

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นโครงการศึกษาอิสระ ใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### สมมุติฐานของการศึกษา

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีระดับสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งเพศชายและหญิง
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสอยดาว จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

- 2.1 มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
- 2.2 มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี
- 2.3 เป็นผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง

- 2.4 เป็นผู้ที่ยามฆ่าตัวตายครั้งแรก
- 2.5 มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้ เวลา สถานที่บุคคล ได้ถูกต้อง
- 2.6 สามารถพูดและฟังภาษาไทย ได้เข้าใจ และโต้ตอบได้รู้เรื่อง
- 2.7 ไม่เคยได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 2.8 เป็นผู้สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ

ของสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ที่พัฒนาจากการศึกษาของคารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งใช้แนวคิดเรื่องแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) มีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยโปรแกรมที่ได้ประยุกต์นี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ ความชำนาญ มีความรู้ความสามารถ ในสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 ท่าน กระบวนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรม 6 ขั้นตอน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การค้นหาสภาพการณ์จริง

กิจกรรมที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือ

กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนความคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวย ความรู้ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร

กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 6 การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการศึกษา

แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเครื่องมือในการกำกับการศึกษา ที่ผู้ศึกษาปรับมาจากแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ที่พัฒนาจากการศึกษาของคารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งใช้แนวคิดเรื่องแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น การทำหน้าที่ของร่างกาย 1 ข้อ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4 ข้อ ความสามารถในการจัดการกับปัญหา 3 ข้อ การรับรู้ต่อตนเอง 2 ข้อ ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 5 ข้อ บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม 5 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ มีค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนครั้งในการพยายามฆ่าตัวตาย ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในรอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่สร้างโดยจินตนา ยูนิพันธ์ (2534ข) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ ฮิลล์และสมิท (Hill and Smith, 1990) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 60 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 58 ข้อ และข้อความทางลบ 2 ข้อ แบ่งออกเป็นการดูแลตนเองในด้านต่างๆ 7 ด้าน คือการพัฒนาการรู้จักตนเองจำนวน 12 ข้อ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จำนวน 7 ข้อ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 6 ข้อ การเผชิญปัญหา จำนวน 11 ข้อ การพัฒนาและการดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำนวน 10 ข้อ และการดูแลตนเองทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบในเรื่องความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และมีค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82

### ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ดำเนินการศึกษาโดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการศึกษา ระยะดำเนินการศึกษา และระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ระยะเตรียมการศึกษา

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
2. ประสานงานกับแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสอยดาว เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา โดยส่งหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างโครงการศึกษาอิสระและเครื่องมือศึกษา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอยดาว เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม
3. ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตกับกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 (Pre - test) และนัดเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ระหว่างวันที่ 10 มีนาคม ถึง 10 เมษายน พ.ศ. 2550
4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาประสานงานกับหัวหน้างานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสอยดาว ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดในการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และเข้าร่วมในการดำเนินการด้วยความสมัครใจหรือไม่ สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา และประโยชน์ของการศึกษา วิธีการเข้าร่วมการศึกษา สถานที่ที่ดำเนินการศึกษา ระยะเวลาในการเข้าร่วมการศึกษา เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมในโครงการศึกษา และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือการ

ปฏิเสธการเข้าร่วมในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อกรบริการแต่อย่างใด กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอลาออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาก่อนการศึกษาระดับสูง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับภายในเฉพาะกลุ่มจะไม่มีเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ ไม่มีการระบุชื่อ ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่มีระดับคะแนนต่ำถึงปานกลางคือ 60-180 ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการศึกษาก็ให้กลุ่มตัวอย่าง เช่นยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

#### ระยะดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกให้คำปรึกษา ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสอยดาว โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง ทุกขั้นตอน ตามแผนกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ประยุกต์ขึ้นกับผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม จำนวน 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน โดยจะพบกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง คือ วันจันทร์, พุธ, ศุกร์ ครั้งละ 60 นาที จำนวน 6 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เริ่มดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 10 มีนาคม ถึง 10 เมษายน พ.ศ. 2550 โดยดำเนินการในช่วงเช้า 1 กลุ่ม และช่วงบ่ายอีก 1 กลุ่ม หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 6 ผู้ศึกษาประเมินแหล่งพลังอำนาจทันที

#### ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง (Post-test) ด้วยแบบประเมินชุดเดิม หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเสร็จสิ้นแล้ว 2 สัปดาห์ โดยผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลังสิ้นสุดโปรแกรมในวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2550

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ก่อน และ หลังได้รับโปรแกรม เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้าน และรายด้าน โดยใช้สถิติที (Paired t - test)
3. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ( $\bar{X}=189.35$ , S.D = 8.94) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ( $\bar{X} = 159.60$ , S.D = 13.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 9.984$ )

สรุปได้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับสมมติฐานในการศึกษา คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

### อภิปรายผลการศึกษา

ผู้ศึกษาแยกการอภิปรายผลการศึกษาเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มสูงขึ้นด้านต่างๆดังนี้

1.1 ด้านการติดต่อสื่อสาร พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการสื่อสารของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังการศึกษา ( $\bar{X} = 22.6$ ) สูงกว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X} = 17.90$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาพิชญ์ จันทน์นิยม (2548) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการติดต่อสื่อสาร หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิดา บรรทัดจันทร์ (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการติดต่อสื่อสาร หลังการศึกษา ( $\bar{X} = 22.10$ ) สูงกว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X} = 17.35$ ) ทั้งนี้เป็นผลจากการทำกิจกรรมในขั้นที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น กล่าวเปิดเผยปัญหาของตนเองกับบุคคลอื่น ทั้งนี้เนื่องจากการติดต่อสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม เพราะเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และตนเองสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพนำไปสู่การมีทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันทสาขาบัว, 2544)

1.2 ด้านการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการสื่อสารของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังการศึกษา ( $\bar{X} = 15.35$ ) สูง

กว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X} = 20.45$ ) อธิบายได้ว่า หลังจากผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวย ความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร ซึ่งความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถนำมาใช้ในการวางแผน ในการดำรงชีวิตประจำวัน การที่บุคคลสามารถจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด ปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ช่วยให้บุคคลได้มีเวลาพักผ่อน เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และเสริมสร้างสุขภาพจิตของตนเอง (ยูวดี วงษ์แสง, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาพิชญ์ จันทรนิคม (2548) พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการใช้เวลารายข้อสูงขึ้นทุกข้อ อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการฝึกฝนในเรื่องการใช้เวลาจากการทำกิจกรรม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดลำดับความสำคัญของงาน และช่วยให้กิจกรรมทุกอย่างที่ต้องทำสำเร็จลงได้ตามที่ต้องการ

1.3 ด้านการเผชิญปัญหา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังการศึกษา ( $\bar{X} = 33.65$ ) สูงกว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X} = 28.70$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาพิชญ์ จันทรนิคม (2548) พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมรายข้อสูงขึ้นทุกข้อ สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิดา บรรทัดจันทร์ (2548) พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาหลังการศึกษา ( $\bar{X} = 38.80$ ) สูงกว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X} = 23.45$ ) สามารถอธิบายได้ว่า เกิดจากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้รับฝึกสะท้อนความคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้ศึกษาอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอน ส่งผลให้กระบวนการคิด อันประกอบด้วยการไตร่ตรอง ประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกกระทำ และลงมือกระทำกิจกรรมดูแลตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Orem, 1995) และการแก้ไขปัญหาได้รับการตอบสนอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีประสบการณ์ รวมทั้งเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาจากการผ่านเหตุการณ์ต่างๆ ทำให้มีการไตร่ตรองและมีการตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญปัญหาต่างๆ (ช่อลัดดา พันธุ์เสนา, 2536) เมื่อเผชิญปัญหามักไม่พิจารณาว่าปัญหาคืออะไรหรือพิจารณาถึงผลดีผลเสียของวิธีแก้ปัญหา และเมื่อเหตุการณ์ร้ายผ่านไปไม่พิจารณาว่าจะทำอย่างไรให้เหตุการณ์นั้นคลี่คลายลงได้ รวมไปถึงการทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าจะมีผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นอย่างไรต้องเปลี่ยนแปลงอย่างไร ส่งผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข (กัญญาพิชญ์ จันทรนิคม, 2548)

