

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

O_1	X	O_2	กลุ่มทดลอง
O_1		O_2	กลุ่มควบคุม

Polit & Hungler, 1999 :187

O_1 หมายถึง การวัดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมและก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_2 หมายถึง การวัดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

X หมายถึง ให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลประจำจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิงของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม 2548 ถึงวันที่ 15 สิงหาคม 2548 จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังต่อไปนี้

2.1 มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง

2.2 สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจและโต้ตอบรู้เรื่อง และตอบแบบ สัมภาษณ์ได้ดี

2.3 มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี เนื่องจากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีภาวะพึ่งพิงพอที่จะตัดสินใจ เลือกวิธีในการดูแลตนเองได้

2.4 มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการใดวิธีหนึ่ง และได้รับบาดเจ็บจนต้องเข้า รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

2.5 เป็นผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายที่ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depressive Inventory: BDI) พบว่า มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงมาก (มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่าง 17-30) เนื่องจากมีความแปรปรวนด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรมในระดับที่ไม่ รุนแรง ยังสามารถบอกได้ถึงเปลี่ยนแปลงทางความแปรปรวนที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ และผู้วิจัย นำมาปรึกษาจิตแพทย์ว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถจะเข้าร่วมศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้

2.6 ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลอง และกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ ละกลุ่มควรมีไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง มีการกระจายเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลทำให้ อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้น และมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลง ซึ่งย่อมมีผลให้ค่าสถิติที่คำนวณได้ จากกลุ่มตัวอย่างมีค่าใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ของประชากร นั่นก็คือ สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่ม ประชากรได้ดีที่สุด (Burns & Grove, 2001: 247) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัว อย่างเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 22 คน เพื่อให้เหมาะสมและมีความเป็นไปได้สำหรับการ ทำวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น
2. สุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยวิธีจับสลากเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทน โดยสลับ กันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด เฉลี่ย

3-7 คน/สัปดาห์ โดยใช้เวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ทั้งสิ้น 44 คน กลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน เพื่อชดเชยกลุ่มตัวอย่างที่อาจหายไป ในระหว่างทำการทดลอง ในการวิจัยครั้งนี้มี 4 รายที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกกิจกรรม เนื่องจาก 2 ราย แพทย์จำหน่ายก่อนสิ้นสุดการทำกิจกรรมและไม่สามารถตามผู้ป่วยมาร่วมกิจกรรมต่อได้ และอีก 2 รายไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมในกิจกรรมเยี่ยมบ้านได้เนื่องจากกลับไปอยู่ต่างจังหวัด จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

3. จับคู่ (Matching) จับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองในครั้งนี้ โดยให้มีคุณลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุด คือ อายุ และ ระดับการศึกษา เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยพบว่า อายุมีความแตกต่างขึ้นอยู่กับพัฒนาการของมนุษย์ที่เปลี่ยนไปตามวัย (Orcm, 1995) เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะทางกาย และจิตใจสูงขึ้นซึ่งเป็นไปตามวัย ในขณะที่บุคคลมีพัฒนาการตามวัย บุคคลจะสั่งสมประสบการณ์ชีวิต มีการปรับตัวและแสวงหาวิธีปฏิบัติหรือกิจกรรมใหม่ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ส่วนในเรื่องของระดับการศึกษามีผลต่อความคิด สติปัญญา เพื่อช่วยในการตรวจสอบสถานการณ์ ตัดสินใจ และกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง (Orcm, 1991) อีกทั้งความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง จะช่วยให้บุคคลและครอบครัวลดการพึ่งพาวิชาชีพ แต่กลับเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้บริการสุขภาพโดยการแสวงหาบริการโดยตรง และเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของตนเอง และใช้ความเชี่ยวชาญของแพทย์ได้อย่างเหมาะสม (Lipson and Steiger อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) นอกจากนี้การศึกษาสูง จะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลการซักถามปัญหา มีความเข้าใจในปัญหาต่างๆ ได้ดี สามารถนำความรู้ และทักษะมาใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (Jalowiec and Powers, 1986) สามารถจับคู่ได้ตรงตามกำหนดทุกคู่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ระดับภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	อายุ		ระดับการศึกษา		ระดับภาวะซึมเศร้า	
	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม
1	20	20	มัธยม	มัธยม	20	20
2	22	22	มัธยม	มัธยม	22	26
3	22	21	มัธยม	มัธยม	26	30
4	24	24	มัธยม	มัธยม	30	30
5	22	24	มัธยม	มัธยม	25	26
6	22	24	มัธยม	มัธยม	20	20
7	22	21	ประถม	ประถม	20	20
8	21	21	มัธยม	มัธยม	21	23
9	21	23	ประถม	ประถม	30	30
10	21	22	มัธยม	มัธยม	21	22
11	24	26	มัธยม	มัธยม	21	28
12	20	20	ประถม	ประถม	30	30
13	24	26	อนุปริญญา	อนุปริญญา	25	30
14	23	24	มัธยม	มัธยม	20	20
15	25	26	มัธยม	มัธยม	25	25
16	20	20	มัธยม	มัธยม	30	30
17	21	23	ประถม	ประถม	28	30
18	21	25	มัธยม	มัธยม	28	30
19	38	34	มัธยม	มัธยม	27	28
20	26	28	มัธยม	มัธยม	25	30

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ที่ย้ายมาพักอาศัย เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุขของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือ การสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ และแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ที่กล่าวถึง วิธีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง กล่าวคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มาผสมผสานในการจัดกิจกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ย้ายมาพักอาศัย โดยกำหนดขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ดังนี้

ขั้นตอนการสร้างโปรแกรม

1. ศึกษาตำรา เอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม และทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัญหาการจัดการกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ที่ย้ายมาพักอาศัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

2. สร้างโครงสร้างเนื้อหาในโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม โดยนำแนวคิดต่างๆ ที่ได้ศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับปัญหาในการดูแลและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ย้ายมาพักอาศัย รวมทั้งลักษณะของการดูแลผู้ที่ย้ายมาพักอาศัยในปัจจุบัน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จากนั้นกำหนดโครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมร่วมกับปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุขของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาแนวคิดโดยใช้หลักการองค์รวม โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือ การสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ และแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ที่กล่าวถึง วิธีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง กล่าวคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นหลักในการสร้างเนื้อหาในกิจกรรมของโปรแกรมการ

พยาบาลแบบองค์รวม จากการศึกษาทั้ง 2 แนวคิดแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่าการพยาบาลแบบองค์รวมของผู้ป่วยจะต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้นจึงต้องใช้เนื้อหาของแนวคิดทั้ง 2 แนวคิดมาผสมผสานกันเป็นเนื้อหาในกิจกรรมของโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อให้ตรงกับความต้องการและมีความเหมาะสมกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติได้ โดยมีลักษณะของโปรแกรม คือ

ลักษณะของโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

2.1 เนื้อหาและกิจกรรมในโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ได้กำหนดวัตถุประสงค์ ประสงค์ของโปรแกรมและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ขั้นตอนของกิจกรรมรวมทั้งรูปแบบในการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล ตามลำดับ มีการสร้างสื่อ และอุปกรณ์ที่จะใช้ในการทำกิจกรรม เช่น ใบงาน ใบความรู้ต่างๆ ที่จะนำเสนอในกิจกรรม รวมทั้งคู่มือการพยาบาลแบบองค์รวม คู่มือการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่จะใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพบำบัด

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

2.2 กระบวนการใช้โปรแกรม ใช้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมทั้งรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่มในรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนของกิจกรรม ซึ่งมีหลักในการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

2.2.1 นำเสนอและเชื่อมโยงสถานการณ์

2.2.2 การสะท้อนแนวคิดและค่านิยม

2.2.3 สร้างความเข้าใจและความคิดรวบยอด

2.2.4 การทดลอง และตรวจสอบพฤติกรรมใหม่

2.3 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมๆ ละ 40 นาที เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดย

วันแรกของการทดลอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ 1.1

วันที่ 2 ของการทดลอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ 1.2 และกิจกรรมที่ 2 ในช่วงเช้า และปฏิบัติกิจกรรมที่ 3 ในช่วงบ่าย

วันที่ 3 ของการทดลอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ 1.3 และกิจกรรมที่ 4 ในช่วงเช้า และปฏิบัติกิจกรรมที่ 5 ในช่วงบ่าย

วันที่ 7 ของการทดลอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ 1.4 ในช่วงบ่าย (ติดตามทางโทรศัพท์)

วันที่ 14 ของการทดลอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ 1.5 ในช่วงบ่าย (ติดตามเยี่ยมบ้าน)

2.4 ผู้สอน คือผู้วิจัย โดยใช้คู่มือการดูแลแบบองค์รวมประกอบการสอน และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่ย้ายมาอาศัย

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ได้จากการสร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 9 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 4 ท่าน และพยาบาลจิตเวชจำนวน 2 ท่าน (ตามรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทุกขั้นตอน พร้อมทั้งที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นการแก้ไข ดังนี้

1.1 ปรับรูปแบบการดำเนินกิจกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่มตามสถานการณ์ของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างที่หายาก กลุ่มตัวอย่างอาจมาไม่พร้อมกันหลายคน

1.2 ปรับเนื้อหาของกิจกรรมให้เป็นรูปธรรม รวมถึงให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และเหมาะสมกับปัญหาผู้ป่วย รวมทั้งภาษาที่ใช้ได้ปรับให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย และให้เหมาะสมกับที่จะใช้กับพยาบาล และใช้กับผู้ป่วย

