ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

นางกรรณิการ์ ผ่องโต

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAME ON SUICIDAL IDEATION IN SUICIDAL ATTEMPTER

Mrs. Kannikar Phongto

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requrirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
โดย	นางกรรณิการ์ ผ่องโต
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	**รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

…...……คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

……..……ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

……..……อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

...……..…….กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

กรรณิการ์ ผ่องโต : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (THE EFFECT OF RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAME ON SUICIDAL IDEATION IN SUICIDAL ATTEMPTER) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ. ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 155 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง เรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ 2) เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งและเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทอง ในช่วงเดือน ตค 55- ม.ค 56 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย โดยการจับคู่ ให้มีความคล้ายกันในด้าน เพศ และอายุ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตามกรอบแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grothberg (1995) โดยประยุกต์ใช้แนวทางการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ของนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล ประกอบด้วย 5 กิจกรรม รวบรวมข้อมูลโดย ใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ของ Beck เครื่องมือกำกับการทดลอง คือแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต เครื่องมือทุกชนิดผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงเท่ากับ 1, 0.84 และ 1 ตามลำดับ ทดสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ของ Beck และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต โดยใช้ Chronbach's alpha มีค่าเท่ากับ 0.85 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช..ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา ....2555…… ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก . .....

5377802436 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING
KEYWORDS: SUICIDAL ATTEMPTER / RESILIENCE / SUICIDAL IDEATION / RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAME

KANNIKAR PHONGTO: THE EFFECT OF RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAME ON SUICIDAL IDEATION IN SUICIDAL ATTEMPTER. ADVISOR: ASSOC. PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI., Ph.D., 155 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were: 1) to compare the suicidal ideation in suicidal attempter before and after received the resilience enhancement program , and 2) to compare the suicidal ideation in suicidal attempter who received the resilience enhancement program and those who received regular caring activities. The subjects were the patient whom admitted to a community hospital in Angthong province during Oct. 2012- Jan. 2013. with any way to suicidal behavior, who met the inclusion criteria, There were matched by sex and age, then assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the resilience enhancement program framework to strengthen the mind Grothberg (1995). The resilience enhancement program was applied by Dr. Prawate Tantipiwatanaskul that consisted of five activities. Data were collected by personalization questionnaire, and Beck's suicidal assessment. Research mornitoring instruments was Resilience Quotient [RQ] a strength mental health evaluation of Department of Mental Health. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Chronbach's Alpha coefficient reliability of the two questionnaire were 0.85 and 0.81 respectively. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. The suicidal ideation in suicidal attempter who received the resilience enhancement program was significantly lower than that before, at p .05 level.

2. The suicidal ideation in suicidal attempter who received the resilience enhancement program was significantly lower than those who received regular caring activities at .05 level.

Field of study. Mental Health and Psychiatric Nursing…Student's signature……..…….
Academic Year …… 2012 ……. Advisor's signature ……..…

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ผู้ซึ่งได้ให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการศึกษา เป็นทั้งแรงบันดาลใจให้ผู้ศึกษาเกิดความมุ่งมั่น ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจผู้ศึกษาตลอดมา ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา ผู้ศึกษากราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต คณะกรรมการสอบ ที่ให้ความกรุณาชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้ศึกษาในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจในการศึกษาตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทองทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือให้การดำเนินตามโครงการสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีรวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลาและให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการ

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในงานวิจัยนี้ ผู้ วิจัยขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองทุกท่าน ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

บทที่

1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4

แนวเหตุผลและสมมติฐาน..... 4

ขอบเขตการวิจัย..... 7

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 8

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 10

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 11

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย..... 12

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย..... 25

แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ..... 33

โปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ..... 46

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 48

กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 52

3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 54

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 54

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 56

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... 57

วิธีการดำเนินการศึกษา 60

การวิเคราะห์ข้อมูล..... 70

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	71
5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	79
สรุปผลการวิจัย	82
อภิปรายผลการวิจัย	83
ข้อเสนอแนะ	88
รายการอ้างอิง	90
ภาคผนวก	99
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	100
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	102
ภาคผนวก ค ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	132
ภาคผนวก ง ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	140
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	152
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	155

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความเพียงพอของรายได้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม……...…….	72
2	เปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	74
3	การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรเพศและอายุ.....	75
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)…….	76
5	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40).....	77
6	จำนวนและร้อยละจำแนกตามการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย อาการหูแว่ว ประวัติการทำร้ายตนเอง วิธีการที่ใช้พยายามฆ่าตัวตาย และประวัติการทำร้ายตนเองของบุคคลในครอบครัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม…….....	136
7	เปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง…….…..…	137
8	คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post- test)…….....	138
9	คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post- test)……..…….	139

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การทำร้ายตนเองก่อให้เกิดความสูญเสียแก่สังคมและประเทศชาติเป็นอย่างมาก และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ 10 อันดับแรก สำหรับทุกกลุ่มอายุในแทบทุกประเทศ มีแนวโน้มสูงขึ้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 400,000 คนหรือประมาณวันละ 1,096 คน นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 ล้านคน (WHO, 2004) ในประเทศไทยการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตใน 3 อันดับแรกของประเทศ เนื่องจากประเทศไทยกำลังประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ ความไม่แน่นอนทางการเมือง ความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านสังคมและวัฒนธรรม จนกลายเป็นภาวะความเครียดเกิดขึ้น (จันทิมา องค์โฆษิตไกรฤกษ์, 2550) ถึงแม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทยจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากปี พ.ศ. 2547 – พ.ศ. 2553 อัตราการฆ่าตัวตาย เป็น 6.87, 6.34, 5.77, 5.97, 5.98, 5.97 และ 5.90 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ แต่จากรายงานสถิติการให้บริการของกรมสุขภาพจิตพบว่าอัตราการทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย ในปี 2547 – 2553 เท่ากับ 32.33, 38.24, 35.54, 42.59, 38.45, 38.36 และ 37.38 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ดังนั้นการฆ่าตัวตายจึงยังเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากผู้พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 97.53 จะถูกนำส่งโรงพยาบาล เพื่อรับบริการ บำบัด รักษา (กรมสุขภาพจิต, 2553) และคิดเป็นต้นทุนต่อระบบบริการประมาณ 41 – 107 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ไม่ได้นับต้นทุนที่แต่ละครอบครัวต้องแบกรับ เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการทำร้ายตนเองขึ้น (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ , 2553)

พฤติกรรมฆ่าตัวตายมีตั้งแต่คิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) ขู่จะฆ่าตัวตาย (Suicidal threat) พยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempt) ไปจนถึงฆ่าตัวตายสำเร็จ (Complete suicidal) การมีพฤติกรรมแบบใดแบบหนึ่งถือเป็นเครื่องบ่งชี้ว่า บุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ (อุมาพร ตรังคสมบัติ , 2540) แสดงว่ามีผู้ที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายย่อมมีความคิดฆ่าตัวตายรวมอยู่ด้วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) จากรายงานการศึกษาระบาดวิทยาผู้ทำร้ายตนเอง พ.ศ . 2547 ของกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ที่ทำร้ายตัวเองยังมีความรู้สึกว่าอนาคตของตนเองนั้นสิ้นหวัง 14.7 และยังมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 5.4 และการศึกษาของอุมาพร ตรังคสมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว (2541) พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 24.1 และพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 10.1 สอดคล้องกับ Garrison (1991) ที่ติดตามวัยรุ่นนาน 3 ปี พบว่าความคิดอยากฆ่าตัวตายยังคงอยู่ถึงร้อยละ 47 และเมื่อติดตามถึง 10 ปี พบว่าร้อยละ 10 – 50 ยังคงมี

พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและวัยรุ่นร้อยละ 3 – 10 จะพยายามฆ่าตัวตายจนสำเร็จ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดนครสวรรค์พบว่าร้อยละ 7.41 ที่เคยเข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตายและได้รับการให้คำปรึกษายังมีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ (ดรุณี เลิศปรีชา, 2545) เนื่องจากบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย จะถูกสมาชิกในครอบครัวทอดทิ้ง ไม่สนใจดูแล ถูกซ้ำเติมให้รู้สึกผิด (นิตยา เฉลิมกุลและคณะ, 2542) และในขณะเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล บุคคลที่ทำร้ายตนเองจะถูกเพิกเฉยจากทีมรักษาทำให้รู้สึกถูกแบ่งแยก (Frisch & Frisch, 2002) ส่งผลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ เป็นภาระของคนในครอบครัว มองว่าตนเป็นเหยื่อของเหตุการณ์ รู้สึกอ่อนแอ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ขาดจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน ขาดพลังในการต่อสู้ปัญหาซึ่งเป็นลักษณะของผู้ที่ขาดความเข้มแข็งทางใจ (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2553) และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 10 แต่ถ้าเป็นการฆ่าตัวตายซ้ำครั้งที่ 2 ขึ้นไป โอกาสในการฆ่าตัวตายสำเร็จ จะมีได้ถึงร้อยละ 25 คือเพิ่มประมาณ 2.5 เท่า (ประยุกต์ เสรีเสถียร, 2548) และจำนวนครั้งในการพยายามฆ่าตัวตายที่มากขึ้นจะเพิ่มโอกาสในการทำสำเร็จมากขึ้นด้วย (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2547) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ที่ พยายามฆ่าตัวตาย สามารถผ่านพ้นวิกฤต มองเห็นจุดมุ่งหมายที่ต้องการ สามารถจัดการปัญหาและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม รอดพ้นจากการฆ่าตัวตายได้ สามารถฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติและป้องกันปัญหาด้านจิตใจเรื้อรังที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ และการฆ่าตัวตายซ้ำตามมา

จังหวัดอ่างทอง พบสถิติการพยายามฆ่าตัวตายสูงอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูล ของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ.2550-2553 พบว่ามีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย 79.11, 78.26, 74.80 และ 70.55 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.69, 5.62, 3.86 และ 5.62 ต่อแสนประชากร ซึ่งถ้าเปรียบเทียบจากเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิตที่มีการกำหนดตัวชี้วัดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายไม่เกิน 33.5 ต่อแสนประชากรและกำหนดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.7 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2550) แม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกินเป้าหมาย แต่ อัตราการพยายามฆ่าตัวตายยังสูงกว่าเป้าหมาย ของกรมสุขภาพจิต และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดอ่างทอง เพราะอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ และอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญถึงความรุนแรงของปัญหาทางด้านสุขภาพจิต รูปแบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 2 – 3 วัน พยาบาลได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลด้านร่างกายและแก้ไขปัญหาที่รีบด่วน เช่น การล้างท้อง การให้ยาและให้คำปรึกษา นัดพบหลังจากที่ผู้ป่วยกลับบ้าน จะเห็นได้ว่า การดูแลดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย ปัญหาบางเรื่องยังไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ที่พยายามฆ่าตัว

ตายยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ การดูแลเน้นให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จากประสบการณ์ในการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ผ่านมานั้น พบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานหลายด้าน โดยเฉพาะด้านบุคลากรสาธารณสุขรวมถึงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน เพราะส่วนใหญ่จะขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่อยู่ในชุมชน รวมถึงขาดความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจ เพราะจะขอความช่วยเหลือ จากพยาบาลที่รับผิดชอบงานจิตเวชทุกครั้ง ในบางครั้งพยาบาลจิตเวชมีภาระงานมากไม่มีเวลาดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างเต็มที่ ซึ่งส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่ปลอดภัยและอาจมีการฆ่าตัวตายซ้ำได้

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยในการทำร้ายตนเองของวัยรุ่นในต่างประเทศเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ปัจจัยเสี่ยงเป็นอุปสรรคในการพัฒนา การเจริญเติบโต คือ บุคลิกภาพ นิสัย ความเครียดและความเปราะบางในชีวิต (Beautrais, 2003) ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองทางอารมณ์ การขาดทักษะการเผชิญปัญหา (O'Donnell, O'Donnell, Wardlaw and Stueve, 2004) ส่วนปัจจัยปกป้องเป็นกันชนปกป้องผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงป้องกันการทำร้ายตนเอง ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งทางใจในการฟื้นคืน เมื่อเผชิญความทุกข์ยาก ประกอบไปด้วย ความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหา การเผชิญปัญหาที่ดี ความเข้มแข็งทางใจ การมองคุณค่าตัวเอง การมองมุมบวกในสถานการณ์ที่ท้าทาย การมีจุดมุ่งหมายที่ดีในชีวิต การควบคุมความหุนหันพลันแล่นของตน ความสามารถทนทานต่อความคับข้องใจ การมองโลกในเชิงบวก มีอารมณ์ขัน มีทักษะชีวิตและสามารถจัดการกับปัญหาได้ดี (Grothberg, 1995; Correa- Velez and Jones, 2006; Luthar and Zigler, 1991 อ้างถึงใน สุภรา เชาว์ปรีชา, 2551)

ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) หมายถึง ความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว อีกทั้งเกิดการเรียนรู้ พัฒนาจากการเผชิญปัญหาหรือวิกฤตินั้นๆ อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข สามารถฝึกฝนและสร้างขึ้นได้ (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล , 2550) เป็นกระบวนการปรับตัวและฟื้นตัวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบากหรือวิกฤติได้สำเร็จ แสดงให้เห็นถึงการเอาชนะปัญหาอุปสรรคของชีวิตโดยใช้พลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง (สำนักสุขภาพจิตสังคม, 2552) คนที่มีพลังสุขภาพจิต ดี มักเป็นคนไม่ตีโพยตีพายเมื่อมีปัญหา เป็นคนที่สามารถสงบจิตใจ จัดการอารมณ์ที่พลุ่งพล่าน ระงับความว้าวุ่น จัดการแก้ปัญหาด้วยความรอบคอบ ไม่คิดร้ายไปกว่าความเป็นจริง แต่ก็ไม่ใช่คนที่เพิกเฉย เย็นชา ไม่รู้ร้อนรู้หนาว และไม่ใช่คนที่เข้มแข็งจนไม่แสดงออกถึงความเสียใจ จนไม่ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ตรงกันข้าม คนที่มีพลังสุขภาพจิตดีจะเป็นคนที่สามารถเข้าหาและขอรับคำแนะนำการช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ในเวลาที่

เหมาะสม เป็นความสามารถ ของแต่ละบุคคลที่พัฒนาได้และฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ มีความเจริญเติบโตทางอารมณ์และจิตใจ (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และเยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ, 2551) การส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งทางใจที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือรูปแบบการส่งเสริมในแง่จิตสังคม การเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลโดยการปรับวิธีคิดและวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เรียนรู้ที่จะอยู่ภายใต้สภาวะยากลำบากด้วยความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเอง (ศุภรา เชาว์ปรีชา, 2551) ทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรค มีกำลังใจในเวลาที่ชีวิตพบกับเรื่องยุ่งยาก (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2550) การนำแนวคิดเรื่องความเข้มแข็งทางใจมาใช้ในการป้องกันการทำร้ายตนเองในวัยรุ่นทำได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยง และส่งเสริมปัจจัยปกป้อง ภายใต้กระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ พบว่ามีผลเด่นชัดในการ ลดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองในวัยรุ่น (Borowsky, Ireland and Resnick, 2001) ซึ่งผู้ที่พยายามทำร้ายตัวเองด้วยวิธีใดๆ ก็ตามมักเริ่มต้นด้วยความคิดทำร้ายตนเอง จากนั้นจะคิดหาวิธีการว่าจะทำอย่างไร เมื่อคิดสำเร็จก็จะเริ่มทำร้ายตนเอง (อรพรรณ, 2553) ผู้วิจัยมีความมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้คิดฆ่าตัวตายด้วยการเสริม สร้างความ เข้มแข็งทางใจให้แก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาและความกดดันของชีวิต สามารถจัดการกับอารมณ์ ความเครียด ความโกรธ มองโลกในแง่ดี สามารถพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง และตระหนักรู้ถึงคุณค่าของตนเองมากขึ้น เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาในอนาคต เพื่อลดความคิดฆ่าตัวตาย โดยการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจใช้หลักการของ Grothberg และดำเนินกิจกรรมโดยประยุกต์แนวทางการจัดกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจของนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และศึกษาผลว่าจะลดความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองและผลของโปรแกรมทำให้ความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่ม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ เพียงไร โดยกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตาย ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตาย ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย

ความคิดฆ่าตัวตายเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ แสดงว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายย่อมมีความคิดฆ่าตัวตายรวมอยู่ด้วย

(อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยต่างๆ ก่อให้เกิดความเครียดและความกดดันรุนแรงจนไม่สามารถหาทางออกให้กับปัญหาและกลายเป็นการพยายามฆ่าตัวตายในที่สุด หากกระทำไม่สำเร็จ แต่ความคิดนี้ยังคงอยู่ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำๆ เป็นประจำ (Mynatt, 2000) จนในที่สุดอาจเกิดการสูญเสียชีวิตจากการฆ่า ตัวตายได้ ความคิดเช่นนี้มักเกิดขึ้นในช่วงที่ชีวิตประสบกับปัญหายุ่งยาก เกิดความเครียด เช่นคนตกงาน ผู้ป่วยโรคร้ายแรงผู้กำลังประสบกับปัญหาชีวิต และผู้ป่วยจิตเวช ผู้ที่คิดและพยายามฆ่าตัวตายมักจะมองการฆ่าตัวตาย เป็นทางออกเพียงทางเดียวที่เขามีอยู่ในขณะนั้น ดีกว่าการทนอยู่กับปัญหาหรือความเจ็บปวดทางจิตใจที่เขาเผชิญอยู่ ผู้ที่ตกอยู่ในภาวะจิตใจเช่นนี้ ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสองจิตสองใจ ใจหนึ่งอยากตายเพื่อจบปัญหาลง อีกใจไม่อยากตาย หรือยังมีความกลัวตายอยู่ลึกๆ จิตใจจึงวุ่นวายสับสน เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบอีกเพียงเล็กน้อย ก็อาจจะทำให้ตัดสินใจทำร้ายตนเอง (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541) ความลังเลภายในใจนี้เสมือนเป็นกุญแจสำคัญในการให้ความช่วยเหลือที่จะช่วยให้ผู้คิดฆ่าตัวตายตระหนักในความต้องการมีชีวิตอยู่ของตนเอง เนื่องจากความคิดฆ่าตัวตายเป็นจุดเริ่มต้นของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ ถ้าป้องกันไม่ให้มีความคิดฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ก็จะเป็นการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดีได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้วัยรุ่นหนุ่มสาวมีความคิดฆ่าตัวตายเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ นิสัย ความเครียด และความเปราะบางในชีวิต (Beautrais, 2003) การเผชิญเหตุการณ์ที่มีความกดดันในชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล, 2552) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เมื่อผู้ป่วยยังคงได้รับความกดดันอยู่ก็จะมีความคิดฆ่าตัวตายจนถึงฆ่าตัวตายสำเร็จได้ ความเข้มแข็งทางใจพบว่ามีผลเด่นชัดในการลดพฤติกรรมการทำร้ายตัวเองในวัยรุ่น ทำได้โดยส่งเสริมปัจจัยปกป้อง (Borowsky, et al., 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี คำธิตา, อัมพวรรณ ถากาศ และชนากานต์ แสนสิงห์ชัย (2550) เรื่องรูปแบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ โดยกระบวนการสร้างความเข้มแข็งทาง ใจ ที่ศึกษาในผู้ที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นโดยใช้กระบวนการกลุ่มพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำสามารถปรับเปลี่ยนตัวเอง ปรับกระบวนความคิด มีทักษะในการเผชิญปัญหาและมองเห็นคุณค่าในตนเองส่งผลให้ไม่มีการฆ่าตัวตายซ้ำหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grothberg (1995) และประยุกต์ ใช้แนวทางการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ของนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (25 50) ที่นำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถของคนเราในการต่อสู้กับปัญหาชีวิตนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยการเพิ่มปัจจัยปกป้อง และพัฒนาขีด

ความสามารถในการปรับตัวมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม คนส่วนใหญ่เมื่อพบปัญหาร้ายแรงในชีวิต จะมีปฏิกิริยาต่อเหตุการณ์นั้นด้วยอารมณ์ที่รุนแรง ไม่สามารถปรับตัวได้ และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต แต่มีคนจำนวนหนึ่งที่ปรับตัวได้ดีต่อเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต สิ่งที่ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดี ในสถานการณ์เลวร้าย เรียกว่าความเข้มแข็งทางใจ หรือพลังสุขภาพจิต (Resilience)

ปัจจัยปกป้องในตัวบุคคลหรือกลุ่มบุคคล มีความเป็นไปได้ ในการลดการฆ่าตัวตาย ส่งผลทำให้เกิดความเข้มแข็งทางใจในการฟื้นคืน (bound back) เมื่อเผชิญความทุกข์ยากอีกทั้งเป็นการลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงไปได้ (Grothberg, 1995) การส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งทางใจเป็นการพัฒนาทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการเพิ่มปัจจัยปกป้อง โดยเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล ด้วยการปรับวิธีคิด และวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เรียนรู้ที่จะอยู่ภายใต้สภาวะยากลำบากของชีวิตด้วยความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเอง กระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจจึงประกอบด้วย 5 กิจกรรมคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ 2) การสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง 3) การจัดการชีวิตได้ 4) การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน และ 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การเสริมสร้างทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการเพิ่มปัจจัยปกป้อง และเพิ่มปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์ในด้านความเชื่อ ที่จะช่วยให้ประเมิน ตัดสินสถานการณ์ความกดดันที่เผชิญอยู่ได้ด้วยดี และยังเป็นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ การสำรวจภายในตนเอง สิ่งที่ตนทำได้ และสิ่งที่ตนมีเป็นหัวใจหลัก ของความเข้มแข็งทางใจ เป็นการค้นพบแหล่งประโยชน์ภายในตัวเองที่นำมาใช้ในการเผชิญความกดดันของชีวิต (Grothberg, 1995) โดยการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็น

การเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง โดยการสร้างความรู้สึกดีกับตนเอง (Grothberg, 1995) เป็นการฝึกให้รู้จักมองโลกในแง่ดี ค้นหาทำความรู้จักกับตนเอง และพัฒนาความถนัดที่มีอยู่ กลายเป็นความสำเร็จ ที่น่าภาคภูมิใจ (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล , 2550) ส่งผลให้บุคคลพัฒนาไปสู่ การยอมรับนับถือตนเอง ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถและมีศักยภาพในตนเอง (เบญจวรรณ สิงโตอ่อน , 2548) การมองโลกในแง่ดีเป็นคุณลักษณะในการนำไป สู่ความเข้มแข็งทางใจ การฝึกคิดในการแก้ไขปัญหา เป็นปัจจัยป้องกันในการทำร้ายตนเอง ทำให้ บุคคลมีความพยายามในการเอาชนะอุปสรรค มีความสามารถในการเผชิญวิกฤติ เป็นบุคลที่มีแนวโน้มในการจัดการกับปัญหา โดยมุ่งจัดการกับปัญหา ทำให้สามารถดำรงความเข้มแข็ง ของการรับรู้เกี่ยวกับตน และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวก ส่งผลสะท้อนในทางบวก และกระตุ้นให้เกิดการรับรู้คุณค่าแห่งตน(Warner, 1989 อ้างถึงใน สุนิพัจ เปรมอมรกิจ , 2543) ความเชื่อมโยงทักษะการเผชิญปัญหา กับการฆ่าตัวตายพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ปรึกษาใคร เมื่อมีความทุกข์ใจ

(ประยุกต์ เสรีเสถียร , 2541) และลักษณะผู้ที่มีพฤติกรรมในการฆ่าตัวตาย ขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา เช่น เป็นคนไม่มีเหตุผล ชอบปฏิเสธถอยหนี หรือมีความคิดไม่ยืดหยุ่นเพราะถ้าพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ไม่มีทักษะในการเผชิญปัญหา เมื่อต้องพบกับภาวะวิกฤติในชีวิต และไม่สามารถที่จะฝ่าฟันภาวะนั้นได้ จะทำให้ท้อแท้และโทษในโชคชะตา หรือ พระเจ้า และทำให้รู้สึกโกรธ กลัด กลุ้มคับแค้นใจ และกดดันจนต้องหาทางออกด้วยการฆ่าตัวตายในที่สุด เด็กที่มีความเข้มแข็งทางใจเป็นผู้ที่สามารถจัดการ กับสิ่งท้าทายในชีวิตได้ ใช้สถานการณ์ทางลบให้เป็นประโยชน์ ต่อการดำเนินชีวิต ไปสู่เป้าหมายสูงสุดของตนเอง และการมี สายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุนเป็นประหนึ่งแหล่งกำลังใจทรงพลังในการต่อสู้ชีวิต แม้ในยามที่ต้องพบกับสถานการณ์วิกฤติอันยากจะฝ่าฟัน เนื่องจาก ครอบครัวที่ให้ความรัก ความห่วงใยส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง (อนงค์ อรุณรุ่ง, 2551) การสร้างความเข้มแข็งทางใจ ด้วยการมีจุดหมายในชีวิต เป็นการฝึกตนเอง ให้มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตอยู่เสมอ ตลอดจนเรียนรู้ที่จะตั้งเป้าหมาย ให้เหมาะสมกับทุกสถานการณ์ทั้งบวกและลบ (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2550) การเสริมสร้างทักษะด้านนี้ จึงเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับตนเองโดยมีจุดหมายในชีวิตที่ดี หากคนเรามีสิ่งเหล่านี้ก็จะมีความเข้มแข็งทางใจในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค สามารถเรียนรู้และมีกำลังใจในเวลาที่ชีวิตพบกับเรื่องยุ่งยาก เพราะ เหตุผลสำคัญที่ผู้ป่วยอธิบาย ถึงการที่ตนเองต้องการมีชีวิตอยู่ และไม่ควรทำร้ายตนเอง คือความมั่นใจในตนเองว่าจะสามารถแก้ปัญหาต่างๆได้ (อภิชัย มงคลและคณะ, 2550) และการตระหนักถึงคุณค่าของตนเองส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

สมมติฐานการวิจัย

1. ความคิด ฆ่าตัวตาย ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าก่อนทดลอง

2. ความคิด ฆ่าตัวตาย ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยมีขอบเขตของการศึกษาดังนี้

1. ประชากรการวิจัย คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งเพศชายและหญิงที่ มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดอ่างทอง

2. ตัวอย่างการวิจัยคือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งเพศชายและหญิงที่ มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จากโรงพยาบาลที่มีการพยาบาลตามปกติเหมือนกันได้แก่ โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ

โรงพยาบาลแสวงหา โรงพยาบาลป่าโมก และโรงพยาบาลสามโก้ ในช่วงเดือน ต.ค 55- ม.ค 56 จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เลือกโดยการสุ่มอย่างเจาะจงและจับคู่ด้วยตัวแปร เพศ และอายุ กลุ่มละ 20 คน

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ตัวแปรตามคือ ความคิดฆ่าตัวตาย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความเข้มแข็งทางใจ หมายถึง ความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว อีกทั้งเกิดการเรียนรู้ พัฒนาจากการเผชิญปัญหาหรือวิกฤตินั้นๆ อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข สามารถฝึกฝนและสร้างขึ้นได้ ตามคำนิยามของนายแพทย์ ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (2550)

โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ หมายถึงกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มี กระบวนการปรับตัวภายใต้สถานการณ์ที่เลวร้ายให้สามารถฟื้นตัวขึ้นได้ จากประสบการณ์ที่ยุ่งยาก รุนแรง เป็นการฝึกทักษะรายบุคคล เพื่อสร้างความมั่นใจในตนเอง มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาอย่างเข้มแข็งและสามารถจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิต รวมทั้งพัฒนาตนเองได้ตามเป้าหมายในชีวิต ตามกรอบแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grothberg (1995) และประยุกต์ใช้แนวทางการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับบุคลากรสาธารณสุขของนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (25 50) มีทั้งหมด 5 กิจกรรม ได้แก่ 1. การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ เพื่อให้เข้าใจและเกิดความไว้วางใจ 2. การสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจและภาคภูมิใจในตัวเอง 3. การจัดการชีวิตได้ เป็นความสามารถจัดการกับ อารมณ์และความเครียด ได้อย่างเป็นระบบ 4. การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน เป็นการเรียนรู้ที่จะพัฒนา ความ สัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง โดยใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 5. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นวิธีฝึกฝนตนเองให้มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตอยู่เสมอ โดยดำเนินกิจกรรมในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลในจังหวัดอ่างทองเป็นรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 40 – 60 นาที กิจกรรมที่ 1 – 3 ดำเนินกิจกรรมที่ตึกผู้ป่วยในติดต่อกัน 3 วัน กิจกรรมที่ 4 และ 5 ดำเนินกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 4 และ 5 ห่างกัน 3 วันระยะเวลาทั้งหมด 5 วัน ติดตามประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการศึกษา 3 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ หมายถึง กิจกรรมที่สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ โดยใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ

ด้วยการสนทนา สัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาจากเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี และให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ ว่าเป็น ความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว อีกทั้งเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาจากการเผชิญปัญหาหรือวิกฤตินั้นๆ ซึ่งมนุษย์แต่ละคนจะมีวิธีการอธิบายและจัดการกับปัญหาไม่เหมือนกัน คนที่มีความเข้มแข็งทางใจไม่ได้หมายถึงคนที่ชนะในทุกเรื่องของชีวิต หรือคนที่สมหวังในทุกสิ่งที่ปรารถนา แต่หมายถึงคนที่แพ้ได้ ล้มได้ แต่ไม่ท้อถอย และสามารถเรียนรู้จากความล้มเหลวนั้นๆเพื่อพัฒนาเป็นบทเรียนไปสู่สิ่งที่ดีกว่า และทุกคนสามารถสร้างความเข้มแข็งทางใจให้เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง

กิจกรรมที่ 2. การสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง หมายถึงกิจกรรมที่ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักมองโลกในแง่ดี ค้นหาความรู้สึกดีที่เกิดขึ้นจากการทำความดี จากการทำงานสำเร็จ และความรู้สึกดีที่เกิดจากการได้ช่วยเหลือคนอื่น พัฒนาความถนัดที่มีอยู่จนกลายเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ โดยใ ห้ผู้ป่วยทบทวนดูว่า ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกดีต่อตัวเองจากเรื่องอะไรบ้าง ผู้วิจัยคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าและระบายความรู้สึก และชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยทำดี

กิจกรรมที่ 3 การจัดการชีวิตได้ หมายถึงกิจกรรมการฝึกฝนตัวเองให้รู้จักยอมรับความเป็นจริงของชีวิตหรือทำใจในสิ่งที่ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ขณะเดี ยวกันก็มีความมุ่งมั่น อดทนที่จะลงมือทำในสิ่งที่ทำได้จนประสบผลสำเร็จ เรียนรู้ที่จะจัดการอารมณ์ของตนเองอย่างถูกต้อง และมีทักษะในการจัดการปัญหาที่ สร้างสรรค์ โดยให้ผู้ป่วยนึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องตัดสินใจทำร้ายตัวเองและเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด พร้อมกับเล่าถึงความคิดที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์นั้น และผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมไปถึงวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดในแต่ละครั้ง ให้ผู้ป่วยประเมินว่าวิธีการจัดการกับปัญหาที่ผ่านมา ได้ผลในแง่ใด และวิธีการใดที่มีผลดีและเหมาะสมที่สุด จะช่วยให้เราจัดการอารมณ์ของตัวเราได้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน หมายถึงกิจกรรมการเรียนรู้ที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง ยอมรับ ใส่ใจ เป็นกำลังใจให้กันและกัน โดยให้ผู้ป่วยทบทวนถึงบุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคง อบอุ่น เป็นตัวอย่างที่ดีในการทำสิ่งต่างๆ เป็นกำลังใจที่ดีให้เสมอมา และบุคคลแรกที่ผู้ป่วยนึกถึงเมื่อมีความรู้สึกเครียด ผู้วิจัยแนะนำและ ฝึกทักษะ การสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพ มีความเข้าใจที่ดี สามารถมอบความรัก ความเมตตา ความไว้วางใจแก่กันและกัน สามารถที่จะไว้วางใจและให้อภัยกันได้แม้เกิดเรื่องหงุดหงิดขุ่นเคืองใจ

กิจกรรมที่ 5 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต หมายถึง กิจกรรมการฝึกฝนตนเองให้มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตอยู่เสมอ ตลอดจนเรียนรู้ที่จะตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ การรู้ว่า

ตัวเองต้องการอะไรในชีวิต สิ่งใดสำคัญมาก สิ่งใดสำคัญน้อย และสิ่งใดไม่ใช่เรื่องสำคัญเรา ต้องการให้ปลายทางชีวิตเป็นแบบไหนและเมื่อมีปัญหาก็รู้ว่าควรมีเป้าหมายในการแก้ไขอย่างไร ให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งที่ตนอยากจะทำ แต่ไม่ได้ทำในอดีต และยังคงรู้สึกติดค้างในใจ โดยให้ผู้ป่วย เล่าถึงสิ่งที่ตนต้องการทำเรียงลำดับตามความสำคัญก่อน-หลัง แล้วแบ่งรายการที่ต้องการทำทั้งหมดเป็น 1) เรื่องสำคัญและเร่งด่วน 2) เรื่องสำคัญแต่ไม่เร่งด่วน 3) เรื่องไม่สำคัญที่เร่งด่วน 4) เรื่องไม่สำคัญและไม่เร่งด่วน ผู้วิจัยสรุปซ้ำสิ่งที่ผู้ป่วยอยากทำและแผนการที่จะทำเรียงลำดับตามความสำคัญก่อน-หลัง พร้อมให้กำลังใจในการลงมือปฏิบัติว่าผู้ป่วยสามารถทำได้

การพยาบาล ตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลและพยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาเบื้องต้นด้วยการพูดคุย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ปลอบโยน ให้กำลังใจ และดูแลตามอาการและอาการแสดงทางกาย

ความคิดฆ่าตัวตาย หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในลักษณะที่ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ มีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่จะทำลายตนเอง เพื่อต้องการจบชีวิตตนเองด้วยความสมัครใจ ตั้งใจและรู้ตัว แต่ยังไม่ได้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งความคิดฆ่าตัวตายนั้นเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปสู่ความพยายาม หรือการกระทำพฤติกรรมที่จะฆ่าตัวตายได้ สามารถประเมินได้ จากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck Scale for suicidal Ideation (Beck, 1988)
ที่มีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่กระทำโดยเจตนาเพื่อประท้วงหรือหนีความทุกข์ทรมานของตนเพราะหาทางออกไม่ได้ ทำให้ตนเองได้รับอันตรายไม่ว่าด้วยวิธีไหนก็ตาม มีผลทำให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยหรือบาดเจ็บมากแต่ไม่ถึงแก่ชีวิต และทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดความคิดฆ่าตัวตาย ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
2. เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ
3. เป็นข้อมูลเพื่อการพัฒนาแนวทางในการจัดบริการ สำหรับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
4. ทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต และการพัฒนาศักยภาพตนเอง
5. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา เกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย การป้องกันและการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการ สร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแหล่งความรู้ต่างๆ จากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอสาระสำคัญเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย

1.2 พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

1.3 ประเภทของการฆ่าตัวตาย

1.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตาย

1.5 การช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1.6 บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

1.7 ระบบบริการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย

2.1 ความหมายของความคิดฆ่าตัวตาย

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการความคิดฆ่าตัวตาย

2.3 การประเมินความคิดฆ่าตัวตาย

2.4 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

3. แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ

3.1 ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ

3.2 คุณลักษณะของความเข้มแข็งทางใจ

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ

3.4 การสร้างความเข้มแข็งทางใจ

4. โปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายใน ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย หรือ อัตวินิบาตกรรม ถ้าพิจารณาตามรากศัพท์มาจากคำต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (ราชบัณฑิตยสถาน , 2542)

อัตต (sui) หมายถึง ตนเอง (self)

วินิบาต (cide) หมายถึง การทำลาย การฆ่า (murder)

กรรม หมายถึง การกระทำ

รวมความแล้วการฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่เป็นการฆ่า หรือทำลายตนเอง หากพิจารณาความหมายทำให้มองเห็นว่า การฆ่าตัวตาย คือ พฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นได้ทำร้ายตนเองเพื่อให้เกิดการสิ้นสูญชีวิตของตน (ราชบัณฑิตยสถาน , 2542)

นอกจากนี้ได้มีผู้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายแตกต่างกันดังนี้

สมชาย จักรพันธุ์ (2541) ให้ความหมายการพยายามฆ่าตัวตายว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่มุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิตลงหรือหลุดพ้นจากความบีบคั้น ความคับข้องใจที่รุนแรงในชีวิตโดยมีพฤติกรรมที่ตรงไปตรงมาหรือกระทำทางอ้อมที่ต้องการให้ตนเองจบชีวิต

กรมสุขภาพจิต (2542)ให้ความหมายว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลมีความคิดหรือลงมือกระทำให้ตนได้รับความเจ็บปวดหรือเป็นอันตรายถือเป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยตรงเพื่อสิ้นสุดชีวิตของตน

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (254 3) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลพยายามทำร้ายตนเอง แต่ไม่ได้หวังผลว่าจะตายไปจริงๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจมีการพยายามฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง แต่มักไม่มีสถิติแน่นอน เพราะไม่ได้มาขอรับการรักษาอย่างตรงไปตรงมา

มาโนช หล่อตระกูล (2544) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองแต่ในที่สุดยังไม่ถึงแก่ชีวิต ส่วน ใหญ่ทำไปด้วยความหุนหันพลันแล่น ต้องการประท้วง ต้องการให้ผู้อื่นรู้สึกผิด รู้สึกโกรธหรือหาทางออกไม่ได้

กรมสุขภาพจิต (2547) ให้ความหมายการพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted Suicide) หมายถึง การพยายามทุกวิถีทางที่จะจบชีวิตตนเองหรือทำร้ายตนเองซึ่งอาจไม่จบลงด้วยความตาย

Kerkhof (1994) ให้ความหมายว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำโดยเจตนาที่จะจบชีวิตตนเอง เพื่อหนีสภาวะบางอย่างที่บุคคลนั้นทนทุกข์ทรมานอยู่ เช่น ความเจ็บปวด ความเหงา สำนึกผิด โรคภัย เศร้าซึม ความรุนแรงและความยากจน ส่วนใหญ่สภาพจิตใจห่อเหี่ยว

Barbee and Bricker (1996) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง เป็นการทำ

ร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรง ทำให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย หรือบาดเจ็บมาก ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง หรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง

สรุปได้ว่าการฆ่าตัวตาย หมายถึงการที่บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองมุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิตลงด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองหลุดพ้นจากปัญหาหรือความคับข้องใจที่รุนแรงในชีวิต ส่วนการพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำโดยเจตนาเพื่อประท้วงหรือหนีความทุกข์ทรมานของตนเพราะหาทางออกไม่ได้ ทำให้ตนเองได้รับอันตรายไม่ว่าด้วยวิธีไหนก็ตาม มีผลทำให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยหรือบาดเจ็บมากแต่ไม่ถึงแก่ชีวิตและทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.2 พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

Diekstra & Guibinat (1993) แบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. คิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) เป็นความคิดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นชั่วคราวเกี่ยวกับความคิดว่าตนเองไม่สมควรที่จะมีชีวิตอยู่ ยึดมั่นในสิ่งที่คิด หมกมุ่นในความคิดเกี่ยวกับการทำลายชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งวางแผนฆ่าตนเอง

2. พยายามฆ่าตัวตาย (Attempts Suicidal) เป็นการกระทำอย่างตั้งใจด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่เกิดจากความต้องการที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบความสำเร็จในการกระทำและกระทำดังกล่าวจะต้องไม่ใช่วิสัยปกติของบุคคลนั้น

3. ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed Suicides) การตายเป็นผลทางตรงหรือทางอ้อมจากการกระทำของบุคคลด้วยความตั้งใจจริงที่ต้องตาย

