11 (28 คน)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายที่พบมากในช่วงวัยหนุ่มสาวและผู้ใหญ่ตอนต้นคือ ปัจจัยด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคลที่ไม่เหมาะสม ทำให้บุคคลปรับตัวได้ไม่ดี เกิดความขัดแย้งในตนเองและขัดแย้งกับผู้อื่น ดังเช่นผลการศึกษาของมาโนช หล่อตระกูล (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยหนุ่มสาวหรือผู้ใหญ่ตอนต้นได้แก่ การที่บุคคลมีอารมณ์หุนหันพลันแล่น มีความบกพร่องในการเผชิญปัญหา สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไม่ดี และการศึกษาของ อิลเลียต และฟีนด์ (Elliott & Frude, 2001) เรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของ

ผู้ต้องขังชาวสก็อต พบว่า มีความบกพร่องด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา รู้สึกถูกทอดทิ้ง มีอารมณ์ด้านลบ และแยกตัวเอง

จะเห็นได้ว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาที่มีความสำคัญมากในการดำเนินชีวิตของบุคคล เนื่องจากความสามารถในการเผชิญปัญหามีจุดประสงค์เพื่อลดอันตรายจากสถานการณ์เพื่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดำรงความรู้สึกที่ดีของตนเอง รักษาความสมดุลทางอารมณ์ และเพิ่มความพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Taylor, 1990) ดังนั้น การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดีอันจะส่งผลให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ คือ การส่งเสริมให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายใช้ศักยภาพของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม มองโลกในแง่บวก รู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ควบคุมอารมณ์เมื่อไม่เป็นไปตามความต้องการ และยอมรับเมื่อไม่เป็นอย่างที่คิด (Caplan, 1963, as cited in Miller, 1992) แต่รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตายในปัจจุบันนั้น มักเน้นด้านร่างกายมากกว่า (ลักษณะ รุ่งสอาดและจินตนา ญานิพันธุ์, 2552) และการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองทั่วไปก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในบางรายอาจมีการนัดติดตามผลการรักษาตามความเหมาะสมเท่านั้น แต่ยังไม่มีการให้การบำบัดด้านจิตใจที่ชัดเจน ซึ่งน่าจะมีผลให้จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำไม่ได้ลดลง (กัญญาพิชญ์ จันทร์นิม, 2548) เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาด้านเหตุอย่างแท้จริง ขาดอำนาจในการควบคุม

สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ไม่มีแนวทางในการแก้ปัญหาของตนเอง ส่งผลให้การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ปัญหาไม่คลี่คลาย การปรับตัวล้มเหลว เกิดความทุกข์และความขัดแย้งกับผู้อื่น ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อนและรุนแรงตามมา โดยเฉพาะการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของเบลล์ (Bell, 1977 อ้างถึงในฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540) พบว่า ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจมักใช้การเผชิญปัญหาระยะสั้นมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดี การใช้การเผชิญปัญหาระยะสั้นเป็นการมุ่งจัดการกับอารมณ์ไม่มีการแก้ไขปัญหาที่แท้จริงทำให้ปัญหานั้นไม่หมดไป

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) มีพื้นฐานความเชื่อ คือ มุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางสติปัญญา และพลังในตัวผู้ป่วยมาทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยใช้ในการควบคุมกำกับการดำเนินชีวิตตนเอง และมีลักษณะที่ทั้งผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามร่วมกัน แลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก เป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน เสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม และเป็นกระบวนการระยะยาวของการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยเพื่อให้มีความรู้ความสามารถบรรลุผลตามที่ตั้งใจ (Gibson, 1991 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2539) ในฐานะผู้มีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เห็นว่าการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิปลัน (Gibson, 1993) ซึ่งเป็นแนวคิดที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้โดยอิสระมาใช้ในการช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ภายในบุคคล

รับรู้ว่าตนเองมีพลังอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้เชื่อในความสามารถของตนเอง มองโลกในแง่ดี พร้อมเปลี่ยนแปลงตนเองให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาหลังการทดลองของผู้พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. ค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบศึกษากลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

2.1 เพศชายหรือเพศหญิงอายุระหว่าง 15-44 ปี

2.2 มีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาระดับ แก่ไข (คะแนน 0 - 0.4) หรือ ไม่น่าดี (0.5 - 1.4) โดยใช้แนวคิดของจาโลวicz (Jalowiec, 1984) ที่พัฒนาโดยจารูวรรณ จินดามงคล (2541) และเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548)