1.3 ปรับในเรื่องของระยะเวลาในการทำกิจกรรมให้เหมาะสม สอดคล้องกับผู้ป่วย เช่น กิจกรรมสัมพันธ์ภาพบำบัดไม่ควรทำทั้งเช้าและบ่าย เนื่องจากมักจะได้ปัญหาเดิม ผู้วิจัยได้ปรับแก้เป็นปฏิบัติกิจกรรมสัมพันธ์ภาพบำบัดกับผู้ป่วยในช่วงเช้า และตัดกิจกรรมนี้ในช่วงบ่ายออก

1.4 ปรับคู่มือและสื่อการสอน โดยเฉพาะในเรื่องของรูปภาพที่อาจสื่อให้เกิดสภาวะจิตใจหดหู่ และอาจจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายได้ ผู้วิจัยได้ปรับโดยตัดรูปที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยออกและปรับใหม่ให้เหมาะสมในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรม

หลังปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษา ทำการตรวจสอบโดยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 5 ราย ในระหว่างวันที่ 30 มีนาคม 2548 ถึงวันที่ 15 เมษายน 2548 ที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยทดลองสอนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในช่วงบ่าย จนกระทั่งครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ อันอาจจะเกิดขึ้นได้ ในระหว่างดำเนินกิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ผ่านการทดลองใช้แล้ว มาปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่พบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นการแก้ไข ดังนี้

1. ปรับและแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งตามปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้ โดยได้ปรับเป็นจัดกิจกรรมในช่วงบ่ายของแต่ละวันแทน
2. ปรับเวลาในการจัดกิจกรรมฯ ละ 40 นาที
3. ปรับกิจกรรมสัมพันธ์ภาพบำบัดเป็นรายบุคคล
4. ปรับเนื้อหาตามปัญหาผู้ป่วยจริงในขณะนั้น ปรับเนื้อหาในกิจกรรมที่ 3 ให้กระชับ แต่ยังคงเนื้อหาของโครงสร้างไว้ และปรับให้ผู้ป่วยนำไปศึกษาด้วยตนเองในกิจกรรมนี้แทน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้ง วิธีที่ใช้ สาเหตุการฆ่าตัวตาย ประวัติปัญหาสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต และประวัติการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่สร้างขึ้นโดย Beck (1967) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรีรงค์ (2522 อ้างถึงลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินนี้มีความเที่ยงเป็นที่ยอมรับ และมีผู้นำแบบวัดนี้ไปใช้ในงานวิจัย เช่น

ลัดดา แสนสีหา (2536) ได้ทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 50 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 นอกจากนี้ ทมาภรณ์ บุรณสมภพ (2547) ได้นำแบบวัดไปทดสอบกับกลุ่มภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck เป็นแบบประเมิน ที่ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีข้อคำถามให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ซึ่ง 15 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย สำหรับการวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ สามารถให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย สามารถประเมินซ้ำได้และไม่มีปัญหาเรื่องการใช้แบบประเมินข้ามวัฒนธรรม (Kaplan and Sadock, 1989)

สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนน ใช้เกณฑ์ของ Beck (1961) แพลและเรียบเรียงโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522 อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2536) การประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดค่าคะแนน และระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

- | | | |
|-------|---------|---|
| 1-10 | หมายถึง | ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (normal) |
| 11-16 | หมายถึง | ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression) |
| 17-20 | หมายถึง | ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) |
| 21-30 | หมายถึง | ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression) |
| 31-63 | หมายถึง | ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) |

การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 จนถึงข้อที่ 21 โดยคะแนนสูงที่สุด คือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า

การหาคุณภาพของเครื่องมือภาวะซึมเศร้า

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ในการทดลองใช้นี้ใช้กับผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ในระหว่างวันที่ 30 มีนาคม 2548 ถึงวันที่ 15 เมษายน 2548 หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (The alpha coefficient) ของ Cronbach พบว่า ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 และในกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

เป็นแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นโดยจินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ข) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Hill and Smith (1990) และแนวคิดของ Orem (1985) โดยแบบประเมินนี้ ใช้ง่ายและสามารถใช้ประเมินซ้ำได้ และมีความเที่ยงเป็นที่ยอมรับได้ มีผู้นำมาใช้ในงานวิจัยจำนวนมากมาย เช่น ดร.ฉวี เลิศปรีชา (2545) ได้นำแบบประเมินไปทดสอบกับกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครสวรรค์ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 และ นวพร จีรังกร (2547) ที่ศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 นอกจากนี้การศึกษาของธนพร วิชชุเวชคามินทร์ (2547) ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลอ่างทอง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 ซึ่งพบว่าค่าความเที่ยงของแบบประเมินอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 60 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 58 ข้อ และข้อความทางลบ 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 24 และ 54 แบ่งออกเป็นการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง จำนวน 12 ข้อ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจำนวน 7 ข้อ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 6 ข้อ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม จำนวน 11 ข้อ การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจำนวน 10 ข้อ และการดูแลตนเองโดยทั่วไปจำนวน 9 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
กิจกรรมนั้น กระทำเป็นประจำ	4	1
กิจกรรมนั้น กระทำบ่อยครั้ง	3	2
กิจกรรมนั้น กระทำบางครั้ง	2	3
กิจกรรมนั้น เกือบหรือไม่เคยกระทำ	1	4

สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนน ใช้เกณฑ์ของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ข) การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 จนถึงข้อที่ 60 การประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระดับโดยกำหนดค่าคะแนน และระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ระดับปานกลาง

กลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ระดับต่ำ
 คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมและแยกรายด้าน ให้ผู้ตอบ
 ประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-4 รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการ
 ดูแลตนเอง

การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองไปทดลองใช้ (Try-out) กับ
 กลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ในการทดลองใช้
 นี้ใช้กับผู้
 ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาลป่าโมก
 จังหวัดอ่างทอง โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้ใช้
 เป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ในระหว่างวันที่ 30 มีนาคม
 2548 ถึงวันที่ 15 เมษายน 2548 หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่อง
 มือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (The alpha coefficient) ของ Cronbach พบว่า ได้ค่าความเที่ยง
 เท่ากับ .92 แต่ในระหว่างไปทดลองใช้ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ สงสัยในข้อคำถาม ผู้วิจัย
 จึงได้ปรับแก้ข้อความให้เข้าใจความหมายชัดเจนขึ้นในข้อ 13, 17 และ 18 หลังจากนั้นเมื่อนำไปใช้
 กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือกำกับการทดลองในการวิจัยนี้ มีจำนวน 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองและการจัดการกับภาวะซึมเศร้า เป็น
 เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อทดสอบความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าและการ
 ดูแลตนเอง ที่สอดคล้องกับเนื้อหาที่จะให้ความรู้แก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายตาม โปรแกรมการพยาบาล
 แบบองค์รวมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

ขั้นตอนการสร้างแบบวัดความรู้

1. ศึกษารายละเอียดของเนื้อหา จากรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมตาม
 โปรแกรมที่สร้างขึ้น
2. กำหนดโครงสร้างของแบบสอบถาม ให้ครอบคลุมความรู้ตามกิจกรรมทั้ง 5
 กิจกรรมในโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม กิจกรรมละเท่าๆ กัน รวมจำนวน 20 ข้อ
3. ตรวจสอบโครงสร้างและรายละเอียดของเนื้อหาในแต่ละข้อคำถาม โดยอาจารย์
 ที่ปรึกษา เพื่อขอคำแนะนำและปรับปรุงแก้ไข

4. กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามที่ให้ผู้ปวยเลือกตอบ 1 คำตอบว่าถูกหรือผิด ให้คะแนนข้อที่ตอบคำตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบคำตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ ดังนี้

2.1 ข้อความทางบวก 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 15, 16, 17 และ 19

2.2 ข้อความทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 8, 11, 12, 14, 18 และ 20

การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดความรู้ในการดูแลตนเองและการจัดการกับภาวะซึมเศร้า

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 9 ท่าน ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม (ตามรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัย ชื่อ ที่อยู่ รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนน ความคิดเห็นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ หรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit and Beck 2004, 423) ระดับ 1 หมายถึง ข้อความไม่สอดคล้องกับคำนิยาม ระดับ 2 ข้อความจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม ระดับ 3 ข้อความจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อยมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม ระดับ 4 ข้อความมีความสอดคล้องกับคำนิยาม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) (Polit and Hungler, 1995: 352) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992: 105) เมื่อผู้วิจัยได้รับเครื่องมือที่ตรวจโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 9 ท่าน จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .80 โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1.1 ปรับใช้ภาษาที่อ่านเข้าใจง่ายสำหรับผู้ปวย และไม่ใช้ภาษาทางวิชาการมากเกินไป ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยปรับภาษาให้อ่านเข้าใจง่ายขึ้นในข้อ 2, 5, 7, 18

1.2 ปรับข้อคำถามตามเนื้อหาที่ได้สอนเท่านั้นและกระจายให้ครอบคลุมทุกส่วนที่สอนโดยแบ่งในแต่ละด้านใกล้เคียงกัน และจัดเป็นหมวดหมู่กระจายให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับเนื้อหาที่สอน

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ต้องปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำเครื่องมือกำกับการทดลองที่ปรับแก้เรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาในการทดลองใช้นี้ใช้กับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล อ่างทอง โรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ในระหว่างวันที่ 30 มีนาคม 2548 ถึงวันที่ 15 เมษายน 2548 หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richarson 20 หรือ KR-20) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2544) พบว่า ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .75 ผู้วิจัยได้นำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาโดยปรับข้อคำถาม และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้มีค่าเท่ากับ .70 ขึ้นไป (Burn and Grove, 2001; Polit and Hungler, 1999)

ชุดที่ 2 แบบวัดความมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's self-esteem Scale, 1965) ที่สร้างขึ้นโดย Rosenberg (1965) แปลและเรียบเรียงโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) เป็นแบบวัดความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเจตคติ และความรู้สึกที่มีต่อตนเอง จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ และด้านลบ 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) แต่ละข้อคำถามมีให้เลือก 4 ระดับ ดังนี้