Barbee & Bricker (1966) แบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้คือ

1. คิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) เป็นการแสดงออก ทางความคิดที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย หรือการทำลายตนเองในลักษณะการพูด การเขียน งานด้านศิลปะ แต่ไม่มีความตั้งใจหรือการกระทำจริง

2. ขู่จะฆ่าตัวตาย (Suicide Threats) การพูด หรือการเขียนที่สื่อถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่มีการกระทำ

3. แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (Suicide Gestures) เป็นการทำร้ายตนเอง แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บหรือบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ผู้กระทำไม่ตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเองแต่เป็นการพยายามฆ่าตัวตายเพื่อที่ประท้วง หรือเรียกร้องให้ผู้อื่นมาสนใจดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งการกระทำมักไม่รุนแรง

4. พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempts) เป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรงเพราะอยากจะตาย การกระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง หรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง

5. ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or Successful Suicides) การตายที่เกิดจากผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองจริงและกระทำได้สำเร็จ โดยขณะที่กระทำมีสติสัมปชัญญะแต่ในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จบางครั้ง เป็นการกระทำโดยขาดสติสัมปชัญญะ

1.3 ประเภทของการฆ่าตัวตาย ฮันคอฟฟ์ (Hankoff as cite in Hauenstein , 1998) กล่าวว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมี 3 ลักษณะ คือพวกหุนหันพลันแล่น แสดงความโกรธรุนแรงเมื่อเกิดความเครียด พวกที่พยายามฆ่าตัวตายเพื่อเป็นการแก้ปัญหา เมื่อไม่สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ และพวกที่พยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากจิตมีพยาธิสภาพอย่างรุนแรง หรือมีความผิดปกติทางจิตใจที่รุนแรง ซึ่งได้แบ่งประเภทของการฆ่าตัวตาย โดยประเมินจากเจตนาของผู้กระทำแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การฆ่าตัวตายที่มีการวางแผนล่วงหน้า (Premediated Suicide) โดยมีการเตรียมสถานที่อุปกรณ์ไว้พร้อม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ที่อยู่ในวัยกลางคนขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบในพวกที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Chronic Depression) โดยใช้วิธีการรุนแรงที่มั่นใจว่าได้ผล ซึ่งมักจะประสบความสำเร็จในการฆ่าตัวตาย

2. การฆ่าตัวตายแบบสองจิตสองใจ (Ambivalent Suicide) มักมีสาเหตุมาจากการขัดแย้งกับคนใกล้ชิด ถูกกดดันจากสังคมรอบข้าง จึงทำให้เกิดแรงจูงใจคิดกระทำการฆ่าตัวตายโดยยังไม่แน่ใจว่าเป็นทางเลือกที่ดี เพื่อเรียกร้องความสนใจจากผู้ใกล้ชิด ซึ่งอาจมีการวางแผนล่วงหน้า แต่มักใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง เช่น เชือดข้อมือ กินยาเกินขนาด โดยมักเป็นวัยรุ่น

3. การฆ่าตัวตายเพื่อทำร้ายผู้อื่น (Cocreive Suicide) โดยมีเจตนาให้ผลของการฆ่าตัวตายไปทำร้ายบุคคลอื่น เพื่อให้รับผิดชอบต่อการฆ่าตัวตายของตน เป็นการทำเพื่อให้ผู้อื่นเกิดความละอายและเป็นทุกข์ มักพบในเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี โดยอาจจะมีการเขียนจดหมายลาตาย วิธีการส่วนใหญ่จะเป็นการกินยาเกินขนาด หรือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรงและมักทำสำเร็จในครั้งแรก

4. การฆ่าตัวตายแบบไม่ตั้งใจ (Faux Suicide) ส่วนใหญ่ไม่ต้องการฆ่าตัวตายจริง โดยมักพบในผู้ที่มีความผิดหวังต่อความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด และพยายามฆ่าตัวตาย แต่การตายมักเป็นจากอุบัติเหตุ โดยไม่ได้อยากตายจริง กรณีนี้พบถึง ร้อยละ 75 ของการฆ่าตัวตายสำเร็จ

1.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตาย สาเหตุของการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ยังไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่อธิบายสาเหตุการเกิดความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจน และเชื่อว่าไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว แต่เป็นผลของความทุกข์จากหลายๆ สาเหตุด้วยกัน กดดัน ทั้งในจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก ซึ่งแต่ละคนก็มีสาเหตุและความเป็นมาแตกต่างกันไป จากการทบทวนเอกสารและตำราต่าง ๆ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

1.4.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factor)

1.4.1.1 การศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของสื่อประสาท (Neurotransmitter) หรือสารเคมีในสมอง (Neurochemical Agents) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ที่ผิดปกติ สารเหล่านั้นได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) โดปามีน (Dopamine) นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine)และ อมิโนบิวทูริคแอซิด (Gamma - aminobutric acid) และพบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีระดับซีโรโทนิน (Serotonin) หรือ 5-hydroxytriptamine (5-HT) ในระดับที่ต่ำกว่าปกติมาก (มาโนช หล่อตระกูล , 2544)

1.4.1.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) กับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย จะมีระดับคลอเรสเตอรอ ล ต่ำกว่าผู้ที่ไม่แสดงพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Modai et al. as cited in Hauenstein, 1998)

1.4.2. ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological Factors)

1.4.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theorys) อธิบายว่าเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสีย บุคคลสำคัญ หรือสิ่งของที่ตนรัก จะเกิดความรู้สึกโกรธ เกลียดต่อบุคคลหรือสิ่งที่สูญเสียไป ผลสุดท้ายจะกลายเป็นความโกรธ ความก้าวร้าวที่พุ่งเข้าหาตนเอง และลงโทษตนเองด้วยการฆ่าตัวตาย (Modai et al. as cited in Hauenstein, 1998)

1.4.2.2 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) ซัลลิแวน (Sullivanas cited in Barbee & Bricker, 1996) อธิบายว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต

1.4.2.3 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) อธิบายถึงสาเหตุการฆ่าตัวตายตามลักษณะทางปัญญาของบุคคล บุคคลที่ฆ่าตัวตายมักมีลักษณะทางปัญญาที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน (Dichotomous Thinking) จึงมีความจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการแก้ปัญหา ทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่าง ๆ ที่ตนเองประสบ เกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (Bartifai etal as cited in Rickeman & Houfek, 1995) นอกจากนี้ ยังมีลักษณะการคิดในทางลบ (Negative Thinking) มองโลกในแง่ร้าย จากลักษณะทางปัญญาดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า ต้องการความช่วยเหลือและเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Hauenstein, 1998)

1.4.3. ปัจจัยทางสังคม (Sociological Factors)

ทฤษฎีทางสังคม (Sociological Theories) เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมในสังคมและได้แบ่งการฆ่าตัวตายออกเป็น 3 กลุ่ม โดยเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ฆ่าตัวตายกับสังคม คือการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลมี

ความรู้สึกผูกพันกับสังคมมากเกินไป (Altruistic Suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลขาดความรู้สึกผูกพันกับสังคม (Egoistic Suicide) และการฆ่าตัวตายเนื่องจากบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Amino Suicide)

ส่วนปัจจัยทางสังคม เชื่อว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม (Durkheim as cited in Barbee & Bricker, 1996) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคาม ทำให้รู้สึกเสียหน้า หรือทำให้รู้สึกว่ามีอันตราย หมดหวัง หมดหนทางจะเป็นตัวกระตุ้นภายนอกที่นำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์ ที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สามารถหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการฆ่าตัวตายได้ง่าย เช่น สารเคมีในการเกษตร ยารักษาโรค ปืน เชือก ขาดแหล่งดูแลช่วยเหลือทั้งในครอบครัว ชุมชน และสถานบริการสุขภาพ เมื่อเป็นโรคซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นและไม่ได้รับการรักษา รู้สึกทุกข์ทรมาน จนมีความคิดอยากตายบ่อย ๆ หรือเกือบตลอดเวลาและมีการวางแผนการฆ่าตัวตาย ก็มีโอกาสเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ (ประภา ยุทธไตร, 2548)

1.4.4. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย

1.4.4.1 **อายุ** การฆ่าตัวตายพบได้ในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงอายุ 15-24 ปีและกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมากกว่าวัยอื่น ๆ (Barbee & Bricker, 1996) สำหรับประเทศไทย จากหลายการศึกษาพบว่าคนที่ฆ่าตัวตายมากที่สุดอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่อายุ 25-34 ปี (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2546)

1.4.4.2 **เพศ** พบว่าเพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่เพศชายใช้วิธีฆ่าตัวตายที่รุนแรงและรวดเร็วมากกว่าเพศหญิง ค่านิยมในการอบรมเลี้ยงดูแต่ละเพศและบทบาททางเพศในชุมชนอาจมีส่วนในความแตกต่าง (มาโนช หล่อตระกูล, 2541)

1.4.4.3 **สถานภาพสมรส** บุคคลที่มีชีวิตคู่จะมีอัตราฆ่าตัวตายน้อยกว่า บุคคลที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ บุคคลที่เป็นโสดเมื่ออายุมากขึ้นอัตราฆ่าตัวตายจะลดลง ส่วนบุคคลที่ประสบความล้มเหลวในชีวิตสมรส เมื่ออายุมากขึ้นอัตราฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้น (Schmidtke et al., 1996) จากการศึกษาของศิริรัตน์ คุปติวุฒิและสิริเกียรติ ยันตดิลก (2541) พบว่าสถานภาพสมรสไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้โดยตรง แต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสมากกว่า

1.4.4.4 **บุคลิกภาพ** บุคคลที่เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มักจะมีลักษณะเฉพาะ ตัว คือ มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Lambert & Bonner, 1996) มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เชื่ออำนาจภายนอกตัวมากกว่าอำนาจภายในตัว มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตเกิดจากโอกาส โชคชะตา และการกระทำของบุคคลอื่น (De Man, 1995) มีทักษะและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีการหนี หลีกเลี่ยง และการปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาอย่าง

ตรงไปตรงมา (Dopkins, Shrout, Rotheram - Borus & Trautman as cited in Eskin, 1995) มีความคิดสุดขั้ว มีข้อจำกัดในการแก้ปัญหาเนื่องจากการมีรูปแบบการคิดที่ไม่ยืดหยุ่น (Cognitive Regidity) จึงไม่สามารถหาแนวทาง วิธีการอื่น ๆ มาใช้ในการแก้ปัญหาได้หรือไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่าง ๆ ที่ตนเองประสบเกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (Schneidman & Farberow as cited in Rickelman & Houfek, 1995) บุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักมีบุคลิกภาพที่ต้องการความสมบูรณ์แบบ (Perfectionistic) มีนิสัยชอบแยกตัว เป็นเด็กกว่าวัย มีความก้าวร้าวสูง ขาดความยับยั้งชั่งใจและควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540)

1.4.4.5 **อาชีพ** การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับเป็นคนมีคุณค่า สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับตนเองและครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เพราะบทบาทของคนทำงานเป็นบทบาทที่ทำให้บทบาทอื่น ๆ ยังคงอยู่และประสานกัน นำมาซึ่งรายได้ การมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในสิ่งจำเป็นพื้นฐาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความท้อถอยและปัญหาทางเศรษฐกิจ ยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำมาซึ่งปัญหาครอบครัวอื่น ๆ ได้ง่ายขึ้น บุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ในสังคมตลอดจนเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้มากกว่า

1.4.4.6 **ระดับการศึกษา** ผู้มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับมาแก้ปัญหา หรือป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jenkins as cited in Jalowice & Power, 1986) และการศึกษายังช่วยให้บุคคลมีความรู้ ซึ่งจะนำไปใช้ในการพิจารณาสิ่งที่คุกคามตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถแยกได้ว่าอะไรเป็นปัจจัยที่จะช่วยบรรเทาสิ่งที่คุกคามตนเอง และสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ได้อย่างถูกต้อง (Lazarus & Folkman, 1991)

1.4.4.7 **ศาสนา** จัดเป็นปัจจัยที่เป็นแหล่งประโยชน์หรือแหล่งต้านทานความเครียดทางสังคมช่วยให้บุคคลเกิดความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตและดำรงภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ (Antonovsky อ้างใน กนกพร สุคำวัง , 2540) อาจจะเกิดจากความเชื่อที่เป็นหลักของศาสนา อย่างเช่น ชาวพุทธและฮินดูเชื่อว่า เมื่อตายแล้วจะไปเกิดใหม่ในชาติหน้า การตายจึงไม่ใช่เรื่องใหญ่เพราะยังมีโอกาสหน้า ขณะที่ชาวคริสต์เชื่อว่า เกิดครั้งเดียวตายครั้งเดียว ทำดีไปสวรรค์ทำชั่วไปนรก ไม่มีโอกาสแก้ตัวได้อีก ส่วนชาวอิสลามเชื่อว่า บาปที่ร้ายแรงที่สุดคือการฆ่าตัวตาย ชีวิตที่เกิดมาเป็นเพราะพระเจ้าสร้าง การฆ่าตัวตายจึงถือเป็นการทำร้ายพระเจ้าส่วนคนที่ไม่มีศาสนาก็จะคิดว่าจะทำอะไรก็ได้ จบแล้วก็จบกัน ไม่สนใจ (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล , 2546) จากข้อมูลกรมสุขภาพจิต (2545) ภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด สูงกว่าภาคใต้ 30 เท่า ประชากรส่วนใหญ่ทางภาคเหนือนับถือศาสนาพุทธ ภาคใต้ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนา

อิสลาม จะเห็นได้ว่าความแตกต่างทางศาสนาอาจเป็นปัจจัยสำคัญในการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ดังกล่าว

1.4. 4.8 **ปัจจัยสนับสนุน** แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยจัดการกับความเครียด (Schaefer, Coyne & Lazarus อ้างใน ดุรณี เลิศปรีชา , 2545) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บปวดหรือความเครียดต่างๆ ได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น (Thoits, 1982) มีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์ที่มั่นคงในการเผชิญปัญหาต่างๆ ตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้การประเมินความรุนแรงของภาวะเครียดลดลงหรือรุนแรงน้อยลง ซึ่งส่งผลให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งช่วยขจัดปฏิกิริยาของความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายด้วย (Cohen & Wills, 1985) รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมพบว่า มี 3 รูปแบบด้วยกัน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ได้แก่ การให้ความใกล้ชิดสนิทสนม ความอบอุ่น ความเชื่อถือและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งการสนับสนุนในด้านนี้จะช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อและความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รัก ได้รับการยอมรับ เป็นที่นับถือได้รับการดูแลเอาใจใส่และมีความมั่นคงปลอดภัย การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลและความรู้ต่างๆ จะช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งความรู้ความเข้าใจดังกล่าว จะช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้นและการสนับสนุนทางด้านสิ่งของเป็นการให้สิ่งของ เงิน หรือการให้บริการ ซึ่งจะช่วยให้บุคคล เกิดความรู้สึกมีความหวัง (Cohen & Wills as cite in Jacobson, 1986) ส่วนปัจจัยสนับสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน ความปลอดภัยทางร่างกายและความมั่นคงในชีวิต การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ตลอดจนการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี และมีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ (อภิชัย มงคล และคณะ, 2544)

1.4.4.9 **การเจ็บป่วย** การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคทางจิตเวช มีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย เนื่องจากการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า เครียด และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Barbee & Bricker, 1996) โรคที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน เช่น โรคจิตเวช เอดส์ มะเร็ง เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเรื้อรัง ร้ายแรง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของโรค การที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค หรือวิธีการรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่ตลอด จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากยิ่งขึ้น (Mckenzie & Popkin, 1990)

1.4.4.10 **ปัจจัยภายใน** ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อ ความคิดฆ่าตัวตาย จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1) ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง
2) ความรู้สึกโกรธ โมโห
3) ทักษะในการเผชิญปัญหา ไม่เหมาะสม
4) ขาดเป้าหมายในชีวิต

ในแต่ละปัจจัย ซึ่งมีความสัมพันธ์ กับความคิดฆ่าตัวตายดังต่อไปนี้

1) ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง

MaGee et al. (อ้างถึงใน สมพร จำรัสเฟื่องฟู, 2549) ศึกษาระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และความสิ้นหวังในวัยเด็ก และคิดฆ่าตัวตายในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ผลการวิจัยสนับสนุน ว่าลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกสิ้นหวัง การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้เกิดกระบวนการเชื่อมโยง คือการคิดฆ่าตัวตาย จากการศึกษาความชุกของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และจิตสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ของอุมาพร ตรังสมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว (2541) พบว่าร้อยละ 13.9 ของเด็กวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ในอดีตพบว่าปัจจัยที่กระตุ้นให้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายบ่อยที่สุดคือความรู้สึกท้อแ ท้สิ้นหวังเกี่ยวกับอนาคต สอดคล้องกันกับการศึกษาของ Pillai et al. (2009) พบว่าความเปราะบาง ความอ่อนแอทางด้านจิตใจ ความเครียดด้านจิตใจ การถูกตำหนิ การถูกวิพากษ์วิจารณ์ ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง

2) ความรู้สึกโกรธ โมโห

Guertin, Richardson, Spririto, Donaldson, and Boergers (2001) ศึกษาการทำร้ายตนเองและพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่น พบว่าเป็นผลมาจาก พฤติกรรมเสี่ยงอันตราย ไม่สนใจตนเอง พฤติกรรมมุทะลุ การใช้แอลกอฮอล์ และความโกรธ ผู้ที่มีความโกรธรุนแรง และบ่อยครั้งนั้น มักจะมีการจัดการต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นให้ตนเองโกรธในทางที่ไม่เหมาะสม และสร้างสรรค์น้อยกว่าผู้ที่มีความโกรธไม่รุนแรง และไม่บ่อยนัก และพบว่าความโกรธ ทำให้เกิดการทำร้ายตนเองและทรัพย์สิน ถูกประเมินจากคนอื่นในด้านลบ เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จัดการกับความเครียดได้ไม่ดี

3) ทักษะในการเผชิญปัญหา ไม่เหมาะสม

ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นจนถึงวัยผู้ใหญ่ซึ่งอยู่ในช่วงวิกฤติที่อยู่ในโรงพยาบาล มีความสอดคล้องในการมองโลกต่ำ และมักจะแก้ไขปัญหาโดยมุ่งใช้อารมณ์มากกว่าใช้เหตุผล ขาดความเข้าใจตนเองและผู้อื่น (จุฑาธิป เหมินทร์ และอนงค์ วิเศษสุวรรณ , 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติการ มีทรัพย์ (2541) ที่พบว่าสภาพปัญหาของผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง ที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ สาเหตุส่วนใหญ่คือ การปรับตัวไม่ได้ โดยเฉพาะเมื่อผิดหวังเรื่องความรัก และพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีทักษะและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ใช้วิธีการหลีกหนี หลีกเลี่ยงและการปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหา

อย่างตรงไปตรงมา (Trautman Dopki, Shrout and Routhem-Borus cite in Eskin, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยุกต์ เสรีเสถียร และคณะ (2541) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่พยายาม ฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมไม่ปรึกษาใครเมื่อมีความทุกข์ และวิธีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (O'Donnell et al., 2004)

4) ขาดเป้าหมายในชีวิต ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ไม่มีการพัฒนา การรู้จักตนเองอย่างสม่ำเสมออาจนำไม่สู่การฆ่าตัวตายซ้ำได้ เนื่องจากมีความรู้สึกท้อแท้ และสิ้นหวังเกี่ยวกับอนาคต การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตที่ดี ประกอบด้วย การเป็นผู้ที่มีความหวังศรัทธาและเชื่อมั่นและต้องการดำเนินชีวิตในแนวทางนั้น (Grothberg, 1995) มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Dyer and McGuiness, 1996) การมีจุดมุ่งหมายชีวิตคนเราจะมีพลังในการฝ่าฟันอุปสรรคได้ดี เมื่อมีเป้าหมายชัดเจน จะช่วยให้เราเห็นว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเพียงส่วนเล็กๆเมื่อเทียบกับปัญหาอื่นและในที่สุดจะผ่านมันไป (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2550)

1.4.4.11 **ปัจจัยอื่น ๆ**

1) **การใช้สารเสพติด** มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากฤทธิ์ของสารเสพติดมีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ความคิดสับสน ควบคุมตนเองไม่ได้ หุนหันพลันแล่น ซึมเศร้า (Wilson & Kneisl, 1996)

2) **ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย และการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในครอบครัว** ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นปัจจัยที่ใช้ทำนายการพยายามฆ่าตัวตายในอนาคตทั้งในผู้ป่วยจิตเวชและบุคคลทั่วไป จากสถิติทั่วโลก 65% ของผู้พยายามฆ่าตัวตายแล้วจะทำซ้ำอีก(วรวรรณ จุฑา , 2546) อัตราการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544 พบเป็น 51 คนต่อแสนประชากร 30% ของคนกลุ่มนี้จะทำซ้ำในช่วง 3 เดือนแรก นับจากที่ทำครั้งก่อนหน้านี้และอีก 25% จะทำซ้ำภายใน 2 ปีต่อมา (ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ , 2546) ผู้ที่มีประวัติญาติสนิทหรือบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่มีญาติสนิท หรือมีบุคคลในครอบครัวฆ่าตัวตาย เนื่องจากสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตาย และตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมกล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นการเรียนรู้โดยตรงจากการสังเกตและการปฏิบัติตามผู้อื่น (Diekstra as cited in Runeson, Beskow & Waern อ้างใน ดุรณี เลิศปรีชา, 2545)

จากสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายที่กล่าวมาข้างต้น อาจสรุปได้ว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง เนื่องจากการฆ่าตัวตายของบุคคลใดบุคคลหนึ่งอาจมีความเกี่ยวพันกันทั้งหมด ยังไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่อธิบายสาเหตุได้อย่างชัดเจน หากเป็นผลรวมของความทุกข์จากหลายๆ สาเหตุด้วยกัน เป็นความคับข้องใจนานัปการที่ซับซ้อน กดดัน ทั้งในจิตสำนึกและไร้สำนึก แต่ละคนก็มีสาเหตุและความเป็นมาแตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็น

สาเหตุที่เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ สังคม และปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอกอื่นๆ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงในการทำร้ายตนเองมีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ทักษะในการควบคุมตนเอง ทักษะในการเผชิญปัญหา บุคลิกลักษณะความเปราะบางด้านจิตใจ การเอาชนะความทุกข์ยากของชีวิต สิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์ในการทำร้ายตนเอง

1 .5 การช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือผู้ที่พยายาม ฆ่าตัวตาย แบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) คือ

1.5.1 การช่วยเหลือในระยะวิกฤติ สิ่งสำคัญในระยะนี้ คือความปลอดภัยของผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การดูแลจึงควรกระทำเป็นขั้นตอน ดังนี้

1.5.1.1 การประเมินสภาวะทางกาย เช่น บาดแผล หรืออาการป่วยจากสารพิษ และการรักษาตามแผนการรักษาที่เหมาะสม

1.5.1.2 การประเมินความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ โดยดูจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย (suicidal intent) และความรุนแรงของวิธีใช้ (lethality) โดยทั่วไปผู้ที่ใช้วิธีการรุนแรงมักแสดงถึงความตั้งใจสูง แต่สำหรับเด็กและวัยรุ่นอาจไม่เป็นเช่นนั้นเสมอไป เพราะความเข้าใจยังมีขอบเขตจำกัด เด็กอาจใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง เช่น การรับประทานยาแก้ปวดเพียงไม่กี่เม็ด ทั้งๆที่มีความตั้งใจอย่างมากที่จะฆ่าตัวตาย

1.5.1.3 ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูง เช่น เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีอารมณ์เศร้ามาก มีความก้าวร้าวสูงหรือควบคุมตนเองไม่ดี ครอบครัวมีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกไม่ดี ครอบครัวไม่ยอมรับความจริงว่าผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หรือครอบครัวไม่อยู่ในฐานะที่จะให้การประคับประคองผู้ที่มี พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้ สิ่งเหล่านี้เป็นข้อบ่งชี้ว่าควรรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยมีคนเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง และจะต้องเฝ้าผู้ป่วยอย่างไม่คาดสายตา ไม่ควรให้ผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย ในกรณีที่จำเป็นจะต้องมีผู้ที่ไว้วางใจได้ติดตามไปทุกครั้ง ไม่ควรจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลถ้ายังมีความเสี่ยงสูง และยังไม่มีการวางแผนติดตามอย่างเหมาะสม

1.5.1.4 ปรึกษาจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช เพื่อให้มาร่วมประเมินผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด

1.5.1.5 การให้คำปรึกษาในระยะวิกฤติเป็นสิ่งที่สำคัญ ควรให้ผู้ป่วยมีโอกาสเล่าถึงความคับข้องใจ และระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยลดความสับสนทางอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยมองตนเองและปัญหาได้ชัดเจนขึ้น ไม่ควรตำหนิผู้ป่วย

1.5.1.6 การใช้ยา ควรพิจารณาตามความจำเป็น ผู้ที่มีอาการวิตกกังวลมากอาจให้ยาลดความวิตกกังวลในช่วงสั้นๆ จนกว่าปัญหาจะคลี่คลายไป ในรายที่มีอาการซึมเศร้าอาจให้ยาต้านเศร้า ถ้ามีอาการหวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอนและความคิดหลงผิดที่อาจเป็นสาเหตุของการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายก็ควรให้ยาต้านโรคจิต การจ่ายยาต้องทำด้วยความระมัดระวัง ไม่ควรจ่ายยาให้ครั้งละมากๆ เพราะผู้ป่วยอาจกินยาเกินขนาดและเป็นอันตรายได้

1.5.2 การช่วยเหลือในระยะยาว

ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายไม่ว่าจะเป็นแบบใด และรุนแรงเพียงใดก็ตาม การพยาบาลช่วยเหลือควรติดตามอย่างใกล้ชิด และประเมินเป็นระยะๆ ว่าการปรับตัวดีขึ้นหรือไม่ มีความเครียดอื่นเกิดขึ้นหรือไม่ และผู้ป่วยจัดการกับความเครียดนั้นอย่างไร

1.6 บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน เป็นหน้าที่ของพยาบาลอีกด้านหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีส่วนช่วยให้เกิดการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพเพราะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในชุมชน มีความรู้ความเข้าใจในบริบทของชุมชนซึ่งบทบาทของพยาบาลที่ทำงานในชุมชนนั้น จะเป็นการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่อยู่ในชุมชนได้ครอบคลุมมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลที่ทำงานชุมชนที่ต้องอาศัยชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วย (Hunt & Zurek, 1997) และบทบาทในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งอาจจะเป็นบุคคลที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลหรือบุคคลที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็ได้แต่อาศัยอยู่ในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2547) ซึ่งบทบาทในแต่ละด้านมีดังนี้

1) บทบาทในการส่งเสริมการดูแลตนเองและครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตาย(Self-care) เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นความรับผิดชอบเบื้องต้นของบุคคลและครอบครัวที่ต้องเป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลชุมชนเป็นเพียงผู้ให้ความช่วยเหลือ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และส่งเสริมให้เกิดความตระหนักถึงสิ่งที่เหมาะสมต่อสุขภาพของบุคคลโดยเฉพาะด้านจิตใจของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว

2) บทบาทในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (Preventive care) เป็นบทบาทของพยาบาลชุมชนที่เป็นรูปแบบของการส่งเสริมทักษะในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือการส่งเสริมให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีกำลังใจ ให้มองเห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงการส่งเสริมทักษะในการเผชิญปัญหาในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

3) บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ภายใต้บริบทของชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่ (Care wohin the context of community) พยาบาลควรพิจารณาถึงปฏิสัมพันธ์

ระหว่างสังคมและสุขภาพโดยเฉพาะจิตใจของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ชุมชนมักจะมีอคติต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

4) บทบาทของพยาบาลในการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) เป็นการดูแลต่อเนื่องและเชื่อมโยงระหว่างบ้านและโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพในชุมชน ซึ่งจะทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม โดยเฉพาะผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายถ้าได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอแล้ว จะทำให้มีกำลังใจ มีความปลอดภัย มีชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติและไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ

5) บทบาทของพยาบาลในการประสานการดูแล ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่บ้าน บทบาทของพยาบาลชุมชนต้องมีการประสานกับทีมสุขภาพอื่นๆ เช่น เครือข่ายสุขภาพในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข การประสานเพื่อให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแกนนำชุมชนและองค์กรท้องถิ่น รวมถึงเพื่อให้ได้รับความร่วมมือในการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเช่นการช่วยเหลือในด้านการเงินหรือการให้มีงานทำ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และป้องกันไม่ให้มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ ได้สรุปบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ เป็นการติดตามดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่อยู่ในชุมชนร่วมกับครอบครัว รวมถึงเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและองค์กรท้องถิ่น เพื่อให้ได้รับความร่วมมือ การให้โอกาสและช่วยเหลือดูแลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้มีกำลังใจ มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม จนกว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะปลอดภัย ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจ บทบาทของพยาบาลในการดูแลต้องใช้ทักษะ ความรู้ ความสามารถเฉพาะ-และพยาบาลเองควรมีความตระหนักในตนเองทุกครั้งที่จะปฏิบัติการ นอกจากนั้นบทบาทในการให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับพฤติกรรม อารมณ์ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแล้ว จำเป็นต้องให้ข้อมูลสำหรับญาติในรายละเอียดอื่นๆ ด้วยซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

1. พยาบาลควรแนะนำให้มีผู้ดูแลอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา ถ้าเข้าห้องน้ำ ไม่ควรใส่กลอน เพราะอาจมีการทำร้ายตนเองในห้องน้ำได้

2. พยาบาลควรให้เก็บของมีคม ยา หรือสิ่งของที่อาจใช้ฆ่าตัวตายซ้ำ

3. พยาบาลแนะนำญาติว่า ถ้าต้องกินยาควรจัดยาให้กินทีละมื้อและไม่ควรให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เก็บยาไว้เอง เพราะอาจจะทำให้กินยาเกินขนาดได้

4. พยาบาลช่วยจัดให้อยู่ห้องพักชั้นล่าง ถ้าจำเป็นต้องอยู่ชั้นบนต้องระมัดระวังการออกไปที่ระเบียงหรือหน้าต่าง จะป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำได้

5. พยาบาลควรให้ข้อมูลญาติว่าไม่พูดตำหนิประชดประชัน หรือพูดท้าทายจะทำให้เกิดความรู้สึกน้อยใจ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าและอาจจะมีการฆ่าตัวตายซ้ำอีก

6. พยาบาลแนะนำให้สังเกตอารมณ์เศร้าจากสีหน้า ท่าทาง คำพูด เช่นมีการสั่งเสีย หรือมีการเปลี่ยนจากซึมเศร้าเป็นสดชื่นอย่างกะทันหัน ควรระมัดระวังให้มากเพราะแสดงถึงสัญญาณเตือนว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีอาการทางจิตที่จะส่งเสริมให้ทำร้ายตนเองซ้ำได้

7. พยาบาลแนะนำว่ากรณีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนอนไม่หลับ หรือกินอาหารได้น้อยหรืออารมณ์เศร้าไม่ดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ควรพาไปพบแพทย์ หรือผู้ให้การปรึกษาที่โรงพยาบาล

8. พยาบาลควรให้ญาติพาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ไปตรวจที่โรงพยาบาลตามนัดทุกครั้ง

9. พยาบาลให้ข้อมูลญาติให้แสดงท่าทีเห็นใจ ให้กำลังใจผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

10. พยาบาลให้ข้อมูลว่าหากญาติหรือสมาชิกในครอบครัวรู้สึกไม่พอใจหรือโกรธกับการกระทำของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ญาติควรพยายามปรับอารมณ์ของตนเองให้ดีขึ้น หรือหากตัวของญาติเอง รู้สึกเครียดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก็ให้รีบปรึกษาแพทย์

1.7 ระบบบริการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ

การช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จะเน้นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำดังนี้

1.7.1 จัดให้อยู่หอผู้ป่วยชั้นล่าง ถ้าเป็นชั้นบนไม่ให้อยู่ใกล้หน้าต่างเพื่อป้องกันการกระโดดตึก

1.7.2 ให้ผู้ป่วยอยู่ห้องรวม ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล เพื่อให้อยู่ในสายตาตลอด 24 ชั่วโมง

1.7.3 ประเมินสภาวะทางกาย เช่น บาดแผล หรืออาการป่วยจากสารพิษ และให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

1.7.4 บริเวณรอบเตียงผู้ป่วยให้เก็บวัสดุอุปกรณ์ที่จะนำมาทำร้ายตนเองได้ เช่น แก้วน้ำ กระติกน้ำร้อน และแนะนำญาติช่วยระวัง

1.7.5 มีการส่งเวรหรือส่งต่อเจ้าหน้าที่ให้ระมัดระวังการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วย

1.7.6 จัดเจ้าหน้าที่เข้ามาดูแลทุก ครึ่งชั่วโมงเป็นอย่างน้อย เหมือนกับผู้ป่วยวิกฤติทางกายที่ต้องการตรวจเช็คสัญญาณชีพ สำหรับภาวะวิกฤติด้านจิตใจ ให้สังเกตและเฝ้าระวังพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อชีวิต

1.7.7 ให้ข้อมูลกับญาติ เพื่อญาติจะได้เฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดให้อยู่ในสายตาตลอดเวลาแม้เวลาเข้าห้องน้ำไม่ต้องล็อคประตู

1.7.8 ส่งพบพยาบาลจิตเวชเพื่อให้คำปรึกษารายบุคคล ประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ไม่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลถ้ายังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง และยังไม่มีการวางแผนการติดตามอย่างเหมาะสม

1.7.9 วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยการพูดคุยกับญาติเพื่อให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เช่น รับฟังปัญหาของผู้ป่วย เก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้ในการฆ่าตัวตายให้มิดชิด เช่น ของมีคม ยาฆ่าแมลง และไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง พยายามชวนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นจนกว่าผู้ป่วยจะมีสภาวะเป็นปกติ

1.7.10 เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านนัด F/U พบพยาบาลจิตเวชหลังจำหน่าย 1 เดือน

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย

2.1 ความหมายของความคิดฆ่าตัวตาย

การมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นเครื่องบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542) ความคิดเช่นนี้มักเกิดขึ้นในช่วงชีวิตประสบปัญหายุ่งยาก เกิดความเครียด รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ รู้สึกไม่เป็นที่รักที่ต้องการของผู้อื่น ไม่มีทางออกในการจัดการแก้ปัญหา ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด มีผู้ให้ความหมายของ ความคิดฆ่าตัวตายไว้ดังนี้

วารีรัตน์ ถาน้อย (2544) กล่าวว่า ความคิดฆ่าตัวตายคือ ความคิดที่เกิดขึ้นอย่าง ตรงไปตรงมาหรือความคิดโดยอ้อมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือทำลายตนเองซึ่งอาจแสดงออกทางคำพูด การเขียนหรือผ่านงานศิลปะ แต่ยังไม่มีความตั้งใจที่จะกระทำ การขู่ที่จะฆ่าตัวตาย เป็นลักษณะของการพูดและการเขียนอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่เกิดการกระทำขึ้น การทำทีจะฆ่าตัวตาย เป็นลักษณะการทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บหรือมีการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ซึ่งผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจจะจบชีวิตตนเองและไม่คาดหวังว่าตนเองจะตาย แต่กระทำเพื่อให้คนอื่นคิดว่าตนเองต้องการจะตาย การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการทำร้ายตนเองอย่างรุนแรง อาจเกิดการได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมาก และผู้กระทำมีความตั้งใจจะจบชีวิตตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรงการฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นลักษณะที่ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเองและมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ขณะกระทำ ทำให้เกิดการเสียชีวิตของตนเอง

Beck, Steer and Ranieri (1988) ได้อธิบายเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายว่าเป็นแผนการที่เกิดขึ้นหรือความปรารถนาที่ต้องการจะ ทำร้ายตนเองให้เสียชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดที่จะปรากฏออกมาให้เห็นถึงพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งความ

รุนแรงของความตั้งใจในความคิดฆ่าตัวตายนั้น จะเป็นข้อบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนถึงความเสี่ยงในการเกิดการฆ่าตัวตายได้ พฤติกรรมฆ่าตัวตายมีตั้งแต่ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicide Ideation) การขู่จะฆ่าตัวตาย (Suicidal Threat) การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal Attempt) ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Complete Suicide)

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) ได้สรุปความคิดฆ่าตัวตายว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามความรู้สึกหรือเป็นการแสดงออกถึงความต้องการที่ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่จะทำลายตนเอง เพื่อต้องการจบชีวิต ตนเองด้วยความสมัครใจ ตั้งใจ และรู้ตัว แต่ยังไม่ได้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งความคิดฆ่าตัวตายนั้นเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปสู่ความพยายาม หรือการกระทำเพื่อให้ตนเองจบชีวิตลง

สรุปโดยรวม ความคิดฆ่าตัวตาย คือ สิ่งที่เกิดขึ้นตามความรู้สึก เกี่ยวกับตนเองในลักษณะที่ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ มีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่จะทำลายตนเอง เพื่อต้องการจบชีวิตตนเองด้วยความสมัครใจ ตั้งใจ และรู้ตัว แต่ยังไม่ได้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งความคิดฆ่าตัวตายนั้นเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปสู่ความพยายาม หรือการกระทำพฤติกรรมที่จะฆ่าตัวตายได้ สามารถประเมินได้ จากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck Scale for suicidal Ideation (Beck, 1988)

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตาย

สาเหตุความคิดฆ่าตัวตายนั้น พบว่ามีปัจจัยอันซับซ้อนหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้อง นักวิชาการหลายท่านได้อธิบายถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตัวตายว่าเกิดขึ้นจากปัจจัยต่างๆ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554 ; อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ได้แก่

1) เพศ เพศหญิงจะเกิดความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชายถึง 2-3 เท่า เนื่องจากเพศหญิงมีอารมณ์อ่อนไหวมากกว่าแต่มักจะไม่กระทำการฆ่าตัวตายเนื่องจากกลัวและไม่กล้า แต่เพศชายมีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง

2) อายุ ในช่วงอายุที่มีพัฒนาการของวัยที่แตกต่างกันจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ และได้รับผลกระทบจากพัฒนาการแต่ละวัยต่างกัน ทำให้อายุมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย

3) ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาสูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่การศึกษาต่ำ จึงเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้น้อยกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2549) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง

4) สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าร้างมักจะขาดกำลังใจและความอบอุ่นของชีวิตเกิดความว้าเหว่ได้มากกว่าคนที่สมรสหรืออยู่กับคู่ครอง (กนกรัตน์ สุขะตุงคะ,

2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2549) พบว่าความสัมพันธ์ไม่ปกติกับคู่สมรสทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายสูง

5) การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ สารเสพติดมีฤทธิ์ทำให้สมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์และแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจ ทำให้เกิดประสาทหลอน เพ้อคลั่ง จนทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์

6) กลุ่มรสนิยมแบบรักร่วมเพศและรักร่วมสองเพศ ผู้ที่มีพฤติกรรมทางเพศแบบรักร่วมเพศและรักร่วมสองเพศเนื่องจากสังคมไม่ยอมรับ ทำให้ต้องปิดบังตัวเอง อยู่อย่างด้อยศักดิ์ศรี เกิดความรู้สึกคับแค้นใจ ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมทางเพศแบบชายและหญิง

7) กลุ่มผู้ที่อยู่ระหว่างการพักการศึกษา ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้เรียนหนังสือ

8) เศรษฐฐานะตกต่ำ การที่บุคคลมีรายได้เพียงพอ ต้องกู้ยืม ทำให้เกิดความเครียดท้อถอยและนำมาซึ่งปัญหาครอบครัวและเกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีรายได้สูง เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสแสวงหาผลประโยชน์จากแหล่งประโยชน์ในสังคม ตลอดจนเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆในชีวิตประจำวันได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

