

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วันรับ : 11 มิถุนายน 2563
วันแก้ไข : 27 กุมภาพันธ์ 2564
วันตอบรับ : 28 กุมภาพันธ์ 2564

สุบิน สมิน้อย, ศษ.ม., วิชาดา คณะไชย, พย.บ.,
อัครา ฤๅชา, พย.บ., สาคร บุบผาเฮ้า, พย.บ.,
รัชชชฎา ธารจันทร์, พย.บ.
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบผู้ป่วยนอกต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วิธีการ : เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดจำนวน 20 คน จับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบผู้ป่วยนอก และกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดทางจิตสังคมตามปกติ ประเมินผลลัพธ์ด้วยแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และหลังติดตามหนึ่งเดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

ผล : กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}_1 = 91.6, SD = 12.14, \bar{X}_2 = 107, SD = 11.8, \bar{X}_3 = 106.6, SD = 11.13$) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}_{\text{experimental}} = 106.6, SD = 11.13, \bar{X}_{\text{control}} = 99.5, SD = 15.29$) เมื่อติดตาม 1 เดือน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมตามปกติ (0.4 และ 5.9 ตามลำดับ)

สรุป : กลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาในผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อาจพิจารณาให้เป็นกลุ่มบำบัดทางเลือกในระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบบผู้ป่วยนอกได้

คำสำคัญ : ความสามารถในการเผชิญปัญหา โปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุบิน สมิน้อย; e-mail: sminoy@gmail.com

Original article

The effect of empowerment group program on coping ability in patients at risk of suicide, outpatient department, Khon Kaen Rajanagarindra psychiatric hospital

Received : 11 June 2020

Revised : 27 February 2021

Accepted : 28 February 2021

Subin Sminoy, M.Ed., Vipada Kanachai, B.N.S.,
Achara Luecha, B.N.S., Sakorn Buphahou, B.N.S.,
Ratchada Tarachun B.N.S.
Khon Kaen Rajanagarindra psychiatric hospital

Abstract

Objective: To study the effects of the outpatient empowerment group program on the coping ability in patients at risk of suicide.

Method: This was a quasi-experimental research with repeated measurement conducted in outpatient psychiatric hospital. Those with risk of suicide were selected by simple random sampling to the experimental group and the control group, 10 each. The experimental group received the empowerment program while the control group received routine psychosocial intervention. The coping ability assessment was measure as an outcome before and after the intervention and after one month follow up. Data was analyzed using descriptive statistics, covariance and one-way repeated measures ANOVA.

Result: The coping ability mean score in experimental group was significantly higher after receiving the program. ($\bar{X}_1 = 91.6$, $SD = 12.14$, $\bar{X}_2 = 107$, $SD = 11.8$, $\bar{X}_3 = 106.6$, $SD = 11.13$) and also significantly higher than those in the control group. ($\bar{X}_{\text{experimental}} = 106.6$, $SD = 11.13$, $\bar{X}_{\text{control}} = 99.5$, $SD = 15.29$). After 1 month follow-up, the average coping ability scores of experimental group were reduced compared with after intervention, but lesser than the control group (0.4 and 5.9, respectively).

Conclusion: Empowerment group program may increase coping ability in patients at risk of suicide. The program should be considered as an optional outpatient group therapy for patients at risk of suicide.

Key words: coping ability, empowerment group program, patients at risk of suicide

Corresponding author: Subin Sminoy; e-mail: sminoy@gmail.com

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ทางพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนจากปัจจัยหลายประการ และยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในสังคมหรือภูมิภาคใดในโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าทั่วโลกมีคนฆ่าตัวตาย 804,000 คนต่อปี คิดเป็นอัตรา 11.4 ต่อแสนประชากร การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มคนอายุระหว่าง 15 - 29 ปี และร้อยละ 79 เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวช (ร้อยละ 45) รองลงมาคือกลุ่มผู้ใช้สุราและสารเสพติด¹ จากรายงานสถานการณ์การทำร้ายตนเองในประเทศไทย ปี 2560 พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 13.8 และผู้ป่วยจิตเวชที่ทำร้ายตนเองมีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองซ้ำภายในหนึ่งปีสูงถึง 100 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป² ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า โรคจิตเภท วิตกกังวล มีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน ความผิดปกติของบุคลิกภาพ การใช้สารเสพติด อยู่ในครอบครัวที่ขาดความผูกพัน พ่อแม่มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย ความรู้สึกด้อยค่า เหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่นำมาสู่ความเครียดอย่างมาก และมีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม³

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้รับมอบหมายจากกรมสุขภาพจิตให้เป็นหน่วยงานที่เป็นเลิศด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ในระบบบริการของโรงพยาบาลฯ มีการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้รับบริการผู้ป่วยนอกทุกราย หากพบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกกระดับ แพทย์จะประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง และพิจารณาปรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน กรณีที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมรับการรักษานในโรงพยาบาลและ/หรือญาติดูแลได้ จะได้รับการส่งต่อมารับการบำบัดทางจิตสังคมรายบุคคลแบบผู้ป่วยนอกที่ศูนย์จิตประภัสร์ โดยการบำบัดทางจิตสังคมที่มีการจัดบริการให้ ได้แก่ cognitive behavioral therapy (CBT), Satir's model, mindfulness-based therapy and counseling (MBTC), motivational

interviewing (MI) หรือ psycho-education จากการติดตามผลลัพธ์ในช่วง 3 ปี พบว่ามีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 32.8 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 34.8 และ 74.1 ในปี 2561 และ 2563 ตามลำดับ และมีผู้รับบริการที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำกลับมารับบริการสูงถึงร้อยละ 14.4⁴ การพัฒนาการบำบัดทางจิตสังคมที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำเป็นช่องว่างหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลฯ ให้มีคุณภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่พบว่า การบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม^{5,6} ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันตลอดเวลาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นเหตุให้เกิดปัญหาหรือความเครียดของจิตใจ หากขาดความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ จะส่งผลให้การเผชิญปัญหาอย่างไม่เหมาะสม ไม่มีแนวทางในการแก้ปัญหา ปัญหาไม่คลี่คลาย หรือการปรับตัวไม่ได้ผล อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายได้ การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวคิดในการพัฒนาทักษะผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหา และสามารถควบคุมตนเองได้⁷ สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ว่าเป็นการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเอง แก้ปัญหาด้วยตนเอง เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีอำนาจ สามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต⁸

นอกจากการบำบัดรายบุคคลแล้ว กระบวนการกลุ่มในผู้ป่วยฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ด้วยการแบ่งปันประสบการณ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เพิ่มความนับถือตนเอง เป็นการสนับสนุนทางสังคมด้วยคนกลุ่มเดียวกัน

โดยที่ผู้บำบัดเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเอื้ออำนวยให้สภาพแวดล้อมมีความปลอดภัย สนับสนุนให้สมาชิกแสดงออกทางอารมณ์ มีความสะดวกใจในการแบ่งปันประสบการณ์และมุมมองของสมาชิก รวมถึงการตระหนักถึงความปลอดภัยส่วนบุคคลจากการฆ่าตัวตาย ผู้นำกลุ่มควรเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญและได้รับการฝึกอบรมทางคลินิกที่เหมาะสม⁹

ในบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลฯ ผู้วิจัยจึงได้นำกระบวนการกลุ่มบำบัดมาใช้ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เสริมสร้างผู้ป่วยให้ตระหนักในตนเอง รวมถึงเสนอแนะวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สร้างความรู้สึกเป็นสมาชิกของกลุ่ม สร้างเครือข่ายการสนับสนุนที่มั่นคง และสามารถระบุเป้าหมายความสำเร็จในอนาคตได้ งานวิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบผู้ป่วยนอกต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมตามปกติ ทั้งนี้เพื่อนำไปพัฒนาระบบบริการจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิผลต่อไป

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง และวัดซ้ำภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์จิตประภัสร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือน มิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2562 เกณฑ์คัดเข้า คือ อายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (คะแนน MINI-SUICIDE 4 คะแนนขึ้นไป) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี มีการได้ยินและสื่อสารได้ตามปกติ เกณฑ์คัดออก คือ มีอาการ

ทางจิตในระยาระหว่างการดำเนินโครงการ มีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจก่อนการทดลองต่ำกว่า 60 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด และขอยุติการร่วมโครงการ จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power ค่า Effect size ขนาดใหญ่ = 0.4¹⁰ ค่า Alpha = .05 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 9 คนและกลุ่มควบคุม 9 คน ทั้งนี้เพื่อความเหมาะสมในการจัดกระบวนการกลุ่ม¹¹ และมีขนาดพอที่จะมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มเป็นกลุ่มละ 10 คน วิธีการสุ่มเลือกโดยการจับฉลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดทางจิตสังคมตามปกติ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การตกลงบริการ การค้นหาปัญหา การระบุปัญหา การร่วมกันแก้ไขปัญหา การยุติบริการ และการติดตามผล

โปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁸ ร่วมกับกระบวนการบำบัดกลุ่มสำหรับวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย¹² ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการ และการประเมินผล โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index; CVI) เท่ากับ .83 มีการปรับแก้หัวข้อกิจกรรมให้สัมพันธ์ต่อเนื้อเรื่องและวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องในแต่ละขั้นตอน นำโปรแกรมฯ ที่แก้ไขแล้วไปทดสอบกับกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองจำนวน 10 คน พบว่ามีความเหมาะสมดี โปรแกรมฯ ดำเนินการแบบกลุ่มปิด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 - 90 นาที จำนวน 4 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพ การกำหนดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และการค้นพบสภาพการณ์จริง ทั้งสภาพการตอบสนองด้านอารมณ์ การตอบสนองทางด้านสติปัญญา การรับรู้ และการตอบสนองทางพฤติกรรมตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง โดยสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการ

แสดงความคิดเห็น และทำความเข้าใจกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายที่ถูกต้อง นำไปสู่การยอมรับเหตุการณ์ครั้งที่ 2 เป็นการพัฒนาความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง ด้วยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มทบทวนสถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาและการแสวงหาทางเลือกที่เหมาะสม ครั้งที่ 3 เป็นการตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง โดยผู้วิจัยสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ มุมมอง และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ซึ่งกันและกัน เพื่อประกอบการตัดสินใจ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะเรียนรู้ในการแก้ปัญหา เรียนรู้ในการคงพฤติกรรม สร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ ครั้งที่ 4 เป็นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นขั้นตอนที่สมาชิกกลุ่มปฏิบัติตามข้อผูกพัน หากพบปัญหาการปฏิบัติตามทางเลือก ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มจะเสนอแนะข้อคิดเห็นในการแก้ไข และเมื่อประสบผลสำเร็จก็จะชมเชยให้กำลังใจ ให้อึดใจ มั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประวัติความพยายามฆ่าตัวตาย และ/หรือฆ่าตัวตายสำเร็จของสมาชิกในครอบครัว 2) แบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา ของ Jalowiec^{13,14} ประกอบด้วย 6 ด้าน รวม 40 ข้อ ได้แก่ การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด การบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด การใช้การประคับประคอง การพึ่งพาตนเอง การเผชิญหน้ากับปัญหา และการมองเหตุการณ์ในแง่ดี โดยมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 160 คะแนน คะแนนรวมที่สูงบ่งบอกถึงการใช้พฤติกรรมในการเผชิญปัญหาในรูปแบบดังกล่าวสูง ตรวจสอบความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่า = .92 และ 3) แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจแห่งตน¹⁵ ตามแนวคิดของ Gibson⁸ มีข้อคำถามรวม 25 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินการรับรู้พลังอำนาจ 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้และ

เข้าใจปัญหาของตนเอง ด้านการรับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ด้านความหวังและกำลังใจ ด้านความสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ด้านการรู้จักแหล่งประโยชน์และสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และด้านความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี มีมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ช่วงคะแนน คือ คะแนนน้อยกว่า 60 หมายถึงการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนระดับต่ำ คะแนน 60 - 80 หมายถึงการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนระดับปานกลาง และคะแนน 80 ขึ้นไป หมายถึงการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนระดับดี โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ ควรจะได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 60 คะแนน ถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง หากไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยจะต้องพิจารณาการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม การตรวจสอบความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .88 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ในกรณีที่อ่านหนังสือไม่คล่องพยาบาลที่เก็บข้อมูลเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาและประเมินการรับรู้พลังอำนาจแห่งตน ก่อนและหลังการทดลอง และเมื่อติดตาม 1 เดือน

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (analysis of covariance: ANCOVA) และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหา ก่อนทดลองและหลังการทดลอง และเมื่อติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA)

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 007/2562 ลงวันที่ 25 มิถุนายน 2562

ผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 20 - 29 ปี ครึ่งหนึ่งมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและอีกครึ่งหนึ่งมีความคิดหรือวางแผนฆ่าตัวตาย เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามตัวแปรลักษณะประชากรและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายพบว่า ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการฆ่าตัวตาย

และประวัติสมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองพบว่ามีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงกว่า กล่าวคือ มีประวัติลงมือฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 70 และประวัติสมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 30 ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบเพียงร้อยละ 30 และร้อยละ 10 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง (n = 20)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 10)		กลุ่มควบคุม (n = 10)		p - value
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	
เพศ					.141 [†]
ชาย	1	10.0	5	50.0	
หญิง	9	90.0	5	50.0	
อายุ					N/A
20 - 39 ปี	9	90.0	9	90.0	
40 - 59 ปี	1	10.0	1	10.0	
สถานภาพสมรส					N/A
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6	60.0	6	60.0	
คู่	4	40.0	4	40.0	
ระดับการศึกษา					.37 [†]
ต่ำกว่าปริญญาตรี	6	60.0	3	30.0	
ปริญญาตรี ขึ้นไป	4	40.0	7	70.0	
อาชีพ					.37 [†]
ว่างงาน/ไม่มีงานทำประจำ	6	60.0	3	30.0	
มีงานทำ	4	40.0	7	70.0	
ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย					.07 ^{††}
มีความคิด/วางแผน	3	30.0	7	70.0	
ลงมือฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตาย	7	70.0	3	30.0	
สมาชิกในครอบครัวมีคนที่ยกยอฆ่าตัวตายและ/หรือฆ่าตัวตายสำเร็จ หรือไม่					.58 [†]
มี	3	30.0	1	10.0	
ไม่มี/ไม่แน่ใจ	7	70.0	9	90.0	

[†] Fisher's exact test, ^{††} Chi-square test

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,17)} = 9.9, p\text{-value} = .006$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าประมาณคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาหลังการทดลอง (marginal effect) พบว่าค่าประมาณคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}_{diff} = 11.3, 95\% \text{ CI of } \bar{X}_{diff} = 4.3 - 18.4, p\text{-value} = .002$) โดยมีขนาดผลกระทบส่วนย่อยของกลุ่มเท่ากับร้อยละ 37 ($\eta^2_{partial} = .37, 95\% \text{ CI} = .04 - .60$) แสดงดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง และเมื่อติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการ one - way repeated measures ANOVA ผู้วิจัยได้ตรวจสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นด้วยวิธีการ Mauchly's test แต่ไม่ผ่านข้อตกลง (Mauchly's $W = .358, \text{Chi}^2 = 18.5, \text{df} = 2$ และ $p\text{-value} = .0001$) จึงพิจารณา ค่า $p\text{-value}$ ที่ได้จากวิธีการปรับค่า degree of freedom

โดยเลือกค่า $p\text{-value}$ ของวิธี Greenhouse - Geisser correction พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง และเมื่อติดตาม 1 เดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,32)} = 7.32, p\text{-value} = .009$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วน (partial η^2) เท่ากับ .28 แสดงดังตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหารายคู่ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni พบว่าในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อติดตามหนึ่งเดือนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่วัดซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ก่อนและหลังการทดลอง ($\bar{X}_{diff} = 15.4, 95\% \text{ CI of } \bar{X}_{diff} = 8.73 - 22.07$ และ $p\text{-value} < .001$) และก่อนการทดลองและเมื่อติดตามหนึ่งเดือน ($\bar{X}_{diff} = 15, 95\% \text{ CI of } \bar{X}_{diff} = 8.33 - 21.67$ และ $p\text{-value} < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4 และเมื่อติดตาม 1 เดือนพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาและคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มลดลง ดังแผนภาพที่ 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหา ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการศึกษาความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