ระดับความเห็น	ข้อความทางบวก (คะแนน)	ข้อความทางลบ (คะแนน)
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา	4	1
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อยครั้ง	3	2
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง	2	3
ไม่มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย	1	4

สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนน ใช้เกณฑ์ของ Rosenberg (1965) การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 จนถึงข้อที่ 10 การประเมินความรู้สึกที่มีต่อตนเอง การกำหนดค่าคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คะแนนรวมของแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระหว่าง 10-40 คะแนน แปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 10-20 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

คะแนน 21-30 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลาง

คะแนน 31-40 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง
การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดความมีคุณค่าในตนเอง

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลองที่ปรับแก้เรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ในการทดลองใช้นี้ใช้กับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ในระหว่างวันที่ 30 มีนาคม 2548 ถึงวันที่ 15 เมษายน 2548 หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (The alpha coefficient) ของ Cronbach พบว่า ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 และในกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
2. ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการทดลองวิจัยในมนุษย์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยจัดทำแผนการดำเนินการทดลอง ประสานงานกับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อขออนุญาตทำการทดลอง และเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและชาย โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยเมื่ออนุมัติแล้ว จึงติดต่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มงานการพยาบาลโดยตรงในด้านต่างๆ ดังนี้
 - 3.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 3.2 ขอใช้อุปกรณ์และสถานที่ในการทดลอง

3.3 แจ้งวัน และเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จนกระทั่งเสร็จสิ้นการทดลอง

4. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวไว้ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษา หรือระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อถ้าต้องการ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เซ็นยินยอม

ระยะดำเนินการทดลอง

ในระยะดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ และโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลปกติ ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยปฏิบัติต่อผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล คือ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ การบำบัดตามการรักษาของแพทย์ และการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษา เป็นจำนวน 1-2 ครั้ง ระหว่างอยู่โรงพยาบาล กรณีถ้าพยาบาลจิตเวชประเมินว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีในระดับไม่รุนแรงและไม่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พยาบาลจิตเวชประจำหน่วยให้คำปรึกษาจะยุติการให้คำปรึกษา และการติดตามเยี่ยมบ้าน กรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะนัดให้คำปรึกษาต่อหรือนำไปปรึกษาจิตแพทย์แล้วแต่กรณี (ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต) หรืออาจนัดมาพบแพทย์เพื่อติดตามอย่างต่อเนื่องต่อไป

2. กลุ่มทดลอง จะได้รับการพยาบาลปกติตามกิจกรรมการพยาบาลทั่วไปของหอผู้ป่วยเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ที่สร้างขึ้นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมเป็นรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่ม ตามโปรแกรมที่กำหนดการเข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้วิจัยจะพบกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในการปฏิบัติกิจกรรม 5 กิจกรรม กำหนดการเข้าร่วม

กิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง การเข้าร่วมแต่ละกิจกรรมครั้งละ 40 นาที เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ปฏิบัติ ณ ห้องให้คำปรึกษาของแผนกจิตเวชผู้ใหญ่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การทำกิจกรรมในโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

วัน/เวลา	กิจกรรม
วันที่ 1 หลังจากเข้าพักในหอผู้ป่วยและเสร็จจากกิจกรรมปฐมนิเทศ	กิจกรรมที่ 1.1 สัมพันธภาพบำบัดครั้งที่ 1 พักรับประทานอาหารว่าง
วันที่ 2 หลังจากเข้าพักในหอผู้ป่วย	กิจกรรมที่ 1.2 ,กิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3
เวลา 13.00-13.40 น.	สัมพันธภาพบำบัดครั้งที่ 2
13.40-14.20 น.	การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง
14.20-15.00 น.	การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน
15.00-15.10 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
วันที่ 3 หลังจากเข้าพักในหอผู้ป่วย	กิจกรรมที่ 1.3 ,กิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 5
เวลา 13.00-13.40 น.	สัมพันธภาพบำบัดครั้งที่ 3
13.40-14.20 น.	การฝึกทักษะการผ่อนคลาย
14.20-15.00 น.	การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ
15.00-15.10 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
วันที่ 7 หลังจากเข้าพักในหอผู้ป่วย	กิจกรรมที่ 1.4
เวลา 13.00-13.40 น.	สัมพันธภาพบำบัดครั้งที่ 4 ด้วยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์
วันที่ 14 หลังจากเข้าพักในหอผู้ป่วย	กิจกรรมที่ 1.5
เวลา 13.00-13.40 น.	สัมพันธภาพบำบัดครั้งที่ 5 ด้วยการติดตามเยี่ยมที่บ้าน
13.40-13.50 น.	พักรับประทานอาหารว่าง



กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพบำบัด

จุดประสงค์

1. ให้ผู้ป่วยตระหนักในตนเอง ยอมรับตนเอง และเพิ่มความนับถือตนเองมากขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองดีขึ้น และปรับปรุงตนเองด้านความคิด และการแสดงออก
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะสร้างความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้อื่น มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยสามารถที่จะเป็นผู้ให้และผู้รับความรัก
4. เพื่อร่วมกับผู้ป่วยแก้ไขหรือลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ โดยให้มีการร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหา สาเหตุ และกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี ใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการกับปัญหา เข้าใจวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่การปรับตัว สนองความต้องการของตนเองให้มีการดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจ ได้ และมีการยุติสัมพันธภาพเมื่อปัญหาได้บรรเทาความรุนแรงหรือได้รับการแก้ไขแล้ว

สาระสำคัญ

สัมพันธภาพบำบัด เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว (One-To-One Nurse-Client Relationship) เป็นสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือมีการเริ่มต้นและยุติสัมพันธภาพ โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหา และมีแนวทางแก้ไขปัญหา ได้เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก้ไขความคิด ทักษะคิด มีการเปลี่ยนแปลงสู่สุขภาพที่ดี โดยความคิดและพฤติกรรมหลายอย่างเป็นตัวการให้เกิดความเครียด ความทุกข์ ความวิตกกังวล ความไม่สบายใจต่างๆ และปัญหามานานาประการ เช่น การควบคุมตนเอง การปรับเปลี่ยนความคิด การพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม จะช่วยให้บุคคลผ่านพ้นวิกฤตต่างๆ ได้ สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในชีวิต โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะเชิงวิชาชีพทั้งการใช้การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้นำ และผู้จัดการระบบการดูแลของพยาบาลในการดำเนินสัมพันธภาพบำบัด โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น ระยะระบุปัญหา ระยะแก้ไขปัญหา และระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ

ระยะเวลา ปฏิบัติรายบุคคล จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 40 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด

ระยะเริ่มต้น

สัมพันธภาพบำบัด ครั้งที่ 1

ระยะเวลา 40 นาที (ดำเนินกิจกรรมหลังจากเข้าพักในหอผู้ป่วยในวันแรก)

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. พยาบาลเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทายผู้ป่วย พร้อมทั้งแนะนำตัวเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ มีการสนทนาด้วยเรื่องทั่วๆ ไปก่อนเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย
2. พยาบาลชี้แจงข้อตกลงในการสร้างสัมพันธภาพบำบัด ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการสร้างสัมพันธภาพ เวลาและระยะเวลาที่จะสนทนาในแต่ละครั้ง ตลอดจนจำนวนครั้งที่จะพบกัน รวมทั้งสถานที่ที่นัดหมาย
3. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของตนเอง
4. พยาบาลเกริ่นนำว่า “ทุกคนเกิดมามีปัญหาความสำคัญจึงอยู่ที่เรามีวิธีแก้ปัญหาอย่างไร ให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นน้อยที่สุด และให้ความรู้ “วิธีการแก้ปัญหา” ตามใบความรู้ที่ 1.1 พร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์
5. ให้ผู้ป่วยทดลองทำกิจกรรมแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยใช้ใบงานที่ 1.1 “ปัญหาของฉัน” โดยให้ไปทำเป็นการบ้าน
6. นัดหมายในการพบกันครั้งต่อไประหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
7. พยาบาลบันทึกรายงานสัมพันธภาพบำบัดในแบบบันทึก หลังเสร็จสิ้นสัมพันธภาพบำบัดในแต่ละครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลให้เกิดความต่อเนื่องและเป็นการประเมินผลสัมพันธภาพบำบัด

การประเมินผลจากกลุ่มทดลอง

ระยะนี้หลังจากที่ปฏิบัติกับผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนมากยังวิตกกังวลกับปัญหาของตนเอง อยากให้ปัญหาของตนเองคลี่คลายลง บางรายยังไม่พร้อมในการคุยกับผู้วิจัย ยังไม่คุ้นเคยกับผู้วิจัย ผู้ป่วยมักจะยังไม่เปิดเผยตนเองมากนัก ยังดูท่าทีผู้วิจัย จะตอบเฉพาะในส่วนที่ผู้วิจัยถาม หรือบางรายในครั้งแรกยังไม่กล้าเล่าเรื่องราวที่เป็นความลับของตนเอง เช่น “หนูเคยถูกข่มขืนมาก่อน หนูไม่กล้าเล่าให้ใครฟัง แต่พยาบาลอย่าไปบอกใครนะคะ” ผู้ป่วยส่วนมากขณะไปพบครั้งแรกผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยมักจะร้องไห้ขณะที่ให้ผู้ป่วยระบายปัญหาคับข้องใจ ผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์เศร้า ให้ทิชชูสำหรับเช็ดน้ำตา เน้นให้ผู้ป่วยทราบว่า การร้องไห้เป็นการระบายความเครียด ความเสียใจได้ ไม่ได้หมายความว่าผู้ที่ร้องไห้เป็นคนอ่อนแอ มีผู้ป่วยบางรายที่ยังไม่พร้อมจะเล่าเรื่องราว ผู้วิจัยจึงบอกขอบเขตเวลาที่ผู้วิจัยจะมีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยในวันนั้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพบได้ในวันถัดไป ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาก็จะเล่าให้ผู้วิจัยฟังมากมาย แต่ไม่รู้จะเล่าเรื่องไหนก่อน ผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยทุกข์ใจและไม่สบายใจมากที่สุด ในขณะนั้น ผู้ป่วยจึงพูดได้ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง ระยะนี้ผู้ป่วยยังรู้สึกเบื่อตนเอง เบื่อโลก ยังไม่อยากจะอะไรให้ใครฟัง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งกล่าวว่า “ตอนนี้ผมรู้สึกเบื่อๆ เบื่อทุกสิ่งไม่มี

ความสุขเลย อยากจะกลับแบบไม่ตื่น” ผู้วิจัยจึงได้ประเมินความคิดและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย รวมถึงแผนการ วิธีการเพื่อตัดสินใจ ควรมีการเฝ้าระวังผู้ป่วยต่อ หลังจากนั้นส่งต่ออาการของผู้ป่วยแก่พยาบาลเวรที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อร่วมกันเฝ้าระวังผู้ป่วย และให้ญาติช่วยเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด แต่ส่วนมากผู้ป่วยยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และ อายกระบายปัญหาความคับข้องใจ และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

ระยะระบุปัญหา

สัมพันธภาพบำบัด ครั้งที่ 2

ระยะเวลา 40 นาที (ช่วงครึ่งวันบ่ายก่อนปฏิบัติกิจกรรมที่ 2 และ 3)

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ติดตาม/ทบทวนการพูดคุยในครั้งที่แล้ว
2. พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันสรุปและวิเคราะห์ใบงานที่ 1.1 “ปัญหาของฉัน” จากการทำให้ผู้ป่วนำกลับไปทำที่บ้าน
3. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของตนเองเพิ่มเติมจากครั้งที่แล้ว
4. พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและยอมรับกับปัญหาในทางบวก รวมทั้งพยายามค้นหาสาเหตุของปัญหา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและการดำเนินชีวิต โดยใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง โดยเริ่มจากปัญหาที่สำคัญและเร่งด่วนมาก่อน
5. พยาบาลให้ผู้ป่วยกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับตนเองและคิดว่าเป็นวิธีแก้ที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพ
6. พยาบาลให้ผู้ป่วยตัดสินใจนำวิธีที่ผู้ป่วยเลือกไปปฏิบัติ
7. พยาบาลให้ความรู้เรื่อง “เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด” ตามใบความรู้ที่ 1.2 แก่ผู้ป่วยโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
8. ทำการประเมินการปรับเปลี่ยนความคิดตามใบงานที่ 1.2 “เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด”
9. พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันสรุปและวิเคราะห์ใบงานที่ 1.2 “เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด”
10. นัดหมายในการพบกันครั้งต่อไป
11. พยาบาลบันทึกรายงานสัมพันธภาพบำบัดในแบบบันทึก หลังเสร็จสิ้นสัมพันธภาพบำบัดในแต่ละครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลให้เกิดความต่อเนื่องและเป็นการประเมินผลสัมพันธภาพบำบัด

ประเมินผลจากกลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยกับผู้วิจัยเริ่มคุ้นเคยกันมากขึ้น ผู้ป่วยเริ่มเปิดเผยตนเองกับผู้วิจัยมากขึ้น บรรยากาศเริ่มเป็นกันเอง จะออกนอกเรื่องน้อยลง ผู้ป่วยเริ่มบอกความรู้สึกที่แท้จริง และความลับที่ผู้ป่วยไม่เคยบอกใครมาก่อน ขอมเล่าความรู้สึกในสิ่งที่ตนเองประสบปัญหาคับแค้น แต่บางรายยังไม่ยอมบอกปัญหาที่แท้จริง บ่อยครั้งที่ผู้วิจัยพบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยพูดไม่ใช่ความจริงทั้งหมด และต้องนำไปตรวจสอบข้อมูลกับญาติและพยาบาลประจำศึก และบางรายไม่ทราบว่าปัญหาที่แท้จริงของตนเองคืออะไร รวมทั้งเรื่องของตนเองไม่ยอมเปิดเผยให้ใครทราบ และไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยบอก แต่หลังจากที่ผู้วิจัยให้ความรู้ “การแก้ไขปัญหา” ให้ผู้ป่วย และจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้ป่วยบางรายไม่ทราบปัญหาที่แท้จริงของตนเองว่าคืออะไร บางรายทราบปัญหาของตนเอง แต่ไม่ยอมรับว่าสาเหตุของปัญหาเกิดจากตนเอง มักโทษบุคคลอื่น คิดว่าตนเองไม่ผิด ไม่ใช่ต้นเหตุของปัญหา ไม่สามารถลำดับความสำคัญของปัญหาตนเองได้ ไม่อยากเผชิญปัญหาของตนเอง บางรายบอกว่า “อยากหนีปัญหาที่เกิดขึ้นไปให้พ้นๆ ไม่อยากกลับไปเผชิญ เบื่อที่ต้องอยู่ในสภาพนี้” บางราย พบว่าปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลเพราะไม่ต้องการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง ต้องการให้หลับไม่ตื่น เป็นต้น และเมื่อให้ผู้ป่วยทำใบงาน “ปัญหาของฉัน” พอสรุปปัญหาของกลุ่มทดลอง ได้ดังนี้

- ผิดหวังเรื่องความรัก ปัญหาหึงหวง จำนวน 13 ราย
- ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวที่คิดว่ากล่าว ตำหนิ ทะเลาะกับคนใกล้ชิดจำนวน 2 ราย
 - ปัญหาเศรษฐกิจ ไม่มีรายได้ รายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 2 ราย
 - ปัญหาความเครียดจากการทำงาน เป็นหัวหน้าครอบครัว และมีภาระครอบครัวจำนวน 1 ราย
- ปัญหาตกงาน มีหนี้สินรุงรัง จำนวน 1 ราย
- ปัญหาความรู้สึกตนเองไร้ค่า ไม่สามารถทำอะไรสำเร็จ จำนวน 1 ราย

จากการให้ความรู้เรื่อง “เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด” ผู้ป่วยสามารถทราบวิธีการมองโลกในแง่ดี การปรับความคิดจากลบให้เป็นบวก และวิธีการสร้างความสุข แต่ผู้ป่วยบางรายบอกว่าการหยุดความคิด ไม่ให้นึกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนนั้น ทำได้ยากมากต้องอาศัยเวลา เมื่อผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามใบงาน “เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด” พบว่าผู้ป่วยบางรายเริ่มเปลี่ยนความคิดจากการที่แฟนทิ้งและลงโทษว่าตนเองไม่น่ามอง กลับมาเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น และพยายามหาสาเหตุที่แท้จริง ปรับความคิดของตนเองให้ยอมรับปัญหา และหาทางออกในการแก้ไขปัญหา

ระยะการแก้ไข้ปัญหา

สัมพันธภาพบำบัด ครั้งที่ 3

ระยะเวลา 40 นาที (ช่วงครึ่งวันบ่ายก่อนปฏิบัติกิจกรรมที่ 4 และ 5)

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ติดตาม/ทบทวนการพูดคุยในครั้งที่แล้ว
2. พยายามเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของตนเองเพิ่มเติมจากครั้งที่แล้ว
3. พยายามช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและยอมรับกับปัญหาในทางบวก รวมทั้งพยายามค้นหาสาเหตุของปัญหา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและการดำเนินชีวิต โดยใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง โดยเริ่มจากปัญหาที่สำคัญรองลงมาจากครั้งที่แล้ว
4. พยายามให้ผู้ป่วยกำหนดทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเองและคิดว่าเป็นวิธีแก้ที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพ
5. พยายามให้ผู้ป่วยตัดสินใจนำวิธีที่ผู้ป่วยเลือกไปปฏิบัติ
6. พยายามประเมินการปรับเปลี่ยนวิธีคิดต่อจากครั้งที่แล้วโดยแจกใบงานที่ 1.3 “การคิดโดยใช้เหตุผล”
7. พยายามและผู้ป่วยร่วมกันสรุปและวิเคราะห์ใบงานที่ 1.3 “การคิดโดยใช้เหตุผล”
8. นัดหมายในการพบกันครั้งต่อไป พร้อมทั้งบอกเตือนระยะเวลาที่จะพบผู้ป่วยให้ผู้ป่วยทราบ
9. พยายามบันทึกรายงานสัมพันธภาพบำบัดในแบบบันทึก หลังเสร็จสิ้นสัมพันธภาพบำบัดในแต่ละครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลให้เกิดความต่อเนื่องและเป็นการประเมินผลสัมพันธภาพบำบัด

ประเมินผลจากกลุ่มทดลอง

สีหน้าผู้ป่วยโดยรวมคลายความเศร้าหมอง สีหน้าสดชื่นขึ้น ร่วมกิจกรรมกับผู้วิจัยด้วยดี มารอก่อนถึงเวลานัด บางรายที่มาสายจะฝากพยาบาลประจำตึกให้บอกเหตุผลในการมาช้าให้ผู้วิจัยทราบ ผู้ป่วยไว้วางใจผู้วิจัยมากขึ้น คุณแลตนเองดีขึ้น สนใจตนเองมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมพร้อมแสดงความคิดเห็นด้วยความเต็มใจ ผู้ป่วยสามารถวางแผนการแก้ไข้ปัญหาของตนเองได้ จากการทำกิจกรรมต่อตามใบงานที่ 1.1 สามารถระบุได้ว่าการวางแผนแก้ไข้ในแต่ละปัญหาที่ตนเองวางแผนนั้น มีข้อดีข้อเสียอย่างไร และตนจะต้องเลือกแก้ไข้ปัญหาอย่างไร โดยผู้ป่วยบอกว่า “หนูจะเลือกเอาข้อดีของการแก้ไข้ที่หนูวางแผนไว้ไปแก้ไข้ก่อน” เมื่อผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามใบงานที่ 1.3