9) ลักษณะของครอบครัวที่แตกแยก จะเกิดความสุขขาดความอบอุ่น หว้าเหว่ เศร้าได้ง่าย เนื่องจากไม้มีคนคอยประคับประคองจิตใจและให้กำลังใจ ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าครอบครัวที่ไม่แตกแยก

10) มีโรคทางจิตเวช ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ไม่มีโรคทางจิตเวชเนื่องจากผู้ที่มีโรคทางจิตเวชมักแยกตัวเองจากโลกความเป็นจริง เกิดความคิดหรือภาพหลอน ความคิดยุ่งเหยิง คิดเพ้อฝันและอารมณ์แปรปรวนอยู่เสมอ ดังนั้นผู้ที่มีโรคทางจิตเวชจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ไม่มีโรคทางจิตเวช

11) ประวัติถูกทารุณกรรมทั้งทางร่างกายและทางเพศในวัยเด็ก เนื่องจากผู้ที่ถูกทารุณกรรมทั้งทางร่างกายและทางเพศจะมีความรู้สึกกลัวและเป็นตราบาปติดตัวไปตลอดชีวิต เกิดความรู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำ ทำให้มีโอกาสเกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติถูกทารุณกรรมทั้งทางร่างกายและทางเพศในวัยเด็ก

12) ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว จะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการเรียนรู้และเลียนแบบวิธีการในการหาทางออกของปัญหาจึงกระตุ้นให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

13) ภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองด้านลบ มีแต่ข้อบกพร่อง เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ

เกิดขึ้นก็จะโทษว่าทั้งหมดเกิดขึ้นเพราะความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำส่งผลเกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

สรุปได้ว่ายังไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่อธิบายการเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจนแต่ผลกระทบจากปัจจัยต่างๆที่ทำให้เกิดความเครียดและความกดดันรุนแรง จนไม่สามารถหาทางออกให้กับปัญหาได้ ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัยร่วมกันเป็นต้นเหตุให้เกิดความกดดันและไม่สามารถปรับตัวได้ จนเกิดความคิดฆ่าตัวตายในที่สุด

2.3 การประเมินความคิดฆ่าตัวตาย

เนื่องจากการฆ่าตัวตาย เป็น ปรากฏการณ์ ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอย่างมากทั้งด้านจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ดังนั้นควรจะประเมินความคิดฆ่าตัวตายในผู้ ที่พยายามฆ่าตัวตาย ทุกรายผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ควรถามถึงความถี่ และความรุนแรงของความคิด รวมทั้งความเป็นไปได้ในการกระทำ และควรถามถึงวิธีการที่คิดที่จะใช้ และการเตรียมการต่างๆ (เช่นการเขียนจดหมายลา จัดการข้าวของส่วนตัว หาซื้อวัสดุที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย) หากไม่แน่ใจในข้อมูลจากผู้ป่วย อาจจำเป็นต้องถามประวัติส่วนนี้จากญาติด้วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2545)

ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายมักจะมีความรู้สึกสองจิตสองใจอยู่ตลอดแม้ขณะก่อนกระทำ ความคิดจะแกว่งไกวระหว่างความอยากตายกับความอยากมีชีวิตอยู่ (มาโนช หล่อตระกูล , 2545) หากผู้ช่วยเหลือเข้าใจจุดนี้สามารถประเมินความคิดต่อการฆ่าตัวตายได้ก่อน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นทางแก้ปัญหา เพิ่มความคิดอยากมีชีวิตอยู่ จะทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงได้

มาโนช หล่อตระกูล (2545) ได้กำหนดแนวทางการถามความคิดฆ่าตัวตาย ดังนี้

1) คุณรู้สึกว่าไม่อยากอยู่หรือไม่รู้จะอยู่ต่อไปทำไมไหม

2) คุณคิดถึงกับอยากตายให้พ้นๆไหม

3) คิดเรื่องนี้บ่อยแค่ไหน

4) ฝืนหรือห้ามไม่ให้คิดได้ไหม

5) เริ่มคิดตั้งแต่เมื่อไหร่

6) มีเหตุการณ์หรือความกดดันอะไรที่ทำให้คุณเกิดความคิดนี้

7) ได้มีแผนไหมว่าจะทำอย่างไร

8) คิดไหมว่าจะทำอย่างไร

9) เคยถึงกับทดลองทำไหม

10) ที่บ้านมีปืน มีเชือกหรือของมีคมไหม มีซื้อยามาสะสมไว้ไหม

เครื่องมือที่ใช้ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย

1. แบบประเมิน Beck Scale for Suicidal Ideation (BSS) เป็นแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck (Beck, Steer& Ranieri, 1988) ซึ่งแปลโดย ปริยศ กิตติธีระศักดิ์ (ปริยศ กิตติธีระศักดิ์, 2547) มีจำนวน 19 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า 0-2 โดยแต่ละข้อคำถามให้ในข้อนั้นๆ คือ ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน มีเล็กน้อยให้คะแนน 1 และปานกลางถึงมาก ให้คะแนน 2 คะแนน โดยนำคะแนนทั้งหมดมารวมกันเป็นคะแนนของแบบทดสอบ มีค่าระหว่าง 0-38 คะแนนซึ่งคะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง และ 13 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง มีค่าความเชื่อมั่นอัลฟ่าคอร์นบาคเท่ากับ 0.89

2. เรย์โนลดส์ (Raynolds W, 1987) ได้พัฒนาเครื่องมือที่ชื่อว่า Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) ซึ่งเดิมเป็นแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น มีคำถาม 30 คำถามในการประเมินความถี่ของความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น วัยรุ่นจะถูกถามถึงอัตราความถี่ซึ่งปรากฏโดยแบ่งออกเป็น 7 ช่วงคะแนนจากเกือบทุกวัน จนถึงไม่เคยเลย จุดตัดของคะแนนจะใช้ตัดสินว่าระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายนั้นจะต้องพบจิตแพทย์เพื่อประเมินอาการ สำหรับเด็กที่อยู่ในระดับมัธยมต้นลงมา จะมีการประเมินโดยใช้ SIQ – JR ซึ่งคล้ายคลึงกับ SIQ แต่สั้นกว่า คือ มีเพียง 15 ข้อ และได้พัฒนาให้นำมาใช้สำหรับผู้ใหญ่ ในปี ค.ศ. 1991 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ซึ่งจะประเมินตนเองถึงความคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่

3. แบบสอบถามความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide Ideation Scale: SIS) สร้างขึ้นโดย รัด (Rudd) ในปี ค.ศ. 1989 เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งจะประเมินถึงระดับความรุนแรง หรือความตั้งใจของความคิดฆ่าตัวตาย

การประเมินความคิดฆ่าตัวตายในงานวิจัยนี้เลือกใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck เนื่องจากมีข้อคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่คุกคามผู้ป่วย การวางแผนฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ความถี่ และความรุนแรงของความคิด รวมทั้งมีข้อคำถามถึงความเป็นไปได้ในการกระทำ มีคำถามถึงวิธีการที่คิดจะใช้ และการเตรียมการต่างๆ (เช่นการเขียนจดหมายลา) ซึ่งสามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดูแลที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วย

2.4 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่สำคัญในการช่วยเหลือ ทั้งการบริหารจัดการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย คือ พยาบาลต้อง

มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะในการช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่า ตัวตาย ซึ่งการช่วยเหลือผู้ ที่ฆ่าตัวตายตามกระบวนการพยาบาลนั้น มีดังนี้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

2.4.1 การรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินความเสี่ยงและแรงจูงใจต่างๆ ในการการฆ่าตัวตาย การประเมินผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายนั้นต้องระมัดระวังในการรวบรวมข้อมูลมาก เพราะข้อมูลมักไม่ตรงไปตรงมา และควรรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา โดยมีข้อมูลที่สำคัญดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย แบบแผนการดำเนินชีวิตอาชีพ และวิธีที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย

2) อาการและอาการแสดง ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่ม affective disorder มีบุคลิกภาพแปรปรวน หรือได้รับการวินิจฉัยทางอายุรศาสตร์ เช่นเป็นโรคเรื้อรัง หรือเป็นมะเร็ง

3) ความตั้งใจหรือแผนการที่ต้องการตาย ได้แก่การพูดถึงความตาย ในกรณีผู้ป่วยเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนต้องสอบถามให้ชัดเจนว่ายังมีความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่

4) บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ส่วนนี้จำเป็นในการให้กำลังใจ และบุคคลที่จะช่วยเหลือในภาวะวิกฤติ

2.4.2 การวางแผน

2.4.2.1 เป้าหมายระยะสั้น เพื่อป้องกันอันตรายและให้กำลังใจ

1) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่พยายามฆ่าตัวตาย

2) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายบอกถึงความรู้สึกในการคิดฆ่าตัวตาย

3) มีการดำเนินชีวิตในลักษณะที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง

2.4.2.2 เป้าหมายระยะยาว เพื่อพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่คิดถึงการฆ่าตัวตายอีก

2) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายหาวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีระบบในการเผชิญความเครียด

3) แก้ปัญหาด้านสัมพันธภาพ และมีวิธีการดำเนินชีวิตที่ไม่เสี่ยงกับการฆ่าตัวตาย

2.4.3 การปฏิบัติการพยาบาล มีเป้าหมายคือ

1) ลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

2) ค้นหาแรงกดดันหรือลักษณะการดำเนินชีวิตที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย

3) ช่วยผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายให้รู้จักค้นหาหรือปรับปรุงวิธีใหม่ในการเผชิญปัญหา

การปฏิบัติการพยาบาลมีดังนี้

1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด แบบหนึ่งต่อหนึ่ง โดยให้การยอมรับในตัวผู้ป่วย ไม่ตัดสินในพฤติกรรมของผู้ป่วย

2) ต้องสื่อสารหรือรายงานถึงแรงผลักดันหรือแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยให้ผู้ร่วมงานได้รับรู้

3) ต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดในช่วงวิกฤติ (crisis) แม้แต่เข้าห้องน้ำ

4) แสดงการยอมรับผู้ป่วย ไม่แยกผู้ป่วยไปอยู่คนเดียว และควรจัดให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่มีสิ่งที่เป็นอันตราย

5) รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด โดยเฉพาะร่วมรับฟังความทุกข์ใจต่างๆ

6) ทำข้อสัญญากับผู้ป่วย ว่าจะไม่ทำอันตรายตนเอง

7) ต้องทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าชีวิตของเขายังมีความหวัง โดยความหวังนั้นควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

8) จัดให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทำโดยเฉพาะกิจกรรมที่ได้ระบายออกของความก้าวร้าวต่างๆ

9) ญาติหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือเช่นกัน เพราะญาติส่วนมากจะรู้สึกผิดและอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยญาติควรมารับรู้และหาทางช่วยเหลือในแนวทางที่เหมาะสมต่อไป

นอกจากการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลแล้วพยาบาลผู้ดูแลผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายต้องเป็นผู้ให้คำปรึกษา ทำหน้าที่วิเคราะห์สาเหตุ พื้นฐานของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมตลอดจนทักษะในการจัดการกับปัญหา โดยใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

ความต้องการการให้คำปรึกษาในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย มักเกิดจากความรู้สึกและปัญหาต่างๆ ดังนี้

1) ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หมดหวังในชีวิต

2) รู้สึกว่าปัญหาของตนมากจนไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้

3) มีความรู้สึกว่าตนเป็นคนเลว ทำผิดไว้มากมายมหาศาล สมควรแก่การลงโทษ

4) มีความรู้สึกน้อยใจ ผิดหวัง ต้องการประท้วงอะไรบางอย่าง

5) มีความรู้สึกว่าไม่ได้รับการยอมรับ สูญเสียศักดิ์ศรีและความเป็นคน

6) เกิดอารมณ์โกรธรุนแรง

7) หวาดกลัวอะไรบางอย่าง เช่นกลัวการเจ็บป่วย กลัวความตาย

8) ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย หรือเป็นโรคเรื้อรัง

9) ความรู้สึกโกรธรุนแรง ต้องการระบายอารมณ์

หลักการให้คำปรึกษาผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ดำเนินการดังนี้

1) สร้างสัมพันธภาพด้วยการสนทนา สัมภาษณ์ สนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษา พูดระบายความทุกข์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น

2) อาจใช้หลักการเจรจาต่อรองในระยะวิกฤติ ยืดเวลาการพยายามทำร้ายตนเอง จากนั้น สร้างความหวัง

3) ผู้ให้คำปรึกษา วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ เพื่อทำความเข้าใจประเด็นต่างๆ เพื่อหาทางช่วยเหลือ

4) วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งในการปรับตัว บุคลิกภาพ ตลอดจนสถานการณ์ปัญหา

5) กำหนดแผนการให้คำปรึกษาดังนี้

5.1) เน้นการเข้าใจตนเอง การยอมรับปัญหาของตน พร้อมที่จะพัฒนาตนเองในการเผชิญปัญหา

5.2) พัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง สร้างเจตคติที่ดีต่อตนเอง

5.3) สร้างเสริมกำลังใจให้แก่ตนเอง

5.4) ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการมองตนเอง

เทคนิคการให้คำปรึกษาผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย การดำเนินการให้คำปรึกษาผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะต้องพยายามพัฒนาความรู้สึก และความคิดของผู้รับคำปรึกษาให้หลุดพ้นจากการคิดเกี่ยวกับการพยายามทำร้ายตนเอง ดำเนินการดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

1) การยอมรับ (Acceptance) ในขั้นแรกผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยอมรับผู้รับคำปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่าผู้รับคำปรึกษาจะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมอย่างไร ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักมาด้วยความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต การยอมรับอาจแสดงออกโดยการกล่าวทักทายด้วยใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส กล่าวคำต้อนรับ เช่น สวัสดีค่ะ เชิญค่ะ

2) การเข้าใจ (Understanding) ในขณะที่ผู้รับคำปรึกษาพูด เล่า หรือระบายปัญหา ผู้ให้คำปรึกษารับฟัง อาจแสดงท่าที หรือพูดให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้ว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจ แปละพยายามรับฟังเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และหาทางช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาจริงๆ

3) การเห็นใจ (Empathy) ผู้ให้คำปรึกษารับฟังผู้รับคำปรึกษาด้วยความตั้งใจ แสดงถึงความเห็นใจ และพร้อมที่จะช่วยเหลือ ในขณะที่ผู้รับคำปรึกษาเล่าถึงเหตุการณ์ ความทุกข์ หรือสถานการณ์ที่เป็นความเศร้า ผู้ให้คำปรึกษาแสดงความรู้สึก หรือพูดผู้รับคำปรึกษารู้ว่าตนเสียใจด้วย อาจใช้มือสัมผัสผู้รับคำปรึกษา ให้รู้ว่าเราร่วมรู้สึกด้วยในระดับที่เหมาะสม ไม่หัวเราะ หรือขบขันเมื่อรู้สึกว่าผู้รับคำปรึกษาแสดงอารมณ์และพฤติกรรมไม่เหมาะสม

4) การตีความ (Interpretation) ในขณะที่สนทนาผู้รับคำปรึกษาอาจพูด หรือเล่าเหตุการณ์ของตนวกวน สับสน หรือพูดซ้ำซากไปมาหลายครั้งเนื่องจากกังวลอยู่กับสถานการณ์นั้นๆ ผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้คำพูดตีความให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า เขากำลังพูดเรื่องอะไร กำลังรู้สึกอย่างไร

5) การสนับสนุน (Supportive) การสนับสนุนจะใช้เมื่อผู้รับคำปรึกษาอยู่ในภาวะพยายามจะจัดการอะไรบางอย่าง แต่ไม่สามารถ ท้อแท้ หมดหวัง ไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจ ผู้ให้คำปรึกษาใช้คำพูดสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษามั่นใจ และแสดงออกได้ หรือสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษากล้าพูด กล้าตัดสินใจ กล้าแสดงออก

6) การใช้คำพูดสะท้อน (Reflection) อาจใช้ทั้งการพูดสะท้อนอารมณ์ ความรู้สึก และความคิด เช่น “คุณบอกว่าคุณถูกทารุณมาตลอดชีวิตเลย หรือ?” ผู้รับคำปรึกษาจะทบทวนว่าสิ่งที่เขาพูด เป็นเช่นที่ผู้ให้คำปรึกษากล่าวมาทั้งหมด หรือไม่ จากนั้นจะดึงเข้าสู่สิ่งที่เป็นจริง

7) การให้กำลังใจ (Assurance & Reassurance) การให้กำลังใจจะมีลักษณะคล้ายการสนับสนุนแต่มีลักษณะที่เน้นการชมเชยในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพูด หรือแสดงออกสิ่งที่เหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษากล่าวชมเชย เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดกำลังใจ และมั่นใจในตนเอง เป็นการสนับสนุนความสามารถและความมั่นใจของผู้หมดหวังและท้อแท้และไม่มั่นใจได้เป็นอย่างดี

8) การเสนอแนะ (Suggestion) การเสนอแนะในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายมักมีความรู้สึกหมดหวัง ขาดอิสระ ขาดทางเลือก ไม่มีคุณค่า ผู้ให้คำปรึกษาเสนอทางเลือกให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้ ได้รับทราบถึงแนวทางที่หลากหลาย ความหวังที่ยังเป็นไปได้ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นและพบทางเลือกสำหรับตน บุคคลเมื่อรู้สึกว่าตนมีทางเลือก มีความหวัง จะเกิดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ และล้มเลิกความคิดทำร้ายตัวเอง เมื่อผู้รับคำปรึกษาคิด และเลือกแนวทางชีวิตได้ เขาจะเกิดประสบการณ์และสร้างกำลังใจ และความเข้มแข็งให้กับตนเองได้ดีขึ้นเรื่อยๆ และมั่นคงตลอดไป

ผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษา ภายหลังการให้คำปรึกษาผู้รับคำปรึกษามีพัฒนาการดังนี้

1) ปลอดภัย และล้มเลิกความคิดพยายามทำร้ายตนเอง
2) เข้าใจตนเองและปัญหาของตนเอง ยอมรับสภาพปัญหาของตนเอง
3) พยายามแก้ไขปัญหา และแสวงหาแนวทางการจัดการกับปัญหาร่วมกับผู้ให้คำปรึกษา
4) มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาตนเองและทักษะในการเผชิญปัญหาร่วมกับผู้ให้คำปรึกษา
5) มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง มองโลกในแง่ดี มองเห็นคุณค่าในตัวเองได้ดีขึ้น
6) มีกำลังใจ และมีความหวัง
7) มีความมั่นใจในการปรับตัวดีขึ้น
8) ปฏิเสธความคิดฆ่าตัวตายอย่างเข้มแข็ง

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยใน พฤติกรรม ทำร้ายตนเองของวัยรุ่นเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้วัยรุ่นหนุ่มสาว มีความคิดฆ่าตัวตาย คือ บุคลิกภาพ นิสัย ความเครียด แบะความเปราะบางในชีวิต (Beautrais, 2003) ความต้องการไม่ได้รับ การตอบสนองทางอารมณ์ การขาดทักษะการเผชิญปัญหา (O' Donell et al., 2004) การอดทนต่อการถูกวิพากวิจารณ์ การอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเครียด รวมไปถึงการที่วัยรุ่นขาดความมั่นคงทางอารมณ์ (Borrow, 1999)

ปัจจัยปกป้อง เป็นการช่วยลดผลจากการที่บุคคลมีความเปราะบาง หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เป็นผลทำให้บุคคลปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่ คับขันได้ดี (Masten, Best and Germezy, (1990) อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ อิงคฏา โคตรนารา , 2552) ปัจจัยปกป้องต่อการทำร้ายตนเองในวัยรุ่น ได้แก่ ความสามารถทนต่อความคับข้องใจ มีความเข้มแข็งทางใจ ตระหนักในตนเอง มองโลกในเชิงบวก มีอารมณ์ขัน มีทักษะชีวิต และจัดการกับปัญหาได้ดี ความเข้มแข็งทางใจ เป็นความสามารถที่ทุกคนมี เป็นสิ่งที่นำมาช่วยในการป้องกัน ลด และเอาชนะความทุกข์ยากในชีวิตได้ (สมพร อินทร์แก้ว และคณะ, 2549)

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจทำได้โดยการเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง ส่งผลทำให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ เมื่อเผชิญความทุกข์ยาก จะช่วยเสริมพฤติกรรมช่วยให้วัยรุ่นผ่านสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ไปได้ ความเข้มแข็งทางใจนำมาใช้ในการป้องกันการทำร้ายตนเองในกลุ่มวัยรุ่นทำได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยง การส่งเสริมปัจจัยปกป้องภายใต้กระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ พบว่ามีผลเด่นชัดในการลดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองในวัยรุ่น (Borosky et al., 2001)

3.1 ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม เรื่อง การสร้างเสริมความหยุ่นตัวเพื่อรองรับวิกฤติสุขภาพจิตเกี่ยวเนื่องจากสงครามและการก่อการร้าย ของกรมสุขภาพจิต กล่าวว่าได้มีการให้ความหมาย "ความเข้มแข็งทางใจ" (Resilience) จากบุคคลหลาย ๆ กลุ่ม ทั้งบุคคลทั่วไปและกลุ่มนักวิชาการ พบว่าบุคคลหรือประชาชนทั่วไปมักจะให้ความหมายของความเข้มแข็งทางใจว่า คือความไม่อ่อนแอ (Invulnerability) ส่วนนักวิชาการหลายกลุ่มได้ให้ความหมายของคำว่า "ความเข้มแข็งทางใจ" ไว้อย่างหลากหลาย ซึ่งความแตกต่างของการให้ความหมายของความ เข้มแข็งทางใจ น่าจะมาจากบริบทหรือขอบเขต (Domain) ของการศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ

กรอทเบอร์ก (Grotberg, 1995) ได้ให้ความหมายว่า คือความสามารถในการฟื้นตัว ซึ่งเป็นศักยภาพที่เป็นสากลของบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน มีความสามารถที่จะป้องกันการสูญเสีย ลดความรุนแรง และผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากภาวะบีบคั้นต่างๆ ที่ต้องเผชิญได้ด้วยดี ซึ่ง

พื้นฐานของความเข้มแข็ง หรือศักยภาพดังกล่าวนี้ควรจะต้องได้รับการส่งเสริม และปลูกฝังให้เกิดขึ้นตั้งแต่อยู่ในวัยเด็ก และสามารถพัฒนาได้ไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดก็ตาม

สมาคมนักจิตวิทยาแห่งประเทศอเมริกา (American Psychological Association) นิยามความเข้มแข็งทางใจว่า คือ กระบวนการปรับตัวในการจัดการกับความทุกข์ยาก การบาดเจ็บ ความเศร้าโศก การถูกคุกคามจากแหล่งของความเครียดต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาทางสุขภาพ ปัญหาในที่ทำงาน ปัญหาด้านการเงิน ให้สามารถฟื้นตัวจากสภาพปัญหาเหล่านั้น

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (2550) นิยามความเข้มแข็งทางใจว่า คือ ความสามารถในการจัดการกับปัญหาและวิกฤติของชีวิต ให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว อีกทั้งเกิดการเรียนรู้และเติบโตจากการเผชิญหน้ากับปัญหาและวิกฤตินั้นๆ คนที่มีความเข้มแข็งทางใจไม่ได้หมายถึง คนที่ชนะทุกเรื่องของชีวิต หรือคนที่สมหวังในทุกสิ่งที่ปรารถนา แต่หมายถึงคนที่แพ้ได้ ล้มได้ แต่ไม่ท้อถอย และสามารถเรียนรู้จากความล้มเหลวนั้นๆ เพื่อพัฒนาเป็นบทเรียนไปสู่สิ่งที่ดีกว่า ความเข้มแข็งทางใจ มาจากการเลี้ยงดูที่อบอุ่นของครอบครัว มีพ่อแม่ให้ความรักความเข้าใจ จึงเติบโตเป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา ด้วยความเข้มแข็งมาจากความรักความอบอุ่นจากผู้ใหญ่คนหนึ่งที่ห่วงใย เอาใจใส่อย่างจริงจัง โดยที่ผู้ใหญ่คนนั้น อาจเป็นปู่ย่าตายาย ญาติพี่น้อง หรือ ครูอาจารย์ที่เรานับถือ มาจากการพัฒนาขึ้นมาภายหลังด้วยตนเอง ไม่ว่าจะมีต้นทุนชีวิตมามากน้อยแค่ไหน อย่างไร คนทุกคนสามารถสร้างความเข้มแข็งทางใจให้เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง

กรมสุขภาพจิต (2552) ให้ความหมายว่า คือความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤติหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ความเข้มแข็งทางใจในการวิจัยครั้งนี้ คือ ความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว อีกทั้งเกิดการเรียนรู้ พัฒนาจากการเผชิญปัญหาหรือวิกฤตินั้นๆ อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข สามารถฝึกฝนและสร้างขึ้นได้ ตามคำนิยามของนายแพทย์ ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (2550)

3.2 คุณลักษณะของความเข้มแข็งทางใจ ลักษณะของความเข้ม แข็งทางใจเป็นคุณสมบัติทางบวกของบุคคล และเป็นศักยภาพในตัวบุคคล รวมทั้งแหล่งสนับสนุนจากภายนอก Warner (Warner, 1989 อ้างถึงในสุนิพัจ เปรมอมรกิจ, 2543) ได้จำแนกออกเป็น 4 ลักษณะดังนี้

1) เด็กที่มีความสามารถในการเผชิญวิกฤติ เป็นบุคคลที่มีแนวโน้มในการจัดการกับปัญหา วิธีการในการแก้ไขปัญหาของพวกเขาทำให้สามารถดำรงความเข้มแข็งของการรับรู้เกี่ยวกับตน และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวก เมื่อพวกเขา มีปฏิสัมพันธ์สภาวการณ์ต่างๆ ในชีวิต ส่งผลสะท้อนในทางบวก และกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ในคุณค่าแห่งตน (Self-esteem) และความเชื่อในความสามารถแห่งตน (Self-efficacy)

2) เด็กที่มีความสามารถในการฟื้นพลัง เป็นเด็กที่มีลักษณะธรรมชาติที่ดีในตนเอง เนื่องจากได้รับการใส่ใจในทางบวกจากผู้อื่น ส่งผลให้พวกเค้าสามารถเข้ากับคนรอบข้างได้ง่าย โดยทั่วไปเด็กจะมีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้เลี้ยงดู หรือผู้ใหญ่ที่เป็นบุคคลสำคัญในชีวิต มีอารมณ์ขันและมีทักษะในการเผชิญปัญหา และใช้ทรัพยากรภายในเอง (inner resources) เพื่อมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพภายในบริบทของพวกเขา การได้รับความเอาใจใส่ทำให้พวกเขามีข้อมูลป้อนกลับในทางบวก และเพิ่มประสิทธิภาพในการรับรู้ตนเอง

3) เด็กที่มีความเข้มแข็งทางใจ เป็นผู้ที่สามารถจัดการกับสิ่งท้าทายในชีวิตได้ ใช้สถานการณ์ทางลบให้เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ไปสู่เป้าหมายสูงสุดของพวกเขา

4) เด็กที่มีความเข้มแข็งทางใจ มีการรับรู้การควบคุมชีวิตของตน พัฒนาความมั่นคง (coherence) อันเป็นความเชื่อพื้นฐาน ชีวิตมีความหมาย และพวกเขาสามารถควบคุมชีวิตของตนได้ การมีสำนึกในความมั่นคงนี้ จะส่งผลให้เด็กดำรงไว้ซึ่งแบบแผน (order) และหลักเกณฑ์ (structure) ในชีวิตของเขา

จะเห็นได้ว่า คุณลักษณะของความเข้มแข็งทางใจของ Warner (1989) เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับปัญหา การมองปัญหาอย่างท้าทาย การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีอารมณ์ขันและการรับรู้ การควบคุมตนเองได้ และการได้รับการใส่ใจจากบุคคลที่เขารัก

Bernard (Bernard ,1993 อ้างถึงใน สุนิพัจ เปรมอมรกิจ , 2543) เป็นอีกผู้หนึ่งที่สนใจศึกษาลักษะของความเข้มแข็งทางใจในเด็กและสรุปเป็นคุณลักษณะความเข้มแข็งทางใจที่เรียกว่า คุณลักษณะ (attributes) ประกอบด้วย

1) เป็นความสามารถทางสังคม คือความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพทางบวกกับทั้งผู้ใหญ่ และกลุ่มเพื่อน

2) มีทักษะการแก้ปัญหา ได้แก่ทักษะในการวางแผนควบคุมตนเอง และใช้ประโยชน์จากแหล่งช่วยเหลือได้

3) มีความเป็นตัวของตัวเอง เป็นความรู้สึกถึงความเป็นตัวของตัวเอง และความสามารถในการแสดงออกได้อย่างเป็นอิสระและตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้

4) มีจุดมุ่งหมายและความหวังได้แก่ การมีจุดมุ่งหมาย มีความใฝ่เรียน ความพากเพียร มีความหวัง และรู้สึกถึงการมีอนาคตที่ดี

5) การได้รับความใส่ใจ และการสนับสนุน คือการมีผู้ใหญ่ที่รู้จักเด็กดีและรู้ว่าอะไรที่จะทำให้เด็กคนนั้นมีชีวิตที่ดีได้

6) การมีผู้แสดงความคาดหวังที่สูงตามความสามารถของเด็ก

7) การได้รับโอกาสได้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียน

จากความหมายเบื้องต้น คุณลักษณะของความเข้มแข็งทางใจของ Bernard (1993) เป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นเชิงบวก มีอิสระทางความคิด การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การมีจุดมุ่งหมายและมีความหวัง เป็นพลังจากภายในตัวบุคคล จากการได้รับการสนับสนุนจากทรัพยากรภายนอก และ บุคคลที่เขารัก

Grothberg (1995) แบ่งลักษณะของความเข้มแข็งทางใจเป็น 3 ลักษณะได้แก่ ฉันมี ฉันเป็น และฉันสามารถ แต่ละด้านประกอบด้วยลักษณะความเข้มแข็งทางใจ 5 ลักษณะดังนี้

1) สิ่งที่ฉันมี คือ การมีบุคคลหรือแหลงสนับสนุนด้วยการให้คุณลักษณะอันเป็นพื้นฐานได้แก่ การเป็นผู้ได้รับความรักอย่างไม่มีเงื่อนไข การมีบุคคลที่จะช่วยสอนหลักปฏิบัติหรือทักษะเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ในสังคมได้ เมื่อบุคคลมีสิ่งเหล่านี้จึงจะทำให้สามารถพัฒนาต่อไป ทางด้านฉันเป็น และ ฉันสามารถ ประกอบด้วยลักษณะความเข้มแข็งทางใจ 5 ลักษณะ ได้แก่

1.1) การมีความไว้วางใจ ความมั่นใจ ในสัมพันธภาพเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการได้รับความรักอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional love) จากพ่อแม่และผู้ให้การเลี้ยงดูหลัก รวมทั้งการได้รับความรักความสนใจและการช่วยเหลือจากคนอื่นด้วย ได้แก่ ผู้ปกครอง สมาชิกคนอื่นในครอบครัว ครู เพื่อน

1.2) การมีแนวทางในการปฏิบัติตัวและกฎต่างๆ ในบ้าน เป็นโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้ความคาดหวังที่ผู้อื่นมีต่อเขา และข้อจำกัดของการกระทำ เมื่อเด็กทำผิด พ่อแม่ผู้ปกครองจะช่วยให้เขาเข้าใจว่าเขาทำผิดอะไร โดยจะไม่ทำร้ายเด็ก และถ้าจำเป็นต้องลงโทษ หลังจากการลงโทษเด็กต้องได้รับการให้อภัย ในกรณีที่เด็กทำตามกฎกติกาได้ เขาต้องได้รับคำชมเชย และคำขอบใจ

1.3) การมีต้นแบบ (Role model) บุคคลจะเป็นต้นแบบได้ตั้งแต่ พ่อแม่ ญาติพี่น้อง และผู้ใหญ่คนอื่นๆ เพื่อเป็นผู้ปรารถนาและยอมรับได้ ทั้งภายในภายนอกครอบครัว รวมทั้งต้นแบบด้านศีลธรรม จริยธรรม รวมทั้งการแนะนำธรรมเนียมปฏิบัติทางศาสนาด้วย

1.4) การมีอิสระในการกระทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง โดยได้รับโอกาสหรือการสนับสนุนจากคนอื่น เกิดจากผู้ใหญ่โดยเฉพาะพ่อแม่ ได้สนับสนุนให้เด็กทำสิ่งต่างๆด้วยตัวเอง เป็นอิสระและขอความช่วยเหลือได้เมื่อจำเป็น

1.5) การมีแหล่งบริการด้านสุขภาพ การศึกษา สวัสดิภาพ และความปลอดภัยให้กับชีวิต เป็นแหล่งที่ตอบสนองความต้องการของเด็ก ซึ่งครอบครัวไม่สามารถให้ได้ เช่น โรงพยาบาลและแพทย์ โรงเรียนและครู บริการต่างๆ ทางสังคม เช่นหน่วยงานราชการ

2) สิ่งที่ฉันเป็น คือพลังหรือความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล ที่ทำให้สามารถสู้กับสถานการณ์ยากลำบากได้ มีลักษณะเป็นความรู้สึกทัศนะคติ และความเชื่อภายในตัวเอง ประกอบด้วย

2.1) การเป็นที่รักของคนอื่นได้และการแสดงความรู้สึกต่อผู้อื่นได้ เด็กจะมีความไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น และรู้ว่าคนอื่นคาดหวัง หรือมีความรู้สึกต่อตนเองอย่างไร ในสถานการณ์ต่างๆ การที่เด็กได้รับรู้ว่าเขาเป็นที่รักเขาก็สามารถแสดงความรักต่อผู้อื่นได้

2.2) การเป็นผู้มีความรัก ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และมีความต้องการช่วยเหลือผู้อื่น (Altruism) การแสดงออกถึงความรู้สึกเหล่านี้ต่อผู้อื่น จะทำให้เด็กเป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง ซึ่งจะเป็นแหล่งที่จะช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่เด็กได้

2.3) การเป็นผู้ที่ภูมิใจในตัวเอง

2.3.1) การที่เด็กได้รับรู้ว่าตัวเองเป็นคนสำคัญและรู้สึกภูมิใจกับการเป็นตัวเอง ภูมิใจในความสามารถ ในสิ่งที่ตนเองกระทำ และประสบความสำเร็จ

2.3.2) การไม่ยินยอมให้คนอื่นมากำหนดคุณค่า หรือ ลดคุณค่าในตัวเขา

2.3.3) การมีความมั่นใจในความสามารถและคุณค่าของตัวเอง ซึ่งจะเป็นคุณสมบัติที่ทำให้เขายืนหยัดตัวเองอยู่ได้เมื่อเผชิญปัญหา

2.4) การเป็นอิสระและรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง ได้แก่

2.4.1) การที่เด็กได้มีอิสระที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ตามแบบของตัวเอง ตามความสามารถที่เขามีและยอมรับผลจากการกระทำนั้น

2.4.2) การที่เด็กได้เข้าใจขอบเขตและความจำกัดของความรับผิดชอบของตนและผู้อื่น

2.5) การเป็นผู้มีความหวัง ศรัทธา และเชื่อมั่นในความถูกต้อง ได้แก่

2.5.1) การที่เด็กเชื่อว่ามีความหวังสำหรับตัวเอง และมีคนที่เชื่อมั่นในตัวเขา

2.5.2) การที่เด็กมีความรู้ผิดชอบชั่วดี เชื่อในความดี ความถูกต้อง และต้องการที่จะดำเนินชีวิตในแนวทางนั้น

2.5.3) การที่เด็กมีความมั่นใจ และศรัทธาในศีลธรรม จริยธรรม ความดี และแสดงออก

ในด้านความเชื่อแบบศาสนาที่ตนนับถือ

3) ความสามารถที่ฉันสามารถ คือ ทักษะต่างๆทางสังคม มาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเด็กได้เรียนรู้ และได้รับการสอนจากบุคคลอื่นด้วย ระกอบด้วย

3.1) ความสามารถในการสื่อสาร ได้แก่

3.1.1) ความสามารถในการบอกความคิด และความรู้สึกต่างๆกับผู้อื่น และความสามารถในการรับรู้สึกที่ผู้อื่นพูดและรู้ว่าผู้อื่นกำลังบอกอะไรกับเขา

3.1.2) ความสามารถในความเข้าใจและแสดงออกได้สอดคล้องกับการสื่อสารของตน

3.2) ความสามารถในการแก้ปัญหาได้ ได้แก่

3.2.1) ความสามารถในการประเมินสภาพและขอบเขตของปัญหา เพื่อจะได้รู้ว่าต้องวางแผนอย่างไรเพื่อแก้ปัญหานั้นและต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างไร

3.2.2) ความสามารถในการต่อรอง หรือมีทางเลือกเป็นทางออกของปัญหากับผู้อื่น และมีวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ หรือมีอารมณ์ขัน แม้ขณะเผชิญปัญหา

3.2.3) ความสามารถในการอดทนอยู่กับปัญหาจนกระทั่งแก้ปัญหาได้ลุล่วง

3.3) ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก และแรงผลักดันต่างๆประกอบด้วย

3.3.1) ความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง บอกความรู้สึกอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยอธิบายเป็นคำพูดได้ และการไม่ทำร้ายความรู้สึก และสิทธิของบุคคลอื่นและตนเอง

3.3.2) ความสามารถในการควบคุมแรงกระตุ้นชกต่อย ตี ทำลายสิ่งของ หรือการกระทำอื่นๆ ในลักษณะที่ทำอันตราย หรือเป็นความรุนแรงกับตนเองและผู้อื่น

3.4) ความสามารถในการประเมินอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นได้ คือความสามารถรับรู้อารมณ์ที่เป็นอยู่ของตัวเอง เช่น รู้สึกกระฉับกระเฉง รู้สึกปั่นป่วน มีแรงผลักดันจากข้างใน รู้สึกกำลังตกอยู่ในอันตราย

3.5) ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่จริงใจ เชื่อมั่นได้คือความสามารถหาบุคคลสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ครู ผู้ใหญ่คนอื่นหรือเพื่อน ที่เด็กจะนึกถึงและขอความช่วยเหลือ แบ่งปันและแลกเปลี่ยนความรู้สึกยามที่มีปัญหาหรือความไม่สบายใจ และร่วมสำรวจแนวทางต่างๆ ที่จะแก้ปัญหาของตัวเอง หรือปัญหาระหว่างเด็กกับคนอื่น

Dyer and McGuinness (1996) ได้ทำการวิเคราะห์ พบว่าลักษณะ(attribute) ความเข้มแข็งทางใจมีดังนี้

1) การกลับคืนฟื้นสภาพ (rebounding) และดำเนินต่อไป (carrying on) คุณสมบัติของการกลับคืนสภาพและดำเนินต่อไป หลังจากเกิดเหตุการณ์วิกฤติ เป็นคุณสมบัติที่สำคัญ ที่พบในทุกงานวิจัยเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ

2) ความรู้สึกดีกับตนเอง (a sense of self) ความรู้สึกดีเกี่ยวกับตนเอง ไม่เพียงแต่ความรู้สึกเห็นคุณค่าตนเอง แต่เป็นความสมดุลระหว่างชีวิตกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น คนที่มีความเข้มแข็งทางใจ จะเป็นคนที่ยอมรับต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

3) มีความมุ่งมั่น (determination) ผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจ จะเป็นคนที่มีความมุ่งมั่นที่จะทำงาน ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ มองอุปสรรคว่า เป็นความลำบากของที่ชีวิตที่ต้องข้ามผ่าน มองว่าความยากลำบาก อุปสรรคเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน และสามารถที่จะสามารถจัดการกับมันได้ ไม่มีความคิดแบ่งแยกระหว่าง ขาว กับ ดำ มองปัญหาเป็นสีเทา และพยายามที่จะแก้ปัญหาโดยใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ

4) มีทัศนคติที่ดีต่อสังคม (prosocial Attitude) การมีความผูกพัน ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจะเป็นแหล่งสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งทางใจได้ มีความสามารถในการดึงบุคคลต่างๆ เข้ามาช่วยเหลือตนเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบากอันนำไปสู่ความเข้มแข็งทางใจ พฤติกรรมเรียนรู้จากสังคมเรียนรู้ได้จากการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง

จะเห็นได้ว่าความเข้มแข็งทางใจ เป็นผลจากการฟื้นคืนสภาพหลังเผชิญสถานการณ์ที่มีความวิกฤติ การมีความรู้สึกดีต่อตนเอง มีความสมดุลในชีวิต มีความมุ่งมั่นในการทำสิ่งต่างๆ และการมีสัมพันธ์กับบุคคล และการมีแหล่งสนับสนุน และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ ประเวช ตันติ-พิวัฒนกุล (2552) ได้นำคำว่าความเข้มแข็งทางใจมาใช้ในวงการกรมสุขภาพจิต และได้แปลเนื้อหาความเข้มแข็งทางใจโดยแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบดังนี้

1) รู้สึกดีกับตนเอง ประสบการณ์ที่ดีในวัยเด็ก เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยสร้างความรู้สึกดีกับตัวเอง เพราะการได้รับความรัก ความเข้าใจจากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอจะกลายเป็นต้นทุนชีวิตที่มั่นคงเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ อาจกล่าวได้ว่า ความรู้สึกต่อตนเองเกิดขึ้นเมื่อเรามีประสบการณ์ชีวิตที่ดี ได้ทำสิ่งดีๆ มองโลกในแง่ดี รวมทั้งการค้นพบความถนัดของตนเอง และพัฒนาความถนัดนั้นกลายเป็นความสำเร็จ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เรารู้สึกดีกับตัวเอง คนเราไม่สามารถเปลี่ยนอดีตได้ เราเลือกไม่ได้ว่าจะเกิดครอบครัวแบบไหน จะพบพ่อแม่แบบใด จะเจอเหตุการณ์ดีร้ายอย่างไร สิ่งเหล่านี้เราไม่สามารถกำหนดได้ก็จริง แต่เราสามารถฝึกมองโลกในแง่ดี และค้นพบความถนัดของตนเอง เพื่อบ่มเพาะความสำเร็จซึ่งเราสามารถเลือกทำได้ เพื่อสร้างความรู้สึกดีให้กับตนเอง และสร้างความเข้มแข็งทางใจ ด้วยการสร้างความรู้สึกดีกับตัวเอง จึงเป็นกระบวนการฝึกตนเองให้รู้จักมองโลกในแง่ดี ค้นหาทำความรู้จักกับตนเอง และพัฒนาความถนัดที่มีอยู่จนกลายเป็นความสำเร็จน่าภาคภูมิใจ

2) จัดการชีวิตได้ สิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตมาจากหลายสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมได้โดยตรง ชีวิตจึงต้องพบกับเรื่องที่ชอบและไม่ชอบอยู่เสมอ ความรู้สึกว่าตนเองจัดการชีวิตได้ จะ

3) เกิดขึ้นเมื่อเราเชื่อมั่นในทักษะ การแก้ปัญหาและจัดการกับอารมณ์ของตนเอง ตลอดจนมีความสุข มีความพอใจในชีวิต และเชื่อมั่นว่าแม้ในสถานการณ์ที่ย่ำแย่ก็ยังสามารถเลือกทางเดินที่ดีที่สุด โดยการเรียนรู้ที่จะยอมรับบางสิ่งบางอย่าง ซึ่งเปลี่ยนแปลงแก้ไขไม่ได้และมีความอดทนมุ่งมั่น ในการลงมือทำในสิ่งที่ทำได้จนบรรลุผลที่ต้องการ การสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยการสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการกับชีวิต จึงเป็นกระบวนการฝึกฝนให้ตนเองยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิต หรือทำในสิ่งที่ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ ขณะเดียวกันก็มุ่งมั่นอดทนทำในสิ่งที่ทำได้จนประสบผลสำเร็จ และเรียนรู้จะจัดการอารมณ์ตนเองอย่างถูกต้อง มีทักษะในการจัดการปัญหาอย่างสร้างสรรค์

4) มีสายสัมพันธ์เกื้อหนุนความรักความเข้าเป็นแหล่งพลังงานสำคัญในการดำเนินชีวิต กำลังในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคต่างๆจึงมักมาจากการที่มีคนใกล้ชิดมอบความรัก ความเข้าใจ คอยเป็นกำลังใจให้ สายสัมพันธ์เกื้อหนุนถือเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่ง ของความเข้มแข็งทางใจ เพราะเป็นการเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสัมพันธ์กับคนรอบข้างให้มีทักษะการสื่อสารที่ดี เข้าอกเข้าใจกัน สามารถที่จะไว้วางใจและให้อภัยกันได้ แม้เกิดเรื่องหงุดหงิดขุ่นเคืองใจ องค์ประกอบนี้ จึงเป็นประหนึ่งกำลังใจอันทรงพลังในการต่อสู้ชีวิตแม้ยามที่ต้องพบกับสถานการณ์วิกฤติอันยากจะฝ่าฟัน

5) มีจุดมุ่งหมายในชีวิต คนเราจะมีพลังงานในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคได้ดีขึ้นเมื่อมีจุดมุ่งหมายชีวิตชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจุดหมายนั้นไม่ได้เป็นไปเพื่อตนเองเพียงอย่างเดียว ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมาย และความรู้สึกว่าเรากำลังก้าวไปสู่เป้าหมายที่มีคุณค่า จะช่วยให้เราเห็นว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเพียงส่วนเล็กๆ เมื่อเทียบกับปัญหาอื่นๆ และในที่สุดมันก็จะผ่านไป ขณะที่เรามุ่งเดินหน้าไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการ การสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต จึงเป็นการฝึกฝนตนเองให้มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตอยู่เสมอ ตลอดจนเรียนรู้ที่จะตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมกับทุกสถานการณ์ชีวิต ทั้งในสถานการณ์บวกและสถานการณ์ลบ

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ

ปัจจัยความเข้มแข็งทางใจ คือ ความสามารถอันเป็นสากลที่มีอยู่ในตัวบุคคล ไม่ว่าจะอยู่ในเผ่าพันธุ์ใด กลุ่มสังคม หรือวัฒนธรรมใดๆ ก็ตาม ความเข้มแข็งทางใจนี้เป็นลักษณะบุคลิกภาพที่มนุษย์สามารถนำมาป้องกัน ปกป้องตนเองเพื่อเอาชนะและผ่านพ้นประสบการณ์ลบในชีวิตตนเองไปได้ (Grothberg, 1995 อ้างถึงใน พัชรินทร์ อรุณเรือง , 2545) หากอาศัยแนวคิดแบบปัจจัยเสี่ยงปัจจัยปกป้องเพื่ออธิบายการเกิดความเข้มแข็งทางใจ กล่าวได้ว่า ปัจจัยป้องกันคือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเข้มแข็งทางใจ (ศุภรา เชาว์ปรีชา, 2551)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเกิดความเข้มแข็งทางใจมี 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยเสี่ยง (risk factor) และปัจจัยปกป้อง (Protective factor) ทั้งสองปัจจัยประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยครอบครัว 3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สังคม ชุมชน ทั้ง 3 องค์ประกอบมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (Ahern, Kiehl, Sole and Byers, 2006 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และอิงคฏา โคตนารา, 2552)

1) ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่มีผลในการเพิ่มผลลัพธ์ทางลบ และเป็นอุปสรรคในการพัฒนา การเจริญเติบโตและเรียนรู้ พบได้โดยทั่วไปใน 4 องค์ประกอบ วัยเด็ก ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน (Donald, Dower, Velez and Jone, 2006) ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นมักมีความซับซ้อนเพราะไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่มักเกิดจากหลายๆ ปัจจัยพร้อมกัน หรือทับถมเป็นระยะเวลาหนึ่ง หรือประสบกับเหตุการณ์เฉพาะ การได้รับการกระทบกระเทือนแบบเฉียบพลัน (Earvolini Ramirez, 2007 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และอิงคฏา โคตนารา, 2552)

2) ปัจจัยปกป้อง เงื่อนไขในการกันชนปกป้องผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงเป็นตัวป้องกันและตัวโต้ตอบสร้างขึ้นจากปัจจัยแวดล้อม จากเพื่อนบ้าน ครอบครัว โรงเรียน (Donald, Dower, Velez and Jone, 2006) ปัจจัยปกป้องในตัวบุคคลหรือกลุ่มบุคคล มีความเป็นไปได้ ในการลดการฆ่าตัวตาย ส่งผลทำให้เกิดความเข้มแข็งทางใจในการฟื้นคืน (bound back) เมื่อเผชิญความทุกข์ยากอีกทั้งเป็นการลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงไปได้ (Grothberg, 1995)

2.1) ปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วย

2.1.1) ความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหา การเผชิญปัญหาที่ดี

2.1.2) ความเข้มแข็งทางใจ การมองคุณค่าตนเอง

2.1.3) การฝึกมองมุมบวกในสถานการณ์ที่ท้าทาย

2.1.4) การมีชุดมุ่งหมายในชีวิตที่ดี

2.1.5) การควบคุมความหุนหันพลันแล่นของตนเอง

2.1.6) มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ

2.1.7) การมีร่างกายจิตใจที่ดี

2.1.8) การแสดงออกทางสังคมในสิ่งที่เหมาะสม

2.2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านครอบครัว

2.2.1) ความสัมพันธ์ที่ดีของครอบครัว การมีครอบครัวประคับประคอง

2.2.2) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

2.2.3) การอยู่ในสังคมที่ปลอดภัย ไม่มีการใช้ความรุนแรงไม่มียาเสพติด

2.3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ชุมชน สังคม วัฒนธรรม ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ โรงเรียน ความปลอดภัยในวัฒนธรรม

2.3.1) การจำกัดการเข้าถึงอาวุธทำร้ายตนเอง

2.3.2) การเข้าถึงการบริการสาธารณสุข

2.3.3) ความสัมพันธ์ที่ดีในโรงเรียน

2.3.4) ความมั่นคง ความเชื่อมั่น ในวัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนา

3.4 การสร้างความเข้มแข็งทางใจ

การจะสร้างความเข้มแข็งทางใจ จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะความสามารถอยู่หลายเรื่อง ตามแนวคิดของนายแพทย์ ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล ได้แบ่งเนื้อหาความเข้มแข็งทางใจไว้เป็นสี่องค์ประกอบ ดังนี้

1. รู้สึกดีกับตัวเอง

ประสบการณ์ที่ดีในวัยเด็ก เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยสร้างความรู้สึกดีกับตัวเอง เพราะการได้รับความรักความเข้าใจจากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอจะกลายเป็นต้นทุนชีวิตที่มั่นคงเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ อาจกล่าวได้ว่าความรู้สึกดีกับตัวเองเกิดขึ้นเมื่อเรามีประสบการณ์ชีวิตที่ดี ได้ทำสิ่งดีๆ มองโลกในแง่ดี รวมทั้งการที่เราค้นพบความถนัดของตัวเอง และพัฒนาความถนัดนั้นจนกลายเป็นความสำเร็จ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เรารู้สึกดีกับตัวเอง

คนเราไม่สามารถเปลี่ยนอดีตได้ เราเลือกไม่ได้ว่าจะเกิดในครอบครัวแบบไหน จะพบพ่อแม่แบบใด จะเจอเหตุการณ์ดีร้ายอย่างไร สิ่งเหล่านี้เราไม่สามารถกำหนดได้ก็จริง แต่เราสามารถฝึกมองโลกแง่ดีและค้นหาความถนัดของตนเองได้ เพื่อบ่มเพาะเป็นความสำเร็จ ซึ่งเราสามารถเลือกทำได้เพื่อสร้างความรู้สึกดี ให้กับตัวเราเองการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ด้วยการสร้างความรู้สึกดีกับตัวเอง จึงเป็นกระบวนการฝึกฝนตนเองให้รู้จักมองโลกแง่ดี ค้นหาทำความรู้จักตัวเอง และพัฒนาความถนัดที่มีอยู่จนกลายเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ

2. จัดการชีวิตได้

สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตมาจากหลายสาเหตุที่ไม่อาจควบคุมได้โดยตรง ชีวิตจึงต้องพบกับเรื่องที่ชอบและไม่ชอบอยู่เสมอ ความรู้สึกว่าตนเอง ‘จัดการชีวิตได้’ จะเกิดขึ้นเมื่อเรามีความเชื่อมั่นในทักษะการแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์ของตัวเอง ตลอดจนมีความสุขความพอใจในชีวิต และเชื่อมั่นว่าแม้ในสถานการณ์ที่ย่ำแย่ ก็จะยังสามารถเลือกทางเดินที่คิดว่าดีที่สุดได้ โดยการเรียนรู้ที่จะยอมรับบางสิ่งบางอย่างซึ่งเปลี่ยนแปลงแก้ไขไม่ได้ และมีความอดทนมุ่งมั่นในการลงมือทำในสิ่งที่ทำได้ จนบรรลุผลที่ต้องการการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ด้วยการสร้างความเชื่อมั่นในการ

จัดการชีวิตจึงเป็นกระบวนการฝึกฝนตัวเองให้ยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิต หรือทำใจในสิ่งที่ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ ขณะเดียวกันก็มุ่งมั่นอดทนทำในสิ่งที่ทำได้จนประสบผลสำเร็จ และเรียนรู้ที่จะจัดการอารมณ์ของตนเองอย่างถูกต้องมีทักษะในการจัดการปัญหาอย่างสร้างสรรค์

3. มีสายสัมพันธ์เกื้อหนุน

ความรัก ความเข้าใจเป็นแหล่งพลังงานสำคัญในการดำเนินชีวิต กำลังใจในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคต่างๆ จึงมักมาจากการที่มีคนใกล้ชิดมอบความรักความเข้าใจ คอยเป็นกำลังใจให้ สายสัมพันธ์เกื้อหนุนถือเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งของความเข้มแข็งทางใจ เพราะเป็นการเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ให้มีทักษะการสื่อสารที่ดี เข้าอกเข้าใจกัน สามารถที่จะ ไว้วางใจและให้อภัยกันได้แม้เกิดเรื่องหงุดหงิดขุ่นเคืองใจองค์ประกอบนี้จึงเป็นประหนึ่งแหล่งกำลังใจอันทรงพลังในการต่อสู้ชีวิต แม้ในยามที่ต้องพบกับสถานการณ์วิกฤติอันยากจะฝ่าฟัน

4. มีจุดหมายในชีวิต

คนเราจะมีพลังในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคได้ดีขึ้น เมื่อมีจุดมุ่งหมายในชีวิตชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากจุดหมายนั้นไม่ได้เป็นไปเพื่อตัวเองแต่เพียงอย่างเดียว ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมาย และความรู้สึกว่าเรากำลังก้าวไปสู่เป้าหมายที่มีคุณค่า จะช่วยให้เราเห็นว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเพียงส่วนเล็กๆ เมื่อเทียบกับปัญหาอื่นๆ และในที่สุด มันก็จะผ่านไป ขณะที่เรามุ่งเดินหน้าไปสู่จุดหมายที่ต้องการการสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยการมีจุดหมายในชีวิต จึงเป็นวิธีฝึกฝนตนเองให้มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตอยู่เสมอ ตลอดจนเรียนรู้ที่จะตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมกับทุกสถานการณ์ชีวิต ทั้งในสถานการณ์บวกและสถานการณ์ลบ

สมาคมจิตวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychological Association) กล่าวว่าวิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียดของคนหนึ่ง อาจจะไม่ได้ผลกับอีกคนหนึ่ง ซึ่งการสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วย 10 วิธี ดังต่อไปนี้ จะช่วยให้บุคคลมีทางเลือกที่เหมาะสมของตนเองในการจัดการกับความเครียด ได้แก่

1. การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นภายในครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือผู้ร่วมงาน จะช่วยให้เกิดความรู้สึกว่าตนยังมีคนที่คอยเป็นห่วงและสนับสนุน เมื่อเหตุการณ์ใดๆที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือวิตกกังวลก็สามารถที่จะขอความช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ได้ ซึ่งทำให้คนมีความหวัง

2. การให้มองว่าทุกปัญหาวิกฤตที่เกิดขึ้นจะต้องผ่านพ้นไปได้ เนื่องจากทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น เกิดขึ้นแล้วและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่บุคคลสามารถที่จะเลือกแปลความในสิ่งที่

เจอหรือมีปฏิกิริยาตอบสนองกับเหตุการณ์เหล่านั้น ให้พยายามคิดว่าเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเล็กๆ และตนสามารถจัดการกับมันได้ บางสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเมื่อมองกลับมาในอนาคตจะเห็นว่าเป็นเรื่องที่เล็กน้อยมาก

3. การยอมรับว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาเมื่อวางแผนสิ่งใดไว้แล้วนั้นแผนก็อาจเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

4. การมองไปยังเป้าหมายที่วางไว้ซึ่งเป้าหมายนั้นจะต้องมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติแล้วลงมือทำให้เป้าหมายที่วางไว้ปรากฏออกมา

5. ความเชื่อมั่นว่าตนสามารถทำเรื่องนั้นๆ ได้ ซึ่งเมื่อปฏิบัติไปแล้วตนจะสามารถรู้ได้ด้วยตนเองว่าเรื่องที่ตนเองกลัวหรือไม่กล้าที่จะเผชิญนั้นจริงๆ แล้วไม่ยากเลยที่จะกำจัดมันออกไป

6. การมองหาโอกาสและเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อนำเอาประสบการณ์ที่ได้รับนั้นมาเป็นบทเรียนในการจะปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์ใดๆ เข้ามาอีกครั้งก็จะสามารถรับมือกับเรื่องราวที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

7. ความพยายามมองด้านบวกต่อตนเอง และเรียนรู้ทักษะในการแก้ปัญหา พร้อมทั้งเชื่อสัญชาตญาณของตนเองในการสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์ให้เกิดขึ้น

8. พยายามเก็บสิ่งต่างๆ ไว้ในความคิดเห็น เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ใดๆ ที่สร้างความรู้สึกเจ็บปวด ให้คิดเสียว่าสิ่งที่เจอนั้นเป็นสถานการณ์มากมายที่อาจก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ แล้วใช้เวลาให้มากขึ้นในการจัดการกับปัญหานั้นๆ ตามสัดส่วนที่ไม่มากเกินไป

9. การมองว่ายังมีความหวังอยู่เสมอ ทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตให้ถือว่าเป็นสิ่งที่ดี ลองหลับตาแล้วมองถึงสิ่งที่ตนต้องการจะให้เกิดขึ้น มากกว่าไปกลัวในสิ่งจะเกิดขึ้นนั้น

10. การดูแลตัวของตัวเองอยู่เสมอ อยู่กับความรู้สึกสิ่งที่ตนเป็นเจ้าของตนเอง ทำในสิ่งที่ตนเองชอบและหาโอกาสผ่อนคลายบ้าง ออกกำลังกายตามปกติ ช่วยให้รู้สึกว่าได้ดูแลรักษาความคิดและรูปร่างของตัวเอง ในการที่จะต้องไปเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะต้องใช้ความเข้มแข็งทางใจในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ

วิธีการสร้างความเข้มแข็งทางใจดังกล่าวข้างต้นสามารถทำได้ด้วยตนเอง และนำมาแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงให้ชีวิตตนเองดีขึ้นสามารถผ่านพ้นจากปัญหาและความเครียดได้ ซึ่งในผู้ที่พยามฆ่าตัวตายมักมองว่าตนเป็นเหยื่อของเหตุการณ์ รู้สึกอ่อนแอช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ขาดจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน ขาดพลังในการต่อสู้ปัญหา และมีความคิดว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกเดียวที่เหลืออยู่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำการสร้างความเข้มแข็งทางใจตาม แนวคิดของนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล ที่มี 4 องค์ประกอบมาพัฒนาเป็น โปรแกรมการ สร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

4. โปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ หมายถึงกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกระบวนการปรับตัวภายใต้สถานการณ์ที่เลวร้ายให้สามารถฟื้นตัวขึ้นได้ จากประสบการณ์ที่ยุ่งยาก รุนแรง เป็นการพัฒนาระบบความคิด การแสดงออก การกระทำ เพื่อสร้างความมั่นใจในตนเอง มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาอย่างเข้มแข็งและสามารถจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grothberg (1995) และประยุกต์ใช้แนวทางการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ของนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (25 50) ที่นำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถของคนเราในการต่อสู้กับปัญหาชีวิตนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และการพัฒนาขีดความสามารถในการปรับตัวมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม คนส่วนใหญ่เมื่อพบปัญหาร้ายแรงในชีวิตจะมีปฏิกิริยาต่อเหตุการณ์นั้นด้วยอารมณ์ที่รุนแรง ไม่สามารถปรับตัวได้ และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต แต่มีคนจำนวนหนึ่งที่ปรับตัวได้ดีต่อเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต สิ่งที่ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดี ในสถานการณ์เลวร้าย เรียกว่าความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) การส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งทางใจเป็นการพัฒนาทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการเพิ่มปัจจัยปกป้อง โดยเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล ด้วยการปรับวิธีคิด และวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เรียนรู้ที่จะอยู่ภายใต้สภาวะยากลำบากของชีวิตด้วยความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเอง กระบวน การสร้างความเข้มแข็งทางใจมี 5 กิจกรรมคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ 2) การสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง 3) การจัดการชีวิตได้ 4) การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน และ 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต หากคนเรามีสิ่งเหล่านี้ก็จะมีความเข้มแข็งทางใจในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค สามารถเรียนรู้และมีกำลังใจในเวลาที่ชีวิตพบกับเรื่องยุ่งยาก เพราะ เหตุผลสำคัญที่ผู้ป่วยอธิบายถึงการที่ตนเองต้องการมีชีวิตอยู่ และไม่ควรทำร้ายตนเอง คือความมั่นใจในตนเองว่าจะสามารถแก้ปัญหาต่างๆได้ (อภิชัย มงคลและคณะ, 2550) และการตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง ส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) ในแต่ละกิจกรรมมีการดำเนินงานดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ หมายถึงกิจกรรมที่สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ โดยใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพด้วยการสนทนา สัมภาษณ์ สนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาพูดระบายความทุกข์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี และให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจว่าเป็นความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว อีกทั้งเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาจากการเผชิญปัญหาหรือวิกฤตินั้นๆ ซึ่ง

มนุษย์แต่ละคนจะมีวิธีการอธิบายและจัดการกับปัญหาไม่เหมือนกัน คนที่มีความเข้มแข็งทางใจไม่ได้หมายถึงคนที่ชนะในทุกเรื่องของชีวิต หรือคนที่สมหวังในทุกสิ่งที่ปรารถนา แต่หมายถึงคนที่แพ้ได้ ล้มได้ แต่ไม่ท้อถอย และสามารถเรียนรู้จากความล้มเหลวนั้นๆเพื่อพัฒนาเป็นบทเรียนไปสู่สิ่งที่ดีกว่า และทุกคนสามารถสร้างความเข้มแข็งทางใจให้เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง หมายถึงกิจกรรมที่สร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ มีความมั่นคงทางใจ อดทนต่อปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น ปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆได้ และพร้อมที่จะรับฟังคนอื่น เมื่อผิดพลาดก็สามารถฟังผู้อื่นวิจารณ์หรือตักเตือนได้ และมีความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการฝึกตนเองให้รู้จักมองโลกในแง่ดี ค้นหาความรู้สึกดีที่เกิดขึ้นจากการทำความดี จากการทำงานสำเร็จ และความรู้สึกดีที่เกิดจากการได้ช่วยเหลือคนอื่น พัฒนาความถนัดที่มีอยู่จนกลายเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ

กิจกรรมที่ 3 การจัดการชีวิตได้ หมายถึงกิจกรรมการ ฝึกทักษะการแก้ปัญหาและจัดการอารมณ์ความเครียดอย่างถูกวิธี เรียนรู้ที่จะจัดการอารมณ์ของตนเองอย่างถูกต้อง และมีทักษะในการจัดการปัญหาที่สร้างสรรค์ เป็นความสามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้อย่างเป็นระบบ

กิจกรรมที่ 4 การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน หมายถึงกิจกรรมการเรียนรู้ที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง ยอมรับ ใส่ใจ เป็นกำลังใจให้กันและกัน โดยแนะนำการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีความเข้าใจที่ดี สามารถมอบความรัก ความเมตตา ความไว้วางใจแก่กันและกัน สามารถที่จะไว้วางใจและให้อภัยกันได้แม้เกิดเรื่องหงุดหงิดขุ่นเคืองใจ สายสัมพันธ์เกื้อหนุน จึงเป็นประหนึ่งแหล่ งกำลังใจทรงพลังในการต่อสู้ชีวิต แม้ในยามที่ต้องพบกับสถานการณ์วิกฤติอันยากจะฝ่าฟัน

กิจกรรมที่ 5 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต หมายถึง กิจกรรมการฝึกฝนตนเองให้มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตอยู่เสมอ ตลอดจนเรียนรู้ที่จะตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ การรู้ว่าตนเองต้องการอะไรในชีวิต สิ่งใดสำคัญมาก สิ่งใดสำคัญน้อย และสิ่งใดไม่ใช่เรื่องสำคัญเราต้องการให้ปลายทางชีวิตเป็นแบบไหนและเมื่อมีปัญหาก็รู้ว่าควรมีเป้าหมายในการแก้ไขอย่างไร การมีจุดหมายในชีวิตจึงเปรียบเสมือนการเดินทางที่มีเข็มทิศแน่ชัดว่าเรากำลังจะไปไหนไปเพื่ออะไรจะได้ไม่หลงทางไปกับสิ่งยั่วยุที่อาจทำให้เราเดินออกนอกเส้นทางที่ต้องการ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2540) ได้ศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจ สภาวะสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก ผลการวิจัยพบว่า มีความชุกของความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.3 เป็นชาย 396 ราย หญิง 430 ราย อายุ 20 – 92 ปี อายุเฉลี่ย 40.2 ปี ร้อยละ 68 นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา และมีรายได้อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำถึงปานกลาง

มธุริน คำวงศ์ปิน (2543) ศึกษาความเครียด วิถีการปรับแก้ และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสันป่าตอง และโรงพยาบาลสันทราย จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 มีความเครียดระดับต่ำ วิถีการปรับแก้ที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือวิถีปรับอารมณ์ ร้อยละ 37.50 วิถีการเผชิญหน้ากับปัญหา ร้อยละ 35 วิถีบรรเทาปัญหา ร้อยละ 25 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง โดยเฉพาะด้านความรักใคร่ผูกพันสูงสุดด้านความมั่นใจในคุณค่าแห่งตนมีค่าต่ำสุด สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พบมากที่สุด คือญาติหรือบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 95 บิดา มารดา ร้อยละ 90 คู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลสำคัญในชีวิตร้อยละ 82.50 แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พบน้อยที่สุดคือ พระหรือนักบวช ร้อยละ 2.50

ดรุณี เลิศปรีชา (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านต่ำทุกด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

วาริน ชมประเสริฐ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นระยะกลาง ในเขตกรุงเทพมหานคร นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 396 ราย พบว่าวัยรุ่นร้อยละ 3 ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นประจำทุกวัน การฆ่าตัวตายมีปัจจัยจากครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 29.9 ปัญหาความเครียด ร้อยละ 19 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาฆ่าตัวตาย คือ ตนเอง ร้อยละ 42.8 และครอบครัว ร้อยละ 34.3 มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนบทบาท ภาระหน้าที่ที่จะต้องก้าวไปเป็นผู้ใหญ่ ทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นใน

ตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์เป็นการทำให้รู้สึกว่าตนได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น

ธนพร วิชชุเวชคามินทร์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำนวน 20 คน เป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ภายหลังการศึกษา พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ($\overline{X}$ =193.90) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ($\overline{X}$ =142.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .05)

กรมสุขภาพจิต (2549) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย โดยศึกษาในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาล จำนวน 250 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศชายร้อยละ 33.3 เพศหญิงร้อยละ 33.3 อายุที่ฆ่าตัวตายมากที่สุด คืออายุ 21-30 ปี ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวภาพกับการพยายามทำร้ายตนเองพบว่า ด้านการบาดเจ็บทางกาย (กลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะ) จะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเป็น 1.96 เท่าของผู้ที่ไม่บาดเจ็บที่ศีรษะ ด้านการเจ็บป่วยทางจิต จะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเป็น 2.35 เท่าของผู้ที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิต ด้านภาวะซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเป็น 18.50 เท่าของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ด้านการใช้ยา /แอลกอฮอล์ จะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเป็น 1.96 เท่าของผู้ที่ไม่ใช้ยา / แอลกอฮอล์ ส่วนด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า การมีสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ราบรื่นมีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเอง

พัชรี คำธิตา, อัมพวรรณ ถากาศและชนากานต์ แสงสิงห์ชัย. (2550) ศึกษารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ โดยกระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปในพื้นที่อำเภอแม่ทา จำนวน 8 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ สามารถปรับเปลี่ยนตัวเอง ปรับกระบวนความคิดของตน มีทักษะในการเผชิญปัญหา และที่สำคัญมองเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ไม่มีการฆ่าตัวตายซ้ำหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ

พัชรี คำธิตา, ภูรีวรรธน์ โชคเกิด (2550) ศึกษากระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน ศึกษาในผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ที่เคยมารับบริการในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูน จำนวน 8 คนผลการศึกษาพบว่าผู้ร่วมวิจัยมีการเปลี่ยนแปลงตนเองภายหลังการติดตามเดือนที่ 3, 6 โดยพบว่ามีทักษะในการจัดการความเครียด จัดการกับปัญหาชีวิตของตนเอง ทำให้ผู้ร่วมวิจัยมีระดับความเครียดที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ภาวะซึมเศร้าลดลงจนกระทั่งไม่พบภาวะซึมเศร้า ระดับความสุข

เท่ากับคนทั่วไป และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จนถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ สามารถปรับเปลี่ยนตัวเอง ปรับกระบวนการคิดของตน มีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม ใช้เหตุผลมากกว่าการใช้อารมณ์ มีทักษะและสามารถจัดการกับปัญหาชีวิตของตนเอง มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยเน้นการใช้ศักยภาพของตนเอง มองโลกในแง่ดีและมีความเชื่อมั่น และมองเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ไม่เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำหรือการฆ่าตัวตายสำเร็จ

กาญจนา เทพมาลัย (2551) ศึกษากระบวนการจัดการปัญหาในชีวิตประจำวันและการพัฒนาศักยภาพตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดลำพูน เป็นการวิจัยเชิงบรรยายโดยศึกษาจากผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่จังหวัดลำพูน ที่ไม่คิดฆ่าตัวตายซ้ำ จำนวน 10 ราย ผลการวิจัยพบว่าการจัดการปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ด้านการจัดการความคิด ได้มีวิธีการจัดการความคิดที่เป็นทุกข์ โดยมองว่าทุกคนล้วนมีปัญหา คิดว่าชีวิตในอนาคตไม่น่าจะเลวร้ายกว่านี้ทั้งนี้เนื่องจากมีการมองเห็นความเป็นจริงที่มากขึ้นโดยส่วนใหญ่ได้รับการชี้นำจากคนใกล้ชิด และนำข้อคิดหรือหลักคิดมาเตือนสติไม่ให้คิดด้านลบ ด้านการจัดการความรู้สึกเมื่อเกิดอารมณ์ที่มารบกวน ส่วนใหญ่ได้มีการจัดการโดยใช้คำพูดหรือข้อคิดไว้เตือนตนเองให้คิดในทางที่ดี ไม่ให้คิดในทางที่บั่นทอนตนเอง มีส่วนน้อยที่เลี่ยงไปทำกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อคลายความรู้สึก ด้านกลไกการจัดการกับตัวปัญหา ส่วนใหญ่เมื่อได้รับความใกล้ชิด การเอาใจใส่ที่มากขึ้นทำให้เกิดพลังในการลุกขึ้นสู้กับปัญหา และนอกจากนั้นคนใกล้ชิด ผู้มีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน ได้ให้ข้อคิดและคำแนะนำให้คำปรึกษา มีส่วนน้อยที่อาศัยบุคคลอื่นมาช่วยแก้ไขปัญหาแทนหรือได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ และส่วนใหญ่จะแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่สำคัญ ๆ เท่านั้น ไม่ได้มุ่งแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายในอดีต

พัชรี วิลาชัย, รัดดารัตน์ โกจะกังและอมรรัตน์ หาญจริง (2551) ศึกษาผลของการทำกลุ่มการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวล โดยศึกษาผู้ป่วยโรคจิตกังวลที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลดอกคำใต้จำนวน 30 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่สมัครใจจำนวน 14 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 16 คน โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกลมหายใจ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีอาการของโรคจิตกังวลหลังการทำกิจกรรมน้อยกว่าก่อนทำกิจกรรม โดยมีการมารับบริการตรงตามนัด มีการใช้ยาลดลง มีระดับความเครียดลงไปอยู่ในระดับปานกลางและระดับเล็กน้อยมากขึ้น มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ (ไม่มี)

เสาวลักษณ์ ภารชาตรี (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่อความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนในสังกัดกรมสามัญศึกษา เลือกแบบเจาะจงจำนวน30 คน แบ่งเป็นกลุ่ม

ทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศแผนการเรียน เกรดเฉลี่ยและระดับคะแนนความเครียด ผลการวิจัยพบว่า

1. นักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์มีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. นักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์มีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศุภรา เชาว์ปรีชา (2551) ศึกษาเพื่อรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับ resilience ในเด็กที่ถูกทารุณกรรมอันจะนำไปสู่แนวทางการให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาการถูกทารุณกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการรวบรวมเอกสารวิชาการ ผ่านฐานข้อมูลอิเลคโทรนิกส์ medline, embase และ psychinfo ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985-2006 และการสืบค้นด้วยมือจากตำราและเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า resilience ในเด็กที่ถูกทารุณกรรมสามารถสร้างและพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ในทุกช่วงชีวิต โดยกลไกหลักของการเกิด resilience มาจากปัจจัยภายในตัวบุคคลมากกว่าปัจจัยภายนอก อย่างไรก็ตามสำหรับการดูแลให้ความช่วยเหลือเด็กที่ถูกทารุณกรรมนั้นต้องคำนึงถึงทั้งปัจจัยในตัวเด็ก และบริบทแวดล้อมด้วย การเข้าแทรกแซงจึงสามารถกระทำได้ทั้งที่ตัวเด็กโดยตรงเพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดี มีคุณค่าในตัวเอง ตลอดจนมีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดี และแทรกแซงที่ปัจจัยภายนอกซึ่งได้แก่ ครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อช่วยให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ให้ชุมชน และสังคมมีความอบอุ่น ปลอดภัย มีเครือข่ายทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตลอดจนมีกระบวนการทางกฎหมายและระบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการป้องกัน รักษา และฟื้นฟูเด็กที่ถูกทารุณกรรมอย่างมีประสิทธิภาพอันจะนำไปสู่การเกิด resilience ในเด็กที่ถูกทารุณกรรมอย่างยั่งยืน

Hawton et al. (1982) ได้ศึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ออกซ์ฟอร์ด ด้วยการรับประทานยาเกินขนาด จำนวน 50 ราย อายุ 13-18 ปี พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายร้อยละ 90 และส่วนใหญ่เป็นเกิดปัญหาจากครอบครัว เพื่อน และโรงเรียน ส่วนการติดตามผู้ป่วยใน 1 ปี พบว่า ร้อยละ 14 พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 10 กระทำพฤติกรรมฆ่าตัวตายใน 3 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Joan R. Asarnow (2008) ได้ศึกษาประสิทธิภาพ การให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ครอบครัวในวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยศึกษาในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายใน 3 เดือนก่อนที่จะเข้าร่วมการศึกษา พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีการสื่อสาร ความเข้าใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งร่วมกันแก้ไขปัญหา ช่วยลดความคิดและการกระทำที่จะพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นได้

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งทางใจเป็นการพัฒนาทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการเพิ่มปัจจัยปกป้อง โดยเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล ด้วยการปรับวิธีคิด และวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เรียนรู้ที่จะอยู่ภายใต้สภาวะยากลำบากของชีวิตด้วยความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเอง เพราะเหตุผลสำคัญที่ผู้ป่วยอธิบายถึงการที่ตนเองต้องการมีชีวิตอยู่ และไม่ควรทำร้ายตนเอง คือความมั่นใจในตนเองว่าจะสามารถแก้ปัญหาต่างๆได้ (อภิชัย มงคลและคณะ, 2550) แสดงให้เห็นถึงการเอาชนะปัญหาอุปสรรคของชีวิตโดยใช้พลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง (สำนักสุขภาพจิตสังคม, 2552) คนที่มีพลังสุขภาพจิต ดี มักเป็นคนไม่ตีโพยตีพายเมื่อมีปัญหา เป็นคนที่สามารถสงบจิตใจ จัดการอารมณ์ที่พลุ่งพล่าน จัดการแก้ปัญหาด้วยความรอบคอบ ไม่คิดร้ายไปกว่าความเป็นจริง และการตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง ส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) จากการศึกษาเรื่องผลการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวลของพัชรี วิลาชัย , รัดดารัตน์ โกจะกัง และอมรรัตน์ หาญจริง (2551) พบว่าผู้ป่วยเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการเผชิญปัญหาทั้งในด้านความคิดและพฤติกรรม มั่นใจในตนเองมากขึ้น และครอบครัวที่ให้ความรัก ความห่วงใยส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง (อนงค์ อรุณรุ่ง, 2551) การพัฒนาทักษะในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความเข้มแข็งทางใจ ทำได้โดย การดำเนิน กิจกรรม 5 ครั้ง เป็นการฝึกราย บุคคล ใช้ระยะเวลากิจกรรมละ 40-60 นาที ในแต่ละกิจกรรมมีการดำเนินงานดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ ประกอบด้วย 1) การแนะนำตัว ทำความรู้จัก สร้างความไว้วางใจ 2) บอกวัตถุประสงค์ เป้าหมายและวิธีดำเนินการ ขั้นตอน 3) ตกลงบริการกับผู้ป่วย 4) ให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ 5) ประเมินความเข้มแข็งทางใจ พร้อมประเมินความคิดฆ่าตัวตาย

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง ประกอบด้วย 1) ค้นหาทำ ความ รู้จักตัวเอง 2) ฝึกฝนตนเองให้รู้จักมองโลกแง่ดี