1.4 ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังการศึกษา ( $\bar{X} = 17.30$ ) สูงกว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X} = 10.30$ ) อธิบายได้ว่า เป็นผลจากการดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 5 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง และขั้นตอนที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง มีพยาบาลและผู้ป่วยแต่ละคนที่เข้าร่วมกลุ่ม

คอยให้กำลังใจ เสริมความมั่นใจว่าสามารถจัดการปัญหาต่างๆได้ ด้วยกระบวนการกลุ่มมีการนำประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละคน มาแลกเปลี่ยนความรู้ในการวางแผนแก้ไขปัญหา และวางแผนปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จะช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด นอกจากนี้ยังสามารถป้องกันพยาธิสภาพต่างๆ จากภาวะวิกฤติได้ (เพชรี คันธสายบัว, 2544) จะเห็นได้ว่าแม้ว่าบุคคลมีความเปราะบาง แต่ถ้าครอบครัวมีความแข็งแกร่ง ความเปราะบางนั้น ก็จะไม่ทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรงแต่อย่างใด (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2543) ครอบครัวจึงเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอีกทางหนึ่ง และเมื่อบุคคลนั้นมีแรงสนับสนุนทางสังคม ครอบครัวดี จะมีกำลังใจ มีความอบอุ่น มีความมั่นคงในอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมให้แก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ดีขึ้น จะมีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรคได้ (Hubbard, Muhlenkamp, & Brown, 1980: อ้างในครุณี เลิศปรีชา, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ บัวลอย นนทะน้า (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 273 คน พบร้อยละ 52 มีคนในครอบครัว ได้แก่ บุตร พ่อแม่ และสามีภรรยา เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทำให้เห็นว่าการกำลังใจจากครอบครัว เป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายลดความคิดฆ่าตัวตายซ้ำได้ (ครุณี เลิศปรีชา, 2544)

1.5 ด้านการดูแลตนเองด้านร่างกาย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านร่างกายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังการศึกษา ( $\bar{X} = 30.70$ ) สูงกว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X} = 28.20$ ) สามารถอธิบายได้ว่า หลังจากที่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้ดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนที่ 4 คือ การสนับสนุน เอื้ออำนวย ความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร รวมทั้งรัฐสภาพการณ์จริงเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ 1 ทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีความรู้ และใส่ใจในสุขภาพตนเองมากขึ้น เป็นกิจกรรมที่บุคคลทุกวัย กระทำเพื่อการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งครอบคลุมในเรื่องเกี่ยวกับ อากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การอยู่อย่างสันโดษ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และการแสวงหาแนวทางการดำรงชีวิตอย่างผาสุก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาพิชญ์ จันท์นิคม (2548) พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลอง มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกายสูงขึ้น หลังการทดลอง ( $\bar{X} = 27.75$ ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 24.35$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิดา บรรทัดจันทร์ (2548) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองด้านร่างกายหลังการศึกษา ( $\bar{X} = 29.90$ ) สูงกว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X} = 20.15$ )

1.6 ด้านการพัฒนาผู้จักตนเอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังการศึกษา ( $\bar{X} = 36.95$ ) สูงกว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X} = 31.35$ ) สามารถอธิบายได้ว่า จากการที่พยาบาลได้ดำเนินกิจกรรมขั้นที่ 1 เกี่ยวกับการรู้สภาพการณ์จริง และขั้นตอนที่ 3 ฝึกทักษะการสะท้อนคิด และความเข้าใจในสถานการณ์ ส่งผลให้