“การคิดโดยใช้เหตุผล” พบว่าผู้ป่วยตัดสินใจเหตุการณ์ด้วยตา ส่วนมากไม่มีการหาข้อมูล หลักฐาน หรือข้อเท็จจริงมาประกอบการคิดและการตัดสินใจ น้อยรายที่ใช้เหตุผลประกอบ เมื่อสรุปให้ผู้ป่วย ฟัง และลองให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนกิจกรรมตามใบงานที่ 1.2 “เทคนิคการปรับความคิด” พบว่าผู้ป่วยสามารถปรับความคิดในทางลบของตนเองได้ดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งกล่าวว่า “ที่ผ่านมาเรามักจะใช้ความรู้สึก ความคิดของตนเองตัดสินมาตลอด คิดไปเองตลอด” ผู้ป่วยให้สัญญากับผู้วิจัยว่าต่อไปจะปรับความคิดของตนเองใหม่ให้มีเหตุผลมากกว่านี้ ไม่ใช่อารมณ์และความรู้สึกเพียงอย่างเดียว อาจทำให้เข้าใจผิดในบางอย่างได้ ก่อนที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยได้เตรียมบอกผู้ป่วยว่า จะพบผู้ป่วยอีก 2 ครั้ง ทางโทรศัพท์และติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยยอมรับ และเข้าใจ และบอกเบอร์โทรศัพท์ พร้อมวาดแผนที่บ้านให้ผู้วิจัยทราบ

สัมพันธภาพบำบัดครั้งที่ 4

ระยะเวลา 40 นาที (เมื่อครบ 7 วันหลังจากเข้าพักในหอผู้ป่วย โดยการติดตามทางโทรศัพท์)

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของตนเอง หลังจากที่ได้นำเอาวิธีการแก้ไขปัญหามาไปปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. พยาบาลให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการกระทำของตนเองต่อการแก้ไขปัญหาและการเผชิญภาวะวิกฤตและความเครียดที่เกิดขึ้น
3. กรณีพบปัญหาใหม่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยพยายามค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและการดำเนินชีวิต โดยใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง
4. พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ ยอมรับ กำหนดเป้าหมาย และสามารถใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิดในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และผู้ป่วยตัดสินใจเลือกนำวิธีที่ดีไปปฏิบัติ
5. นัดหมายในการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งต่อไป และบอกถึงการจะยุติสัมพันธภาพบำบัดในครั้งถัดไป
6. พยาบาลบันทึกรายงานการสร้างสัมพันธภาพในแบบบันทึก หลังเสร็จสิ้นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อเป็นข้อมูลให้เกิดความต่อเนื่องและเป็นการประเมินผลการสร้างสัมพันธภาพบำบัด

ประเมินผลจากกลุ่มทดลอง

ก่อนถึงเวลานัดในครั้งนี้มีผู้ป่วยบางรายโทรศัพท์มาปรึกษาผู้ป่วยถึงการนำวิธีการแก้ไขไปใช้ แต่พบกับอุปสรรค ทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไขไม่ดีเท่าที่ควร ยังเกิดความขัดแย้งกับคู่ครองของตนเอง และอยากให้ผู้วิจัยไปเยี่ยมบ้านก่อนนัด “หนุอยากให้มีมาเยี่ยมหนูไวๆ จังเลยพี่ หนูลองเอาวิธีที่หนุวางแผนที่จะแก้ไข ในเรื่องที่มีปัญหาเกี่ยวกับแฟนไปใช้ ปรากฏว่าแฟนหนุก็ยังไม่เข้าใจหนู ชอบขุดคุ้ยเรื่องเก่าๆ ของหนู หนุอยากให้พี่ช่วยพูดกับแฟนหนู ปรับความคิดกับแฟนหนู” ผู้วิจัยจึงได้ให้ผู้ป่วยเอาใจเขามาใส่ใจเรา และรู้จักการให้อภัย และการคิดแบบมีเหตุผลในสิ่งที่อีกฝ่ายพูดมา พร้อมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมและฝึกให้ผู้ป่วยแสดงคำพูดในเรื่องของการติดต่อสื่อสารทางบวก และให้นำไปใช้จริง และจากการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่าผู้ป่วยส่วนมากได้นำเอาวิธีการแก้ไขปัญหาที่ตนเองวางแผนไว้ไปใช้ในการแก้ไขปัญหา เมื่อวิธีแรกใช้ไม่ได้ผลก็จะใช้วิธีถัดไป ทำให้ตนเองปรับความคิดได้มากขึ้น และนำไปปรับใช้กับคนในครอบครัวได้ ทำให้ปัญหาลดคล้อยลงได้ และตนเองสบายใจขึ้น ครอบครัวก็เข้าใจตนเองมากขึ้น บางรายบอกว่าคู่มือที่ได้ให้ผู้ป่วยไป ผู้ป่วยได้นำไปสอนและให้บุคคลอื่นอ่านต่ออีก และบอกว่ามีประโยชน์มาก อ่านแล้วสบายใจขึ้น และก่อนวางสายผู้ป่วยบางรายบอกผู้วิจัยว่า “ไม่ต้องมาหาหนูที่บ้านก็ได้ค่ะ ลำบากพี่เปล่าๆ เดี่ยวหนุมานหาพี่ที่โรงพยาบาลก็ได้ค่ะ เพราะบ้านหนุอยู่ไกล และไม่ลำบากหนุเลย หนุเต็มใจค่ะ”

ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ

สัมพันธภาพบำบัดครั้งที่ 5

ระยะเวลา 40 นาที (เมื่อครบ 14 วัน หลังจากจากเข้าพักในหอผู้ป่วย โดยการติดตามเยี่ยมที่บ้าน)

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยนำเสนอผลการนำไปใช้ รวมทั้งสนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของตนเอง หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. พยาบาลให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการกระทำของตนเองต่อการแก้ไขปัญหาและการเผชิญภาวะวิกฤตและความเครียดที่เกิดขึ้น
3. กรณีพบปัญหาใหม่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยพยายามค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและการดำเนินชีวิต โดยใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง
4. พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ ยอมรับ กำหนดเป้าหมาย และสามารถใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิดในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

5. บอกลักษณะการสร้างสัมพันธภาพเมื่อผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจ สามารถสรุปปัญหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยการช่วยเหลือจากพยาบาลจะน้อยลง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแสดงความรู้สึกในการยุติสัมพันธภาพ

6. สรุปการปฏิบัติกิจกรรมในโปรแกรม โดยให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองและการจัดการกับภาวะซึมเศร้า แบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ประเมินผลจากกลุ่มทดลอง

จากการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยให้การต้อนรับดีมาก และพยายามเล่าในสิ่งที่ผู้ป่วยนำวิธีการแก้ไขปัญหาไปใช้และประสบผลสำเร็จ และผู้ป่วยเล่าด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส และกล่าวขอบคุณพยาบาลที่ให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดกับตนเอง และผู้ป่วยรับทราบว่าตนเองไม่ได้อยู่ตัวคนเดียวในโลก ตนเองยังมีคนที่เข้าใจเขาอยู่ และรู้สึกตนเองเข้มแข็งขึ้น เข้าใจตนเองและเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น มีบางรายที่หลังจากสิ้นสุดสัมพันธภาพแล้ว ผู้ป่วยยังคงโทรศัพท์มารายงานความก้าวหน้าของตนเองว่าเป็นอย่างไร และมีบางรายที่ยังโทรศัพท์มาขอรับคำปรึกษาในเรื่องอื่นอีก ผู้วิจัยได้บอกถึงเหตุผลให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยสามารถติดต่อขอรับบริการในโรงพยาบาลได้ทุกขณะ และถ้าจำเป็นพยาบาลอื่นๆ ก็สามารถช่วยเขาได้ เป็นการหัดให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง และฝึกใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ ลดภาวะการพึ่งพาผู้อื่นที่มีอยู่ลง ช่วยเพิ่มความเข้มแข็งให้กับผู้ป่วย และเป็นการให้ความจริงกับผู้ป่วยว่าสัมพันธภาพทุกรูปแบบจะต้องมีการสิ้นสุดลงในวันหนึ่ง ผู้ป่วยรับฟังด้วยความเข้าใจ และก่อนจากกันผู้ป่วยกล่าวขอบคุณผู้วิจัยที่ให้เขาได้มีชีวิตใหม่ขึ้นมา และได้ปรับตัวเอง ปรับใจไปในทางที่ดีขึ้น ก่อนกลับผู้วิจัยได้แสดงความชื่นชมและให้กำลังใจผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้สำเร็จ และจะเป็นกำลังใจให้ในสิ่งที่ผู้ป่วยจะนำไปแก้ไขต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง (รายบุคคลและ/หรือรายกลุ่ม)

จุดประสงค์

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

สาระสำคัญ

1. การรู้จักตนเอง การมองตนเอง เป็นการสำรวจบุคลิกภาพ รู้ว่าตนเองมีจุดเด่นจุดอ่อนอย่างไร ทำให้รู้จักและเข้าใจพฤติกรรมทั้งในส่วนที่ดีและส่วนที่ต้องการปรับปรุง เป็นการรู้จัก

ตนเองมากขึ้น ซึ่งเป็นบันไดขั้นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้คนเราสามารถตอบสนองความพอใจของตนเอง ที่จะนำไปสู่การรู้จักผู้อื่นและเป็นการเติมเต็มให้ชีวิต นำพาให้ชีวิตมีคุณค่า