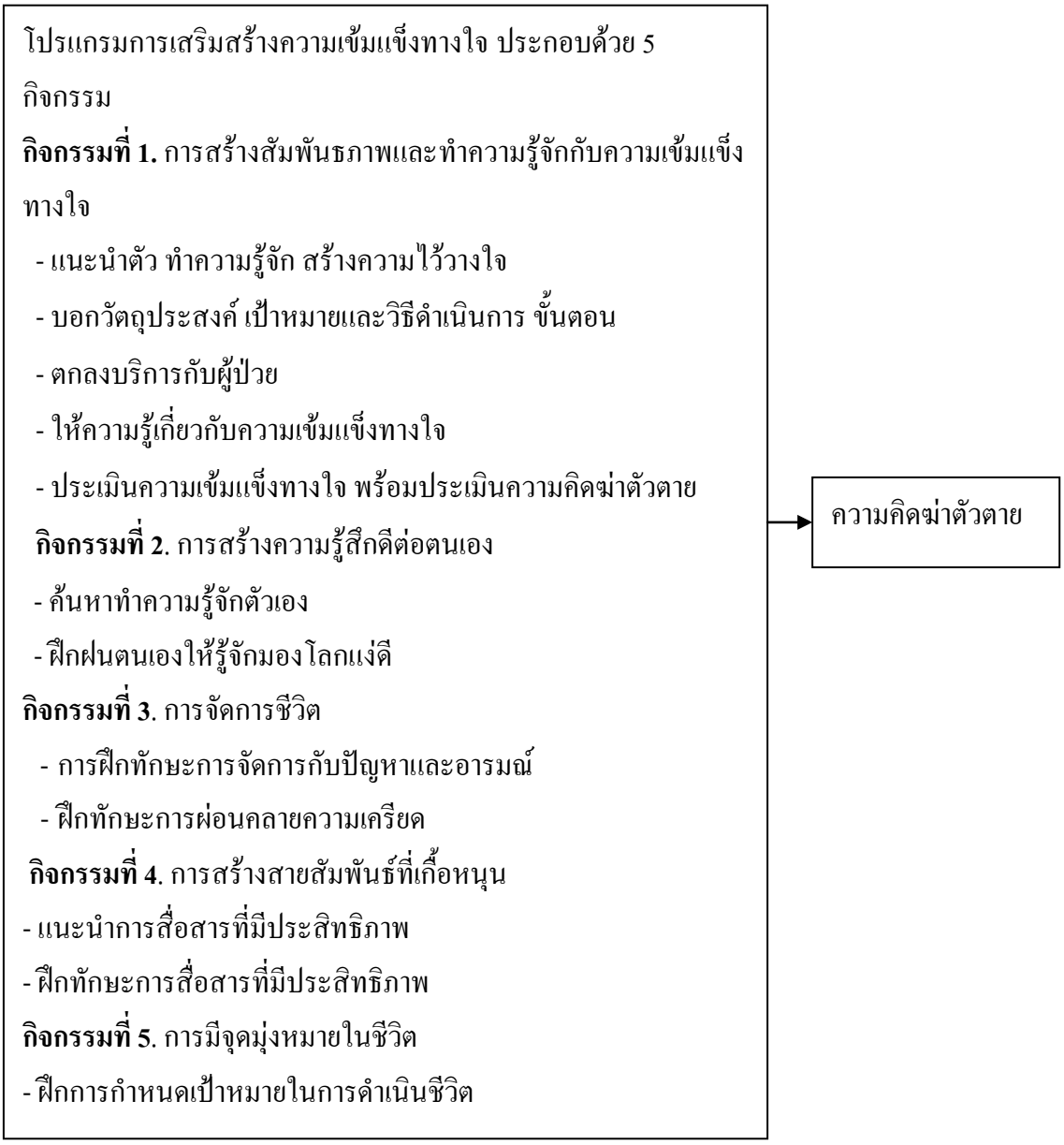
กิจกรรมที่ 3 การจัดการชีวิตได้ ประกอบด้วย 1) การฝึกทักษะการ จัดการกับปัญหาและอารมณ์ 2) ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด

กิจกรรมที่ 4 การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน ประกอบด้วย 1) แนะนำการสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ 2) ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ประกอบด้วย การ ฝึกกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

เขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Polit & Beck, 2004) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีรูปแบบการทดลองดังนี้

O_1	X	O_2	กลุ่มทดลอง
O_3		O_4	กลุ่มควบคุม

X หมายถึง โปรแกรม การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

O_1 หมายถึง ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนได้รับ โปรแกรม การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

O_2หมายถึง ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลัง ได้รับ โปรแกรม การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

O_3 หมายถึง ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อน ได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_4 หมายถึง ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลัง ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอายุ 15-59 ปีที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและต่อเนื่องเป็นผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลชุมชนของรัฐในจังหวัดอ่างทองจำนวน 6 โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีอายุ 15-59 ปีทั้งเพศชายและหญิงที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและต่อเนื่องเป็นผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทองที่มีการพยาบาลตามปกติเหมือนกันจำนวน 4 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ โรงพยาบาลแสวงหา โรงพยาบาลป่าโมก และโรงพยาบาลสามโก้ในช่วงเดือน ต.ค 55 – ม.ค 56 และมีภูมิลำเนาในจังหวัดอ่างทอง และมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย 2 คะแนนขึ้นไป เนื่องจากผู้ที่พยายายามฆ่าตัวตายที่ยังมีความคิดฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงที่จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะในการวิจัยแบบทดลอง เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดี ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน

(Politand Beck, 2004) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. อายุ 15-59 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งและเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลที่ให้การพยาบาลตามปรกติเหมือนกันคือ โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ โรงพยาบาลสามโก้ โรงพยาบาลป่าโมก และโรงพยาบาลแสวงหา
3. เป็นผู้ที่มีค่าคะแนนจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ของ Beck (Beck Scale for Suicidal Ideation) ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป เนื่องจากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ยังมีความคิดฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายซ้ำ
4. มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล และสามารถสื่อสารได้
5. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจและโต้ตอบได้รู้เรื่อง
6. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการ
7. มีภูมิลำเนาในจังหวัดอ่างทอง เพื่อการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก คือ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบทั้ง 5 กิจกรรม

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่งในจังหวัดอ่างทองที่มีการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเหมือนกัน ได้แก่ โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ โรงพยาบาลสามโก้ โรงพยาบาลป่าโมก และโรงพยาบาลแสวงหา จำนวน 40 คน คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยโดยเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ จำนวน 20 คน เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลป่าโมก โรงพยาบาลสามโก้ และโรงพยาบาลแสวงหา จำนวน 20 คน เป็นกลุ่มควบคุมเนื่องจากจำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในงานผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญในปีที่ผ่านมาใกล้เคียงกับจำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในงานผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งที่เป็นกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched paired) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อให้มีความเท่าเทียมกันในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ และอายุ (ผลการคัดเลือกและจับคู่กลุ่มตัวอย่างปรากฏในตารางที่ 3 บทที่4 หน้า 75)

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินความคิดฆ่าตัวตายตามแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck (1988) และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต เพื่อเป็นการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย 2 คะแนนขึ้นไป

จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล วิเศษชัยชาญ ในช่วงเดือน ต.ค 55 – ม.ค 56 จำนวน 24 คนผู้วิจัยได้ใช้ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับผู้ป่วยทุกคน เนื่องจากกลุ่มควบคุมไม่สามารถนำมาจับคู่ได้ เพราะมีข้อจำกัดเรื่องเวลาจึงไม่ได้นำกลุ่มทดลองที่มีอายุ มากกว่า 39 ปีจำนวน 4 คนมาวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grothberg (1995) และประยุกต์ใช้แนวทางการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ของนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (25 50) ที่นำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถของคนเราในการต่อสู้กับปัญหาชีวิตนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยมีหลักฐานอ้างอิงจากงานวิจัยเกี่ยวกับความสามารถของคนเราในการต่อสู้กับปัญหาชีวิต พบว่าคนเรามีความสามารถในการปรับตัวอยู่ภายในและความสามารถนี้เป็นสิ่งที่พัฒนาให้ดีขึ้นได้ และจากการทบทวนวรรณกรรม รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1.1 ทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1.2 กำหนดโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิด ของนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (2550) มีการดำเนินงานทั้งหมด 5 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักกับความเข้มแข็งทางใจ 2) การสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง 3) การจัดการชีวิต 4) การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน และ 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

1.3 กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมให้ครอบคลุมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตามแนวทางการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ของนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล

1.4 ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการทดลอง โดยขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหาของแผนการทดลอง ผลจากการตรวจสอบรูปแบบการทดลอง

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม หลังจากนั้นตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 10 คน โดยดำเนินกิจกรรมครบ 5 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงอุปสรรคอื่นๆ อันอาจจะเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรม พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย อาการหูแว่ว ประวัติการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว วิธีที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย

2.2 แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ของ Beck (Beck Scale for Suicidal Ideation) (Beck, Steer & Ranieri, 1988) ซึ่งแปลโดย ปริยศ กิตติธีระศักดิ์ (2547) มีจำนวน 19 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า 0-2 โดยแต่ละข้อคำตอบจะขึ้นอยู่กับลักษณะคำถามในข้อนั้นๆ ดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายเลย

คะแนน 1 หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายเล็กน้อย

คะแนน 2 หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายปานกลางถึงมาก

โดยนำคะแนนทั้งหมดมารวมกันเป็นคะแนนของแบบทดสอบ มีค่าระหว่าง 0-38 คะแนน

การแปลผล คะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ

คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง

คะแนน 13 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ของ Beck (Beck Scale for Suicidal Ideation) (Beck, Steer & Ranieri, 1988) มีจำนวน 19 ข้อ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช (APN) 2 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน

พบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) เท่ากับ 0.84 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้ คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลให้เพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับอาการหูแว่วได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายตัวเอง หรือไม่เนื่องจากอาการหูแว่วจะส่งผลต่อการทำร้ายตนเองได้ และในส่วนแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย คำตอบมีให้เลือก 3 ระดับคือ ❑ปานกลางถึงมาก ❑เล็กน้อย ❑ไม่มีเลย ไม่สอดคล้องกับคำถามในบางข้อ เสนอแนะให้ปรับคำตอบให้เข้าใจง่ายขึ้นและสอดคล้องกับคำถามในแต่ละข้อ ดังนี้

ข้อ 3 เหตุผลของท่านสำหรับการที่จะมีชีวิตอยู่หรือจะเสียชีวิต ปรับคำตอบเป็น

❑การมีชีวิตอยู่มีค่ามากกว่าการที่จะเสียชีวิต

❑การมีชีวิตอยู่มีค่าเท่ากับการที่จะเสียชีวิต

❑การมีชีวิตอยู่มีค่าน้อยกว่าการที่จะเสียชีวิต

ข้อ 6.ช่วงเวลาที่ท่านคิดถึงการมีความคิดฆ่าตัวตายหรือต้องการจะเสียชีวิต ปรับคำตอบเป็น

❑ประเดี๋ยวเดียว❑เวลายาวนาน ❑ต่อเนื่อง(เรื้อรัง)

ข้อ 11. เหตุผลที่ใช้ในการพิจารณาการพยายามฆ่าตัวตาย ปรับคำตอบเป็น

❑สภาพแวดล้อมบังคับ, ได้รับความสนใจ

❑สภาพแวดล้อมบังคับและหนีปัญหา

❑หนี ,หยุด และแก้ปัญหา

ข้อ 12.ท่านมีการวางแผนที่จะฆ่าตัวตาย ปรับคำตอบเป็น

❑ไม่มีการวางแผน

❑วางแผน แต่รายละเอียดไม่ชัดเจน

❑วางแผนและมีรายละเอียดชัดเจน

ข้อ 13.ท่านมีโอกาสและความง่ายต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ปรับคำตอบเป็น

❑ ไม่มีโอกาสและไม่ง่ายต่อการพยายามฆ่าตัวตาย

❑ มีโอกาสแต่ไม่ง่ายต่อการพยายามฆ่าตัวตาย

❑ มีทั้งโอกาสและมีความง่ายต่อการพยายามฆ่าตัวตาย

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ของ Beck ไปทดลองใช้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้ จำนวน 30 คน นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.8 5 เมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจำนวน 40 คน พบว่าได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.80

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิตที่แบ่งเป็น 3 ด้านตามองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตจำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า 1-4 การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่1 ได้แก่ ข้อ 2 , 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19 และ 20 ให้คะแนนดังนี้ ไม่จริงให้ 1 คะแนน จริงบางครั้งให้ 2 คะแนน ค่อนข้างจริงให้ 3 คะแนน จริงมากให้ 4 คะแนน กลุ่มที่2 ได้แก่ ข้อ 1, 5, 14, 15, และ 16 ให้คะแนนดังนี้ ไม่จริงให้ 4 คะแนน จริงบางครั้ง 3 คะแนน ค่อนข้างจริง 2 คะแนน จริงมาก 1 คะแนน

ไม่จริง หมายถึง ข้อความนี้ไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น

จริงบางครั้ง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง

ค่อนข้างจริง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกินครึ่งหนึ่ง

จริงมาก หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นทั้งหมด

การแปลผล คะแนนรวม 80 คะแนน

คะแนน < 55 หมายถึง พลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

คะแนน 55-69 หมายถึง พลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

คะแนน > 69 หมายถึง พลังสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช (APN) 2 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ถือเกณฑ์ตามผู้ทรงมีความคิดเห็นตรงกัน และสอดคล้องกัน พบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) เท่ากับ1

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ไปทดลองใช้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดอ่างทองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้ จำนวน 3 0 คน นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.81

เกณฑ์การกำกับการทดลอง หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ทั้ง 5 กิจกรรม ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายต้องมี คะแนน 55 ขึ้นไป จึงแสดงว่ามีพลังสุขภาพจิตดี ซึ่งหากคะแนนต่ำกว่าที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรค เพื่อหาทางแก้ไขเพิ่มเติมจนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

วิธีการดำเนินการศึกษา

การดำเนินการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการศึกษา ระยะทดลองและระยะประเมินผลการศึกษา

ระยะเตรียมการศึกษา

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อขออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมในคน ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา การทดสอบเครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล ขอใช้สถานที่การศึกษา แจ้งระยะเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งเสร็จสิ้นการศึกษา

2. เตรียมเครื่องมือและศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต

3. วางแผนการดำเนินงานและประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

4. เตรียมผู้ช่วยในการดำเนินโครงการ จำนวน 1 คน ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างน้อย 5 ปี เพื่อช่วยในการรวบรวมข้อมูล โดยผู้จัดทำโครงการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และรายละเอียดของเครื่องมือ แนวทางการใช้เครื่องมือ วิธีการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างชัดเจน

5. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงจุดประสงค์และกิจกรรมในโปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่าง หากผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และให้ทำแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck (1988) และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched paired) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ และอายุ โดยเลือกผู้ที่ทำร้ายตัวเองที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ

จำนวน 20 คน เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลป่าโมก โรงพยาบาลสามโก้ และโรงพยาบาลแสวงหา จำนวน 20 คน เป็นกลุ่มควบคุมเพื่อป้องกันการแทรกแซง

6. ผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ กับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการให้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

การเตรียมตัวผู้วิจัย

ผู้วิจัยศึกษาความรู้จากเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎีของการสร้างความเข้มแข็งทางใจ คู่มือจัดกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับบุคลากร คู่มือการใช้ DVD สื่อการเรียนรู้เรื่อง เติมเต็มความเข้มแข็งทางใจ ของนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล หลังจากนั้นทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ทางใจในผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง โดยปรึกษาวิธีการจัดกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนกับอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นช่วงๆ

ระยะทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง ทั้งหมด 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 40-60 นาที กิจกรรมที่ 1 – 3 ดำเนินกิจกรรมที่ตึกผู้ป่วย ในติดต่อกัน 3 วัน กิจกรรมที่ 4 และ 5 ดำเนินกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 4 และ 5 ห่างกัน 3 วันระยะเวลาทั้งหมด 5 วัน ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักกับความเข้มแข็งทางใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความไว้วางใจและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย

2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์และเข้าใจถึงกระบวนการ ในการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจ และความทุกข์จากเหตุการณ์ที่ตนเอง กำลังประสบอยู่

4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจที่สามารถสร้างขึ้นได้ในทุกคน

เนื้อหา

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการทำงานร่วมกันให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้น ผู้วิจัยควรช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นเป็นกันเอง ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถระบายความคิด ความเชื่อได้อย่างอิสระ ได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคล และร่วมมือกันในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในปัญหา ความคิด ความเชื่อ และผลกระทบ

ที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยจะอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะวิชาชีพ ทำหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางการแก้ปัญหา และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจว่าเป็น ความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว อีกทั้งเกิดการเรียนรู้ พัฒนาจากการเผชิญปัญหาหรือวิกฤตินั้นๆ อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข สามารถฝึกฝนและสร้างขึ้นได้

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร แนะนำตนเองเพื่อสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ สนทนาเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย

2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา ถ้าผู้ป่วยตอบรับลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck เก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการศึกษา

3. ผู้วิจัยชี้แจงข้อตกลงในการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ได้แก่ วัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนในการให้คำปรึกษา จำนวนครั้งที่จะพบกัน รวมทั้งสถานที่ที่จะพบกัน

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาจากเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้เทคนิคการถาม การสะท้อนความรู้สึก เช่น “ ท่าทีของคุณดูเหมือนไม่ค่อยสบายใจ พอที่จะเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นได้ไหม เพื่อจะได้ช่วยกันแก้ไข ”

5. ตั้งใจฟังและกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งอารมณ์ ความรู้สึกและการกระทำที่เกิดขึ้น ที่เกี่ยวข้องกับความคิดเหล่านั้น โดยใช้เทคนิคการถาม เช่น “ คุณคิดอย่างไรต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ”

6. เมื่อผู้ป่วยกล่าวถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความคิดความเชื่อต่อเหตุการณ์ อารมณ์ความรู้สึกและการกระทำที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเชื่อเหล่านั้นแล้ว ผู้วิจัยใช้ทักษะทวนความ ตีความและสรุปความ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจให้ถูกต้องตรงกัน

7. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสอนหรือการอธิบายโดยตรง ให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจตามเอกสารประกอบในกิจกรรมที่ 1

8. ผู้วิจัยและผู้ป่วยช่วยกันสรุปความคิดรวบยอดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสรุปความและนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกต พฤติกรรม ความสนใจ ตลอดจนการซักถามปัญหา และการที่ผู้ป่วยได้เปิดเผยปัญหาของตนเองให้ผู้วิจัยรับทราบและผู้ป่วยสามารถค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยเข้าใจว่าทุกคนสามารถเติมความเข้มแข็งทางใจให้ตัวเองได้เสมอ ไม่ว่าเราจะมีบุคลิกภาพแบบไหน และแต่ละคนอาจมีต้นทุนความเข้มแข็งทางใจแตกต่างกัน แต่ทุกคนสามารถเติมสิ่งนี้ให้กับตัวเองได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"เพื่อนหนูบางคนมีปัญหามากกว่าหนูอีก แต่ไม่เคยเห็นเขาอยากฆ่าตัวตายเลย"

"แม่ลำเอียง รักแต่พี่ชายตามใจพี่ชายตลอด หนูไม่เคยได้อะไรเลย"

"แฟนผมชอบหน้างอเวลาผมกลับบ้าน ผมก็เลยประชด"

"แฟนหนูเค้ากลับบ้านดึก หนูต้องอยู่บ้านลำพังกับลูกอายุ 2 เดือน พอหนูบอกให้เค้ากลับบ้านเร็วขึ้น เค้าก็ดุและตะคอกหนู หนูไม่รู้จะทำยังไง"

"คู่หมั้นหนูมีผู้หญิงอื่น หนูรักเค้ามากนะพี่"

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง รู้ว่าตนเองมีจุดเด่นจุดอ่อนอย่างไร รู้ความต้องการของตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น
3. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถสำรวจและแสดงความชื่นชมในสิ่งที่ดีงามของตนเองและผู้อื่นได้

เนื้อหา

1. คนเราไม่สามารถเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตในวัยเด็กของตนเองได้ ไม่สามารถเลือกได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้างในชีวิต แต่เราสามารถฝึกมองโลกแง่ดีและค้นหาความถนัดของตนเอง เพื่อบ่มเพาะเป็นความสำเร็จให้ภาคภูมิใจ และเราเลือกได้ที่จะทำความดี เพื่อสร้างความรู้สึกดี และความภาคภูมิใจให้กับตนเอง ความรู้สึกดีต่อตัวเองจึงเป็นเรื่องที่สามารถสร้างและพัฒนาได้ด้วยตัวของเราเอง และเพื่อตัวของเราเอง

2. การรู้จักตนเอง การมองตนเอง เป็นการสำรวจบุคลิกภาพ รู้ว่าตนเองมีจุดเด่นจุดอ่อนอย่างไร ทำให้รู้จักและเข้าใจพฤติกรรมทั้งในส่วนที่ดีและส่วนที่ต้องการปรับปรุง เป็นการรู้จักตนเองมากขึ้น ซึ่งเป็นบันไดขั้นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้คนเราสามารถตอบสนองความพอใจของตนเอง ที่จะนำไปสู่การรู้จักผู้อื่นและเป็นการเติมเต็มให้ชีวิต นำพาให้ชีวิตมีคุณค่า

3. การเข้าใจตนเอง ทุกคนมีคุณค่าอยู่ในตัวของตน คนเราเลือกเกิดไม่ได้ และมีความแตกต่างกัน บางคนเก่ง บางคนอ่อนแอ บางคนมีปมด้อย มีสุข มีทุกข์ เราเลือกเกิดไม่ได้ แต่เราเลือกที่จะเป็นได้ โดยรู้จักนำความดีที่มีอยู่ในตนเองมาพัฒนาให้เป็นจุดเด่นที่เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม

4. การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มีความภูมิใจในความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ซึ่งความรู้สึกนี้ทำให้คนเรามีความมั่นใจในการกระทำต่างๆ ของชีวิตได้ โดยไม่ต้องรอพึ่งผู้อื่นหรือสิ่งอื่น

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยเกริ่นนำ คนเราทุกคนต้องการความสุข อยากหนีจากความทุกข์ และ พื้น ฐาน ความสุข ที่สำคัญ อย่าง หนึ่ง ของชีวิต คนเรา คือ การที่ เรามีความรู้สึกดีต่อตัวเอง หากลองสังเกตให้ดี เราสามารถรู้สึกดีต่อตัวเองได้ในหลายโอกาส ตามเอกสารประกอบในกิจกรรมที่ 2

2. ให้ผู้ป่วยทบทวนดูว่า ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกดีต่อตัวเองจากเรื่องอะไรบ้าง

3. ผู้วิจัยคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าและระบายความรู้สึก และชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยทำดี

4. ให้ผู้ป่วยมองเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุให้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ทั้งในแง่ดี และแง่ร้าย

5. ผู้วิจัยชี้แนะวิธีการสร้างความรู้สึกที่ดีให้กับตัวเองได้โดย

5.1 การทำความดี

5.2 สร้างความตระหนักในตนเองรู้ทันความคิดที่เราพูดกับตัวเอง ว่าช่วยให้เรารู้สึกดีขึ้นหรือทำให้รู้สึกแย่ลง เลือกความคิดที่ช่วยสร้างพลังใจ

5.3 ค้นหาความถนัดของตน และพัฒนาจนเกิดเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ

5.4 ยอมรับข้อดีข้อเสียของตัวเองไม่คิดเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่ทำให้รู้สึกด้อยกว่า

5.5 ฝึกมองโลกแง่ดี มีวิธีอธิบายสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตในทางที่สร้างกำลังใจในการดำเนินชีวิตให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น

5.6 รู้จักตั้งเป้าหมายและลงมือทำจนประสบผลสำเร็จ อาศัยความสำเร็จจากการกระทำนั้นเป็นสิ่งเพิ่มพูนความรู้สึกดีให้กับตัวเอง

5.7 หมั่นดูแลร่างกายและจิตใจให้สดชื่น แข็งแรงอยู่เสมอ

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจและความร่วมมือในการพูดคุยและแสดงความคิดเห็น พบว่า ผู้ป่วยรู้จักตนเอง และสามารถมองตนเองได้ มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีความภูมิใจในความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดดังนี้

“หนูรู้สึกดีเมื่อได้สอนการบ้านเพื่อน และเพื่อนชอบมาถามการบ้านกับหนูบ่อยๆ”

“หนูช่วยแม่ใช้หนี้หลายครั้ง หนูช่วยแม่ได้ ”

“หนูรู้สึกดีเมื่อได้ทำอาหารกลางวันให้เด็กนักเรียนได้กิน เด็กๆบอกหนูทำอร่อย”

“หนูเป็นคนดูแลย่า ถ้าไม่มีหนู ย่าก็ลำบาก”

“ผมเป็นคนดูแลครอบครัวรวมถึงพ่อและแม่ของแฟนผมด้วย”

กิจกรรมที่ 3 การจัดการชีวิตได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกได้ว่าสิ่งที่ทำเวลาเครียดเป็นการแก้ปัญหา หรือแก้อารมณ์ และมีผลดี ผลเสียอย่างไร
2. เพื่อฝึกทักษะการแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์

เนื้อหา

สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตมาจากหลายสาเหตุที่เราไม่สามารถควบคุมได้โดยตรง คนเราจึงต้องพบกับเรื่องที่ชอบและไม่ชอบอยู่เสมอ ความรู้สึกว่าตนเอง ‘จัดการชีวิตได้’ เกิดขึ้นเมื่อเรามีความเชื่อมั่นในทักษะการแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์ของตัวเอง มีความสุขความพอใจในชีวิต

ตลอดจนเชื่อมั่นว่าแม้จะตกอยู่ ในสถานการณ์ที่ย่ำแย่ ก็จะยังสามารถเลือกทางเดินที่คิดว่าดีที่สุดในสถานการณ์ขณะนั้นได้ เรียนรู้ที่จะยอมรับบางสิ่งบางอย่างที่เปลี่ยนแปลงแก้ไขไม่ได้ และมีความอดทนมุ่งมั่นในการลงมือทำในสิ่งที่ทำได้ จนบรรลุผลที่ต้องการ

การสร้างความเข้มแข็งทางใจ ด้วยการสร้างความเชื่อมั่นในทักษะการจัดการชีวิต เป็นการฝึกฝนตัวเองให้รู้จักยอมรับความเป็นจริงของชีวิตหรือทำใจในสิ่งที่ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ ขณะเดียวกันก็มีความมุ่งมั่นอดทนที่จะลงมือทำในสิ่งที่ทำได้จนประสบผลสำเร็จ เรียนรู้ที่จะจัดการอารมณ์ของตนเองอย่างถูกต้อง และมีทักษะในการจัดการปัญหาที่สร้างสรรค์

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัย เกริ่นนำว่า ชีวิตคนเราถ้าเลือกได้ ทุกคนอยากมีความสุข แต่บ่อยครั้งที่เราเกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ อยากหลีกหนี แต่หนีไม่ได้ ตามเอกสารประกอบในกิจกรรมที่ 3

2. ให้ผู้ป่วยนึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องตัดสินใจทำร้ายตัวเองและเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด พร้อมกับเล่าถึงความคิดที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์นั้น และผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมไปถึงวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดในแต่ละครั้ง

3. ให้ผู้ป่วยทบทวนดูว่าในขณะที่เครียด มีอาการอะไรบ้าง และได้ทำอะไรไปบ้าง

4. ผู้วิจัยทวนซ้ำสิ่งที่ผู้ป่วยทำไปเมื่อรู้สึกเครียด และสรุปว่าสิ่งที่คนเราทำไปเมื่อรู้สึกเครียดอาจแบ่งเป็น 1) ทำเพื่อแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด และ 2) ทำไปเพื่อคลายหรือระบายอารมณ์

5. ผู้วิจัยเสนอแนะเรื่องการแก้อารมณ์ มีทั้งวิธีการที่ให้ผลดี บางวิธีการให้ผลเสีย และบางวิธีไม่ดีและไม่เสีย และให้ผู้ป่วยประเมินว่าวิธีการแก้อารมณ์ที่ผ่านมา ได้ผลในแง่ใด และวิธีการใดที่มีผลดีและเหมาะสมที่สุด จะช่วยให้เราจัดการอารมณ์ของตัวเราได้ดีขึ้น

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจและความร่วมมือในการพูดคุย แสดงความคิดเห็น พบว่า ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าขณะที่มีความเครียด มีอาการอย่างไรบ้าง และสามารถแยกได้ว่าสิ่งที่ทำเวลาเครียดเป็นการแก้ปัญหา หรือแก้อารมณ์ มีผลดี ผลเสียอย่างไร และได้เรียนรู้ความรู้สึกและอารมณ์ของตัวเอง สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดดังต่อไปนี้

"มันเป็นอารมณ์ชั่ววูบที่ทำให้หนูกินยา แต่กินแล้วไม่สามารถแก้ปัญหาได้"

"ผมต้องการประชด แก้ปัญหาไม่ได้"

"หนูโมโห ก็เลยกินยา แต่ปัญหาก็ยังอยู่"

"เวลาเครียดผมจะหงุดหงิดไม่อยากทำงาน บางครั้งก็ไปกินเหล้า สุขภาพก็แย่ลง"

"เวลาเครียดหนูจะปวดหัวมาก ไม่อยากทำอะไรเลย"

"เวลาเครียดหนูจะปวดต้นคอ นอนก็ไม่หลับ "

"เวลาเครียดผมก็ดื่มเหล้า พอเมาก็ยิ่งทะเลาะกับแฟน"

กิจกรรมที่ 4 การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยนึกถึงความสำคัญของสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัว และเพื่อน

เนื้อหา

กำลังใจในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคของชีวิตคือ การที่คนใกล้ชิดมอบความรักความเข้าใจ คอยเป็นกำลังใจให้ ความรักความเข้าใจจึงเป็นแหล่งพลังงานในการดำเนินชีวิต สายสัมพันธ์เกื้อหนุนจึงเป็น หัวใจสำคัญประการหนึ่งของความเข้มแข็งทางใจ

การสร้างความเข้มแข็งทางใจ ด้วยสายสัมพันธ์เกื้อหนุน เป็นการเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง ให้มีทักษะการสื่อสารที่ดี มีความเข้าใจที่ดี สามารถมอบความรัก ความเมตตา ความไว้วางใจแก่กันและกัน สายสัมพันธ์เกื้อหนุน จึงเป็นประหนึ่งแหล่งกำลังใจทรงพลังในการต่อสู้ชีวิต แม้ในยามที่ต้องพบกับสถานการณ์วิกฤติอันยากจะฝ่าฟัน

การสื่อสารเป็นวิธีการที่สมาชิกในครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน การสื่อสารจะเป็นข้อมูลที่บ่งบอกถึงความรู้สึก ความต้องการ ข้อเสนอแนะ ความคิดเห็น ความเป็นไปของผู้พูด ปัญหาด้านการสื่อสารมักจะแสดงออกด้วยอารมณ์เสมอ ทำให้อีกฝ่ายรู้สึกในทางลบ เช่น สงสัยว่าเขาต้องการอะไร รู้สึกว่าเราคงเป็นคนไม่มีอะไรดี รู้สึกถูกดูหมิ่นศักดิ์ศรี ไม่ได้รับการยอมรับ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าสำหรับอีกคน เมื่อคนเราไม่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในครอบครัวการอยู่ด้วยกันหรือพูดกันดีๆ จะเกิดขึ้นได้ยาก ตรงกันข้าม สิ่งที่เกิดขึ้นจะเป็นการตอบโต้ ใช้อารมณ์เข้าหากันและลุกลามเป็นปัญหารุนแรง และสะสมเรื้อรังต่อไป การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพหรือการสื่อสารทางบวก คือ การสื่อสารความคิดความรู้สึก ความต้องการของตนเอง พูดอย่างเปิดเผย ชัดเจน เพื่อให้ได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะปัญหาด้านการสื่อสาร ผู้ให้คำปรึกษาให้ความรู้เกี่ยวการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเสนอแนะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การดำเนินกิจกรรม

1. เชิญบุคคลในครอบครัวที่อยู่กับผู้ป่วยขณะนั้นเข้าร่วมกิจกรรมด้วย

2. ให้ผู้ป่วยทบทวนถึงบุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคง อบอุ่น เป็นตัวอย่างที่ดีในการทำสิ่งต่างๆ เป็นกำลังใจที่ดีให้เสมอมา และบุคคลแรกที่ผู้ป่วยนึกถึงเมื่อมีความรู้สึกเครียด

3. ผู้วิจัยทวนซ้ำถึงบุคคลที่มีความสำคัญและเป็นกำลังใจที่ดีให้ผู้ป่วยเสมอมา

4. ใช้เทคนิคตั้งคำถามให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเองถึงปฏิกิริยาและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดแสดงออก

5. ผู้วิจัยชี้ให้ผู้ป่วยบุคคลในครอบครัวสื่อสารให้ตรงประเด็น ถูกต้องกับบุคคล ไม่สื่อสารผ่านคนกลาง ตามเอกสารประกอบในกิจกรรมที่ 4

6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิด และสาเหตุที่เกิดขึ้นจากความบกพร่องด้านการสื่อสาร

7. แนะนำการสื่อสารที่เหมาะสมโดยส่งเสริมและให้กำลังใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกต พฤติกรรม ตลอดจนการซักถามปัญหา ข้อสงสัย การแสดงความรู้สึกและการแสดงความคิดเห็น พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม

สามารถสื่อสารต่อกันได้อย่างเหมาะสมและสามารถระลึกถึงความสำคัญของสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัว และเพื่อนได้ ดังตัวอย่างคำพูดดังต่อไปนี้

"ถ้าไม่สบายใจหนูจะนึกถึงแม่ แต่หนูไม่เคยถามแม่เลยว่ารักพี่ชายมากว่าหนูจริงหรือเปล่า"

"เวลาไม่สบายใจผมนึกถึงป้า เพราะป้าเลี้ยงผมมาตั้งแต่เด็ก แต่ผมไม่กล้าที่จะปรึกษาป้า"

"หนูมีเพื่อนที่รู้ใจอยู่คนหนึ่ง แต่ช่วงนี้เขาไม่ค่อยสนใจหนู และหนูก็ไม่เคยถามว่าเขาเป็นอะไร"

"หนูนึกถึงแม่ แต่ไม่กล้าปรึกษา เพราะไม่รู้จะพูดยังไง"

"หนูนึกถึงย่า เพราะย่าเลี้ยงหนูมาตั้งแต่เด็ก แต่คุยกับย่าทีไร หนูจะถูกดุทุกที ย่าไม่ค่อยเข้าใจหนู"

"ทำไมหนูไม่ได้นึกถึงแม่ เพราะแม่เป็นที่ปรึกษาหนูได้ทุกเรื่อง"

กิจกรรมที่ 5 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาความหมายและจุดมุ่งหมายของชีวิตได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการมีเป้าหมายในชีวิต

เนื้อหา

คนเราจะมีพลังในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคได้ดียิ่งขึ้น เมื่อมีจุดมุ่งหมายในชีวิต โดยเฉพาะหากจุดหมายนั้นไม่ได้เป็นไปเพื่อตัวเองแต่เพียงอย่างเดียว ความรู้สึกว่าเรากำลังก้าวไปสู่เป้าหมายที่มีคุณค่า จะช่วยให้เรามองเห็นว่า ปัญหาของเราเป็นเพียงส่วนเล็กๆ เมื่อเทียบกับปัญหาอื่น ๆ และมันจะผ่านไป ในขณะที่เราก้าวสู่จุดหมายที่ต้องการ

การสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยการมีจุดหมายในชีวิต เป็นวิธีฝึกฝนตนเองให้มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตอยู่เสมอ ตลอดจนเป็นการเรียนรู้ที่จะตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมในทุกสถานการณ์ แม้ในสถานการณ์ที่เป็นลบ ก็ยังสามารถตั้งเป้าหมายเชิงบวกที่ต้องการไปให้ถึงได้

การดำเนินกิจกรรม

1. เชิญบุคคลในครอบครัวที่อยู่กับผู้ป่วยขณะนั้นเข้าร่วมกิจกรรมด้วย
2. ให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งที่ตนอยากจะทำ แต่ไม่ได้ทำในอดีต และยังคงรู้สึกติดค้างในใจ
3. ให้ผู้ป่วย เล่าถึงสิ่งที่ตนต้องการทำเรียงลำดับตามความสำคัญก่อน-หลัง
4. ให้ผู้ป่วยแบ่งรายการที่ต้องการทำทั้งหมดเป็น 1) เรื่องสำคัญและเร่งด่วน 2) เรื่องสำคัญแต่ไม่เร่งด่วน 3) เรื่องไม่สำคัญที่เร่งด่วน 4) เรื่องไม่สำคัญและไม่เร่งด่วน ตามใบกิจกรรม

เป้าหมายชีวิตของข้าพเจ้า

5. ผู้วิจัยสรุปซ้ำสิ่งที่ผู้ป่วยอยากทำและแผนการที่จะทำเรียงลำดับตามความสำคัญก่อน-หลัง พร้อมให้กำลังใจในการลงมือปฏิบัติว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ตามเอกสารประกอบในกิจกรรมที่ 5

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกต พฤติกรรม การแสดงความรู้สึกและการแสดงความคิดเห็นและการเขียนตอบในใบกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยสามารถกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตได้ และรู้จะทำอย่างไรเพื่อให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายนั้นๆ ดังตัวอย่างในใบกิจกรรมในภาคผนวก ค

ระยะประเมินผลการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลแบบประเมินโดย

กลุ่มทดลองประเมินผล ด้วยแบบประเมินพลังสุขภาพจิตทันทีหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมทันทีผลที่ได้ คะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (55 คะแนนขึ้นไป)ทุกคน (ปรากฏดังตาราง 2 บทที่ 4 หน้า 57) จากนั้น1 สัปดาห์ ติดตาม ประเมินความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck (1988) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.85 ส่วนกลุ่มควบคุมประเมินพลังสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ ผลที่ได้ คะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 5 คน และยังต่ำกว่าเกณฑ์ปกติจำนวน 15 คน (ปรากฏดังตารางที่ 7ในภาคผนวก ค. หน้า 137) และความคิดฆ่าตัวตายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.6 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผล

เพื่อไม่ให้ขัดต่อจริยธรรมภายหลังสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุมโดยดำเนินกิจกรรมในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมที่บ้านผู้ป่วยแต่ละราย พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านส่วนใหญ่ได้รับการดูแลมากขึ้นกว่าเดิม แต่ผู้ป่วยยังขาดทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในครอบครัว และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 จะมีบุคคลในครอบครัวเข้าร่วมด้วย ทำให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น สื่อสารตรงประเด็นไม่ประชด และร่วมกันวางแผนการดำเนินชีวิต และการกำหนดเป้าหมายในชีวิตร่วมกัน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้อง

บอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว โดยได้รับความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ในวันที่ 19 กันยายน 2555

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย(Pre-test) และประเมินพลังสุขภาพจิตก่อนการดำเนินกิจกรรมที่1

2. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (Post-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจครบทั้ง 5 กิจกรรม โดยทำการประเมินพลังสุขภาพจิตหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ทันทีและติดตามประเมินความคิดฆ่าตัวตายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม 1 สัปดาห์

3. ในกลุ่มควบคุมรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Pre-test) และประเมินพลังสุขภาพจิตในวันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (Pre-test) และประเมินซ้ำ(Post-test) หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลไป 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย อาการหูแว่ว ประวัติการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย ค่าร้อยละ

2. เปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test) รวมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard deviation) ทดสอบ คะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการจับคู่ตามตัวแปรเพศและอายุ และผลการกำกับการทดลอง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ก่อนและหลังการทดลอง)

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการจับคู่ตามตัวแปรเพศและอายุ และผลการกำกับการทดลอง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความเพียงพอของรายได้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	3	15	3	15
หญิง	17	85	17	85
อายุ				
15-29 ปี	19	95	19	95
30-39 ปี	1	5	1	5
40-49 ปี	-	-	-	-
50-59 ปี	-	-	-	-
สถานภาพสมรส				
โสด	15	75	13	65
คู่	5	25	7	35
หย่า	-	-	-	-
แยกกันอยู่	-	-	-	-
หม้าย	-	-	-	-
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	-	-	1	5
ประถมศึกษา	2	10	2	10
มัธยมศึกษา	10	50	11	55
อนุปริญญา	8	40	6	30
ปริญญาตรี	-	-	-	-
อื่นๆ ระบุ	-	-	-	-

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
ว่างงาน	3	15	3	15
รับราชการ	-	-	-	-
เกษตรกรรม	1	5	1	5
รับจ้าง	11	55	10	50
ค้าขาย	-	-	-	-
อื่นๆ ระบุ (เรียน)	5	25	6	30
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอและเหลือเก็บ	1	5	1	5
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	11	55	12	60
เพียงพอกับรายจ่าย	3	15	2	10
ไม่มีรายได้	5	25	5	25

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 เป็นเพศชายร้อยละ 15 มีอายุอยู่ระหว่าง 15-29 ปี และ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 95 และ ร้อยละ 5 ตามลำดับ สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ในกลุ่มทดลองคิดเป็น ร้อยละ 75 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 65 มีการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับมัธยมศึกษาในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 50 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 55 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือกำลังเรียนในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 25 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 30 รายได้ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ในกลุ่มทดลองคิดเป็น ร้อยละ 55 และกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือไม่มีรายได้ร้อยละ 25 เท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ไม่มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย ไม่มี ประวัติการทำร้ายตนเอง และไม่เคยมีประวัติ การทำร้ายตนเอง ของบุคคลในครอบครัว ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 95 กลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 100 ไม่มีอาการหูแว่วร้อยละ 100 ทั้งใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ใช้วิธีการทำร้ายตนเองโดย กินยาเกินขนาดและกินสารเคมี/ยากำจัดวัชพืช ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 75 และร้อยละ 25 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 85 และร้อยละ 15 ตามลำดับ (จากตารางที่ 6 ในภาคผนวกหน้า 136)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนพลังสุขภาพจิตก่อนทดลอง	ค่าคะแนน	คะแนนพลังสุขภาพจิตหลังทดลอง	ค่าคะแนน
กลุ่มทดลอง				
คนที่ 1	47	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 2	54	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	58	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 3	43	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 4	54	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	58	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 5	61	เกณฑ์ปกติ	63	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 6	61	เกณฑ์ปกติ	64	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 7	54	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	56	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 8	55	เกณฑ์ปกติ	59	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 9	63	เกณฑ์ปกติ	67	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 10	45	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 11	62	เกณฑ์ปกติ	64	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 12	45	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	56	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 13	49	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 14	50	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 15	54	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	56	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 16	49	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 17	46	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 18	49	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 18	49	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 19	56	เกณฑ์ปกติ	59	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 20	44	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 6 คน และต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 14 คน หลังการทดลอง พบว่าคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกคน

สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 3 คน และต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 17 คน หลังการทดลอง พบว่าคะแนนพลังสุขภาพจิตส่วนใหญ่เพิ่มขึ้น มี 1 คนที่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตเท่าเดิม ค่าคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 5 คน และยังต่ำกว่าเกณฑ์ปกติจำนวน 15 คน (จากตารางที่ 7 ในภาคผนวก ค. หน้า 137)

ตารางที่ 3 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรเพศและอายุ

คู่ที่	เพศ		อายุ	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	หญิง	หญิง	20	20
2	หญิง	หญิง	18	17
3	หญิง	หญิง	21	20
4	หญิง	หญิง	17	18
5	ชาย	ชาย	20	23
6	หญิง	หญิง	16	17
7	หญิง	หญิง	16	18
8	ชาย	ชาย	23	21
9	ชาย	ชาย	23	21
10	หญิง	หญิง	19	18
11	หญิง	หญิง	20	21
12	หญิง	หญิง	18	19
13	หญิง	หญิง	17	16
14	ชาย	ชาย	24	23

ตารางที่ 3 (ต่อ)

คู่ที่	เพศ		อายุ	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
15	หญิง	หญิง	23	21
16	หญิง	หญิง	17	18
17	หญิง	หญิง	16	17
18	หญิง	หญิง	21	19
19	หญิง	หญิง	18	19
20	หญิง	หญิง	16	15

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ก่อนและหลังการทดลอง)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	13.45	6.11706	สูง	19	9.17	0.00
หลังการทดลอง	6.85	3.29713	ต่ำ			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	13.70	4.28092	สูง	19	11.000	0.00
หลังการทดลอง	12.60	4.04449	ปานกลาง			

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ย ความคิดฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 9.17$, $df = 19$) โดยคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตาย หลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ความคิดฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการ เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่ำกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายลดลงจากระดับสูงเป็นระดับ ต่ำ จากตาราง 8 (ภาคผนวกหน้า 138) พบอีกว่าความคิดฆ่าตัวตายลดลงทุกคน ค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงเท่ากับ 6.6 คะแนน สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ย ความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 11.00$, $df = 19$) เช่นกัน โดยคะแนนเฉลี่ย ความคิดฆ่าตัวตาย หลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่ระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายลดลงจากระดับสูงเป็นระดับปานกลาง จากตาราง 7 (ภาคผนวกหน้า 137) พบอีกว่าในกลุ่มควบคุม ความคิดฆ่าตัวตาย ลดลง 19 คน เท่าเดิม 1 คน ลดลง 1 คะแนนเป็นส่วนมาก 16 คน ลดลง 2 คะแนน 3 คน โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงเท่ากับ 1.1 คะแนน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n1 = n2 = 20$)

คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.45	6.11706	สูง	38	0.15	.882
กลุ่มควบคุม	13.70	4.28092	สูง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	6.85	3.29713	ต่ำ	38	4.928	0.000
กลุ่มควบคุม	12.60	4.04449	ปานกลาง			

จากตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.45 (ระดับสูง) และก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.70 (ระดับสูง) เมื่อเปรียบเทียบด้วย Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.85 (ระดับต่ำ) และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.60 (ระดับปานกลาง) เมื่อเปรียบเทียบด้วย Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้าง

ความเข้มแข็งทางใจมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงโดยอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทอง ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตัวแปรตาม คือ ความคิดฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าก่อนทดลอง
2. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอายุ 15-59 ปีที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลชุมชนของรัฐในจังหวัดอ่างทอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีอายุ 15-59 ปีทั้งเพศชายและหญิงที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทองและมีภูมิลำเนาในจังหวัดอ่างทอง และมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย 2 คะแนนขึ้นไป

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะในการวิจัยแบบทดลอง เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดี ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน(Polit

and Beck, 2004) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. อายุ 15- 59 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งและเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ โรงพยาบาลสามโก้ โรงพยาบาลป่าโมก และโรงพยาบาลแสวงหา

3. เป็นผู้ที่มีค่าคะแนนจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ของ Beck (Beck Scale for Suicidal Ideation) ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป

4. มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล และสามารถสื่อสารได้ 5. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจและโต้ตอบได้รู้เรื่อง

6. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการ

7. มีภูมิลำเนาในจังหวัดอ่างทอง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก คือ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบทั้ง 5 กิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ของนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (25 50) ที่นำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถของคนเราในการต่อสู้กับปัญหาชีวิตนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ 2) การสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง 3) การจัดการชีวิตได้ 4) การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน และ 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม จากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง

ชุดที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย อาการหูแว่ว ประวัติการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว วิธีที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย

2.2 แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ของ Beck (Beck Scale for Suicidal Ideation) (Beck, Steer & Ranieri, 1988) ซึ่งแปลโดย ปริยศ กิตติธีระศักดิ์ (2547) ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรง (CVI) เท่ากับ 0.84 ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.85

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิตที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรง (CVI) เท่ากับ 1 ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยสูตรสัมประสิทธิ์ Cornbach's alpha Coefficient ได้เท่ากับ .81

การดำเนินการ

ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา การทดสอบเครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล ขอใช้สถานที่การศึกษา แจ้งระยะเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งเสร็จสิ้นการศึกษา หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามกระบวนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยการถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินการวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต(Pretest) สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ ประกอบด้วย 1) การแนะนำตัว ทำความรู้จัก สร้างความไว้วางใจ 2) บอกวัตถุประสงค์ เป้าหมายและวิธีดำเนินการ ขั้นตอน 3) ตกลงบริการกับผู้ป่วย 4) ให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ 5) ประเมินความเข้มแข็งทางใจ พร้อมประเมินความคิดฆ่าตัวตาย กิจกรรมที่ 2 การสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง ประกอบด้วย 1) ค้นหาทำความรู้จักตัวเอง 2) ฝึกฝนตนเองให้รู้จักมองโลกแง่ดี กิจกรรมที่ 3 การจัดการชีวิตได้ ประกอบด้วย 1) การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาและอารมณ์ 2) ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดกิจกรรมที่ 4 การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน ประกอบด้วย 1) แนะนำการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 2) ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกิจกรรมที่ 5 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ประกอบด้วย การ ฝึกกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต โดยดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 40 – 60 นาที กิจกรรมที่ 1 – 3 ดำเนินกิจกรรมที่ตึกผู้ป่วยในติดต่อกัน 3 วัน กิจกรรมที่ 4 และ 5 ดำเนินกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 4 และ 5 ห่างกัน 3 วันรวมทั้งหมด 5 วัน และดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการดำเนินการทดลอง (Posttest) โดยประเมินพลังสุขภาพจิตซ้ำทันทีหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ประเมินความคิดฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มทดลอง รวมระยะเวลาในการวิจัย 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมประเมินพลังสุขภาพจิตและประเมินความคิดฆ่าตัวตายซ้ำเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติทดสอบที เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มโดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ($\bar{X}$ = 6.85) ต่ำกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$ = 13.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (X = 6.85) ต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (X = 12.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่าความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายลดลงหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และลดลงมากกว่ากว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 เป็นเพศชายร้อยละ 15 มีอายุอยู่ระหว่าง 15-29 ปี และ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 95 และ ร้อยละ 5 ตามลำดับ สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 75 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 65 มีการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับมัธยมศึกษาในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 50 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 55 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือกำลังเรียนในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 25 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 30 รายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ในกลุ่มทดลองคิดเป็น ร้อยละ 55 และกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 60

รองลงมาคือไม่มีรายได้ร้อยละ 25 เท่ากันทั้งในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้วิธีการทำร้ายตนเองโดยกินยาเกินขนาดและกินสารเคมี/ยากำจัดวัชพืช ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 75 และร้อยละ 25 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 85 และร้อยละ 15 ตามลำดับ

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาริน ชมประเสริฐ (2546) ที่พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มคิดฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย มีอายุระหว่าง 15-29 ปี ซึ่งเป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นเนื่องจากเป็นวัยที่มีต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ทำให้เกิดความวุ่นวาย สับสน มีภาวะเครียด ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด การศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง และรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2540) พบว่ากลุ่มที่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย และการศึกษาของประชิต สุขอนันต์ (2545) พบว่าฐานะครอบครัวค่อนข้างต่ำเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมาก และวิธีที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตายคือการกินยาเกินขนาดมากที่สุด

ตอนที่ 2 การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าก่อนทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0 .05 ($t = 9.17$, $df = 19$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในแต่ละกิจกรรมสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายได้ดังนี้

กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักกับความเข้มแข็งทางใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี กล้าเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนต่อพยาบาล นำไปสู่การเปิดเผยความรู้สึกนึกคิด ปัญหาหรือความคับข้องใจของตนเอง ได้สำรวจตนเอง ทำให้เข้าใจตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ ทำให้มีความเชื่อมั่นและมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวลของพัชรี วิลาชัย , รัดดารัตน์ โกจะกัง และอมรรัตน์ หาญจริง (2551) พบว่าผู้ป่วยเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการเผชิญปัญหาทั้งในด้านความคิดและพฤติกรรม มั่นใจในตนเองมากขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมีปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาผิดหวังเรื่องความรัก รองลงมาคือปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลใกล้ชิด ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และปัญหาเรื่องการเรียนตามลำดับ

กิจกรรมการสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจตนเอง รับรู้ถึงความสามารถและเห็นความสำคัญของตนเอง ช่วยให้บุคคลได้รู้จักตนเองมากขึ้น เกิดความภาคภูมิใจ และยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง จนเกิดเป็นความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข การตระหนักถึงคุณค่าของตนเองส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีความรู้สึกดีเมื่อได้ช่วยเหลือบุคคลใกล้ชิด ทำงานสำเร็จตามความตั้งใจและได้ชื่นชมบุคคลที่ทำดีตามลำดับ

กิจกรรมการจัดการชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ความเข้าใจ ลักษณะของอารมณ์และความเครียดที่เกิดขึ้น รู้จักวิธีการคลายเครียดในรูปแบบที่หลากหลาย ได้เรียนรู้ความรู้สึกและอารมณ์ของตัวเองอย่างแท้จริง มีวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมและสามารถแยกได้ว่าสิ่งที่ทำเวลาเครียดเป็นการแก้ปัญหา หรือแก้อารมณ์ และมีผลดี ผลเสียอย่างไร เรียนรู้ที่จะจัดการอารมณ์ของตนเองอย่างถูกต้อง และมีทักษะในการจัดการปัญหาที่สร้างสรรค์ เป็นความสามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้อย่างเป็นระบบ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ทำร้ายตัวเองเนื่องจากเป็นอารมณ์ชั่ววูบไม่ใช่การแก้ปัญหา รองลงมาคือประชดบุคคลใกล้ชิด

กิจกรรมการสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน ทำให้ผู้ป่วยได้คิดและวิเคราะห์ถึงสภาพความสัมพันธ์ที่เป็นปัญหา การฝึกทักษะให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สื่อสารให้ตรงประเด็น ถูกต้องกับบุคคล ไม่สื่อสารผ่านคนกลาง ทำให้ผู้ป่วยและ

บุคคลใกล้ชิดมีความเข้าอกเข้าใจกัน พูดคุยกันอย่างตรงไปตรงมา ทำให้บุคคลในครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น ช่วยลดปัญหาหรือช่องว่างของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวที่ให้ความรัก ความห่วงใยส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง (อนงค์ อรุณรุ่ง, 2551) ในการศึกษาครั้งนี้บุคคลแรกที่ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่นึกถึงคือมารดา รองลงมาคือเพื่อน

กิจกรรมการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถย่างก้าวไปข้างหน้าได้อย่างมั่นคง สามารถก้าวเดินออกจากจุดที่เป็นปัญหา ไปสู่จุดที่ต้องการอย่างมีทิศทางที่แน่นอนมากยิ่งขึ้น และช่วยป้องกันไม่ให้คิดเวียนวนกลับไปกลับมาอย่างสับสน ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง และวางแผนการดำเนินชีวิตตลอดจนเข้าใจการดำเนินชีวิตที่จะเกิดขึ้น (อภิชัย มงคลและคณะ, 2550) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่กำหนดเป้าหมายคือเรียนให้จบ มีครอบครัวที่อบอุ่น และมีงานทำตามลำดับ

จากการดำเนิน กิจกรรมทั้งหมดส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงจากระดับสูงเป็นระดับต่ำ เนื่องจากทั้ง 5 กิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้สำรวจตนเอง ทำให้เข้าใจตนเอง มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ จนเกิดเป็นความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง เรียนรู้ที่จะจัดการอารมณ์ของตนเองอย่างถูกต้อง และมีทักษะในการจัดการปัญหาที่สร้างสรรค์ มีทักษะการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพ มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาอย่างเข้มแข็งและสามารถจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิต รวมทั้งพัฒนาตนเองได้ตามเป้าหมายในชีวิต

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ($\bar{X} = 6.85$) ต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 12.60$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 4.928$, $df = 38$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ทั้งหมด 5 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ 2) การสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง 3) การจัดการชีวิตได้ 4) การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน และ 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความมั่นใจในตนเอง เกิดการเรียนรู้จากปัญหาที่เผชิญและพัฒนาเป็นบทเรียนไปสู่สิ่งที่ดีกว่า รู้จักยอมรับความเป็นจริงของชีวิตหรือทำใจในสิ่งที่ไม่

อาจเปลี่ยนแปลงได้ มีทักษะการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพ มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาอย่างเข้มแข็งและสามารถจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิต รวมทั้งพัฒนาตนเองได้ตามเป้าหมายในชีวิต ส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงทุกคน ซึ่งคะแนนที่ลดลงตั้งแต่ 2- 12 คะแนน

ส่วนในกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การดูแลสิ่งแวดล้อม และการดูแลทางด้านร่างกายที่ได้รับผลกระทบจากการทำร้ายตนเองรวมถึงการให้ยารับประทาน และให้การดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล เมื่อจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากครอบครัวทำให้กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีระดับคะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลง 1 คะแนนจำนวน 16 คน และลดลง 2 คะแนนจำนวน 3 คนเท่าเดิม 1 คน ซึ่งลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จึงพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีค่าเฉลี่ยความความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นแสดงถึงว่า การพยาบาลตามปกติก็สามารถช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายได้เนื่องจากการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ด้วยการพูดคุย เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก มีคนเข้าใจ และให้กำลังใจ และเมื่อจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างใกล้ชิดมากขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงถึงว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตาย ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายลดลงได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งคะแนน ความคิดฆ่าตัวตาย ที่ลดลงคาดว่าน่าจะส่งผลให้สามารถป้องกันการทำร้ายตัวเองซ้ำในผู้ ที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้ และผลของคะแนนพลังสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองมีคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกคน ส่วนในกลุ่มควบคุมคะแนนพลังสุขภาพจิตส่วนใหญ่เพิ่มขึ้น มี 1 คนที่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตเท่าเดิม มี เพียง 5 คน ที่มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถเพิ่มคะแนนพลังสุขภาพจิตได้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง และทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างบุคคลมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรมีทักษะในการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ

2. โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่เน้นการพัฒนาทักษะแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้สามารถดูแลตนเองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรมีการติดตามระยะยาวเพื่อช่วยเหลือและให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

3. การสร้างสัมพันธภาพที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือ หรือเปิดเผยเรื่องส่วนตัวของตนเองให้คนอื่นฟังหากไม่เกิดความไว้วางใจ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้พยาบาลต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความไว้วางใจ ก่อนการดำเนินกิจกรรม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เพื่อให้ได้รายละเอียดและข้อเท็จจริงสามารถนำมาวางแผนการป้องกันและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กับผู้ป่วยอื่นที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น เพื่อเป็นการขยายผลการศึกษา เนื่องจากโปรแกรมสามารถช่วย ปรับวิธีคิด และวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ มีความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจ ในตนเอง

3. ควรมีการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยมีระยะเวลาในการติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ หรือฆ่าตัวตายสำเร็จ และควรมีการเฝ้าระวังติดตามสมาชิกครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจเช่นกัน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกพร สุคำวัง. (2540). **แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. (2540). **คู่มือจิตวิทยาคลินิก.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เมดิคัล มีเดีย.

กิตติการ มีทรัพย์. (2541). **แนวทางการดำเนินงานในระบบการให้บริการสาธารณสุขเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย.** เอกสารประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

กาญจนา เทพมาลัย. (2551). **การจัดการปัญหาและการพัฒนาศักยภาพตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดลำพูน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทิมา องค์โฆษิตไกรฤกษ์. **คนไทยน่าเป็นห่วง เป็นโรคซึมเศร้าปีละหมื่นคน.** (ออนไลน์). 2550. แหล่งที่มา news.hunsa.com/detail.php?id=873 (25 กรกฎาคม 2554)

ดรุณี เลิศปรีชา. (2545). **การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย** . วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธนพร วิชชุเวสคามินทร์ **.** (2547). **การศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลอ่างทอง.** โครงการศึกษาแบบอิสระ**,** สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**.**

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. ความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร : รายงานเบื้องต้น. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 42, 2 (เมษายน-มิถุนายน 2540): 77-86.

นิตยา เฉลิมกุล, ชลอ ชูพงษ์ และ มณทิพย์ บริสุทธิ์. (2542). **ครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษาเชิงคุณภาพ.** รายงานการวิจัย.นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

ประชิต สุขอนันต์. (2545). **ปัจจัยส่วนบุคคลและสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับความสุขและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ประเวช ตันติพิพัฒนสกุล. (2543). ความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมภาคเหนือ. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 43,1: 56-66.

ประเวช ตันติพิพัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. (2541). **การฆ่าตัวตาย : การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พลัสเพรส.

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. (2542). **การฆ่าตัวตาย : การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน**. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : นนทบุรีการพิมพ์.

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2548). **การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย.** เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย. โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่.

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2550). **คู่มือจัดกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข.** พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2553). **คู่มือการใช้ DVD สื่อการเรียนรู้เรื่อง เติมเต็มความเข้มแข็งทางใจ ชุดที่ 1.** พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977)จำกัดและบริษัทเปรียวิชญ์.

ประยุกต์ เสรีเสถียร. ระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในประเทศไทย. **วารสารสวนปรุง**. 21,1 (มกราคม-เมษายน 2548):26-30.

ปราการ ถมยางกูร. (2549). **ผลกระทบของการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยต่อจิตแพทย์ไทย.** เอกสารประชุมวิชาการประจำปี. สมาคมจิตแพทย์แห่งประไทย, กระทรวงสาธารณสุข.

ปริยศ กิตติธีระศักดิ์.(2547).**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2548). **ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย ปี 2544 – 2547**. รายงานการนำเสนอในการประชุมป้องกันและการแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย. เชียงใหม่.

พัชรี คำธิตา และคณะ. (2550). **รูปแบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ โดยกระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจ.** เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6, วันที่ 1-3 สิงหาคม 2550 ณ. โรงแรมปรินซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร. หน้า 109.

พัชรี คำธิตา, ภูรีวรรธน์ โชคเกิด. (2550). **การสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน.** เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 ประจำปี 2550.

พัชรี วิลาชัยและคณะ. (2551**). ผลการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวล.** โรงพยาบาลดอกคำใต้ พะเยา.

มาโนช หล่อตระกูล. แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย : แง่มุมทางเพศและช่วงวัย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.** 43, 1 (มกราคม-มีนาคม 2541): 67-83.

มาโนช หล่อตระกูล. (2544). **คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเรดิเอชั่นจำกัด.

รัตน์ศิริ ทาโต.(2552). **การวิจัยทางการพยาบาล : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2553). **คู่มือระบบเฝ้าระวังดูแล ช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2554.**

ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). **พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542**. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.

วาริน ชมประเสริฐ (2546). **ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นระยะกลางในเขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรวรรณ จุฑา. (2546). **การศึกษาปัญหาการถูกฆ่าและถูกทำร้ายในจังหวัดนครศรีธรรมราช.** กรุงเทพมหานคร: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และสิริเกียรติ ยันตดิลก. การพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้สูงอายุ. **วารสารสมาคมจิตแพทย์**. 43,1 (มกราคม-มีนาคม 2541): 39-55.

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน . การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช . **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.** 12 (2547):40-49.

ศุภรา เชาว์ปรีชา. Resilience ในเด็กที่ถูกทารุณกรรม. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.** 53, 3 (กรกฎาคม-กันยายน 2551):309.

สาโรช คำรัตน์. (2544). การเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.** 9, 2 (พฤษภาคม 2544):73-80.

เสาวลักษณ์ ภารชาตรี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่อความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย**. พยาบาลสาร**.35, 4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2551): 57-66.

สุขภาพจิต, กรม. (2542). **คู่มือการช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย สำหรับสถานบริการสาธารณสุข**.กรุงเทพมหานคร: ไอเดียสแควร์.

สุขภาพจิต, กรม. (2547). **คู่มือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย.** กรุงเทพมหานคร:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุขภาพจิต, กรม. (2549). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย.** นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

สุขภาพจิต, กรม. (2550). **รายงานการศึกษาระบาดวิทยาผู้ทำร้ายตนเอง พ.ศ. 2547.** พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.

สุขภาพจิต, กรม. (2552). **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2552**. กรุงเทพมหานคร : บางกอกบล็อก.

สุขภาพจิต, กรม. (2552). **เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต.** พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: ดีน่าดู.

สุขภาพจิต, กรม. (2553). **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2553**. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก.

สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2550).**ปฏิกริยาทางจิตใจและการจัดการปัญหาวิกฤติทางจิตใจในผู้ประสบภัยพิบัติจากเหตุการณ์อุทกภัย โคลนถล่ม จังหวัดอุตรดิตถ์** . ผลงานวิชาการ กระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2550, ณ.โรงแรมโลตัส ปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่, วันที่ 29-31 สิงหาคม 2550, หน้า 107.

สมชาย จักรพันธุ์. (2541). **รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องแนวทาการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย**. กรุงเทพมหานคร: ร้านทีคอม.

สมพร จำรัสเฟื่องฟู. (2549). **การใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอรุโณทัย จังหวัดลำปาง.** รายงานการศึกษาอิสระปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ อิงคฎา โคตรนารา. ความสามารถในการยืนหยัด เผชิญวิกฤติ: การทบทวนบทความวิชาการ(Resilience: A Review Literature). **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**. 32,1 (2552): 90-101.

สมพร อินทร์แก้ว, อมรากุล อินโอชานนท์, วิไล เสรีสิทธิพิทักษ์, เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติและกาญจนา วณิชรมณีย์. (2549). **การสร้างเสริมความหยุ่นตัวเพื่อรองรับวิกฤติสุขภาพจิต.** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิต, กรุงเทพมหานคร: โรงแรมปริ้นซ์พาเลซ.

สมภพ เรืองตระกูล. (2553). **ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

อนงค์ อรุณรุ่ง. (2551). **การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลลาดบัวหลวง**. โครงการศึกษาอิสระสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อนุรักษ์ บัณฑิตย์ชาติ. ความตระหนักในคุณค่าของตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย . **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.** 7, 2 (กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2542):77-84.

อภิชัย มงคล และคณะ. ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทของสังคมไทย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 46,3 (2544): 227 – 231.

อภิชัย มงคลและคณะ. (2546). **ระบาดวิทยาของการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย.** เอกสารการประชุม วิชาการกระทรวงสาธารณสุข (12-15 สิงหาคม 2546 จังหวัดชลบุรี):25.

อภิชัย มงคลและคณะ. (2548). **ระบาดวิทยาของพฤติกรรมทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายปี พ.ศ. 2547**. ขอนแก่น: กรมสุขภาพจิต.

อภิชัย มงคลและคณะ. (2550). **รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2547.** พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันต์.

อภิชัย มงคลและคณะ. (2550). **รายงานการศึกษาระบาดวิทยาผู้ทำร้ายตนเอง พ.ศ. 2547**. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันต์.

อภิชัย มงคลและคณะ. (2550). **รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต พ.ศ. 2547.** พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันต์.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2542). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว**.กรุงเทพมหานคร:เฟื่องฟ้าพริ้นติ้ง.

อุมาพร ตรังสมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว. จิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 43,1 (2541): 22-38.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). **การพยายามฆ่าตัวตาย จิตบำบัด และการให้คำปรึกษาครอบครัว.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : ซันต้าการพิมพ์

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ซันต้าการพิมพ์.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย.(2549). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วี เจ พริ้นติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

American Psychological Association. (n.d.) **The road to resilience**. Retrieved October 26, 2011, from http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx

Barbee, M.A., & Bricker, P. (1996). **Suicide**. In K.M. Fortinash & P.A. Holoday-Worrt (Eds.), Psychiatric mental health nursing (pp. 613-635). U.S.A. Mosby

Barlow, A. C., & Morrison, H. (2002). **Survivors of suicide**. Journal of Psychosocial Nursing, 40(1), 28-39.

Beck, A. T., Steer R. A., & Ranieri, W. F. (1988). **Scale for suicide ideation**: Psychosometric properties of self – report version. Journal of Clinical Psychology, 44 (4), 499 -505.

Bertolote JM, Fleischmann A. (2005). **Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research**. American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics (1):8-12.

Borrow, I.W. (1999). **Suicide attempts among American India and Alaska native youth. (Electronic version).** Archives Pediatric & Adolescent Medicine, 153 (June), 573-580.

Borowsky, I.W., Ireland, M., and Resnick, M.D. (2001). **Adolescent suicide attempt : Risk and protective.** [Electronic version]. Prediatric, 107 (3), 485-493.

Beautrais, A. (2003). Suicide in New Zealand II: a review of risk factor and prevention [Electronic version]. **Journal of the New Zealand Medical Association**. 1116 (1175), 1123-1132.

Burns, N. and Grove, S.K. (2001). **The Practice of Nursing Research : Conduct,Critique and Utilization**.Second ed. Philadelpia : W.B.Saunder.

Chris G. Caulkins. (2010). **Suicide Survivors**. EMS Magazine, February, 58-59.

Coehran and Cox. (1992). **Experimental Designs.** 2 nd ed. New York: John Wiley & Sons.

Cohen, S., & Will, T.A. (1985). **Stress support and the buffering hypothesis**. Psychological Bulletin, 98, 310-358.

Diekstra, R.F., & Gulbinat, W. (1993). **The epidemiology of suicidal behavior a review of three contiments.** World Health Statistic Quarterly.

De Man, A. F., and Leduc, C.p. (1995). Suicide ideation in high school student : Depression and other correlates. [Electronic version]. **Journal of Clinical Psychology**, 51(2):173 – 181.

Donald, M.,Dower,J., Velez,I.C., and Jones,M. Risk and protective factor for medical serious suicide attempt : a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. [Electronic version] . **Australian and New Zealand journal of psychiatric.** 40,1 (2006): 87-96

Dyer, J.G., and McGuiness, T.M. (1996) **Resilience: Analysis of concept**. Archives of sychiatric Nursing, 10(5): 276-282.

Eskin, M. Suicidal behavior as related to social support and assertiveness among Sedish and Turkish school students : a cross-cultural investigation. **Journal of Clinical Psychology**. 51(1995): 158-171.

Frederick, C. The role of nurse in crisis intervention and suicide prevention**. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services.** 11,1 (1973): 27-31.

Frisch, C. N., & Frisch, E. L. (2002). **Psychiatric mental nursing health nursing : understanding the client as well as the condition** (2nd ed.). Kansas : Delma.

Garrison C Z, Jackson KL , Addy CL,Makeown RE and Waller JL. (1991). **Suicidal behaviers in young adolesencets.** Am J Epidemiol, 1005-14.

Guertin, T., Richardson, L., Spririto, A., Donaldson, D., and Boergers, J. Self- mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. [Electronic version]. **Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiary**. 40,9(2001): 1062-1072.

Grotberg, H.E. (1995). **A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit.** The Hague, Netherlands: Bernard van Leer Foundation.

Hauenstein, E. J. (1998). **Case-finding and care in suicide : Children, adolescent, and adult**. In M. H. Bogd & M.A. Nihart (Eds.), Psychiatric nursing contemporary practice (pp. 1080-1101). Philadelphia: Lippincott-Raven.

Hawton, D.C.(1997) .**Attempted suicide**.Medical international, 4: 3910-3912.

Hawton, K. et al. Adolescents who take overdoses : Their characteristics problems and contacts with helping agencies**. British Journal of Psychiatry**. 140 (1982): 118 – 123.

Howard Sudak, Karen Maxim, and Maryellen Carpenter. (2008). **Suicide and Stigma: A Review of the Literature and Personal Reflections.** Acad Psychiatry 32:136-142, March-April.

Jalowice, A., & Power, M. J. (1986). **Stress and coping in hypertensive and emergency room patients**. Nursing Research 30: 10-15.

Jie Zhang, Hui Qi Tong, and Li Zhou. (2005). **The effect of bereavement due to suicide on survivor' depression: A study of Chinese sample**. Omega (Westport). 51(3): 217–227.

Joan R. Asarnow.(2008). **Effectiveness of a Family –Based Intervention for Adolescent Suicide Attempters.** National Institute of Mental Health (MINH), 2009.

Karolina E. Krysinska. Loss by Suicide: A Risk Factor for Suicidal Behavior. **Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services**. 41,7 (July 2003): 34-41.

Kerkhof, A.J.F.M. (1994). **Suicide and Attempted suicide**. Current Awareness. 3(2). 18 – 20.

Lambert, T. & Bonner, J. (1996). **Characteristrics and six-month out come of patient who use suicide threats to seek hospital admission.** Psychiatric Service, 47, 871-873.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1991). **Theconcept of coping. In A. moral, & R.S. Lazarus (Eds.). Stress and coping an anthology (3rd ed)**. New York: Columbia University.

Mynatt, S. Repeated Suicide Attempts. **Journal of Psychosocial Nursing**. 38 (2000): 24-33.

Ning Li and Jie Zhang. (2010). **Influencing factors for depression among Chinese suicide Survivors.** Psychiatry Res. June 30; 178(1): 97-100.

O'Donnell, L., O'Donnell, C., Wardlaw, D. M., and Stueve, A. Risk and resiliency factors influencing suicidality among urban African American and Latino youth. [Electronic version]. **American Journal of Community Psychology**. 13 (March 2004): 37-49.

Pfeffer CR, Hurt SW, Kakuma T, Peskin JR, Siefker CA. (1994). **Nagabhairava S. Suicidal children grow up: suicidal episodes and effects of treatment during follow-up**. J Am Acad Child Aldolesc Psychiatry, 33(2):225-30.

Pillai, A., Andrew, T., and Patel, V . Violence psychological distress and risk of suicide behavior I young people in India. **International Journal of Epidemiology**. 28, 2 (2009): 459-469.

Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004). **Nursing Research : Principles and Methods**. (7th ed.) Philadelphia: J.B. Lippincott Williams and Wilkins.

Rickeman, B. L., & Houfek, J.F. (1995). **Toward on interactional model of suicidal**

behavior: Cognitive rigidity. attribution style, stress, hopelessness, and depress. Archives of Psychiatric Nursing, 9, 158-168.

Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., Deleo, D., Kerhof, A., Bjerke, T., Crept, P., et al. (1996). **Attempted Suicide in Europe : Rates, trend and sociodemographic characteristic of suicide attemters during the period 1989-1992**. Result of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. Acta Psychiatrica Scandinavica, 93, 327-338.

Shives, L.R. (1998). **Basic concept of psychiatric-mental health nursing** (4th ed.). Philadelphia :Lippincott-Roven Publishers.

Thoits, P. A. S. Social support as coping assistance. **Journal of Consulting and Clinical Psychological**. 54,4 (1986): 416-423.

Wilson, H., & Kneisl, C. (1996). **Psychiatric nursing (5thed)**. U.S.A.: Addison – Wesley.

Word Health Organization. **Mental health**. (on line). 2004. Available from: http://www. who.int/mental_heaith/management/depression/definition/en/print.htm l (2011, July 25)

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	**สถานที่ปฏิบัติงาน**
1. ผศ. ดร. สุธีกาญจน์ ไชยลาภ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
2. นางสาริณี โต๊ะทอง	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
3. นายแพทย์วรวิช สัมฤทธิ์ดีมหาราช	จิตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี
4. นางอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
5. นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลท่าเรือ

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ☑ ลงในช่องข้อความ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ❑ ชาย ❑ หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
   ❑ โสด ❑ หย่า
   ❑ คู่ ❑ แยกกันอยู่ ❑ หม้าย
4. ระดับการศึกษา
   ❑ ไม่ได้เรียน ❑ อนุปริญญา
   ❑ ประถมศึกษา ❑ ปริญญาตรี
   ❑ มัธยมศึกษา ❑ อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
   ❑ ว่างงาน ❑ รับจ้าง
   ❑ รับราชการ ❑ ค้าขาย
   ❑ เกษตรกรรม ❑ อื่น ๆ ระบุ.....
6. ความเพียงพอของรายได้
   ❑ เพียงพอและเหลือเก็บ ❑ เพียงพอกับรายจ่าย
   ❑ ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ❑ ไม่มีรายได้ ❑ อื่น ๆ ระบุ.....
7. การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย
   ❑ ไม่มี ❑ มี ระบุ.....
8. ท่านมีอาการหูแว่วได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายตัวเองหรือไม่
   ❑ ไม่มี ❑ มี ระบุ.....
9. ในอดีตท่านเคยพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่
   ❑ ไม่เคย ❑ เคย จำนวน.....ครั้ง
10. วิธีการที่ใช้พยายามฆ่าตัวตาย
    ❑ ไม่มี ❑ มี ระบุ.....
11. ครอบครัวของท่านมีประวัติการทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตาย
    ❑ ไม่มี ❑ มี ระบุ.....