ผู้ป่วยมองตนเอง มีการสำรวจบุคลิกภาพ ทำให้รู้จักและเข้าใจตนเอง และเข้าใจความคิดและพฤติกรรมทั้งในส่วนตัว และส่วนที่ต้องการปรับปรุง ดังนั้นการพัฒนาผู้รักตนเอง จะช่วยให้บุคคลได้รู้จักตนเองมากขึ้น เกิดความภาคภูมิใจ และยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง จนเกิดเป็นความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (หัตสนา บุญทอง, 2525) สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล จันทร์ขำ (2547) ที่พบว่า ความมีคุณค่าในตนเองหลังได้รับการปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการศึกษา ( $\bar{X} = 32.80$ ) สูงขึ้นกว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X} = 21.55$ )

1.7 ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังการศึกษา ( $\bar{X} = 28.15$ ) สูงกว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X} = 25.25$ ) สามารถอธิบายได้ว่า เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีการสนับสนุน เอื้ออำนวย ความรู้ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร ขั้นตอนนี้สอนให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้สำรวจตนเอง เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ส่งผลให้สามารถเข้าใจปัญหา รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง และถ้ามีอะไรไม่สบายใจ สามารถที่จะจัดสิ่งเหล่านั้นออกไปได้ รู้จักปล่อยวาง ยอมรับและตระหนักถึงสภาพความเป็นจริง พร้อมทั้งแก้ไขปัญหาก็ได้อย่างมีสติ ส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายดำรงชีวิตในสังคมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพร วิชชเวสคามินทร์ (2547) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจศาสนาหลังการศึกษา ( $\bar{X} = 27.65$ ) สูงกว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X} = 20.45$ )

โดยสรุปจากผลการศึกษา พบว่า การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงขึ้น  $\bar{X} = 189.35$  S.D 8.94 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ  $\bar{X} = 159.60$  S.D 13.33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 9.984$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาที่ตั้งไว้ เนื่องจากผู้พยายามฆ่าตัวตายเมื่อได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้มีแหล่งพลังอำนาจที่เข้มแข็งขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีการรับรู้แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปทุกคน

2. จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) สอดคล้องกับสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ และจากพิจารณาพฤติกรรมการดูแล



ตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตายจำแนกรายด้าน พบว่าหลังดำเนินการศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกด้านทั้ง 7 ด้านคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมตัวเผชิญภาวะวิกฤตและการสูญเสีย การพัฒนาและรักษาระบบประคับประคอง การดูแลตนเองโดยทั่วไป และการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญาพิชญ์ จันทร์นิม (2548) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังการศึกษาพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $\bar{X} = 187.25$ ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 163.85$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร จีรังกร (2547) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังการศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ( $\bar{X} = 192.10$ ) สูงกว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X} = 140.30$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพร วิชชุเวศคามินทร์ (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังการศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ( $\bar{X} = 193.90$ ) สูงกว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X} = 142.00$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิดา บรรทัดจันทร์ (2548) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังการศึกษาพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังการศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $\bar{X} = 142.00$ ) สูงกว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X} = 194.70$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้ มีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย สามารถเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต สอดคล้องกับแนวคิดของ Miller (1992) จากการศึกษาของ คารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรัง สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี วงษ์แสง (2548) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังจากได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เชื่อมมั่นในศักยภาพของคนที่ดูแลสุขภาพของตนเองได้

การศึกษาครั้งนี้เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่จัดขึ้นทั้ง 6 ขั้นตอน ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงขึ้น โดยสามารถอภิปรายผลการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การค้นหาสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนที่พยาบาลรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นรายบุคคล ก่อนที่สรุปปัญหา วินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ และวางแผน เพื่อให้การดูแลตรงกับความต้องการ การค้นหาสภาพการณ์จริง เป็นการเริ่มต้นให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรับรู้ถึงปัญหาของตนเอง และได้เรียนรู้บทบาทเท่าเทียมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ส่งเสริมให้มีอัตมโนทัศน์เชิงบวก เกิดการพัฒนารู้จักตนเอง ซึ่งสอดคล้องคล้อยกับแนวคิด Miller (1992) ที่กล่าวไว้ เมื่อผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลขั้นตอนที่ 1 จะช่วยให้รับรู้สภาพการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้นตามมา