2.3 สม่ัครใจและยินดีให้ความร่วมมือการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือในการดำเนินการทดลองได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของกิปสัน (Gibson, 1995) โดยดำเนินกิจกรรมกับผู้พยายามฆ่าตัวตายรายบุคคล แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหา ประเมิน คิดพินิจพิจารณาถึงสถานการณ์ปัญหา ในแง่มุมต่าง ๆ จนเกิดความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การ

แก้ไขปัญหา 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมตอบสนองความต้องการของตนเองและได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ได้แก่ เสริมความรู้และฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การเสริมสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ จำนวนครั้งวิธีที่ใช้สาเหตุการฆ่าตัวตาย ประวัติปัญหาสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต ประวัติการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว และ 2) แบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยใช้แบบวัดความสามารถการเผชิญปัญหาตามแนวคิดของจาโลวicz (Jalowiec et al., 1984) ที่พัฒนาโดยจารูวรรณ จินดามงคล (2541) และเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548) มีข้อคำถามรวม 40 ข้อประกอบด้วยการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา 2 ด้านคือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotion - focus coping) เกณฑ์การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยรวม และรายด้านของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ มีเกณฑ์ว่าจะต้องได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับปานกลาง (คะแนน 1.5-2.4) ขึ้นไป

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของ บุบผา รัตนกุลและเพ็ญภาแดงค้อมยุทธ์ (2555) สร้างขึ้นตามแนวคิดของกิปสัน (Gibson, 1993) และพัฒนาจากแบบประเมินพลังอำนาจ (psychological empowerment scale) ของอาเคร์ และคณะ (Akey et al., 2000) โดยมีข้อคำถามรวม 25 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้พยายามฆ่าตัวตาย 6 ด้านคือ ด้านการรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง ด้านการรับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ด้านมีความหวังและกำลังใจ ด้านความสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ด้านการรู้จักแหล่งประโยชน์และสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และด้านความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี ข้อคำถามลักษณะเป็น rating scale 5 ระดับเกณฑ์การประเมินผลผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 60 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 100 คะแนน จึงเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยทุกขั้นตอนรวมถึงสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยและพร้อมที่จะขอถอนตัวจากกระบวนการวิจัยได้ทุกขั้นตอนการศึกษา โดยการปฏิเสธจะไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและข้อมูลทุกอย่างในแบบสอบถามจะถือเป็นความลับ จากนั้นขอให้ผู้ป่วยพิจารณา

ก่อนลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรเข้าร่วมการวิจัยในกรณีผู้ป่วยอายุ 15-18 ปี ซึ่งถือว่ายังไม่บรรลุนิติภาวะผู้วิจัยให้ผู้ปกครองเป็นผู้เซ็นยินยอม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ

1. ระยะเตรียมการทดลอง เตรียมผู้วิจัย โดยศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเตรียมเครื่องมือ ขอพิจารณาจริยธรรมที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี หลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมเพื่อแจ้งให้ทราบขั้นตอนการเก็บข้อมูลและขอใช้สถานที่ในการทดลอง

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดคือ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และเป็นเพศเดียวกัน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์กำหนดคุณสมบัติเพื่อจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลทุกวันทีหผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที (วันละ 1 ครั้งติดต่อกัน 4 วัน) ดำเนินการทดลองตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2556 ถึง 31 กรกฎาคม 2556

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินผลการทดลอง คือ การประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา (pre-test) ในวันแรกที่พบผู้ป่วยฆ่าตัวตายทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประเมินการรับรู้พลังอำนาจในกลุ่มทดลองทันทีที่จบโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

และการวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา(post-test) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อครบ 2 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการนัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลหรือโทรศัพท์ เพื่อติดตามความคงอยู่ของผลที่เกิดขึ้นจากการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้แก่การแจกแจงความถี่คำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความสามารถในการเผชิญปัญหา เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้การทดสอบค่าที (paired t-test) และเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 40.00 และเพศหญิงร้อยละ 60.00 โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี และ 40-44 ปี เท่า ๆ กัน (ร้อยละ 30.00) รองลงมาคือ 20-24 ปี (ร้อยละ 15.00) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 55.00) ส่วนใหญ่มีการ