1.2 แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกของท่านที่ตรงกับความเป็นจริงในปัจจุบันเกี่ยวกับความปรารถนาในการทำร้ายตนเอง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ☑ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1.ท่านมีความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่

❑ปานกลางถึงมาก ❑เล็กน้อย ❑ไม่มีเลย

2.ท่านมีความปรารถนาที่จะเสียชีวิต

❑ปานกลางถึงมาก ❑เล็กน้อย ❑ไม่มีเลย

3.เหตุผลของท่านสำหรับการที่จะมีชีวิตอยู่หรือจะเสียชีวิต

❑การมีชีวิตอยู่มีค่ามากกว่าการที่จะเสียชีวิต

❑การมีชีวิตอยู่มีค่าเท่ากับการที่จะเสียชีวิต

❑การมีชีวิตอยู่มีค่าน้อยกว่าการที่จะเสียชีวิต

4.ท่านมีความปรารถนาที่จะลงมือกระทำหรือพยายามฆ่าตัวตาย

❑ปานกลางถึงมาก ❑เล็กน้อย ❑ไม่มีเลย

5.ท่านมีความต้องการที่จะเสียชีวิตโดยทางอ้อม

❑ปานกลางถึงมาก ❑เล็กน้อย ❑ไม่มีเลย

6.ช่วงเวลาที่ท่านคิดถึงการมีความคิดฆ่าตัวตายหรือต้องการจะเสียชีวิต

❑ประเดี๋ยวเดียว ❑เวลายาวนาน ❑ต่อเนื่อง(เรื้อรัง)

7.ความถี่ของความคิดฆ่าตัวตายของท่าน

❑ปานกลางถึงมาก ❑เล็กน้อย ❑ไม่มีเลย

8.ท่านมีเจตคติต่อความคิดและความต้องการจะเสียชีวิตอย่างไร

❑ปฏิเสธ ❑ไม่แน่ใจ ❑ยอมรับ

9. การควบคุมการกระทำการฆ่าตัวตายของท่าน

❑มีความรู้สึกต้องการที่จะควบคุม

❑ไม่แน่ใจที่จะควบคุม

❑ไม่มีความรู้สึกต้องการที่จะควบคุม

10.มีสิ่งที่คุกคามที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของท่าน

❑ปานกลางถึงมาก ❑เล็กน้อย ❑ไม่มีเลย

11. เหตุผลที่ใช้ในการพิจารณาการพยายามฆ่าตัวตาย

❑สภาพแวดล้อมบังคับ, ได้รับความสนใจ

❑สภาพแวดล้อมบังคับและหนีปัญหา

❑หนี ,หยุด และแก้ปัญหา

12.ท่านมีการวางแผนที่จะฆ่าตัวตาย

❑ไม่มีการวางแผน

❑วางแผน แต่รายละเอียดไม่ชัดเจน

❑วางแผนและมีรายละเอียดชัดเจน

13.ท่านมีโอกาสและความง่ายต่อการพยายามฆ่าตัวตาย

❑ ไม่มีโอกาสและไม่ง่ายต่อการพยายามฆ่าตัวตาย

❑ มีโอกาสแต่ไม่ง่ายต่อการพยายามฆ่าตัวตาย

❑ มีทั้งโอกาสและมีความง่ายต่อการพยายามฆ่าตัวตาย

14.ท่านมีความสามารถในการกระทำการฆ่าตัวตายมากน้อยเพียงใด

❑ปานกลางถึงมาก ❑เล็กน้อย ❑ไม่มีเลย

15. ท่านมีความคาดหวังต่อการกระทำการฆ่าตัวตายของท่าน

❑ปานกลางถึงมาก ❑เล็กน้อย ❑ไม่มีเลย

16.ท่านมีการเตรียมการในการลงมือฆ่าตัวตาย

❑ไม่มีการเตรียมการ ❑มีบ้างบางส่วน ❑เตรียมการเรียบร้อย

17.การเขียนจดหมายลาตาย

❑ไม่มีการเขียนจดหมาย ❑เริ่มเขียนแต่ไม่สำเร็จ ❑เขียนสำเร็จตามความคิด

18.ท่านคาดหวังว่าครั้งสุดท้ายท่านต้องเสียชีวิตจากการกระทำ

❑ปานกลางถึงมาก ❑เล็กน้อย ❑ไม่มีเลย

19.ท่านปิดบังความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายไม่ให้ใครทราบ

❑ไม่ปิดบัง ❑มีความลังเลที่จะแสดงออกมา

❑พยายามที่จะปิดบังหรือโกหกเพื่อปกปิดความคิดนั้น

การแปลผล

คะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ

คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง

คะแนน 13 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ)

คำแนะนำ : แบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ สอบถามถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของท่านในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพของตัวท่านเอง

ข้อคำถาม	ไม่จริง	จริงบางครั้ง	ค่อนข้างจริง	จริงมาก	คะแนน
1. เรื่องไม่สบายใจเล็กน้อยทำให้ฉันว้าวุ่นใจนั่งไม่ ติด					
2. ฉันไม่ใส่ใจคนที่หัวเราะเยาะฉัน					
3. เมื่อฉันทำผิดพลาดหรือเสียหายฉันยอมรับผิด หรือผลที่ตามมา					
4. ฉันเคยทนลำบากเพื่ออนาคตที่ดีขึ้น					
5. เวลาทุกข์ใจมากๆ ฉันเจ็บป่วยไม่สบาย					
6. ฉันสอนและเตือนตัวเอง					
7. ความยากลำบากทำให้ฉันแกร่งขึ้น					
8. ฉันไม่จดจำเรื่องเลวร้ายในอดีต					
9. ถึงแม้ปัญหาจะหนักหนาเพียงใดชีวิตฉันก็ไม่เลวร้ายไปหมด					
10. เมื่อมีเรื่องหนักใจ ฉันมีคนปรับทุกข์ด้วย					
11. จากประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้ฉันมั่นใจว่าจะแก้ปัญหาต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้					
12. ฉันมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ					
13. ฉันมีแผนการที่จะทำให้ชีวิตก้าวไปข้างหน้า					
14. เมื่อมีปัญหาวิกฤติเกิดขึ้น ฉันรู้สึกว่าตัวเองไร้ความสามารถ					
15. เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะทำให้ชีวิตดีขึ้น					
16. ฉันอยากหนีไปให้พ้น หากมีปัญหาหนักหนา ต้องรับผิดชอบ					
17. การแก้ปัญหาทำให้ฉันมีประสบการณ์มากขึ้น					
18. ในการพูดคุย ฉันหาเหตุผลที่ทุกคนยอมรับหรือ เห็นด้วยกับฉันไ					
19. ฉันเตรียมหาทางออกไว้ หากปัญหาร้ายแรงกว่าที่คิด					
20. ฉันชอบฟังความคิดเห็นที่แตกต่างจากฉัน					
				รวม	

การแปลผล คะแนนรวม 80 คะแนน

คะแนน	< 55	หมายถึง	พลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คะแนน	55-69	หมายถึง	พลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ
คะแนน	> 69	หมายถึง	พลังสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

(THE RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAME ON SUICIDAL IDEATION IN SUICIDAL ATTEMPTER**)**

หลักการและเหตุผล

การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการกระทำของบุคคลที่มุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิตหรือหลุดพ้นจากปัญหาหรือความเจ็บปวดทางจิตใจที่เขาเผชิญอยู่ ผลของการพยายามฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตตนเอง ยังส่งผลกระทบต่อปัจจัยด้านอื่นๆ ทั้งทางด้านภาวะจิตใจของบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศ ซึ่งเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ไปโดยเปล่าประโยชน์ ทั้งที่บุคคลนั้นยังมีโอกาสทำประโยชน์ต่อครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติได้อีกมาก (อภิชัย มงคลและคณะ , 2548) และอาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ ความพิการทางกาย ซึ่งเป็นความสูญเสียที่สามารถป้องกันได้ และการฆ่าตัวตายนั้น ไม่ได้จบเพียงแค่การเสียชีวิตของผู้ทำร้ายตนเอง แต่ในผู้ที่มีชีวิตรอดยังมีปัญหาตามมาในระยะยาวอีก เช่น การทำงานของตับที่เสียจากการรับประทานยาเกินขนาด ภาวะอัมพาตหรือแขนขาขาดจากผลของการตกจากที่สูง (Krysinska, 2003) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 10 แต่ถ้าเป็นการฆ่าตัวตายซ้ำครั้งที่ 2 ขึ้นไป โอกาสในการฆ่าตัวตายสำเร็จ จะมีได้ถึงร้อยละ 25 คือเพิ่มประมาณ 2.5 เท่า (ประยุกต์ เสรีเสถียร, 2548)และจำนวนครั้งในการพยายามฆ่าตัวตายที่มากขึ้นจะเพิ่มโอกาสในการทำสำเร็จมากขึ้นด้วย (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2547)

ความคิดฆ่าตัวตายเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ แสดงว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายย่อมมีความคิดฆ่าตัวตายรวมอยู่ด้วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยต่างๆ ก่อให้เกิดความเครียดและความกดดันรุนแรงจนไม่สามารถหาทางออกให้กับปัญหาและกลายเป็นการพยายามฆ่าตัวตายในที่สุด หากกระทำไม่สำเร็จ แต่ความคิดนี้ยังคงอยู่ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำๆ เป็นประจำ (Mynatt, 2000) จนในที่สุดอาจเกิดการสูญเสียชีวิตจากการฆ่า ตัวตายได้ ความคิดเช่นนี้มักเกิดขึ้นในช่วงที่ชีวิตประสบกับปัญหายุ่งยาก เกิดความเครียด เช่นคนตกงาน ผู้ป่วยโรคร้ายแรงผู้กำลังประสบกับปัญหาชีวิต และผู้ป่วยจิตเวช ผู้ที่คิดและพยายามฆ่าตัวตายมักจะมองการฆ่าตัวตาย เป็นทางออกเพียงทางเดียวที่เขามีอยู่ในขณะนั้น ดีกว่าการทนอยู่กับปัญหาหรือความเจ็บปวดทางจิตใจที่เขาเผชิญอยู่ ผู้ที่ตกอยู่ในภาวะจิตใจเช่นนี้ ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสองจิตสองใจ ใจหนึ่งอยากตายเพื่อจบปัญหาลง อีกใจไม่อยากตาย หรือยังมีความกลัวตายอยู่ลึกๆ จิตใจจึงวุ่นวายสับสน เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบอีกเพียงเล็กน้อย ก็อาจจะทำให้ตัดสินใจทำร้าย

ตนเอง (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541) ความลังเลภายในใจนี้เสมือนเป็นกุญแจสำคัญในการให้ความช่วยเหลือที่จะช่วยให้ผู้คิดฆ่าตัวตายตระหนักในความต้องการมีชีวิตอยู่ของตนเอง เนื่องจากความคิดฆ่าตัวตายเป็นจุดเริ่มต้นของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ ถ้าป้องกันไม่ให้มีความคิดฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ก็จะเป็นการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดีได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้วัยรุ่นมีความคิดทำร้ายตนเองเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ นิสัย ความเครียด และความเปราะบางในชีวิต (Beautrais, 2003) การขาดทักษะการเผชิญปัญหา (O' Donell et al., 2004) ขาดความมั่นคงทางอารมณ์ (Borrow, 1999) การเผชิญเหตุการณ์ที่มีความกดดันในชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล, 2552) ถ้าปัญหานั้นยังไม่ได้รับการแก้ไขให้หมดไปผู้ป่วยยังคงได้รับความกดดันอยู่ก็จะมีความคิดฆ่าตัวตายจนถึงฆ่าตัวตายสำเร็จได้ ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) พบว่ามีผลเด่นชัดในการลดพฤติกรรมการทำร้ายตัวเองในวัยรุ่น ทำได้โดยลดปัจจัยเสี่ยง และส่งเสริมปัจจัยปกป้อง (Borowsky, et al., 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี คำธิตา, อัมพวรรณ ถากาศ และชนากานต์ แสนสิงห์ชัย (2550) เรื่องรูปแบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ โดยกระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจของ ที่ศึกษาในผู้ที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นโดยใช้กระบวนการกลุ่มพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำสามารถปรับเปลี่ยนตัวเอง ปรับกระบวนความคิด มีทักษะในการเผชิญปัญหาและมองเห็นคุณค่าในตนเองส่งผลให้ไม่มีการฆ่าตัวตายซ้ำหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grothberg (1995) และใช้แนวทางการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ของนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (25 50) ที่นำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถของคนเราในการต่อสู้กับปัญหาชีวิตนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และการพัฒนาขีดความสามารถในการปรับตัวมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม คน ส่วนใหญ่เมื่อพบปัญหาร้ายแรงในชีวิตจะมีปฏิกิริยาต่อเหตุการณ์นั้นด้วยอารมณ์ที่รุนแรง ไม่สามารถปรับตัวได้ และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต แต่มีคนจำนวนหนึ่งที่ปรับตัวได้ดีต่อเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต สิ่งที่ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดี ในสถานการณ์เลวร้าย เรียกว่าความเข้มแข็งทางใจ (Resilience)

โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีกระบวนการปรับตัวภายใต้สถานการณ์ที่เลวร้ายให้สามารถฟื้นตัวขึ้นได้ จากประสบการณ์ที่ยุ่งยาก รุนแรง เป็น การฝึกทักษะรายบุคคล เพื่อสร้างความมั่นใจในตนเอง มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาอย่างเข้มแข็งและสามารถจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิต รวมทั้งพัฒนาตนเองได้ตามเป้าหมายในชีวิต มีทั้งหมด 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 40 – 60 นาที กิจกรรมที่ 1 – 3 ดำเนินกิจกรรมที่ตึกผู้ป่วยในติดต่อกัน 3 วัน กิจกรรมที่ 4 และ 5 ดำเนินกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 4 และ 5 ห่างกัน 3 วันระยะเวลาทั้งหมด 5 วัน ประเมินพลังสุขภาพจิตทันทีหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม และติดตามประเมินความคิดฆ่าตัวตายหลังดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการศึกษา 3 สัปดาห์ ในแต่ละครั้งมีการดำเนินกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักกับความเข้มแข็งทางใจ

ระยะเวลา 40-60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความไว้วางใจและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์และเข้าใจถึงกระบวนการ ในการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจ และความทุกข์จากเหตุการณ์ที่ตนเองกำลังประสบอยู่
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจที่สามารถสร้างขึ้นได้ในทุกคน

เนื้อหา

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้วิจัยและผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการทำงานร่วมกันให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้น ผู้วิจัยควรช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นเป็นกันเอง ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถระบายความคิด ความเชื่อได้อย่างอิสระ ได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคล และร่วมมือกันในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในปัญหา ความคิด ความเชื่อ และผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยจะอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะวิชาชีพ ทำหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางการแก้ปัญหา และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจว่าเป็น ความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว อีกทั้งเกิดการเรียนรู้ พัฒนาจากการเผชิญปัญหาหรือวิกฤตินั้นๆ อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข สามารถฝึกฝนและสร้างขึ้นได้

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร แนะนำตนเองเพื่อสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ สนทนาเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย

2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา ถ้าผู้ป่วยตอบรับลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck เก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการศึกษา

3. ผู้วิจัยชี้แจงข้อตกลงในการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ได้แก่ วัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนในการให้คำปรึกษา จำนวนครั้งที่จะพบกัน รวมทั้งสถานที่ที่จะพบกัน

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาจากเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้เทคนิคการถาม การสะท้อนความรู้สึก เช่น “ ท่าทีของคุณดูเหมือนไม่ค่อยสบายใจ พอที่จะเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นได้ไหม เพื่อจะได้ช่วยกันแก้ไข ”

5. ตั้งใจฟังและกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งอารมณ์ ความรู้สึกและการกระทำที่เกิดขึ้น ที่เกี่ยวข้องกับความคิดเหล่านั้น โดยใช้เทคนิคการถาม เช่น “ คุณคิดอย่างไรต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ”

6. เมื่อผู้ป่วยกล่าวถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความคิดความเชื่อต่อเหตุการณ์ อารมณ์ความรู้สึกและการกระทำที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเชื่อเหล่านั้นแล้ว ผู้วิจัยใช้ทักษะทวนความ ตีความและสรุปความ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจให้ถูกต้องตรงกัน

7. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสอนหรือการอธิบายโดยตรง ให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจในประเด็นต่อไปนี้

- ความเข้มแข็งทางใจคืออะไร
- องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ
- ความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจต่อการดำเนินชีวิต

8. ผู้วิจัยและผู้ป่วยช่วยกันสรุปความคิดรวบยอดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ โดย ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสรุปความและนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ประเมินผลจากการสังเกต พฤติกรรม ความสนใจ ตลอดจนการซักถามปัญหา ข้อสงสัย และการที่ผู้ป่วยได้เปิดเผยตนเองในปัญหาที่ตนมี

2. การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากกิจกรรมในครั้งนี้

1. เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย เกิดความไว้วางใจ

2. ผู้ป่วยสามารถค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมทั้งแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3. ผู้ป่วยเข้าใจว่าทุกคน สามารถเติมความเข้มแข็งทางใจให้ตัวเองได้เสมอ ไม่ว่าเราจะมีบุคลิกภาพแบบไหน และแต่ละคนอาจมีต้นทุนความเข้มแข็งทางใจแตกต่างกัน แต่ทุกคนสามารถเติมสิ่งนี้ให้กับตัวเองได้

เอกสารประกอบในกิจกรรมที่ 1

ใบความรู้ ความเข้มแข็งทางใจ

ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ

ความเข้มแข็งทางใจ หมายถึง ความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว อีกทั้งเกิดการเรียนรู้ พัฒนาจากการเผชิญปัญหาหรือวิกฤตินั้นๆ อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข สามารถฝึกฝนและสร้างขึ้นได้

องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ

องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีในมนุษย์ทุกคน สามารถฝึกฝนและสร้างขึ้นได้ ประกอบด้วย

1. รู้สึกดีกับตัวเอง

ประสบการณ์ที่ดีในวัยเด็ก เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยสร้างความรู้สึกดีกับตัวเอง เพราะการได้รับความรักความเข้าใจจากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอจะกลายเป็นต้นทุนชีวิตที่มั่นคงเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ อาจกล่าวได้ว่าความรู้สึกดีกับตัวเองเกิดขึ้นเมื่อเรามีประสบการณ์ชีวิตที่ดี ได้ทำสิ่งดีๆ มองโลกในแง่ดี รวมทั้งการที่เราค้นพบความถนัดของตัวเอง และพัฒนาความถนัดนั้นจนกลายเป็นความสำเร็จ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เรารู้สึกดีกับตัวเอง

คนเราไม่สามารถเปลี่ยนอดีตได้ เราเลือกไม่ได้ว่าจะเกิดในครอบครัวแบบไหน จะพบพ่อแม่แบบใด จะเจอเหตุการณ์ดีร้ายอย่างไร สิ่งเหล่านี้เราไม่สามารถกำหนดได้ก็จริง แต่เราสามารถฝึกมองโลกแง่ดีและค้นหาความถนัดของตนเองได้ เพื่อบ่มเพาะเป็นความสำเร็จ ซึ่งเราสามารถเลือกทำได้เพื่อสร้างความรู้สึกดี ให้กับตัวเราเองการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ด้วยการสร้างความรู้สึกดีกับตัวเอง จึงเป็นกระบวนการฝึกฝนตนเองให้รู้จักมองโลกแง่ดี ค้นหาทำความรู้จักตัวเอง และพัฒนาความถนัดที่มีอยู่จนกลายเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ

2. จัดการชีวิตได้

สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตมาจากหลายสาเหตุที่ไม่อาจควบคุมได้โดยตรง ชีวิตจึงต้องพบกับเรื่องที่ชอบและไม่ชอบอยู่เสมอ ความรู้สึกว่าตนเอง ‘จัดการชีวิตได้’ จะเกิดขึ้นเมื่อเรามีความเชื่อมั่นในทักษะการแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์ของตัวเอง ตลอดจนมีความสุขความพอใจในชีวิต และเชื่อมั่นว่าแม้ในสถานการณ์ที่ย่ำแย่ ก็จะยังสามารถเลือกทางเดินที่คิดว่าดีที่สุดได้ โดยการเรียนรู้ที่จะยอมรับบางสิ่งบางอย่างซึ่งเปลี่ยนแปลงแก้ไขไม่ได้ และมีความอดทนมุ่งมั่นในการลงมือทำในสิ่งที่ทำได้ จนบรรลุผลที่ต้องการการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ด้วยการสร้างความเชื่อมั่นในการ

จัดการชีวิตจึงเป็นกระบวนการฝึกฝนตัวเองให้ยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิต หรือทำใจในสิ่งที่ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ ขณะเดียวกันก็มุ่งมั่นอดทนทำในสิ่งที่ทำได้จนประสบผลสำเร็จ และเรียนรู้ที่จะจัดการอารมณ์ของตนเองอย่างถูกต้องมีทักษะในการจัดการปัญหาอย่างสร้างสรรค์

3. มีสายสัมพันธ์เกื้อหนุน

ความรัก ความเข้าใจเป็นแหล่งพลังงานสำคัญในการดำเนินชีวิต กำลังใจในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคต่างๆ จึงมักมาจากการที่มีคนใกล้ชิดมอบความรักความเข้าใจ คอยเป็นกำลังใจให้ สายสัมพันธ์เกื้อหนุนถือเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งของความเข้มแข็งทางใจ เพราะเป็นการเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ให้มีทักษะการสื่อสารที่ดี เข้าอกเข้าใจกัน สามารถที่จะ ไว้วางใจและให้อภัยกันได้แม้เกิดเรื่องหงุดหงิดขุ่นเคืองใจองค์ประกอบนี้จึงเป็นประหนึ่งแหล่งกำลังใจอันทรงพลังในการต่อสู้ชีวิต แม้ในยามที่ต้องพบกับสถานการณ์วิกฤติอันยากจะฝ่าฟัน

4. มีจุดหมายในชีวิต

คนเราจะมีพลังในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคได้ดีขึ้น เมื่อมีจุดมุ่งหมายในชีวิตชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากจุดหมายนั้นไม่ได้เป็นไปเพื่อตัวเองแต่เพียงอย่างเดียว ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมาย และความรู้สึกว่าเรากำลังก้าวไปสู่เป้าหมายที่มีคุณค่า จะช่วยให้เราเห็นว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเพียงส่วนเล็กๆ เมื่อเทียบกับปัญหาอื่นๆ และในที่สุด มันก็จะผ่านไป ขณะที่เรามุ่งเดินหน้าไปสู่จุดหมายที่ต้องการการสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยการมีจุดหมายในชีวิต จึงเป็นวิธีฝึกฝนตนเองให้มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตอยู่เสมอ ตลอดจนเรียนรู้ที่จะตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมกับทุกสถานการณ์ชีวิต ทั้งในสถานการณ์บวกและสถานการณ์ลบ

ความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจต่อการดำเนินชีวิต

ความเข้มแข็งทางใจช่วยให้คนสามารถปรับตัวและเผชิญต่อสถานการณ์ที่วิกฤติ คับขันยากลำบาก ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยป้องกันไม่ให้บุคคลสูญเสียสุขภาพจิตในวันที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ช่วยให้บุคคลสามารถเอาชนะอุปสรรคและนำไปสู่ความสำเร็จในชีวิต

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง

ระยะเวลา 40-60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง รู้ว่าตนเองมีจุดเด่นจุดอ่อนอย่างไร รู้ความต้องการของตนเอง

2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น

3. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถสำรวจและแสดงความชื่นชมในสิ่งที่ดีงามของตนเองและผู้อื่นได้

เนื้อหา

1. คนเราไม่สามารถเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตในวัยเด็กของตนเองได้ ไม่สามารถเลือกได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้างในชีวิต แต่เราสามารถ ฝึกมองโลกแง่ดีและค้นหาความถนัดของตนเอง เพื่อบ่มเพาะเป็นความสำเร็จให้ภาคภูมิใจ และเราเลือกได้ที่จะทำความดี เพื่อสร้างความรู้สึกดี และความภาคภูมิใจให้กับตนเอง ความรู้สึกดีต่อตัวเองจึงเป็นเรื่องที่สามารถสร้างและพัฒนาได้ด้วยตัวของเราเอง และเพื่อตัวของเราเอง

2. การรู้จักตนเอง การมองตนเอง เป็นการสำรวจบุคลิกภาพ รู้ว่าตนเองมีจุดเด่นจุดอ่อนอย่างไร ทำให้รู้จักและเข้าใจพฤติกรรมทั้งในส่วนที่ดีและส่วนที่ต้องการปรับปรุง เป็นการรู้จักตนเองมากขึ้น ซึ่งเป็นบันไดขั้นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้คนเราสามารถตอบสนองความพอใจของตนเอง ที่จะนำไปสู่การรู้จักผู้อื่นและเป็นการเติมเต็มให้ชีวิต นำพาให้ชีวิตมีคุณค่า

3. การเข้าใจตนเอง ทุกคนมีคุณค่าอยู่ในตัวของตน คนเราเลือกเกิดไม่ได้ และมีความแตกต่างกัน บางคนเก่ง บางคนอ่อนแอ บางคนมีปมด้อย มีสุข มีทุกข์ เราเลือกเกิดไม่ได้ แต่เราเลือกที่จะเป็นได้ โดยรู้จักนำความดีที่มีอยู่ในตนเองมาพัฒนาให้เป็นจุดเด่นที่เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม

4. การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มีความภูมิใจในความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ซึ่งความรู้สึกนี้ทำให้คนเรามีความมั่นใจในการกระทำต่างๆ ของชีวิตได้ โดยไม่ต้องรอพึ่งผู้อื่นหรือสิ่งอื่น

กิจกรรม

1. ผู้วิจัย เกริ่น นำ คนเราทุกคนต้องการ ความสุข อยากหนีจาก ความทุ กข์ และ พื้น ฐาน ความสุข ที่สำคัญ อย่าง หนึ่ง ของชีวิต คนเรา คือ การที่ เรามีความรู้สึ กดีต่อตัวเอง หากลองสังเกตให้ดี เราสามารถรู้สึกดีต่อตัวเองได้ในหลายโอกาส

2. ให้ผู้ป่วยทบทวนดูว่า ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกดีต่อตัวเองจากเรื่องอะไรบ้าง

3. ผู้วิจัยคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าและระบายความรู้สึก และชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยทำดี

4. ให้ผู้ป่วยมองเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุให้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ทั้งในแง่ดี และแง่ร้าย

5. ผู้วิจัยชี้แนะวิธีการสร้างความรู้สึกที่ดีให้กับตัวเองได้โดย

5.1 การทำความดี

5.2 สร้างความตระหนักในตนเองรู้ทันความคิดที่เราพูดกับตัวเอง ว่าช่วยให้เรารู้สึกดีขึ้น หรือทำให้รู้สึกแย่ลง เลือกความคิดที่ช่วยสร้างพลังใจ

5.3 ค้นหาความถนัดของตน และพัฒนาจนเกิดเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ

5.4 ยอมรับข้อดีข้อเสียของตัวเองไม่คิดเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่ทำให้รู้สึกด้อยกว่า

5.5 ฝึกมองโลกแง่ดี มีวิธีอธิบายสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตในทางที่สร้างกำลังใจในการดำเนินชีวิตให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น

5.6 รู้จักตั้งเป้าหมายและลงมือทำจนประสบผลสำเร็จ อาศัยความสำเร็จจากการกระทำนั้นเป็นสิ่งเพิ่มพูนความรู้สึกดีให้กับตัวเอง

5.7 หมั่นดูแลร่างกายและจิตใจให้สดชื่น แข็งแรงอยู่เสมอ

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจและความร่วมมือในการพูดคุย แสดงความคิดเห็น

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากกิจกรรมในครั้งนี้

1. ผู้ป่วยรู้จักตนเอง และสามารถมองตนเองได้ มีความสามารถตอบสนองความพอใจของตนเอง ที่จะนำไปสู่การรู้จักผู้อื่นและเป็นการเติมเต็มให้ชีวิต นำพาให้ชีวิตมีคุณค่า

2. ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีความภูมิใจในความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง

เอกสารประกอบในกิจกรรมที่ 2

ความรู้สึกดีต่อตัวเอง

ความรู้สึกดีต่อตัวเองเป็น คุณภาพภายในจิตใจของคนเราที่มีความสำคัญ คนที่รู้สึกดีต่อตัวเองจะมีความภาคภูมิใจ มีความมั่นคงทางใจ และมีความอดทนต่อปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี

คนที่รู้สึกดีต่อตัวเองจะมีความพร้อมในการรับฟัง ยอมรับความผิดพลาดของตนเองได้ดี มีความพร้อมต่อการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง คนที่ขาดความรู้สึกดีต่อตัวเองมักจะรับฟังข้อวิพากษ์วิจารณ์ต่อตัวเองได้น้อย เพราะที่เป็นอยู่ภายในใจก็ไม่ดีอยู่แล้ว หากมีการชี้ให้เห็นถึงจุดอ่อนหรือข้อจำกัดของตัวเองจากคนอื่นเพิ่มขึ้นอีก จึงไม่สามารถรับได้ง่าย ๆ

ความรู้สึกดีมาจากไหน

1. ความรู้สึกดีต่อตัวเอง มาจากความสัมพันธ์กับพ่อแม่ตั้งแต่วัยทารก ถ้าในวัยเด็กเราเติบโตมาด้วยการเลี้ยงดูที่อบอุ่น เราจะเติบโตขึ้นเป็นคนที่มีความมั่นคงทางใจ รู้สึกดีต่อตัวเอง ประสบการณ์ที่พ่อแม่มอบให้ในวัยนี้จะกลายเป็นรากฐานสำคัญของการมองตัวเอง (ว่าดีหรือไม่ดี) และมองโลก (ว่าไว้ใจได้หรือไม่) ในเวลาต่อมา

แต่คนเราเลือกเกิดหรือเลือกประสบการณ์ในวัยเด็กไม่ได้ ก็ไม่ได้หมายความว่าเราจะหมดโอกาสในการสร้างความรู้สึกที่ดีต่อตัวเอง เพราะการพัฒนาความรู้สึกดีๆ ให้กับตัวเองนั้น เป็นเรื่องที่เราสามารถสร้างและพัฒนาได้ “ด้วยตัวของเราเอง” และ “เพื่อตัวของเราเอง”

2. มีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นในชีวิต เช่น มีความรักความผูกพัน ได้ทำความดี สุขภาพแข็งแรง
3. มองโลกแง่ดี มีความหวังอยู่เสมอ มองเห็นสิ่งดี ๆ ในชีวิต
4. มีประสบการณ์ความสำเร็จ พึ่ง ตนเองได้ มีความสุขได้ด้วยตนเอง

เราเลือกไม่ได้ว่าชีวิตวัยเด็ก จะเป็นเช่นไร และเราเลือกไม่ได้ว่าชีวิตจะเกิดเรื่องอะไรขึ้นบ้าง แต่เราเลือก ได้ที่จะลงมือทำสิ่ง ดี ๆ ให้เกิดขึ้นในชีวิตของเรา เช่น การทำความดี การดูแลความสัมพันธ์ให้มีความรักและผูกพันต่อกัน การดูแลสุขภาพของตนเอง

ความรู้ สึกดีต่อตัวเองเกิดขึ้นได้จากการมองโลกแง่ดี ไม่คิด เปรียบเทียบกับ คนอื่น ให้รู้ สึกด้อยค่า มองสิ่งต่าง ๆ ในด้านดี และมีวิธีสร้างความรู้สึกดีด้วยวิธีง่าย ๆ เป็นประจำ

ความรู้ สึกดีต่อตัวเองเกิดขึ้นได้จากความสำเร็จ คนเราแต่ละคนมีความถนัดไม่เหมือนกันเราจึงควรค้นหาความถนัดของตนเอง และบ่มเพาะความถนัดนั้นให้เกิดเป็นความสำเร็จ ที่ให้ความภาคภูมิใจกับตัวเอง พึ่งตนเอง รู้จักสร้างความสุขด้วยตนเอง

การสร้างความรู้สึกดีต่อตัวเอง

1. สร้างความตระหนักในตนเอง รู้ทันความคิดที่เราพูดกับตัวเอง เลือกความคิดที่ช่วยสร้างพลังใจ
2. ค้นหาความถนัดของตนเอง บ่มเพาะความถนัดนั้นให้เกิดเป็นผลสำเร็จที่ภาคภูมิใจ
3. ฝึกมองโลกแง่ดี มีวิธีอธิบายสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ในทางที่สร้างกำลังใจในการดำเนินชีวิตให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น
4. ยอมรับข้อดีข้อเสียของตัวเอง ไม่คิดเปรียบเทียบกับคนอื่น ที่ทำให้รู้สึกด้อยกว่า
5. รู้จักหาแบบอย่างที่ตนชื่นชม และเรียนรู้จากเขาเหล่านั้น ฝึกหัดที่จะเรียนรู้และรับฟังผู้อื่นโดยเฉพาะจากแบบอย่างที่ดี
6. รู้จักตั้งเป้าหมายและลงมือทำจนประสบผลสำเร็จ อาศัยความสำเร็จจากการกระทำเป็นสิ่งเพิ่มพูนความรู้สึกที่ดีให้กับตัวเอง
7. หมั่นดูแลร่างกายและจิตใจให้สดชื่น แข็งแรง อยู่เสมอ

3 เคล็ดวิชามองโลกแง่ดียามมีปัญหา

1. **ให้เวลา** อย่าเพิ่งหดหู่ สิ้นหวัง ว่าปัญหาจะอยู่อย่างนั้นตลอดไป เพราะทุกอย่างล้วนเปลี่ยนแปลงได้ แย่ลงได้ ก็ดีขึ้นได้
2. **ค้นหาแง่มุมดีๆ** ที่อาจมาพร้อมกับปัญหานั้นๆ เช่น อาจถือเป็นโอกาสให้เราได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือได้ทำสิ่งใหม่ ๆ ที่น่าสนใจ ท้าทาย
3. **หาวิธีพัฒนาตน** อย่าเอาแต่โทษตัวเอง เพราะคนเราผิดพลาดกันได้ เพียงแต่ต้องรู้จักเรียนรู้และแก้ไขให้ดีขึ้น อาจถือเป็นโอกาสในการพัฒนาเพื่อจะได้เข้าใจตัวเอง และเข้าใจชีวิตมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การจัดการชีวิต

ระยะเวลา 40-60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกได้ว่าสิ่งที่ทำเวลาเครียดเป็นการแก้ปัญหา หรือแก้อารมณ์ และมีผลดี ผลเสียอย่างไร
2. เพื่อฝึกทักษะการแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์

เนื้อหา

สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต มาจากหลายสาเหตุ ที่เราไม่สามารถควบคุมได้โดยตรง คนเราจึงต้องพบกับเรื่องที่ชอบและไม่ชอบอยู่เสมอ ความรู้สึกว่าตนเอง 'จัดการชีวิตได้' เกิดขึ้นเมื่อเรามีความเชื่อมั่นในทักษะการแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์ของตัวเอง มีความสุขความพอใจในชีวิต

ตลอดจนเชื่อมั่นว่าแม้จะตกอยู่ ในสถานการณ์ที่ย่ำแย่ ก็จะยังสามารถเลือกทางเดินที่คิดว่าดีที่สุดในสถานการณ์ขณะนั้นได้ เรียนรู้ที่จะยอมรับบางสิ่งบางอย่างที่เปลี่ยนแปลงแก้ไขไม่ได้ และมีความอดทนมุ่งมั่นในการลงมือทำในสิ่งที่ทำได้ จนบรรลุผลที่ต้องการ

การสร้างความเข้มแข็งทางใจ ด้วยการสร้างความเชื่อมั่นในทักษะการจัดการชีวิต เป็นการฝึกฝนตัวเองให้รู้จักยอมรับความเป็นจริงของชีวิตหรือทำใจ ในสิ่งที่ไม่อาจ เปลี่ยนแปลงได้ ขณะเดียวกันก็มีความมุ่งมั่นอดทนที่จะลงมือทำในสิ่งที่ทำได้จนประสบผลสำเร็จ เรียนรู้ที่จะจัดการอารมณ์ของตนเองอย่างถูกต้อง และมีทักษะในการจัดการปัญหาที่สร้างสรรค์

กิจกรรม

1. ผู้วิจัย เกริ่นนำว่า ชีวิตคนเราถ้าเลือกได้ ทุกคนอยากมีความสุข แต่บ่อยครั้งที่เราเกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ อยากหลีกหนี แต่หนีไม่ได้
2. ให้ผู้ป่วยนึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องตัดสินใจทำร้ายตัวเองและเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด พร้อมกับเล่าถึงความคิดที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์นั้น และผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมไปถึงวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดในแต่ละครั้ง
3. ให้ผู้ป่วยทบทวนดูว่าในขณะที่เครียด มีอาการอะไรบ้าง และได้ทำอะไรไปบ้าง
4. ผู้วิจัยทวนซ้ำสิ่งที่ผู้ป่วยทำไปเมื่อรู้สึกเครียด และสรุปว่าสิ่งที่คนเราทำไปเมื่อรู้สึกเครียดอาจแบ่งเป็น 1) ทำเพื่อแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด และ 2) ทำไปเพื่อคลายหรือระบายอารมณ์
5. ผู้วิจัยเสนอแนะเรื่องการแก้อารมณ์ มีทั้งวิธีการที่ให้ผลดี บางวิธีการให้ผลเสีย และบางวิธีไม่ดีและไม่เสีย และให้ผู้ป่วยประเมินว่าวิธีการแก้อารมณ์ที่ผ่านมา ได้ผลในแง่ใด และวิธีการใดที่มีผลดีและเหมาะสมที่สุด จะช่วยให้เราจัดการอารมณ์ของตัวเราได้ดีขึ้น

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจและความร่วมมือในการพูดคุย แสดงความคิดเห็น

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากกิจกรรมในครั้งนี้

1. ผู้ป่วยสามารถแยกได้ว่าสิ่งที่ทำเวลาเครียดเป็นการแก้ปัญหา หรือแก้อารมณ์ และมีผลดี ผลเสียอย่างไร
2. ผู้ป่วยได้เรียนรู้ความรู้สึกและอารมณ์ของตัวเองอย่างแท้จริง มีวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

เอกสารประกอบในกิจกรรมที่ 3

ความเครียดและอาการของความเครียด

เวลาที่คนเราบอกว่าเครียด ส่วนใหญ่มักหมายถึงอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อมีปัญหาทุกข์ใจ หรือมีแรงกดดัน เช่น เตรียมสอบ โดนตำหนิ มีปัญหาครอบครัว อกหัก เป็นต้น หรือบางครั้ง ความเครียดเกิดจากการมีปัญหาที่แก้ไม่ตก หาทางออกไม่ได้

อาการของความเครียด แสดงออกได้หลายด้าน ได้แก่

ร่างกาย แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ใจเต้นแรง กล้ามเนื้อเกร็งหรือตึงตัว ปวดศีรษะ ปวดท้อง ท้องเสีย หรือท้องปั่นป่วน มึนงง มือสั่น กัดฟัน เหงื่อแตก หน้ามืด เป็นลม หมดความสนใจในเรื่องเพศ เหนื่อยล้า กระสับกระส่าย

อารมณ์ หงุดหงิด โกรธง่าย วิตกกังวล เหงา เศร้า ตึงเครียด ผ่อนคลายไม่ได้

พฤติกรรม กินเก่งขึ้นหรือกินอะไรไม่ค่อยลง นอนไม่หลับหรือนอนหลับมาก เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย สูบบุหรี่หรือดื่มสุรามากขึ้น เลี่ยงงาน ไม่สามารถทำงานให้เสร็จได้ ร้องไห้ง่าย

ความคิด ความคิดว้าวุ่น กังวล สมาธิเสียไป หรือคิดช้าลง มองอะไรในแง่ร้าย คาดการณ์แต่สิ่งร้าย ๆ ความจำไม่ดีหลงลืมง่าย

สังคม หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม แยกตัว หงุดหงิดง่ายกับคนรอบข้าง หรือออกเที่ยวเตร่ เพื่อหนีจากปัญหา

แต่ละคนจะมีอาการของความเครียดแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย แต่โดยรวมแล้ว อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะเป็นเสมือนการเร่งการทำงานของร่างกายเพื่อเตรียมต่อสู้หรือวิ่งหนี

อาการของความเครียดเป็นสัญญาณบอกให้รู้ว่าเรากำลังเครียด การฝึกตัวเองให้รู้เท่าทันอาการเหล่านี้ จะช่วยให้เราจัดการกับความเครียดได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บางคนเครียดโดยไม่รู้ตัวว่าเครียด แต่ร่างกายจะแสดงอาการอย่างซื่อสัตย์ ดังนั้น อาจใช้อาการทางร่างกายเป็นสิ่งบ่งบอกถึงความเครียดที่เกิดขึ้นได้

ความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เป็นปฏิกิริยาของร่างกายและจิตใจ ต่อสิ่งที่อาจเป็นอันตราย ความเครียดจึงไม่ใช่สิ่งน่ารังเกียจ ตรงกันข้าม เราควรทำความรู้จักกับความเครียดและมีวิธีจัดการที่ดี ขั้นตอนแรกของการจัดการความเครียดคือการรู้ตัวว่าเครียด ซึ่งสามารถรู้ได้จากอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้น

‘แก้ปัญหา’ หรือ ‘ แก้อารมณ์’

หากทบทวนดูสิ่งที่เราทำไปในขณะเครียด จะพบว่าบางอย่างก็เป็นการทำเพื่อช่วยให้เราสบายใจขึ้น บางอย่างก็เป็นการแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด

สิ่งที่เราทำขณะเครียด จึงมีทั้งที่เป็นการจัดการอารมณ์ความเครียด (แก้อารมณ์) และการจัดการปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียดนั้น (แก้ปัญหา)

ทั้งการแก้อารมณ์และการแก้ปัญหาเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต ทุกคนควรมีทักษะในการจัดการอารมณ์ที่ดี เพื่อดูแลใจตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาที่พบกับปัญหาซึ่งยังไม่มีทางออก ทุกคนควรมีทักษะการแก้ปัญหาที่ดี เพื่อช่วยให้ชีวิตดำเนินไปได้โดยราบรื่น จัดการกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาได้ด้วยดี

วิธีแก้อารมณ์มีทั้งที่ให้ผลดี ผลเสีย หรือบางครั้งก็ให้ผลไม่ชัดเจน

ผลดี เช่น การออกกำลังกาย การนั่งหรือเดินเล่นในที่ธรรมชาติ เข้าวัดฟังธรรม อ่านหนังสือ เขียนบันทึกทบทวน

ผลเสีย เช่น ดื่มสุรา ใช้ยาเสพติด ขับรถเร็ว ประชดประชัน

ผลที่ไม่ชัดเจน อาจดีหรือเสียก็ได้ ขึ้นกับเหตุการณ์ เช่น การฟังเพลง นอนหลับ พักผ่อน เป็นต้น การจัดการกับปัญหาและความเครียดทำได้หลากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น นิสัยความเคยชิน ประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา ทางออกที่เป็นไปได้ในขณะนั้น แหล่งช่วยเหลือที่มี ตลอดจนความสามารถในการเรียนรู้และการทดลองใช้วิธีการใหม่ ๆ

แต่ละวิธีต่างมีข้อดีและข้อจำกัดในตัวเอง ไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุด ที่จะใช้ได้กับทุกปัญหา หรือกับทุกคน การเรียนรู้วิธีจัดการกับความเครียดที่ดีจึงเป็นการฝึกฝนตนเองให้มีความสามารถในการใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยให้เกิดความยืดหยุ่น สามารถนำวิธีการที่เหมาะสมมาใช้ให้ถูกกับสถานการณ์ เปรียบได้กับการฝึกฝนใช้อาวุธหลากหลายชนิด เพื่อใช้รบในสมรภูมิที่แตกต่างกัน

โดยทั่วไป สิ่งต่าง ๆ ที่เราทำขณะมีความเครียด มักมีส่วนผสมระหว่างการพยายามแก้ปัญหา และการจัดการอารมณ์ ดังนั้น วิธีจัดการความเครียดที่ดีจึงต้องมีส่วนผสมของการแก้ปัญหาอันเป็นสาเหตุของความเครียด และการแก้อารมณ์ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความเครียดที่ต้องการการดูแลอย่างถูกวิธี

