



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ดำเนินการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest – Posttest Randomized Control group design) (Polit and Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดลพบุรี ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวจะต่ำกว่าก่อนทดลอง
2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวจะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 15-24 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดลพบุรี และสมาชิกครอบครัวๆ ละ 2 คน โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ผู้วิจัยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยได้จากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจังหวัดลพบุรี จำนวน 40 คน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 1 มิถุนายน 2554 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน คัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ด้วยการประเมินค่า

คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย 7 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายระดับปานกลาง หรือมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 9 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปาน (Pre-test) ผู้วิจัยแนะนำตัวและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในงานวิจัยโดยจัดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน เพื่อจับคู่ให้กลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (matched pair) กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ อายุ เพศ ค่าคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย และคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน จนได้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองครบ 20 คน

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Burn and Grove, 2001) โดยนำมาร่วมการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลเป็น โคนึงปกติ (normality) และสามารถนำไปอ้างอิงยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 40 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของ McMaster Model 6 บทบาทในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาท การมีความผูกพัน การแสดงออกทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) โดยดำเนินกิจกรรม 6 กิจกรรม ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ป่วย ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี จำนวน 20 คน โดยดำเนินกิจกรรมครบ 6 กิจกรรม นำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบอีกครั้ง ซึ่งการดำเนินการทดลอง มีกิจกรรมในโปรแกรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาในครอบครัว กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารภายในครอบครัว กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะบทบาท หน้าที่ของครอบครัว กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์ กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะความผูกพันทางอารมณ์ และกิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการควบคุมพฤติกรรม และยุติการให้คำปรึกษา เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นซึ่งผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5

ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ได้ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .83 จากนั้นผู้วิจัยแก้ไข โปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อทดสอบความเป็นปรนัยของเครื่องมือ แล้วมีการปรับปรุงให้สมบูรณ์อีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ของปรีศ กิตติธีระศักดิ์ (2547) โดยครอบคลุมสัมพันธภาพในครอบครัว 6 บทบาท ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .91 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .95

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการทำร้ายตนเองและครอบครัว ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านความตรงตามเนื้อหาความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

3.2 แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ของ Beck (Beck Scale for Suicidal Ideation) (Beck, Steer and Ranieri, 1988) ซึ่งแปลโดย ปรีศ กิตติธีระศักดิ์ (2547) มีจำนวน 19 ข้อ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำจึง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .89 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .83

3.3 แบบประเมินพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547) ลักษณะแบบสอบถามมีทั้งหมด 8 ข้อ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำจึง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .81

### ขั้นตอนการทดลอง

1. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ในการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือในด้านความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง จากนั้นดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จัดกลุ่มตัวอย่าง เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว แจกวัสดุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการ

วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อธิบายขั้นตอน กิจกรรม ระยะเวลาของการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและ (Pre-test)

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวเป็นรายครอบครัวที่บ้านผู้ป่วย ดำเนินกิจกรรม 6 ครั้งๆ ละ 1 กิจกรรมๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2554 ถึงเดือนสิงหาคม 2554 สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จากการติดตามเยี่ยมของพยาบาลชุมชน การให้คำปรึกษาเบื้องต้น คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน และอาการที่ต้องมาโรงพยาบาล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วน และน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบ t (Pair t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อฆ่าตัวตายของ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นส่วนใหญ่ กลุ่มเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 25 มีอายุระหว่าง 15-18 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 อายุ 19-21 ปี และ 22-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 15 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 65 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 อาชีพว่างงาน/แม่บ้านรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40 และ 35 ตามลำดับ ความไม่เพียงพอของรายได้ และไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 50 และ 35 ตามลำดับ เคยมีประวัติทำร้ายตนเองมา 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 90 ใช้วิธีการทำร้ายตนเองโดยการกินยาเกินขนาด และกินสารเคมี/ยากำจัดวัชพืช คิดเป็นร้อยละ 80 และ 15 ตามลำดับ

ไม่เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 100 และพบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 40 อายุ 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 อายุ 15-30 ปี และอายุ 31-45 ปี เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 22.5 ความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 55 สามเณร/ภรรยาและพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 15 และ 12.5 ตามลำดับ

- คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ของกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว หลังการทดลอง มีระดับต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น หลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวมีระดับต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

- คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่ำกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1

2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2

โดยสรุป จากการสรุปผลการวิจัยตามสมมติฐาน แสดงให้เห็นว่า ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว มีผลทำให้พฤติกรรมเสี่ยงต่อฆ่าตัวตายในวัยรุ่นลดลง

## อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

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

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภรัตน์ เอกอัสวิน, 2545; มะลิ ชูโต, 2548; วินิทร นวลลลอ, 2550 และอุจน์จิตร คุณารักษ์, 2551 พบว่า เพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย 3:1 เท่า แต่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุ 15-18 ปี ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับสุภรัตน์ เอกอัสวิน (2545) พบว่าในช่วงอายุ 15-24 ปี เหมือนกับการศึกษาของมะลิ ชูโต (2548) พบว่าในช่วงอายุ 16-24 ปี และสำนักงานระบาด (2551) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอายุระหว่าง 15-24 ปี เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับวิกฤติการณ์ที่สุดในชีวิต เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกอึดอัด สับสน ตึงเครียด เสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น (Wilson and Kneisl, 1996) และวิธีที่ใช้ทำร้ายตนเองโดยการกินยาเกินขนาดมากที่สุด ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับอุจน์จิตร คุณารักษ์ (2551); สุภรัตน์ เอกอัสวิน, 2545; Cho, Hallfors, and Iritani (2006)

จากการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพว่างงาน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของมะลิ ชูโต (2548) ที่พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะว่างงาน รวมทั้งการศึกษาของธนู ชาดิธนานนท์

(2541) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดอยากฆ่าตัวตายสูง คือ การตกงาน เนื่องจากอาชีพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยบ่งบอกถึงการยอมรับ การเป็นคนที่มีคุณค่า ในขณะที่ไม่มีอาชีพทำให้ความ สำคัญคุณค่าในตนเองลดต่ำลง ซึมเศร้า หมดหวัง ทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว ชัดแย้ง แยกตัว ออกจากครอบครัว ซึ่งสิ่งเหล่านี้สัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายอย่างมาก และครอบครัวที่มี ปัญหาเหล่านี้มีโอกาสที่จะทำให้คนในครอบครัวเกิดความเครียด จนส่งผลให้เกิดการพยายามฆ่าตัว ตาย มาก (Adam, 1990)

## ตอนที่ 2 การอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษา ครอบครัว ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น กลุ่มทดลองระหว่างก่อนการ ทดลองกับหลังการทดลอง พบว่าจะแนบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น หลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม การให้คำปรึกษาครอบครัว ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว สามารถลด ความคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของ McMaster Model มาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและสมาชิกครอบครัวเข้าใจ ปัญหาว่าเกิดจากอะไร จะส่งผลให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้น ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุย แสดงความคิดเห็นร่วมกัน มีการแสดงความคิดเห็นนอกเหนือ ใจ การให้ความช่วยเหลือกัน ในระหว่างการให้คำปรึกษาครอบครัว ตลอดจนการได้เปิดเผย ความรู้สึก และความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น จะ ช่วยลดปัญหาหรือช่องว่างของการทำหน้าที่ครอบครัว ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมใน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมกันรับผิดชอบเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัว นอกจากนี้การ เข้าใจความรู้สึกระหว่างสมาชิกในครอบครัว ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมีผลต่อการพัฒนาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงของวัยรุ่น และการวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2547) รวมทั้งได้ฝึกทักษะการการปฏิบัติต่อกัน เพื่อแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง การสื่อสาร การตอบสนอง ทางอารมณ์ของสมาชิกครอบครัว ส่งเสริมทักษะในการเผชิญปัญหาในอนาคต โดยการใส่ใจกับ ความรู้สึกของอีกฝ่ายหนึ่ง มีความเข้าอกเข้าใจซึ่งกันและกัน พูดคุยอย่างตรงไปตรงมา มีการรักษา ระเบียบวินัยของครอบครัวอย่างเหมาะสม สิ่งเหล่านี้ทำให้ครอบครัวทำหน้าที่อย่างเหมาะสมและมี

ประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายลดลง นอกจากนี้ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัวยังเป็นวิธีที่ช่วยในการเอื้ออำนวยให้ผู้รับการให้คำปรึกษาได้สำราญนำเอาศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อตนเองและครอบครัว ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีคุณภาพดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

ดังนั้น ผลการวิจัยที่พบ จึงสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยนี้ อย่างไรก็ตาม แท้จริง จะพบว่า แต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัว เกิดความตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัว โดยการใช้การมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้

2) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัว มีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัว เป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้มีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ตามแนวคิดของ McMaster Model ซึ่งเชื่อว่า ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต้องมีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสม 6 ด้าน คือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทหน้าที่ การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเข้าใจและยอมรับปัญหาของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว เกิดมุมมองที่กว้างขึ้นสามารถปรับตัวกับปัญหาที่เผชิญได้อย่างเหมาะสม โดยให้สมาชิกทุกคนรู้สึกว่ามีปัญหาทุกปัญหา สามารถร่วมกันคิด และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ตนเองได้รับการยอมรับเห็นคุณค่าในตนเอง มีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น (อุมาพร ดร้งคสมบัติ, 2547) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตาย



และพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายลดลง สามารถดำรงชีวิต เฝ้ายกับปัญหาต่างๆ ร่วมกับครอบครัวได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว จะมีความเข้าใจและทักษะการทำหน้าที่ของครอบครัว สามารถจัดการกับปัญหาที่กำลังเผชิญ และมีวิธีการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีการจัดการทำหน้าที่ครอบครัวของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ลดความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย รวมทั้งปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากการมุ่งเน้นแก้ไขที่ตัวผู้ป่วยตามลำพังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ดังนั้นต้องมีการแก้ไขในส่วนของบริบทที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่รอบครัว ซึ่งจะเห็นได้ว่าบุคคลในครอบครัว หรือสมาชิกครอบครัวเดียวกัน มีส่วนสำคัญต่อชีวิตความเป็นอยู่ และรวมไปถึงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเป็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพปัจจุบันที่เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกันเองในครอบครัว สังคมและชุมชนของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ

### ข้อเสนอแนะ

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

#### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ตลอดจนช่วยให้เกิดสัมพันธภาพ การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวที่ดีขึ้น

1.2 การนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว และผ่านการฝึกปฏิบัติภายใต้การนิเทศของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ทางด้านการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวซึ่งใช้ในการศึกษารั้วนี้ เป็นกระบวนการที่เน้นการพัฒนาทักษะแก่กลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น เกิดทักษะการทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างมีคุณภาพต่อไป

1.4 ในการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งพัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาพบว่า การสร้างสัมพันธภาพก่อนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการมาเข้ากลุ่มกับผู้วิจัย หากยังไม่เกิดความไว้วางใจ ดังนั้น ในการศึกษารั้งต่อไป ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะวิธีการแก้ไขเพื่อสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ด้วยการไปเยี่ยมผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่ติดผู้ป่วยในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างสัมพันธภาพ ก่อนการดำเนินกิจกรรมที่บ้าน

## 2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลได้มีการศึกษา และอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้เกิดทักษะ สามารถช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

2.2 ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชา ที่เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่อยู่ในชุมชน เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนได้อย่างครอบคลุม

2.3 ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาให้ครอบคลุมบทบาทของปัญหา และผลของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในชุมชนแต่ละพื้นที่ และวัฒนธรรม เพื่อให้ นักศึกษาได้ตระหนักรู้ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยตลอดจนการวางแผนการพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

2.4 ในการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้น พยาบาลจำเป็นที่จะต้องดำรงความสัมพันธ์อันดีไว้ตลอดระยะเวลาของการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง

## 3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยการติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ หรือสำเร็จ และควรมีการเฝ้าระวัง ติดตามในกลุ่มสมาชิกครอบครัวของผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากได้รับผลกระทบต่อสภาพจิตใจเช่นกัน

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนเช่นเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกลุ่มอื่น ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3.3 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวให้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชน เพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัว โดยการใช้การมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