2. การเข้าใจตนเอง ทุกคนมีคุณค่าอยู่ในตัวของตน คนเราเลือกเกิดไม่ได้ และมีความแตกต่างกัน บางคนเก่ง บางคนอ่อนแอ บางคนมีปมด้อย มีสุข มีทุกข์ เราเลือกเกิดไม่ได้ แต่เราเลือกที่จะเป็นได้ โดยรู้จักนำความดีที่มีอยู่ในตนเองมาพัฒนาให้เป็นจุดเด่นที่เกิดประโยชน์ต่อตนเอง และสังคม

3. การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มีความภูมิใจในความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ซึ่งความรู้สึกนี้ทำให้คนเรามีความมั่นใจในการกระทำต่างๆ ของชีวิตได้ โดยไม่ต้องรอฟังผู้อื่นหรือสิ่งอื่น

ระยะเวลา ปฏิบัติกิจกรรมครั้งละ 40 นาที

กิจกรรม

1. นำเข้าสู่กิจกรรม โดยพยาบาล กล่าวว่า “คนเราเกิดมา มีทั้งส่วนดี-ไม่ดี เก่ง-ไม่เก่ง มีทั้งสุข-ทุกข์ เราเลือกเกิดไม่ได้ แต่เลือกเป็นตนเองให้ดีที่สุด อยู่ด้วยศรัทธาและความภูมิใจในตนเอง”

2. พยาบาลเกริ่นนำถึงความหมายและความสำคัญของการรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง และเห็นคุณค่าในตนเองตามใบความรู้ “การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง”

3. พยาบาลกระตุ้นผู้ป่วยบอกถึงคุณลักษณะ อุปนิสัย จุดเด่น ข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งวางเป้าหมายในชีวิตและทำอย่างไรให้การดำเนินไปสู่เป้าหมายโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเขียนลักษณะนิสัยของตนที่ดีและไม่ดีอย่างละ 1 ลักษณะนิสัย ตามใบงาน “ลักษณะนิสัยที่ดี-ไม่ดีของฉัน”

4. สรุปรู/วิเคราะห์ และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์จากใบงาน “ลักษณะนิสัยที่ดี-ไม่ดีของฉัน”

5. พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต ในเรื่องประทับใจในทางที่ดีและไม่ดี ความรู้สึกประทับใจต่างๆ เช่น ความสามารถที่ตนเองประจักษ์คุณความดีที่ได้เคยกระทำ เป็นต้นตามใบงาน “ความดีของฉัน” ทำให้ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองมีคุณค่า มีความดีอยู่ในตัวเอง และตระหนักว่าความดีของตนส่งผลต่อตนเองและผู้อื่นได้ เกิดกำลังใจ มีเป้าหมายในการเพียรพยายามต่อสู้เพื่อการกลับคืนสู่สภาพการณ์ที่ดีอีกครั้ง

6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม พร้อมทั้งสรุปรู/วิเคราะห์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์จากใบงาน “ความดีของฉัน” พร้อมทั้งชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงความดี ความมีคุณค่าของตนเอง

7. นัดหมายในการพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผลจากกลุ่มทดลอง

จากการทำกิจกรรมส่งเสริมคุณค่าของตนเอง ช่วงแรกที่พบผู้ป่วย จากแบบประเมิน จะพบว่า ผู้ป่วยไม่เข้าใจตนเอง รู้สึกตนเองด้อยค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลว มักจะอยู่ในภาวะที่ห่อหุ้มตัวเอง ไม่อยากทำอะไร สีหน้าจะค่อนข้างเศร้าหมอง เก็บตัวและไม่ค่อยแสดงออกหรือแสดงความคิดเห็นเท่าที่ควร ไม่มั่นใจในตนเอง และมักจะแสดงออกด้วยความรู้สึกอาย กล่าวโทษตนเองหลีกเลี่ยงการพบปะกับบุคคลอื่น หลีกเลี่ยงการประสานสายตา จากการทำกิจกรรมตามใบงาน “ลักษณะนิสัยที่ดี-ไม่ดีของฉัน” และใบงาน “ความดีของฉัน” พบว่า โดยรวมผู้ป่วยพยายามมองตนเองทั้งส่วนดีและส่วนด้อย รับรู้ว่าคุณค่าตนเองเป็นอย่างไร นั่นคือรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง ดังเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งวิเคราะห์ว่าตนเองมีจุดเด่นคือ “ชอบช่วยเหลือผู้อื่น เวลาใครมีปัญหา มักจะเข้าไปช่วยเหลือ ตามได้” ส่วนจุดด้อยของตนเองคือ “ใจร้อน เอาแต่ใจตนเอง ชอบทำลายข้าวของ ถ้าไม่พอใจชอบพูดว่ากล่าว” เป็นต้น เมื่อให้ผู้ป่วยเขียนถึงความดีของตนเอง ผู้ป่วยทุกรายมักจะเคยทำความดีมาก่อน บางคนเคยทำความดีตั้งมากมาย และพยายามเขียนใส่ในใบกิจกรรม เมื่อให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกต่อการทำความดีนั้น ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกภาคภูมิใจมาก ดีใจที่ได้ทำแบบนั้น และผู้ป่วยได้มองเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นว่าเกิดผลดีต่อตนเองและผู้อื่นอย่างไร รู้สึกตนเองมีคุณค่าเพิ่มมากขึ้น และต้องอยู่เพื่อแก้ปัญหาต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน (รายบุคคลและ/หรือรายกลุ่ม)

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลสุขภาพกายเพื่อการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์

สาระสำคัญ

1. การดูแลตนเองให้ได้รับสารอาหารที่ถูกต้องและ มีคุณค่าตามหลักโภชนาการ รวมทั้งน้ำสะอาดที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การพักผ่อน การออกกำลังกายที่เหมาะสม จะทำให้บุคคลมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีจิตใจที่สดใส และมีพลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ หากมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจ
2. การดูแลตนเองในเรื่องการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยกระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้ รับทราบความ

ต้องการของผู้อื่น จะทำให้บุคคลนั้นสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้ สื่กระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นวิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

3. การดูแลตนเองในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม จะมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองภาวะเครียดของบุคคล จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ดี มีอารมณ์มั่นคง ซึ่งส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้กับปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ทำให้ลดปัญหาความรุนแรงลง

4. การที่บุคคลรู้จักปฏิบัติตนได้เหมาะสมกับจังหวะเวลา อุดมคติ และรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์อย่างคุ้มค่า จะทำให้บุคคลกระทำสิ่งที่ประโยชน์ และไปสู่เป้าหมายชีวิตที่วางไว้ได้

ระยะเวลา ปฏิบัติกิจกรรมครั้งละ 40 นาที

กิจกรรม

1. พยาบาลเกริ่นนำถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง ให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็น “ที่ผ่านมาผู้ป่วยสนใจและดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองในด้านใดบ้าง”

2. พยาบาลแจกเนื้อหากาการดูแลสุขภาพร่างกายตามใบความรู้ “การดูแลสุขภาพร่างกาย” และ ใบความรู้ “การใช้เวลาว่างที่มีประโยชน์” โดยให้ผู้ป่วยนำไปศึกษาเอง

3. พยาบาลเชื่อมโยงประเด็นการดูแลตนเองด้านร่างกายมาสู่ด้านจิตใจและสังคม ในประเด็นที่ว่า เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ผู้ป่วยทำอะไร และได้รับความช่วยเหลือจากใครบ้าง ตามใบความรู้ “การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ” และใบความรู้ “วิธีสื่อสารสัมพันธ์” และใบความรู้ “แหล่งสนับสนุนทางสังคมและการขอความช่วยเหลือ” โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์

4. พยาบาลสรุป โยงให้ผู้ป่วยเห็นภาพการสื่อสารทางบวกจากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เล่ามา

5. ให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก ตามใบงาน “ภาษาดอกไม้ให้พ่อ-แม่” “การบริหารเวลาอย่างมีคุณค่า”

6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม สรุป/วิเคราะห์สิ่งที่ได้จากใบงาน

การประเมินผลจากกลุ่มทดลอง

ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนำคู่มือการดูแลตนเองด้านร่างกายต่างๆ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาว่าง และการขอความช่วยเหลือ ไปอ่านก่อนล่วงหน้าที่จะมาพบกับผู้ป่วย 1 วัน จากการประเมินความรู้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมมาก ผู้วิจัยสนิทกับผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยบางรายบอกว่าได้อ่านจนหมดเล่มแล้ว เพราะจะได้มี

ความรู้เพิ่มขึ้น มี 2 รายที่ไม่ได้อ่านล่วงหน้า ผู้ป่วยบอกว่า “ตอนเย็นมีญาติมาเยี่ยมจน 2 ทุ่ม หลังจากนั้นต้องอาบน้ำและเข้านอนเนื่องจากพยาบาลปิดไฟเป็นบางช่วงทำให้ไม่ได้อ่านมาก่อน” ผู้วิจัยจึงได้เรียนรู้ไปพร้อมๆ กับผู้ป่วย และอีกรายผู้ป่วยบอกว่า “อ่านหนังสือไม่ค่อยเก่ง เรียนจบ ป.4 แต่ผู้ป่วยบอกว่าพยายามอ่าน และตาก็มองไม่ค่อยเห็น ไม่ได้เอาแว่นมา เดี่ยวพรุ่งนี้จะให้ญาติเอามาให้ แต่ก่อนผู้วิจัยไปพบผู้ป่วย ผู้ป่วยบอกว่าได้ให้ลูกสาวอ่านให้ฟังแทน” เมื่อพูดคุยทบทวนความรู้ผู้ป่วยพยายามตอบคำถาม ตั้งใจฟัง และร่วมแสดงความคิดเห็นกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละคน และบางรายสามารถสอนผู้อื่นได้ว่าที่เคยมีประสบการณ์มาก่อนได้ผลอย่างไร

จากการทำใบงาน “ภาษาคอกไม้ให้พ่อ-แม่” “การบริหารเวลาอย่างมีคุณค่า” ผู้วิจัยได้คัดแปลงข้อความสถานการณ์เพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วยที่พบจริง และให้ผู้ป่วยทดลองฝึกทักษะในการพูดอย่างไรให้เป็นบวก มีผู้ป่วยบางรายเกิดความเงินที่จะพูดเพราะเงินกินไปได้ แต่ผู้ป่วยบอกว่าจะลองนำไปปฏิบัติดู และบางรายบอกว่า “ไม่พูดดีกว่า ถ้าพูดมากจะมากความ” เช่น ภรรยาพูดกับสามีเมื่อสามีกลับบ้านดีกว่า “ไปไหนมาถึงกลับบ้านดึกตื่นปานนี้” ผู้ป่วยบางรายตอบว่า “ไปกินเหล้าบ้านเพื่อนมา อย่าคิดมากซิ พี่ก็กลับมาแล้ว” และบางรายบอกว่าไม่พูดดีกว่า ใช้วิธีเดินหนี ให้ใจเย็นแล้วค่อยพูดกัน เป็นต้น แต่หลังจากผู้ป่วยได้เรียนรู้กับผู้วิจัย ผู้ป่วยสามารถคิดหาทางปรับวิธีการพูดใหม่ให้ฟังแล้วเป็นเชิงบวกมากขึ้น

ส่วนในเรื่องการขอความช่วยเหลือ ผู้ป่วยบางรายบอกว่าส่วนมากมักจะเก็บไว้คนเดียว ไม่บอกให้ใครรู้ คิดว่าคนอื่นช่วยตนเองไม่ได้ แต่บางรายบอกว่าปรึกษาคนในครอบครัว บางรายก็ปรึกษาเพื่อน มี 1 รายที่มาขอคำปรึกษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากตนเองเคยมาอนโรงพยาบาลแล้วพบว่ามิหน่วยให้คำปรึกษา และมีอีก 1 รายที่พยายามโทรศัพท์ไปที่บริการศูนย์ Hot line เพราะอายุไม่ยอมมาปรึกษาด้วยตนเอง และต้องทำงานเกือบทุกวันทำให้ไม่มีเวลา หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยสามารถรู้แหล่งให้ความช่วยเหลือ และรู้วิธีขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและสังคม

ส่วนในเรื่องของกิจกรรมบริหารเวลา “วันนี้ของฉัน” ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่า ปกติจะไม่ค่อยได้ไปไหน เพราะชีวิตอยู่แต่โรงงาน ทำแต่งาน มีวันหยุดแค่สัปดาห์ละ 1 วัน วันหยุดจึงมักทำงานบ้าน หรือไม่ก็นอนพักผ่อนอยู่กับบ้านเป็นส่วนใหญ่ ส่วนน้อยที่บอกว่าไปเที่ยวสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ถ้าจะไปต้องพักผ่อนไป แต่ก็พักผ่อนยาก เนื่องจากงานมักจะเร่งและให้ทำล่วงเวลา

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย (รายบุคคลและ/หรือกลุ่ม)

จุดประสงค์

1. ผู้ป่วยตระหนัก และมีความรู้ถึงความเครียด ผลกระทบ และวิธีการจัดการกับความเครียด

2. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะการผ่อนคลาย เมื่อตนเองมีความทุกข์ สาระสำคัญ

ความเครียด เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ตลอดชีวิตของคนเรานั้น จะต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกร่างกายตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงทำให้เราต้องมีการปรับตัว การปรับตัวทำให้เกิดความเครียดขึ้น และถ้าการปรับตัวล้มเหลวก็ทำให้เกิดภาวะอารมณ์วิกฤตขึ้นได้ ภาวะเครียดในระดับเล็กน้อยเป็นสิ่งจำเป็นของชีวิตและการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แต่ถ้าภาวะเครียดที่มีอยู่เป็นเวลานานทำให้เราเกิดปัญหาทางด้านจิตใจอารมณ์และพฤติกรรมจนกลายเป็นโรคประสาทและโรคจิตได้ในที่สุด

การผ่อนคลาย เป็นกิจกรรมที่บุคคลพัฒนาขึ้น เพื่อป้องกันภาวะเครียดมากและนานเกินไป เพื่อมิให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย และจิตใจ กิจกรรมนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การเผาผลาญลดลง อัตราการหายใจลดลง และทำให้สุขภาพอยู่ในสภาพที่ดีขึ้น จุดเน้นของการผ่อนคลายอยู่ที่กระบวนการ มิใช่เนื้อหา หรือความคิดในขณะที่ปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายนั้นๆ เทคนิคการผ่อนคลายมีหลายวิธี ผลที่เกิดขึ้น คือ ความผ่อนคลายของร่างกายและจิตใจเป็นเป้าหมายสำคัญมากกว่าวิธีการ

ระยะเวลา ปฏิบัติกิจกรรมครั้งละ 40 นาที

กิจกรรม

1. พยาบาลเกริ่นนำถึง “ความเครียด และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น” ตามใบความรู้
2. จากนั้นพยาบาลเปิดประเด็นว่า “จากประสบการณ์ที่ผ่านมาเมื่อผู้ป่วยไม่สบายใจหรือตึงเครียด ผู้ป่วยทำอะไรเพื่อให้สบายใจขึ้น”
3. พยาบาลให้ข้อมูล วิธีคลายความเครียดเพิ่มเติมตามใบความรู้ “วิธีคลายความเครียด”
4. พยาบาลให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติวิธีคลายความตึงเครียด โดยการสอนการฝึกการหายใจ หรือ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ตามใบความรู้ที่ “การฝึกหายใจ” และ ใบความรู้ที่ “การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการนวด” พร้อมทั้งฟังเพลงหรือคู่มือที่สนับสนุนประกอบการฝึก
5. พยาบาลสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยหลังฝึกผ่อนคลายในแต่ละวิธี
6. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและสรุปผลการฝึก

การประเมินผลจากกลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ผ่อนคลาย ชีวิตมักจะเครียด มีปัญหาเศรษฐกิจ รายได้ไม่พอกับรายจ่าย ทำให้เกิดความเครียด จากการเข้าร่วมกิจกรรมในขั้นนี้ ผู้ป่วยเริ่มผ่อนคลาย เริ่มรับรู้ และมีแนวทางในการที่จะแก้ไขปัญหา ทำให้สนใจฟังและเข้าร่วมกิจกรรม ที่ผ่านมาผู้ป่วยบอกว่า

ส่วนมากใช้วิธีหนีปัญหา ไม่ใช่เหตุผล ถ้าเครียดมากๆ ก็จะหนีไป แต่ผู้ป่วยชายบอกว่ามักจะไปดื่มเหล้ากับเพื่อน และมี 1 รายที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย ส่วนในผู้หญิง บอกว่ามักจะหนีไปอยู่บ้านแม่ ปรีกษาแม่ หรือญาติพี่น้อง บางรายบอกว่ามักจะไปเดินเที่ยวห้างสรรพสินค้า ไปเที่ยวสถานบันเทิง กลางคืนกับเพื่อน บางรายบอกว่าทานยานอนหลับตามที่แพทย์สั่งให้ เป็นต้น แต่เมื่อผู้วิจัยเสนอแนวทางในการผ่อนคลายด้วยวิธี การฝึกหายใจ และการนวดคลายเครียด โดยใช้สื่อทางภาพประกอบ เสียงให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยสนใจฟัง และร่วมฝึกทักษะด้วยดีทุกราย และสามารถปฏิบัติตามได้ และผู้ป่วย บอกว่าจะนำไปปฏิบัติและแนะนำคนอื่นต่อ หลังจากฝึกทักษะนี้เสร็จผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยนั่งนึกถึงภาพความสุขที่สุดในชีวิตที่ตนเองเคยเจอ หรือความดีที่ตนเองได้เคยกระทำ โดยนำมาจากกิจกรรมที่ 2 เรื่อง “ความดีของฉัน” และให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกต่อ

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (รายบุคคลและ/หรือรายกลุ่ม)

จุดประสงค์

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองเคารพนับถือ ศรัทธา ตามความเชื่อและค่านิยมของตนเองเมื่อเกิดความรู้สึกว่าจิตใจไม่สงบได้
2. ผู้ป่วยบอกถึงวิธีการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

สาระสำคัญ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลจะเกิดความสบายใจ ฟังพอใจมีความวิตกกังวลต่ำ รู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน รับรู้ศักดิ์ศรีในตน โดยเฉพาะการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา และค่านิยม ความเชื่อที่ตนเองนับถือ จะทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบ เป็นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิธีหนึ่ง ซึ่งเป็นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ทำให้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ระยะเวลา ปฏิบัติกิจกรรมครั้งละ 40 นาที

กิจกรรม

1. พยาบาลเกริ่นนำถึง “ความหมาย ความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองทางด้านจิตวิญญาณ” และพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วย ตามใบความรู้ “การดูแลสุขภาพตนเองทางด้านจิตวิญญาณ” “การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา”
2. พยาบาลสรุป โยงให้ผู้ป่วยเห็นภาพพยาบาลพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยทางด้านความเชื่อ ค่านิยม สิ่ง que ผู้ป่วยเคารพนับถือและศรัทธา

3. เชื่อมโยงจากกิจกรรมการผ่อนคลายด้วยการส่งเสริมการค้นหาความหมายของการมีชีวิตอยู่ด้วยการพัฒนาจิตแบบต่างๆ เช่น การทำสมาธิ การสวดมนต์ การถือศีล หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอื่นๆ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามใบงาน “ภาพอิมพิมพ์ใจ”
4. สรุปรู/วิเคราะห์ร่วมกับผู้ป่วยในกิจกรรมตามใบงาน “ภาพอิมพิมพ์ใจ”
5. พยายามเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและสรุปสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมนี้