ปัญหาในการจัดการความเครียดที่พบได้บ่อย คือ การแก้อารมณ์ด้วยวิธีการที่ทำให้ปัญหานั้นยุ่งยากมากขึ้น เช่น การดื่มสุรา ใช้ยาเสพติด ขับรถเร็ว ประชดประชัน ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายตนเอง ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะขาดทักษะการแก้ปัญหาที่ดี มองไม่เห็นทางออกที่ดีกว่านี้ หรืออาจเกิดจากการขาดทักษะจัดการอารมณ์ลบของตนเอง ไม่สามารถหาวิธีคลายอารมณ์ที่เหมาะสมได้

‘จัดการความเครียด’ ก่อนที่จะ ‘ถูกความเครียดจัดการ’

1. หาสาเหตุและลงมือแก้ไข ไม่ว่าจะเป็นความเครียดที่มาจากปัญหาความขัดแย้ง การเงิน การเรียน สุขภาพ ความรัก อาจต้องค้นคว้าหาความรู้ใหม่ ๆ ฝึกความอดทนและฝึกอยู่กับความ

ยากลำบากขณะคิดหาทางและ ลงมือแก้ปัญหา อาจปรึกษาผู้รู้และผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือ ฝึกทักษะบางอย่างที่จะทำให้แก้ไขปัญหานั้นได้สำเร็จ

2. เบี่ยงเบนความสนใจ ด้วยการหยุดคิดเรื่องนั้นชั่วคราว หาอะไรอย่างอื่นทำที่เป็นการดูแลตัวเอง พักจิตใจ พักร่างกาย ก่อนจะกลับมาคิดหาทางแก้ไขต่อไป ตัวอย่างของวิธีเบี่ยงเบนความสนใจที่ดี ได้แก่

2.1 ออกกำลังกาย ซึ่งนอกจากจะช่วยเรื่องพักใจแล้ว ยังทำให้ร่างกายแข็งแรง คลายความตึงเครียดได้อีกด้วย

ทำในสิ่งที่ชอบ ที่รู้สึกดี หรือเกิดความเพลิดเพลิน เช่น อ่านหนังสือ เดินเล่น พูดคุยมองไปรอบ ๆ ปลูกต้นไม้ หรือทำอะไรใหม่ ๆ ที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียตามมา

หยุดความคิดที่ทำให้รู้สึกไม่ดี เช่น การคิดตำหนิตนเอง ด้วยการเตือนตัวเอง อาจบอกกับตัวเองว่า “หยุด” แล้วเปลี่ยนไปใส่ใจเรื่องอื่น

หลีกเลี่ยงสถานที่และบรรยากาศชวนเครียด เพื่อเลี่ยงจากการคิดวนเวียนกับเรื่องที่เป็นปัญหา เช่น ไม่ไปในที่ที่ทำให้หวนนึกถึงเรื่องทุกข์ใจชั่วคราว ไม่อยู่คนเดียว หรือฟังเพลงเศร้า ๆ ที่ยิ่งทำให้เศร้า เป็นต้น

ไม่เบี่ยงเบนความสนใจด้วยวิธีที่อาจส่งผลเสียตามมา เช่น การดื่มสุรา การใช้ความรุนแรง การหนีปัญหา หรือการใช้สารเสพติด

3. ทำใจ ทำความเข้าใจในอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ทำความเข้าใจตัวเอง ทำใจให้สงบ ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

3.1 ฝึกอยู่กับอารมณ์นั้นสักพัก ทำความเข้าใจและยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้น

3.2 ใช้เวลาทำความเข้าใจตัวเอง เข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น

3.3 หามุมมองและวิธีคิดใหม่ ที่จะช่วยให้อารมณ์ของเราดีขึ้น

3.4 ทบทวนว่าสามารถทำอะไรได้บ้าง แล้วเลือกลงมือทำ อย่ามัวแต่คิด

3.5 ใช้อารมณ์ขัน ดูหนังหรือทำกิจกรรมที่สนุก มองหาด้านที่น่าขันของเหตุการณ์

4. มองมุมใหม่ๆ ลองทบทวนวิธีคิด หรือฝึกมองในแง่มุมใหม่ ๆ ที่จะช่วยให้เราเข้าใจปัญหาดีขึ้น มองเห็นทางออกได้ยืดหยุ่นขึ้น ฝึกคิดทางบวก มองด้านดีของสิ่งที่เราไม่ชอบ จะช่วยให้เรามองเห็นทางออกได้ดีขึ้น หรือทำใจยอมรับทางเลือกที่มีอยู่ได้มากขึ้น

5. ผ่อนคลายเรียกพลัง ด้วยการฝึกเทคนิคต่าง ๆ เช่น หายใจอย่างถูกวิธี สมาธิ โยคะ ไท้ เก๊ก ฟังเสียงธรรมชาติ เทคนิคผ่อนคลายจะช่วยให้เราได้สัมผัสกับความสุขสงบทางใจ ผ่อนคลาย ช่วย

ให้เรามองได้รอบด้านมากขึ้น การจัดการปัญหาดีขึ้น และยังเป็นโอกาสในการสัมผัสความสุขอย่างง่าย ๆ ที่ทำให้เราไม่รู้สึกว่าชีวิตมีแต่ปัญหา

6. ถ้าไม่ไหวให้ขอความช่วยเหลือ อาจขอความช่วยเหลือจากเพื่อนฝูง ญาติพี่น้อง คนรู้จัก ผู้เชี่ยวชาญ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ให้ช่วยรับฟังปัญหา ช่วยเป็นกำลังใจ หรือขอคำแนะนำ ตลอดจนการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมอื่นๆ เช่น ช่วยทำอะไรบางอย่างให้ ช่วยเหลือด้านการเงิน

7. ลองหาเวลาช่วยเหลือผู้อื่นดูบ้าง เพราะจะทำให้เห็นว่ายังมีคนที่มีปัญหาและต้องการความช่วยเหลืออีกมาก วิธีนี้จะทำให้เรารู้สึกดี มีคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจ และได้เรียนรู้จากปัญหาของผู้อื่น แต่มีข้อควรระวังว่าไม่ควรช่วยเหลือผู้อื่นจนไม่ได้หันมามองและแก้ไขปัญหาของตัวเอง หรือถ้าการช่วยเหลือนั้นกลับทำให้เรารู้สึกแย่ลง คิดถึงปัญหาตนเองมากขึ้น ก็ควรเลี่ยงจากกิจกรรมนี้ไว้ก่อน จนกว่าจะมีความพร้อมเพียงพอ

อารมณ์ ความคิดและความเครียด

เวลาเครียด หากสังเกตอารมณ์ตนเองให้ดี จะพบว่าภายใต้ความเครียดนั้น ประกอบด้วยอารมณ์ด้านลบต่าง ๆ หลายชนิดเกิดขึ้นปะปนกัน เช่น กังวล กลัว โกรธ น้อยใจ เสียใจ ผิดหวัง

หากสังเกตต่อไปเราจะพบว่า ภายใต้อารมณ์ด้านลบแต่ละชนิดนั้น มักมีความคิดวิ่งตีคู่กันมาด้วยเสมอ ความคิดและอารมณ์จึงเป็นสิ่งที่สัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แยกจากกันได้ยาก การเรียนรู้ที่จะแยกแยะความคิดและอารมณ์ออกจากกัน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถจัดการกับอารมณ์ของเราได้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน

ระยะเวลา 40-60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยนึกถึงความสำคัญของสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัว และเพื่อน

เนื้อหา

กำลังใจในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคของชีวิตคือ การที่คนใกล้ชิดมอบความรักความเข้าใจ คอยเป็นกำลังใจให้ ความรักความเข้าใจจึงเป็นแหล่งพลังงานในการดำเนินชีวิต สายสัมพันธ์เกื้อหนุนจึงเป็น หัวใจสำคัญประการหนึ่งของความเข้มแข็งทางใจ

การสร้างความเข้มแข็งทางใจ ด้วยสายสัมพันธ์เกื้อหนุน เป็นการเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง ให้มีทักษะการสื่อสารที่ดี มีความเข้าใจที่ดี สามารถมอบความรักความเมตตา ความไว้วางใจแก่กันและกัน สายสัมพันธ์เกื้อหนุน จึงเป็นประหนึ่งแหล่งกำลังใจทรงพลังในการต่อสู้ชีวิต แม้ในยามที่ต้องพบกับสถานการณ์วิกฤติอันยากจะฝ่าฟัน

การสื่อสารเป็นวิธีการที่สมาชิกในครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน การสื่อสารจะเป็นข้อมูลที่บ่งบอกถึงความรู้สึก ความต้องการ ข้อเสนอแนะ ความคิดเห็น ความเป็นไปของผู้พูด ปัญหาด้านการสื่อสารมักจะแสดงออกด้วยอารมณ์เสมอ ทำให้อีกฝ่ายรู้สึกในทางลบ เช่น สงสัยว่าเขาต้องการอะไร รู้สึกว่าเราคงเป็นคนไม่มีอะไรดี รู้สึกถูกดูหมิ่นศักดิ์ศรี ไม่ได้รับการยอมรับ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าสำหรับอีกคน เมื่อคนเราไม่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในครอบครัวการอยู่ด้วยกันหรือพูดกันดีๆ จะเกิดขึ้นได้ยาก ตรงกันข้าม สิ่งที่เกิดขึ้นจะเป็นการตอบโต้ ใช้อารมณ์เข้าหากันและลุกลามเป็นปัญหารุนแรง และสะสมเรื้อรังต่อไป การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพหรือการสื่อสารทางบวก คือ การสื่อสารความคิดความรู้สึก ความต้องการของตนเอง พูดอย่างเปิดเผย ชัดเจน เพื่อให้ได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะปัญหาด้านการสื่อสาร ผู้ให้คำปรึกษาให้ความรู้เกี่ยวการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเสนอแนะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรม

1. เชิญบุคคลในครอบครัวที่อยู่กับผู้ป่วยขณะนั้นเข้าร่วมกิจกรรมด้วย
2. ให้ผู้ป่วยทบทวนถึงบุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคง อบอุ่น เป็นตัวอย่างที่ดีในการทำสิ่งต่างๆ เป็นกำลังใจที่ดีให้เสมอมา และบุคคลแรกที่ผู้ป่วยนึกถึงเมื่อมีความรู้สึกเครียด

3. ผู้วิจัยทวนซ้ำถึงบุคคลที่มีความสำคัญและเป็นกำลังใจที่ดีให้ผู้ป่วยเสมอมา

4. ใช้เทคนิคตั้งคำถามให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเองถึงปฏิกิริยาและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดแสดงออก

5. ผู้วิจัยชี้ให้ผู้ป่วยบุคคลในครอบครัว สื่อสารให้ตรงประเด็น ถูกต้องกับบุคคล ไม่สื่อสารผ่านคนกลาง

6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิด และสาเหตุที่เกิดขึ้นจากความบกพร่องด้านการสื่อสาร

7. แนะนำการสื่อสารที่เหมาะสมโดยส่งเสริมและให้กำลังใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกต พฤติกรรม ตลอดจนการซักถามปัญหา ข้อสงสัย การแสดงความรู้สึกและการแสดงความคิดเห็น

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากกิจกรรมในครั้งนี้

1. ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม

2. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารต่อกันได้อย่างเหมาะสม

3. ผู้ป่วยสามารถระลึกถึงความสำคัญของสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัว และเพื่อนได้

เอกสารประกอบในกิจกรรมที่ 4

ใบความรู้เรื่อง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การสื่อสาร

คือกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล การถ่ายทอดสาร จากบุคคลหนึ่ง (ผู้ส่งสาร) ไปยังบุคคลหนึ่ง (ผู้รับสาร) บุคคลต่อบุคคล และบุคคลต่อกลุ่มโดยใช้สัญลักษณ์ สัญญาณ หรือพฤติกรรมที่เข้าใจกัน ที่มีความหมายตรงกัน

ความหมายของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ คือ ความสำเร็จในการสื่อข้อความที่ต้องการสื่อ ทั้งด้วยวาจาหรือด้วยวิธีการอื่นไปยังบุคคลผู้เกี่ยวข้องให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน เห็นพ้องต้องตรงกัน เกิดความพึงพอใจกัน โดยวัตถุประสงค์ของการสื่อสารที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. การบรรลุถึงเป้าหมายที่วางเอาไว้
2. การสร้างและรักษาความสัมพันธ์

การสื่อสารที่ดี

1. การสื่อสารที่มีประสิทธิผล จะเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้รับสารตีความหรือแปลข่าวสาร และความเข้าใจความหมายของข่าวสารได้ถูกต้องตรงตามที่ผู้ส่งต้องการ

2. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อาจพิจารณาได้จากเวลา ต้นทุน และทรัพยากรที่ใช้ในการสื่อสารหากการสื่อสารแบบใดใช้เวลาน้อย ประหยัดค่าใช้จ่าย และทรัพยากรขององค์การได้มาก วิธีการสื่อสารนั้นมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบที่จะทำให้การสื่อสารระหว่างบุคคลมีประสิทธิผล มีดังนี้

1. ควรกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการส่งข้อมูลข่าวสารให้ชัดเจน
2. ควรให้ข้อมูลข่าวสารด้วยความระมัดระวัง
3. ควรเลือกรูปแบบของสารที่เหมาะสมกับสถานการณ์และทำให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด
4. ควรเลือกใช้วิถีทาง หรือช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม
5. ควรรวบรวมข่าวสารที่ผู้ส่งทำการส่งผ่านมาตามสื่อต่างๆให้สมบูรณ์
6. ควรทำความเข้าใจความหมายของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับให้ชัดเจน

คุยกันให้เข้า 'ใจ'

'การพูดคุยกันที่ดี' หมายถึงการที่ทั้งสองฝ่ายรับฟังซึ่งกันและกัน เปิดเผยความรู้สึกและความคิดเห็นของตนได้อย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา รับฟังกันได้และยอมรับกันได้

‘การพูดคุยที่ไม่เข้าใจกัน ’ จะมีการปิดบังความรู้สึกและความคิดเห็นต่อกัน ไม่พูดแสดงออกอย่างตรงไปตรงมา ไม่รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของอีกฝ่าย แต่มักจะพูดโต้ตอบหรือคอยแต่จะแก้ตัว บ่ายเบี่ยง

การพูดคุยจะเป็นไปด้วยดี หากทั้งสองฝ่ายวางตัวเป็นคู่สนทนาที่ดี คือ ฟังเมื่ออีกฝ่ายพูด ถามเพื่อทำความเข้าใจให้ชัดเจน ไม่คิดเอาเอง พูดแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกได้อย่างเปิดเผยเหมาะสม ตรงไปตรงมา

‘ฟัง’ อย่างไรให้ได้ ‘ยิน’

1 หันหน้าเข้าหาผู้พูด สบตาพอสมควร หยุดทำงานอื่นในขณะที่กำลังฟัง จดจ่อกับเรื่องที่ผู้พูดกำลังเล่า อย่าขัดจังหวะเพื่อเล่าเรื่องตัวเอง หรือพูดแทรกให้ความคิดเห็นหรือข้อแนะนำ

2. ฟังให้เข้าใจ ทั้งความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้พูด

2.1 ทำความเข้าใจความคิด โดยการสนใจในเนื้อหาที่ผู้พูดเล่า

2.2 ทำความเข้าใจในความรู้สึก โดยการสังเกตน้ำเสียง สีหน้า ท่าทางของผู้พูด

3. ถามเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจ

4. สรุปประเด็นหรือทวนสิ่งที่ผู้พูดเล่า สรุปความเข้าใจของตนเองจากสิ่งที่ได้รับฟัง เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของเราว่าถูกต้องหรือไม่

กิจกรรมที่ 5 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

ระยะเวลา 40-60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาความหมายและจุดมุ่งหมายของชีวิตได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการมีเป้าหมายในชีวิต

เนื้อหา

คนเราจะมีพลังในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคได้ดียิ่งขึ้น เมื่อมีจุดมุ่งหมายในชีวิต โดยเฉพาะหากจุดหมายนั้นไม่ได้เป็นไปเพื่อตัวเองแต่เพียงอย่างเดียว ความรู้สึกว่าเรากำลังก้าวไปสู่เป้าหมายที่มีคุณค่า จะช่วยให้เรามองเห็นว่า ปัญหาของเราเป็นเพียงส่วนเล็กๆ เมื่อเทียบกับปัญหาอื่น ๆ และมันจะผ่านไป ในขณะที่เราก้าวสู่จุดหมายที่ต้องการ

การสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยการมีจุดหมายในชีวิต เป็นวิธีฝึกฝนตนเองให้มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตอยู่เสมอ ตลอดจนเป็นการเรียนรู้ที่จะตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมในทุกสถานการณ์ แม้ในสถานการณ์ที่เป็นลบ ก็ยังสามารถตั้งเป้าหมายเชิงบวกที่ต้องการไปให้ถึงได้

กิจกรรม

1. เชิญบุคคลในครอบครัวที่อยู่กับผู้ป่วยขณะนั้นเข้าร่วมกิจกรรมด้วย
2. ให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งที่ตนอยากจะทำ แต่ไม่ได้ทำในอดีต และยังคงรู้สึกติดค้างในใจ
3. ให้ผู้ป่วย เล่าถึงสิ่งที่ตนต้องการทำเรียงลำดับตามความสำคัญก่อน-หลัง
4. ให้ผู้ป่วยแบ่งรายการที่ต้องการทำทั้งหมดเป็น 1) เรื่องสำคัญและเร่งด่วน 2) เรื่องสำคัญแต่ไม่เร่งด่วน 3) เรื่องไม่สำคัญที่เร่งด่วน 4) เรื่องไม่สำคัญและไม่เร่งด่วน
5. ผู้วิจัยสรุปซ้ำสิ่งที่ผู้ป่วยอยากทำและแผนการที่จะทำเรียงลำดับตามความสำคัญก่อน-หลัง พร้อมให้กำลังใจในการลงมือปฏิบัติว่าผู้ป่วยสามารถทำได้

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกต พฤติกรรม การแสดงความรู้สึกและการแสดงความคิดเห็น

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากกิจกรรมในครั้งนี้

ผู้ป่วยมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และรู้ว่าตนทำไปเพื่ออะไร จะทำให้ผู้ป่วยสามารถย่างก้าวไปข้างหน้าได้อย่างมั่นคง

เอกสารประกอบในกิจกรรมที่ 5

การตั้งเป้าหมาย

ลักษณะสำคัญประการหนึ่งของคนที่มีความสุขและประสบความสำเร็จในชีวิต คือ มักเป็นคนที่ให้ความสำคัญกับกับการจัดเวลาเพื่อทบทวนชีวิต เป้าหมาย ตลอดจนชอบวางแผนล่วงหน้าในอนาคต

การฝึกตั้งเป้าหมายและวางแผนชีวิตล่วงหน้า จะช่วยให้เราใช้พลังงานของชีวิตอย่างมีทิศทาง ไม่ปล่อยให้ชีวิตเลื่อนไหลไปตามเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามา

เป้าหมายและการวางแผนชีวิตจะช่วยให้เรารู้สึกว่าชีวิตเป็นของเรา และช่วยให้เรามองปัญหาที่เกิดขึ้นในฐานะโจทย์ที่ท้าทาย มากกว่าจะรู้สึกย่ำแย่ท้อแท้

การตั้งเป้าหมายที่ดี จะต้องทำความรู้จักกับตัวเองให้ดีเสียก่อน ว่าอะไรคือสิ่งสำคัญในชีวิต โดยไม่ปล่อยให้ความคิดเห็นของบุคคลอื่นรอบตัว หรือจากกระแสสังคม โดยเฉพาะจากสื่อโฆษณามากำหนดความเป็นตัวเรา แต่ควรให้เวลากับตัวเองในการคิดทบทวนเพื่อค้นหาความชัดเจนว่า สิ่งสำคัญในชีวิตของเราประกอบด้วยเรื่องใดบ้าง

การตั้งเป้าหมายให้กับตัวเอง บางครั้งอาจเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่เรากำลังประสบปัญหาบางประการ ทำให้ต้องหันกลับมาทบทวนชีวิตและพิจารณาเป้าหมายข้างหน้าใหม่อีกครั้ง

การตั้งเป้าหมายจะช่วยให้เราก้าวเดินออกจากจุดที่เป็นปัญหา ไปสู่จุดที่เราต้องการอย่างมีทิศทางที่แน่นอนมากยิ่งขึ้น ที่สำคัญช่วยป้องกันไม่ให้เราคิดเวียนวนกลับไปกลับมาอย่างสับสน

อย่างไรก็ตาม การตั้งเป้าหมายสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงเวลาปกติที่ชีวิตราบรื่นได้เช่นกัน ถ้าเราต้องการพัฒนาตัวเอง หรือต้องการสร้างสิ่งดี ๆ ใหม่ๆ ให้กับชีวิต

เป้าหมายที่ดีมีลักษณะอย่างไร

หนึ่ง มีความชัดเจน เป็นไปได้ รู้ว่าจุดหมายปลายทางเป็นอย่างไร

สอง เป็นเป้าหมายเชิงบวก ที่เราต้องการไปให้ถึง หรือต้องการให้เกิดขึ้น

สาม ทำได้ด้วยตัวเราเอง อยู่ภายใต้การควบคุมของเรา

สี่ มีกำหนดเวลาที่แน่นอนว่าจะบรรลุถึงเป้าหมายเมื่อไหร่

ห้า ตรวจวัดได้ ประเมินผลความก้าวหน้าได้

ใบกิจกรรม เป้าหมายชีวิตของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า อายุ.....ปี

อยากเรียนสูงสุดถึงระดับ.....

ในอนาคตข้าพเจ้าอยากเป็น.....

สิ่งที่ข้าพเจ้าอยากทำเรียงตามลำดับดังนี้

1) เรื่องสำคัญและเร่งด่วน ……

……..

……..

2) เรื่องสำคัญแต่ไม่เร่งด่วน ……

……..

……..

3) เรื่องไม่สำคัญที่เร่งด่วน ……

……..

……..

4) เรื่องไม่สำคัญและไม่เร่งด่วน……

……..

……..

ภาคผนวก ค
ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างใบงานกิจกรรมที่ 5

ใบกิจกรรม เป้าหมายชีวิตของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า อายุ 16 ปี

อยากเรียนสูงสุดถึงระดับ ปริญญาตรี

ในอนาคตข้าพเจ้าอยากเป็น ทำงานธนาคาร

สิ่งที่ข้าพเจ้าอยากทำเรียงตามลำดับดังนี้

1) เรื่องสำคัญและเร่งด่วน เรียนพิเศษ

2) เรื่องสำคัญแต่ไม่เร่งด่วน มีงานทำ

3) เรื่องไม่สำคัญที่เร่งด่วน เลิกดื่มเหล้า

4) เรื่องไม่สำคัญและไม่เร่งด่วน ไปเที่ยวทะเลกับเพื่อน

ใบกิจกรรม เป้าหมายชีวิตของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า อายุ 20 ปี

อยากเรียนสูงสุดถึงระดับ ปริญญาตรี

ในอนาคตข้าพเจ้าอยากเป็น ทำงานในสำนักงาน

สิ่งที่ข้าพเจ้าอยากทำเรียงตามลำดับดังนี้

1) เรื่องสำคัญและเร่งด่วน เรียนให้จบ ม.6 เรียน

2) เรื่องสำคัญแต่ไม่เร่งด่วน มีงานทำ

3) เรื่องไม่สำคัญที่เร่งด่วน อ่านหนังสือ

4) เรื่องไม่สำคัญและไม่เร่งด่วน ไม่เกี่ยวกับเพื่อน

ใบกิจกรรม เป้าหมายชีวิตของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า อายุ.....๙.....ปี

อยากเรียนสูงสุดถึงระดับ.....ป. ๗.....

ในอนาคตข้าพเจ้าอยากเป็น.....ครู.....

สิ่งที่ข้าพเจ้าอยากทำเรียงตามลำดับดังนี้

1) เรื่องสำคัญและเร่งด่วน .....เรียนให้เสร็จ.....

.....

.....

2) เรื่องสำคัญแต่ไม่เร่งด่วน .....ช่วยแม่ทำงาน.....

.....

.....

3) เรื่องไม่สำคัญที่เร่งด่วน .....ทำการบ้านเรียน.....

.....

.....

4) เรื่องไม่สำคัญและไม่เร่งด่วน.....เรียนดนตรี + ฝึกร้องเพลง.....

.....

.....

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละจำแนกตาม การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย อาการหูแว่ว ประวัติการทำร้ายตนเองวิธีการที่ใช้พยายามฆ่าตัวตาย และประวัติการทำร้ายตนเองของบุคคลในครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย				
มี	1	5	0	0
ไม่มี	19	95	20	100
อาการหูแว่วได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายตัวเอง				
มี	0	0	0	0
ไม่มี	20	100	20	100
ในอดีตเคยพยายามฆ่าตัวตาย				
เคย	1	5	0	0
จำนวนครั้ง	1	-	-	-
ไม่เคย	19	95	20	100
วิธีการที่ใช้พยายามฆ่าตัวตาย				
ไม่มี	0	0	0	0
มี ระบุ.....				
กินยาเกินขนาด	15	75	17	85
กินสารเคมี/ยากำจัดวัชพืช	5	25	3	15
ประวัติการทำร้ายตนเองของบุคคลในครอบครัว				
เคย	1	5	0	0
ไม่เคย	19	95	20	100
การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย				
มี	1	5	0	0
ไม่มี	19	95	20	100

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนพลังสุขภาพจิตก่อนทดลอง	ค่าคะแนน	คะแนนพลังสุขภาพจิตหลังทดลอง	ค่าคะแนน
กลุ่มควบคุม				
คนที่ 1	52	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	53	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คนที่ 2	55	เกณฑ์ปกติ	56	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 3	53	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	54	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คนที่ 4	45	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	46	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คนที่ 5	56	เกณฑ์ปกติ	56	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 6	51	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	52	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คนที่ 7	54	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 8	48	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	49	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คนที่ 9	54	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 10	58	เกณฑ์ปกติ	59	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 11	45	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	46	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คนที่ 12	53	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	54	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คนที่ 13	47	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	48	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คนที่ 14	52	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	53	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คนที่ 15	45	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	46	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คนที่ 16	45	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	46	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คนที่ 17	47	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	48	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คนที่ 18	52	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	53	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คนที่ 19	45	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	46	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คนที่ 20	45	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	46	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

ตารางที่ 8 คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post- test)

คนที่	ความคิดฆ่าตัวตาย				
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ผลต่างของคะแนน
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	d
1	9	ระดับปานกลาง	8	ระดับปานกลาง	-1
2	18	ระดับสูง	17	ระดับสูง	-1
3	12	ระดับปานกลาง	11	ระดับปานกลาง	-1
4	19	ระดับสูง	18	ระดับสูง	-1
5	10	ระดับปานกลาง	9	ระดับปานกลาง	-1
6	11	ระดับปานกลาง	11	ระดับปานกลาง	0
7	21	ระดับสูง	19	ระดับสูง	-2
8	8	ระดับปานกลาง	7	ระดับปานกลาง	-1
9	12	ระดับปานกลาง	11	ระดับปานกลาง	-1
10	19	ระดับสูง	17	ระดับสูง	-2
11	10	ระดับปานกลาง	9	ระดับปานกลาง	-1
12	13	ระดับสูง	12	ระดับปานกลาง	-1
13	18	ระดับสูง	17	ระดับสูง	-1
14	13	ระดับสูง	12	ระดับปานกลาง	-1
15	19	ระดับสูง	18	ระดับสูง	-1
16	14	ระดับสูง	13	ปานกลาง	-1
17	9	ระดับปานกลาง	8	ระดับปานกลาง	-1
18	10	ระดับปานกลาง	9	ระดับปานกลาง	-1
19	19	ระดับสูง	17	ระดับสูง	-2
20	10	ระดับปานกลาง	9	ระดับปานกลาง	-1
	$\bar{X}$=13.70	SD 4.28	$\bar{X}$=12.60	SD 4.04	$\bar{d}$ = 1.1

ตารางที่ 9 คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post- test)

คนที่	ความคิดฆ่าตัวตาย				
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ผลต่างของคะแนน
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	d
1	22	ระดับสูง	13	ระดับสูง	-9
2	22	ระดับสูง	11	ระดับปานกลาง	-11
3	6	ระดับต่ำ	3	ระดับต่ำ	-3
4	12	ระดับปานกลาง	7	ระดับปานกลาง	-5
5	6	ระดับต่ำ	3	ระดับต่ำ	-3
6	20	ระดับสูง	12	ระดับปานกลาง	-8
7	19	ระดับสูง	7	ระดับปานกลาง	-12
8	17	ระดับสูง	7	ระดับปานกลาง	-10
9	4	ระดับต่ำ	2	ระดับต่ำ	-2
10	10	ระดับปานกลาง	5	ระดับต่ำ	-5
11	2	ระดับต่ำ	0	ระดับต่ำ	-2
12	18	ระดับสูง	9	ระดับปานกลาง	-9
13	14	ระดับสูง	8	ระดับปานกลาง	-6
14	18	ระดับสูง	9	ระดับปานกลาง	-9
15	9	ระดับปานกลาง	5	ระดับต่ำ	-4
16	18	ระดับสูง	9	ระดับปานกลาง	-9
17	12	ระดับปานกลาง	7	ระดับปานกลาง	-5
18	19	ระดับสูง	8	ระดับปานกลาง	-11
19	10	ระดับปานกลาง	6	ระดับต่ำ	-4
20	11	ระดับปานกลาง	6	ระดับต่ำ	-5
	$\bar{X}$ = 13.45	SD 6.12	$\bar{X}$ = 6.85	SD 3.3	$\bar{d}$ = 6.6

ภาคผนวก ง
ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ชื่อผู้วิจัย นางกรรณิการ์ ผ่องโต

ที่อยู่ที่ติดต่อ 44/3 หมู่ 4 ต. ศาลเจ้าโรงทอง อ. วิเศษชัยชาญ จ. อ่างทอง โทรศัพท์ 035-627222 , 0865697160

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ** รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ **ได้รับคำอธิบาย** จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดี**แล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และตอบแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย และ แบบประเมินพลังสุขภาพจิตในวันแรกที่ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดให้ทราบและตอบแบบประเมินซ้ำอีกครั้งเมื่อมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 1 เดือน

ข้าพเจ้ามีสิทธิ **ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ **เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147,0-2218-8141 โทรสาร 0-2217-8147 **E-mail:** **eccu@chula.ac.th**

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางกรรณิการ์ ผ่องโต) (.....)

ผู้วิจัยหลัก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ชื่อผู้วิจัย นางกรรณิการ์ ผ่องโต

ที่อยู่ที่ติดต่อ 44/3 หมู่ 4 ต. ศาลเจ้าโรงทอง อ. วิเศษชัยชาญ จ. อ่างทอง โทรศัพท์ 035-627222 , 0865697160

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ** รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ **ได้รับคำอธิบาย** จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดี**แล้ว

ข้าพเจ้าจึง **สมัครใจ** เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบ แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย และ แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ในวันแรกที่ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดให้ทราบและประเมินอีกครั้งหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม และเข้าร่วม โปรแกรมการ เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจทั้งหมด 5 กิจกรรม ๆละ 40 – 60 นาที รวมระยะเวลาในการศึกษา 3 สัปดาห์ ข้าพเจ้ามีสิทธิ **ถอนตัว** ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ **เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147,0-2218-8141 โทรสาร 0-2217-8147 **E-mail:** eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางกรรณิการ์ ผ่องโต) (.....)

ผู้วิจัยหลัก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สำหรับผู้ปกครอง และผู้อยู่ในปกครอง

ทำที่.....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย…..……

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้เกี่ยวข้องเป็น (โปรดระบุเป็น พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ของ(ชื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย) .....) ขอแสดงความยินยอมให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ชื่อผู้วิจัย นางกรรณิการ์ ผ่องโต

ที่อยู่ที่ติดต่อ 44/3 หมู่ 4 ต. ศาลเจ้าโรงทอง อ. วิเศษชัยชาญ จ. อ่างทอง โทรศัพท์ 035-627222

ข้าพเจ้าและผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า **ได้รับทราบ** รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตลอด และ **ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดี**แล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**ให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และตอบแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย แบบประเมินพลังสุขภาพจิตในวันแรกที่ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดให้ทราบและตอบแบบประเมินซ้ำอีกครั้งเมื่อมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 1 เดือน

ข้าพเจ้ามีสิทธิให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าหรือเป็นความประสงค์ของผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแล **ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในการดูแลรักษาใดๆ ต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ **เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการ

วิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้า

หากผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 **E-mail: eccu@chula.ac.th**

ข้าพเจ้าและผู้ที่อยู่ในปกครองเข้าใจข้อความในข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือยินยอมโดยตลอดแล้ว ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

ลงชื่อ.....
(.....)
พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล

หมายเหตุ

ในกรณีที่มีผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอายุระหว่าง 8-17 ปี ต้องลงนามให้ความยินยอมร่วมกับบิดา/มารดาหรือผู้ปกครอง (Assent)

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สำหรับผู้ปกครอง และผู้อยู่ในปกครอง

ทำที่.....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย…..……

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้เกี่ยวข้องเป็น (โปรดระบุเป็น พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ของ(ชื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย) .....) ขอแสดงความยินยอมให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ชื่อผู้วิจัย นางกรรณิการ์ ผ่องโต

ที่อยู่ที่ติดต่อ 44/3 หมู่ 4 ต. ศาลเจ้าโรงทอง อ. วิเศษชัยชาญ จ. อ่างทอง โทรศัพท์ 035-627222

ข้าพเจ้าและผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า **ได้รับทราบ** รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตลอด และ **ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดี**แล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**ให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า เข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจทั้งหมด 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 40 – 60 นาที รวมระยะเวลาในการศึกษา 3 สัปดาห์ และ ตอบแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย และ แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ในวันแรกที่ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดให้ทราบและประเมินอีกครั้งหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม

ข้าพเจ้ามีสิทธิให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าหรือเป็นความประสงค์ของผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแล **ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในการดูแลรักษาใดๆ ต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ **เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการ

วิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้า

หากผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 **E-mail: eccu@chula.ac.th**

ข้าพเจ้าและผู้ที่อยู่ในปกครองเข้าใจข้อความในข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือยินยอมโดยตลอดแล้ว ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

ลงชื่อ.....
(.....)
พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล

หมายเหตุ

ในกรณีที่มีผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอายุระหว่าง 8-17 ปี ต้องลงนามให้ความยินยอมร่วมกับบิดา/มารดาหรือผู้ปกครอง (Assent)

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ชื่อผู้วิจัย นางกรรณิการ์ ผ่องโต ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ

(ที่บ้าน) 44/3 หมู่ 4 ต. ศาลเจ้าโรงทอง อ. วิเศษชัยชาญ จ. อ่างทอง

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 035-631322 ต่อ 125 โทรศัพท์ที่บ้าน 035-627222

โทรศัพท์มือถือ 086-5697160 E-mail: Kannikar4432@ hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตาย ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

2) เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตาย ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้คือ เป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทอง และมีภูมิลำเนาในจังหวัดอ่างทอง จำนวน 40 ราย มีอายุระหว่าง 15 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย มีคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย ตามแบบประเมิน ของ Beck (Beck Scale for Suicidal Ideation) ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะ ครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล และสามารถสื่อสารได้ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจและโต้ตอบได้รู้เรื่อง

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับ*การดูแล*แบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม การให้ยารับประทาน การให้

คำปรึกษาเบื้องต้น โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck เก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการศึกษา ในวันแรกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และประเมินซ้ำอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 1 เดือน

ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีทั้งหมด 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 40 – 60 นาที กิจกรรมที่ 1 – 3 ดำเนินกิจกรรมที่ตึกผู้ป่วยในติดต่อกัน 3 วัน กิจกรรมที่ 4 และ 5 ดำเนินกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 4 และ 5 ห่างกัน 3 วันระยะเวลาทั้งหมด 5 วัน ติดตามประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการศึกษา 3 สัปดาห์ ในแต่ละครั้งมีการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและ ทำความรู้จักกับความเข้มแข็งทางใจ เมื่อผู้ป่วยตอบรับลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck เก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการศึกษา

ครั้งที่ 2 การสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง โดยให้ผู้ป่วยทบทวนดูว่า ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมารู้สึกดีต่อตัวเองจากเรื่องอะไรบ้าง ทบทวนเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุให้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ทั้งในแง่ดี และแง่ร้าย และฝึกมองโลกแง่ดี

ครั้งที่ 3 การจัดการชีวิต โดยให้ผู้ป่วยนึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องตัดสินใจทำร้ายตัวเอง และเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด พร้อมกับเล่าถึงความคิดที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์นั้น และผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมไปถึงวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดในแต่ละครั้ง และทบทวนดูว่าในขณะที่เครียด มีอาการอะไรบ้าง และได้ทำอะไรไปบ้าง

ครั้งที่ 4 การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน โดย ให้ผู้ป่วยทบทวนถึงบุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคง อบอุ่น เป็นตัวอย่างที่ดีในการทำสิ่งต่างๆ เป็นกำลังใจที่ดีให้เสมอมา และบุคคลแรกที่ผู้ป่วยนึกถึงเมื่อมีความรู้สึกเครียด และให้แสดงความรู้สึกของตนเองถึงปฏิกิริยาและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดแสดงออก

ครั้งที่ 5 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต โดยให้ผู้เข้าป่วยคิดถึงสิ่งที่ตนอยากจะทำ แต่ไม่ได้ทำในอดีต และยังคงรู้สึกติดค้างในใจ เรียงลำดับตามความสำคัญก่อน-หลัง และแบ่งรายการที่ต้องการทำทั้งหมดเป็น 1) เรื่องสำคัญและเร่งด่วน 2) เรื่องสำคัญแต่ไม่เร่งด่วน 3) เรื่องไม่สำคัญที่เร่งด่วน 4) เรื่องไม่สำคัญและไม่เร่งด่วน

เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพลังสุขภาพจิตทันที แล ะติดตามประเมินความคิดฆ่าตัวตายหลังดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจจะช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายาม

ฆ่าตัวตาย และผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการการพยาบาลเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมงานวิจัย คือท่านจะมีความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติในเวลาอันรวดเร็ว อีกทั้งเกิดการเรียนรู้ พัฒนาจากการเผชิญปัญหาหรือวิกฤตินั้นๆ และ ช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการการพยาบาลเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายในรายอื่นๆ ได้

8. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผล การวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ภาคผนวก จ
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เลขที่หนังสือรับ 1446
ว.ด.ป. 5 ต.ค. 55
เวลา 15.00 น.

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-8147

ที่ จว 585/55 **วันที่** 28 กันยายน 2555

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน **คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์**

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบรับรองผลการพิจารณา
2. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3. หนังสือแสดงความยินยอม
4. แบบประเมิน

ตามที่ **นางกรรณิการ์ ผ่องโต** นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยที่ 103.1/55 เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (EFFECT OF THE RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAM ON SUICIDAL IDEATION IN SUICIDAL ATTEMPTER) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลักพิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้รับรองวันที่ 20 กันยายน 2555

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 141/2555

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 103.1/55 : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ผู้วิจัยหลัก : นางกรรณิการ์ ผ่องโต

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 20 กันยายน 2555 **วันหมดอายุ** : 19 กันยายน 2556

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

1) โครงการวิจัย
2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3) ผู้วิจัย
4) แบบประเมิน

เลขที่โครงการวิจัย 103.1/55
วันที่รับรอง 20 ก.ย. 2555
วันหมดอายุ 19 ก.ย. 2556

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
*4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) **เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น***
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นาง กรรณิการ์ ผ่องโต เกิดวันที่ 17 มีนาคม 2510 ที่อำเภอ วารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตร ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัด อุบลราชธานี ปีการศึกษา 2532 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2532– 2536 และย้ายมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง ปี 2536 – ปัจจุบัน เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลาราชการ) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2553 ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ งานผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง