



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของการการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ออกแบบการทดลองเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจะน้อยลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม
2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจะน้อยลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม
4. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลประจำจังหวัด ของกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิงของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม 2548 ถึงวันที่ 15 สิงหาคม 2548 จำนวน 44 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง 2) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจและได้ตอบรู้อเรื่อง และตอบแบบสัมภาษณ์ได้ดี 3) เป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depressive Inventory: BDI) พบว่า มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงมาก (มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่าง 17-30) และนำมาปรึกษาจิตแพทย์ว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถจะเข้าร่วมศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

มีขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีจับฉลาก สลับกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ทั้งสิ้น 44 คน กลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน เพื่อชดเชยกลุ่มตัวอย่างที่อาจหายไปในช่วงทำการทดลอง ในการวิจัยครั้งนี้มี 4 รายที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกกิจกรรม จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกำหนดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องของ อายุ ระดับการศึกษา และภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม สำหรับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกคิสุขของจินตนา ยูนิพันธ์ (2542) และแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ Nicol (อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) มาผสมผสานในการจัดกิจกรรม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และโครงสร้างของโปรแกรม รูปแบบกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 9 ท่าน มีกิจกรรมในโปรแกรมทั้งสิ้น 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพบำบัด

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรีรงค์ (2522 อ้างถึงลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีข้อคำถามให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ซึ่ง 15 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ และนำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย

การดำเนินการทดลอง

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อรับรองปัญหาจริยธรรม ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย จัดเตรียมสถานที่

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน จากนั้นผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตผู้ป่วยในการติดตามประเมินแบบสอบถามที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินการทดลองด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป โดยผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลปกติ ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยปฏิบัติต่อผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล คือ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ การบำบัดตามการรักษาของแพทย์ และส่งให้คำปรึกษาที่แผนกให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลพร้อมให้คำแนะนำสำหรับญาติในการเฝ้าระวังต่อที่บ้าน

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินการทดลองด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป โดยผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลปกติ และการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) สัมพันธภาพบำบัด 2) การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง 3) การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน 4) การฝึกทักษะการผ่อนคลาย 5) การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มในลักษณะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจำนวน 5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 40 นาที – 2 ชั่วโมง (ช่วงบ่าย) โดยดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ในวันแรก ในกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัดครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 พบกับผู้ป่วยในวันที่ 2 ใน 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมสัมพันธภาพบำบัดครั้งที่ 2 การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และ การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน ครั้งที่ 3 พบกับผู้ป่วยในวันที่ 3 ใน 3 กิจกรรม คือกิจกรรม สัมพันธภาพบำบัดครั้งที่ 3 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ครั้งที่ 4 พบกับผู้ป่วยในวันที่ 7 ในกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัดครั้งที่ 4 (ติดตามทางโทรศัพท์) และครั้งที่ 5 พบกับผู้ป่วยใน วันที่ 14 ในกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัดครั้งที่ 5 (ติดตามเยี่ยมที่บ้าน)

3. ระยะประเมินผลการทดลอง หลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมประมาณ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยแบบประเมินชุดเดิม (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าความถี่ และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ โดยหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านโดยใช้สถิติทดสอบที่ (Dependent t-test) รวมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้าน โดยใช้สถิติทดสอบที่ (Independent t-test) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ ตอบสมมติฐานในการวิจัยทั้ง 4 ประการ คือ

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแล

ตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแผนตามปกติ

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแผนตามปกติ

อภิปรายผลการทดลอง

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจะน้อยลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจะน้อยลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแผนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ว่า จากแนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุขของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) ที่กล่าวว่า มนุษย์เป็นระบบที่ประกอบด้วยโครงสร้างทางกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ที่มีความซับซ้อน มีลักษณะเฉพาะตน จึงเป็นการยากที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะเข้าใจหรือรู้จักตนเองและผู้อื่นอย่างแท้จริง บุคคลดำรงชีวิตโดยมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติรอบตัวซึ่งเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาอย่างมีความรับผิดชอบ ดำเนินกิจกรรมการดำรงชีวิตอย่างมีแบบแผนเฉพาะตน (Individual life styles) ด้วยกระบวนการทางความคิด (Cognitive processes) ประกอบด้วยการไตร่ตรอง ประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกกระทำ และลงมือกระทำ กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายส่วนบุคคล (Orem, 1995) กระบวนการทางการคิดของบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างตั้งใจนี้ เป็นกระบวนการที่บุคคลมุ่งปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (self care) มีเป้าหมายสำคัญคือ การตอบสนองความต้องการของมนุษย์ (Human needs) ซึ่งเป็นความต้องการของแต่ละ

ละบุคคล (Individual needs) เพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิตส่วนตัว (Personal goal) เมื่อพิจารณาความต้องการของมนุษย์ตามทฤษฎีของ Maslow แล้ว จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) จึงได้จัดความต้องการของบุคคลออกเป็น 4 ประเภทด้วยกัน ได้แก่ 1) ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) 2) ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role function needs) 3) ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual needs) 4) ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) ซึ่งมีความสอดคล้องในความเป็นองค์รวมของบุคคล

การที่บุคคลจะรับรู้ความต้องการของตนเอง หรือรับรู้เป้าหมายของชีวิตของตนเองได้ชัดเจนหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความมีสติหรือรู้จักตนเองของบุคคล (Self awareness) และสมาธิ ความใส่ใจ จดจ่อ (Attention) กับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองของบุคคลในขณะนั้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลรู้จักตนเอง และสามารถควบคุมกระบวนการคิด และการกระทำของตนเองได้

ในสถานการณ์ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย อาจเผชิญกับภาวะการดำรงชีวิตในลักษณะที่เป็นความกดดันจากสภาพปัญหาต่างๆ เกิดเป็นความเครียดที่ไม่สามารถปรับตัวได้ จนกลายเป็นภาวะซึมเศร้าที่ทำให้บุคคลไม่สามารถใช้ความคิด ความมีสติ และใช้ปัญญา ประกอบกับไม่มีความสามารถในการรับรู้สิ่งแวดล้อมตามสภาพที่เป็นจริงได้ รวมทั้งไม่มีความตระหนักรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของตน มีความรู้สึกวิตกกังวลสูง รู้สึกไม่สบาย หรือมีความรู้สึกไม่มั่นคงทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม จึงดำเนินกิจกรรมการดำรงชีวิตที่มุ่งลดความวิตกกังวลเป็นสำคัญ ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ แทนที่จะกระทำกิจกรรมอย่างไตร่ตรองรอบคอบ เพื่อบรรลุความต้องการ และเป้าหมายของตนที่แท้จริง การกระทำกิจกรรมเพื่อประคับประคองอารมณ์ดังกล่าว จึงนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ คือความต้องการที่แท้จริงไม่ได้รับการตอบสนอง เมื่อเขาเหล่านั้นกระทำกิจกรรมที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective coping) อย่างต่อเนื่อง ไม่สร้างสรรค์จนเกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลอย่างเห็นได้ชัด มีการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจ ไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ ในระยะแรกๆ จะมีความรู้สึกลังเล อายกอยู่ และอยากตายในเวลาเดียวกัน จึงมักแสดงสัญญาณบางประการให้คนใกล้ชิดรู้ว่า จะฆ่าตัวตาย ซึ่งถือว่าการร้องขอความช่วยเหลือ แต่ถ้าได้รับการช่วยเหลือทางการคิดจากบุคลากรระดับวิชาชีพ เขาเหล่านั้นจะสามารถรับรู้กระบวนการดังกล่าว และกระทำการดูแลตนเอง ส่งผลให้สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในทางสร้างสรรค์ ซึ่งก็หมายความว่ากระบวนการชีวิตของบุคคลในช่วงนั้นดำเนินไปอย่างราบรื่น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ บุคคลนั้นมีชีวิตปกติสุข (Healthy life)

นอกจากนี้แม้ว่าบุคคลแต่ละคนจะพัฒนาแบบแผนและวิธีการดูแลเฉพาะตน แต่ก็ยังมีทักษะบางอย่างที่เป็นทักษะทั่วไปซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) ซึ่งมีองค์ประกอบที่รวมถึงการพัฒนาและ

การดำรงรักษาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤตและการสูญเสีย การพัฒนาและดำรงรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้านอื่นทุกด้าน ทักษะดังกล่าว เป็นทักษะโดยทั่วไปที่จะเสริมสร้างสุขภาพจิตที่เน้นการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคล ไม่สามารถแยกการดูแลออกเป็นส่วนๆ ได้

เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เกิดการเรียนรู้กระบวนการทางความคิดที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่ง Nicol (อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) ได้พัฒนาการแนวทางการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb (1984 อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) กระบวนการสร้างความรู้นี้ ส่วนสำคัญจะต้องใช้ประสบการณ์ของผู้เรียนเอง ผู้เรียนต้องเป็นฝ่ายกระทำ วิธีการนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเรียนรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง (พลวัตของการเรียนรู้) การเรียนรู้จึงย่ำถึงลักษณะทางสังคมของการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ผลก็คือเกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ให้ออกไปอย่างกว้างขวาง โดยอาศัยการแสดงออกทางภาษา ได้แก่ การพูด การเขียน เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ความรู้ ประกอบด้วยขั้นตอนการสอน คือ การนำเสนอ และเชื่อมโยงสถานการณ์ การสะท้อนแนวคิดและค่านิยม สร้างความเข้าใจและความคิดรวบยอด การทดลองและการตรวจสอบพฤติกรรมใหม่

จากแนวคิดทั้งหมดที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ที่ประกอบด้วย การดูแลบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีรายละเอียดในการจัดกิจกรรมที่สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

สัมพันธภาพบำบัด เป็นกระบวนการระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว มีการพบผู้ป่วยในกิจกรรมนี้ถึง 5 ครั้ง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายที่ชัดเจน ในการพบกันจะแบ่งเป็น 1) ระยะเวลาเริ่มต้น 2) ระยะเวลาระบุปัญหา 3) ระยะเวลาแก้ไขปัญหา 4) ระยะเวลาสิ้นสุดปัญหา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะพบปัญหา ได้บ่อย คือ ปัญหาความขัดแย้งกับคู่สมรส รองลงมาคือปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลใกล้ชิด และปัญหาเศรษฐกิจ คือ รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เป็นต้น ดังนั้น สัมพันธภาพบำบัดจึงช่วยให้เกิดการรับรู้และเข้าใจตรงกันในลักษณะ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเองในทุกด้าน ไม่ว่าทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ร่วมค้นหาสาเหตุ เป้าหมาย และวางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล สามารถเผชิญปัญหาได้ โดยที่ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองแก้ไขความคิด ทัศนคติ และความรู้สึกที่ไร้เหตุผล ซึ่งเป็นความคิดในด้านลบ ให้กลายมาเป็นความคิดและความเชื่อในด้านบวก

ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ช่วยให้เกิดแนวทางและวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล สังคม เพิ่มการยกย่องตนเอง จากการศึกษาของธนพร วิชชเวศคามินทร์ (2547) ที่พบว่า สัมพันธภาพบำบัดช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีการเผชิญปัญหาหลังการทดลอง ($\bar{X}=34.60$) ที่สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}=24.90$) และการศึกษาของ ประคอง นาโพทนัน (2547) ที่พบว่าการทำสัมพันธภาพบำบัดแบบรายบุคคลในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินปัญหา สาเหตุที่แท้จริง วางแผนให้การพยาบาล ตลอดจนสามารถวางแผนการจำหน่ายที่เหมาะสมต่อไปได้ นอกจากนี้การศึกษาของ พยุงจิต วรรณินทร (2528) พบว่า การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีผลทำให้ความแปรปรวนทางพฤติกรรมของผู้ป่วยลดลง

การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง โดยผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยได้มองตนเอง เป็นการสำรวจบุคลิกภาพ ทำให้รู้จัก และเข้าใจความคิดและพฤติกรรมทั้งในส่วนตัว และส่วนที่ต้องการปรับปรุง เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจตนเอง รับรู้ถึงความสามารถและเห็นความสำคัญของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ และยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง จนเกิดเป็นความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) กล่าวว่า การพัฒนาการรู้จักตนเอง เป็นกระบวนการตลอดชีวิตและเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลตนเองในด้านสุขภาพจิต จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีการพัฒนาการรู้จักตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) นั่นคือ ค่าเฉลี่ยคะแนนการพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=37.10$) และก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=33.75$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล จันทร์ขำ (2547) ที่พบว่า ความมีคุณค่าในตนเองหลังได้รับการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการทดลอง ($\bar{X}=32.80$) สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}=21.55$) นอกจากนี้ ผลการศึกษาของนพร จีรังกร ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรู้จักตนเองหลังการทดลอง ($\bar{X}=39.45$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}=29.65$)

การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน ความรู้จะช่วยให้บุคคลได้พินิจพิจารณา ไตร่ตรอง และตัดสินใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านร่างกายแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปสร้างความแข็งแรงด้านร่างกายและทำให้ความเครียดถูกปลดปล่อย จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง และช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ (Cohen and Wills, 1985) และการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสื่อสารข่าวสารให้

เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยส่งเสริมในการติดต่อระหว่างบุคคล (Lazarus, 1976) และการวางแผนการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยสร้างความรู้สึกรับอำนาจในตนเอง และผู้ที่มีความสามารถเหนืองานความเครียดจะลดลง เกิดความพึงพอใจ (Smith, 1980) จากการศึกษาของ นวพร จิรังกร ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า การติดต่อสื่อสาร การใช้เวลา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองโดยทั่วไป หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพร วิชชุเวศคามินทร์ (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า การติดต่อสื่อสาร การใช้เวลา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองโดยทั่วไป หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง

การฝึกทักษะการผ่อนคลาย โดยผู้วิจัยฝึกทักษะการหายใจ และการนวดคลายเครียด ช่วยให้ความเชื่อมโยง ประสานกันระหว่างกายกับจิต โดยผ่านระบบประสาทและฮอร์โมน (Pelletier, 1977) ทำให้จิตใจสงบ สบาย มีสมาธิ นอกจากนี้ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) เชื่อว่าบุคคลที่ฝึกการผ่อนคลาย สามารถปรับตัวและเผชิญกับความกดดันในชีวิตประจำวันได้ ทั้งนี้เพราะในภาวะผ่อนคลาย จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ให้ทำงานลดลง จะช่วยลดอันตรายที่จะเกิดจากการที่ร่างกายอยู่ในภาวะเครียดยาวนานได้ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ วรรณพิรุณ (2545) ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย ผลพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลอง และมีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้การศึกษาของ อรพรรณ ลีทองอิน (2539) ที่ศึกษา ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นกรณีศึกษา โดยนำหลักการระบายร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผลพบว่าผู้ป่วยมีความเครียด และวิตกกังวลลดลง และมีความรู้สึกรับคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น

การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยผู้วิจัยพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสริมสร้างกำลังใจด้านความเชื่อ ค่านิยม ในสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือและศรัทธา การละเว้นความชั่วด้วยการรักษาศีล การกระทำความดีด้วยการทำบุญให้ทาน และการทำจิตใจให้บริสุทธิ์ผ่องแผ้วด้วยการเจริญภาวนา ทำสมาธิ ล้วนแล้วแต่เป็นการพัฒนาจิตใจ ส่งเสริมให้จิตมีความสงบ มีความสุข สามารถแก้ปัญหาชีวิต และอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ช่วยให้รู้จักปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์ , 2534 ก) และการนำหลักความไม่เที่ยงทางพระพุทธศาสนา และกฎแห่งกรรมมาช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจในสภาพธรรมชาติของชีวิตที่เป็นทุกข์

ที่ไม่เที่ยงของเหตุการณ์ในชีวิต และไม่ยึดติดในตัวตน จะมีผลต่อความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และ ความเชื่อของบุคคล ทำให้บุคคลมีการใช้กลวิธีจัดการที่นำไปสู่การแก้ไขภาวะซึมเศร้าลงได้ (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2547) จากการศึกษาของ นวพร จิรังกร ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หลังการทดลอง ($\bar{X}=30.85$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}=24.30$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพร วิชชุเวสคามินทร์ (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หลังการทดลอง ($\bar{X}=27.65$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}=20.45$)

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยยังได้คำนึงถึงช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมที่เน้นแก้ไขภาวะวิกฤตให้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และจำเป็นต้องช่วยทันทีภายในระยะเวลา 10-14 วัน หากปล่อยไว้นานเกิน 6 สัปดาห์ จะส่งผลถึงบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่ผิดปกติ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2547) จึงต้องเตรียมให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีความพร้อมและมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดเตรียมสถานที่สำหรับการสอน และการฝึกทักษะไว้อย่างเหมาะสม ปราศจากเสียงรบกวนต่างๆ โดยผู้วิจัยใช้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับพยาบาลประกอบการสอน และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นสื่อการสอน ซึ่งเป็นสื่อการสอนที่เหมาะสม สอดคล้องกับเนื้อหาและเข้าใจง่าย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ที่ว่า สิ่งเร้าที่ผ่านอวัยวะสัมผัสหลายๆ ทาง จะทำให้เกิดการเรียนรู้มากกว่าสิ่งเร้าทางเดียว (นที เกื้อกูลกิจการ, 2537)

ดังจะเห็นได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ก่อนการทดลองเท่ากับ 26.40 หลังการทดลองเท่ากับ 10.90 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติด้วย Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก และหลังการทดลองอยู่ในระดับปกติ

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยปฏิบัติต่อผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล คือ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ การบำบัดตามการรักษาของแพทย์ และส่งให้คำปรึกษาที่แผนกให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลพร้อมให้คำแนะนำสำหรับญาติในการเฝ้าระวังต่อที่บ้าน ซึ่งจะเห็นได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการพยาบาลที่ยังไม่ครอบคลุมการพยาบาลคนทั้งคนแบบองค์รวมอย่างชัดเจนนัก หรือมักจะดูแลใน

ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ให้กับผู้ป่วยก่อนข้างน้อย ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติการพยาบาลยังไม่มีการทำงานเป็นระบบ ไม่เป็นไปตามขั้นตอน ไม่ได้เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยก่อน หลังจากนั้นมีการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง มีการพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่ควรกระทำก่อนที่จะให้ความรู้ สอน และฝึกปฏิบัติ นอกจากนี้ มักจะเห็นได้ว่าพยาบาลมักไม่ค่อยมีเวลาที่จะให้กับผู้ป่วย ไม่ค่อยได้รับฟังเรื่องราวที่ผู้ป่วยต้องการระบาย ซึ่งนวลศรี ประดับพงษ์ (2531) กล่าวว่า การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้นั้น จะป้องกันภาวะเครียดที่เกิดจากกิจกรรมทางการพยาบาลบางอย่างที่ไม่เหมาะสมกับสถานที่ เวลา และบุคคล การจัดกิจกรรมที่มุ่งผู้ป่วยเป็นหลัก จะไม่ทำให้เกิดลักษณะงานที่มุ่งให้เสร็จทันเวลา ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามเวลาที่จัดไว้เหมาะสมกับผู้ป่วยคนนั้น

จากการปฏิบัติจริง พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีงานประจำอื่นๆ ก่อนข้างมาก ทำให้มีเวลาน้อยในการดูแลทางด้านจิตใจ การให้บริการด้านการให้คำปรึกษาซึ่งใช้เวลานาน หรือการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน พยาบาลและเจ้าหน้าที่อนามัยยังขาดความมั่นใจในเรื่องการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย หรือบางส่วนยังไม่ได้รับการอบรม แพทย์ยังเข้ามามีส่วนร่วมน้อย ยังมุ่งเน้นการรักษาทางกายมากกว่าทางจิตใจ มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ไม่เห็นความสำคัญของการให้คำปรึกษา และมักจะจำหน่ายผู้ป่วยอย่างรวดเร็วในเวลา 2-3 วันหลังจากเข้ารับการรักษา จากสภาพปัญหาและอุปสรรค ทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายยังขาดความรู้ ความเข้าใจ มีความคิดและความเชื่อที่ยังไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะปัญหาด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณที่ยังไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเพียงพอและครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ขาดแรงจูงใจ หมดความหวัง เกิดเป็นความซึมเศร้าที่อาจเรื้อรัง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ดี จึงต้องการหยุดการรับรู้ลง และคิดว่าการตายเปรียบเสมือนการหลีกเลี่ยงหนีจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ จนกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำตามมา

จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายมา จึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุขของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) ร่วมกับแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) และแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ของ Nicol (อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) มาใช้ สามารถทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม มีภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองน้อยลงกว่าก่อนการทดลอง และสามารถทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม มีภาวะซึมเศร้าน้อยลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม หลังการทดลองจะสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ว่า จากรูปแบบการพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุขของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) และแนวคิดการเสริมสร้างสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยการดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีนั้น บุคคลจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care agency) ซึ่งแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self care behavior) เพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองทั้งหมด และพฤติกรรมการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันไป การที่บุคคลจะพัฒนาวิธีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพของตนเองได้นั้น บุคคลเรียนรู้ในขอบเขตวัฒนธรรม ความเชื่อ และการรับรู้ของตน

การที่บุคคลจะพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองได้นั้น บุคคลจะต้องมีพลังความสามารถ 10 ประการ (Orem, 2001) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง นั่นคือ มีความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ เห็นคุณค่าในตนเอง ตลอดจนสามารถจัดการกับตนเองได้ ดังนั้น ก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ ก่อนที่จะนำความรู้ที่ได้ไปคิดพิจารณา และตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองอย่างเพียงพอต่อเนื้อ สิ่งที่กระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพ และให้ผลตามที่ต้องการ แม้ว่าจะมีแรงจูงใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะติดเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักกระยะหนึ่ง บุคคลนั้นจะกระทำไปโดยไม่ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ เมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำโดยไม่ต้องใช้ความพยายาม หรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นได้เรียนรู้และยึดถือปฏิบัติจนเป็นนิสัย แต่พฤติกรรมดั้งเดิมสามารถจะปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาให้เกิด พฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ได้ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ (บุญเยี่ยม ตรีกุลวงศ์, 2528) ตลอดชีวิตของบุคคลย่อมต้องมีการเรียนรู้เกิดขึ้น อาจเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือได้รับการสอนจากบุคคลอื่น การเรียนรู้สามารถทำให้บุคคลพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการช่วยให้

บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นได้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข (Smith, 1989: 584-586)

โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมตามการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำปัจจัยบางประการในด้านความรู้ ตามแนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุขของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ร่วมกับแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดที่แสดงออกมาในรูปแบบพฤติกรรมดูแลตนเอง มาเป็นตัวแปรในการจัดกระทำให้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยเน้นการพยาบาลที่ผสมผสานกันระหว่าง กาย-จิต-สังคม-จิตวิญญาณ มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล เพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี กิจกรรมประกอบด้วย สัมพันธภาพบำบัด การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ล้วนแล้วแต่เป็นส่วนประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองทั้งสิ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ก; Orem, 2001) ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังนั้น กิจกรรมในโปรแกรมดังกล่าว จึงเป็นการเสริมสร้างและพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เกิดการเรียนรู้กระบวนการทางความคิดที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ Nicol (อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) ซึ่งกระบวนการสร้างความรู้นี้ ส่วนสำคัญจะต้องใช้ประสบการณ์ของผู้เรียนเอง ผู้เรียนต้องเป็นฝ่ายกระทำ วิธีการนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเรียนรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง (พลวัตของการเรียนรู้) และเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) คือผู้ปวยต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายเพียงอย่างเดียว มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปวยด้วยกันเอง และระหว่างผู้ปวยกับผู้วิจัย และปฏิสัมพันธ์ดังกล่าว จะทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ในห้วงออกไปอย่างกว้างขวาง โดยอาศัยรูปแบบการพูด การเขียน และการฝึกปฏิบัติ เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ความรู้ ซึ่งการเรียนรู้ดังกล่าวจะทำให้ผู้ปวยบรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งสามารถอธิบายการพัฒนาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้ดังนี้

1. การนำเสนอและเชื่อมโยงสถานการณ์ โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายนำเสนอประสบการณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นของแต่ละคนตามสาเหตุของปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมองเห็นสถานการณ์ได้อย่างชัดเจน และเชื่อมโยงสถานการณ์จริงกับการเรียนรู้ทฤษฎีในคู่มือการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

2. การสะท้อนแนวคิดและค่านิยม โดยผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้พยายามฆ่าตัวตาย แสดงความคิด วิเคราะห์ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ในสถานการณ์ที่นำเสนอและสถานการณ์ของตนเอง ส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดการรับรู้ประโยชน์ และรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

3. การสร้างความเข้าใจและความคิดรวบยอด โดยผู้วิจัยใช้คำถามหรือคำพูดในการกระตุ้น ชักจูงให้ผู้ที่ย้ายมาตัวตายร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางและวิธีการปฏิบัติในการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยเป็นฝ่ายริเริ่ม และผู้วิจัยเป็นฝ่ายแต่งเติมให้สมบูรณ์ หรือในทางกลับกัน ผู้วิจัยเป็นผู้นำทางและผู้ป่วยเป็นผู้สานต่อ จนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด

4. การทดลองและการตรวจสอบพฤติกรรมใหม่ โดยผู้วิจัยให้ผู้ที่ย้ายมาตัวตายได้มีโอกาสฝึกแสดงพฤติกรรมและความรู้สึกตามสถานการณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงของผู้ป่วย โดยใช้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการสนับสนุน คัดค้าน การแสดงพฤติกรรมหรือการให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการนำแนวคิดของการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองไปทดลองปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ในการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยใช้ประสบการณ์จริงของผู้ที่ย้ายมาตัวตายดังกล่าวร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม จะทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการคิด เกิดทักษะเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม

จากการศึกษาในครั้งนี้ เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่ย้ายมาตัวตายในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมของผู้ที่ย้ายมาตัวตายกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 163.85 หลังการทดลองเท่ากับ 187.25 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร จีรังกร ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ที่ย้ายมาตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ย้ายมาตัวตายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ($\bar{X} = 192.10$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 140.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพร วิชชุเวสคามินทร์ (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ที่ย้ายมาตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ย้ายมาตัวตายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ($\bar{X} = 193.90$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 142.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ในขณะที่ผู้ที่ย้ายมาตัวตายกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ อันประกอบไปด้วย กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยปฏิบัติต่อผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล คือ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การ

ได้รับยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ การบำบัดตามการรักษาของแพทย์ และส่งให้คำปรึกษาที่แผนก ให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลพร้อมให้คำแนะนำสำหรับญาติในการเฝ้าระวังต่อที่บ้าน ซึ่งจะเห็นได้ว่า การปฏิบัติกรพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการพยาบาลที่ยังไม่ครอบคลุมการพยาบาลทั้งคนแบบองค์รวมอย่างชัดเจนนัก หรือมักจะดูแลในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ให้กับผู้ป่วยค่อนข้างน้อย ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติกรพยาบาลยังไม่มีการทำงานเป็นระบบ ไม่เป็นไปตามขั้นตอน ไม่ได้เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยก่อน หลังจากนั้นมีการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง มีการพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่ควรกระทำก่อนที่จะให้ความรู้ สอน และฝึกปฏิบัติ และระยะเวลาในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละรายน้อย พยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยความเร่งรีบ ทำให้ไม่สามารถให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้ทั้งหมด ความรู้ที่ให้ไม่เฉพาะเจาะจง รูปแบบการให้ความรู้มักจะไม่มีการมีแบบแผนที่แน่นอน โดยมักจะยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง และให้ความรู้แบบสื่อสารทางเดียวโดยไม่คำนึงถึงประสบการณ์เดิมที่ผู้ป่วยเคยรับรู้มาก่อน และไม่ได้ให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กล้าระบายปัญหา ความคับข้องใจ หรือแสดงความคิดเห็น ในสิ่งที่ตนเองยังไม่เข้าใจ รวมทั้งไม่มีการฝึกทักษะการปฏิบัติ จึงทำให้ ผู้ป่วยขาดข้อมูลและทักษะในการที่จะนำไปพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม จึงก่อให้เกิดความเครียด ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข เกิดเป็นความคับข้องใจ จนหาทางออกไม่ได้ส่งผลให้เกิดความคิด และการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำตามมาได้

สอดคล้องกับการศึกษาของ ดรุณี เลิศปรีชา (2545) ที่ศึกษา การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดนครสวรรค์ จากการศึกษาที่มีข้อมูลที่น่าสนใจ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.41 ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำ มีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นข้อบ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย อาจฆ่าตัวตายซ้ำได้ ถ้าไม่ได้รับการส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมหลังการทดลองเท่ากับ 187.25 กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 147.70 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จะเห็นได้ว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันมากนัก แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง

ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ปรากฏว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างเห็นได้ชัด ในขณะที่กลุ่มควบคุมนั้น ไม่แตกต่างกัน ซึ่งอภิปรายผลเป็นรายข้อได้ ดังนี้

1. ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองมี พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองทุกข้อภายหลังการทดลองมากกว่าก่อน การทดลอง ยกเว้นในเรื่อง การสำรวจความรู้สึกต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ที่ พบว่าก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เท่ากัน ($\bar{X}=2.95$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากบุคคลส่วนใหญ่ มักจะไม่ได้สำรวจความรู้สึกต่อสถานการณ์ต่างๆ มักไม่ทราบว่าตนเองรู้สึกอย่างไร และมักจะ พบว่าการระบายความรู้สึกเป็นของยาก ยากที่จะหาคำบรรยายความรู้สึก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข) ในขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่า การที่พูดคุยหรือทำงานร่วมกับบุคคลอื่น มักจะไม่ค่อยคำนึงถึงผลของ การกระทำมากนัก และเมื่อบุคคลทำงานสิ่งใดไม่สำเร็จบุคคลมักจะสำรวจหาสาเหตุก่อนที่จะคิดว่า ตนเองไร้ความสามารถ ซึ่งจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) กล่าวว่า บุคคลจะประสบความสำเร็จหรือ ล้มเหลวขึ้นอยู่กับความเชื่อว่าคุณมีความสามารถ และเชื่อว่าการกระทำนั้นๆ มีคุณค่าหรือมีความ หมายต่อชีวิตของตน

2. การพัฒนาด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมี พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้สูงขึ้นทุกข้ออย่างชัดเจน ทั้งนี้เนื่องมาจากการสื่อสารเป็นกระบวนการ ที่ทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเองและรับรู้ความต้องการของผู้อื่นเพื่อสื่อสารให้ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยส่งเสริมในการติดต่อระหว่างบุคคล (Lazarus, 1968) ถ้าบุคคลมี ทักษะในการติดต่อสื่อสารที่ดี คือ มีความเข้าใจในความรู้สึกของอีกฝ่ายหนึ่งอย่างตั้งใจ จะช่วยให้ เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2543) ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า การที่จะอธิบาย สิ่งที่บุคคลต้องการให้ผู้อื่นฟังจนเข้าใจนั้น พบว่า หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองเล็กน้อย อาจเนื่องจาก การเรียนรู้ระเบียบของสังคมไทยมักอบรมสั่งสอนให้เด็กเชื่อฟังและเคารพบนอบใน ผู้ใหญ่ การโต้แย้งผู้ใหญ่เป็นสิ่งไม่ดี เมื่อเติบโตขึ้นมักไม่เป็นตัวของตัวเอง และไม่กล้าสื่อสารในทาง สร้างสรรค์อย่างตรงไปตรงมา (บุญวดี เพชรรัตน์, 2534) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tousignant and Hanigan (1993) ที่นักเรียนที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า มีการบอกเล่าปัญหาต่างๆ น้อยมาก

3. การพัฒนาด้านการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มี พฤติกรรมการใช้เวลารายข้อสูงขึ้นทุกข้อ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการฝึกฝนในเรื่องการใช้เวลาจาก การทำกิจกรรม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดลำดับความสำคัญของงาน และช่วยให้กิจกรรมทุกอย่างที่ต้อง ทำสำเร็จลงได้ตามที่ต้องการ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข) ในส่วนของกลุ่มควบคุม พบว่ามี

พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเข้ากลุ่มที่พูดคุยกันอย่างสนุกสนานครั้งหนึ่งครั้งเต็มไปด้วยเรื่องขบขันเพราะเป็นการเสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์ โดยก่อนการทดลอง ($\bar{X}=3.05$) สูงมากกว่าหลังการทดลอง ($\bar{X}=3.00$) เพียงเล็กน้อย อาจเนื่องจาก ความสามารถในการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพเป็นทักษะที่ต้องเรียนรู้ และฝึกฝนอย่างเป็นขั้นตอน (Hill and Smith, 1990)

4. การพัฒนาด้านการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม จากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมรายข้อสูงขึ้นทุกข้อ อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมทำสัมพันธภาพบำบัดร่วมกันกับผู้วิจัยอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอน ส่งผลให้กระบวนการคิด อันประกอบด้วย การไตร่ตรอง ประเมินสถานการณ์ คัดสินใจเลือกกระทำ และลงมือกระทำ กิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายส่วนตัว (Orem, 1995) และการแก้ไขปัญหาได้รับการตอบสนอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีประสบการณ์ รวมทั้งเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาจากการผ่านเหตุการณ์ต่างๆ ทำให้มีการไตร่ตรองและมีการตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญปัญหาต่างๆ (ช่อลัดดา พันธุ์เสนา, 2536) เมื่อเผชิญปัญหาหมักไม่พิจารณาว่าปัญหาคืออะไรหรือพิจารณาถึงผลดีผลเสียของวิธีแก้ปัญหาและเมื่อเหตุการณ์ร้ายผ่านไปไม่พิจารณาจนรู้ว่าทำอะไรให้เหตุการณ์นั้นคลี่คลายลงได้รวมไปถึงการทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นอย่างไรต้องเปลี่ยนแปลงอย่างไร ส่งผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข

5. การพัฒนาด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อสูงขึ้นทุกข้อ อาจเนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง และช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต (Cohen and Wills, 1985) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า การช่วยเหลือเพื่อนหรือบุคคลอื่นเมื่อทราบว่าเพื่อนต้องการ มีค่าคะแนนไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง ($\bar{X}=2.80$) ซึ่ง Hill and Smith (1990) เชื่อว่า การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะทำให้ได้รับการยอมรับและเห็นว่ามีคุณค่า

6. การพัฒนาการปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนา จากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามารายข้อสูงขึ้นทุกข้อ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่ค่อยได้ปฏิบัติกิจกรรมสวดภาวนา หรือแผ่เมตตาให้ผู้อื่น และไม่ค่อยปฏิบัติกิจกรรมบริจาคเงิน ทรัพย์สินหรือสิ่งของด้วยเจตนา และเสียสละช่วยผู้อื่น อาจเนื่องจากการความศรัทธาและการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดภาวะที่เป็นสุขเพราะมีจิตใจที่สงบสุขขึ้น (Hill and Smith, 1990) สอดคล้องกับจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ที่เชื่อว่าการดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณคือ การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนเองยึดถือ จะช่วยขัดเกลากจิตใจให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข

7. การพัฒนาการดูแลตนเองโดยทั่วไป จากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกิจกรรมนี้สูงขึ้นทุกข้อ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่ค่อยได้ปฏิบัติกิจกรรมในการออกกำลังกายหรือออกแรงทำในสิ่งที่ท่านพอใจ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพในโรงงาน

อุตสาหกรรมที่มีรายได้ค่อนข้างน้อย และเป็นงานที่หนักและมักจะมีล่วงเวลาในการทำงานจนไม่มีเวลาสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง

จากผลการศึกษาที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีผลต่อการดำรงชีวิตของบุคคล ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองทั้ง 7 ด้านโดยจัดเป็นโปรแกรมดังที่ผู้วิจัยได้จัดกระทำขึ้นสำหรับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ด้วยเหตุผลดังกล่าว

แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายลดน้อยลงและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ

จากผลวิจัยในครั้งนี้ ในฐานะที่เป็นพยาบาลจิตเวชควรตระหนักถึงความสำคัญ และควรมีส่วนช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพ้นภาวะวิกฤต และมีการดำรงชีวิตที่ปกติสุข โดยเน้นการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ พร้อมไปกับการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากความรู้ทำให้กระบวนการทางการคิดตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลได้พิจารณา ไตร่ตรอง และตัดสินใจที่จะปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม (Nicol อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) ร่วมกับการสนับสนุนด้วยการใช้กระบวนการกลุ่ม ให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้แสดงความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตน ได้แลกเปลี่ยนและรับฟังความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน (De Melo, 2001: 621) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ถูกต้อง

ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ต้องการให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลตนเอง พึ่งพาตนเอง และเพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบบริการพยาบาล จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบบริการทางสุขภาพให้เป็นเน้นการส่งเสริมและป้องกันการเจ็บป่วยและให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเมื่อเกิดปัญหา นอกจากนี้ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ยังได้ให้ความสำคัญกับประเด็นสุขภาพแนวองค์รวม ดังนั้น พยาบาลจิตเวชในฐานะผู้ให้บริการ โดยตรงและใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทที่มีความแตกต่างจากผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่นในทีมจิตเวช คือ ปฏิบัติการพยาบาลมุ่งพัฒนาผู้ให้บริการในฐานะบุคคลทั้งคนในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ อยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ โดยใช้ศาสตร์การพยาบาล และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน จึงควรปรับบท

บาทเป็นแนวองค์กรวมให้เกิดความกลมกลืนภายใน โดยปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเองได้ วิธีการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพเป็นไปในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ทั้งสิ้น โดยการมาตั้งเป้าหมายร่วมกัน แสวงหาแนวทางร่วมกัน และลงมือปฏิบัติร่วมกัน โดยยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย นั่นก็คือ การเปลี่ยนแปลงของบุคคลที่มุ่งสู่การมีสภาพชีวิตที่ปกติสุข

นอกจากนี้ควรตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป เช่น ควรมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1, 3, 6 เดือน และ 1 ปี ต่อไป และควรให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยจัดเป็นแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล (Clinical pathway guideline or care maps) และในชุมชนได้ โดยมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบทที่จะนำไปใช้ และสามารถใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ

1.2 ในการนำโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์กรวมไปใช้ ผู้ใช้จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์กรวม สัมพันธภาพบำบัด การพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีพื้นฐานในการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาผู้ป่วยในภาวะวิกฤต และมีพื้นฐานในการให้ความรู้ที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่มเป็นอย่างดี ดังนั้น ควรมีการฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ จะทำให้ใช้โปรแกรมนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และก่อนนำโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์กรวมไปใช้ ผู้ใช้ควรมีการศึกษาปัญหาปัจจัยเสี่ยง และความต้องการของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้สามารถนำไปปรับปรุงกิจกรรมและเนื้อหาให้สอดคล้องและตรงกับปัญหา ความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วย

1.3 ควรมีการประยุกต์โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์กรวมไปใช้กับ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ รวมถึงผู้ดูแล และผู้ที่ไม่เจ็บป่วย

1.4 การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์กรวม ควรมีการคำนึงถึงระยะเวลาเนื่องจากผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาที่จำกัด ควรมีการยืดหยุ่นในการใช้เวลาและสามารถยืดหยุ่นในการนำไปใช้จัดกิจกรรมการดูแลที่ต่อเนื่อง และควรมีการติดตามผลหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง

เนื่องในระยะยาวทุก 1, 3, 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะซึมเศร้า รวมถึงความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาถึงผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีการสนับสนุนจากญาติผู้ใกล้ชิดหรือญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เช่น คู่สมรส บิดา-มารดา เป็นต้น เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

2.2 ควรมีการศึกษาถึงผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หรือระยะติดตาม ประเมินผลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยติดตามทุกระยะ 1, 3, 6 เดือน และ 1 ปี

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เช่น การรับรู้สุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา ซึ่งตัวแปรย่อยเหล่านี้สามารถทำให้บุคคลสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองได้