

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา
ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

นางวราภรณ์ ประทีปธีรานันต์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2556

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 EMPOWERMENT PROGRAM ON COPING ABILITY
OF SUICIDAL ATTEMPTERS

Mrs. Waraporn Pratepteranun

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

วารสาร ธีประทีปธีรานันต์ : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย (THE EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON COPING ABILITY OF SUICIDAL ATTEMPTERS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: รศ.ดร. อรพรรณ ลือบุญราชชัย ,140 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอรรษา จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's Alpha coefficients) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบค่าที (t-test)

ผลการศึกษาที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

- 1.ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
- 2.ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สาขาวิชา....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.... 2556.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5477309536 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : EMPOWERMENT PROGRAM/COPING ABILITY/SUICIDAL ATTEMPTERS

WARAPORN PRATEEPTERANUN: THE EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON COPING ABILITY OF SUICIDAL ATTEMPTERS. ADVISOR: PROF.ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D. 140 pp.

The purposes of this research were to compare the coping ability of suicidal attempters before and after the utilization of the empowerment program and to compare the coping ability of suicidal attempters in the experimental group and control group .The subjects composed of 40 suicidal attempters who met the inclusion criteria and were admitted to the patient department of Chaophraya Yommrat Hospital . The experimental group received empowerment program, where as the control group received regular caring activities . Research instruments were empowerment program and the coping ability scale. These instruments were examined for content validity by 5 psychiatric experts. The reliability of the scale by Chronbach’s Alpha coefficients was .83. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results of this study were as follow:

1. Coping ability of suicidal attempters in experimental group after using empowerment program was significantly higher than before using empowerment program , at the .001 level.
2. Coping ability of suicidal attempters in experimental group after using empowerment program was significantly higher than control group , at the .001 level.

Field of Study:.. Mental Health and Psychiatric Nursing... Student’s Signature.....
 Academic Year:....2013..... Advisor’s Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของรองศาสตราจารย์ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำงานวิจัย เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น คอยให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดมา ยังความซาบซึ้งในความรักความเมตตาที่ได้รับตลอดการทำการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นอกจากนี้ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราชจังหวัดสุพรรณบุรี ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาตลอดหลักสูตร

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา สามิและบุตรชายทั้ง 2 ที่เป็นกำลังใจอันยิ่งใหญ่ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ศึกษาด้วยดีตลอดมา ทำให้ผู้ศึกษามีความมุ่งมั่น อดทนในการต่อสู้กับอุปสรรคทุกอย่างได้จนสำเร็จ

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่กลุ่มผู้พยายามมาด้วยวัยที่เข้าร่วมการศึกษาทุกท่าน ขอให้มีความสุขกายที่สมบูรณ์แข็งแรง และมีพลังใจที่เข้มแข็ง สามารถต่อสู้กับอุปสรรคทั้งปวงตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา.....	6
ขอบเขตการศึกษา.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
การดำเนินการวิจัย.....	51
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	71
รายการอ้างอิง.....	80
ภาคผนวก.....	89
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและเชี่ยวชาญ.....	90
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	92
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	98
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	140

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย และความหมายจำแนกเป็นรายด้าน.....	48
2 การประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้พยายามฆ่าตัวตาย และจำแนกเป็นรายด้าน	50
3 คะแนนการรับรู้พลังอำนาจของผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	57
4 จำนวนและร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา	61
5 จำนวนและร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามอาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....	62
6 จำนวนและร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามจำนวนครั้งที่ทำร้ายตนเอง วิธีการทำร้ายตนเอง เหตุการณ์กระตุ้นให้ทำร้ายตนเอง	63
7 จำนวนและร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามปัญหาสุขภาพ ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว.....	64
8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐาน และระดับของความสามารถในการเผชิญปัญหารายด้านของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	65
9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	65
10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐาน และระดับของความสามารถในการเผชิญปัญหารายด้านของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	66
11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	67

ตารางที่

หน้า

12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐานและระดับของความสามารถในการเผชิญปัญหา ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกรายบุคคล.....	67
13	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหา ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	69
14	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐานและระดับของความสามารถในการเผชิญปัญหารายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง	70

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

จากสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบันทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ประชาชนเกิดวิกฤตทางจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความเครียด ความคับข้องใจ และมีภาวะซึมเศร้า จนเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าในแต่ละปีทั่วโลกมีคนฆ่าตัวตายเกือบ 1 ล้านคนและในทุกวัน ประชากรจะสูญเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 1,100 คนหรือ 40 วินาทีจะมีประชากรฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน และในผู้คนราว 10-20 ล้านคน พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่เป็นผลสำเร็จ ([http:// www.who.int/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicideprevent/suicidelen/ind)

[mental_health/prevention/suicideprevent/suicidelen/ind](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicideprevent/suicidelen/ind)) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังประมาณการฆ่าตัวตายทั่วโลกเพิ่มขึ้นคิดเป็น 1.5 ล้านคนในปีพ.ศ.2563และเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 3 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15-44 ปีส่วนการพยายามฆ่าตัวตายสำเร็จครั้งแรกเป็น 20 เท่า (World Health Organization [WHO],2006)

ในประเทศไทยการฆ่าตัวตาย นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยพบว่า ทุก 2 ชั่วโมงมีคนฆ่าตัวตาย 1 คน ส่วนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในแต่ละปีมีจำนวนมากคิดเป็นร้อยละ 10-20 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งคนกลุ่มนี้มีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำเพิ่มขึ้น 100 เท่า และร้อยละ 10 จบชีวิตตนเองเป็นผลสำเร็จในเวลาต่อมา (http://suicide.jvkk.go.th/menu_3.aspx) และจากรายงานกรมสุขภาพจิต สถิติการฆ่าตัวตายในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ.2545- พ.ศ.2554 อัตราการฆ่าตัวตายเป็น 7.84, 7.13, 6.87, 6.34, 5.77, 5.97, 5.98, 5.97, 5.90 และ 6.03 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ถึงแม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายจะมีตัวเลขลดลงตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด(ไม่เกิน6.5ต่อประชากรแสนคน) แต่หากคำนวณเป็นต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในประเภทค่าอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ยต่อรายละ 2,028-5,335 บาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,2547)อ้างในกลุ่มมีระบบเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์,2554)ดังนั้นผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตถูกส่งต่อมารับบริการที่โรงพยาบาลประมาณ 20,000 รายต่อปี จึงคิดเป็นต้นทุนต่อระบบบริการเท่ากับประมาณ 41-107 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ไม่ได้นับต้นทุนที่แต่ละครอบครัวต้องแบกรับเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการทำร้ายตนเอง(กรมสุขภาพจิต,2553)

จังหวัดสุพรรณบุรี มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในลำดับต้นๆ ของเขตตรวจราชการที่ 4 นอกจากนี้ยังพบว่าพื้นที่อำเภอเมืองสุพรรณบุรีมีอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำสูงสุดเป็นอันดับที่ 1 ติดต่อกัน 4 ปี ตั้งแต่ปีพ.ศ.2551 -2554 (โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร,2555)คิดเป็นอัตรา 9.28,

10.70 ,11.30 และ 9.50ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า อัตราการฆ่าตัวตายซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยข้อมูลโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชปีพ.ศ.2555 นี้ พบว่า ผู้ทำร้ายตนเองเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 57 มีอายุอยู่ในช่วง 15-44 ปี มากที่สุดถึงร้อยละ 77.80 เกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 44 วิธีการทำร้ายตนเองส่วนใหญ่ใช้วิธีกินยาเกินขนาด(Para ,CPM)คิดเป็นร้อยละ 48.5 มักพบกลุ่มคนที่มีลักษณะหุนหันพลันแล่นด้วยสาเหตุส่วนใหญ่ คือทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 32.26 รองลงมาคือ น้อยใจที่ถูกดูค่า ร้อยละ 30.11 ตามลำดับ

การฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่แสดงถึงความขัดแย้งภายในจิตใจเท่านั้น แต่ยังแสดงถึงความขัดแย้งระหว่างบุคคลอีกด้วย(กรมสุขภาพจิต,2549) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายที่พบมากในช่วงวัยหนุ่มสาวและผู้ใหญ่ตอนต้นคือ ปัจจัยด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคลที่ไม่เหมาะสม ทำให้บุคคลปรับตัวได้ไม่ดี เกิดความขัดแย้งในตนเองและขัดแย้งกับผู้อื่น ดังเช่นจากการศึกษาของมาโนช หล่อตระกูล (2551)พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยหนุ่มสาวหรือผู้ใหญ่ตอนต้นได้แก่ การที่บุคคลมีอารมณ์หุนหันพลันแล่น มีความบกพร่องในการเผชิญปัญหา สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไม่ดี และการศึกษาของพัชรี วิชาชัยและอมรรรัตน์ หาญจรัส(2550)ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยทำงาน คือการมีบุคลิกภาพแบบแยกตัวเอง เก็บกดปัญหา มีอารมณ์รุนแรงโมโหง่าย มีวิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์มากกว่าแก้ปัญหา มีความขัดแย้งกันในครอบครัว นอกจากนี้การศึกษากองกาญจนา เทพมาลัย (2551)เรื่องกระบวนการจัดการปัญหาในชีวิตประจำวันและการพัฒนาศักยภาพตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าการจัดการปัญหาส่วนใหญ่จะแก้ไขเฉพาะหน้าที่ไม่ได้มุ่งแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุ และการศึกษาของธนู ชาดิธนานนท์และคณะ(2542) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะความเครียด กลไกการจัดการกับภาวะความเครียด และความคิดฆ่าตัวตายของคนไทยในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ พบว่ากลไกการจัดการกับอารมณ์แบบหลีกเลี่ยงปัญหาและการมองโลกในแง่ร้าย สัมพันธ์กับความเครียดในระดับสูง ในขณะที่กลไกการเผชิญปัญหา การมองโลกในแง่ดี การพึ่งตนเองสัมพันธ์กันอย่างผกผันกับระดับความเครียดของบุคคล และการศึกษาของ Elliott and Frude (2001 Cited in Mc Leanne et al.,2008) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังชาวสก็อต คือ มีความบกพร่องด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา รู้สึกถูกทอดทิ้ง มีอารมณ์ด้านลบ และแยกตัวเอง นอกจากนี้ Chapman,Specht&Cellucci(2005 cited in Mc Leanne et al.,2008) พบว่ากลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ด้านลบกับการพยายามฆ่าตัวตาย

การเผชิญปัญหาที่มีความสำคัญมากต่อผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งLazarus and Folkman(1984) ได้ให้ความหมายของการเผชิญปัญหาว่า หมายถึง ความพยายามทางปัญญาและพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อจะจัดการกับปัญหา หรือข้อเรียกร้องทั้งจากภายนอก

และภายในตนเองที่บุคคลประเมินว่าถูกคุกคามหรือเกินกว่าความสามารถที่ตนจะรับได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายขาดความสามารถในการเผชิญปัญหา กล่าวคือ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเอง มักใช้การเผชิญแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่าแบบมุ่งแก้ปัญหา หลีกเลี่ยงปัญหา มองโลกในแง่ลบ ส่งผลให้การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ขาดการตัดสินใจและมีมุมมองต่อปัญหาที่ไม่ดี มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จนทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเลือกที่จะฆ่าตัวตายซ้ำเพื่อหนีสภาพดังกล่าว(Reiss and Dombeck,2007) และจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman(1984) ที่กล่าวว่า โดยปกติบุคคลจะใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบผสมผสานทั้งการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการที่ตัวปัญหาและแบบมุ่งจัดการที่อารมณ์เพื่อลดความเครียดหรือสถานการณ์ที่มาคุกคาม ซึ่งผลของการใช้กลยุทธ์ดังกล่าวอาจเป็นได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนั้น การเผชิญปัญหาจะมีประสิทธิภาพได้นั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องได้แก่คุณค่า เป้าหมาย พันธสัญญา รูปแบบการเผชิญปัญหาที่ต้องการและความเชื่อของบุคคล โดยเฉพาะความเชื่อในด้านบวกนับว่ามีความสำคัญทางจิตสังคม และมีผลต่อการเผชิญปัญหา ความเชื่อเป็นพื้นฐานของความหวังและความหวังก็สนับสนุนความเชื่อที่ว่าบุคคลสามารถควบคุมตนเองและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองได้ (Lazarus and Folkman,1984) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาให้มีประสิทธิภาพ คือความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองได้ (Locus of control) การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ลดความเครียดจากสถานการณ์ที่มาคุกคาม และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (Baumeister,Vohs&Tice,2007) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Englert et al.,(2011) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมตนเองและความวิตกกังวลต่อการเผชิญปัญหา พบว่า การควบคุมตนเอง(Self-control)มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเผชิญปัญหา นอกจากนี้การควบคุมตนเองสูงช่วยลดระดับของความวิตกกังวลได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jennifer(2007) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเอง (Locus of control),การเผชิญปัญหา,การเห็นคุณค่าในตนเองและความเชื่อทางวัฒนธรรมของหญิงวัยรุ่น พบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง และพบว่า ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองสามารถทำนายการเห็นคุณค่าในตนเองและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการที่ตัวปัญหาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความเชื่อด้านลบ ขาดอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ กิจกรรมต่างๆที่เคยปฏิบัติ ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่า และความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก (Seeman,1959;Carpenit,1989) อ้างถึงในจารุวรรณ จินตามงคล,2541) ส่งผลให้เกิดความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม และหากปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายตกอยู่ในภาวะไร้พลังอำนาจ

(Powerlessness)(Gibson,1993) และเมื่อผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจไปอีก (จารุวรรณ จินตมงคล,2541) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า เมื่อผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนเดิม ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและการงาน ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามที่โรงพยาบาลกำหนด ไม่สามารถตัดสินใจเลือกสิ่งที่เขาต้องการ เมื่อผู้ป่วยสูญเสียอิสระในการตัดสินใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆได้ เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้ เนื่องจากไม่สามารถยืนยันตัวตนของตัวเอง(Self-affirmation) (Robert,1978) และหากผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งขาดการสนับสนุนจากครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ความหวัง มองโลกในแง่ลบ สิ่งต่างๆเหล่านี้ก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองทั้งทางกาย จิตใจ ค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมายในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม(Gibson,1995)

จะเห็นได้ว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาที่มีความสำคัญมากในการดำเนินชีวิตของบุคคล เนื่องจากความสามารถในการเผชิญปัญหาที่มีจุดประสงค์เพื่อลดอันตรายจากสถานการณ์ เพื่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น คำแรงความรู้สึกที่ดีของตนเอง รักษาความสมดุลทางอารมณ์และเพิ่มความพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น(Taylor,1990) ดังนั้น การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี ส่งผลให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ คือการส่งเสริมให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายใช้ศักยภาพของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม มองโลกในแง่บวก รู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Caplan(1963 cited in Miller,1992)ที่ว่า การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเป็นการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาตามความเป็นจริง และค้นหาข้อมูล แสดงอย่างอิสระ ทั้งความรู้สึกในแง่บวกและแง่ลบ มีความอดทนอดกลั้นในความขัดแย้ง ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ควบคุมอารมณ์เมื่อเป็นไปตามความต้องการและยอมรับเมื่อไม่เป็นอย่างที่คิด มองโลกในแง่ดี นับถือไว้วางใจตนเองและผู้อื่น แต่รูปแบบการดูแลสุขภาพพยาบาลผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายในปัจจุบันนั้นมักเน้นด้านร่างกายมากกว่า(ลักษณะ รุ่งสอาด,2552) และการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองทั่วไปก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในบางรายอาจมีการนัดติดตามผลการรักษาตามความเหมาะสมเท่านั้น แต่ยังไม่มีการให้การบำบัดด้านจิตใจที่ชัดเจนทำให้จำนวนผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายซ้ำไม่ได้ลดลง (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม,2548) เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุอย่างแท้จริง ขาดอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ ไม่มีแนวทางในการแก้ปัญหาของตนเอง ส่งผลให้การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ปัญหาไม่คลี่คลาย การปรับตัวล้มเหลว เกิดความทุกข์และความขัดแย้งกับผู้อื่น ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อนและรุนแรงตามมา โดยเฉพาะการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ(Jacqueline,1998)

สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bell (1977 อ้างถึงในฉวีวรรณ สัตยธรรม,2540) พบว่า ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจมักใช้การเผชิญปัญหาระยะสั้นมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดี การใช้การเผชิญปัญหาระยะสั้นเป็นการมุ่งจัดการกับอารมณ์ ไม่มีการแก้ไขปัญหาก็แท้จริงทำให้ปัญหานั้นไม่หมดไป

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ(Empowerment) มีพื้นฐานความเชื่อ คือมุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางสติปัญญา และพลังในตัวผู้ป่วยมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น Gibson (1991 อ้างถึงในจินตนา ยูนิพันธุ์,2536) ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยใช้ในการควบคุมกำกับการดำเนินชีวิตตนเอง และมีลักษณะที่ทั้งผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามร่วมกัน แลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก เป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน เสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม และเป็นกระบวนการระยะยาวของการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้ความสามารถบรรลุผลตามที่ตั้งใจ สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของ Arnold et al.,(1995) ที่กล่าวว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการดูแลด้านจิตสังคมโดยจะช่วยให้บุคคลตระหนักในตนเอง มีเป้าหมายชีวิต สามารถควบคุมตนเองได้ ส่งผลให้จัดการกับความเครียดและมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้มีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง เห็นว่าควรมีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ(Empowerment) ซึ่งเป็นแนวคิดที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้โดยอิสระมาใช้ในการเสริมสร้างอำนาจในการควบคุมตนเอง เพื่อส่งผลให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเหมาะสม และพบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ สุพาภรณ์ วุฒิกานต์(2549)ที่พัฒนามาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของGibson (1993)น่าจะเป็นโปรแกรมที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำหลักการสัมพันธภาพบำบัด (Peplau,1952) และกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม(กรมสุขภาพจิต,2543) เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความรู้สึก ความคิดเห็นระหว่างพยาบาลและผู้พยายามฆ่าตัวตาย มาใช้ประกอบในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานวิจัยครั้งนี้ด้วย ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson(1993) ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การค้นหาสภาพการณ์จริง2)การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ภายในบุคคล รับรู้ว่าคุณมีพลังอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ เชื่อในความสามารถของตนเอง มองโลกในแง่ดี พร้อมเปลี่ยนแปลงตนเองให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และดำรงไว้ซึ่งการตัดสินใจเรื่องการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้องด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรลุเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรีที่สมัครเข้าร่วมวิจัย ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะได้ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และผู้ให้บริการในการนำไปปรับใช้ในการบริการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายต่อไป

คำถามการวิจัย

1.ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2.ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

ผู้พยายามฆ่าตัวตายต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ จะก่อให้เกิดปัญหาหรือความเครียดของจิตใจ และต้องหาวิธีในการเผชิญปัญหานั้น เพื่อที่จะสามารถปรับตัวรักษาความสมดุลของจิตใจไว้ แต่หากผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความเชื่อด้านลบ ขาดความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตตนเอง จะส่งผลให้การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ไม่มีแนวทางในการแก้ปัญหาของตนเอง ปัญหาไม่คลี่คลาย การปรับตัวล้มเหลว เกิดความทุกข์และความขัดแย้งกับผู้อื่น ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อนและรุนแรงตามมา โดยเฉพาะการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ(Jacqueline,1998) สอดคล้องกับแนวคิดของ Miller(1992)ที่ว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่มาคุกคาม หรือแก้ไขความรู้สึกไม่สุขสบายต่างๆเช่นความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกเศร้าหรือความรู้สึกผิดได้ ซึ่งปัญหาต่างๆนั้นย่อมมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต และจากการที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความเชื่อด้านลบ ขาดความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิต มีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ขาดการตัดสินใจและมีมุมมองต่อปัญหาที่ไม่ดี

รู้สึกสูญเสียคุณค่าและความนับถือตนเอง สิ่งต่างๆเหล่านี้ก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง ทั้งทางกาย จิตใจ ค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมายในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม(Gibson,1995)

การส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายให้เหมาะสมถือว่ามี ความสำคัญยิ่ง ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความเชื่อด้านบวก มีอำนาจในการควบคุมตนเองหรือ ควบคุมสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตตนเองได้ มองโลกในแง่ดี ปรับตัวได้ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ อย่างมีความสุข แนวทางหนึ่งที่จะส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ให้เหมาะสมนั้นคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งสุพาภรณ์ วุฒิการณ์(2549)ได้ศึกษาโปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย 25 ครอบครัว พบว่า ร้อยละ60 ของครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมฯรับรู้ว่ามีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น สามารถจัดการปัญหาที่ เกิดขึ้นกับครอบครัวและสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Gutierrez (1994)ที่พบว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยการพัฒนาทักษะที่จำเป็น,การทำ ความเข้าใจกับปัญหาของตนเอง,การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหของตนเอง และการได้รับการ สนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถควบคุมตนเองได้และ มีการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

นอกจากนี้ Roger et al.,(1997 cited in Corrigan,1997) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ ของผู้รับบริการเป็นการสร้างทัศนคติในทางบวกเกี่ยวกับตนเอง ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง เชื่อ ในความสามารถของตนเอง และมองอนาคตในทางที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson (1993)ที่ กล่าวว่า ความเชื่อในทางที่ดีส่งผลให้บุคคลเกิดความหวัง และสามารถที่จัดการกับปัญหาความ ยากลำบากที่เกิดขึ้นได้ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่ว่า ความ เชื่อในด้านบวกนับว่ามีความสำคัญทางจิตสังคม และมีผลต่อการเผชิญปัญหาอย่างมาก ความเชื่อ เป็นพื้นฐานของความหวัง และความหวังก็สนับสนุนความเชื่อที่ว่าบุคคลสามารถควบคุมตนเอง และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมความสามารถในการ เผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson(1993) ซึ่งพัฒนามาจากสุพาภรณ์ วุฒิการณ์(2549)มาประยุกต์ใช้กับผู้พยายามฆ่าตัวตายเพื่อ ป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ด้วยกิจกรรมรายบุคคลประกอบด้วย 4 ขั้นตอนๆละ 45-60 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และความสามารถในการ เผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เป็นกิจกรรมที่พยาบาลสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย ด้วยสัมพันธภาพบำบัด (Peplau,1952) โดยเริ่มต้นด้วยการที่พยาบาลแนะนำตัวเองด้วยท่าทีที่เป็น มิตร แจ่มใส ประสงค์ ระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม การรักษาความลับ และให้ผู้พยายามฆ่าตัวตาย รับรู้ เข้าใจสาเหตุ และผลกระทบของการฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการเผชิญ

ปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ใช้ในสภาพการณ์จริง ขั้นตอนนี้ช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดความไว้วางใจ รับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเองตามความจริง เข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง(จินตนา ยูนิพันธ์,2551) สอดคล้องกับ Gray Down&church(1990) ที่กล่าวว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจโดยการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้ เข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์ จะทำให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสม สามารถควบคุมตนเองและมีการเผชิญปัญหาที่ดี

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระตุ้นให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมองปัญหา ประเมิน คิดพินิจวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ปัญหาในแง่มุมต่างๆจนเกิดความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งสามารถวางแผนจัดการและบอกได้ว่าจะดำเนินการตามแผนการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ขั้นตอนนี้ช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีการเปลี่ยนแปลงความคิด ทศนคติและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รู้สึกถึงความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อว่าตนเองมีความสามารถเลือกการดำเนินการเผชิญปัญหาของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์(2543)ที่พบว่าการใช้ศักยภาพของตนเองประเมิน วิเคราะห์ปัญหา และเลือกใช้วิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม จะส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้นและส่งผลต่อการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมตอบสนองความต้องการของตนเองซึ่งได้รับการยอมรับและการสนับสนุนจากพยาบาล เป็นกิจกรรมที่พยาบาลให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ และการฝึกทักษะโดยเฉพาะทักษะด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ทักษะการเผชิญปัญหา และการส่งเสริมความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ขั้นตอนนี้ช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายผ่อนคลายความเครียด ทั้งนี้เพราะในภาวะผ่อนคลายจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ให้ทำงานลดลงช่วยลดอันตรายที่จะเกิดจากการที่ร่างกายอยู่ในภาวะเครียดยาวนาน มีการปรับตัวดีขึ้น และสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ (จินตนา ยูนิพันธ์ ,2534) เกิดความเชื่อด้านบวก ส่งผลให้เกิดความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ จะรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นต่อไป เป็นกิจกรรมที่พยาบาลจะใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาลในขั้นตอนต่างๆ และส่งเสริมให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเห็นคุณค่าในตนเอง มีเป้าหมายชีวิต เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองและเชื่อเกี่ยวกับอำนาจควบคุมตนเอง พร้อมคงไว้ซึ่งความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ด้วยการติดตามประเมินผลจากการวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาซ้ำภายหลังจบโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ สอดคล้องกับสุภาพรณ วุฒิกุล(2549)ที่ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้มี

แนวโน้มน่าตัวตาย 25 ครอบครัวพอสรุปได้ว่าร้อยละ 60 ของครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมรับรู้ว่ามีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น สามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวและ ป้องกันการฆ่าตัวตายได้

ซึ่งกิจกรรมข้างต้นจะส่งเสริมการเรียนรู้ภายในบุคคล และเมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะเกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่ช่วยให้สามารถปฏิบัติภารกิจได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตตนเอง และสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้

สมมติฐานการวิจัย

1).ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังเข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

2).ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ตัวแปรที่ใช้ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน การสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคคลมีการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเองภายในบุคคล เชื่อว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ มีอิสระในการเลือกและตัดสินใจ สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้

การจัดการเสริมสร้างพลังอำนาจรูปแบบนี้ เป็นกระบวนการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยกิจกรรมการเสริมสร้าง

พลังอำนาจเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson(1993)โดยพัฒนามาจากสุภาพการณ์ วุฒิศาสตร์(2549) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนๆละ 45-60 นาที ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคยด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรับรู้เข้าใจสาเหตุ และผลกระทบของการฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ใช้ในสภาพการณ์จริง

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณนำไปสู่การเข้าใจ ยอมรับปัญหา และมีความตระหนักถึงความเป็นไปได้ในการจัดการกับปัญหาของตนเองตามเป็นจริง หมายถึง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมองปัญหา ประเมิน คิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์ปัญหาในแง่มุมต่างๆจนเกิดความเข้าใจ ยอมรับปัญหาเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา

3. การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมตอบสนองปัญหาและความต้องการของตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ และการฝึกทักษะ ซึ่งผู้พยายามฆ่าตัวตายมองเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติตามแผนการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม หมายถึง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลจะใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาล ในขั้นตอนต่างๆ จนเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองและเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเอง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง วิธีการให้การบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจัดให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลรักษาด้านร่างกายทั่วไป เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การดูแลให้ได้รับยาคลายความวิตกกังวลตามความเหมาะสม และการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเรื่องการดูแลตนเองทั่วไปก่อนกลับบ้าน

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่มีความคิด ความตั้งใจที่จะทำร้ายตนเองให้ถึงแก่ชีวิตด้วยวิธีการต่างๆ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำ และมารับบริการรักษา ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โดยบุคคลมีอายุอยู่ในช่วง 15-44 ปี

ความสามารถในการเผชิญปัญหา หมายถึง พฤติกรรมหลังจากที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นปัญหาที่ต้องเผชิญไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะการเกิดอันตราย สูญเสีย คุกคาม หรือทำทนาย บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเพื่อจัดการแก้ปัญหา และแสดงออกมาทางความคิด การรับรู้ทางอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับข้อความจากแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของจารุวรรณ จินดามงคล(2541) และเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์

(2548) ที่สร้างตามแนวคิด Lazarus&Folkman(1984)และพัฒนามาจากแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของJalowiec(1987)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการจัดรูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลที่เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตายให้สามารถเผชิญปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม และป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้

2.เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการทางการพยาบาลและพัฒนางานวิจัยในการค้นหารูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้พยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

- 1.แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย
 - 1.1 ความหมายของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย
 - 1.2 ประเภทของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย
 - 1.3 เหตุปัจจัยของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย
 - 1.4 แนวทางการดูแลช่วยเหลือและป้องกันผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย
 - 1.5 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตาย
- 2.แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญปัญหา
 - 2.1 ความหมายความสามารถในการเผชิญปัญหา
 - 2.2 องค์ประกอบของความสามารถในการเผชิญปัญหา
 - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา
 - 2.4 รูปแบบการเผชิญปัญหา
 - 2.5 ผลลัพธ์ที่เกิดจากความสามารถในการเผชิญปัญหา
 - 2.6 การวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา
- 3.แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.2 การสูญเสียพลังอำนาจ
 - 3.3 สาเหตุการสูญเสียพลังอำนาจ
 - 3.4 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.6 การประเมินผลและผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตาย
- 5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเผชิญปัญหา

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมายของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior) มีความหมายครอบคลุมถึง การคิดอยากฆ่าตัวตาย(Suicidal ideation) การพยายามฆ่าตัวตาย(Suicidal attempts) และ การฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed Suicidal) (มาโนช หล่อตระกูล,2549)

การฆ่าตัวตาย(Suicide) มาจากคำว่า Sui ซึ่งหมายถึง Self และcide หมายถึง murder (Webster,1986) ส่วนในภาษาไทยใช้คำว่า อัตวินิบาตกรรม ซึ่งเป็นคำประสมมาจากคำว่า อัต+ วินิบาต+กรรม (ราชบัณฑิตยสถาน,2542)

อัตต แปลว่า ตัวคน ตนเอง

วินิบาต แปลว่า การทำลาย การฆ่า

กรรม แปลว่า การกระทำ

ดังนั้น การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำซึ่งเป็นการทำลายตนเองให้ถึงแก่ชีวิต

การฆ่าตัวตายหรืออัตวินิบาตกรรมคือ การริเริ่มมีความคิดอยากทำร้ายตนเองเนื่องมาจากความรู้สึกละแฉงในจิตใจ คิดว่าชีวิตไม่มีความหมายและพยายามทำตามความคิดนั้นจนถึงขั้นทำได้สำเร็จโดยไม่ถูกขัดขวาง พฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นมีทั้งวางแผนไว้ล่วงหน้าหรือเป็นแบบหุนหันและเป็นไปได้ทั้งในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก(อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์,2543)

การฆ่าตัวตายหรืออัตวินิบาตกรรม คือ การที่บุคคลมีความคิดหรือลงมือกระทำให้ตนเองได้รับความเจ็บปวด หรือเป็นอันตรายถือเป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยตรง เพื่อให้เกิดการสิ้นสุดชีวิตของตน (กรมสุขภาพจิต,2547)

1.2 ประเภทของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการแบ่งประเภทของการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้

บาร์บีและบรีคเกอร์ (Barbee&Bricker,1996) ได้แบ่งประเภทการฆ่าตัวตายตามพฤติกรรมการฆ่าตัวตายออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้คือ

1.คิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) เป็นการแสดงออกทางความคิดที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือการการทำลายตนเอง ในลักษณะการพูด การเขียน งานศิลปะ แต่ไม่มีความตั้งใจจริงที่จะกระทำหรือลงมือกระทำ

2. ขู่จะฆ่าตัวตาย (Suicide threats) เป็นการพูด หรือการเขียน ที่สื่อถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย แต่ไม่มีการกระทำ

3. แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (Suicide gestures) เป็นการทำร้ายตนเอง แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บหรือบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเอง แต่เป็นการพยายามฆ่าตัวตายเพื่อประท้วง หรือเรียกร้องความสนใจให้ผู้อื่นมาดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งการกระทำมักไม่รุนแรง

4. พยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempts) เป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรงเพราะมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง การพยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ประสบผลสำเร็จ โดยมีการกระทำที่มีความรุนแรงน้อย เรียกว่าพารา para-suicide behavior

5. ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or successful Suicides) เป็นการตายที่เกิดจากผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองจริงและกระทำสำเร็จ โดยขณะที่กระทำมีสติสัมปชัญญะ แต่บางครั้งเป็นการกระทำโดยขาดสติสัมปชัญญะ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึงบุคคลที่มีความคิดความตั้งใจที่จะทำร้ายตนเองให้ถึงแก่ชีวิตด้วยวิธีการต่างๆ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำ และอาจมีโอกาเสี่ยงที่จะกระทำซ้ำได้อีก หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือป้องกันที่ถูกต้อง

1.3 เหตุปัจจัยของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

พฤติกรรมฆ่าตัวตายมีสาเหตุปัจจัยที่ซับซ้อนหลายประการด้วยกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้จากหลายแนวคิดและทฤษฎีดังนี้ (วีระชัย เตชะนิตติชัย, 2551 และ ละเอียด กิติ, 2553)

1. ทฤษฎีทางด้านชีวภาพ (Biological theories)

1) Genetic จากการศึกษาในกลุ่มแฝดไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twins) พบพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มแฝดที่มาจากไข่คนละใบ (Dizygotic twins)

2) Neurotransmitter factors จากการศึกษาผู้เสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายพบว่า มีระดับของสารสื่อประสาท คือ Serotonin หรือ 5 Hydroxytryptamine (5-HT) อยู่ในระดับต่ำและยังพบว่าในน้ำไขสันหลังของผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีระดับของ 5 Hydroxytryptamine (5-HT) และสาร 5-Hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์เศร้ามีระดับต่ำลง ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าว ทำให้เชื่อว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายนั้นอยู่ในภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานของ imidazoline receptor protein จะลดลงอีกด้วย

จากการศึกษาของ Barbee & Bricker, 1996 พบว่าโครงสร้างของสารเคมีในสมองที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ หรือทำให้บุคคลมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง พบว่าสารเคมีในสมองที่ควบคุมอารมณ์ คือ ซีโรโทนิน (serotonin) โดพามีน (Dopamine) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และแกมมาอามิโน บิวทริก แอซิด (gamma amino butyric acid) และพบว่าความผิดปกติในระบบซีโรโทนินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