กลุ่ม	ก่อนทดลอง $\bar{X} \pm SD$	หลังทดลอง $\bar{X} \pm SD$	ผลการเปรียบเทียบ ANCOVA		ค่าประมาณหลังปรับตัวแปรร่วม				
			$F_{(df_{repeat}, df_{residual})}$	p - value	$\bar{X}_{adjusted}$	95% CI of $\bar{X}_{adjusted}$	\bar{X}_{diff}	95% CI of \bar{X}_{diff}	p - value
กลุ่มทดลอง (n = 10)	91.6 ± 12.1	107.0 ± 11.8	$F_{(1,17)} = 9.9$.006	108.9	103.6 - 114.2	11.3	4.3 - 18.4	.002*
กลุ่มควบคุม (n = 10)	96.8 ± 17.9	99.5 ± 15.3			97.6	92.3 - 102.9			

ในส่วนย่อย (ระหว่างกลุ่ม) : = 0.37 (95% CI = .04 - .60), = .33 (95% CI = 0 - .58)

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ความแปรปรวนวัดซ้ำทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง และติดตามหนึ่งเดือน

ตัวแปรวัดซ้ำ ^a	กลุ่มควบคุม $\bar{X} \pm SD$	กลุ่มทดลอง $\bar{X} \pm SD$	Greenhouse - Geisser Correction		
			$F_{(df_{repeat}, df_{residual})}$	p - value	Effect size (partial η^2)
ครั้งที่ 1	96.8 ± 17.94	91.6 ± 12.14	$F_{(2,38)} = 7.32$.009**	.28
ครั้งที่ 2	99.5 ± 15.29	107.0 ± 11.77			
ครั้งที่ 3	93.2 ± 15.44	106.6 ± 11.13			

^a ครั้งที่ 1 หมายถึงก่อนการทดลอง, ครั้งที่ 2 หมายถึงหลังการทดลอง และครั้งที่ 3 หมายถึงติดตามหนึ่งเดือน

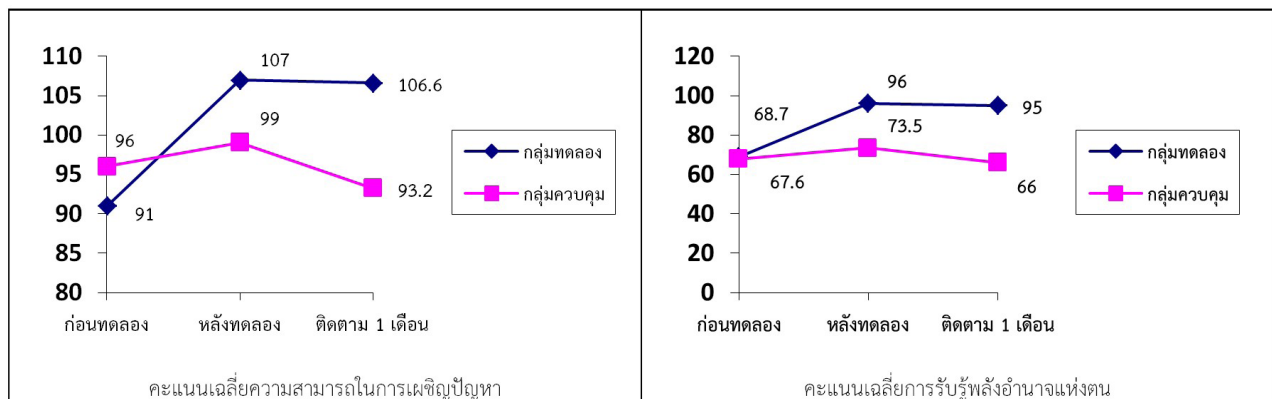
** มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหารายคู่ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni

คู่ทดสอบ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	\bar{X}_{diff}	95% CI of \bar{X}_{diff}	p - value	\bar{X}_{diff}	95% CI of \bar{X}_{diff}	p - value
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 2	2.7	3.97 - 9.37	.948	15.4	8.73 - 22.07	< .001**
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 3	3.6*	3.07 - 10.27	.551	15	8.33 - 21.67	< .001**
ครั้งที่ 2 กับ ครั้งที่ 3	6.3*	0.37 - 12.97	.069	0.4*	6.27 - 7.07	.986

* มีค่าติดลบ ซึ่งแสดงถึงขนาดที่ลดลง

** มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



แผนภาพที่ 1 แนวโน้มคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหา และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตาม 1 เดือน

วิจารณ์

จากการศึกษาใน กลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงขึ้นและสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับบริการจิตสังคัมปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจและการเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการที่สอดคล้องสัมพันธ์ ที่กระตุ้นให้บุคคลตอบสนองสิ่งที่เร้าภายในและภายนอก โดยเปลี่ยนแปลงความรู้ ความเข้าใจ อารมณ์ หรือพฤติกรรมเพื่อจัดการปัญหา¹⁶ ซึ่ง Gibson⁸ กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการ ตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง และ Woodall¹⁷ กล่าวถึงการเสริมพลังอำนาจว่าเป็นการเพิ่มขีดความสามารถส่วนบุคคล ให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ ความรู้สึกมีคุณค่า และความภาคภูมิใจในตนเอง ในการพัฒนาหลักการเผชิญปัญหาที่นำไปสู่ทักษะการตัดสินใจ การควบคุมชีวิตของตนเอง ประสิทธิภาพโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจมีแนวโน้ม ในการสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพให้ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยฆ่าตัวตายของ วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์ ที่พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงฯ มีความคิดด้านบวกเพิ่มขึ้น เชื่อมั่น และเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถเผชิญปัญหาอย่างมีเหตุมีผล มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำอีก⁶ จึงอาจกล่าวได้ว่า โปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิภาพต่อความสามารถ ในการเผชิญปัญหา

ส่วนกระบวนการกลุ่มบำบัด เป็นหนึ่งในวิธีที่ได้ผลในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยเป็นการเสริมสร้างความหวัง เสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้เข้มแข็ง เสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง ช่วยให้เห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น ลดอารมณ์ซึมเศร้า ลดความรู้สึกวิตกกังวล ช่วยให้ปรับตัวต่อความเครียด ลดความรู้สึกแยกตัว ลดความรู้สึกเป็นตราบาบ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น¹⁸⁻²² นอกจากนั้นยังพบว่า

การบำบัดด้วยกลุ่มในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหา ลดภาวะซึมเศร้า ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และลดการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในได้²³ กลุ่มบำบัดที่ทำให้เกิดประสิทธิผลนั้นประกอบด้วยส่วนเนื้อหา ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รูปแบบการเผชิญปัญหาเดิมของแต่ละคน ผลกระทบที่เกิดจากการแบบเผชิญปัญหาเดิม การพิจารณาเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การสร้างพื้นที่ปลอดภัย แผนการเผชิญปัญหา วิธีจัดการอารมณ์และความคิดด้านลบ สู่อารมณ์ด้านบวก และความรู้สึกต่อตนเองในการฟื้นฟูอุปสรรคชีวิต ส่วนกระบวนการ ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ทั้งนี้ ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวผู้ป่วย โดยผ่านปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม²⁴ เกิดสัมพันธภาพที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย มีการยอมรับกัน เกิดความไว้วางใจกันและกัน มีบรรยากาศในการแบ่งปันประสบการณ์และมุมมอง มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ให้กำลังใจกัน แสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการปรับปรุงวิธีการเผชิญปัญหาในแต่ละคน²⁵ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงภายในนี้ Yalom เรียกว่า ปัจจัยบำบัด²⁶ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อเข้าร่วมกลุ่มจะเห็นว่าสมาชิกคนอื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกับตน และตนไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหาอยู่เพียงคนเดียว รับรู้ว่าเป็นพวกเดียวกัน สามารถบอกกับผู้อื่นให้รับรู้ได้ไม่ใช่เรื่องน่าอับอาย การมีความหวังเมื่อเห็นสมาชิกในกลุ่มเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น มีเป้าหมายอันเดียวกัน เกิดความตระหนักในการเอาชนะปัญหา การได้รับข้อมูลต่าง ๆ จากการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหา ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่ให้คำแนะนำแก่เพื่อนสมาชิกในการแก้ปัญหาที่ตนเองเคยประสบมาก่อน การพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกภายใต้บรรยากาศของการยอมรับ การสนับสนุนและรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกทำให้เกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สอดคล้องกับ Spears²⁷ พบว่ากระบวนการกลุ่มมีประสิทธิภาพ

ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย สามารถลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีการแบ่งปันประสบการณ์และวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เป็นการสนับสนุนทางสังคมด้วยคนกลุ่มเดียวกัน เช่นเดียวกับ Corey และ Sockalingamm ว่าเป็นวิธีการบำบัดที่สามารถเพิ่มความรู้สึกการมีตัวตน มีความเฉพาะเจาะจงในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ^{9,24}

อย่างไรก็ตาม เมื่อติดตามหนึ่งเดือนพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอาจลดลงเมื่อเวลาผ่านไป แต่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลงน้อยกว่าการให้จิตสังคมบำบัด (0.4 และ 5.9 ตามลำดับ) ทั้งนี้ Lazarus and Folkman²⁸ ได้กล่าวถึงความพยายามทางปัญญาและพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อจะจัดการกับปัญหา ทั้งจากภายนอกและภายในตนเองที่บุคคลประเมินว่าถูกคุกคามหรือเกินกว่าความสามารถที่ตนจะรับได้ กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากการศึกษานี้ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนที่เปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันตลอดเวลาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เช่นกัน จนก่อให้เกิดปัญหาหรือความเครียดของจิตใจ และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจึงอาจลดลงได้เมื่อเวลาผ่านไป Spears เสนอว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถยกระดับความสามารถใน

การเผชิญปัญหาได้เป็นระยะ โดยอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ และได้รับการฝึกอบรมทางคลินิกที่เหมาะสม²⁷

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อย และระยะเวลาการติดตามสั้น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่เข้าร่วมวิจัยอาจมีวินิจฉัยโรค ความรุนแรงของโรคและการรักษาด้วยยาที่แตกต่างกัน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องและติดตามผลระยะยาว รวมทั้งศึกษาผลลัพธ์โดยตรงต่อความเสี่ยงการฆ่าตัวตายเพิ่มเติม

สรุป

กลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความสามารถในการเผชิญปัญหาดีขึ้น อาจพิจารณาให้เป็นกลุ่มบำบัดทางเลือกในระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบบผู้ป่วยนอกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเอ็นางานิชฐา สนงเทห์ และนางกานดา ผาวงศ์ ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และ รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ ที่ให้คำปรึกษาด้านระเบียบวิธีวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลและการรายงานผลการวิจัย

ความรู้เดิม : กลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยเพิ่มศักยภาพผู้ป่วยในการควบคุมกำกับการดำเนินชีวิตตนเอง ให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิภาพต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา ของผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ความจริงว่าตนสามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง ควบคุมชีวิตของตนเอง และปัญหาต่าง ๆ ได้

การนำไปใช้ประโยชน์ : โปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบผู้ป่วยนอก อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Mental health: suicide data [internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2018 May 18]. Available from: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- กรมสุขภาพจิต. รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย 2560 [GIS Report 2560] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 ธ.ค. 2561]. จาก: <https://dmh.go.th/report/map/>.
- สุพัตรา สุขาวท, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก [Risk factor and suicide theory associated with suicide in adolescents: a narrative reviews]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2560;62;359-78.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานประจำปี 2561 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ [Annual report 2018, Khon Kaen Rajanagarindra psychiatric hospital]. ขอนแก่น: โรงพยาบาล; 2561.
- Lindsay A. Bornheimer, Anao Zhang, Juliann Li, Matthew Hiller, Nicholas TARRIER. Effectiveness of suicide-focused psychosocial interventions in psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Services*. 2020;7:829-38. doi:10.1176/appi.ps.201900487.
- วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย [The effect of empowerment program on coping ability of suicidal attempters] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
- Englert C, Bertrams A, Dickhauser O. Dispositional self-control capacity and trait anxiety as relates to coping styles. *Psychology*. 2011;2:598-604. doi:10.4236/psych.2011.26092.
- Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Adv Nurs*. 1995;21:1201-10. doi:10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x.
- Corey G. Theory and practice of group counseling. 8th ed. Australia: Thomson & Brooks/Cole; 2010.
- นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร, ญาณานาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER [Sample size calculation using G*POWER program]. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2019;5:496-507.
- ปราโมทย์ เซาว์ศิลป์, รณชัย คงสกนธ์. กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน [Inpatient group psychotherapy]. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์; 2542.
- Seaborg M. A Manual of counsellors: group therapy for post-crisis suicidal adolescent clients. Alberta CA: Athabasca University; 2011.
- Jalowiec A, Murphy SP, Powers MJ. Psychometric assessment of the Jalowiec coping scale. *Nurs Res*. 1984;33:157-61. PMID:6563533.
- Akey TM, Marquis JO, Ross ME. Validation of scores on the psychological empowerment scale: a measure of empowerment for parents of children with a disability. *Educational & Psychological Measurement*. 2000;60:419-38. doi:10.1177/00131640021970637.
- Galanakis M, Tsoi S, Darviri C. The effects of patient empowerment scale in chronic diseases. *Psychology*. 2016;7:1369-90. doi:10.4236/psych.2016.711138.
- Gutierrez, Lorraine M. Beyond Coping: An empowerment perspective on stressful life events. *J Sociol Soc Welf*. 1994;21(3):201-19. Available from: <https://scholarworks.wmich.edu/jssw/vol21/iss3/13>
- Woodall J, Raine G, South J, Warwick-Booth L. Empowerment & health and well-being: evidence review [Project Report]. UK: Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University; 2010.

18. Marmarosh CL, Tasca GA. Adult attachment anxiety: using group therapy to promote change. *J Clin Psychol.* 2013;69:1172-82. doi:10.1002/jclp.22044.
19. Williams B. Group therapy: a natural opportunity for support. *Practice Nursing.* 2014;25:190-4. doi:10.12968/pnur.2014.25.4.190.
20. กรรณิการ์ ผ่องโต. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย [The effect of the resilience enhancement programe on suicidal ideation in suicidal attempter] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
21. Choi NG, Marti CN, Conwell Y. Effect of problem-solving therapy on depressed low-income homebound old adults' death/suicidal ideation and hopelessness. *Suicide Life Threat Behav.* 2016;46:323-36. doi:10.1111/sltb.12195.
22. ธวัชชัย พลละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, รัชนิกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [The effect of the problem solving therapy program on depression of patients with major depressive disorder]. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.* 2560;31:60-74.
23. สุวดี ศรีวิเศษ, วัชนี หัตถพนม, สายชล ยุบลพันธ์, สโรชา บางแสง, อิงคณา โคตนารา. กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย [Problem solving therapy group in patients with depressive symptoms and suicidal risk]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2556;21(2):98-109.
24. Sockalingamm S, Flett H, Bergmans Y. A pilot study in suicide intervention training using a group intervention for patients with recurrent suicide attempts. *Acad Psychiatry.* 2010;34:132-5. doi:10.1176/appi.ap.34.2.132.
25. Crespi TD. Group counselling in the schools: Legal, ethical, and treatment issues in school practice. *Psychology in the schools.* 2009;46:273-80. doi:10.1002/pits.20373.
26. Yalom ID, Moly L. The theory and practice of group psychotherapy. 5th ed. New York: Basic Books, Inc.; 2005.
27. Spears AP, Sullivan SR, Goodman M, Peters J. The efficacy of groups in preventing suicide: Is contagion a concern of the past?. *Int Clin Med.* 2019;3:1-2. doi:10.15761/ICM.1000153.
28. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.