กิจกรรมที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือ การเริ่มต้นจากการมีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความไว้วางใจในพยาบาล และจะแสดงออกในรูปของความร่วมมือ ลดความขัดแย้ง แสดงให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเห็นถึงความจริงใจในการดูแลผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพ ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้เรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับคนอื่นจากพยาบาล ซึ่งการที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีสัมพันธภาพนั้น เป็นการสร้างเสริมให้ผู้ป่วยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีความเข้มแข็งทางจิตและได้รับการสนับสนุนทางสังคมได้มากขึ้น เนื่องจากการพัฒนาด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง และช่วยลดความเครียด อันนำไปสู่ภาวะวิกฤติ (Cohen and Wills, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพร วิชชุเวศคามินทร์ (2547) ที่พบว่า สัมพันธภาพบำบัดช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีการเผชิญปัญหาหลังการศึกษา ( $\bar{X} = 34.60$ ) ที่สูงกว่าก่อนการศึกษา ( $\bar{X} = 24.90$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประครอง นาโพทนัน (2547) ที่พบว่า การทำสัมพันธภาพบำบัดแบบรายบุคคลในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ป่วยประเมินปัญหา สาเหตุที่แท้จริง วางแผนให้การพยาบาล ตลอดจนวางแผนการจำหน่ายที่เหมาะสมต่อไป นอกจากนี้การศึกษาของ พยุงจิต วรรณินทร (2548) พบว่า การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีผลทำให้ลดความแปรปรวนทางพฤติกรรมของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนความคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการฝึกการสะท้อนคิดในการพยาบาลผู้ป่วย โดยการเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตว่ามีผลกระทบอย่างไร และมีโอกาสในการแก้ไขปัญหายังไง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาของตนเองและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตน ซึ่งพบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายมักหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้ต่อสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น มีวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ไม่มีการสื่อสารพูดคุย บอกความต้องการของตนเองให้บุคคลอื่นรับรู้ ซึ่งห

รับรู้ถึงบทบาทของตนเองในการแก้ไขปัญหาแล้ว จะเป็นการส่งเสริมการยอมรับตนเอง มีอัตมโนทัศน์เชิงบวก มีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองในการแสวงหาข้อมูลในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี บุคคลที่มีทักษะในการสื่อสารที่ดี คือ มีความเข้าใจในความรู้สึกของอีกฝ่ายหนึ่งอย่างตั้งใจ จะช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tousignant and Hanigan (1993) ที่นักเรียนที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า มีการบอกเล่าปัญหาต่างๆ น้อยมาก

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวย ความรู้ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับผู้ป่วยโดยการประเมินระดับความรู้ความเข้าใจที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งแนวทางการให้ความรู้นั้นจะต้องผ่านการค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยมาก่อน เพื่อการให้ความรู้ที่เหมาะสม ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีการนำเสนอเชื่อมโยงสถานการณ์ตัวอย่างให้ผู้ป่วยเห็นภาพชัดเจน พร้อมใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างเสริมแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลเกิดความเชื่อในความสามารถของพยาบาลในการดูแล ซึ่งมีผลต่อความร่วมมือและทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้ง 7 ด้าน คือ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ มีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม มีทักษะการสื่อสารที่ดี ได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถดูแลตนเองโดยทั่วไปและด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี วงษ์แสง (2548) พบว่า การให้ความรู้ ทักษะต่างๆ ต่อผู้ป่วย ไปใช้ในการดำเนินชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด นำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นการฝึกทักษะในการคิดพิจารณาเพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง มีพยาบาลคอยเติมแหล่งทรัพยากรให้ เป็นการใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม และช่วยกันวางแผนในการแก้ไขปัญหา และวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย รู้จักตนเองมากขึ้น มีความรู้และทักษะในการเผชิญปัญหา เป็นการสร้างเสริมแรงจูงใจ และสนับสนุนแหล่งทรัพยากรให้กับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของพนารัตน์ เจริญจบ (2542) ที่พบว่า การตัดสินใจเลือกวิธีการดำเนินการด้วยตนเองที่เหมาะสมและดีที่สุด เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับและเปิดกว้างให้ผู้ป่วยอื่นๆ นำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ รวมทั้งเป็นการปูพื้นฐานให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมีความมั่นใจ และเชื่อว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสรินทร์ เขียวโสธร (2545) พบว่า หลังจากที่มีพยาบาลได้เสริมสร้างความรู้และแหล่งทรัพยากรต่างๆ ให้กับผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยมีการฝึกทักษะในการคิดพิจารณาเพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง เป็นการปูพื้นฐานให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อว่าตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Miller (1992) และ Bling