การประเมินผลจากกลุ่มทดลอง

ต่อเนื่องจากกิจกรรมที่ 4 หลังจากฝึกทักษะนี้เสร็จผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยนั่งนึกถึงภาพความสุขที่สุดในชีวิตที่ตนเองเคยเจอ หรือความดีที่ตนเองได้เคยกระทำ โดยนำมาจากกิจกรรมที่ 2 เรื่อง “ความดีของฉัน” และให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกต่อภาพที่ประทับใจ ตามใบงาน “ภาพอิมพิมพ์ใจ” โดยให้ผู้ป่วยนั่งสมาธินึกถึงภาพ สังเกตผู้ป่วยทุกรายอยู่ในความสงบ นั่ง มีรอยยิ้มแฝง หลังจากนั้นได้ถามความรู้สึกกับผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยรู้สึกเช่นไร และความรู้สึกนั้นอยู่ตรงไหน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบเป็นเสียงเดียวกันว่า รู้สึกอิมใจ สุขใจ ดีใจ ภาคภูมิใจ เป็นความรู้สึกที่บอกไม่ถูก ผู้ป่วยบอกว่า บางครั้งสุขอยู่ในใจ อิมเอิบอยู่ในใจ รู้สึกหัวใจพองโต ชนิดที่ว่าไม่สามารถบอกให้ใครรู้ได้

เมื่อถามถึงค่านิยม ความเชื่อ และสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพบูชา ผู้ป่วยบอกว่าไม่ค่อยได้ทำ ได้แต่นับถือ ไม่ค่อยได้ไปแสวงบุญ แม้แต่สวดมนต์ไหว้พระก็นานๆ ครั้งจะทำ แต่มีผู้ป่วยบางรายบอกว่าถ้าว่างหรือวันสำคัญทางศาสนาจะไปทำบุญ ถวายสังฆทานบ้างตามโอกาส แต่ก็นานๆ ครั้ง เพราะเมื่อได้ไปทำบุญแล้วรู้สึกสบายใจขึ้น มีผู้ป่วย 1 รายที่บอกว่าเมื่อตนเองไม่สบายใจมักจะไปไหว้พระ และตนเองเคยบวชชีมา 1 ครั้ง แต่บวชได้แค่ 7 วันเท่านั้น แต่ช่วงนั้นตนเองบอกว่า รู้สึกสงบมาก ไม่คิดฟุ้งซ่าน รู้สึกสบายใจ และพระท่านได้สอนหลักธรรมในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน สอนนั่งสมาธิ ทำให้ตนเองยึดถือศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว และผู้ป่วยบางรายมีประสบการณ์ว่าตนเองเคยออกหักมาก่อน และรู้สึกซึมเศร้ามาก ไม่อยากทำอะไร คิดอะไรก็ไม่ออก อยากทำร้ายตนเอง แม้ได้พาไปไหว้พระบ่อยๆ และให้ฟังเทศธรรมบ่อยๆ ทำให้ตนเองรู้สึกมีที่พึ่งทางใจ ได้สวดมนต์ขอพรทั้งหลายจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ รู้สึกตนเองเล็งเห็นว่าสิ่งนี้สามารถช่วยได้มาก จึงขอแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้ผู้ป่วยอื่นฟัง

การกำกับการทดลอง

หลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยมีการกำกับการทดลองโดยใช้แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองและการจัดการกับภาวะซึมเศร้า เป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้รับจากการ

เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 20 ข้อ และวัดระดับความเห็นคุณค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ รายงานผลการกำกับ การทดลอง ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงค่าคะแนนวัดความรู้ และคะแนนความเห็นคุณค่าในตนเอง

ลำดับที่ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง	คะแนนวัดความรู้	คะแนนความเห็นคุณค่าในตนเอง
1	19	29
2	20	29
3	19	29
4	19	29
5	19	23
6	19	32
7	20	27
8	19	30
9	20	28
10	18	30
11	18	32
12	17	31
13	18	28
14	19	31
15	20	29
16	16	20
17	20	26
18	17	23
19	19	27
20	17	29

จากการรายงานผลการใช้แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองและการจัดการกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนมากกว่า 80 % (16 คะแนน) ทุกราย ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนระดับคะแนนความเห็นคุณค่าในตนเอง พบผู้ป่วย 1 ราย ที่มีคะแนนอยู่ในระดับความเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ผู้วิจัยได้เข้าไปช่วยเสริมสร้างความเห็นคุณค่าในตนเองด้วยกิจกรรมเดิมกับผู้ป่วยซ้ำที่บ้าน หลัง

จากประเมินผลติดตามเยี่ยมที่บ้านสิ้นสุดลง และให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย เป็นเวลา 40 นาที และมีการติดตามการประเมินผลซ้ำด้วยแบบวัดชุดเดิมใน 1 สัปดาห์ถัดมา พบว่าผู้ป่วยมีระดับความเห็นคุณค่าในตนเองมาอยู่ในระดับดีขึ้น และผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ระยะประเมินผลการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการประเมินภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Pre-test) ในวันแรกที่พบผู้ป่วย และประเมินภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Post-test) เมื่อครบ 2 สัปดาห์หลังจากการพยายามฆ่าตัวตายโดยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อติดตามความคงอยู่ของผลที่เกิดขึ้นจากการสร้างสุขภาพแบบองค์รวม

2. กลุ่มควบคุม

2.1 ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมครั้งแรกที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง แจกวัสดุประสงค์ และขั้นตอนในการทำการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย

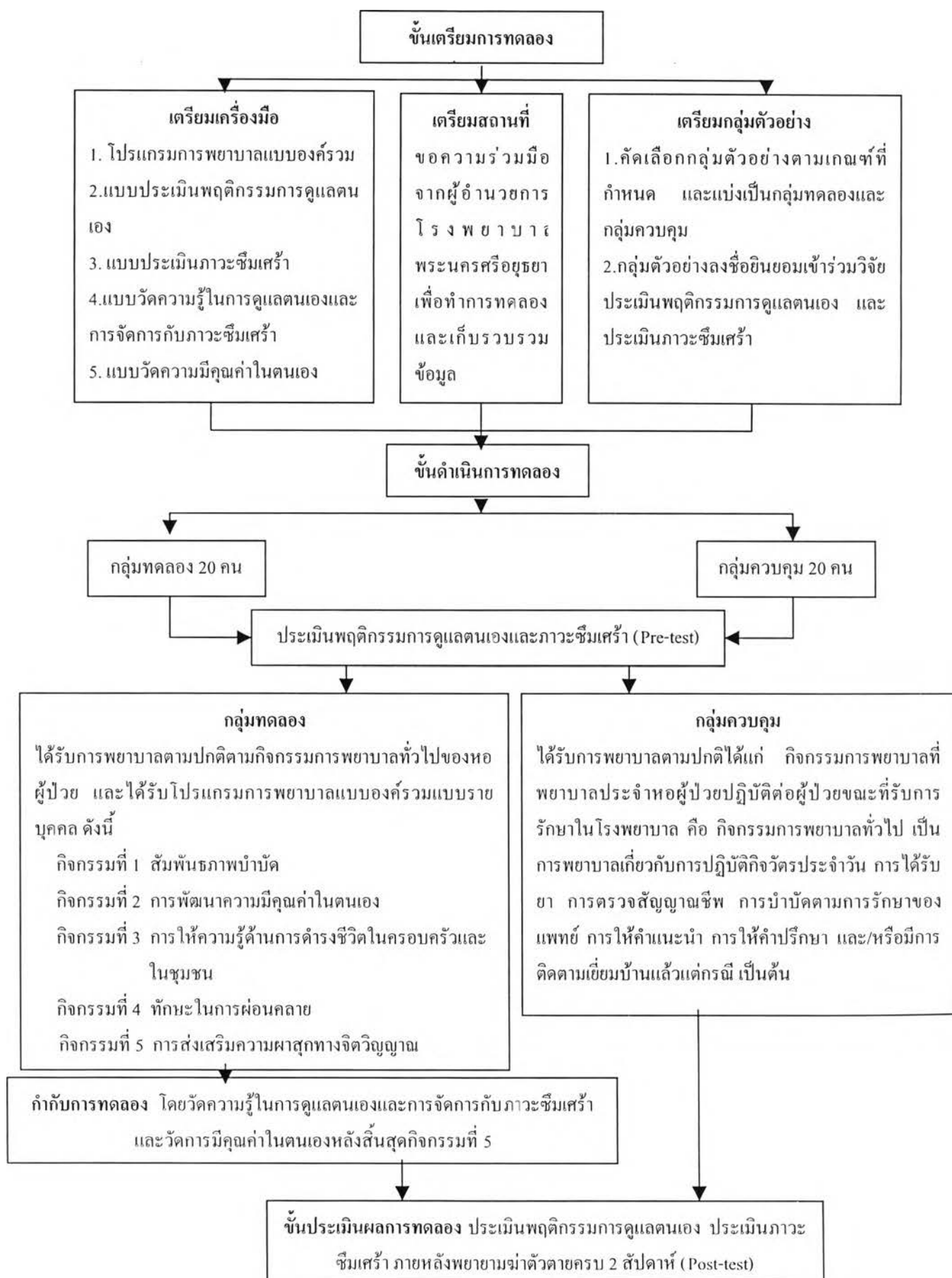
2.2 หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเข้าร่วมในการวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุไม่ถึง 18 ปี ให้ผู้ปกครองเซ็นยินยอมแทน หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (Pre-test) และแสดงความขอบคุณ

2.3 จากนั้นให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.4 วันที่กลุ่มตัวอย่างจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาติดตามผลตามนัดของโรงพยาบาล

2.5 เมื่อครบ 2 สัปดาห์ตามนัด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจตามนัด สร้างสัมพันธภาพ และพูดคุยซักถามอาการทั่วไปของผู้ป่วย จากนั้นจึงขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Post-test) โดยไม่จำกัดเวลา และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อน และหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าสถิติตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าความถี่ และร้อยละ
2. คะแนนภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ โดยหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และสวนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้าน โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)
3. คะแนนภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และสวนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้าน โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05