3) Fat metabolism ซึ่งเป็นการศึกษาที่ค้นพบใหม่เกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเส้นเลือดหัวใจซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะถูกควบคุมและจำกัดอาหารที่มีคอเลสเตอรอล และไขมัน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ถูกจำกัดอาหารไขมันเหล่านี้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและมีพฤติกรรมรุนแรง จึงได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับคอเลสเตอรอลกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยได้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวน ที่พยายามฆ่าตัวตายมีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งพบลักษณะเช่นนี้ในเด็กและวัยรุ่นที่มีสภาวะเช่นเดียวกัน

4) การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ (Physical and psychiatric illness) เช่นผู้ป่วยในกลุ่มที่มีผิดปกติทางอารมณ์ (Affective disorder) ผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนไม่หลับอย่างรุนแรง ผู้ติดสุราหรือสารเสพติดชนิดเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวน และติดสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกายที่เป็นการเจ็บป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมาน การเจ็บป่วยเรื้อรังและการเจ็บป่วยที่ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและเอดส์ระยะสุดท้าย เป็นต้น

2. ทฤษฎีด้านจิตใจ (Psychological theories) ทฤษฎีพื้นฐานกลไกการเกิดปัญหาทางจิตที่มักใช้กล่าวอ้างในการอธิบายการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย คือ การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและการไม่สามารถ ควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองได้ซึ่งผู้ที่กล่าวอ้างคือ Freud โดยเขาได้กล่าวว่า พฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นบทบาทหนึ่งของการทำงานของจิตใจในส่วนของจิตไร้สำนึก(Unconscious) ที่พยายามจัดการกับแรงขับของความก้าวร้าวที่พุ่งตรงไปยังสิ่งที่ตนรัก ซึ่งผู้ที่ฆ่าตัวตายนั้นไม่สามารถพุ่งความก้าวร้าวนั้นไปสู่บุคคลที่ตนรักได้จึงได้นำแรงขับของความก้าวร้าวหันเข้ามาทำร้ายตนเอง ซึ่งเป็นการใช้กลไกทางจิตแบบโทษตัวเอง (Introjection) ซึ่งลักษณะดังกล่าวเป็นการใช้กลไกทางจิตในการแก้ไข้ปัญหาไปในทางที่ไม่เหมาะสมอันจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าภายใต้รูปแบบของความคิดว่าเป็นบุคคลที่สิ้นหวัง หมดที่พึ่งมองเฉพาะตนเอง คิดวนเวียนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมองอนาคตในแง่ร้ายซึ่งความคิดเหล่านี้เป็นแรงผลักดันนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย

3. ทฤษฎีทางสังคมวัฒนธรรม (Social theories) ทฤษฎีทางสังคมหลายทฤษฎีได้อธิบายการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายนักสังคมศาสตร์เชื่อว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมในสังคม Durkheim (1951) ได้อธิบายลักษณะการฆ่าตัวตายใน 3 ลักษณะดังนี้ (Durkheim,1951 อ้างถึงในรตพร ปัทมเจริญ,2552)

1) การฆ่าตัวตายที่เสียสละชีวิตเพื่อผู้อื่น (Altruistic suicide) เช่นการฆ่าตัวตายภายใต้บทบาทบุญดีทางสังคมการยอมพลีชีวิตเพื่อเกียรติยศของนักบินทหารญี่ปุ่นในสมัยสงครามโลกครั้งที่สองยอมสละชีพขับเครื่องบินเข้าชนเรือของฝ่ายข้าศึกถึงแม้ว่าเขาจะต้องตายก็ตาม

2) การฆ่าตัวตายเพื่อตนเอง (Egoistic suicide) แบ่งได้เป็น

2.1 ปัจเจกบุคคลขาดการเข้าร่วมกับวิถีชีวิตของกลุ่มอย่างเข้มข้นที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลขาดความผูกพันกับสังคมไม่สามารถเข้ากับสังคมได้เช่นการขาดเพื่อน การไม่เป็นที่ยอมรับ

2.2 ปัจเจกบุคคลขาดความรู้สึกที่ต้องการจะทำให้ชีวิตของตนเองมีค่า

2.3 ปัจเจกบุคคลขาดความค้ำจุนทางด้านอารมณ์ความรู้สึกจากกลุ่ม ดังนั้นการขาดที่พึ่งทางจิตใจและรู้สึกว่าไม่สามารถพึ่งพาผู้อื่นได้เมื่อต้องเผชิญปัญหา ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว

3) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากภาวะไร้บรรทัดฐาน (Anomic suicide) เนื่องจากบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าการฆ่าตัวตายเนื่องจากวิกฤตต่างๆที่มีผลต่อการควบคุมอารมณ์เช่นวิกฤตทางเศรษฐกิจ การเมือง เป็นต้น

นอกจากนี้ยังได้นำทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเป็นทฤษฎีที่ได้นำมาประยุกต์ใช้ในการอธิบายการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยกล่าวว่า โรคซึมเศร้าและพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมทั้งในความเป็นจริงและตามการรับรู้ของเขา ดังนั้นพฤติกรรมฆ่าตัวตายจึงมักพบในบุคคลที่หย่าร้าง สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือภาวะการฉีกงาน เป็นต้น และจากการศึกษาของฮอฟ วิลเลียมและเดวิดสัน (Heikkinen, Aro & Lonnqvist, 1994) พบว่าบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีเครือข่ายทางสังคมที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือน้อยกว่าบุคคลที่ไม่ฆ่าตัวตาย จึงทำให้เกิดความรู้สึกถูกแยกจากสังคมขาดการยอมรับจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า และสิ้นหวัง จนนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายในที่สุด

4. ทฤษฎีด้านพันธุศาสตร์ จากการศึกษาพฤติกรรมฆ่าตัวตายของชาวดอกและชาวดอก (Sadock & Sadock, 2000) ซึ่งเหมือนกันกับโรคทางจิตเวชอื่นๆ พบว่า ครอบครัวที่มีประวัติสมาชิกเคยฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงสูงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จของสมาชิกในครอบครัว และการศึกษาในกลุ่มแฝดที่ฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงคิดเป็นร้อยละ 11.3 และคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบมีอัตราการฆ่าตัวตายร้อยละ 1.8 ยังพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีความสอดคล้องกับการฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญที่สูง ซึ่งแสดงถึงปัจจัยทางกรรมพันธุ์มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

นอกจากทฤษฎีที่กล่าวมาทั้ง 4 ทฤษฎียังมีเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายอีกหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลโดยมีรายละเอียดดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

1. เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน การกระทำครั้งที่ 2 มักเกิดในเวลา 90 วันหลังจากครั้งแรก ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนมีโอกาสจะทำได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยทำมาเลย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) จากการศึกษาของประเวศ ต้นติพิวัฒนสกุล และสุรสิทธิ์ วิศรุตรัตน์ (2541) พบว่าร้อยละ 17 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน การศึกษาในต่างประเทศพบประมาณร้อยละ

30-47 (Harris&Barraclough,1997) และในช่วงปีแรกของการพยายามฆ่าตัวตายพบว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูงเป็น 100 เท่าของประชากรทั่วไป ยังมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายบ่อย ก็ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล,2545)

2.เกี่ยวกับการงานและอาชีพ พบว่า ผู้ที่ตงงานหรือทำงานใช้แรงงานมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มิงานทำและเป็นงานฝีมือ อาชีพในประเทศไทยที่พบได้บ่อยคือผู้ที่ตงงานหรือทำงานชนิดใช้แรงงาน นักศึกษา ตำรวจ ข้าราชการและแม่บ้าน(สมภพ เรื่องตระกูล,2545)

3.สภาพสมรส ผู้ที่เป็นโสดมีโอกาสเสี่ยงมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วย หม้าย หย่า แต่งงาน แต่ไม่มีบุตรและแต่งงานแต่มีบุตร คนที่อยู่คนเดียวไม่มีญาติพี่น้องเลย หรือมีแต่มีความรู้สึกเหมือนว่าอยู่ตัวคนเดียวและคนที่เพิ่งสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักภายในระยะเวลา 6-12 เดือน ให้ถือว่ามีโอกาสเสี่ยงจะฆ่าตัวตายสูง(สมภพ เรื่องตระกูล,2545)

4.เพศ ผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จบ่อยกว่าผู้หญิงประมาณ 3:1 เท่าโดยเฉพาะผู้ชายวัยกลางคนซึ่งมีปัญหาชีวิตขั้นวิกฤต เช่นเป็นโรคทางกายที่ร้ายแรงประสบปัญหาทางการงานหรือสูญเสียบุคคลที่ตนรัก หรืออาจดื่มเหล้ามากขึ้นเพราะความทุกข์ใจรายนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ส่วนผู้หญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชายประมาณ 3:1 (สมภพ เรื่องตระกูล,2545)

5.อายุ การฆ่าตัวตายอาจพบในคนหนุ่มสาว อายุโดยทั่วไปการพยายามฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้นในช่วงอายุ 20-44 ปี การฆ่าตัวตายสำเร็จจะสูงขึ้นในช่วงอายุ 55-64 ปี ผู้ชายอัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้หญิงอัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นในช่วงอายุ 40-60 ปี หลังจากนั้นจะลดลง (Coloman et al.,1980 อ้างถึงในครุณี เลิศปรีชา,2545)

6.ประวัติครอบครัว ผู้ที่มีประวัติญาติสนิทในครอบครัวฆ่าตัวตาย จะพบอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ครอบครัวไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย

7.ปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะความเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญ และเกี่ยวข้องกับ การประเมินการฆ่าตัวตายมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล,2545)

7.1) ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า ประมาณร้อยละ 20-35 ของผู้ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้ จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น : มีอาการนอนไม่หลับอยู่ตลอด ละเลยไม่สนใจตนเอง อาการรุนแรงโดยเฉพาะหากมีอาการโรคจิตร่วมด้วย มีปัญหาด้านความจำ มีอาการ agitation และมีอาการแพนิค

7.2) โรคจิตเภท ปัจจัยสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ฆ่าตัวตาย ได้แก่ การมีอาการซึมเศร้า หดหู่ใจ และ มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายโดยวิธีที่รุนแรง

7.3) ภาวะคิดสุราหรือสารเสพติด ประมาณว่าร้อยละ 50 ของการฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับ การใช้สารเสพติดในทางที่ผิด(Substance abuse) และมักพบประวัติภาวะซึมเศร้าใน

กลุ่มที่ใช้สารเสพติด การศึกษาของประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิทธิ์ วิศรุตรัตน์(2541) พบผู้ติดสุราประมาณร้อยละ 26 ผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง โดยเฉพาะในแง่ของการสูญเสียหรือการทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลใกล้ชิด มีภาวะซึมเศร้า สุขภาพทรุดโทรม และประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ(Weiss&Hufford,1999) หากมีการเสพยาหรือสารเสพติดจะทำให้ความยับยั้งชั่งใจลดลง ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นสูงมาก(Deykin&Buka,1994)

7.4) ผู้หญิงที่มีอาการซึมเศร้าภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังคลอดมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

8.ปัญหาด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคลไม่เหมาะสม ทำให้บุคคลปรับตัวได้ไม่ดี เกิดความขัดแย้งในตนเองและกับผู้อื่น จากการศึกษาของวชิ ปัญญาใส(2554)พบว่า วัยรุ่นในยุคปัจจุบันมีความอดทนน้อยลง เอาแต่ใจตนเอง ไม่สู้ปัญหา ขาดเป้าหมายในชีวิต ความภูมิใจในตนเองและความสามารถในการเผชิญปัญหาต่ำ เมื่อเผชิญกับความผิดหวังหรือปัญหาวิกฤติต่างๆ มักจะท้อถอย ประชดชีวิตด้วยการทำร้ายตนเอง นอกจากนี้พบว่าในวัยรุ่นหนุ่มสาวหรือผู้ใหญ่ตอนต้นจะมีอารมณ์รุนแรงโมโหง่าย หุนหันพลันแล่นมีความบกพร่องในการเผชิญปัญหา มีวิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์มากกว่าแก้ปัญหา และไม่สามารถจัดการกับวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างเหมาะสม(พัชรี วิลาชัยและอมรรัตน์ หาญจริง,2550; มาโนช หล่อตระกูล,2551; อภิชัย มงคล,2553)

การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนมีความสัมพันธ์หลายสาเหตุหลายปัจจัยผสมผสานรวมกัน ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ สังคมวัฒนธรรมและพันธุศาสตร์ มากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน และในส่วนของผู้ป่วยฆ่าตัวตายกลุ่มวัยรุ่นหรือวัยรุ่นหนุ่มสาวและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นส่วนใหญ่มาจากปัญหาด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ

1.4 แนวทางการดูแลช่วยเหลือและป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

มาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายหลายประการต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆในสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากผู้เชี่ยวชาญทั้งจากนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุลและสุรสิทธิ์ วิศรุตรัตน์(2541:13-18) และนายแพทย์มาโนช หล่อตระกูลและคณะ(2555) ซึ่งสามารถสรุปมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายได้ดังนี้

1.การจัดการศึกษาเพื่อให้เยาวชนและประชาชนทั่วไป มีทักษะในการจัดการปัญหาชีวิต ให้ความช่วยเหลือเอื้อเพื่อแก่กันในยามวิกฤต และมีความพร้อมสำหรับการมีชีวิตครอบครัวเพื่อเป็นแหล่งให้กำลังใจที่สำคัญ ควรส่งเสริมให้เยาวชน และประชาชนทั่วไป มีทัศนคติที่ไม่รังเกียจ และไม่ละอายต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิต มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า รู้วิธีสังเกตอาการของผู้ใกล้ชิดและให้ความช่วยเหลือขั้นต้น เช่นการจัดการรณรงค์สัปดาห์โรคซึมเศร้า โดยในสถานศึกษาควรมีมาตรการที่สำคัญได้แก่

1.1 การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการจัดการเรียนรู้ทักษะชีวิต เพื่อให้นักเรียนมีความสามารถในการจัดการกับความเครียด รู้จักการสร้างสัมพันธภาพที่ดี จัดการกับปัญหาความขัดแย้งต่างๆในชีวิต และรู้จักขอความช่วยเหลือ

1.2 เพิ่มความสามารถของครูในการจัดการกับนักเรียนที่อาจมีปัญหาด้านจิตใจ และเข้าใจปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ความช่วยเหลือหรือส่งต่อเพื่อรับความช่วยเหลือ

1.3 จัดตั้งแวดล้อมในโรงเรียนให้เอื้อต่อการเรียนรู้และพูดคุยปรึกษากัน ตลอดจนพัฒนาความร่วมมือระหว่างชุมชน ครู ผู้ปกครองและนักเรียน

2.บทบาทของสื่อมวลชนต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย การนำเสนอข่าวที่ดีเป็นการให้การศึกษาและสร้างความตระหนักแก่ประชาชน ควรนำเสนอประสบการณ์ของผู้เคยมีความคิดทำร้ายตนเอง และผ่านพ้นวิกฤติของชีวิตมาได้ด้วยดีเพื่อเป็นแบบอย่างของผู้ที่กำลังรู้สึกท้อแท้ในชีวิต ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึง สถานบริการช่วยเหลือผู้คิดฆ่าตัวตาย และบริการปรึกษาผู้ทุกข์ใจ และสื่อมวลชนยังมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมความเข้าใจที่ถูกต้อง พร้อมทั้งส่งเสริมให้มีการบรรจุความรู้ด้านการฆ่าตัวตาย ผลกระทบ และแนวการนำเสนอข่าวฯ และประเด็นสุขภาพจิตต่างๆ ในหลักสูตรของภาควิชาต่างๆ ที่มีการสอนด้านการสื่อสารมวลชน(มาโนช หล่อตระกูลและคณะ,2555)

3.การควบคุมวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย หรือลดการเข้าถึงสิ่งที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย การควบคุมอุปกรณ์ เช่นปืน ยาพาราเซตามอล สารใช้ในการเกษตร หรือวิธีการที่มีผู้ใช้ฆ่าตัวตายบ่อยจะช่วยลดอัตราการตายลงได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งเป็นการกระทำที่หุนหันพลันแล่น โดยเฉพาะในหมู่ผู้ที่ยุ่่น้อย หรือทำได้เพราะมีวิธีการที่ง่ายและไม่ทรมาน การมีมาตรการป้องกันจึงช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายลง (มาโนช หล่อตระกูลและคณะ,2555)

4.การจัดบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต การแก้ปัญหาให้กับประชาชนกลุ่มต่างๆ ในช่วงที่ตกอยู่ในภาวะวิกฤต จะช่วยให้ตัดสินใจเลือกทางเดินที่เป็นประโยชน์ต่อตัวเขาในระยะยาว กลุ่มที่ควรได้รับการช่วยเหลือได้แก่ คนว่างงาน ผู้ประสบปัญหาครอบครัวและชีวิตสมรส ผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือร้ายแรง ผู้ทำร้ายตนเอง นอกจากนี้การจัดบริการอื่นเพิ่มเติมเพื่อตอบสนองต่อปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะเช่นบริการโทรศัพท์สายด่วน การจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือจิตใจในภาวะวิกฤติเป็นต้น

5.การวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวชอย่างถูกต้อง ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชในขณะที่ฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและคิดสุรา จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง

6.การสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวและสังคม การที่มีความเอื้ออาทรต่อกัน ร่วมใจกันปกป้องลูกหลานจากอิทธิพลของค่านิยมที่ไม่เหมาะสม พัฒนาโรงเรียนให้เอื้อต่อการพัฒนา

สุขภาพกายและใจ ช่วยสังคมให้สมาชิกไม่รู้สึกละแสบหรือแปลกแยก ให้ทุกคนได้ร่วมสร้างคุณค่าให้กับชุมชน จะเป็นเกราะป้องกันที่ดีของปัญหาการฆ่าตัวตาย

1.5 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลผสมผสานกับศาสตร์อื่นและ/หรือองค์ความรู้ในการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือ การบำบัด เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตและจิตวิญญาณ พร้อมฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว เพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติสุข ทั้งนี้พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลได้แก่ การประเมินทางการพยาบาล การวินิจฉัยปัญหาด้านจิตอารมณ์ และสังคม ปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล การบำบัดทางจิตใจ ซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติกิจกรรมโดยตรงต่อร่างกาย จิตใจ การจัดสภาพแวดล้อม การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่มแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน ทีมสุขภาพ หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อมุ่งการเสริมสร้างสุขภาพจิต การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตที่เป็นสุข ซึ่งอาจสรุปบทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ดังนี้

1) บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีภาวะซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือมีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี เช่น โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นทฤษฎีภูวนิยม (นฤมล จันทร์ขำ, 2547) และโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย (นวพร จีรังกร, 2547)

2) บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้เอื้ออำนาจทรัพยากรสำหรับผู้รับบริการเพื่อการจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ เช่น โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม (อัมพร ทองคำเอี่ยม, 2552)

3) บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลงและนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

4) บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่ดีต่อปัญหาและสภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (รพีพร อ่อนกุล, 2552)

5) บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ในระหว่างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้รับบริการจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือ ความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสิ่งที่เคยทำอยู่ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับบริการดำเนินการต่อไปจนบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้

6) บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ์ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ ความเชื่อถือ และยินยอมให้กระทำหรือพูดแทนตัวผู้รับบริการเอง

2.แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญปัญหา

2.1 ความหมายของความสามารถในการเผชิญปัญหา

Lazarus and Folkman(1984) กล่าวว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหา หมายถึง ความพยายามทางปัญญาและพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อจะจัดการกับปัญหา ข้อเรียกร้องทั้งจากภายนอกและภายในตนเองที่บุคคลประเมินว่าคุกคามหรือเกินกว่าความสามารถที่ตนจะรับได้

Miller(1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาคือ การจัดการกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามของบุคคล เพื่อจัดหรือแก้ไขความรู้สึกไม่สุขสบายต่างๆเช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกเศร้าหรือความรู้สึกผิด

พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุษย์ (2545) กล่าวว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาหมายถึง ความพยายามไม่หยุดยั้งในการที่จะจัดการกับปัญหาหรือสิ่งที่มาคุกคามต่อชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคล โดยการแสดงออกในรูปพฤติกรรมต่างๆ ทั้งในด้านความคิดและการกระทำเพื่อจัดการกับปัญหาและอารมณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ความเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามนั้นคลี่คลายลง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ความสามารถในการเผชิญปัญหาหมายถึง พฤติกรรมหลังจากที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นปัญหาที่ต้องเผชิญไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะการเกิดอันตราย สูญเสีย คุกคาม หรือทำทนาย บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเพื่อจัดการแก้ปัญหา และแสดงออกมาทางความคิด การรับรู้ทางอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม

2.2 กระบวนการเผชิญปัญหา

กระบวนการเผชิญปัญหา เป็นขั้นตอนของการตอบสนองต่อความเครียดหรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหา กระบวนการดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาต่อเนื่องกันไปประกอบด้วย 8 ขั้นตอนคือ (Scott,Oberst&Dropkin,1982 อ้างถึงใน จารุวรรณ จินตามงคล,2541)

1.ภาวะเครียดเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลแปลความหมายสิ่งกระตุ้นว่าเป็นอันตราย คุกคามหรือทำทนาย โดยทั่วไป สถานการณ์ที่เป็นความเครียดทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีจำเป็นต้องนำแหล่งประโยชน์ของตนเองมาใช้ในการแก้ไข ซึ่งได้แก่ความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือญาติ ความสามารถของตนเอง หรืออาจจะเป็นทรัพย์สินเงินทอง สิ่งที่ยังคับให้บุคคลต้องแก้ไขบางสิ่งบางอย่างนั้น อาจจะเป็นความกดดันทางด้านสังคม วัฒนธรรม ความกดดันที่เกิดจากร่างกาย หรือจิตใจของบุคคลเอง แต่โดยพื้นฐานแล้ว ความกดดันนั้น ทำให้ความสมดุลระหว่างความกดดันกับความสามารถที่จะจัดการที่เคยมีอยู่เดิมนั้นเสียไป

2.การประเมิน(Appraisal) การประเมินสถานการณ์ ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม การประเมินสถานการณ์มี 3 ขั้นตอนคือ

2.1 การประเมินขั้นที่หนึ่ง(Primary appraisal) คือการที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ สถานการณ์เพื่อตัดสินใจว่า สิ่งใดไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง สิ่งใดเกี่ยวข้องกับตนเอง ในทางที่ดี สิ่งใดเป็นอันตรายกับตนเอง ถ้าประเมินขั้นที่หนึ่งแล้วบุคคลตัดสินใจว่าสิ่งแวดล้อมนั้นมีสิ่งเป็นอันตรายต่อตนเอง บุคคลจะพิจารณาตัดสินใจว่า อันตรายอยู่ในระดับใดใน 3 ระดับนี้

2.1.1 อันตรายนั้นจะเกิดขึ้นอย่างแน่นอน ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

2.1.2 อันตรายนั้นได้เกิดขึ้นแล้ว และสงบลงแล้ว

2.1.3 อันตรายอาจจะเกิดขึ้นภายหลัง แต่คาดการณ์ว่าสามารถจะจัดการกับสถานการณ์ได้

2.2 การประเมินขั้นที่สอง (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือก โดยประเมินทางเลือกที่สามารถกระทำได้ และเลือกวิธีเผชิญปัญหาซึ่งจะก่อให้เกิดความสำเร็จ หรือผลลัพธ์ตามต้องการ รวมทั้งประเมินผลจากการใช้วิธีเผชิญปัญหาเดิมที่ผ่านมา การประเมินทุกข้อมูมิไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินปฐมภูมิ แต่อาจเกิดขึ้นไปพร้อมๆกัน

2.3 การประเมินซ้ำ(Reappraisal) หลังจากที่บุคคลพยายามที่จะกำจัดอันตรายทั้งทางรูปธรรมและทางความคิดแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำเพื่อพิจารณาอันตรายนั้นยังมีอยู่หรือลดลง หรือได้ถูกกำจัดไปแล้ว ขั้นตอนนี้ถือได้ว่าเป็นการเริ่มวงจรการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่งใหม่ได้ ถ้าผลการประเมินซ้ำนี้บุคคลรับรู้ว่ายังมีอันตรายอยู่หรือเกิดอันตรายขึ้นใหม่

3.การทำงานของสมอง(Neurocognitive activation) ในการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่ง ขั้นที่สองและการประเมินสถานการณ์ซ้ำแต่ละครั้ง สมองจะต้องทำงานโดยใช้ระบบต่างๆ ของสมอง ทำการวิเคราะห์เชิงเหตุผล โดยการคิดแบบขบวนการแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถตัดสินใจในการประเมินสถานการณ์แต่ละขั้นได้

4. ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางอารมณ์(Emotion response to stress) ปฏิกริยาทางอารมณ์นี้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการประเมินสถานการณ์อย่างมาก การรับรู้สถานการณ์แตกต่างกันพบว่าทำให้มีอารมณ์ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลแตกต่างกัน และพบว่าอารมณ์ต่าง ๆ นี้ มีความสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิต และพฤติกรรมอื่นๆที่ตามมา เช่นอารมณ์เศร้า จะมีความสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิตแบบชดเชย และจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมค้นหาสิ่งที่จะทดแทนการสูญเสียของตนเองได้ เป็นต้น

ภายหลังการประเมินขั้นที่หนึ่ง ปฏิกริยาทางอารมณ์จะเป็นแบบต่างๆไป ได้แก่ ความวิตกกังวล เมื่อเวลาผ่านไป บุคคลได้พิจารณาสถานการณ์ และได้ประเมินสถานการณ์ครั้งที่ 2 ปฏิกริยาทางอารมณ์จะเปลี่ยนไปเป็น แบบที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น ความโกรธ ความกลัว การคาดการณ์

สถานการณ์ เมื่อบุคคลได้ประเมินสถานการณ์นี้เข้าถึงประสิทธิภาพของพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของคนแล้ว ปฏิกริยาทางอารมณ์นี้จะเปลี่ยนแปลงเป็นทัศนคติได้

5.ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกาย(Psychological response to stress) ปฏิกริยาทางร่างกายต่อความเครียดจะเกิดขึ้นพร้อมกับปฏิกริยาทางอารมณ์ และมีความสัมพันธ์กับปฏิกริยาทางอารมณ์ด้วย ภายหลังจากประเมินขั้นที่หนึ่ง ปฏิกริยาทางร่างกายจะเป็นแบบทั่วไป คือต่อมพิทูอิทารี และต่อมหมวกไต จะทำงานมากขึ้น แต่ภายหลังจากประเมินขั้นที่สอง และการประเมินซ้ำ ปฏิกริยาทางร่างกายจะเป็นผลรวมของการที่ฮอร์โมนทั้งหมดถูกกระตุ้น ระบบประสาทถูกกระตุ้น และอวัยวะเป้าหมายที่ถูกกระตุ้นจะมากขึ้น

6.ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางพฤติกรรม (Behavior response) ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางพฤติกรรม หมายถึงพฤติกรรมทั้งหมดของบุคคลที่สังเกตได้ หรือบุคคลรายงานออกมาได้ อาจจะเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะสมองกำลังทำงาน เกิดขึ้นจากปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกาย เกิดขึ้นจากปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางอารมณ์ หรือเป็นพฤติกรรมซึ่งเกิดจากการเลือกหนทางที่ดีที่สุดในการแก้ไขอันตรายก็ได้

7.การเผชิญปัญหา(Coping) การเผชิญปัญหาเป็นตัวเชื่อมระหว่างผลกระทบของสิ่งกระตุ้นกับการปรับตัวได้ การเผชิญปัญหา เกิดขึ้นจากการใช้สติปัญญา พิจารณาไตร่ตรอง ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกาย ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางอารมณ์ทั้งสามส่วนนี้มีความสัมพันธ์กัน มีเป้าหมายจัดการกับความเครียด และรักษาความมั่นคงของตนเองไว้

8.การปรับตัวได้ (Adaptation) การปรับตัวคือผลลัพธ์ของความพยายามที่จะรักษาความมั่นคงของตนเองไว้ ด้วยการสร้างความสมดุลระหว่างแรงกดดันกับความสามารถที่จะจัดการกับแรงกดดันนั้น ผลลัพธ์ที่ถือว่าปรับตัวได้คือ การมีความสามารถที่จะพิจารณาสิ่งแวดล้อม การมีความเจริญงอกงามทางปัญญา มีการเรียนรู้ใหม่ๆ หรือสามารถประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา

Lazarus & Folkman(1984) กล่าวว่า การที่บุคคลจะประสบความสำเร็จในการเผชิญปัญหาให้ได้ผลดีนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล จำแนกได้ดังนี้

1.ภาวะสุขภาพและพลังงาน (Health and energy) ในบุคคลที่ร่างกายอ่อนแอ อ่อนเพลีย เจ็บป่วย จะทำให้พลังงานไม่เพียงพอที่จะจัดการกับปัญหาและความเครียด เพราะสุขภาพและพลังงานเป็นตัวเอื้อให้การเผชิญปัญหาเป็นไปได้อย่างเต็มความสามารถที่บุคคลมีอยู่ ซึ่งบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์จะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า

2.ความเชื่อในทางบวก (Positive beliefs) โดย Lazarus & Folkman(1984) กล่าวว่า ความเชื่อในทางบวกมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินค่าสถานการณ์ โดยเฉพาะความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจควบคุมภายในและภายนอกตนเอง(Internal and External Locus of control) มีผลต่อการเผชิญปัญหา

ทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองและควบคุมสถานการณ์ที่มาคุกคามได้ บุคคลมองโลกในแง่ดี เกิดพลังและความหวังในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่หากบุคคลมีความเชื่อในด้านลบจะทำให้ความพยายามหรือความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Strickland (1978 cited in Lazarus & Folkman, 1984) ที่พบว่าบุคคลที่มีความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจควบคุมภายในตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าบุคคลที่มีความเชื่อในด้านลบ

3. ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem-solving skill) คนที่มีทักษะดีมีความคิดอย่างมีเหตุผล สามารถวิเคราะห์สถานการณ์และแสวงหาข้อมูลเพื่อจัดการกับปัญหาได้ตามความเป็นจริงและสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสม

4. ทักษะทางสังคม (Social skill) เป็นความสามารถของบุคคลในการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อขอความร่วมมือและขอความช่วยเหลือเป็นการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญปัญหา จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลจัดการกับปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่ขาดทักษะด้านนี้

5. แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) บุคคลที่ได้รับการความช่วยเหลือ ประคับประคองทั้งด้านอารมณ์ และข้อมูลต่างๆ จากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว เพื่อน และสังคมอย่างแท้จริง เช่น การให้กำลังใจ และการพึ่งพาอาศัยกันและกัน จะทำให้บุคคลเผชิญปัญหาได้ดี

6. ปัจจัยทางวัตถุ (Material resource) หมายถึงการมีทรัพย์สินเงินทองเป็นทุนสำรอง หรือมีคนช่วยเหลือเรื่องการเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ ย่อมช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการเผชิญปัญหามากขึ้น

7. อายุ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้การรอบคอบในการพิจารณาทางเลือก เช่น ในวัยผู้ใหญ่จะผ่านการดำเนินชีวิตมาหลายรูปแบบ และมีประสบการณ์จัดการกับความเครียดมากกว่าวัยเด็กและวัยรุ่น (สุวนีย์ เกียรติกิ่งแก้ว, 2527)

8. ระดับการศึกษา ถือเป็นปัจจัยส่วนบุคคลอย่างหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา ระดับการศึกษาที่ดีกว่าจะทำให้บุคคลสามารถเลือกปัจจัยเกี่ยวข้องได้เหมาะสมตลอดจนใช้ประโยชน์จากความรู้ หรือผลสะท้อนจากพฤติกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติสำเร็จมาพิจารณาใช้ซ้ำอีก

9. ประสบการณ์ในอดีตเป็นศักยภาพของแต่ละบุคคลซึ่งช่วยเพิ่มความอดทนต่อความเครียด และช่วยในการตัดสินใจหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลมักจะนำรูปแบบพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาเดิมที่เคยใช้ได้ผลมาใช้จัดการกับปัญหาซ้ำ แต่ถ้าหากไม่ได้ผลก็จะหาวิธีใหม่

10. ลักษณะของความเครียดหรือสถานการณ์นั้น เช่น ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ ระยะเวลาที่เกิดสถานการณ์ และเป็นความเครียดเพียงเรื่องเดียวหรือหลายเรื่องพร้อมกัน ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคลและมีผลต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาต่างกัน

นอกจากนี้ สายพิน ยานะ (2545) ได้กล่าวถึงปัจจัยเรื่องเพศที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหาโดยศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของนักเรียนวัยรุ่นตามอบคที่ศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมคือ สถานภาพสมรส

ของบิดามารดา การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และด้านสิ่งของ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงหนีคือ อายุ เพศหญิง สถานภาพสมรสของบิดามารดา ระยะเวลาที่พิการและผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับสุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว(2545)ที่กล่าวว่าส่วนใหญ่เพศหญิงมักใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบหนีปัญหา ส่วนเพศชายมักใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบต่อต้านคือแสดงอารมณ์โกรธหรือไม่พอใจต่อบุคคลนั้นๆด้วยคำพูด การกระทำ

2.4 รูปแบบการเผชิญปัญหา

หลังจากบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นปัญหาหรือความเครียด ไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะการเกิดอันตรายหรือสูญเสีย ภาวะคุกคาม หรือการทำทนาย บุคคลจะเลือกกลยุทธ์ต่างๆเพื่อจัดการแก้ปัญหา Lazarus & Folkman (1984) ได้แบ่งพฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็น 2 รูปแบบดังนี้

2.4.1. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) มีลักษณะคล้ายคลึงกับการแก้ปัญหาตามวิธีทางวิทยาศาสตร์ คือ มีการกำหนดปัญหา หาวิธีทางเลือกในการแก้ปัญหาหลายๆวิธี ซึ่งนำหนักทางเลือก โดยพิจารณาผลดีผลเสีย แล้วจึงเลือกวิธีที่เหมาะสมแล้วดำเนินการแก้ไขปัญหา Jalowiec and Other (1984) ได้รวบรวมพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาไว้ 15 พฤติกรรม คือ การยอมรับปัญหา การค้นหาความหมายของสถานการณ์ การแยกแยะสถานการณ์ออกเป็นส่วนใหญ่ การตั้งเป้าหมาย การอภิปรายปัญหา การพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ การควบคุมสถานการณ์ การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การพิจารณาปัญหาอย่างใจเป็นกลาง การนำประสบการณ์เดิมมาช่วยแก้ปัญหา การคิดวิธีแก้ปัญหาไว้หลายๆวิธี การทำทุกสิ่งทุกอย่างที่พอจะแก้ปัญหาได้ การใช้วิธีแก้ปัญหาหลายๆวิธี การให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการแก้ปัญหา และการเริ่มต้นทำสิ่งที่ดีที่สุดในขณะนั้น

2.4.2 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focus coping) บุคคลจะใช้พฤติกรรมนี้มาก เมื่อประเมินว่าไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะคุกคามหรือสิ่งแวดล้อมได้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1) รูปแบบซึ่งใช้กระบวนการทางความคิด ทำให้อารมณ์เครียดลดลง ซึ่งเป็นรูปแบบส่วนใหญ่ของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบ มุ่งจัดการกับอารมณ์ วิธีเผชิญปัญหาเหล่านี้ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การทำให้เห็นเป็นเรื่องเล็ก การพยายามอยู่ห่างจากเหตุการณ์นั้น การเปรียบเทียบในแง่ดี และการมองหาคุณค่าในสิ่งนั้น

2) รูปแบบซึ่งใช้กระบวนการทางความคิดทำให้อารมณ์เครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งมีจำนวนไม่มาก โดยอาจต้องการให้มีความเครียดก่อนในระยะแรก เพื่อทำให้อารมณ์เครียดลดลง หรือพบสถานการณ์ที่ดีกว่าในภายหลัง วิธีดังกล่าวคือ การตำหนิหรือการกระทำบางสิ่งในลักษณะที่ลงโทษตัวเอง เพื่อที่จะได้มีแรงผลักดันในการต่อสู้ แข่งขันเพื่อชัยชนะ เป็นต้น

3) รูปแบบอื่นๆ ซึ่งไม่ได้ใช้กระบวนการทางความคิด แต่เป็นการกระทำเพื่อให้ลืมปัญหาได้แก่ การดื่มเหล้า การระบายความโกรธ เป็นต้น

ความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งทั้งสองรูปแบบนี้อาจให้ทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลและในแต่ละสถานการณ์

2.5 ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเผชิญปัญหา(Adaptation Outcomes)

Lazarus & Folkman (1984) จำแนกผลของการเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นผลที่ได้จากการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหา อาจจะเป็นผลระยะสั้น หรือระยะยาวไว้ 3 ด้านคือ

1. ผลทางด้านสังคม (Social functioning) เป็นผลของการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรือก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเกิดจากการตอบสนองตามบทบาทของตน เช่น บทบาทของพ่อแม่สามี ภรรยาหรือนายจ้าง และการที่บุคคลมีสัมพันธภาพที่น่าพึงพอใจกับบุคคลอื่น สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ประจำวันต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แสดงว่าการปรับตัวทางสังคมมีประสิทธิภาพ

2. ผลทางด้านจิตใจ (Moral) เกี่ยวข้องกับเรื่องของบุคคลว่ารู้สึกอย่างไรกับตนเอง การประเมินเหตุการณ์ว่าทำทนายอาจทำให้มีขวัญหรือความพึงพอใจในชีวิตดีขึ้น

3. ผลทางสุขภาพร่างกาย (Somatic health) การเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับผลของการปรับตัวในด้านสุขภาพต่างกัน เช่นการควบคุมอารมณ์โกรธ กลัว

นอกจากนี้ Miller (1992) กล่าวถึงการเผชิญปัญหาจะได้ผลดีนั้น เกิดขึ้นเมื่อสามารถจัดการความรู้สึกไม่สุขสบาย ซึ่งเกิดจากภาวะที่เป็นอันตรายหรือภาวะสูญเสีย สามารถรักษาความมั่นคงของบุคคลไว้ได้ และรักษาความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ในเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น บทบาทของชีวิต ดำรงไว้ซึ่งความคิดถึงตนเองในแง่บวก และกล่าวว่าการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเมื่อ 1) สามารถเก็บความเศร้าโศก เสียใจให้อยู่ในระดับที่สามารถจัดการได้ 2) ทำให้เกิดกำลังใจและความหวัง 3) ดำรงรักษาไว้หรือมีความรู้สึกในทางบวกกลับคืนมา 4) ดำรงรักษาไว้หรือสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ที่มีความสำคัญในชีวิต 5) เพิ่มความหวังในสถานการณ์ที่เป็นประโยชน์(ระหว่างบุคคล สังคมและเศรษฐกิจ)

2.6 การวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา

Jalowiec and Other (1987) ได้สร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาซึ่งเรียกว่า Jalowiec coping scale (JCS) ในปี 1979 ซึ่งได้แบ่งพฤติกรรมการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 รูปแบบ 40 พฤติกรรม ประกอบด้วย

1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งมีอยู่ 15 พฤติกรรมเช่น การยอมรับปัญหา การตั้งเป้าหมาย การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล การใช้วิธีการแก้ปัญหาหลายๆวิธี เป็นต้น

2)การแก้ไขปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งมีอยู่ 25 พฤติกรรมเช่น การร้องไห้ การทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร การตื่นกลางวัน การแยกตัวเอง เป็นต้น

ต่อมา Jalowiec ได้ปรับปรุงแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาใหม่ซึ่งเรียกว่า Jalowiec coping scale (JCS) มีจำนวน 60 ข้อ แบบวัดนี้ได้นำไปทดลองหาค่าความเที่ยงได้ 0.88-0.94 (Jalowiec,1989 cited in Downe-Wamboldt and Melansan,1995) และนำไปใช้แพร่หลาย แบบวัดชุดใหม่นี้แบ่งเป็น 8 รูปแบบคือ

1.การเผชิญปัญหา (Confrontive Coping) คือ การพยายามแก้ไขปัญหา เผชิญหน้ากับสถานการณ์ หันหน้าเข้าหาปัญหา ใช้กลยุทธ์หาข้อมูลและพยายามแก้ไขปัญหา

2.การหนีปัญหา (Evasive Coping) ปฏิบัติวิธีหลีกเลี่ยงหรือพยายามหนีออกจากปัญหา

3.การมองเหตุการณ์ในแง่ดี (Optimistic Coping)คือ การใช้การคิดในทางที่ดี มองในแง่ดี การเปรียบเทียบในทางที่ดี พยายามมองหาในแง่บวกที่ดีของสถานการณ์ หรือพยายามใช้อารมณ์ขัน ทำให้อารมณ์ดี

4.การมองเหตุการณ์ในแง่ร้าย (Fatalistic Coping) คือ การมองเหตุการณ์ในทางไม่ดีสิ้นหวัง สามารถควบคุมสถานการณ์ได้น้อย บอกตัวเองว่าโชคร้าย

5.การแก้ไขอารมณ์ดึงเครียด (Emotive Coping)คือ การปลดปล่อยอารมณ์ ลดความตึงเครียดของอารมณ์ ระบายความรู้สึกที่มีความวิตกกังวลกับปัญหา หรือระบายความตึงเครียดกับผู้อื่น

6.การบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด (Palliative Coping) คือการพยายามลดหรือควบคุม ความทุกข์ โดยทำให้รู้สึกดีขึ้น เช่น การทำงานหนักขึ้น

7.การใช้การประคับประคอง (Supportant Coping)คือ การใช้ระบบประคับประคองเช่น โดยการพูดคุยปัญหา ปรึกษากับครอบครัว เพื่อน ผู้ชำนาญ ผู้รู้

8.การพึ่งพาตนเอง(Self-reliant Coping)คือพึ่งพาตนเองมากกว่าผู้อื่น ทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง สำหรับความสามารถในการเผชิญปัญหา มีผู้สร้างแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาไว้ดังนี้

จารุวรรณ จินตามงคล (2541)ได้พัฒนาแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทโดยดัดแปลงจากรูปแบบการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของ Jalowiec and Other (1987 cited in Jacqueline and Other,1998; Downe-Wamboldt and Melansan,1995) โดยสร้างแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาโดยมีคำถาม 40 ข้อแบ่งเป็น 6 ด้านคือการเผชิญปัญหา การมองเหตุการณ์ในแง่ดี การแก้ไขอารมณ์ดึงเครียด การบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด การใช้การประคับประคองและการพึ่งพาตนเอง เมื่อนำเครื่องมือนี้ไปหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.82 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับและประเมินคะแนนดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติ 0 คะแนน

,ปฏิบัตินานๆครั้ง 1 คะแนน,ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน,ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน และเป็นประจำ 5 คะแนน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของ จารุวรรณ จินตามงคล (2541) และแบบวัดการเผชิญปัญหาของเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์(2548)ซึ่งใช้ในวัยรุ่น ผู้วิจัยนำมาปรับให้เหมาะสมกับที่จะใช้ในวัยรุ่นสาว และวัยทำงานตอนต้น

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พลังอำนาจ(Empowerment) คือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน (Miller, 1992) พลังอำนาจไม่ใช่ความสามารถที่เป็นมาแต่กำเนิด แต่เป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นในบุคคลได้ กระบวนการที่ช่วยทำให้บุคคลพัฒนาพลังอำนาจขึ้นมาได้เรียกว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ (อวยพร ,2540) พลังอำนาจจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดเชิงกระบวนการที่จะนำไปสู่การพัฒนาบุคคลทั้งภายในและภายนอกให้มีศักยภาพในการยอมรับสถานการณ์ มั่นใจในสมรรถนะของตนและสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนและนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพในทางบวก

3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Rappaport (1984) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นความสามารถของบุคคลที่จะแสดงออกมาเมื่อได้รับการส่งเสริม และได้รับโอกาส การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพัฒนาที่จะทำให้บุคคล ครอบครัวยุวมชนก้าวหน้า และมีศักยภาพเพิ่มขึ้น

Miller (1992) กล่าวว่า พลังอำนาจคือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล

Gibson(1991) ได้กล่าวถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ การเสริมสร้างพลังอำนาจหมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนโดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคคลมีการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเองภายในบุคคล รู้ว่าตนเองมีอำนาจสามารถ

ควบคุมชีวิตของตนเองได้ มีอิสระในการเลือกและตัดสินใจ สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดของGibson (1993)ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.2 การสูญเสียพลังอำนาจ

Roy (1984) กล่าวถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจว่า เป็นสภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถจะควบคุมสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้

Robert (1986) กล่าวถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจว่าหมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมของตนเองให้เป็นไปตามที่ต้องการ แต่ถูกควบคุมจากบุคคลอื่นหรือสิ่งเร้าที่อยู่ภายนอกตนเอง

Miller(1992)กล่าวถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจว่าการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณไม่สามารถมีอิทธิพลต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตามความคาดหวังได้ไม่ว่าจะเกิดขึ้นเป็นประจำหรือไม่คาดคิด

สรุปได้ว่า ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่สามารถจะควบคุมสถานการณ์ต่างๆตามที่ตนต้องการได้ แต่ถูกควบคุมจากบุคคลอื่นหรือสิ่งเร้าที่อยู่ภายนอกตนเอง

3.3 สาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจ การสูญเสียพลังอำนาจเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการคือ การขาดความสามารถในการควบคุม(Loss of control) และการขาดความรู้ (Lack of Knowledge) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (ยุวดี วงษ์แสง,2548)

1) การขาดความสามารถในการควบคุม(Loss of control)แบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้

1.1 ขาดความสามารถในการควบคุมด้านร่างกาย จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการของโรคโดยที่ก่อนการเกิดภาวะความเจ็บป่วยบุคคลจะมีพลังอำนาจเหนือตนเอง แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือระบบใดระบบหนึ่งของร่างกายถูกควบคุมโดยความเจ็บป่วย ทำให้สมรรถภาพในการทำหน้าที่ของร่างกายและการรักษาสมดุลในร่างกายลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ตามความคาดหวัง และตามความต้องการของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ บางคนเคยมีความรู้สึกลึกๆในใจในร่างกายของตน เมื่อเกิดความเจ็บป่วย พยาธิสภาพของโรค หรือภาวะต่างๆที่เกิดขึ้น อาจทำให้บุคคลรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หรือเจ็บปวด ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ การขาดความสามารถในการควบคุมร่างกายนี้มีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยโดยตรง เนื่องจากสูญเสียความเป็นตนเองไป

1.2 ขาดความสามารถในการควบคุมจิตใจ (Psychological loss of control) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเกิดความเจ็บป่วยขึ้น รวมถึงการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความควบคุมด้านจิตใจ เนื่องจากต้องปฏิบัติตามกฎของโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลเป็นผู้ควบคุมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การถูกจำกัดเวลาเยี่ยม หรือไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง เมื่อผู้ป่วยสูญเสียอิสระในการตัดสินใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถ

ควบคุมสิ่งต่างๆได้ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้ เนื่องจากไม่สามารถ ยืนหยัดความเป็นตัวของตัวเอง(Self-affirmation)ได้(Robert,1978)

1.3 ขาดความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment loss of control) เป็นการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆตนเอง

2) การขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล(Lack of Knowledge) ความรู้ เป็นแหล่งพลังอำนาจอย่างหนึ่ง

3.4 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของGibson (1993) ในการดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการที่ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพให้เกิดความรู้สึกว่า ตนเองมีพลัง อำนาจสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล(Interpersonal process) มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก มีลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความ พยายามร่วมกัน ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ด้วยการปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ ร่วมกันที่มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น เป็นการให้ความสำคัญกับสิทธิความสามารถมากกว่า ข้อจำกัดของบุคคล มีกลไกที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้ การรับอำนาจและการใช้ อำนาจร่วมกัน มิใช่เพียงแต่ผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจ แต่รวมถึงผู้มีอำนาจถ่ายโอนอำนาจ มี การแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกหรือกระทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้เป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่ หรือชีวิตของตนเองได้ นอกจากนี้ Gibson (1993)กล่าวว่า การที่จะช่วยเหลือบุคคล ในการ เสริมสร้างพลังอำนาจได้ต้องมีความเชื่อพื้นฐาน ดังนี้

1. บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพ สุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ แม้ว่าแพทย์ พยาบาล จะมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคล แต่ก็ยังไม่มีอำนาจผูกขาดต่อสุขภาพเหนือบุคคลนั้น แต่กลับต้องเคารพในสิทธิของบุคคลต่อภาวะการมีสุขภาพ

2. บุคคลควรได้รับความเคารพนับถือต่อศักยภาพ ในการที่จะพัฒนาความเจริญงอกงาม และความต้องการการตอบสนองต่อเป้าหมายในชีวิตของเขาเอง บุคคลมีความสามารถในการ ตัดสินใจเรื่องของตน แม้ว่าบางครั้งอาจต้องอาศัยข้อมูลหรือความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นบ้างก็ตาม

3. บุคลากรทางสุขภาพ ไม่สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคคลเกิดความสามารถได้ ตัวของบุคคลเองที่จะเสริมสร้างอำนาจของตนเอง ในขณะที่บุคลากรทางสุขภาพช่วยเหลือให้เกิด การคงทนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและรู้จักใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้เกิดความ รู้สึกว่าสามารถควบคุมได้และเชื่อมั่นในความสามารถของตน ช่วยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาตนเอง

4. บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับความสำคัญ สำหรับการให้ความร่วมมือของชุมชนต้องมีสำนึกในเรื่องของอิสรภาพ และพร้อมรับการปฏิเสธและพร้อมที่จะรับการปฏิเสธความช่วยเหลือ

ของบุคคล บุคคลจะตัดสินใจเลือกสิ่งต่างๆด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องทำตามคำแนะนำที่บุคคลกรแนะนำไว้ ซึ่งบุคคลกรควรมีแนวทางในการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้รับบริการ

5. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้ จากความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ไม่ใช่ลักษณะของการมองว่าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเป็นผู้เสียเปรียบมีปมด้อย ในขณะที่อีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ได้เปรียบและมีความสามารถเหนือกว่า ปฏิสัมพันธ์ทั้งสองฝ่ายควรเป็นแบบเกื้อกูลกัน เอื้อผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน

6. ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต้องมีความเชื่อถือ ไว้วางใจกันและกัน

จากความเชื่อพื้นฐานทั้ง 6 ข้อดังกล่าวข้างต้น ถือเป็นหัวใจสำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจให้ตรงกัน และให้มีส่วนร่วมซึ่งกันและกันในการปฏิบัติตัวเพื่อช่วยให้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประสบความสำเร็จ บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

นอกจากนี้ การเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊ีบสันเป็นแนวคิดแบบพลวัต(Dynamic concepts) ที่มีทั้งการให้ การรับ มีการแลกเปลี่ยน และมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคลเพื่อมุ่งเน้นการแก้ปัญหา มีองค์ประกอบ 3 ด้านดังนี้ (อารีย์วรรณ อ้วนธานี,2543)

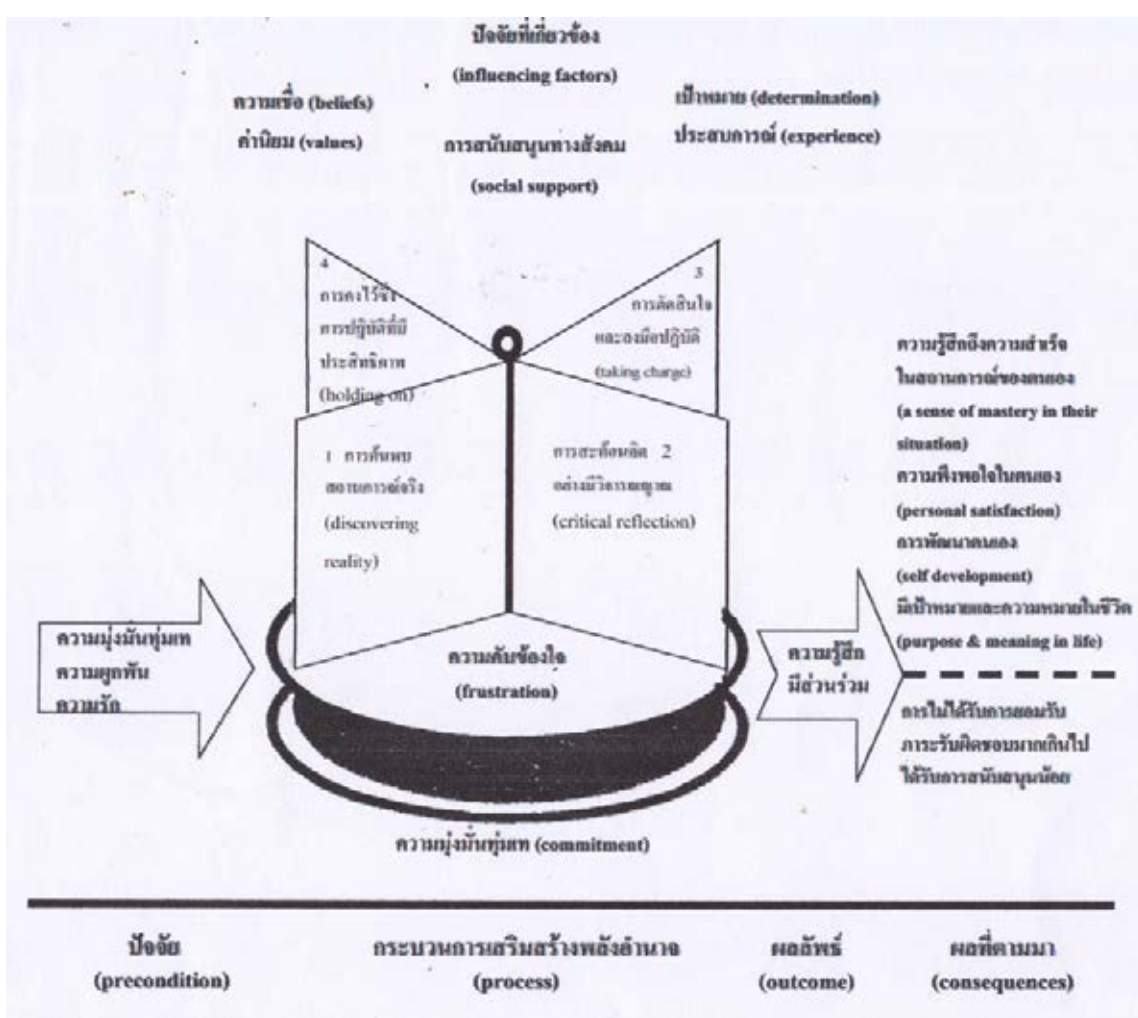
1. ด้านผู้รับบริการ ผู้รับบริการจะเป็นผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Self-determination) มีสมรรถนะในตนเอง(Self-efficacy) ควบคุมตนเองได้(Self of control) มีแรงจูงใจ(Motivation) เรียนรู้(Learning) เจริญเติบโต(Growth) มีความรู้สึกเป็นนายตนเอง(Sense of mastery) มีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น(Sense of connectedness) การปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Improved quality of life) สุขภาพดีขึ้น (Better health) และมีจิตสำนึกในการตัดสินใจสังคม(Sense of social justice)

2. ด้านผู้ให้การพยาบาล พยาบาลจะเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการ โดยพยาบาลจะมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ(Helper) ผู้สนับสนุน (Support) ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ผู้สอน (Education) ผู้ให้คำปรึกษาแหล่งทรัพยากร (Resource consultant) ผู้ใช้แหล่งทรัพยากร (Resource mobilizer) ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก (Facilitator) ผู้ส่งเสริม (Enabler) และผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ให้ผู้รับบริการ(Advocate)

3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล เป็นการสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยมีความไว้วางใจกัน(Trust) เห็นใจกัน (Empathy) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participatory decision-making) วางเป้าหมายร่วมกัน (Mutual goal -setting) ทำงานร่วมกัน(Co-operation) ให้ความร่วมมือกัน(Collaboration) เอาชนะอุปสรรค (Overcoming organizational barriers) มีการจัดการอย่างเป็นระบบ (Organizing) มีการต่อรอง(Lobbying) และมีการดำเนินการอย่างชอบธรรม (Legitimacy)

จากองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน จะเห็นได้ว่า พยาบาลมีบทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการดึงเอาแหล่งประโยชน์ทั้งภายในตนเอง และแหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยมาใช้ในการสร้างเสริมให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัวเองได้ และเห็นคุณค่าในตนเอง

นอกจากนี้ Gibson(1993;1995) ได้ทำการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาจำนวน 12 ราย ที่ให้การดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การบันทึก การสัมภาษณ์เป็นเวลา 12 เดือน โดยสรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจนำเสนอเป็นแผนภาพดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงรูปแบบของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson ,1993 แหล่งที่มา :จาก A study of empowerment in mothers of chronically ill children (p.113) By Gibson ,C.H.1993.Michigan :Boston College.

จากภาพที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพื้นฐานมาจาก ความคับข้องใจ(Frustration) ความขัดแย้ง การมีปัญหาคู่ปรก โดยมีความมุ่งมั่นทุ่มเท (Commitment) ความผูกพัน(Bond) และความรัก(Love) เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลังใจ แรงแบนดาลใจ สามารถกระทำทุกวิถีทางในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่บนพื้นฐานซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วม(Collaboration) ซึ่งจากการศึกษาของGibson(1995) ได้แบ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง(Discovering reality)

การค้นพบสถานการณ์จริงเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาการรับรู้และด้านพฤติกรรม

การตอบสนองด้านอารมณ์(Emotionally response) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลก็จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อด้าน วิตกกังวล กลัว โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานภาพของความเป็นจริงได้ ความรู้สึกเจ็บปวดที่จะต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกคับข้องใจที่คิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วย ซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง รวมทั้งมีแนวทางในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม

การตอบสนองด้านสติปัญญาการรับรู้(Cognitive response) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความรู้สึกรู้สึกสามารถ หรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ ตำรา วารสารทางวิชาการ การถามจากแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยคนอื่นๆ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากแสวงหาแหล่งต่างๆมาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาต่อไป

การตอบสนองทางพฤติกรรม(Behavioral response) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่

ดีที่สุดที่สามารถทำได้ในขณะนี้ มองปัญหาในด้านบวกพร้อมทั้งทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการแท้จริง เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของตนเองใช้ประสบการณ์การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่าการวิตกกังวลจนเกินไปจะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจและไม่มั่นใจ จนในที่สุดบุคคลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่าถ้าเปลี่ยนมาคิดในแง่ดี ปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้ ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดีและทำทุกอย่างเพื่อให้การดูแลตนเองมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ(Critical reflection)

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพินิจพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสถานการณ์จริงและรู้สึกคับข้องใจในการดูแล จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้เกิดมุมมองปัญหา ประเมิน และคิดพินิจวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้น ในแง่มุมต่างๆให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง คิดได้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างตนไม่ได้ไร้ความสามารถ บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่างๆในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการที่จะดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งขั้นตอนนี้มีความสำคัญนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังอำนาจมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง(Taking charge)

หลังจากผ่านทั้งสองขั้นตอนดังกล่าวแล้ว ในขั้นตอนนี้เป็นการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองที่คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง เกิดการยอมรับตนเอง(Self-determination) หลังจากผ่านทั้งสองขั้นตอนข้างต้น ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองมองว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการ ขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหามองบุคคล และจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุด โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจจะมีแตกต่างกัน โดยที่การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไขคือ 1)เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้ 2)สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ 3)ผู้ป่วยได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการตนเอง 4)ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับ และ

สามารถเปิดกว้างในการที่บุคคลคนอื่นจะนำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ขั้นนี้บุคคลจะมีความมั่นใจในความรู้ความสามารถของตนเองและมีความแข็งแกร่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ถือว่าเป็นข้อผู้พันในการปฏิบัติ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้วพยาบาลและผู้ป่วยจะร่วมมือแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจ มีความสามารถและจะคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Gibson(1993) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะมีความต่อเนื่องกัน และสามารถเกิดสลับไปมาได้ในแต่ละบุคคล และการที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้จะต้องใช้พลังใจ พลังความคิดรวมทั้งความสามารถในระดับสูง ทั้งนี้ ขั้นตอนต่างๆจะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งได้กล่าวไปแล้วในตอนต้น เมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะเกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่ช่วยให้สามารถปฏิบัติภารกิจได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

3.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ปัจจัยที่สำคัญในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดGibson(1991)ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล(Intrapersonal factor)และปัจจัยระหว่างบุคคล(Interpersonal factor)

3.5.1 ปัจจัยภายในบุคคล(Intrapersonal factor) ได้แก่

1) ค่านิยม(Values)ค่านิยมของตนเอง มีความรักในตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

2) ความเชื่อ (Beliefs)ซึ่งความเชื่อจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยใ้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรคและความยากลำบากที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลหรือเชื่อว่าการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น ความเชื่อดังกล่าวก็จะส่งผลใ้ผู้ป่วยเกิดความหวัง(A hopeful future)มีการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี มีความคิดที่จะช่วยส่งเสริมใ้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้(Abilities to care) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดี ตลอดจนความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์

3)เป้าหมายในชีวิต(determination) เกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (Strong and motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆเพื่อไปสู่เป้าหมายโดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดจะส่งผลต่อการเกิด

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลทุกขั้นตอน

3) ประสบการณ์ส่วนบุคคล(Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ(Educational contexts) ซึ่งจะช่วยให้อุทิศตนมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

3.5.2 ปัจจัยระหว่างบุคคล(Interpersonal factor) ได้แก่

การสนับสนุนทางสังคม(Social support) จากหลายๆแหล่งด้วยกัน คือ คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว บุคคลสำคัญในชีวิต รวมถึงญาติ ซึ่งมีส่วนสนับสนุน ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้การประคับประคองและให้ความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเอง จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและแผนการรักษา การได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลแล้วมีอาการเจ็บป่วยทุเลาลง การที่พยาบาลช่วยพูดคุยกับแพทย์ ผู้รักษา การได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ ตลอดจนการได้รับการบริการส่งต่อในชุมชน หรือการดูแลที่บ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกันเอง ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน การได้เรียนรู้จากคนอื่นๆ และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น แหล่งสนับสนุนต่างๆเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น

สรุป กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน(Gibson,1995) นั้น พยาบาลต้องรู้ถึงภาวะไร้พลังอำนาจของผู้ป่วยก่อน ซึ่งเป็นการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ทั้งด้านอารมณ์ ความคิดรู้และพฤติกรรม มีการสะท้อนความคิดเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับในปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหาาร่วมกันและผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง โดยมีพยาบาลคอยให้การสนับสนุน จนกระทั่งผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นที่จะดูแลตนเองได้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

3.6 การประเมินผลและผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คาร์นิ จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์(2545) เสนอรูปแบบการประเมินผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้พลังอำนาจเป็นตัวบ่งชี้ว่าที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกรู้สึกของการควบคุมตนเอง หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรมที่แสดงออกที่หลากหลาย รวมถึงการควบคุมตนเองและประสิทธิภาพในตน (Zimmerman,1995) โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ ได้แก่ ความเชื่อด้านบวก(Positive beliefs) ความสามารถในการควบคุมตนเองหรือควบคุมสถานการณ์ (Self-control) การเห็นคุณค่าตนเอง (Self-esteem) และความสามารถในสมรรถนะแห่งตน(Self-efficacy)

2) การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์และกิจกรรม รวมกลุ่มเป็นคำที่ใช้อธิบายการกระทำของการเสริมสร้างพลังอำนาจ(Suk bling,1998:31)

3) การมีสุขภาวะที่ดี (Well being) เป็นภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมบุคคลจะมีสุขภาวะที่ดีได้เมื่ออยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หรือการเจ็บป่วย(Orem,1995) การมีสุขภาวะที่ดีหมายถึงการที่ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิต มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ซึ่งผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลต่อสุขภาวะที่ดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป(Suk bling,1998)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson(1993) มาประยุกต์ใช้ด้วยเหตุผล 6 ประการ คือ 1) กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยคือผู้ป่วยฆ่าตัวตายที่มีภาวะอารมณ์ที่หุนหันพลันแล่นไม่สามารถควบคุมตนเองได้ส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า 2) แนวคิดของกิบสันได้อธิบายขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้อย่างชัดเจน 4 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนมีความเป็นพลวัตรไม่หยุดนิ่ง โดยกระบวนการนั้นเริ่มต้นด้วยการประเมินสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น การแสวงหาข้อมูลเพื่อในการตัดสินใจจัดการปัญหา รวมทั้งการลงมือปฏิบัติเพื่อจัดการกับปัญหา ตลอดจนมีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวคิดของกิบสันนี้ เน้นการพัฒนาศักยภาพเป็นหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถควบคุมชีวิตตนเองและสามารถในการเผชิญปัญหาได้ 3) แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันได้อธิบายถึงผลลัพธ์(Outcome)และผลที่ตามมา(Consequences) ไว้เป็นที่ชัดเจน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการอธิบายถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจคือความสามารถในการเผชิญปัญหา 4)จากข้อเท็จจริงที่ว่าในการดำเนินชีวิตประจำวันไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัญหาได้ (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา,2548) ดังนั้นการนำแนวคิดของกิบสันมาใช้จึงเป็นกลยุทธ์ในกระบวนการแก้ปัญหา เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเกิดความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ดีขึ้นเหมาะสมกว่าเดิม ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าเหมาะสมที่สุด 5) แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันเป็นแนวคิดที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ จึงทำให้เห็นถึงความสำคัญในบทบาทอิสระของพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม และ 6) แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จริงในงานวิจัยทางการพยาบาลได้อย่างกว้างขวาง ผู้วิจัยจึงเห็นว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993)มีความเหมาะสมเป็นอย่างมาก เชื่อว่าผู้ป่วยฆ่าตัวตายสามารถควบคุมตนเองได้ มีความคิดด้านบวก สามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสม มีพลังในการที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองไป

ในทางที่ดีขึ้น มีสุขภาพที่ดีและ ไม่มีความคิดหรือพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก

4.โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตาย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยในฐานะผู้มีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ได้พัฒนาขึ้นนี้เป็น โปรแกรมที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้โดยอิสระ เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ให้สามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจ มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่พัฒนามาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของGibson (1993) มาประยุกต์ใช้กับผู้พยายามฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำหลักการสัมพันธ์ภาพบำบัด (Peplau,1952) และกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม(กรมสุขภาพจิต,2543)เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความรู้สึก ความคิดเห็นระหว่างพยาบาลและผู้พยายามฆ่าตัวตาย มาใช้ประกอบในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานวิจัยครั้งนี้ด้วย ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Locus of control) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้แล้ว กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมนี้ยังช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ระบายความรู้สึก ได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์และทางสังคม ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพยาบาลผู้ให้การบำบัด ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้จะช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตตนเอง และสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้ โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เป็นกิจกรรมที่พยาบาลสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย ด้วยสัมพันธ์ภาพบำบัด และให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรับรู้ เข้าใจสาเหตุ และผลกระทบของการฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ใช้ในสภาพการณ์จริง ขั้นตอนนี้ช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดความไว้วางใจ รับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเองตามความจริง เข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องในสถานการณ์ ทำให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสม สามารถควบคุมตนเองและมีการเผชิญปัญหาที่ดี

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระตุ้นให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมองปัญหา ประเมิน คิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์ปัญหาในแง่มุมต่างๆจนเกิดความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งสามารถวางแผนจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ขั้นตอนนี้ช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีการเปลี่ยนแปลงความคิด ทักษะและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และสามารถเลือกการดำเนินการเผชิญปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของตนเองซึ่งได้รับการยอมรับและการสนับสนุนจากพยาบาล ด้านข้อมูล ความรู้ และการฝึกทักษะต่างๆ ได้แก่ ทักษะด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ทักษะการเผชิญปัญหา และการส่งเสริมความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ขั้นตอนนี้ช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายผ่อนคลายความเครียด มีการปรับตัวดีขึ้น และสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เกิดความเชื่อด้านบวก ส่งผลให้เกิดความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นกิจกรรมที่พยาบาลจะใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาล ในขั้นตอนต่างๆ และส่งเสริมให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเห็นคุณค่าในตนเอง มีเป้าหมายชีวิต เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองและเชื่อเกี่ยวกับอำนาจควบคุมตนเอง พร้อมคงไว้ซึ่งความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ด้วยการติดตามประเมินผลจากการวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาซ้ำภายหลังจบโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย

นฤมล จันทร์จำ(2547) ศึกษาการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภูวนิยมต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นการศึกษาเชิงทดลอง มีกลุ่มตัวอย่าง 20 คนอายุ 15-60 ปี พบว่าภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลงหลังจากได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05

นภาพร จีรังกร (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอ่างทอง เป็นการศึกษาเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับ โปรแกรมฯสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รพีพร อ่อนกุล (2552)ศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนให้การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

อัมพร ทองคำเอี่ยม (2552) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมเพิ่มมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

Brooke P.Randell (2006)เปรียบเทียบระดับผลการรับรู้ความเสี่ยงของครอบครัวและปัจจัยปกป้องของกลุ่มนักเรียนที่ถูกให้ออกจากโรงเรียนทั้งที่มีพฤติกรรมและไม่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย 2.ทดสอบว่าปัจจัยทางครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่าพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มของครอบครัวที่มีความเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง นอกจากนี้พบว่าระดับของความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการรับรู้ความขัดแย้งของครอบครัว, รู้สึกว่าครอบครัวไม่เป็นไปตามที่หวังและครอบครัวที่มีภาวะซึมเศร้า ระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจะลดลงสัมพันธ์กับการรับรู้ว่าการครอบครัวมีความทุกข์ใจและได้รับการสนับสนุน การรับรู้ความรักจากครอบครัวเป็นอย่างดี ครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าและมีความพึงพอใจกับการสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายครั้งนี้

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จารุวรรณ จินตมางคและอรพรรณ ลือบุญวัชชัย(2542) ศึกษาถึงผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 30 คน โดยใช้แนวคิดของGibson(1993)และปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของCarrigan(1997)รวมทั้งแนวคิดของการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดมาสร้างเป็น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคลให้การพยาบาลสัปดาห์ละ2ครั้งๆละ1ชั่วโมงรวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง 4 ขั้นตอนคือ 1.การค้นหาความจริง 2.การพิจารณาไตร่ตรองสถานการณ์ 3.ความสามารถเป็นผู้ดำเนินการ 4. การรักษาความรู้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นการให้ผู้ป่วยคิดและตัดสินใจเองการยอมรับซึ่งกันและกันการชี้แหล่งประโยชน์และการให้แรงเสริมบวก ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมฯสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมฯสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ดารณี จามจุรีและจินตนา ยูนิพันธุ์(2545) ได้ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแสวงหากระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้พยาบาลมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ขั้นตอนประกอบด้วย 1.การศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง 2.การศึกษากระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง 3.การประเมินผลและการปรับปรุงแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1)ขั้นตอนการสร้างความร่วมมือ 2)ขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย 3)ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4)

ขั้นตอนการสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร 5) ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเอง และ 6) ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนความคิดและการลงไว้ซึ่งความสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยโดยมีผลลัพธ์คือการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย

สุภาพรณ วุฒิการณ์(2549) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในตำบลแม่โป่ง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและเทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจในการอบรมครอบครัว 25 ครอบครัวพบว่า ร้อยละ 60 ของครอบครัวที่เข้ากลุ่มรับรู้ว่ามีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข มีการหาโอกาสพูดคุยปรึกษากัน ครอบครัว มีข้อตกลงร่วมกันในครอบครัวและมีการรับประทานอาหารร่วมกัน

สุภาพรณ เจียวีย์(2550) ศึกษาการใช้กลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์จังหวัดเพชรบุรีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 15-18 ปี จำนวน 20 คนที่มีภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดีหรือพอใช้ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนได้รับกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจ และความสามารถในการเผชิญปัญหาหลังได้รับเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Corrigan(1997) ได้นำการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการทำพฤติกรรมบำบัดในผู้เจ็บป่วยทางจิตใจอย่างรุนแรง (Severe Mental Illness) โดยเน้นการเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจอย่างมีอิสระในกระบวนการรักษาและสถานการณ์การดำเนินชีวิต ด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1.การจัดสถานที่ให้บุคคลได้มีโอกาสในการตัดสินใจอย่างปลอดภัย โดยจัดให้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน 2.การจัดให้บุคคลมีทางเลือกเพิ่มขึ้นโดยทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้นในทางเลือกต่างๆของตนเอง 3.กระตุ้นให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างอิสระ บุคคลเกิดอาการทางจิตรุนแรงจะเข้าใจสภาพสังคมได้ดีขึ้น เมื่อเขาได้เรียนรู้ทักษะการดำเนินชีวิตอย่างอิสระ 4.จัดหาแหล่งทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างอิสระ 5.สนับสนุนส่งเสริมการควบคุมตนเองในการตัดสินใจ โดยการสอนกลยุทธ์การควบคุมตนเอง พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ความมีคุณค่าแห่งตน และพัฒนาคุณลักษณะแห่งตน

Bernadette et al.,(2006) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้กับครอบครัวที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาใน NICU คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มครอบครัวที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดจำนวน 260 ครอบครัว ในประเทศอเมริกาใต้ พบว่า ครอบครัวที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้นระหว่างครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลและสามารถลดจำนวนวันนอนอยู่รักษาในโรงพยาบาลได้ในกลุ่มที่ทารกคลอดก่อนกำหนดมี

น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัมได้ 3.9 วันต่อคนต่อครั้ง สำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดมีน้ำหนักมากกว่า 1,000 กรัม ได้ 8.5 วันต่อคนต่อครั้ง

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเผชิญปัญหา

สมจิต หนูเจริญกุล(2531อ้างถึงในรัศมีแข วิโรจน์รัตน์,2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ การเผชิญปัญหา และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง 60 ราย พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาและความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ธนูชาติชนานนท์และคณะ(2542)ศึกษาเกี่ยวกับภาวะความเครียด กลไกการจัดการกับภาวะความเครียดและความคิดฆ่าตัวตายของคนไทยในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ พบว่ากลไกการจัดการกับอารมณ์ หลีกหนีปัญหาและการมองโลกในแง่ร้าย สัมพันธ์กับความเครียดในระดับสูง ในขณะที่กลไกการเผชิญปัญหา การมองโลกในแง่ดี การพึ่งตนเอง สัมพันธ์กับอย่างผกผันกับระดับความเครียดของบุคคล

กาญจนา เทพมาลัย (2551) ศึกษากระบวนการจัดการปัญหาในชีวิตประจำวันและการพัฒนาศักยภาพตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ใช้แนวคิดของ Lazarus&Folkman ผลการศึกษาพบว่า ด้านการจัดการปัญหาส่วนใหญ่จะแก้ไขปัญหาลักษณะที่ไม่ได้มุ่งแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุ มีจัดการความคิดโดยการฝึกคิดด้านบวก/มองเห็นความเป็นจริงมากขึ้น ฝึกการจัดการกับอารมณ์ ความเครียด ส่วนด้านการพัฒนาศักยภาพตนเองพบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายได้พัฒนาตนเองทั้ง 5 ด้านคือการแก้ไขปัญหา,สื่อสาร,สัมพันธภาพ,ธรรมะและความรู้ความสามารถ

Jennifer (2007) ได้ทำการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจแห่งตน,การเผชิญปัญหา,การเห็นคุณค่าในตนเองและความเชื่อทางวัฒนธรรมของหญิงวัยรุ่นพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้พบว่า ความเชื่ออำนาจแห่งตนสามารถทำนายการเห็นคุณค่าในตนเอง และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการที่ตัวปัญหาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Englert et al.,(2011)ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจแห่งตน(self-control)และความวิตกกังวลต่อการเผชิญปัญหา ผลการวิจัยพบว่าความเชื่ออำนาจแห่งตนมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับการเผชิญปัญหา นอกจากนี้ยังพบว่าความเชื่ออำนาจแห่งตนในระดับสูงสามารถลดระดับความวิตกกังวลลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดพบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาที่มีความสำคัญมากในการดำเนินชีวิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ในอันที่จะการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และรักษาความสมดุลทางอารมณ์ โดยเฉพาะผู้พยายามฆ่าตัวตายที่อยู่ในช่วง

วัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสนใจในการศึกษาแนวทางส่งเสริมป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ โดยการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการควบคุมตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้แล้ว กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมนี้ยังช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ระบายความรู้สึก ได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์และทางสังคม ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพยาบาลผู้ให้การบำบัด ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้จะช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตตนเอง และสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้ ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

6.กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้พยายามฆ่าตัวตาย

กิจกรรมรายบุคคล แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการค้นพบสภาพการณ์จริง เพื่อสร้างความไว้วางใจและให้ผู้ป่วยยอมรับปัญหาของตนเองตามความจริง เข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหา ประเมิน คิดพินิจพิจารณาถึงสถานการณ์ปัญหาในแง่มุมต่างๆจนเกิดความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ได้แก่ เสริมความรู้และฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับอารมณ์และความเครียดและการเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาลในขั้นตอนต่างๆ และเมื่อผู้ป่วยนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ จะรู้สึกว่าคุณมีพลังอำนาจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นต่อไป

ความสามารถ
ในการเผชิญ
ปัญหา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง(The pretest-posttest design with Nonequivalent groups) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความ

สามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.ประชากร คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี

2.กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง(Inclusion criteria) ดังนี้

2.1 เพศชายหรือเพศหญิงอายุระหว่าง 15-44 ปี

2.2 มีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาระดับแก้ไข(คะแนน 0-0.4) หรือไม่มี(0.5-1.4) โดยใช้แนวคิดของ Jalowiec (1987) ที่พัฒนาโดยจารูวรรณ จินตามงคล(2541)และ เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์(2548)

2.3 สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือการศึกษาครั้งนี้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ได้จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ(Power Analysis) ของ Cohen (1988) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 อำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 90.77 โดยได้นำผลการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) มากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 14 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่พอที่จะมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้พยายามฆ่าตัวตายจากบันทึกเวชระเบียน มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และเป็นเพศเดียวกัน โดยทำการคัดเลือกจนครบ 20 คู่ตามที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนเหล่านี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุดดังนี้

1. เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Gibson(1993)และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของสุพากรณ์ วุฒิการณ์(2549) โดยดำเนินกิจกรรมกับผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดีหรือพอใช้เป็นรายบุคคล โดยดำเนินกิจกรรมทุกวัน รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง(วันละ 1 ครั้งติดต่อกัน 4 วัน) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งประมาณ 45-60 นาที และติดตามประเมินผลความสามารถในการเผชิญปัญหาซ้ำหลังจบโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ พร้อมทั้งแจกคู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมฯ ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ การฆ่าตัวตาย และความสามารถในการเผชิญปัญหา

1.2 กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรม ประกอบด้วยขั้นตอนของโปรแกรม วิธีการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน จำนวนครั้งของการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการดำเนินการ และติดตามประเมินผลของกิจกรรม

1.3 สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาตามความเหมาะสม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยไว้วางใจและพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ฆ่าตัวตาย
2. เพื่อค้นหาสภาพการณ์เกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญปัญหาทั่วไป

เนื้อหาสำคัญ

1. ในการพบกันครั้งแรกทั้งพยาบาลและผู้พยายามฆ่าตัวตายสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย ด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยพยาบาลเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวด้วย

ท่าทางที่เป็นมิตร แจ่มใส ประสงค์ ระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรมและ การรักษาความลับของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

2. พยายามอธิบายให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าใจสาเหตุปัจจัย และผลกระทบของการฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ใช้ในสภาพการณ์จริง

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณนำไปสู่การเข้าใจและยอมรับปัญหาและมีความตระหนักถึงความเป็นไปได้ในการจัดการกับปัญหาของตนเองตามเป็นจริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณนำไปสู่การเข้าใจและยอมรับปัญหาและมีความตระหนักถึงความเป็นไปได้ในการจัดการกับปัญหาของตนเองตามเป็นจริง

2. เพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการเลือกวิธีดำเนินการที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง

เนื้อหาสำคัญ

ให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถวางแผนจัดการ และบอกได้ว่าจะดำเนินการตามแผนการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมตอบสนองความต้องการของตนเองและได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าตนเองเกิดความมั่นใจเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของตนเองตามแผนที่กำหนด

เนื้อหาสำคัญ

การสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ การฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการเผชิญปัญหาได้แก่ทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับอารมณ์และความเครียด และการส่งเสริมความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ จะรู้สึกว่ามีพลังอำนาจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเชื่อมั่นความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น

2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เนื้อหาสำคัญ

1. การส่งเสริมให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายให้มีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2. ส่งเสริมให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายคงไว้ซึ่งความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ด้วยการติดตามประเมินผลหลังจบโปรแกรมฯ แล้ว 2 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 กิจกรรม นำมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านประกอบ

ด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลประจำการที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้อง ชัดเจน ครบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม หลังจากนั้นนำโปรแกรมที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์

จากนั้นผู้ศึกษานำโปรแกรมที่แก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้พยายามฆ่าตัวตายที่นอกพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 4 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้ง วิธีที่ใช้ สาเหตุการฆ่าตัวตาย ประวัติปัญหาสุขภาพทางกาย และสุขภาพจิต ประวัติการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยใช้แบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของจากรูวรรณ จินดามงคล (2541) และเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548) สร้างตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) และพัฒนามาจากแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1987) มีข้อคำถามรวม 40 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา 2 ด้านคือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focus coping)

แบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ Jalowiec coping scale เป็นแนวในการสร้างนี้ ประกอบด้วย 6 ด้าน รวม 40 ข้อ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย และความหมายจำแนกเป็นรายด้าน

ด้าน	ความหมาย	จำนวน(ข้อ)
1.การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด	การปลดปล่อยอารมณ์ ลดความตึงเครียดของอารมณ์ระบายความรู้สึกที่มีความวิตกกังวลกับปัญหาหรือระบายความตึงเครียดกับผู้อื่น	5 (1,2,3,4,5)
2.การบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด	การพยายามลดหรือควบคุมความทุกข์ ทำให้รู้สึกดีขึ้นเช่นการทำงานหนักขึ้น	5 (6,7,8,9,10)
3.การใช้การประคับประคอง	การใช้ระบบประคับประคอง เช่น การพูดคุยปัญหากับครอบครัวหรือเพื่อน	5 (11,12,13,14,15)
4.การพึ่งพาตนเอง	พึ่งพาตนเองทำสิ่งต่างๆด้วยตนเองมากกว่าผู้อื่น	7 (16,17,18,19,20,21,22)
5.การเผชิญหน้ากับปัญหา	การพยายามแก้ไขปัญหาเผชิญหน้ากับสถานการณ์หันหน้าเข้าหาปัญหา ใช้กลยุทธ์หาข้อมูลและพยายามแก้ไขปัญหา	10 (23,24,25,26,27,28 29,30,31,32)
6.การมองเหตุการณ์ในแง่ดี	การใช้การคิดในทางที่ดี มองในแง่ดี การเปรียบเทียบในทางที่ดี พยายามมองหาในแง่บวกที่ดีของสถานการณ์ หรือพยายามใช้อารมณ์ขัน ทำให้อารมณ์ดี	8 (33,34,35,36,37 38,39,40,)

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า(Rating Scale) 5 ระดับ มีความหมายดังนี้ ข้อคำถามที่เป็นลบได้แก่ ข้อคำถามข้อที่ 1-5 ให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติ 4 คะแนน ,ปฏิบัติ นานๆครั้ง 3 คะแนน,ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน,ปฏิบัติบ่อยครั้ง 1 คะแนน,เป็นประจำ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นบวกได้แก่ ข้อคำถามข้อที่ 6-40 ให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติ 0 คะแนน ,ปฏิบัติ นานๆครั้ง 1 คะแนน,ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน,ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน,เป็นประจำ 4 คะแนน ตามลำดับ

เกณฑ์การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ โดยหาค่าเฉลี่ยรายรวมและรายด้านของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ มีเกณฑ์ว่าจะต้องได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับปานกลาง(พอใช้)ขึ้นไป โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเป็นคะแนนและความหมายดังนี้ (ประคอง กรรณสูต,2542 :108)

คะแนน	ความหมาย
ระดับคะแนน 0-0.4	ความสามารถเผชิญปัญหาต้องแก้ไข
ระดับคะแนน 0.5-1.4	ความสามารถเผชิญปัญหาไม่ดี
ระดับคะแนน 1.5-2.4	ความสามารถเผชิญปัญหาพอใช้
ระดับคะแนน 2.5-3.4	ความสามารถเผชิญปัญหาดี
ระดับคะแนน 3.5- 4	ความสามารถเผชิญปัญหาดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาค่าความเที่ยง(Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CVI: Content Validity Index)เท่ากับ .90 แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มวัยรุ่นสาว (ช่วงอายุ 15-44 ปี)ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 ดังปรากฏในภาคผนวก ข หน้า 95-96

3.เครื่องมือกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของบุบผา ธนิกุล (2554) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของGibson(1993)ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินพลังอำนาจ(Psychological empowerment scale)ของ Akey et al.,(2000) โดยมีข้อคำถามรวม 25 ข้อ ประกอบด้วยการประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้พยายามฆ่าตัวตาย 6 ด้านคือ ด้านการรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง ด้านการรับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ด้านมีความหวังและกำลังใจ ด้านความสามารถเผชิญปัญหาต่างๆในชีวิตประจำวัน ด้านการรู้จักแหล่งประโยชน์และสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ด้านความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี

ตารางที่ 2 การประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้พยายามฆ่าตัวตาย และจำแนกเป็นรายด้าน

ด้าน	เลขข้อ	จำนวนข้อ
1.ด้านการรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง	1,2,3,4	4
2.ด้านการรับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ	5,6,7,8	4
3.ด้านมีความหวังและกำลังใจ	9,10,11,12	4
4.ด้านความสามารถเผชิญปัญหาต่างๆในชีวิตประจำวัน	13,14,15,16	4
5.ด้านการรู้จักแหล่งประโยชน์และสามารถใช้ให้เกิด ประโยชน์สูงสุด	17,18,19,20	4
6.ด้านความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี	21,22,23,24,25	5
	รวมทั้งหมด	25

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า(Rating Scale) 5 ระดับโดยกำหนดการให้คะแนนในข้อคำถามด้านลบได้แก่ คำถามข้อที่ 10,20 และ25 ให้คะแนนดังนี้ น้อยที่สุด 4 คะแนน, น้อย 3 คะแนน, ปานกลาง 2 คะแนน,มาก 1 คะแนน และมากที่สุด 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามด้านบวกได้แก่ คำถามข้อที่เหลือทั้งหมด ให้คะแนนดังนี้ น้อยที่สุด 0 คะแนน, น้อย 1 คะแนน, ปานกลาง 2 คะแนน,มาก 3 คะแนน และมากที่สุด 4 คะแนน ตามลำดับ

เกณฑ์การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยรายรวมและรายด้านของคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลพิจารณาแบ่งเป็น 3 ช่วง จัดระดับเป็นคะแนนและความหมายดังนี้

คะแนน	ความหมาย
มากกว่า 80 คะแนน	การรับรู้พลังอำนาจอยู่ในระดับดี
60 – 80 คะแนน	การรับรู้พลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง
น้อยกว่า 60 คะแนน	การรับรู้พลังอำนาจอยู่ในระดับต่ำ

เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง มีการดำเนินการทดลองดังนี้

1.ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 60 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน จึงเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง

2.กรณีที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้คะแนนต่ำกว่า 60 คะแนน ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ผู้ศึกษาจะพูดคุยกับผู้พยายามฆ่าตัวตายถึง

ปัญหาอุปสรรคต่างๆในความสามารถในการเผชิญปัญหา ร่วมกับประเมินการรับรู้พลังอำนาจว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายยังมีการสูญเสียพลังอำนาจด้านใด จากนั้นเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยขาด และร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตาย และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการเผชิญปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นนั้น โดยเน้นการมีคุณค่าในตนเอง และแรงจูงใจที่จะเผชิญปัญหาอุปสรรคเหล่านั้นให้สำเร็จ หลังจากนั้นประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเองอีกครั้ง จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CVI: Content Validity Index)เท่ากับ .88 แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มวัยหนุ่มสาว (ช่วงอายุ 15-44 ปี) ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 ดังปรากฏในภาคผนวก ข หน้า 97

ขั้นการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองด้วยตนเองทั้งหมดประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้

1.ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในเรื่องความรู้ ความสามารถในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การดำเนินงานตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และครอบคลุม นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องผ่านการอบรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การให้คำปรึกษาโดยเฉพาะสัมพันธภาพบำบัด มีความรู้ความชำนาญ และทักษะเรื่องการแก้ไขปัญหาและการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

1.2 เตรียมและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังที่กล่าวไว้ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี และผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้อนุมัติผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียด วิธีการเก็บข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง วันเวลา และขอใช้สถานที่ในการทดลอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้พยายามฆ่าตัวตายในวันแรกที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พุดคุย แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับ

หรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้และมีสิทธิยุติการเข้าร่วมโครงการและตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการศึกษาก็ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2.2 หลังได้รับความยินยอมจากผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แล้วจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้านอายุและเพศ จากนั้นคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์กำหนดคุณสมบัติเพื่อจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน นัดหมายวันเวลากับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 4 ครั้งทุกวันๆละ 60 นาที และติดตามประเมินผลความสามารถในการเผชิญปัญหาหลังจบโปรแกรมฯแล้ว 2 สัปดาห์

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมฯ เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2556 - 31 กรกฎาคม 2556 (3เดือน) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามกำหนด ให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมด้วยการสอบถามข้อมูลทั่วไป และวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา(Pre-test) พร้อมให้การพยาบาลตามปกติ โดยเน้นด้านร่างกายเป็นหลัก ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวันเช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การดูแลให้ได้รับยา คลายความวิตกกังวลตามความเหมาะสม และการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเรื่องการดูแลตนเองทั่วไปก่อนกลับบ้าน แล้วนัดหมายผู้พยายามฆ่าตัวตายในการประเมินผลความสามารถในการเผชิญปัญหา(Post-test) ในอีก 2 สัปดาห์

ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรมด้วยการสอบถามข้อมูลทั่วไป และวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา(Pre-test) พร้อมดำเนินการตามโปรแกรมฯ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน โดยดำเนินกิจกรรม 4 กิจกรรม รายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการค้นพบสภาพการณ์จริง เพื่อสร้างความไว้วางใจ และให้ผู้ป่วยยอมรับปัญหาของตนเองตามความจริง เข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และ**ขั้นตอนที่ 2** การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ให้ผู้ป่วยมองปัญหา ประเมิน คิดพินิจพิจารณาถึงสถานการณ์ปัญหาในแง่มุมต่างๆจนเกิดความเข้าใจนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 1 ต่อเนื่องกันครั้งเดียวใช้ระยะเวลา 60 นาที ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการค้นพบสภาพการณ์จริง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที **กิจกรรม 1.**ดำเนินกิจกรรมรายบุคคลโดยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม

แจ่มใส แสดงท่าทีที่เป็นมิตร เพื่อให้วัยรุ่นเกิดความมั่นใจ ไว้วางใจ และเปิดเผยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยแนะนำตัวเอง ชื่อเล่น พร้อมสนทนาเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย

2.ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ร่วมกิจกรรมและการปกปิดเรื่องราวของผู้ป่วยเป็นความลับ

3.พยายามถามถึงสถานการณ์ปัญหาที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ความคาดหวังและความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือต่างๆ

4.พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงสาเหตุของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง

5.พยายามสรุปข้อมูลให้ผู้ป่วยฟังถึงสาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้นที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญครั้งนี้

การประเมินผล

1.การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นไปด้วยดี ผู้พยายามฆ่าตัวตายให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมและให้ความไว้วางใจแก่พยาบาล

2.ผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกคนตระหนักถึงความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเองได้ และทราบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ตนเองใช้ในสถานการณ์จริงนั้นไม่เหมาะสม พร้อมทั้งสามารถบอกผลกระทบตนเองและผู้อื่นได้ ดังคำพูดของผู้พยายามฆ่าตัวตายคนหนึ่งที่กำลังกล่าวว่า “ผมรู้ว่าผมเป็นคนใจร้อน เวลาไม่พอใจใครก็จะแสดงออกให้เห็นไปเลย ไม่คิดหน้าคิดหลัง สุดท้ายก็ทำให้ผมและครอบครัวเดือดร้อน ต้องมานอนที่โรงพยาบาล เสียเงินค่ารักษา ขาดรายได้ มารดาก็เสียใจอีก ” “วันหลัง...ผมต้องคิดให้มากกว่านี้”

กิจกรรมครั้งที่ 1 (ต่อ)การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ใช้เวลาขั้นตอนนี้ 30 นาที

กิจกรรม 1.พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองปัญหา ประเมินและคิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในหลายๆแง่มุม

2.พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาของตนเองว่ามีส่วนใดที่ไม่เหมาะสม และต้องปรับปรุง จนเกิดความเข้าใจและยอมรับปัญหา

3.พยาบาลกระตุ้นและให้แรงเสริมให้ผู้ป่วยคิดทบทวนว่าจะจัดการกับปัญหาอย่างไรพร้อมทั้งร่วมกันวางแผนในการจัดการ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการเผชิญปัญหา

4.พยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถในการเผชิญปัญหาและทรัพยากรที่มีของตนเองในการหาแนวทางวางแผนจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น

5.พยาบาลนัดหมายกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1.ผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกคน พยายามคิดวิเคราะห์ปัญหาของตนเองในหลายๆแง่มุมตามความเป็นจริง จนเกิดความเข้าใจตนเองและยอมรับปัญหาของตนเองมากขึ้น ดังคำพูดของผู้พยายามฆ่าตัวตายคนหนึ่งที่กำลังกล่าวว่า “ที่พยาบาลทำให้หนูได้เข้าใจมุมมองต่างๆมากขึ้น...เข้าใจคนอื่นมาก

ขึ้นซึ่งตอนนั้นหนูคิดแต่จะทำไมไม่มีใครเข้าใจเรา คิดแต่เพียงว่าพวกเขาเอาเปรียบเรา กินแรงเรา จนเกิดความน้อยใจ และตัดสินใจกินยาในที่สุด”

2.ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดความรู้สึก เชื่อมมั่นในตนเองว่าจะสามารถแก้ไขปัญหของตนเอง และควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ดังคำพูดของผู้พยายามฆ่าตัวตายคนหนึ่งทีกล่าวว่า “วันหลังหนูจะไม่ทำแบบนี้อีกแล้ว หนูจะตั้งสติและคิดถึงความเป็นเหตุเป็นผล จะไม่ใช้อารมณ์อีก”

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมตอบสนองความต้องการตนเองและได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เห็นคุณค่าตนเอง รู้สึกมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น ซึ่งขั้นตอนที่ 3 นี้ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้งด้วยกันคือกิจกรรมครั้งที่ 2 และ 3 กิจกรรมละ 60 นาทีดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 2 การเสริมความรู้และฝึกทักษะการเผชิญปัญหา ใช้ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรม 1.พยาบาลกล่าวทักทายผู้ป่วยด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงท่าทีที่เป็นมิตร พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย เพื่อให้วัยรุ่นเกิดความมั่นใจ ไว้วางใจ และเปิดเผยตนเอง

2.พยาบาลเริ่มกิจกรรมที่ 1 ด้วยเกมหลงป่า เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และเป็นการผ่อนคลายก่อนเข้ากิจกรรมหลัก

3.พยาบาลเริ่มกิจกรรมที่ 2 การฝึกคิดด้วยเหตุและผลจากหัวข้อข่าวที่เกิดขึ้นในหน้าหนังสือพิมพ์ ให้ผู้ป่วยคิดว่าเพราะเหตุใดจึงมีเรื่องเช่นนี้ และถ้าเป็นผู้ป่วยเองจะคิดเผชิญปัญหาอย่างไร พร้อมบอกผลที่ตามมาว่าจะเป็นอย่างไบบ้าง

4.พยาบาลให้ผู้ป่วยบอกถึงวิธีการเผชิญปัญหาในเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาค้างนี้และที่ผ่านมา

5. พยาบาลให้ความรู้และฝึกทักษะการเผชิญปัญหาให้กับผู้ป่วย โดยฝึกจากกรณีศึกษา พร้อมทั้งแจกคู่มือการเผชิญปัญหา

6.พยาบาลพูดคุยและสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำความรู้และทักษะที่ได้ใช้ในการดำเนินชีวิต

7.พยาบาลนัดหมายกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกคนให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ว่าอะไรควรทำก่อนหลัง และสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับพยาบาลในการแก้ไขปัญหาได้ พร้อมทั้งสามารถฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาตามขั้นตอนได้ถูกต้อง คิดทางเลือกแก้ปัญหาหลายๆทางเลือก บอกข้อดีข้อเสียแต่ละทางเลือกได้ และตัดสินใจเลือกแก้ปัญหาพร้อมประเมินผลได้สำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ทุกคน ดังคำพูดของผู้พยายามฆ่าตัวตายคนหนึ่งทีกล่าวว่า “ผมเป็นคนใจร้อน ไม่ค่อยได้คิด อะอะก็ระเบิดตามอารมณ์ไปเลย อย่างครั้งนี้จริงๆแล้ว ทางออกมันก็มีอยู่ตั้งหลายทางอย่างที่พี่ว่า หากผมคิดสักนิด ผมก็ไม่ต้องมาเจ็บตัวแบบนี้”

กิจกรรมครั้งที่ 3 การเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและเสริมความรู้และฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ใช้ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรม 1. พยายามกล่าวทักทายผู้ป่วยด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงท่าทีที่เป็นมิตร พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย เพื่อให้วัยรุ่นเกิดความมั่นใจ ไว้วางใจ และเปิดเผยตนเอง

2. พยายามเริ่มกิจกรรมที่ 1 เรื่องการเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองด้วยการแจกกระดาษ A4 ให้ผู้ป่วยวาดรูปต้นไม้ ให้มีลักษณะเหมือนตนเองมากที่สุด และตั้งคำถามว่า “ต้นไม้มีลักษณะเหมือนผู้เรียนอย่างไร” และให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบคุณค่าหรือประโยชน์ของต้นไม้กับตัวผู้เรียนว่าเหมือนกันอย่างไร

3. พยายามร่วมแลกเปลี่ยนความคิดและสนทนาร่วมกันเรื่องความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในประเด็นต่อไปนี้ - คำที่กล่าวว่า “คนเราทุกคนล้วนแล้วแต่มีคุณค่าในตัวเองด้วยกันทั้งสิ้น” ผู้เรียนเห็นด้วยหรือไม่ เพราะเหตุใด ,ชีวิตของผู้เรียนมีคุณค่าสำหรับใครบ้าง และผู้เรียนสามารถทำตัวเองให้มีคุณค่าต่อบุคคลเหล่านั้นได้อย่างไร, การที่ผู้เรียนทำประโยชน์หรือทำตัวเองให้มีคุณค่าคิดว่ามีผลต่อตัวเองและผู้อื่นอย่างไร

4. พยายามสรุปการรับรู้คุณค่าของตนเองและผู้อื่น และเกิดตระหนักรู้ว่าทุกคนล้วนมีคุณค่าหรือมีประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

5. พยายามเริ่มกิจกรรมที่ 2 ให้ผู้ป่วยแจกกระดาษรูปหัวใจให้ผู้ป่วยเขียนส่วนดี/จุดเด่น ส่วนไม่ดี/จุดด้อยที่ต้องปรับปรุง ตนเองเก่ง/มีความสามารถด้านไหน อะไรที่ทำแล้วมีความสุข

6. พยายามให้ผู้ป่วยบอกถึงอารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกในเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาในครั้ง นี้ พร้อมบอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์

7. พยายามให้ความรู้และฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ ฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจให้กับผู้ป่วยพร้อมทั้งแจกคู่มือการผ่อนคลายความเครียด

8. พยายามพูดคุยและสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำความรู้และทักษะที่ได้จากกิจกรรมในครั้ง นี้ไปใช้ในการดำเนินการตามที่เกิดขึ้นกับตนเอง

9. พยายามนัดหมายกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกคนวาดภาพต้นไม้ที่คิดว่ามีคุณลักษณะคล้ายกับตนเองมากที่สุด พร้อมทั้งสามารถบอกได้ว่า ต้นไม้นี้มีคุณลักษณะหรือมีประโยชน์ด้านใด เช่น ผู้พยายามฆ่าตัวตายคนหนึ่งวาดรูปดอกทานตะวันแล้วกล่าวว่า “เขามีความอดทนเหมือนดอกทานตะวัน” นอกจากนี้บางคนวาดรูปต้นไม้ใหญ่ โดยกล่าวว่า “ต้นไม้ใหญ่ให้ร่มเงา เปรียบเหมือนตัวเขาที่เป็นหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวให้อยู่ดีมีความสุข” นอกจากนี้ผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกคนยังสามารถเข้าใจตนเอง บอกได้ว่าตนเองมีข้อดี หรือข้อด้อยตรงไหนที่ต้องปรับปรุง เช่น ผู้

พยายามฆ่าตัวตายคนหนึ่งกล่าวว่า “ผมรู้ว่าเป็นคนใจร้อน ผมต้องฝึกที่จะควบคุมอารมณ์ตนเองให้มากกว่านี้...สติมาปัญญาเกิดอย่างที่คุณพยาบาลบอกผม”

2. ผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกคนให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการฝึกการควบคุมตนเอง ผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจเข้าออกซ้ำๆ ตามคู่มือการผ่อนคลายความเครียดอย่างถูกต้อง โดยผู้พยายามฆ่าตัวตายคนหนึ่งกล่าวว่า “หนูรู้สึก่วิธีนี้ช่วยให้หนูมีจิตใจสงบลง อารมณ์โกรธผ่อนคลาย และมีสติมากขึ้น”

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาลในขั้นตอนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณมีพลังอำนาจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ใช้ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรม 1. พยาบาลทักทายเรื่องต่างๆ ไป และทบทวนถึงกิจกรรมที่ได้พูดคุยกันเมื่อครั้งที่ 3

2. พยาบาลให้ผู้ป่วยพูดถึงการนำทักษะที่ได้ฝึกในครั้งที่ 3 ไปใช้ในช่วงวันที่ผ่านมา

3. พยาบาลให้ผู้ป่วยพูดถึงปัญหาที่พบในการนำทักษะที่ได้ไปประยุกต์ใช้

4. พยาบาลให้ผู้ป่วยพูดถึงความเป็นไปได้ที่ตนเองจะนำไปใช้ได้บ่อยขึ้น

5. พยาบาลให้ผู้ป่วยช่วยคิดทบทวนและสรุปสิ่งที่ได้คุยกันตั้งแต่ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3

6. พยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อสร้างแรงจูงใจ และเสริมแรงให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นใน

ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา

7. พยาบาลสรุปและให้ผู้ป่วยนำความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

8. พยาบาลนัดหมายวันประเมิน เพื่อติดตามผลการนำไปใช้ 2 สัปดาห์หลังจบโปรแกรมฯ

การประเมินผล

1. ผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกคนสามารถทบทวนกิจกรรมต่างๆ ได้ครบทั้ง 4 ขั้นตอนอย่าง

ถูกต้องบางคนเล่าให้ฟังว่า “เขาลองนำวิธีการต่างๆ ที่ได้เรียนรู้ไปทดลองใช้บ้างแล้ว โดยเฉพาะการฝึกคิดด้านบวก” อีกคนเล่าให้ฟังว่า “เมื่อวานเขาได้สอนลูกชายอายุ 6 ขวบที่มาบอกว่า เขาถูกรุ่นพี่ริดไถ่เงินที่โรงเรียน โดยผมสอนเขาให้ฝึกคิดแก้ปัญหาหลายๆทางว่าจะต้องทำอะไร”

2. ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่กล่าวว่ากิจกรรมที่ได้เรียนรู้ทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ทำให้เขารู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ว่าคุณมีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ได้ และแสดงพฤติกรรมกรมการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

การประเมินการกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยใช้แบบการประเมินการรับรู้พลังอำนาจผู้พยายามฆ่าตัวตายทันทีหลังเสร็จสิ้น

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน เพื่อตรวจสอบการรับรู้พลังอำนาจของผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 25 ข้อ รายงานผลการกำกับการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 3 คะแนนการรับรู้พลังอำนาจของผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (N=20)

ลำดับที่	คะแนนการรับรู้พลังอำนาจ (ร้อยละ)	ระดับ
1	73	ปานกลาง
2	73	ปานกลาง
3	82	ดี
4	74	ปานกลาง
5	72	ปานกลาง
6	66	ปานกลาง
7	61	ปานกลาง
8	82	ดี
9	64	ปานกลาง
10	64	ปานกลาง
11	73	ปานกลาง
12	64	ปานกลาง
13	84	ดี
14	81	ดี
15	81	ดี
16	71	ปานกลาง
17	65	ปานกลาง
18	66	ปานกลาง
19	69	ปานกลาง
20	73	ปานกลาง
\bar{X}	71.80	
SD	6.963	

จากตารางที่ 3 แสดงผลการรับรู้พลังอำนาจของผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจมากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

3.ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยทำการประเมินผลการทดลอง คือการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา(Pre-test)ในวันแรกที่พบผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประเมินการรับรู้พลังอำนาจในกลุ่มทดลองทันทีที่จบโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา(Post-test) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อครบ 2 สัปดาห์หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการนัดหมายเพื่อติดตามความคงอยู่ของผลที่เกิดขึ้นจากการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งมี 3 รูปแบบคือ นัดมาที่โรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตายที่อยู่เขตพื้นที่อำเภอเมืองสุพรรณบุรี หรือโทรศัพท์ติดตามประเมินผลในกรณีผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ตามนัด เนื่องจากระยะเวลาของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีเมื่อประเมินผลในระยะเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป(Heflinger et al.,1997)

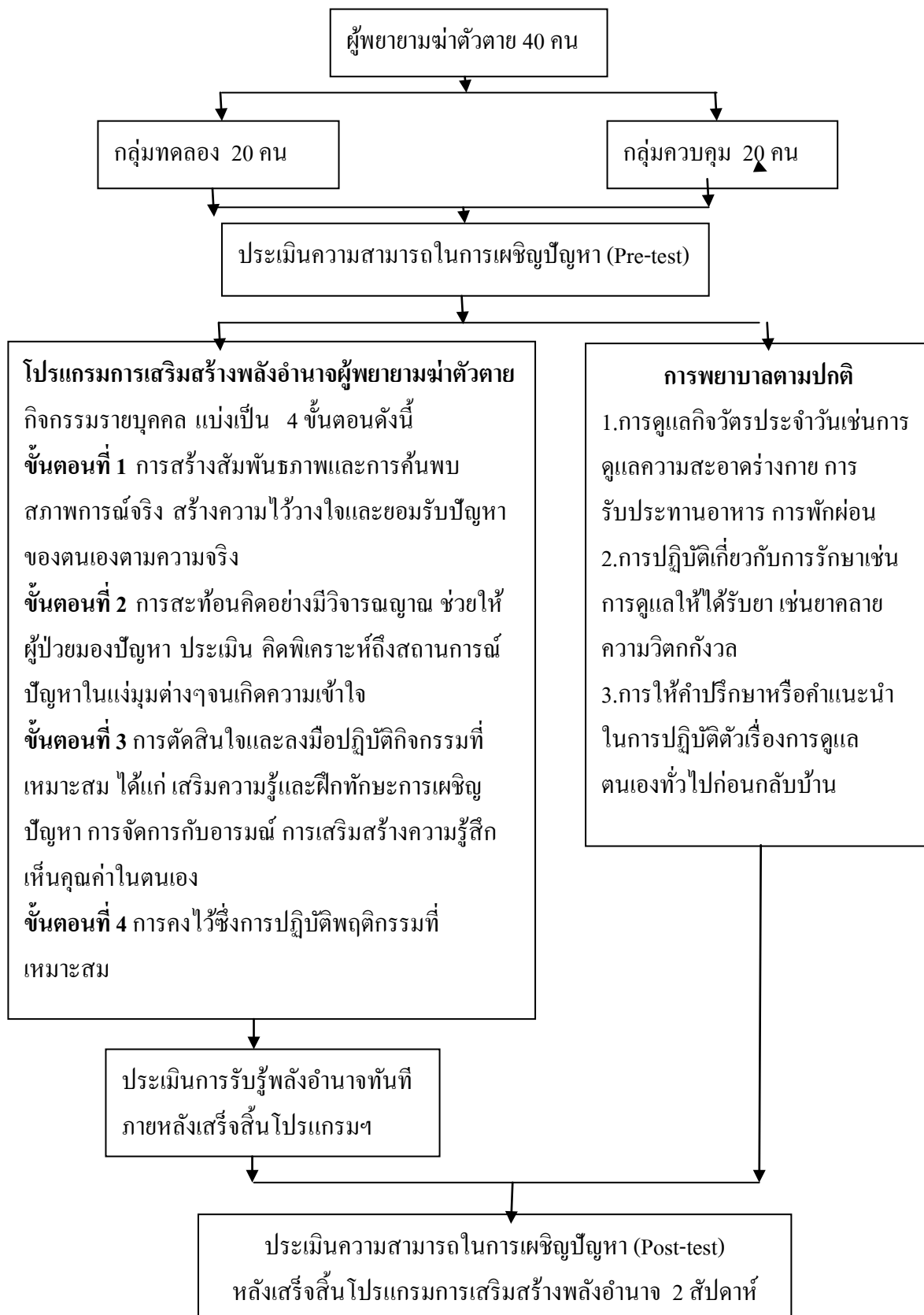
ผลการดำเนินการติดตามความคงอยู่ และวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา(Post-test) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายมาพบผู้วิจัยที่โรงพยาบาลตามนัดจำนวน 3 คนเป็นกลุ่มทดลองทั้งหมด ส่วนที่เหลือผู้วิจัยใช้วิธีติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 17 คน (กลุ่มทดลอง 11คน ,กลุ่มควบคุม 6 คน) และติดตามทางโทรศัพท์จำนวน 20 คน (กลุ่มทดลอง 6 คน,กลุ่มควบคุม 14 คน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

- 1.การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยนำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ คำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2.วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย(Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ระดับความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมฯ
- 3.เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)
- 4.เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)
- 5.เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมฯ และเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(N=20)		กลุ่มควบคุม(N=20)		รวม(N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ						
ชาย	8	40.00	8	40.00	16	40.00
หญิง	12	60.00	12	60.00	24	60.00
2.อายุ						
15-19 ปี	6	30.00	4	20.00	10	25.00
20-24 ปี	3	15.00	4	20.00	7	17.50
25-29 ปี	2	10.00	2	10.00	4	10.00
30-34 ปี	1	5.00	2	10.00	3	7.50
35-39 ปี	2	10.00	3	15.00	5	12.50
40-44 ปี	6	30.00	5	25.00	11	27.50
3.สถานภาพสมรส						
โสด	8	40.00	6	30.00	14	35.00
คู่	11	55.00	9	45.00	20	50.00
หม้าย	-	-	1	5.00	1	2.50
หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่	1	5.00	4	20.00	5	12.50
4. จบการศึกษาระดับ						
ประถมศึกษา	4	20.00	2	10.00	6	15.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	30.00	4	20.00	10	25.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	25.00	9	45.00	14	35.00
อนุปริญญา	3	15.00	4	20.00	7	17.50
ปริญญาตรี	2	10.00	1	5.00	3	7.50

จากตารางที่ 4 ลักษณะของผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่าๆกันเพศชายคิดเป็นร้อยละ 40.00 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 60.00 โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง40-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.50 รองลงมาคือ 15-19 ปีคิดเป็นร้อยละ

25.00 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.00 และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 35.00

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามอาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)		รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5.อาชีพ						
ว่างงาน	2	10.00	4	20.00	6	15.00
รับจ้าง	5	25.00	7	35.00	12	30.00
ค้าขาย	1	5.00	5	25.00	6	15.00
เกษตรกร	6	30.00	2	10.00	8	20.00
นักเรียน/นักศึกษา	5	25.00	2	10.00	7	17.50
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5.00	-	-	1	2.50
6.รายได้ของครอบครัวต่อเดือน						
น้อยกว่า 5,000 บาท	7	35.00	5	25.00	12	30.00
5,001-10,000 บาท	12	60.00	12	60.00	24	60.00
10,001-30,000 บาท	1	5.00	3	15.00	4	10.00
30,001บาทขึ้นไป	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 5 ลักษณะของผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมาคือเกษตรกรคิดเป็นร้อยละ 20.00 และเป็นนักเรียนนักศึกษาคิดเป็น 17.50 ตามลำดับ ส่วนรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 60.00

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามจำนวนครั้งที่ทำร้ายตนเอง วิธีการทำร้ายตนเอง เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้ทำร้ายตนเอง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(N=20)		กลุ่มควบคุม(N=20)		รวม(N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7.จำนวนครั้งที่ทำร้ายตนเอง(รวมครั้งนี้)						
หนึ่งครั้ง	19	95.00	19	95.00	38	95.00
มากกว่าหนึ่งครั้ง	1	5.00	1	5.00	2	5.00
8.วิธีการทำร้ายตนเองครั้งนี้						
กินยาเกินขนาด	6	30.00	9	45.00	15	37.50
กินสารกำจัดแมลง	4	20.00	-	-	4	10.00
กินสารกำจัดวัชพืช	3	15.00	5	25.00	8	20.00
กินสารเคมีอื่นๆ	6	30.00	6	30.00	12	30.00
ผูกคอ	1	5.00	-	-	1	2.50
9.ปัญหา/เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดการทำร้ายตนเอง						
น้อยใจ ถูกดูต่ำ คำหยาบ	1	5.00	6	30.00	7	17.50
ปัญหาผิดหวังความรัก/หึงหวง	6	30.00	2	10.00	8	20.00
ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด	9	45.00	11	55.00	20	50.00
ปัญหาหนี้สิน/เศรษฐกิจ	1	5.00	1	5.00	1	5.00
ปัญหายาเสพติด	1	5.00	-	-	1	2.50
ปัญหาคนในครอบครัวขัดแย้งกัน	1	5.00	-	-	1	2.50
ปัญหาต้องการการเอาใจใส่มากขึ้น	1	5.00	-	-	1	2.50

จากตารางที่ 6 ลักษณะของผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีการทำร้ายตนเองหนึ่งครั้งคิดเป็นร้อยละ 95.00 และใช้วิธีทำร้ายตนเองด้วยการกินยาเกินขนาดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.50 ส่วนปัญหาหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดการทำร้ายตนเองมาจากการทะเลาะกับคนใกล้ชิดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือปัญหาผิดหวังความรัก หึงหวงคิดเป็นร้อยละ 20.00 และปัญหาน้อยใจถูกดูต่ำ คำหยาบคิดเป็นร้อยละ 17.50 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามปัญหาสุขภาพ ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(N=20)		กลุ่มควบคุม(N=20)		รวม(N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10.ปัญหาสุขภาพอื่นๆ						
ไม่มี	15	75.00	16	80.00	31	87.50
มี	5	25.00	4	20.00	9	22.50
11.มีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว						
ไม่มี	20	100.00	20	100.00	40	100.00
มี	-	-	-	-	-	-
ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ	-	-	-	-	-	-
12.ความสัมพันธ์ในครอบครัว						
ราบรื่น	5	25.00	7	35.00	12	30.00
มีความขัดแย้งกัน	9	45.00	7	35.00	16	40.00
ห่างเหิน/ต่างกันต่างอยู่	6	30.00	6	30.00	12	30.00

จากตารางที่ 7 ลักษณะของผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 87.50 และ ไม่พบว่ามีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัวผู้พยายามฆ่าตัวตายของทั้ง 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า มีปัญหาความขัดแย้งกันมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีลักษณะห่างเหิน/ต่างกันต่างอยู่และความสัมพันธ์ในครอบครัวราบรื่นโดยมีจำนวนเท่ากันคือ คิดเป็นร้อยละ 30.00

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐาน และระดับของความสามารถในการเผชิญปัญหารายด้านของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

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

จากตารางที่ 8 พิจารณาความสามารถในการเผชิญปัญหารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับไม่ดี ทั้ง 6 ด้าน ส่วนภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น คืออยู่ในระดับดี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการพึ่งพาตนเอง ด้านการเผชิญปัญหาและด้านการมองเหตุการณ์ในแง่ดี และอีก 3 ด้านอยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ ด้านแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด ด้านบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด และด้านการใช้การประคับประคอง และพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาทั้ง 6 ด้านของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก่อนได้รับ โปรแกรมฯ	41.65	10.282	19	-17.629	.000
หลังได้รับ โปรแกรมฯ	100.50	12.357	19		

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น หลังการได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายภายหลังได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการเผชิญปัญหามากกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความสามารถในการเผชิญปัญหารายด้านของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

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

จากตารางที่ 10 พิจารณาความสามารถในการเผชิญปัญหารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 5 ด้านคือ ด้านแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด ด้านบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด ด้านการพึ่งพาตนเอง ด้านการพึ่งพาตนเอง ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการมองเหตุการณ์ในแง่ดี และอยู่ในระดับต้องแก้ไข 1 ด้านคือด้านการใช้การประคับประคอง ส่วนภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาภาพรวมยังอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด ด้านการพึ่งพาตนเอง ด้านการเผชิญปัญหา และ ด้านการมองเหตุการณ์ในแง่ดี ส่วนอีก 2 ด้านคือด้านการใช้การประคับประคองมีระดับความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นจากระดับต้องแก้ไขเปลี่ยนเป็นระดับไม่ดี และด้านการแก้ไขอารมณ์ตึงเครียดมีระดับความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นจากระดับไม่ดีเปลี่ยนเป็นระดับพอใช้

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ(N=20)

คะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ	35.90	7.786	19	-1.053	.305
หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ	36.70	7.413	19		

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐานและระดับของความสามารถในการเผชิญปัญหาก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกรายบุคคล

ลำดับที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	40	ไม่ดี	109	ดี	30	ไม่ดี	33	ไม่ดี
2	34	ไม่ดี	112	ดี	24	ไม่ดี	24	ไม่ดี
3	52	ไม่ดี	109	ดี	32	ไม่ดี	36	ไม่ดี
4	37	ไม่ดี	112	ดี	35	ไม่ดี	38	ไม่ดี
5	52	ไม่ดี	98	พอใช้	37	ไม่ดี	42	ไม่ดี
6	55	ไม่ดี	100	ดี	30	ไม่ดี	34	ไม่ดี
7	41	ไม่ดี	69	พอใช้	33	ไม่ดี	32	ไม่ดี
8	54	ไม่ดี	109	ดี	30	ไม่ดี	30	ไม่ดี
9	30	ไม่ดี	85	พอใช้	49	ไม่ดี	43	ไม่ดี
10	29	ไม่ดี	98	พอใช้	30	ไม่ดี	34	ไม่ดี

ลำดับที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
11	54	ไม่ดี	108	ดี	46	ไม่ดี	42	ไม่ดี
12	50	ไม่ดี	99	พอใช้	42	ไม่ดี	43	ไม่ดี
13	41	ไม่ดี	100	ดี	34	ไม่ดี	38	ไม่ดี
14	33	ไม่ดี	109	ดี	46	ไม่ดี	48	ไม่ดี
15	55	ไม่ดี	115	ดี	36	ไม่ดี	40	ไม่ดี
16	31	ไม่ดี	105	ดี	29	ไม่ดี	30	ไม่ดี
17	31	ไม่ดี	106	ดี	29	ไม่ดี	29	ไม่ดี
18	32	ไม่ดี	105	ดี	31	ไม่ดี	24	ไม่ดี
19	53	ไม่ดี	82	พอใช้	43	ไม่ดี	43	ไม่ดี
20	29	ไม่ดี	80	พอใช้	52	ไม่ดี	51	ไม่ดี
\bar{X}	41.65		100.50		35.90		36.70	
SD	10.282		12.357		7.786		7.413	

จากตารางที่ 12 พบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาเฉลี่ยเท่ากับ 41.65 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD) เท่ากับ 10.282 และหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงขึ้นเฉลี่ยเท่ากับ 100.50 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD) เท่ากับ 12.357

ในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาเฉลี่ยเท่ากับ 35.90 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD) เท่ากับ 7.786 และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงขึ้นเฉลี่ยเท่ากับ 36.70 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD) เท่ากับ 7.413

หากพิจารณาค่าเฉลี่ยก่อนหลังเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนทดลองคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนภายหลังทดลองคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมากอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการเผชิญปัญหาดีกว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหา ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N_1=N_2=20$)

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

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเริ่มต้นการทดลอง

และพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .001 เมื่อสิ้นสุดการทดลอง

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐานและระดับของความสามารถในการเผชิญปัญหารายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ($N_1=N_2=20$)

ความสามารถในการเผชิญปัญหา (รายด้าน)	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t (df=38)
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	
ด้านแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด	11.50	2.724	พอใช้	7.65	1.927	พอใช้	5.160*
ด้านบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด	10.10	2.292	พอใช้	5.20	1.366	ไม่ดี	8.221*
ด้านการใช้การประคับประคอง	10.75	2.291	พอใช้	3.40	1.759	ไม่ดี	11.379*
ด้านการพึ่งพาตนเอง	18.80	2.830	ดี	6.90	1.917	ไม่ดี	15.747*
ด้านการเผชิญปัญหา	26.55	3.591	ดี	5.25	3.226	ไม่ดี	19.734*
ด้านการมองเหตุการณ์ในแง่ดี	22.80	3.722	ดี	8.30	3.164	ไม่ดี	13.275*
ค่าเฉลี่ยรวม	100.50	12.357	ดี	36.70	7.413	ไม่ดี	19.801*

* $P<.001$

จากตารางที่ 14 พบว่า ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐาน และระดับของความสามารถในการเผชิญปัญหาแยกเป็นรายด้านทั้งหมด 6 ด้านของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ และเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง(Inclusion criteria) ดังนี้

2.1 เพศชายหรือเพศหญิงอายุระหว่าง 15-44 ปี

2.2 มีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาระดับแก้ไข(คะแนน 0-0.4) หรือไม่มี(0.5-1.4) โดยใช้แนวคิดของ Jalowiec (1987) ที่พัฒนาโดยจารุวรรณ จินดามงคล(2541)และ เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์(2548)

2.3 สม่ัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Gibson(1993) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของสุพากรณ์ วุฒิการณ์ (2549) โดยดำเนินกิจกรรมกับผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดีหรือพอใช้เป็นรายบุคคล ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการเผชิญปัญหาและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้ง วิธีที่ใช้ สาเหตุการฆ่าตัวตาย ประวัติปัญหาสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต ประวัติการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว

2.2 แบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยใช้แบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของจารูวรรณ จินดามงคล(2541)และเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์(2548)สร้างตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman(1984) และพัฒนามาจากแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของ Jalowiec(1987)มีข้อคำถามรวม 40 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของบุบผา ธนิกุล (2554) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของGibson(1993)ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินพลังอำนาจ(Psychological empowerment scale) ของ Akey et al.,(2000) โดยมีข้อคำถามรวม 25 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

การดำเนินการทดลอง

1.ระยะเตรียมการทดลอง ใช้เวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์ ตั้งแต่สัปดาห์แรกของเดือนกุมภาพันธ์-สัปดาห์ที่ 3 ของเดือนมีนาคม 2556 ในการสร้างเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จากนั้นผู้วิจัยได้ขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จัหวัดสุพรรณบุรี และขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดระยะเวลาในวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์คุณสมบัติ ขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างด้วยการอธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.ระยะดำเนินการทดลอง ใช้เวลาในการดำเนินการ 3 เดือน เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2556 -31 กรกฎาคม 2556 ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมฯ 4 ขั้นตอนของ Gibson (1993) โดยจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคล ด้วยการให้สัมพันธภาพบำบัดและกลวิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กำหนดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทุกวันๆละ 1 ครั้ง/1 กิจกรรมๆละ 60 นาที ที่โรงพยาบาลก่อนผู้ป่วยจะกลับบ้าน พร้อมมีการติดตามประเมินผลภายหลังจบโปรแกรมฯ แล้ว 2 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดแต่ละกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการค้นพบสภาพการณ์จริง เพื่อสร้างความไว้วางใจและให้ผู้ป่วยยอมรับปัญหาของตนเองตามความจริง เข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องโดยใช้สัมพันธภาพบำบัด พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง ทราบผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้พยาบาลให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ประเมินถึงสถานการณ์ปัญหาในแง่มุมต่างๆจนเกิดความเข้าใจนำไปสู่การแก้ไขปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 2 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมตอบสนองปัญหาและความต้องการตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ด้วยการเสริมความรู้และฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหาคด้วยเหตุด้วยผลตามขั้นตอนอย่างถูกต้อง ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางการเผชิญปัญหาและการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ลดและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

กิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นการเสริมสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับอารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกในเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา พร้อมทั้งฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ ผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจเข้าออกช้าๆ

กิจกรรมครั้งที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาลในขั้นตอนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีพลังอำนาจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นต่อไป พร้อมกันนี้พยาบาลจะนัดหมายเพื่อติดตามประเมินผลหลังจบโปรแกรมฯแล้ว 2 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำอีก

3.ขั้นประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินผลการทดลอง คือการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา(Pre-test)ในวันแรกที่พบผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประเมินการรับรู้พลังอำนาจในกลุ่มทดลองทันทีที่จบโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและการวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา(Post-test)ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อครบ 2 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการนัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาล เยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์เพื่อติดตามความคงอยู่ของผลที่เกิดขึ้นจากการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลหาค่าความเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯที่กำหนดโดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน(Dependent t-test) และเปรียบเทียบคะแนน

ความสามารถในการเผชิญปัญหาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที่ แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1.ความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2.ความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้คือ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผลการวิจัยพบว่า

ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า จากการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson(1995) รวมทั้งแนวคิดการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Peplau,1952) และกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม(กรมสุขภาพจิต,2543) มาใช้ประกอบในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย ยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ขั้นที่ 2 ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณด้วยเหตุผล อย่างรอบคอบ ทราบผลดีผลเสียที่ได้รับและมองเห็นแนวทางแก้ไข ขั้นที่ 3 ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้เรียนรู้ถึงการปฏิบัติเพื่อสนองต่อปัญหาและความต้องการของตนเอง ซึ่งทำให้เพิ่มพูนทักษะสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และขั้นสุดท้าย ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการยอมรับ สามารถพัฒนาความรู้สึกที่ควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ ได้รับกำลังใจ ได้รับสัมพันธภาพที่ดีจากผู้อื่น ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีพลังอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ เชื่อในความสามารถของตนเอง มองโลกในแง่ดี รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง พร้อมเปลี่ยนแปลงตนเองให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่

เหมาะสมและดำรงไว้ซึ่งการตัดสินใจเรื่องการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ จะช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีพลังในการต่อสู้กับปัญหา สามารถใช้เหตุผลได้มากขึ้น มีความเชื่อถือตนเอง และเปิดใจยอมรับผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อทางบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ Roger and Other (1997 cited in Corrigan, 1998) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้มีปัญหาทางจิต มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การมองโลกในแง่ดี ซึ่งตรงกับคำพูดของผู้พยายามฆ่าตัวตายรายหนึ่งที่กำลังคุยกับพยาบาลว่า “พี่ทำให้ผมได้คิดว่า ทุกปัญหาที่มีทางออกได้หลายๆทาง เพียงแค่เราตั้งใจ คิดไตร่ตรองให้รอบคอบก่อน” “ผมเป็นคนใจร้อน ไม่ค่อยได้คิด อะอะก็ระเบิดตามอารมณ์ไปเลย อย่างครั้งนี้จริงๆแล้ว ทางออกมันก็มีอยู่ตั้งหลายทางอย่างที่พี่ว่า หากผมคิดสักนิด ผมก็ไม่ต้องมาเจ็บตัวแบบนี้” และสอดคล้องกับแนวคิดของ Caplan (1963 cited in Miller, 1992) ที่ว่า การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเป็นการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาตามความเป็นจริง และค้นหาข้อมูล แสดงอย่างอิสระทั้งความรู้สึกในแง่บวกและแง่ลบ มีความอดทนอดกลั้นในความขัดแย้ง ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ควบคุมอารมณ์เมื่อเป็นไปตามความต้องการและยอมรับเมื่อไม่เป็นอย่างที่คิด มองโลกในแง่ดี นับถือไว้วางใจตนเองและผู้อื่น

นอกจากนี้ Banyard & Hayes (1992; อ้างในจรรุวรรณ จินดามงคล, 2541) ยังกล่าวว่าหนทางที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องพัฒนาในสิ่งต่อไปนี้ คือ การเปลี่ยนแปลงความเชื่อของบุคคล เจตคติและความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นไปของโลก เปลี่ยนให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น และให้กระทำในทางบวกมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ สมจิต หนูเจริญกุล (2537) ที่ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆนั้น ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความคาดหวังหรือมีความเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรม พฤติกรรมนั้นๆได้สำเร็จ และพฤติกรรมนั้นๆน่าจะทำให้เกิดผลตามที่ต้องการ ซึ่งเป็นไปตามที่ผลการวิจัยซึ่งพบว่า ระดับคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการเผชิญปัญหาดีขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า

ผู้พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า การให้การพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป 2 ส่วน คือ การดูแลทางร่างกาย โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การ

ดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนและได้รับยาตามอาการ เป็นต้น อีกส่วนหนึ่งคือ การดูแลด้านจิตใจ พยาบาลจะให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำแบบสั้นซึ่งอาจจะสามารถช่วยกระตุ้นเตือน หรือสร้างความตระหนักให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้คิดว่าพฤติกรรมที่กระทำลงไปนั้นไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นได้ แต่การพยาบาลตามปกติดังกล่าว ไม่ได้มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ หรือการพัฒนาศักยภาพของผู้พยายามฆ่าตัวตายให้มีความรู้ความสามารถ และมีทักษะในการเผชิญปัญหาในระยะยาวหรือแบบยั่งยืน ดังนั้น การให้การพยาบาลตามปกติจึงช่วยแก้ปัญหาได้ในระยะสั้นๆและไม่ยั่งยืน ส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีโอกาสหรือมีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองซ้ำได้ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร จิรวัดนกุลและคณะ (2540) ได้ทำการศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า การปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาล ฝ่ายกายและโรงพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่เป็นแบบ “Task Oriented” โดยมุ่งที่การทำงานประจำให้เสร็จสิ้นในแต่ละเวร ไม่มีการดำเนินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษากับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบชัดเจน การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นไปตามธรรมชาติ ไม่เน้นการสื่อสารเพื่อการบำบัด เป็น การสื่อสารทางเดียวจากพยาบาลสู่ผู้ป่วยในรูปคำสั่ง คำสอนและคำแนะนำ ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงพบว่า กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเห็นได้ชัด ทั้งคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาภาพรวมและรายด้าน

ในทัศนะทางการพยาบาลเชื่อว่า กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย สามารถช่วยปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลได้ โดยมีรูปแบบวิธีที่หลากหลายได้แก่ การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การส่งเสริมความรู้ ซึ่งผลการศึกษาลarge พบว่าประสิทธิผลของการให้ความรู้และข้อมูลในรูปแบบต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวสูงขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1996) ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งมีความแตกต่างจากรูปแบบการให้การพยาบาลตามปกติ โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson(1995) รวมทั้งแนวคิดการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Peplau,1952) และกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม (กรมสุขภาพจิต,2543) มาใช้ประกอบในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานวิจัยครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้สามารถนำไปใช้ได้จริง เนื่องจากมีขั้นตอนที่ชัดเจน เข้าใจง่าย เหมาะสมกับการนำไปใช้ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทุกวันๆละ 1 ครั้งรวม 4 ครั้ง ครั้ง

ละ 45-60 นาที จัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคล พร้อมมีการติดตามประเมินผล ภายหลังจบโปรแกรมฯแล้ว 2 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดตาม โปรแกรมฯ แต่ละครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการค้นพบสภาพการณ์จริง เพื่อสร้างความไว้วางใจและให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายยอมรับปัญหาของตนเองตามความจริง เข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพของ Peplau (1952) พยาบาลจะช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง สืบค้นความคิด ความรู้สึก ที่เป็นประสบการณ์ส่วนตัวที่เกี่ยวกับความไม่สบายใจ ทุกข์ใจ เข้าใจเงื่อนไขการเกิดปัญหาและผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้พยาบาลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ประเมิน คิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์ปัญหาในแง่มุมต่างๆจนเกิดความเข้าใจนำไปสู่การแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งจะดำเนินการแก้ปัญหาและเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยทั้งพยาบาลและผู้พยายามฆ่าตัวตายต้องพยายามดึงเอาศักยภาพที่มีอยู่ทั้งหมด มาใช้เพื่อที่จะทำให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

กิจกรรมครั้งที่ 2 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมตอบสนองปัญหาและความต้องการตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดความมั่นใจ เห็นคุณค่าตนเอง รู้สึกมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น ด้วยการเสริมความรู้และฝึกทักษะการเผชิญปัญหา ให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรู้จักการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหาคด้วยเหตุด้วยผลตามขั้นตอนอย่างถูกต้อง ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีแนวทางการเผชิญปัญหาและการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม และป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

กิจกรรมครั้งที่ 3 การเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและเสริมความรู้และฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด โดยพยาบาลจะร่วมแลกเปลี่ยนความคิดและสนทนา ร่วมกันเรื่องความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และเกิดตระหนักรู้ว่าทุกคนล้วนมีคุณค่าหรือมีประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าใจและยอมรับอารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกในเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา และฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ ผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจ เพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีแนวทางการเผชิญปัญหาและการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม และป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

กิจกรรมครั้งที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาลในขั้นตอนต่างๆ เมื่อผู้พยายามฆ่าตัวตายนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ ผู้พยายามฆ่าตัวตายจะรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นต่อไป พร้อมกันนี้พยาบาลจะนัดหมายเพื่อติดตามประเมินผลหลังจบโปรแกรมฯแล้ว 2 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำอีก

เมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาทางด้านหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงขึ้นทั้ง 6 ด้าน ดังนี้ ด้านแก้ไขอารมณ์ดึงเครียด ด้านบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด และด้านการใช้การประคับประคองทั้ง 3 ด้านนี้ มีคะแนนอยู่ในระดับพอใช้หรือปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้พยายามฆ่าตัวตายในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันในด้านของบุคลิกภาพที่ถูกหล่อหลอมมาจากการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก ประกอบกับอาจมีปัจจัยจากสภาพแวดล้อมภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้องเช่น สภาพแวดล้อมในครอบครัว จึงทำให้การแก้ไขหรือพัฒนาด้านต่างๆเหล่านี้ ยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร และส่วนในด้านการพึ่งพาตนเอง ด้านการเผชิญปัญหา และด้านการมองเหตุการณ์ในแง่ดี กลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มุ่งในการเพิ่มศักยภาพ ความสามารถในการต่อสู้พยายามฆ่าตัวตาย ให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง และมองโลกในด้านบวกเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Taylor (1990) ที่ว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาที่มีความสำคัญมากในการดำเนินชีวิตของบุคคล ให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดำรงความรู้สึกที่ดีของตนเอง รักษาความสมดุลทางอารมณ์และเพิ่มความพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษานี้สามารถปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้จริง และที่สำคัญผู้พยายามฆ่าตัวตายได้พัฒนาทักษะความสามารถในการเผชิญปัญหา ซึ่งวัดได้จริงจากการประเมินการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการประเมินการรับรู้พลังอำนาจที่เพิ่มขึ้น พร้อมกับการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาหลังจบโปรแกรมฯ ที่ยังคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความคิดด้านบวก เชื่อมั่นและเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถเผชิญปัญหาด้วยเหตุด้วยผล ส่งผลให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำอีก

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตายโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษาครั้งนี้ นับว่าเป็นศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีการใช้ทั้งกระบวนการทางการพยาบาล และการทบทวนวรรณกรรมการศึกษากับผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมโดยตรงก่อนการจัดกิจกรรม เพื่อให้การพยาบาลตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้พยายามฆ่าตัวตาย นับว่าเป็นการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตายให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้พยายามฆ่าตัวตายไปใช้ในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้พื้นฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรายบุคคล นอกจากนี้ การให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยในการดำเนินกิจกรรม เช่น การมีห้องเป็นสัดส่วนมีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงรบกวน ระยะเวลาของเตียงผู้ป่วย ฯลฯ จะช่วยให้การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตายประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ยิ่งขึ้น

2. ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้เพื่อเตรียมวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อต้องกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านหรือในชุมชน

3. ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพกลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านยาเสพติด หรือมีปัญหาด้านการใช้ความรุนแรงทั้งในชุมชนและในสถานศึกษา ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้บุคคลเหล่านี้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข และเป็นเกราะป้องกันตนเองจากการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในอันที่จะสร้างความเดือดร้อนทั้งแก่ตนเอง ครอบครัวและสังคมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้พยายามฆ่าตัวตายเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และทักษะความสามารถในการเผชิญปัญหาครั้งนี้ ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เช่น ติดตามทุก 1 เดือน ,3 เดือน และ 6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อความคงอยู่ของพฤติกรรม และการป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำอย่างถาวร

2. ควรให้ความสำคัญในการศึกษาข้อมูลเชิงลึกในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมในชุมชนของผู้พยายามฆ่าตัวตายให้รอบด้านมากขึ้น เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการส่งเสริม ป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำต่อไป

3. ควรให้ความสำคัญการศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบข้อมูลและแนวโน้มของปัญหา เป็นประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาดังกล่าวในพื้นที่ต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลพรรณ หอมนานและคณะ.(2538).ภาวะสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้และการเคลื่อนไหว.วารสารพยาบาล,44(3): 174.
- กาญจนา เทพมาลัย.(2551).การจัดการปัญหาและการพัฒนาศักยภาพตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตายจังหวัด ลำพูน.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุวรรณ จินตคามงคล.(2541).ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล การพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธ์.(2534).การนำมโนคติการดูแลตนเองไปใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพจิต.วารสาร การพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,3(ก):22-42.
- จินตนา ยูนิพันธ์.(2551).การพยาบาลจิตเวช.บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่อง สาขาการพยาบาล ศาสตร์ เล่ม 6 .บทความ 8215,กรุงเทพฯ:ศิริยุดการพิมพ์.
- จุฬา ช่วยเมือง.(2550).ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์.(2548).ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญ ปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย.โครงการอิสระเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉัตรกมล ออกกิจวัตร. (2546). การศึกษาปัญหา สาเหตุของปัญหา การเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการ ปฏิบัติงาน และความต้องการของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหัวเฉียว. สารนิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาการแนะแนว), กรุงเทพฯ :บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม.(2540).การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.กรุงเทพมหานคร : ยุทธินทร์ การพิมพ์.
- เชิญขวัญ ภูษณงค์และคณะ .(2554).รายงานการวิจัยการศึกษาสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาก่อนการฆ่าตัวตายเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนามาตรการป้องกันการ ฆ่าตัวตายในระดับชุมชน.พิมพ์ครั้งที่ 1 .กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส.
- ดารณี จามจูรีและจินตนา ยูนิพันธ์.(2545).รายงานการวิจัยการศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับ การเจ็บป่วย ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย.สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข.

ทมาภรณ์ บุณยสมภพ.(2547).ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทารุณกรรม. โครงการอิสระเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธนูชาติชนานนท์และคณะ.(2542).ภาวะเครียด กลไกการจัดการกับความเครียดและความคิดอยากฆ่าตัวตาย คนไทยในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

รัชชชัย วรพงศธร.(2549).หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3 .กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เธียรชัย งามทิพย์วัฒนาและสุชีรา ภักทรายุตวรรัตน์ .(2551).ความคิดเห็นต่อปัญหาการฆ่าตัวตายในสังคมไทย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.ปีที่ 44 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2542) : 328-342.

นฤมล จันทร์ขำ.(2547).การศึกษาการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยมต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าจังหวัดสมุทรสงคราม. โครงการอิสระเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร จีรังกร.(2547).การศึกษาการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง. โครงการอิสระเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา จรัสแสงและคณะ.(2553). ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.ปีที่ 56 ฉบับที่ 2 : 129-135.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร.(2547).ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

บุบผา ธนิกุล.(2554).ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปราชญ์ บุญยวงศ์วิมลโรจน์และคณะ .(2547).ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำร้ายตนเองในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- ประคอง กรรสูต.(2542).สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โปรยทิพย์ สันตะพันธ์.(2550).รายงานวิจัยเรื่องผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดสระบุรี.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542.(2546).กรุงเทพมหานคร:ศิริวัฒนาอินเตอร์พรีน.
- พนารัตน์ เจนจบ.(2542).การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์.(2545).ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ(พิมพ์ครั้งที่ 2).กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรศิลป์ อุปันันท์.(2552).ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายของผู้รับบริการในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย.วารสารสวนปรุง ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม- สิงหาคม 2552) : 27-37.
- พัชรี วิชาชัยและอมรรัตน์ หาญจริง.(2550).ปัจจัยในการพยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มวัยทำงาน.การประชุมวิชาการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 2,หน้า 117-118.25-28 กรกฎาคม 2550 ณ โรงแรมดุสิตไอส์แลนด์ จังหวัดเชียงราย.
- มธุริน คำวงศ์ปิ่น.(2543).ความเครียด วิธีการปรับแก้ และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มะลิวรรณ เชียงทอง. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่มีต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มานิช หล่อตระกูล .(2546). การฆ่าตัวตายในประเทศไทยในช่วงพ.ศ.2541-2545.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,60(2) : 40-45.
- มานิช หล่อตระกูล .(2551).การศึกษาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,48(4): 231-239.
- มานิช หล่อตระกูล .(2553).การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ.โครงการตำรารามาชิตี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล และคณะ.(2555).รายงานการทบทวนสถานการณ์องค์ความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายและ แนวทางป้องกัน.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.ra.mahidol.ac.th/mental/Suicide/chapter Y20.1> [7 พฤษภาคม 2555]

ยูวดี ภาษาและคณะ.(2540). **วิจัยทางการแพทย์พยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 6 .กรุงเทพมหานคร : สยามศิลปะการพิมพ์.**

รตพร ปัทมเจริญ .(2552).บทความวิชาการเรื่อง การฆ่าตัวตาย:ปรากฏการณ์ทางสังคมและวัฒนธรรม.วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ .ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (ก.ค.-ธ.ค. 2552) : 7-23

รพีพร อ่อนกุล .(2552).การศึกษาการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี.โครงการอิสระเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตน์ศิริ ทาโต.(2552).การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัศมีแข วิโรจน์รัตน์.(2534).ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดเพื่อป้องกันโรคเอดส์.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.(2554).คู่มือเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2554:สำหรับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ PCU. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ.เวชระเบียนสถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตายประจำปี 2551.

โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ.เวชระเบียนสถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตายประจำปี 2552.

โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ.เวชระเบียนสถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตายประจำปี 2553.

โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ.เวชระเบียนสถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตายประจำปี 2554.

โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ.เวชระเบียนสถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตายประจำปี 2555.

ลักขณา รุ่งสะอาด.(2552).การศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตายอำเภอบางน้ำเปรี้ยวจังหวัดฉะเชิงเทรา.โครงการอิสระเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ละอียด กิติ .(2553).การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลสองจังหวัดแพร่.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วจิ ปัญญาไส.(2554).การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อเพิ่มพูนระดับความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น.ปริญญาคุษภีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- วาริน ชมประเสริฐ.(2548).ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นระยะกลางในกรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีระชัย เตชะนริตชัย. (2551).การบำบัดโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยในโครงการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศุภรัตน์ เอกอัสวิน.(2545).การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมภพ เรื่องตระกูล.(2545).ตำราจิตเวชศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 7.กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายพิณ ยานะ.(2545).กลวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนวัยรุ่นตามเขตที่ศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.สุขภาพจิต,กรม.(2547).คู่มือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตาย.กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุขภาพจิต,กรม. (2547).การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระดับวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช.กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุขภาพจิต,กรม.(2548). รายงานผลการศึกษาเชิงระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายพ.ศ.2548 .[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://suicide.jvkk.go.th/menu 3.aspx> [8 มิถุนายน 2555]
- สุขภาพจิต,กรม.(2555).รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.Suicethai.Com> [10 มิถุนายน 2555]
- สุภาพรณ์ วุฒิการณ์ .(2551).การเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ในตำบลแม่โป่ง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาพรณ์ เกียวยี่.(2550).การศึกษาการใช้กลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ จังหวัดเพชรบุรี.โครงการอิสระเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว.(2527).แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช.เชียงใหม่: โรงพิมพ์สมปอง.

สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว.(2545).การพยาบาลจิตเวช.พิษณุโลก:รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.

เสงี่ยม สารบัณฑิตกุลและคณะ (2541). รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาการฆ่าตัวตายใน 7

จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี.(2554).ผลการดำเนินงานสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554.

สุพรรณบุรี:งานควบคุมโรคไม่ติดต่อและสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สุพรรณบุรี

อภิชัย มงคล .(2553).แนวทางการดำเนินงานโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายปีงบประมาณ 2555.

พิมพ์ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

อัมพร ทองคำเอี่ยม.(2552).การศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแล

ตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี.โครงการ
อิสระเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย.(2541).การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.

วารสารสมาคมการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.12: 86-96.

อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย.(2549).การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.พิมพ์ครั้งที่2.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อวยพร ตันमुखกุล.(2540).พลังอำนาจกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในวิชาชีพพยาบาล.วารสาร
พยาบาล,24(1) : 1-9.

อารีย์วรรณ อ่วมธานี.(2543).การเสริมสร้างพลังอำนาจในระบบบริการสุขภาพ.เอกสาร

ประกอบการสอนเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจ.[ออนไลน์].

แหล่งที่มา: www.stou.ac.th/thai/Grad.study/download. [20 มิถุนายน 2555]

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์.(2543).การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต:แนวการปฏิบัติตามพยาธิ
สภาพ. กรุงเทพมหานคร:วี.เจ.พรินติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

- Akey, T.M. et al., (2000). **Validation of scores on the Psychological Empowerment Scale: A Measure of Empowerment for parents of children with a disability**. *Education and Psychological measurement*, 60(3):419-438.
- Arnold H.M. et al., (1995). **Mental Health Nursing A holistic Approach 3rd**. St. Louis: The C.V. Mosby.
- Barbee, M.A., & Bricker, P. (1996). **Suicide**. In K.M. Portimash & P.A. Holoday Worrt (Eds.). *Psychiatric mental health nursing* (pp 613-633). St. Louis; mosby.
- Baumeister, R.F., Faber, J.E., & Wallace, H.M. (1999). *Coping and ego depletion: Recovery after the Coping process*. In C.R. Snyder (Ed), *Coping: the psychology of what work* (pp 50-69). Oxford, England: University Press.
- Baumeister, R.F., Vohs, K.D. & Tice, M. (2007). **The strength model of self-control**. *Current Direction in Psychological Science*, 16:351-355.
- Beck, A.T., weissman A., Kovacs M., (1976). **Alcoholism hopelessness and Suicide behavior**. 37(1): 66-77.
- Bernadette, M.M., et al., (2006). *Reducing premature Infant Length of Stay and Improving Parents Mental health Outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPD) Neonatal Intensive Care Unit Program: A Randomized, Controlle Trial*: **Journal of the American Acaemy of Pediatrics**. 118(5) :1414-1427.
- Blumenthal, S.J. (1990). **youth suicide : risk factors, assessment and treatment of adolescent and young adult Suicidal patients**. *Psychiatr Clin North Am*, 13:511-556.
- Brooke, P. Randell, et al., (2006). *Family Factor Predicting Categories of Suicide Risk*. **Journal of Child and Family Studie**, 15 (3), june 2006 :255-270.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2005). **The Practive of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization** Philadelphia: W.B. Saundder.
- Corrigan, C.D. (1997). **Behavior Therapy Empowers Persons with Severe Mental Illness Behavior Moification**. 21(1): 45-61.
- Deykin, E. Y. and Buka, S. L. (1994) *Suicidal ideation and attempts among chemically dependent adolescents*. **American Journal of Public Health**, 84: 634-639.
- Durkheim, E. (1996). **Suicide**. Newyork: Memillan Publishing.

- Englert, C. et al., (2011). **Dispositional self-control capacity and trait anxiety as relates to Coping Styles**. *Psychology Research*, 2(6):598-664.
- Garland, L.M. and Bush, C.T. (1982). **Coping behavior and nursing**. Virginia: Reston Publishing.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. **Journal of Advanced Nursing**, 16(3): 354- 361.
- Gibson, C.H. (1993). **A study of Empowerment in mothers of chronically ill children** (doctoral dissertation, Boston College, 1993). *Dissertation Abstracts International* 94-02789.
- Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. **Journal of Advanced Nursing**, 21:1201-1210.
- Gray, R.E., Doan, B.D., Church, K. (1990). Empowerment and Person with cancer : Politics in cancer medicine. **Journal of Palliative care**, 6 : 33-45.
- Gutierrez, L. (1994). Beyond Coping : An empowerment perspective on stressful life events. **Journal of sociology & social welfare**, 21 (3):201-219.
- Harris, E.C., & Barraclough. (1997). **Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis**. *Br J Psychiatry*, 170: 205-28.
- Heikkinen, M.E., et al., (1994). Social factors in suicide. **British Journal of Psychiatry**, 167:747-753.
- Hurluck, E.B. (1972). **Child Development**. USA: Murray.
- Jacqueline, Lamb, M. Kathrth, Puskar, R. and Susan, Screeika, M. (1998). School-Base Intervention to Promote Coping in Rural Teens. **The American Journal of Maternal/Child Nursing**. Volum 23(4) July/August : 187-194.
- Jalowiec, A., Murphy, P., and Power J. Marjories. (1984). **Psychometric assessment of Jalowiec Coping Scale**. *Nursing Research*, 33(3).
- Jennifer, B.S. (2007). **The relationship Among Locus of control, Coping Style, Self-esteem, and Cultural identification in female of Adolescents**. The requirement of the Degree of Doctor of Philosophy. Seton Hall University.
- Lazarus, R.S. (1966). **Psychological stress and the coping process**. Mc Graw Hill Inc.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer.
- Mc Leanne, J. et al., (2008). **Risk and Protective Factors for Suicide and suicidal behavior : A Literature review**. Scottish Government Social Research: 38-60.
- Miller, J.F. (1992). **Coping with chronic illness : Overcoming Powerlessness**. (2nd ed). Philadelphia

:FA.Davis

- Orem,D.E.(1995).**Nursing concepts of Practice.(4th ed).**st.Louis:Mosby Year Book.
- Patterson, C. H. (2001). Myth of Empowerment in chronic illness.**Journal of Advanced Nurse**,34(5): 574-581.
- Peplau,H.E.(952).**Interpersonal Relation in Nursing.**New York;G.P.Putnam s Son.
- Reiss,N.S., &Dombeck,M.(2007).**Other Factors Contributing To Suicide Risk.**[Online].
Available from : http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php. [2012,December17]
- Roy,S.C.(1984).**Introduction to Nursing An Adaptation Model 2nd ed.**New Jersey: Prentice Hall.
- Sadock,B.J.,& Sadock,V.A.(2000).**Comprehensive textbook of Psychiatry** (PP1431-1440).Philaelphia: Lippincolt.
- Schmidtke, A., et al.,(1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide.**Acta Psychiatrica Scandinavica**, 93: 327– 338.
- Shives,R.L.(2005).**Basic concepts of Psychiatric-mental health nursing.**(6 th d.). Philadelphia; Lippincott Williams& Wikins.
- Suk Bling.(1998). **A Model of Empowerment for Hong Kong Chinese Cancer Patients and The Role of Self - help Group in the Empowering Process.**Dissertation: Ph.D. (Nursing). Hong Kong:Graduate School the Hong Kong Polytechnic University. Photocopied.
- Taylor.S.E.(1990). **Health psychology.**2nd ed.USA:MC Graw-hill.
- Weiss,M.M.,&Huffor.(1999).Assessing depressive symptoms in five Psychiatric population :A Validation study .**Journal of Epidemiology** ,101(3): 203-214.
- World Health Organization.(2006).**Mental health** Retrieved ctober17,2006,from http://www.who.int/mental_health/Prevention/Suicideprevent/Suicide/enlind.
- Zimmerman,M.A.(1995).Psychological Empowerment :Issues and Illustration .**American Journal of community psychology**,23(5):581-599.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและเชี่ยวชาญ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-ชื่อสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
นายธีรินทร์ รัตนพิชญชัย	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สาขาจิตเวช ศาสตร์ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชจังหวัด สุพรรณบุรี
นางสาวรวงคณา จำปาเงิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลเชี่ยวชาญสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
นางสาววารภรณ์ บุญประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลเชี่ยวชาญสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลเดิมบางนางบวชจังหวัด สุพรรณบุรี
นางปราณี เกสรสันติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัด สุพรรณบุรี
นางผาสุข ปิ่นแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัด สุพรรณบุรี

ภาคผนวก ข

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ

- ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
- การรับรู้พลังอำนาจของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือในการดำเนินโครงการ

1. สถิติที่ใช้ในการหาความเที่ยงของแบบสอบถามความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ดัดแปลงมา คือ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540 : 125-126)

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

เมื่อ	α	แทน	ความเที่ยงของแบบสอบถาม
	k	แทน	จำนวนข้อคำถาม
	$\sum S_i^2$	แทน	ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) โดยใช้สูตร

$$P = \frac{f}{N} \times 100$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ
	N	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

2.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) หรือเรียกว่าค่ากลางเลขคณิต ค่าเฉลี่ย ค่ามัชฌิมเลขคณิต มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542 : 68-69)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ	\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่ม
	n	แทน	จำนวนของคะแนนในกลุ่ม

2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) มีสูตรดังนี้(ประคอง วรรณสุด,2542 : 70)

$$S.D. = \sqrt{\frac{\sum(X - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

หรือ

$$S.D. = \sqrt{\frac{n\sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n - 1)}}$$

เมื่อ	S.D.	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	X	แทน	ค่าคะแนน
	n	แทน	จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่ม
	Σ	แทน	ผลรวม

2.4 สถิติทดสอบ t-test ใช้สูตรดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์,2541 :194)

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n\sum D^2 - (\sum D)^2}{(n - 1)}}} \quad df = n - 1$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบกับค่าวิกฤติ เพื่อทราบความมีนัยสำคัญ
	D	แทน	ค่าผลต่างระหว่างคู่คะแนน
	$\sum D$	แทน	ผลรวมค่าผลต่างระหว่างคู่คะแนน
	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่างหรือจำนวนคู่คะแนน

แบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Item
.834	.824	40

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ความสามารถ1	71.43	285.840	.197	.833
ความสามารถ2	71.63	281.689	.256	.832
ความสามารถ3	72.07	275.375	.510	.825
ความสามารถ4	70.60	300.041	.225	.839
ความสามารถ5	71.50	276.879	.343	.829
ความสามารถ6	71.03	287.964	.160	.834
ความสามารถ7	71.43	289.702	.068	.838
ความสามารถ8	72.50	285.017	.209	.833
ความสามารถ9	72.50	272.879	.553	.824
ความสามารถ10	72.23	291.633	.068	.835
ความสามารถ11	72.40	280.593	.258	.832
ความสามารถ12	70.47	283.085	.307	.830
ความสามารถ13	71.27	298.685	.120	.843
ความสามารถ14	70.23	293.495	.096	.834
ความสามารถ15	71.90	299.403	.136	.843
ความสามารถ16	73.27	275.513	.421	.827
ความสามารถ17	73.00	286.897	.173	.833
ความสามารถ18	73.63	290.999	.212	.832
ความสามารถ19	71.97	275.482	.434	.826
ความสามารถ20	71.97	267.482	.557	.822
ความสามารถ21	73.17	272.351	.541	.824
ความสามารถ22	73.10	266.024	.728	.819
ความสามารถ23	73.13	285.292	.339	.830
ความสามารถ24	72.73	289.030	.092	.836
ความสามารถ25	73.07	276.892	.413	.827
ความสามารถ26	72.37	271.689	.494	.824

แบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา (ต่อ)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ความสามารถ27	72.60	285.628	.232	.832
ความสามารถ28	72.77	266.668	.661	.820
ความสามารถ29	72.90	304.162	.290	.844
ความสามารถ30	72.43	271.909	.693	.821
ความสามารถ31	72.17	252.902	.809	.812
ความสามารถ32	72.50	275.362	.422	.827
ความสามารถ33	72.73	262.754	.725	.817
ความสามารถ34	72.73	300.133	.197	.840
ความสามารถ35	72.90	277.610	.364	.828
ความสามารถ36	73.13	276.878	.414	.827
ความสามารถ37	72.40	276.386	.381	.828
ความสามารถ38	72.53	282.533	.335	.829
ความสามารถ39	71.83	285.178	.205	.833
ความสามารถ40	72.37	283.068	.255	.831

แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Item
.849	.841	25

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การรับรู้พลังอำนาจ1	66.93	137.720	.255	.851
การรับรู้พลังอำนาจ2	67.17	139.316	.345	.845
การรับรู้พลังอำนาจ3	66.80	151.821	.252	.859
การรับรู้พลังอำนาจ4	66.07	142.064	.265	.848
การรับรู้พลังอำนาจ5	66.63	140.792	.253	.848
การรับรู้พลังอำนาจ6	66.77	130.461	.487	.840
การรับรู้พลังอำนาจ7	65.97	129.620	.773	.831
การรับรู้พลังอำนาจ8	66.73	127.582	.622	.834
การรับรู้พลังอำนาจ9	65.87	127.568	.731	.831
การรับรู้พลังอำนาจ10	65.77	137.633	.401	.844
การรับรู้พลังอำนาจ11	65.67	138.989	.429	.843
การรับรู้พลังอำนาจ12	66.37	136.378	.402	.844
การรับรู้พลังอำนาจ13	66.73	129.857	.600	.836
การรับรู้พลังอำนาจ14	66.37	130.861	.543	.838
การรับรู้พลังอำนาจ15	67.10	140.576	.219	.850
การรับรู้พลังอำนาจ16	66.07	141.237	.215	.850
การรับรู้พลังอำนาจ17	66.47	131.361	.566	.837
การรับรู้พลังอำนาจ18	66.03	128.792	.644	.834
การรับรู้พลังอำนาจ19	65.57	144.944	.112	.852
การรับรู้พลังอำนาจ20	66.60	141.697	.179	.852
การรับรู้พลังอำนาจ21	65.87	135.775	.482	.841
การรับรู้พลังอำนาจ22	65.67	143.816	.203	.849
การรับรู้พลังอำนาจ23	66.00	137.310	.554	.840
การรับรู้พลังอำนาจ24	65.80	141.683	.301	.847
การรับรู้พลังอำนาจ25	65.80	139.476	.376	.845

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา

3.เครื่องมือกำกับการทดลอง

ประเมินการรับรู้พลังอำนาจ

คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย



จัดทำโดย

นางวรรณรัตน์ ประทีปธีรานันต์

รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบันทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ประชาชนเกิดวิกฤตทางจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความเครียด ความคับข้องใจ และมีภาวะซึมเศร้า จนเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น โดยกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นหรือหนุ่มสาวและผู้ใหญ่ตอนต้น ที่มีอารมณ์ หุนหันพลันแล่นจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ บุคคลรู้สึกสับสน คับข้องใจ การปรับตัวและการตัดสินใจเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี บุคคลเกิดการสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง การเห็นคุณค่าตนเองลดลง เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำได้ ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยแนวทางที่เหมาะสมแนวทางหนึ่งคือการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ภายในบุคคล รู้ว่าตนเองมีอำนาจที่เข้มแข็ง เชื่อในความสามารถของตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต มีความพึงพอใจในชีวิตและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมรายบุคคล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนๆ ละ 60 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณนำไปสู่การเข้าใจ ยอมรับปัญหา และมีความตระหนักถึงความเป็นไปได้ในการจัดการกับปัญหาของตนเองตามความเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมตอบสนองความต้องการของตนเองและได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จจะรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นต่อไป

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจฉบับนี้จะเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือเพื่อพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และไม่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก

นางวราภรณ์ ประทีปธีรานันต์

รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

สารบัญ

	หน้า
หลักการและเหตุผล	1
วัตถุประสงค์	1
คุณสมบัติของผู้ใช้คู่มือเสริมสร้างพลังอำนาจ	1
คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ	1
ระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม	1
โครงสร้างของกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้พยายามฆ่าตัวตาย	2
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง	2
ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ	2
ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม	3
ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม	4
การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม(Participation Learning)	5
แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการค้นพบสภาพการณ์จริง	7
แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 ทักษะการเผชิญปัญหา และการแก้ไขปัญหาอย่างถูกวิธี	12
แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 3 การเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	17
และทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด	23
แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม	29

คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจ

หลักการและเหตุผล

ความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล และมีพัฒนาการไปพร้อมกับพัฒนาการด้านอื่นๆ ความสามารถในการเผชิญปัญหาหมายถึง ความพยายามไม่หยุดยั้งในการที่จะจัดการกับปัญหาหรือสิ่งที่มาคุกคามต่อชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคล โดยการแสดงออกในรูปพฤติกรรมต่างๆ ทั้งในด้านความคิดและการกระทำเพื่อจัดการกับปัญหาและอารมณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ความเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามนั้นคลี่คลายลง

ความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นขั้นตอนการดำเนินการเพื่อจัดการกับปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบคู่มือนี้เพื่อใช้ในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย(ผู้เรียน) ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ดีพอ ขณะเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคาม ส่งผลให้มีการตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม เกิดความผิดพลาดตามมา ซึ่งความสามารถในการเผชิญปัญหานี้แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบคือ มุ่งแก้ที่ปัญหา และมุ่งแก้ที่อารมณ์ การเผชิญปัญหาทั้ง 2 รูปแบบนี้ อาจสนับสนุนหรือขัดขวางกันและกันได้ การเผชิญปัญหาที่จะให้เกิดผลดีเกิดจากการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาทั้ง 2 แบบดังกล่าวผสมผสานร่วมกันอย่างเหมาะสม สนับสนุนซึ่งกันและกันในการจัดการกับปัญหาได้อย่างแท้จริง เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตในบทบาทและหน้าที่ของตนได้ตามปกติ เกิดความพึงพอใจ มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลดีขึ้น และมีทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป และจากนี้เป็นต้นไปขอใช้คำว่าผู้เรียนแทนคำว่าผู้พยายามฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เรียนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองและมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

คุณสมบัติของผู้ใช้คู่มือเสริมสร้างพลังอำนาจ

พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผู้เรียนที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดีหรือพอใช้ และยินดีเข้าร่วม

กิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม

เข้ากิจกรรมทุกวันๆละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ติดต่อกัน 4 ครั้ง

โครงสร้างของกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการค้นพบสภาพการณ์จริง เพื่อสร้างความไว้วางใจ และให้ผู้เรียนยอมรับปัญหาของตนเองตามความจริง เข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการค้นพบสภาพการณ์จริง ใช้เวลา 30 นาที

กิจกรรม 1. ดำเนินกิจกรรมรายบุคคลโดยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวกับผู้เรียน ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงท่าทีที่เป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ไว้วางใจ และเปิดเผยตนเอง โดยให้ผู้เรียนแนะนำตัวเอง ชื่อเล่น พร้อมสนทนาเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ร่วมกิจกรรมและการปกปิดเรื่องราวของผู้เรียนเป็นความลับ

3. พยายามถามถึงสถานการณ์ปัญหาที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ความคาดหวังและความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือต่างๆ

4. พยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนพูดถึงสาเหตุ ปัจจัยของการเกิดปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับปัญหาของตนเองในครั้งนี้

5. พยายามสรุปข้อมูลให้ผู้เรียนฟังถึง สาเหตุ ปัจจัย และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับปัญหาที่ผู้เรียนกำลังเผชิญในครั้งนี้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ช่วยให้ผู้เรียนมองปัญหา ประเมิน คิดพินิจ พิจารณาถึงสถานการณ์ปัญหาในแง่มุมต่างๆจนเกิดความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา

ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 (ต่อ) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

กิจกรรม 1. พยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนมองปัญหา ประเมินและคิดพินิจพิจารณาถึงสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในหลายๆแง่มุม

2. พยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนมองถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาของตนเองว่ามีส่วนใดที่ไม่เหมาะสม และต้องปรับปรุง จนเกิดความเข้าใจและยอมรับปัญหา

3. พยายามกระตุ้นและให้แรงเสริมให้ผู้เรียนคิดทบทวนว่าจะจัดการกับปัญหาของตนเองอย่างไร พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนในการจัดการกับปัญหา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เรียนรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการเผชิญปัญหา

4. พยายามให้กำลังใจผู้เรียน โดยให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถในการเผชิญปัญหาและทรัพยากรที่มีของตนเองในการหาแนวทางวางแผนจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น

5. พยายามนัดหมายกิจกรรมในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมตอบสนองความต้องการตนเองและได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เห็นคุณค่าตนเอง รู้สึกมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 2 การเสริมความรู้และฝึกทักษะการเผชิญปัญหา ใช้เวลาขั้นนี้ 60 นาที

กิจกรรม 1.พยาบาลกล่าวทักทายผู้เรียนด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงท่าทีที่เป็นมิตร พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้ผู้เรียนผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ไร้กังวล และเปิดเผยตนเอง

2.พยาบาลเริ่มกิจกรรมที่ 1 ด้วยเกมหลงป่า เพื่อให้ผู้เรียนรู้จักการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และเป็นการผ่อนคลายก่อนเข้ากิจกรรมหลัก

3.พยาบาลเริ่มกิจกรรมที่ 2 การฝึกคิดด้วยเหตุและผลจากหัวข้อข่าวที่เกิดขึ้นในหน้าหนังสือพิมพ์ ให้ผู้เรียนคิดว่าเพราะเหตุใดจึงมีเรื่องเช่นนี้ และถ้าเป็นผู้เรียนเองจะคิดเผชิญปัญหาอย่างไร พร้อมบอกผลที่ตามมาว่าจะเป็นอย่างไรบ้าง

4.พยาบาลให้ผู้เรียนบอกถึงวิธีการเผชิญปัญหาในเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาครั้งนี้และที่ผ่านมา

5.พยาบาลให้ความรู้และฝึกทักษะการเผชิญปัญหาให้กับผู้เรียน โดยฝึกจากกรณีศึกษาพร้อมทั้งแจกคู่มือการเผชิญปัญหา

6.พยาบาลพูดคุยและสนับสนุนให้ผู้เรียนนำความรู้และทักษะที่ได้จากกิจกรรมในครั้งนี้นำไปใช้ในการดำเนินการตามที่เกิดขึ้นกับตนเอง

7.พยาบาลนัดหมายกิจกรรมในครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3 การเสริมสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและเสริมความรู้และฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ใช้เวลาขั้นตอนนี้ประมาณ 60 นาที

กิจกรรม 1.พยาบาลกล่าวทักทายผู้ป่วยด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงท่าทีที่เป็นมิตร พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้ผู้เรียนผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจ ไร้กังวล และเปิดเผยตนเอง

2.พยาบาลเริ่มกิจกรรมที่ 1 เรื่องการเสริมสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองด้วยการแจกกระดาษ A4 ให้ผู้ป่วยวาดรูปต้นไม้ให้มีลักษณะเหมือนตนเองมากที่สุด และตั้งคำถามว่า “ต้นไม้มีลักษณะเหมือนผู้ป่วยอย่างไร” และให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบคุณค่าหรือประโยชน์ของต้นไม้กับตัวผู้เรียนว่าเหมือนกันอย่างไร

3.พยาบาลร่วมแลกเปลี่ยนความคิดและสนทนาร่วมกันเรื่องความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในประเด็นต่อไปนี้

- คำที่กล่าวว่า “คนเราทุกคนล้วนแล้วแต่มีคุณค่าในตัวเองด้วยกันทั้งสิ้น” ผู้เรียนเห็นด้วยหรือไม่ เพราะเหตุใด

- ชีวิตของผู้เรียนมีคุณค่าสำหรับใครบ้าง และผู้ป่วยสามารถทำตัวเองให้มีคุณค่าต่อ

บุคคลเหล่านั้นได้อย่างไร

-การที่ผู้เรียนทำประโยชน์ หรือทำตัวเองให้มีคุณค่า ผู้เรียนคิดว่ามีผลต่อตัวเอง และผู้อื่นอย่างไร

4.พยายามสรุปการรับรู้คุณค่าของตนเองและผู้อื่น และเกิดตระหนักรู้ว่าทุกคนล้วนมีคุณค่าหรือมีประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

5.พยายามเริ่มกิจกรรมที่ 2 ให้ผู้ช่วยแจกกระดาษรูปหัวใจให้ผู้เรียนเขียนส่วนดี/จุดเด่น ส่วนไม่ดี/จุดด้อยที่ต้องปรับปรุง ตนเองเก่ง/มีความสามารถด้านไหน อะไรที่ทำแล้วมีความสุข

6.พยายามให้ผู้เรียนบอกถึงอารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกในเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาในครั้งนี้ พร้อมบอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์

7. พยายามให้ความรู้และฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ ฝึกผ่อนคลายความเครียด ด้วยการฝึกการหายใจให้กับผู้เรียนพร้อมทั้งแจกคู่มือการผ่อนคลายความเครียด

8.พยายามพูดคุยและสนับสนุนให้ผู้ช่วยนำความรู้และทักษะที่ได้จากกิจกรรมในครั้งนี้ไปใช้ในการดำเนินการตามที่เกิดขึ้นกับตนเอง

9.พยายามนัดหมายกิจกรรมในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้เรียน ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาลในขั้นตอนต่างๆ และเมื่อผู้เรียนนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ ผู้เรียนจะรู้สึกว่าคุณเองมีพลังอำนาจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

กิจกรรม 1.พยายามทักทายเรื่องต่างๆ ไป และทบทวนถึงกิจกรรมที่ได้พูดคุยกันเมื่อครั้งที่ 3

2.พยายามให้ผู้เรียนพูดถึงการนำทักษะที่ได้ฝึกในครั้งที่ 3 ไปใช้ในวันที่ผ่านมา

3.พยายามให้ผู้เรียนพูดถึงปัญหาที่พบในการนำทักษะที่ได้ไปประยุกต์ใช้

4.พยายามให้ผู้เรียนพูดถึงความเป็นไปได้ที่ตนเองจะนำไปใช้ได้อย่างยั่งยืน

5.พยายามให้ผู้เรียนช่วยคิดทบทวนและสรุปสิ่งที่ได้พูดคุยกันตั้งแต่ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3

ที่ 3

6.พยายามให้กำลังใจผู้ช่วยเพื่อสร้างแรงจูงใจ และเสริมแรงให้ผู้เรียนเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา

7.พยายามสรุปและให้ผู้เรียนนำความรู้และทักษะที่ได้จากกิจกรรมทุกครั้งไปใช้ในชีวิตประจำวัน

8.พยายามนัดหมายวันประเมิน เพื่อติดตามผลการนำไปใช้ โดยการติดตาม ประเมินผล 2 สัปดาห์หลังจบโปรแกรมฯ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยการใช้กลวิธีการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participation Learning) ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ ทักษะที่ได้ไป ใช้ประโยชน์ได้จริงในชีวิตประจำวัน

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม(Participation Learning)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อาศัยหลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดย พื้นฐานสำคัญประการแรกคือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์และประการที่ 2 การเรียนรู้ที่มี ประสิทธิภาพ

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์มุ่งเน้นอยู่ที่การให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์ เดิม และการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มีหลักสำคัญ 5 ประการคือ

- 1.เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
- 2.ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทาย อย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้ที่เรียกว่า

Active Learning

- 3.มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยตนเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
- 4.ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไป อย่างกว้างขวาง
- 5.มีการสื่อสารโดยการพูด หรือการเขียน เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การ วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้

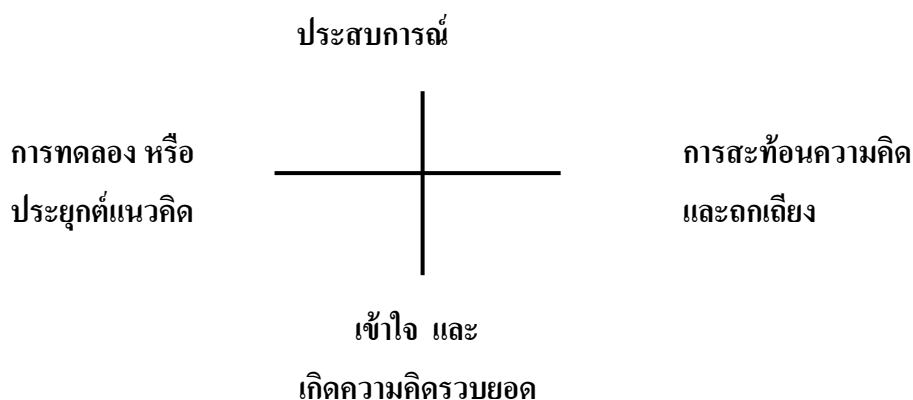
องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต(2543) กล่าวว่าองค์ประกอบสำคัญของการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีอยู่ 4 ประการ คือประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและถกเถียง เข้าใจและ เกิดความคิดรวบยอด และ การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิง ประสบการณ์ในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

- 1.ประสบการณ์ (Experience) ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนมา พัฒนาเป็นองค์ความรู้
- 2.การสะท้อนความคิดและถกเถียง (Reflex and Discussion) ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียน ได้มีโอกาสแสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง

3.เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (Understanding and Conceptualization) ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด อาจเกิดขึ้น โดยผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่มแล้วผู้สอนช่วยเติมแต่งให้สมบูรณ์หรือในทางกลับกัน ผู้สอนเป็นผู้นำทางและผู้เรียนเป็นผู้สานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์ เป็นความคิดรวบยอด

4.การทดลอง หรือประยุกต์แนวคิด (Experiment/Application) ผู้เรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะ หรือสถานการณ์ต่างๆจนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของผู้เรียนเอง



แผนภาพที่ 1 องค์ประกอบ 4 ประการของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม(กรมสุขภาพจิต,2543)

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 4 ประการจะเป็นไปอย่างพลวัตร โดยอาจเริ่มจากจุดใดจุดหนึ่ง และเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ดังนั้นในแง่ของการเรียนการสอนจึงอาจเริ่มต้นที่จุดใดก่อนก็ได้ แต่สำคัญที่การจัดกระบวนการให้ครบทุกองค์ประกอบ

แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1
การสร้างสัมพันธภาพและการค้นพบสภาพการณ์จริง
 (เวลา 60 นาที)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการค้นพบสภาพการณ์จริง (เวลา 30 นาที)

- 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส
แสดงท่าทีที่เป็นมิตร สนทนาเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย (5 นาที)
- 1.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ร่วม
กิจกรรมและการปกปิดเรื่องราวของผู้เรียนเป็นความลับ (5 นาที)
- 1.3 พยายามถามถึงสถานการณ์ปัญหาที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ
ความคาดหวังและความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือต่างๆ (5 นาที)
- 1.4 พยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนพูดถึงสาเหตุ ปัจจัยของการเกิดปัญหา
และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับปัญหาของตนเองในครั้งนี้ พร้อมสรุป (15 นาที)

กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณนำไปสู่การเข้าใจและยอมรับปัญหา(เวลา 30 นาที)

- 2.1 กระตุ้นให้ผู้เรียนมองปัญหา ประเมินและคิดพินิจพิจารณา
ถึงสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในหลายๆแง่มุม (10 นาที)
- 2.2 กระตุ้นให้ผู้เรียนมองถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาของตนเอง
จนเกิดความเข้าใจและยอมรับปัญหา (10 นาที)
- 2.3 ให้แรงเสริมผู้เรียนคิดทบทวนการจัดการกับปัญหาของตนเองอย่างไร
พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนในการจัดการกับปัญหา (10 นาที)

ใบความรู้

การสร้างสัมพันธภาพและการค้นพบสภาพการณ์จริง

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพในการวิจัยนี้ ได้นำแนวคิดทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพของ Peplau (1952) มาประยุกต์ใช้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ระยะเวลาเริ่มต้น (orientation phase) เป็นช่วงเวลาที่แรกพบกัน ระยะเวลาจะช่วยให้ผู้เรียนรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง พยาบาลจึงต้องมีความเข้าใจ ความต้องการของผู้เรียน และปฏิบัติต่อผู้เรียนด้วยการสร้างความอบอุ่น ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ในระยะนี้พยาบาลแสดงบทบาทเป็นผู้แปลกหน้า

2. ระยะระบุปัญหา (identification) พยาบาลจะช่วยให้ผู้ดูแลสืบค้นความคิด ความรู้สึก ที่เป็นประสบการณ์ส่วนตัวที่เกี่ยวกับความไม่สบายใจ ทุกข์ใจ โดยเน้นความรู้สึกมั่นคง และความพึงพอใจในชีวิต พยาบาลต้องช่วยให้ผู้เรียนสรุปปัญหาของตนเองอย่างเฉพาะเจาะจง เข้าใจเงื่อนไขการเกิดปัญหา ลักษณะปัญหา และผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นและพร้อมที่จะดำเนินการแก้ปัญหาในขั้นตอนต่อไป

3. ระยะการใช้ศักยภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลง (exploitation) ทั้งพยาบาลและผู้เรียนจะต้องสืบค้นว่าทรัพยากรทั้งในตัวผู้เรียนและทรัพยากรในพยาบาลนั้นมีอะไรอยู่บ้างและทั้ง 2 ฝ่าย ต้องพยายามดึงเอาทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งหมดหรือการปรับเปลี่ยนพลังอำนาจ (power shift) มาใช้เพื่อที่จะทำให้เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้เรียนให้บรรลุผล โดยเป้าหมายนี้ต้องมีลักษณะของการแก้ปัญหา สร้างความพึงพอใจในลักษณะที่จะทำให้ความทุกข์ ความไม่สบาย ความวิตกกังวล ลดลงหรือหายไป

4. ระยะสรุปผล (resolution) หรือระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ เป็นระยะที่ผู้เรียนใช้ศักยภาพของตนภายใต้การช่วยเหลือของพยาบาลในการเปลี่ยนแปลงตนเอง จนปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว ผู้เรียนจะค่อยๆ ปรับเป้าหมายเดิมของตน และยอมรับเป้าหมายใหม่ในชีวิต ทำให้รู้สึกมั่นคง และพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น กระบวนการนี้จะค่อยเป็นค่อยไปจนผู้เรียนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ โดยมีต้องพึ่งพาพยาบาลอีกต่อไป สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับ

ผู้เรียนจึงยุติ

โดยบทบาทพยาบาลในการเชื่อมโยงกับการดำเนินการของ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้เรียนในระยะต่างๆ พยาบาลอาจปฏิบัติบทบาทเหล่านี้ที่ละบทบาท สลับกัน หรือปฏิบัติพร้อมกันก็ได้ บทบาทเหล่านี้ ได้แก่ ผู้แปลกหน้า, ผู้ให้ข้อมูล, ผู้ให้ความรู้, บทบาทผู้นำ, บทบาทให้คำปรึกษา



ความสัมพันธ์ระหว่างคน 2 คน ซึ่งอาจเป็นระหว่างคนในครอบครัวเดียวกัน เช่น สามีกับภรรยา แม่กับลูก พี่กับน้อง หรืออาจเป็นความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน เพื่อนักเรียนนั้น คนส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรักความเข้าใจกัน ช่วยเหลือกันในเรื่องต่าง ๆ แต่บางครั้งการสร้างสัมพันธภาพ หรือการรักษาสัมพันธภาพให้ยืนยาวกลับไม่เป็นไปตามความตั้งใจเริ่มแรก ได้รับความที่ไม่อยากได้ กลายเป็นมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน เกิดความขัดแย้งกันรุนแรงจนถึงขั้นแตกหักได้นั้น เป็นเพราะมีปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ในทางตรงข้ามมีปัจจัยที่ทำให้ความสัมพันธ์แยลงเรื่อย ๆ จนถึงขั้นทะเลาะเบาะแว้งกันได้

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมี 3 ปัจจัยใหญ่ คือ

1. การชมเชยหรือชื่นชมที่เหมาะสม
2. การตีเพื่อก่อ
3. การแก้ไขความขัดแย้งในเชิงสร้างสรรค์

สิ่งสำคัญในการสร้างและรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

- 1) การเคารพนับถือกัน คือ การรู้จักและเคารพในสิ่งที่บุคคลนั้นเป็นอยู่
- 2) ความรับผิดชอบ คือ การที่เราสามารถดูแลตนเอง เป็นที่พึ่งพิงไว้เนื้อเชื่อใจของคนอื่นได้ สามารถแยกแยะถูกผิดได้
- 3) ความเข้าใจ คือ การรู้จักผู้อื่น โดยเข้าใจถึงอารมณ์ และความรู้สึกของผู้อื่น
- 4) การสานต่อความสัมพันธ์ คือ ความพยายามที่จะรักษาความสัมพันธ์ไว้ อดทนและตั้งใจที่จะแก้ปัญหาด้วยกัน โดยไม่เป็นฝ่ายรอให้อีกฝ่ายหนึ่งเริ่มต้นก่อน
- 5) การดูแลเอาใจใส่ คือ การคิดถึงความรู้สึกและความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่งและพยายามปฏิบัติสิ่งดี ๆ ให้กัน

จุดประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
2. เพื่อค้นหาสถานการณ์เกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญปัญหาทั่วไป
3. เพื่อให้ผู้เรียนสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณนำไปสู่การเข้าใจและยอมรับปัญหาและมีความตระหนักถึงความเป็นไปได้ในการจัดการกับปัญหาของตนเองตามเป็นจริง
4. เพื่อให้ผู้เรียนรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการเลือกวิธีดำเนินการที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง

พฤติกรรมที่คาดหวัง	ตัวชี้วัด
1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยยามหน้าตัวตาย	1.1 วิเคราะห์ประโยชน์และความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น 1.2 ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมให้บรรลุวัตถุประสงค์
2. ค้นหาสถานการณ์เกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญปัญหาทั่วไป	2.1 ประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เผชิญด้วยข้อมูลและเหตุผลที่ถูกต้อง 2.2 เข้าใจความรู้สึกของตนเอง ความคาดหวัง และความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ
3. ผู้ป่วยมองปัญหา ประเมินและคิดพินิจวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในหลายๆแง่มุม	3.1 ทราบและเข้าใจสถานการณ์ปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง 3.2 เข้าใจและยอมรับสถานการณ์ปัญหาและพร้อมที่จะคิดเผชิญปัญหาด้วยตนเอง
4. ผู้ป่วยคิดทบทวนการจัดการกับปัญหาของตนเองอย่างไร พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนในการจัดการกับปัญหา	4.1 สามารถคิด วางแผนในการจัดการกับปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม

การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น / นำเสนอ
2. ตรวจสอบผลการรายงานตามที่มอบหมาย
3. ประเมินตามจุดประสงค์

กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและค้นพบสภาพการณ์จริง

องค์ประกอบ	กิจกรรม	เนื้อหา
ประสบการณ์เดิม	-ผู้สอนให้ผู้เรียนเล่าเรื่อง สัมพันธภาพในครอบครัวว่าเป็น อย่างไรบ้าง	-ใบความรู้เรื่องการสร้าง สัมพันธภาพ
สะท้อนความคิดอภิปราย ร่วมกัน	<u>ตั้งคำถามว่า</u> -ผู้สอนถามว่า “สัมพันธภาพกับ ผู้อื่นมีความสำคัญในการดำเนิน ชีวิตประจำวันหรือไม่” -หากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ ดีจะส่งผลกระทบต่อตนเองและ ผู้อื่นอย่างไร	-ตั้งคำถาม
ความคิดรวบยอด	-ให้ผู้เรียนคิดทบทวนเหตุปัจจัยที่ ทำให้เกิดปัญหาในครั้งนี้ -ให้ผู้เรียนรายงานที่ละประเด็น/ ผู้สอนอธิบายความรู้ เพื่อให้ได้ ข้อสรุปตามแนวคิดที่ควรได้	-ใบสรุปความรู้สำหรับ ผู้สอน “แนวคิดที่ควรได้”
การประยุกต์แนวคิด	-ผู้เรียนเข้าใจและยอมรับปัญหา พร้อมคิดวางแผนในการแก้ไข ปัญหาด้วยตนเอง -ผู้เรียนลองปฏิบัติให้ผู้สอนดูเรื่อง การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นด้วย ท่าทีที่เป็นมิตร ใบหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส การใช้คำพูดที่ไพเราะ -ให้ผู้เรียนบอกแนวทางในการคิด วางแผนที่จะเผชิญปัญหาของ ตนเอง -ผู้สอนให้แรงเสริมและกำลังใจใน การดำเนินการตามแผนฯ	-แผนการเผชิญปัญหา ของผู้เรียนที่เหมาะสม

แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2
ทักษะการเผชิญปัญหา และการแก้ไขปัญหอย่างถูกวิธี
 (เวลา 1 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 1	เกมหลงป่า	(10 นาที)
กิจกรรมที่ 2	การเผชิญปัญหา การตัดสินใจและแก้ไขปัญหา	
	2.1 สนทนา วิเคราะห์ข่าวจากหน้าหนังสือพิมพ์และอธิบาย ความสามารถในการเผชิญปัญหาและขั้นตอนการดำเนินการฯ	(15 นาที)
	2.2 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกรณีศึกษา “ทางไหนดี”	(25 นาที)
	2.3 สรุป ชักถามปัญหาเพิ่มเติม	(10 นาที)

การเผชิญปัญหา การตัดสินใจและแก้ไขปัญหา

สาระสำคัญ

ในชีวิตประจำวันบุคคลต้องพบกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือไม่พึงประสงค์ ทำให้เกิดความขัดแย้ง ความคับข้องใจ ทุกข์ใจมาก อาจส่งผลให้บุคคลเกิดอารมณ์หรือแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น หากบุคคลได้รับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาก็ถูกต้อง จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขต่อไป



การคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และแก้ปัญหอย่างสร้างสรรค์

การคิดวิเคราะห์ตัดสินใจและแก้ปัญหได้อย่างสร้างสรรค์ หมายถึง การแยกแยะข้อมูลข่าวสาร ปัญหาและสถานการณ์รอบตัว วิพากษ์วิจารณ์และประเมินสถานการณ์รอบตัวด้วยหลักเหตุผลและข้อมูลที่ต้องการ รับรู้ปัญหา สาเหตุของปัญหา หาทางเลือกและตัดสินใจในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างสร้างสรรค์

- จุดประสงค์**
1. ระบุระดับความรุนแรงของปัญหาที่เป็นสถานการณ์เสี่ยงได้
 2. ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เป็นสถานการณ์เสี่ยงได้
 3. เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการแก้ปัญหาได้
 4. ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม
 5. เสนอแนะแนวทางปฏิบัติในการเผชิญปัญหาในสถานการณ์เสี่ยงให้ผู้อื่นได้

พฤติกรรมที่คาดหวัง	ตัวชี้วัด
1. เลือกรับข้อมูลข่าวสารอย่าง ไตร่ตรองและรู้เท่าทันสังคมที่ เปลี่ยนแปลง	วิเคราะห์ประโยชน์และคุณค่าของข้อมูลข่าวสาร เลือกใช้ข้อมูล ข่าวสารเพื่อสร้างภูมิความรู้และการ ตัดสินใจเมื่อเผชิญสถานการณ์รอบตัว
2. ตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ เผชิญอย่างมีเหตุผลและรอบคอบ	2.1 ประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เผชิญด้วย ข้อมูลและเหตุผลที่ถูกต้อง 2.2 ตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เผชิญด้วย ทางเลือก ที่เหมาะสมและไม่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น
3. แก้ปัญหาในสถานการณ์วิกฤตได้ อย่างเป็นระบบ	3.1 แก้ปัญหาเมื่อเผชิญสถานการณ์วิกฤตอย่าง ไตร่ตรอง ตามขั้นตอนหลักการแก้ปัญหา 3.2 วิเคราะห์ผลกระทบและหาทางป้องกันหรือ แก้ปัญหที่เกิดจากพฤติกรรม ไม่พึงประสงค์ 3.3 วางตัวและกำหนดท่าทีที่เหมาะสมกับ สถานการณ์
4. มีจินตนาการและความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์	สร้างสรรค์ผลงานและแสดงพฤติกรรมได้เป็นที่ ยอมรับ
5. มองโลกในแง่ดี	5.1 บอกสิ่งที่มองเห็นหรือมุมมองด้านดีใน บรรยากาศหรือ สภาพเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาได้ 5.1 มีความยืดหยุ่นทางความคิด
6. มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลและ ใช้ข้อมูลให้เป็นประโยชน์	แสวงหาข้อมูลจากแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ ด้วยวิธีการที่มี ประสิทธิภาพและใช้ประโยชน์กับตนเองและผู้อื่น
7. ประเมินและสร้างข้อสรุปบทเรียน ชีวิตของตนเอง	ประเมินและสรุปผลการกระทำ การตัดสินใจและการ แก้ปัญหาในสถานการณ์ซับซ้อนจากประสบการณ์ที่ดี ของตนเองและผู้อื่นเป็นบทเรียนชีวิตของตนเอง

การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น / นำเสนอ
2. ตรวจสอบผลการรายงานตามที่มอบหมาย
3. ประเมินตามจุดประสงค์

กิจกรรมการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหอย่างถูกวิธี

องค์ประกอบ	กิจกรรม	เนื้อหา
ประสบการณ์เดิม	-ผู้สอนเล่าให้ผู้เรียนฟังเรื่องข่าวจากหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับเรื่องการหึงหวงของหนุ่มสาวคู่หนึ่งจนเกิดเรื่องเศร้าและเป็นคดีขึ้น	-ข่าวหรือหัวข้อข่าวที่เกิดขึ้นในหน้าหนังสือพิมพ์
สะท้อนความคิด	-ผู้สอนถามว่า “ผู้เรียนคิดว่าเพราะเหตุใดจึงมีเรื่องเช่นนี้ และผลที่ตามมาจะเป็นอย่างไร”	-ใบงานที่ 1
อภิปรายร่วมกัน	<u>ตั้งคำถามว่า</u> 1. หากเหตุการณ์ในข่าวนี้เป็นตัวผู้เรียนเอง ผู้เรียนจะคิดแก้ไขปัญหอย่างไร 2. การที่ผู้เรียนคิดและตัดสินใจกระทำดังกล่าว คิดว่ามีผลต่อกระทบต่อตัวเองและผู้อื่นอย่างไร	
ความคิดรวบยอด	-ให้ผู้เรียนรายงานที่ละประเด็น/ผู้สอนอธิบายความรู้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปตามแนวคิดที่ควรได้	-ใบสรุปความรู้สำหรับผู้สอน “แนวคิดที่ควรได้”
การประยุกต์แนวคิด	-ผู้เรียนฝึกทักษะความสามารถในการเผชิญปัญหาโดยการมอบหมายงานให้ผู้เรียนฝึกจากกรณีศึกษา (ใบงานที่ 2)	-ใบงานที่ 2 -กรณีศึกษาเรื่อง “ทางไหนดี”
ความคิดรวบยอด	-ให้ผู้เรียนรายงานที่ละประเด็น/ผู้สอนช่วยสรุปขบวนการเผชิญปัญหาตามแนวคิดที่ควรได้	-ใบสรุปความรู้สำหรับผู้สอน “แนวคิดที่ควรได้”

ใบความรู้

เรื่อง ความสามารถในการเผชิญปัญหา

ความสามารถในการเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนในคิด วิเคราะห์ สถานการณ์โดยอาศัยข้อมูล มีความเป็นเหตุเป็นผลอย่างเป็นระบบ โดยมีขั้นตอน 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดปัญหา เป็นขั้นตอนที่กำหนดให้ชัดเจนว่า อะไรคือปัญหาที่แท้จริง
2. การค้นหาสาเหตุของปัญหาและกำหนดทางเลือก โดยพิจารณาจากสาเหตุของปัญหา และพัฒนาทางเลือกหลายๆทางเลือก ที่มีความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา
3. การวิเคราะห์ทางเลือก โดยการประเมินทางเลือกแต่ละทางเลือกว่าเกิดผลดี ผลเสียอะไรตามมาและสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ โดยใช้ข้อมูลต่างๆที่มีอยู่หรือหาข้อมูล ประกอบเพิ่มเติม
4. การตัดสินใจเลือก วิธีแก้ปัญหา จากทางเลือกต่างๆ ด้วยเหตุผลและข้อมูลที่มี โดยอาศัยหลักจริยธรรม ค่านิยม และหลักกฎหมาย มาเป็นเกณฑ์ ในการตัดสินใจด้วย
5. การแก้ไขข้อเสียของทางเลือก เสนอแนะวิธีการแก้ไขข้อเสียที่เกิดจากวิธีแก้ปัญหาที่เลือกใช้ ถ้าทดลองใช้แล้วได้ผลก็สรุป เป็นแนวทางปฏิบัติจริง

ใบงาน 1

กรณีศึกษาที่ 1 เรื่อง ทางไหนดี

บุญชู เป็นนักเรียนชั้น ปวส. 2 แม่ของเขาหย่ากับพ่อไปมีสามีใหม่ บุญชูอาศัยอยู่กับพ่อ ซึ่งมีอาชีพรับจ้างทวงหนี้ พ่อมีรายได้ไม่แน่นอน ต่อมาพ่อมีภรรยาใหม่และมีลูกอีก 1 คน แม่เลี้ยงมักยักยอกเงินบางส่วนของพ่อไว้ไม่ให้บุญชู บุญชูมักมีปากเสียงทะเลาะวิวาทกับแม่เลี้ยงบ่อยๆ เวลาที่เขาขอเงินแม่เลี้ยงไปทำกิจกรรมที่วิทยาลัย หรือใช้จ่ายส่วนตัวที่จำเป็น จนเพื่อนๆ ต่างรู้ว่าบุญชูมีปัญหาเรื่องเงินเป็นประจำ

วันหนึ่ง นิคมเพื่อนห้องเดียวกับบุญชู แนะนำให้บุญชูหาเงินโดยชักชวนให้ขายและเสพยาบ้าเพื่อให้มีเงินมาแต่งตัวให้หล่อ และเพิ่มพลังทางเพศ จะได้มีเงินใช้จ่ายโดยไม่ต้องขอจากแม่เลี้ยง ใจหนึ่งบุญชูก็อยากเอาชนะแม่เลี้ยง แต่อีกใจหนึ่งบุญชูก็รู้ว่าสิ่งที่กำลังจะกระทำเป็นสิ่งไม่ดี

ถ้าผู้เรียนเป็นบุญชู จะตัดสินใจแก้ไขปัญหานี้อย่างไร

แนวคิดที่ควรได้ จากกรณีศึกษา ทางไหนดี

ประเด็นอภิปราย	แนวคิดที่ควรได้
1) กำหนดปัญหา ปัญหาของบุญชู คือ	1) ความเสี่ยงในด้านต่างๆ
2) สาเหตุของปัญหา คือ กำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหาของบุญชู มี ทางเลือก คือ..... 1. 2. 3.	2) บุญชูมีปัญหาครอบครัว และขาด เงิน ทางแก้ปัญหาเป็นไปได้หลายทาง ผู้สอนควรพิจารณาการตัดสินใจของผู้ เรียนที่เป็นแนวบวก
3) วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ของแต่ละทางเลือก ทุกทางเลือก	3) ประเมินตามขั้นตอนการตัดสินใจ และแก้ไขปัญหา (ดูความมีเหตุผล)
4) บุญชูควรตัดสินใจเลือกทางเลือก	4) ควรตัดสินใจที่ไม่มีความเสี่ยง
5) การแก้ไขข้อเสียของทางเลือกที่ตัดสินใจ	5) พิจารณาจากเหตุผลของผู้เรียน

ขั้นตอนการดำเนินการเผชิญปัญหา

1. กำหนดปัญหา ปัญหา คือ

.....

2. สาเหตุของปัญหา คือ.....

กำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา มี ทางเลือก คือ

1)

2)

3)

3. วิเคราะห์ ข้อดี ข้อเสีย ของแต่ละทางเลือก คือ

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อเสีย
1)
2)
3)

4. การตัดสินใจเลือกทางเลือก

5. การแก้ไขข้อเสียของทางเลือกที่ตัดสินใจ คือ

พฤติกรรมที่คาดหวัง	ตัวชี้วัด
1. รู้จักความถนัด ความสามารถและบุคลิกภาพของตนเอง	1.1 วิเคราะห์ความถนัด ความสามารถ ของตนเองได้ 1.2 วิเคราะห์ลักษณะส่วนตน อุปนิสัย และค่านิยมของตนเองได้
2. รู้จักจุดเด่นจุดด้อยของตนเอง	2.1 วิเคราะห์จุดเด่นจุดด้อยของตนเองได้ 2.2 กำหนดเป้าหมายในชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม
3. ยอมรับความแตกต่างระหว่างตนเองและผู้อื่น	ยอมรับในความแตกต่างทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองและผู้อื่น ได้อย่างมีเหตุผล
4. มองตนเองและผู้อื่นในแง่บวก	สะท้อนมุมมองที่ดีของตนเองและผู้อื่น ได้
5. รักและเห็นคุณค่าในตนเอง	5.1 แสดงความรู้สึกรักและเห็นคุณค่าในตนเอง 5.2 นำเสนอคุณลักษณะที่ดีมีคุณค่าของตนเอง
6. มีความภาคภูมิใจในตนเอง	6.1 แสดงความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถ ความดีของตนเอง 6.2 แสดงความสามารถและความดีงามที่ตนเองภาคภูมิใจให้ผู้อื่นรับรู้ได้
7. มีความเชื่อมั่นในตนเองและผู้อื่น	7.1 กล้าแสดงออกทางความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเองด้วยความมั่นใจ 7.2 ยอมรับในความคิด ความรู้สึกและการกระทำที่ดีของผู้อื่น
8. เคารพสิทธิของตนเองและผู้อื่น	8.1 เคารพในสิทธิของตนเองและผู้อื่นตามวิถีประชาธิปไตย 8.2 ปฏิบัติตามสิทธิของตนเอง

การประเมินผล

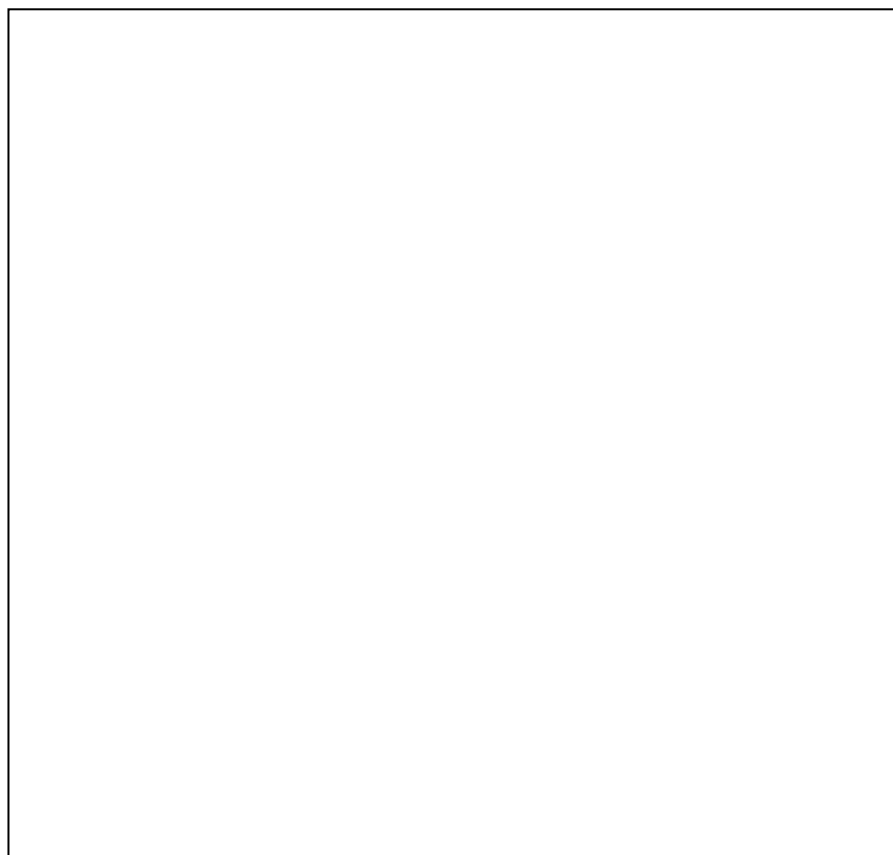
1. สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น / นำเสนอ
2. ตรวจสอบผลการรายงานตามที่มอบหมาย
3. ประเมินตามจุดประสงค์

กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

องค์ประกอบ	กิจกรรม	เนื้อหา
ประสบการณ์เดิม	-ให้ผู้เรียนวาดภาพต้นไม้ที่มีลักษณะเหมือนตนเองมากที่สุด และตั้งคำถามว่า “ต้นไม้มีลักษณะเหมือนผู้เรียนอย่างไร” -ผู้เรียนเปรียบเทียบคุณค่าหรือประโยชน์ของต้นไม้กับตัวผู้เรียนว่าเหมือนกันอย่างไร	-แจกกระดาษ A4 ให้ผู้เรียนวาดภาพต้นไม้
สะท้อนความคิด อภิปรายร่วมกัน	<u>ตั้งคำถามว่า</u> 1.คำที่กล่าวว่า “คนเราทุกคนล้วนแล้วแต่มีคุณค่าในตัวเองด้วยกันทั้งสิ้น” ผู้เรียนเห็นด้วยหรือไม่ เพราะเหตุใด 2.ชีวิตของผู้เรียนมีคุณค่าสำหรับใครบ้าง และผู้เรียนสามารถทำตัวเองให้มีคุณค่าต่อบุคคลเหล่านั้นได้อย่างไร 3.การที่ผู้เรียนทำประโยชน์ หรือทำตัวเองให้มีคุณค่าผู้เรียนคิดว่ามีผลต่อตัวเองและผู้อื่นอย่างไร	-ใบงานที่ 1
ความคิดรวบยอด	-ให้ผู้เรียนรายงานที่ละประเด็น/ผู้สอนอธิบายความรู้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปตามแนวคิดที่ควรได้	-ใบสรุปความรู้ สำหรับผู้สอน “แนวคิดที่ควรได้”
การประยุกต์แนวคิด	-ผู้เรียนเขียนจดหมายถึงคนที่ผู้เรียนอยากให้เห็นคุณค่าและ ประโยชน์ของผู้เรียนมากที่สุด ด้วยการบอกเล่าคุณค่าของตนเองให้บุคคลนั้นได้รับรู้	

ใบงานที่ 1
“สิ่งที่ฉันเป็น”

ภาพต้นไม้ : สิ่งที่ฉันเป็น



1. ต้นไม้นี้มีลักษณะเหมือนผู้เรียนอย่างไร

.....
.....
.....
.....

2. ต้นไม้นี้มีประโยชน์หรือมีคุณค่าเหมือนกับผู้เรียนอย่างไร

.....
.....
.....

ใบงานที่ 2

(แผนการจัดกิจกรรมเรื่อง “คุณค่าของตนเอง”)

ให้ผู้เรียนร่วมกันอภิปรายในประเด็นต่อไปนี้จะได้ข้อสรุป และนำเสนอ

1. คำที่กล่าวว่า “คนเราทุกคนล้วนแล้วแต่มีคุณค่าในตัวเองด้วยกันทั้งสิ้น” ผู้เรียนเห็นด้วยหรือไม่ เพราะเหตุใด
2. ชีวิตของผู้เรียนมีคุณค่าสำหรับใครบ้าง และผู้เรียนสามารถทำตัวเองให้มีคุณค่าต่อบุคคลเหล่านั้นได้อย่างไร
3. การที่ผู้เรียนทำประโยชน์ หรือทำตัวเองให้มีคุณค่า ผู้เรียนคิดว่ามีผลต่อตัวเองและผู้อื่นอย่างไร

ใบความรู้สำหรับผู้สอน

(แผนกิจกรรมเรื่อง “คุณค่าของตนเอง”)

ประเด็นอภิปราย	แนวคิดที่ควรได้
1. คำที่กล่าวว่า “คนเราทุกคนล้วนแล้วแต่มีคุณค่าในตัวเองด้วยกันทั้งสิ้น” ผู้เรียนเห็นด้วยหรือไม่ เพราะเหตุใด	ทุกคน ย่อมมีคุณค่าในตนเองเพราะว่าแต่ละคนที่เกิดมาสามารถทำตนให้เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคมได้เสมอ
2. ชีวิตของผู้เรียนมีคุณค่าสำหรับใครบ้าง และผู้เรียนสามารถทำตัวเองให้มีคุณค่าต่อบุคคลเหล่านั้นได้อย่างไร	ชีวิตของเรา ย่อมมีคุณค่าต่อทุกคน ที่อยู่รอบข้าง การทำตนเองให้มีคุณค่านั้น เราสามารถทำได้ตามบทบาทหน้าที่ที่เราพึงควรกระทำและทำได้ โดยการแบ่งปันน้ำใจไมตรีของเราในการช่วยเหลือผู้อื่นตาม โอกาสที่มี
3. การที่ผู้เรียนทำประโยชน์ หรือทำตัวเองให้มีคุณค่า ผู้เรียนคิดว่ามีผลต่อตัวเองและผู้อื่นอย่างไร	การทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคมนั้นย่อมก่อให้เกิดความสุข ความเจริญทั้งผู้กระทำและผู้ที่ได้รับ

ความคิดรวบยอด
(แผนการจัดกิจกรรมเรื่อง “คุณค่าของตนเอง”)

คนเราทุกคนล้วนแล้วแต่มีคุณค่าในตัวเองด้วยกันทั้งนั้น แม้ว่าแต่ละคนจะมีรูปร่างหน้าตาลักษณะท่าทาง อุปนิสัยที่แตกต่างกัน ทุกคนย่อมสามารถทำตนให้ประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคมได้ การทำประโยชน์ สิ่งแรกที่เราพึงกระทำคือ การทำหน้าที่ตามบทบาทของเราอย่างถูกต้อง และรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของตน นอกจากนี้เราสามารถสร้างคุณค่าให้กับตัวเรา ด้วยการช่วยเหลือเกื้อกูล ต่อทุกคน ที่อยู่รอบข้างเรา ซึ่งอาจเป็นการกระทำเล็กๆน้อยๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของเราก็ได้ เช่น การแบ่งปันขนมให้เพื่อน การช่วยพ่อแม่ทำงานบ้าน เป็นต้น ซึ่งการทำประโยชน์เหล่านี้เราสามารถทำได้ทุกขณะ และทำได้กับทุกคนที่อยู่รอบข้างเรา

แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 3
ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด
 (เวลา 40 นาที)

กิจกรรมที่ 1	เกมฝึกทักษะการคิดคำนวณ	(10 นาที)
กิจกรรมที่ 2	การจัดการกับอารมณ์และความเครียด	
	2.1 สนทนา และอธิบายเกี่ยวกับเรื่องความเข้าใจและรู้เท่าทัน ภาวะอารมณ์ รู้วิธีการควบคุมอารมณ์และความเครียด รู้วิธีผ่อนคลาย หลีกเลียงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ไม่พึงประสงค์ไปในทางที่ดี	(10 นาที)
	2.2 ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด	(10 นาที)
	2.3 สรุป ชักถามปัญหาเพิ่มเติม	(10 นาที)

การจัดการกับอารมณ์และความเครียด

สาระสำคัญ



การจัดการกับอารมณ์และความเครียด หมายถึง ความเข้าใจและรู้เท่าทัน ภาวะอารมณ์ของบุคคล รู้สาเหตุของความเครียด รู้วิธีการควบคุมอารมณ์ และความเครียด รู้วิธีผ่อนคลาย หลีกเลียง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ ก่อให้เกิดอารมณ์ไม่พึงประสงค์ไปในทางที่ดี ความสามารถที่จะใช้ชีวิต อยู่

ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ตอบสนองสภาวะแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ แสดงให้เห็นถึงการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี มีอารมณ์ที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีการพัฒนา อยู่ตลอดเวลา ได้แก่ การรู้จักปรับตัว การไม่หมกมุ่นและสามารถแก้ไขปัญหาที่พบได้อย่างมีสติ และเหตุผล อันนำไปสู่การดูแลสุขภาพกายที่ดีส่งเสริมให้เป็นผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับ

จุดประสงค์การเรียนรู้

1. ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆได้และยอมรับความแตกต่าง ทาง อารมณ์ในแต่ละบุคคล
2. ทราบวิธีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เกิดจากสาเหตุด้านต่าง ๆ ได้
3. สามารถปฏิบัติตนในการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้

พฤติกรรมที่คาดหวัง	ตัวชี้วัด
1. ประเมินและรู้เท่าทัน สภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับ ตนเอง	1.1 สำรวจและประเมินอารมณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของ ตนเองได้ 1.2 คาดการณ์ผลดี-ผลเสียของการแสดงอารมณ์
2.จัดการความขัดแย้งต่าง ๆ ได้ด้วยวิธีที่เหมาะสม	2.1 เลือกวิธีการจัดการหรือควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ เหมาะสม 2.2 ยุติความรุนแรงในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยสันติวิธี
3. มีวิธีผ่อนคลายอารมณ์ และความเครียดให้กับ ตนเองด้วยวิธีสร้างสรรค์	3.มีวิธีการคลายความเครียดที่ไม่ทำให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง และผู้อื่น
4. รู้จักสร้างความสุขให้กับ ตนเองและผู้อื่น	4.1 มีวิธีการสร้างความสุขให้กับตนเองและผู้อื่นได้เหมาะสม กับเหตุการณ์ 4.2 ปรับความคิด ความรู้สึก อารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ ต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดความไม่พอใจหรือความเครียดได้ด้วย วิธีการที่ถูกต้องและสร้างสรรค์

การประเมินผล

- 1.สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น /นำเสนอ
- 2.ตรวจสอบผลการรายงานตามที่มอบหมาย
- 3.ประเมินตามจุดประสงค์

กิจกรรมฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

องค์ประกอบ	กิจกรรม	เนื้อหา
ประสบการณ์เดิม	<p>-ให้ผู้เรียนคิดทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆ ได้และยอมรับความแตกต่างทางอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น</p> <p>-ผู้เรียนทราบสาเหตุของความเครียดและสามารถบอกผลกระทบ(ผลดี-ผลเสีย)ของการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมได้</p>	<p>-ผู้เรียนสามารถบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจิตใจและพฤติกรรมการแสดงออกในขณะที่มีอารมณ์โกรธ ไม่พอใจ หรือเครียดได้</p>
สะท้อนความคิดอภิปรายร่วมกัน	<p>-ผู้เรียนทราบวิธีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เกิดจากสาเหตุด้านต่างๆ ได้</p> <p>-ให้ผู้เรียนรายงานที่ละประเด็น/ผู้สอนอธิบายความรู้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปตามแนวคิดที่ควรได้</p>	<p>-ใบสรุปความรู้สำหรับผู้สอน “แนวคิดที่ควรได้”</p>
ความคิดรวบยอด	<p>-ให้ผู้เรียนรายงานที่ละประเด็น/ผู้สอนช่วยสรุปการจัดการกับอารมณ์และความเครียดตามแนวคิดที่ควรได้</p>	<p>-ใบสรุปความรู้สำหรับผู้สอน “แนวคิดที่ควรได้”</p>
การประยุกต์แนวคิด	<p>-ผู้เรียนฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดโดยการมอบหมายงานให้ผู้เรียนฝึกการหายใจ</p>	<p>-ผู้เรียนสามารถแสดงการฝึกผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจได้ถูกต้อง</p>

ใบความรู้

เรื่อง การจัดการกับอารมณ์และความเครียด



อารมณ์เป็นความรู้สึกอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นจากผลกระทบต่างๆภายนอก อารมณ์มีทั้งทางบวกและทางลบ การแสดงอารมณ์บางอย่างโดยปราศจากการควบคุม อาจก่อให้เกิดผลเสียขึ้นได้ การจัดการหรือการควบคุมอารมณ์เป็นทักษะที่เรียนรู้ และฝึกฝนได้

ขั้นตอน

- 1.สำรวจอารมณ์หรือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เช่น มือสั่น ใจสั่น กัดฟัน กำมัด หัวใจเต้นเร็ว หน้าแดง เป็นต้น
 - 2.คาดการณ์ผลดี – ผลเสียของการแสดงอารมณ์
 - 3.ให้สมาชิกรวมกันเสนอวิธีควบคุมอารมณ์
 - 4.เลือกวิธีควบคุมอารมณ์ด้วยวิธีต่างๆ เช่น
 - 4.1 หายใจเข้าออกยาวๆ
 - 4.2 นับเลข 1-10 ซ้ำๆ (หรือนับต่อไปเรื่อยๆจนกว่าจะรู้สึกว่าการแสดงอารมณ์สงบลง)
 - 4.3 ขอเวลานอก โดยการหนีออกไปจากสถานการณ์นั้นชั่วคราว
 - 4.4 กำหนดลมหายใจ โดยให้สติอยู่ที่การหายใจเข้าออก
 - 5.สำรวจความรู้สึกของตนเองอีกครั้งและชื่นชมกับการที่ตนเองสามารถควบคุมอารมณ์ได้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดในช่วงที่ยังแก้ปัญหาไม่ได้ จะรู้สึกเครียดมาก เมื่อแก้ปัญหาได้แล้ว ความเครียดก็จะหมดไป เราจึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อจะได้แก้ปัญหาได้ดีและรวดเร็วยิ่งขึ้น
- นอกจากนี้ความคิดก็เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้คนเราเกิดความเครียด หากรู้จักคิดให้เป็นก็จะช่วยให้ลดความเครียดไปได้มาก วิธีคิดที่เหมาะสม ได้แก่

1. คิดในแง่ยึดหยุ่นให้มากขึ้นอย่าเอาแต่เข้มงวด
จับผิด หรือตัดสินผิดถูกตัวเอง และผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา ระวัง
ลดทิวฐิ รู้จักให้อภัยไม่ถือโทษโกรธเคือง ชีวิตจะมีความสุขมากขึ้น

2. คิดอย่างมีเหตุผล อย่าด่วนเชื่ออะไรง่ายๆ
ไตร่ตรองให้รอบคอบเสียก่อน นอกจากจะไม่ต้องตกเป็นเหยื่อ
ให้ใครหลอกได้ง่ายๆแล้ว ยังตัดความกังวลลงได้ด้วย

3. คิดหลายๆแง่มุม ลองคิดหลายๆด้าน อย่ามอง
เพียงด้านเดียวให้ใจเป็นทุกข์ นอกจากนี้ ควรหัดคิดในมุมมองของคนอื่นบ้าง จะช่วยให้มุมมองอะไรได้
กว้างไกลกว่าเดิม

4. คิดแต่เรื่องดีๆ ถ้าคอยคิดถึงแต่เรื่องร้ายๆ เช่นคิดถึงประสบการณ์ที่เป็นสุขใน
อดีต ความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา คำชมเชยที่ได้รับ ฯลฯ จะช่วยให้สบายใจมากขึ้น

5. คิดถึงคนอื่นบ้าง อย่าคิดหมกมุ่นอยู่กับตัวเองเท่านั้น เปิดใจให้กว้าง รับรู้ความ
เป็นไปของคนใกล้ชิดและใส่ใจที่จะช่วยเหลือ สนใจปัญหาของผู้คนในสังคมบ้าง และยิ่งถ้าคุณ
ช่วยเหลือคนอื่นได้ คุณจะสุขใจขึ้นเป็นทวีคูณ

การผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆไป

1. ขอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุกเรื่อง ถือว่าเป็น
เรื่องธรรมดา
2. เรียนรู้การแก้ปัญหาจากชีวิตคนอื่น
3. ให้กำลังใจตนเองโดยพยายามคิดในทางบวกและคิดว่า
ปัญหาทุกอย่างมีวิธีแก้ไข
4. คิดและลงมือแก้ปัญหาโดยการคิดหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธีและพิจารณา
เลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุดกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่
5. ฝึกการผ่อนคลายความเครียดเป็นประจำ เช่น ฝึกสมาธิ เล่นกีฬา ดนตรี เป็นต้น
6. ให้ความร่วมมือทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่วนรวม เพื่อใช้เวลาอย่างมีคุณค่าและเบี่ยงเบน
ความคิดจากความหมกมุ่นกับปัญหาที่เผชิญอยู่
7. มีปัญหาปรึกษาและพูดคุยกับผู้ที่เรานับถือ เชื่อฟัง อย่าคิดและทำคนเดียว
8. หากิจกรรมทำ อย่าปล่อยให้ตนเองว่าง เช่น อ่านหนังสือ, เล่นดนตรี, กีฬา ฯลฯ
9. ใช้หลักธรรมในศาสนาเป็นที่พึ่ง ทางใจ ฝึกสมาธิ รู้จักอดกลั้นและอดทน



ใบความรู้

การฝึกการหายใจ

หลักการ: ตามปกติคนทั่วไปจะหายใจตื้นๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกเป็นหลัก ทำให้ได้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยกว่าที่ควร

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาเครียด คนเราจะยิ่งหายใจถี่ และตื้นมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้เกิดอาการถอนหายใจเป็นระยะๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้น

การฝึกหายใจช้าๆ ลึกๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้องจะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดและยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อหน้าท้อง และลำไส้ด้วย การฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้าลงสมองแจ่มใส เพราะได้ออกซิเจนมากขึ้นและการหายใจออกอย่างช้าๆ จะรู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจนสิ้น

วิธีการฝึก

นั่งในท่าที่สบาย หลังตรง เอามือประสานไว้บริเวณท้องค่อๆ หายใจเข้า พร้อมกับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ 1...2...3...4... ให้รู้สึกว่าท้องพองออก

กลั้นหายใจเอาไว้ชั่วครู่ นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า

ค่อๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้าๆ 1...2.....3....4.....5.....6....7.....8 พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมดสังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง ทำซ้ำอีก โดยหายใจเข้าช้าๆกลั้นไว้ แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงหายใจเข้า

ผลดีจากการฝึกคลายเครียด

ขณะฝึก -อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง

-อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง

-อัตราการหายใจลดลง

-ความดันโลหิตลดลง

-ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อลดลง

หลังการฝึก -ใจเย็นขึ้น

-สมาธิดีขึ้น

-ความวิตกกังวลลดลง สบายใจมากขึ้น

-ความสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น

-สมองแจ่มใส

-คิดแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้นกว่าเดิม



แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 4
การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม
 (เวลา 60 นาที)

กิจกรรมที่ 1 เกมผ่อนคลายความเครียด	(10 นาที)
กิจกรรมที่ 2 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม	(50 นาที)
2.1 ทบทวนถึงความรู้และทักษะที่ได้จากกิจกรรม 3 ครั้งที่ผ่านมา	(15 นาที)
2.2 สอบถามปัญหาที่พบในการนำทักษะที่ได้ไปประยุกต์ใช้ และความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ได้อย่างยั่งยืน	(10 นาที)
2.3 พยายามสรุปสิ่งที่ได้พูดคุยกันตั้งแต่ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 พร้อม ให้กำลังใจและเสริมแรงเพื่อเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเองในการเผชิญปัญหา และนัดหมายติดตามผล	(25 นาที)

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

สาระสำคัญ

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ จะรู้สึกว่าคุณมีความสามารถและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นต่อไป เป็นกิจกรรมที่พยายามจะใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาลในขั้นตอนต่างๆ และส่งเสริมให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเห็นคุณค่าในตนเอง มีเป้าหมายชีวิต เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง พร้อมคงไว้ซึ่งความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

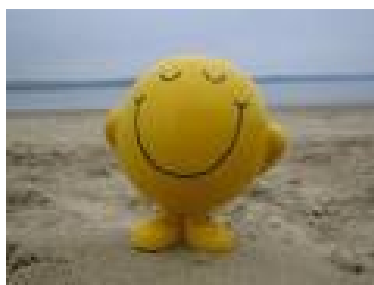
จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเชื่อมั่นความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมที่คาดหวัง	ตัวชี้วัด
1. ผู้เรียนเกิดความเชื่อมั่น ความสามารถในการเผชิญ ปัญหาของตนเอง	1.1 มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติวิธีการเผชิญ ปัญหาได้ถูกต้อง 1.2 ผู้เรียนมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้
2. ผู้เรียนสามารถนำความรู้ และทักษะในการเผชิญ ปัญหาไปประยุกต์ใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ	2.1 เลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม 2.2 สามารถควบคุมตนเองได้จากสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขไม่ทำร้ายตนเอง ซ้ำอีก

การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น / นำเสนอ
2. ผู้เรียนสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการเผชิญปัญหาต่างๆ กับผู้สอนด้วยมั่นใจ
3. ประเมินผลโดยการติดตามทั้งด้วยการเยี่ยมบ้านหรือนัดมาพบที่โรงพยาบาล หรือการติดตามทางโทรศัพท์ ภายในสัปดาห์ที่ 2 หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. ประเมินตามจุดประสงค์



กิจกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

องค์ประกอบ	กิจกรรม	เนื้อหา
ประสบการณ์เดิม	<ul style="list-style-type: none"> -ให้ผู้เรียนคิดทบทวนทบทวนถึงความรู้และทักษะที่ได้จากการดำเนินกิจกรรม 3 ครั้งที่ผ่านมา -ผู้เรียนทราบ เข้าใจและยอมรับเหตุปัจจัยของสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมมีแนวทางในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม -ผู้สอนสอบถามปัญหาที่พบจากผู้เรียนในการนำทักษะที่ได้ไปประยุกต์ใช้ 	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้เรียนสามารถบอกถึงเหตุปัจจัยและผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ปัญหาได้ -สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแนวทางในการเผชิญปัญหาต่างๆกับผู้สอนได้อย่างมั่นใจ
สะท้อนความคิดอภิปรายร่วมกัน	<ul style="list-style-type: none"> -ให้ผู้เรียนรายงานที่ละประเด็น/ผู้สอนอธิบายความรู้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปตามแนวคิดที่ควรได้ -ให้ผู้เรียนรายงานที่ละประเด็นในเองทักษะต่างๆที่จำเป็นในการเผชิญปัญหา/ผู้สอนช่วยสรุปตามแนวคิดที่ควรได้ 	<ul style="list-style-type: none"> -ใบสรุปความรู้สำหรับผู้สอน “แนวคิดที่ควรได้” ทั้ง 3 ครั้งที่ผ่านมา
ความคิดรวบยอด	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้เรียนนำเสนอการฝึกทักษะต่างๆที่จำเป็นในการเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> -ใบสรุปความรู้สำหรับผู้สอน “แนวคิดที่ควรได้”
การประยุกต์แนวคิด	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้เรียนมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้ -มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้เรียนสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีความคิดหรือพฤติกรรมในการทำร้ายตนเองซ้ำอีก

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง: ขอให้ท่านเติมข้อความ หรือ ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นข้อมูลตรงกับความจริง มากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ(ระบุ)
3. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่
4. การศึกษา ประถมศึกษา อนุปริญญา
 มัธยมศึกษาตอนต้น ปริญญาตรี/เทียบเท่า
 มัธยมศึกษาตอนปลาย สูงกว่าปริญญาตรี
 อื่นๆ ระบุ.....
5. อาชีพ ว่างาน รับจ้าง
 ค้าขาย เกษตรกร
 นักเรียน/นักศึกษา รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท 5,001-10,000 บาท
 10,001-30,000 บาท 30,001บาทขึ้นไป
 อื่นๆ ระบุ.....
7. จำนวนครั้งที่ทำร้ายตนเอง(รวมครั้งนี้) ระบุครั้ง
8. วิธีการทำร้ายตนเองในครั้งนี้ ระบุ.....
9. ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดการทำร้ายตนเองระบุ.....
10. ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ไม่มี มี โปรดระบุ.....
11. ในครอบครัวของท่านมีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัวหรือไม่
 ไม่มี มี ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ
12. ความสัมพันธ์ในครอบครัว ราบรื่น มีความขัดแย้งกัน
 ห่างเหิน/ต่างกันต่างอยู่ อื่นๆ ระบุ.....

แบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา

ชื่อ-นามสกุล.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย(/) ลงในช่องที่กำหนดให้ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ความสามารถในการเผชิญปัญหา	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
1.กังวลถึงปัญหานั้นจนไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้					
2.เมื่อมีสิ่งใดมาคุกคาม ที่ทำให้รู้สึกโกรธจะแสดงอารมณ์โกรธนั้นออกมาทันที					
3.ระบายความรู้สึกกดดันกับผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องโดยบ่นต่อว่าเสียงดัง					
4.ระบายอารมณ์ความเครียดด้วยการกระทำบางสิ่งในลักษณะรุนแรง เช่นการขว้างปาสิ่งของฯลฯ					
5.ตำหนิตนเองที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่ดี					
6.เวลาไม่สบายใจจะชวนเพื่อนไปรับประทานอาหาร					
7.เวลาไม่สบายใจมักจะออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่างๆที่ใช้กำลัง					
8.เวลาไม่สบายใจจะใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด					
9.เวลาไม่สบายใจพยายามเบนความสนใจด้วยการทำสิ่งที่สนุกสนาน					
10.เวลาไม่สบายใจจะพยายามทำตัวไม่ให้ว่างและทำงานหนักขึ้น					
11.เวลาไม่สบายใจจะพูดคุยปัญหากับคนในครอบครัวหรือเพื่อน					
12.เวลาไม่สบายใจจะพูดคุยกับผู้ที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง เช่นแพทย์,พยาบาล,ครู เป็นต้น					
13.เวลาไม่สบายใจจะพูดคุยปัญหากับบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน					
14.เวลาไม่สบายใจจะใช้วิธีพึ่งพาขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น					
15.เวลาไม่สบายใจจะสวดมนต์ ทำจิตใจให้สงบ					
16.เวลาเครียดจะพยายามควบคุมความรู้สึก					
17.เวลาไม่สบายใจมักเก็บความรู้สึกไว้ในใจ					
18.ชอบจะทำสิ่งต่างๆให้สำเร็จด้วยตัวเอง					
19.เวลาไม่สบายใจมักใช้เวลากับตนเองเพื่อทบทวนเหตุการณ์และแก้ไขปัญหา					

ความสามารถในการเผชิญปัญหา	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
20. คิดถึงวิธีที่ใช้จัดการปัญหาที่เคยใช้ในอดีต					
21. บอกกับตัวเองว่าสามารถจัดการทุกอย่างไม่ว่าเรื่องนั้นจะยากอย่างไร					
22. พยายามปรับปรุงตัวเองในบางจุดให้ดีขึ้น เพื่อที่จะสามารถจัดการปัญหาได้					
23. พยายามควบคุมสถานการณ์ที่เป็นปัญหาให้ได้					
24. คิดหาทางที่จะควบคุมปัญหาหลายๆทาง					
25. พยายามมองปัญหาอย่างตรงไปตรงมา มีเป้าหมายและมองทุกๆด้าน					
26. ฝึกจิต โดยพิจารณาไตร่ตรองว่าควรทำอะไรบ้าง					
27. พยายามค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาเพิ่ม					
28. พยายามจัดการปัญหาไปที่ละเรื่อง					
29. กำหนดแผนปฏิบัติงานเฉพาะเรื่องที่กำลังเกิดปัญหา					
30. เรียนรู้สิ่งใหม่เพื่อที่จะจัดการกับปัญหา					
31. พยายามที่จะเปลี่ยนสถานการณ์เมื่อมีเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่รุนแรง					
32. พยายามแก้ปัญหาโดยการประนีประนอม					
33. หวังว่าปัญหาจะคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น					
34. บอกตนเองว่าเป็นธรรมดาที่สิ่งต่างๆในโลกนี้อาจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหรือเลวร้ายก็ได้					
35. พยายามดำเนินชีวิตให้เป็นไปตามปกติเท่าที่จะทำได้ ไม่ปล่อยให้ปัญหามีอิทธิพลต่อชีวิต					
36. พยายามที่จะมองสถานการณ์ในด้านดี					
37. บอกตัวเองว่าไม่ต้องกังวลเพราะทุกอย่างจะคลี่คลายไปในทางที่ดี					
38. เวลาไม่สบายใจจะคิดถึงสิ่งดีๆที่เกิดขึ้นในชีวิตของตน					
39. เปรียบเทียบตัวเองกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน					
40. เวลาที่มีเรื่องเครียดจะพยายามใช้อารมณ์ขัน					

แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างเพียงคำตอบเดียว โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านรับรู้อาการต่างๆ ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน เช่น เบื่อหน่าย, ท้อแท้, นอนไม่หลับ ฯลฯ					
2. ท่านรู้ถึงอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาหรือสารเคมีที่กินเข้าไป					
3. ท่านทราบว่าสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นผลมาจากการที่ท่านมีความคิดในด้านลบต่อตัวเอง เช่น ไม่แน่ใจว่าสิ่งต่างๆจะเป็นไปด้วยดี เป็นต้น					
4. ท่านยอมรับสภาพความเป็นจริงได้หากว่าจะมีอะไรที่เลวร้ายมากไปกว่านี้					
5. ท่านรู้สึกว่าการเจ็บป่วยไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจวัตรประจำวัน					
6. ท่านรู้สึกว่าท่านยังมีคุณค่าและมีความสำคัญต่อบุคคลอื่น					
7. ท่านสามารถจัดการกับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับตัวท่านเองได้					
8. ท่านสามารถให้คำแนะนำการเผชิญปัญหากับผู้อื่นที่มีปัญหาเดียวกับท่าน					
9. ท่านมีความหวังว่าจะดูแลตนเองได้ดีขึ้น					
10. ท่านรู้สึกท้อแท้ใจในการดำเนินชีวิตต่อไปได้					
11. ท่านเชื่อมั่นว่าชีวิตของท่านจะมีโอกาสกลับมามีความสุขได้อีก					
12. ท่านรู้สึกยินดีกับทุกสิ่งๆ ที่ผู้อื่นทำให้					
13. ท่านสามารถคิด วิเคราะห์ทางเลือกในการแก้ไขปัญหาได้					
14. ท่านสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาของท่านได้					
15. ท่านสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับทีมสุขภาพ					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
16.ท่านมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้					
17.ท่านเชื่อว่าการช่วยเหลือดูแลที่ได้รับจากพยาบาลจะช่วยให้ท่านจัดการกับปัญหาชีวิตได้					
18.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในโรงพยาบาลหรือในชุมชนได้					
19.ท่านได้รับความช่วยเหลือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจากครอบครัว					
20.เมื่อเกิดปัญหาท่านไม่ทราบว่าจะปรึกษาใคร					
21.ท่านเชื่อว่าท่านมีพลังอำนาจที่จะทำการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ดีให้กับตนเองได้					
22.ท่านเชื่อว่าการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของท่าน					
23.ท่านเชื่อว่าการที่ท่านนับถือตนเอง เชื่อมั่นในตนเองทำให้ท่านสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น					
24.ท่านมั่นใจว่าสามารถเลือกวิถีชีวิตของตนเองได้					
25.ท่านเชื่อว่าผลดี-ผลร้ายที่เกิดขึ้นกับท่านมาจากการกระทำของผู้อื่น					

คำอธิบายรายชื่อเฉพาะชื่อที่มีความหมายไม่ชัดเจน

ความสามารถในการเผชิญปัญหา คือความสามารถในการแสดงออกทั้งด้าน
ความคิดและในรูปพฤติกรรมที่บุคคลใช้ในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดที่มาคุกคามตนเอง

ข้อที่	ความหมาย
1	กังวลถึงปัญหานั้น หมายถึง ผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวลเมื่อคิดถึงปัญหานั้น
3	ระบายความรู้สึกกดดันกับผู้อื่นหมายถึงระบายความรู้สึกกดดันด้วยคำพูดหรือการกระทำ กับผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาเช่น แสดงอารมณ์ฉุนเฉียว บ่นต่อว่าเสียงดัง ตวาด พูดไม่ดี เป็นต้น
8	ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด หมายถึง การกระทำใดๆของผู้ป่วย เมื่อกระทำแล้วทำ ให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เมื่อผู้ป่วยมีความเครียด หรือความไม่สบายใจเช่น การนั่งสมาธิ การกำหนดลมหายใจ การฟังเพลง การอ่านหนังสือเป็นต้น
15	สวดมนต์ ทำให้จิตใจสงบ หมายถึง การสวดมนต์ เพื่อให้จิตใจสงบ ผ่อนคลาย ความเครียด ไม่ใช่เพื่อให้เกิดโชคดีหรือได้บุญ
16	พยายามควบคุมความรู้สึก หมายถึง เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึก โศกเศร้าเสียใจ ผิดหวัง หรือ โกรธ เกลียด ผู้ป่วยพยายามควบคุมอารมณ์ของตนเองไว้ไม่ให้เกิดมากขึ้นหรือให้ ความรู้สึกต่างๆลดลง
29	กำหนดแผนปฏิบัติงานเฉพาะเรื่อง หมายถึงผู้ป่วยวางแผนในการแก้ปัญหาอย่างเป็น ขั้นตอน
32	พยายามแก้ปัญหาโดยการประนีประนอม หมายถึง ผู้ป่วยพยายามแก้ปัญหาโดยการยอม โอนอ่อนผ่อนตาม ไม่เอาชนะ เพื่อให้ทุกฝ่ายสบายใจ
34	บอกตนเองว่าสิ่งต่างๆ ในโลกนี้อาจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหรือเลวร้ายได้ หมายถึง ผู้ป่วยคิดว่าเป็นธรรมดาของโลกที่สิ่งต่างๆอาจดีหรือแย่งได้ คิดแล้วสบายใจ เป็นการ มองปัญหาในแง่ดี
39	เปรียบเทียบตัวเองกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน หมายถึง ผู้ป่วยเปรียบเทียบตนเอง กับผู้อื่นและคิดว่าตนเองไม่ได้มีปัญหาเพียงคนเดียว ยังมีผู้อื่นที่มีปัญหาเหมือนกันหรือ อาจมีปัญหามากกว่าก็ได้ ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.สุพรรณบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2556

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายาม
ฆ่าตัวตาย

ชื่อผู้วิจัย นางวารุภรณ์ ประทีปธีรานันต์ นิสิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ที่อยู่ติดต่อ 47/16 ถ.หลวงทรงพล ต.ท่าพี่เลี้ยง อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72000 โทรศัพท์ 08-5334-4955

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอน
ต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่าน
รายละเอียดเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดย
ข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามความสามารถในการเผชิญปัญหาและการรับรู้พลังอำนาจ พร้อมเข้ารับ
การฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 4 ครั้ง และยินยอมให้ติดตามประเมินผลอีก 1 ครั้งภายหลัง
ออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และเมื่อเสร็จสิ้นแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมการวิจัยจะถูก
ทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่ง
การถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม
การวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการ
วิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า
สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย 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

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	นางวราภรณ์ ประทีปธีรานันต์
วัน เดือน ปีเกิด	23 สิงหาคม 2510
สถานที่เกิด	จังหวัดสุพรรณบุรี
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พิษณุโลก (พ.ศ.2532) ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยศิลปากร (พ.ศ.2544) เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(พ.ศ.2554) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (รับทุนของกรมสุขภาพจิต)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี (พ.ศ.2547-ปัจจุบัน)