(1998) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้ผู้ป่วยเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจของตนเอง สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพและความสามารถในการเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

กิจกรรมที่ 6 การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ เป็นขั้นตอนที่พยาบาลจะต้องสร้างเสริมความมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้ พร้อมทั้งมีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วย และพยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของยูดี วงษ์แสง (2548) พบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง และผู้ป่วยมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นเกิดจากผู้ป่วยมีแรงจูงใจ มีความหวัง มีเป้าหมาย มีการกระทำเพื่อคนที่ตนรัก ซึ่งให้เห็นของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ขั้นตอนของการกระตุ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเสริมให้ผู้ป่วยทบทวนและประเมินพฤติกรรมของตนเองเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นคงอยู่ต่อไป

การดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 6 ขั้นตอน ตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความคิด ความรู้สึก และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สอดคล้องกับ สมจิต หนูเจริญกุล (2537) กล่าวว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆนั้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความคาดหวังหรือ มีความเชื่อมั่นว่า เขามีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรม พฤติกรรมนั้นๆได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูดี วงษ์แสง (2548) ที่พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับโรค สาเหตุ การรักษา ตลอดจนการดูแลตนเองด้านต่างๆเมื่อต้องดำเนินชีวิตในชุมชน ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ยอมรับการรักษา และปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นแรงผลักดันในการที่ต้องการที่จะแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

สรุปจากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถนำมาใช้ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้ โดยทำให้เกิดการเรียนรู้จากกลุ่ม มีการสนับสนุนความรู้ ทักษะการช่วยเหลือ ทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายยอมรับสภาพปัญหาตามความเป็นจริง รับรู้พลังอำนาจในตนเอง มีความมั่นใจ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสม และรับรู้ความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริงของตนเองมีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ด้านบวก ทำให้รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง และเชื่อว่าอนาคตยังมีความหมาย และมีความสุขในการมีชีวิตอยู่ต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการเพื่อการเสริมสร้างความรู้ รวมถึงการสนับสนุนแรงจูงใจ แหล่งข้อมูลสนับสนุน แก่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้เกิดพลังอำนาจในตนเองและมีความสามารถสร้างความเข้มแข็งให้แก่ตนเองทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นถ้าหากพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ให้การดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายจะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ ต้องปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. พยาบาลผู้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงการเรียนรู้กระบวนการกลุ่มอย่างมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี

3. ควรมีการอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมทักษะเฉพาะให้แก่พยาบาล เรื่องการทำกลุ่มบำบัด เพื่อให้สามารถมีความรู้ ความเข้าใจ ในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. เมื่อนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย หลังจากจบโปรแกรมแล้ว ผู้พยายามฆ่าตัวตายควรได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ได้รับการดำเนินการแก้ไขปัญหา และสามารถจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจที่อาจเกิดขึ้นใหม่ได้อย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาด้วยรูปแบบการทำวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเกี่ยวกับการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้ครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้เข้าใจ ถึงสภาพปัญหาที่แท้จริง โดยมีการเปรียบเทียบผลที่พบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม และมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนต่างๆ

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับ การติดตามเยี่ยมผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายต่อไปในกลุ่มบุคคลที่มีการทำร้ายตนเองซ้ำ เป็นระยะๆ ทุก 3 เดือน