ทำร้ายตนเองครั้งแรก (ร้อยละ 95.00) และใช้วิธีทำร้ายตนเองด้วยการกินยาเกินขนาดมากที่สุด (ร้อยละ 30.00) ส่วนปัญหาหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดการทำร้ายตนเองมาจากการทะเลาะกับคนใกล้ชิดมากที่สุด (ร้อยละ 45.00) รองลงมาคือ ปัญหาผิดหวังความรัก หึงหวง (ร้อยละ 30.00) ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ (ร้อยละ 75.00) ไม่มีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว และด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่ามีความขัดแย้งกันมากที่สุด (ร้อยละ 45.00) รองลงมาคือ ห่างเหิน/ต่างกันต่างอยู่ (ร้อยละ 30.00)

กลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 40.00 และเพศหญิงร้อยละ 60.00 โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-44 ปี (ร้อยละ 25.00 เท่ากัน) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 15-19 ปี (ร้อยละ 20.00) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 45.00) ส่วนใหญ่มีการทำร้ายตนเองครั้งแรก (ร้อยละ 95.00) และใช้วิธีทำร้ายตนเองด้วยการกินยาเกินขนาดมากที่สุด (ร้อยละ 45.00) ส่วนปัญหาหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดการทำร้ายตนเองมาจากการทะเลาะกับคนใกล้ชิดมากที่สุด (ร้อยละ 55.00) รองลงมาคือ น้อยใจ ถูกดูค่า (ร้อยละ 30.00) ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ (ร้อยละ 80.00) ไม่มีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว และด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่ามีความขัดแย้งกันและราบรื่นจำนวนเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 35.00)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p - value
กลุ่มทดลอง (n = 20)						
ก่อนทดลอง	41.65	10.282	ไม่ดี	19	-17.629	.000
หลังทดลอง	100.50	12.357	ดี	19		
กลุ่มควบคุม (n = 20)						
ก่อนทดลอง	35.90	7.786	ไม่ดี	19	-1.053	.305
หลังทดลอง	36.70	7.413	พอใช้	19		

จากตารางพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความสามารถในการเผชิญปัญหารายด้านของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความสามารถในการเผชิญปัญหา (รายด้าน)	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด	6.55	2.892	ไม่ดี	11.50	2.724	พอใช้
ด้านบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด	5.60	2.836	ไม่ดี	10.10	2.292	พอใช้
ด้านการใช้การประคับประคอง	2.70	2.677	ไม่ดี	10.75	2.291	พอใช้
ด้านการพึ่งพาตนเอง	10.00	3.920	ไม่ดี	18.80	2.830	ดี
ด้านการเผชิญปัญหา	7.55	4.148	ไม่ดี	26.55	3.591	ดี
ด้านการมองเหตุการณ์ในแง่ดี	9.35	3.937	ไม่มี	22.80	3.722	ดี
ค่าเฉลี่ยรวม	41.65	10.282	ไม่ดี	100.50	12.357	ดี

จากตารางแสดงให้เห็นว่า โดยภาพรวมค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับไม่ดีทั้ง 6 ด้าน ส่วนภายหลังได้รับโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น คืออยู่ในระดับดี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการพึ่งพาตนเอง ด้านการเผชิญปัญหาและ

ด้านการมองเหตุการณ์ในแง่ดี และอีก 3 ด้านอยู่ในระดับพอใช้ได้แก่ด้านแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด ด้านบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด และด้านการใช้การประคับประคอง และพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาทั้ง 6 ด้านของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความสามารถในการเผชิญปัญหา รายด้านของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 20)

ความสามารถในการเผชิญปัญหา (รายด้าน)	ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ			หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด	5.65	2.720	ไม่ดี	7.65	1.927	พอใช้
ด้านบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด	4.10	2.511	ไม่ดี	5.20	1.361	ไม่ดี
ด้านการใช้การประคับประคอง	2.45	1.356	ต้องแก้ไข	3.40	1.759	ไม่ดี
ด้านการพึ่งพาตนเอง	8.05	2.856	ไม่ดี	6.90	1.917	ไม่ดี
ด้านการเผชิญปัญหา	7.55	3.348	ไม่ดี	5.25	3.226	ไม่ดี
ด้านการมองเหตุการณ์ในแง่ดี	8.10	3.417	ไม่ดี	8.30	3.164	ไม่ดี
ค่าเฉลี่ยรวม	35.90	7.786	ไม่ดี	36.70	7.413	ไม่ดี

จากตารางพบว่า โดยภาพรวมค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ในระดับไม่ดี 5 ด้าน และอยู่ในระดับต้องแก้ไขในด้านการใช้การประคับประคอง ส่วนภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาภาพรวมยังอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบรรเทาอารมณ์

ตึงเครียด ด้านการพึ่งพาตนเอง ด้านการเผชิญปัญหาและด้านการมองเหตุการณ์ในแง่ดี ส่วนอีก 2 ด้าน คือด้านการใช้การประคับประคองมีระดับความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นจากระดับต้องแก้ไขเปลี่ยนเป็นระดับไม่ดีและด้านการแก้ไขอารมณ์ตึงเครียดมีระดับความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นจากระดับไม่ดีเปลี่ยนเป็นระดับพอใช้

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหา ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 20) และกลุ่มควบคุม (n = 20)

คะแนนความสามารถ ในการเผชิญปัญหา	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p - value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	41.65	10.282	ไม่ดี	38	1.994	.053
กลุ่มควบคุม	35.90	7.786	ไม่ดี	38		
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	100.50	12.357	ดี	38	19.801	.000
กลุ่มควบคุม	36.70	7.413	ไม่ดี	38		

จากตารางพบว่าจากการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้คือ

1. สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงขึ้น หลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิปสัน (Gibson, 1995) ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย ยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น 2) ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณด้วยเหตุผล อย่างรอบคอบ ทราบผลดีผลเสียที่ได้รับและมองเห็นแนวทางแก้ไข 3) ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้เรียนรู้ถึงการปฏิบัติเพื่อสนองต่อความต้องการของตนเอง มีการเพิ่มพูนทักษะความสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการยอมรับ สามารถพัฒนาความรู้สึกที่ควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ ได้รับกำลังใจ ได้รับสัมพันธภาพที่ดีจากผู้อื่น ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีพลังอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ และดำรงไว้ซึ่งการตัดสินใจเรื่องการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งจากการศึกษาของโรเจอร์ (Roger, 1997, cited in Corrigan, 1997) ก็พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้มีปัญหาทางจิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรู้สึกรับคุณค่าในตัวเอง การมองโลกในแง่ดี

2. สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่า

ตัวตายที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้การพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป 2 ส่วน คือ การดูแลทางร่างกาย โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหารและยารักษาอาการ การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น อีกส่วนหนึ่งคือ การดูแลด้านจิตใจ พยาบาลจะให้การคำปรึกษาหรือคำแนะนำแบบสั้นซึ่งอาจจะสามารถช่วยกระตุ้นเตือน หรือสร้างความตระหนักให้ผู้พยาบาลมาได้คิดว่าพฤติกรรมที่กระทำลงไปนั้นไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นได้ ทำให้เข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น แต่ไม่ได้เสริมสร้างพลังอำนาจ หรือการพัฒนาศักยภาพของผู้พยาบาลมาตัวตายให้มีความรู้ความสามารถ และทักษะในการเผชิญปัญหาในระยะยาว (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548) ดังนั้น การให้การพยาบาลตามปกติจึงช่วยแก้ปัญหาได้ในระยะสั้น ๆ และไม่ยั่งยืน ส่งผลให้ผู้พยาบาลมาตัวตายมีโอกาสหรือมีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองซ้ำได้ ในทัศนะทางการพยาบาลเชื่อว่า กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยสามารถช่วยปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลได้ โดยมีรูปแบบวิธีที่หลากหลายได้แก่ การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การส่งเสริมความรู้ ซึ่งผลการศึกษาล่าสุดพบว่า ประสิทธิภาพของการให้ความรู้และข้อมูลในรูปแบบต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวสูงขึ้น (Pender, 1996)

เมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถในการ

เผชิญปัญหารายด้านหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงขึ้นทั้ง 6 ด้านดังนี้ ด้านแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด ด้านบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด และด้านการใช้การประคับประคองทั้ง 3 ด้านนี้มีคะแนนอยู่ในระดับพอใช้หรือปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้พยาบาลมาตัวตายในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันในด้านของบุคลิกภาพที่ถูกหล่อหลอมมาจากการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก ประกอบกับอาจมีปัจจัยจากสภาพแวดล้อมภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้องเช่น สภาพแวดล้อมในครอบครัวจึงทำให้การแก้ไขหรือพัฒนาในด้านต่างๆ เหล่านี้ ยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ในส่วนด้านการพึ่งพาตนเอง ด้านการเผชิญปัญหา และด้านการมองเหตุการณ์ในแง่ดี กลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มุ่งในการเพิ่มศักยภาพ ความสามารถในการตัวผู้พยาบาลมาตัวตายให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง และมองโลกในด้านบวกเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของเทย์เลอร์ (Taylor, 1990) ที่ว่าความสามารถในการเผชิญปัญหามีความสำคัญมากในการดำเนินชีวิตของบุคคล ให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดำรงความรู้สึกที่ดีของตนเอง รักษาความสมดุลทางอารมณ์และเพิ่มความพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษานี้สามารถปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้พยาบาลมาตัวตายและที่สำคัญผู้พยาบาลมาตัวตายได้พัฒนาทักษะความสามารถในการเผชิญปัญหา ซึ่งวัดได้จากการประเมินการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการประเมินการรับรู้พลัง

อำนาจที่เพิ่มขึ้น พร้อมการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ที่ยังคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมผู้พยายามฆ่าตัวตายสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำอีก

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้พยายามฆ่าตัวตายไปใช้ในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมพยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้พื้นฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยในการดำเนินการ เช่น ความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงรบกวน ระยะเวลาของเตียงผู้ป่วย เป็นต้น

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้พยายามฆ่าตัวตายเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และทักษะความสามารถในการเผชิญปัญหา ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ เช่น ติดตามทุก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำอย่างถาวร

3. ควรมีการวางแผนจำหน่ายผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายก่อนกลับบ้านเพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อต้องกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านหรือในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2555). รายงานผลการศึกษาเชิงระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต. เข้าถึงเมื่อ 8 มิถุนายน 2555, จาก

http://suicide.jvkk.go.th/menu_3.aspx

กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จารุวรรณ จินตางค. (2541). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยืนพันธุ์. (2539). การเสริมสร้างพลังอำนาจวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 8(1-3), 10-17.

เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์. (2548). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. โครงการอิสระเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา, ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จวีวรรณ สัตยธรรม. (2540). การพยาบาลจิตเวชศาสตร์จิตเวชศาสตร์สุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี : สถาบันพระบรมราชชนก.

บุบผา ฅนิกกุล และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ. (2555). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(2), 74-86.

มานิช หล่อตระกูล. (2551). การศึกษาการ

- ฆ่าตัวตายในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48 (4), 231-239.
- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. (2556). *เวชระเบียนสถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตายประจำปี 2553-2555*. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร.
- ลักขณา รุ่งสอาดและจินตนา ยูนิพันธุ์. (2552). การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24, (2), 122-134.
- Akey, T. M., Marquis, J. G., & Ross, M. E. (2000). Validation of scores on the Psychological Empowerment Scale: A measure of empowerment for parents of children with a disability. *Journal of Psychiatry*, 60(3), 419-438.
- Corrigan, P. W. (1997). Behavior Therapy Empowers Persons with Severe Mental Illness Behavior Modification. *Journal of community psychology*, 21(1), 45-61.
- Elliott, J. L., & Frude, N. (2001). Stress, coping styles, and hopelessness in self-poisoners. *Crisis*, 22(1), 20-26. doi:10.1027//0227-5910.22.1.20
- Gibson, C. H. (1993). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354- 361.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(2), 1201-1210.
- Jalowiec, A., Murphy, P., & Power, M. J. (1984). Psychometric assessment of Jalowiec Coping Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 66-77.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. USA: Mc Graw Hill Inc.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic Illness: Overcoming Powerlessness* (2nd ed). Philadelphia: FA. Davis.
- Reiss, N. S., & Dombeck, M. (2007). *Other Factors Contributing To Suicide Risk*. Retrieved December 17, 2012, from http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php.
- Taylor, S. E. (1990). *Health psychology* (2nd ed). USA: McGraw Hill Inc.
- World Health Organization. (2006). *Mental health*. Retrieved October 17, 2006, from http://www.who.int/mental_health/Suicideprevent/Suicide.