

การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย
ของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงที่มีภาวะเครียดในเขตรับผิดชอบ
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบหาร
ตำบลบ้านกาต อำเภอมะเริ่ง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
THE EMPOWERMENT FOR PREVENTION ON SUICIDE
OF KAREN HILL TRIBE WITH STRESS IN RESPONSIBILITY AREA
OF BAN SOBHAN, SUBDISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL,
BAN KAT SUBDISTRICT, MAE SARIANG DISTRICT,
MAE HONG SON PROVINCE

ผู้วิจัย ฉมนรดา ไธภาสฐิตยศ¹
อาจารย์ที่ปรึกษา ณรงค์ ณ เชียงใหม่²
 จิตติมา กัตัญญ³

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด บริบทของครอบครัวผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย และผลของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในครอบครัว เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบหาร ตำบลบ้านกาต อำเภอมะเริ่ง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การคัดกรองและประเมินภาวะเครียดด้วยแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต ในประชาชนจำนวน 901 คน ระยะที่ 2 เป็นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มครอบครัวผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย จำนวน 8 ครอบครัว เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า ในระยะคัดกรอง ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 13.76 ของผู้ตอบแบบประเมินทั้งหมด ระยะที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายและผู้ใกล้ชิด จำนวน 8 ครอบครัว เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจ

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

² อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

³ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ผลการทำกระบวนการกลุ่มพบว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายไม่ได้เป็นเพียงปัญหาของตนเองและครอบครัวเท่านั้น แต่เป็นปัญหาของสังคมด้วย กิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจแสดงให้เห็นถึงการที่สมาชิกกลุ่มได้มองเห็นคุณค่าของตนเอง ยอมรับและเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและครอบครัวได้ การติดตามประเมินผลหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปแล้ว 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1, 3 และ 7 ก็พบว่าทั้ง 8 ครอบครัว มีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น สามารถให้การดูแลผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายมากขึ้น มีการไปมาหาสู่และนัดหมายรวมกลุ่มในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันในครอบครัวและระหว่างครอบครัว

คำสำคัญ : พลังอำนาจ, การฆ่าตัวตาย, ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง, ภาวะเครียด

ABSTRACT

The purpose of this study was to explore the stress level under the context of family with members who tend to try to commit suicide and the result of the empowerment program to prevent suicidal attempt of Karen tribe in Ban Sobhan, Ban Kat Subdistrict, Mae Sariang District, Mae Hong Son Province. The data collection was divided to 2 phases, namely, Phase 1 was selecting and evaluating stress status by utilizing the questionnaire from the Department of Mental Health from 901 respondents. Phase 2 was implementation of the empowerment program in the family whose members were likely to try to commit suicide in the number of 8 families. In this phase, the data collection was conducted by unstructured interview, in-depth interview, participatory observation and non-participatory observation. The results shown that there was high level of stress in Karen patients in the number of 124 patients or 13.76% of all respondents. In Phase 2, analyzed and screened 8 of suicidal attempt and their family members to participate in the empowerment program.

The result of the empowerment program found that attempts in committing suicide were not only individual or family problem but also social problem. Empowerment as activity to demonstrate the way to realize self-actualization, self-acceptance and self-confidence to patients and other family members. Evaluated the empowerment program 3 times which were after the first, third and the seventh week and found that all 8 families shows more power in handling problems, the target families were better taken care of, there were regular meeting set up ensuring the participation of assigned activities between family members and among families.

Keywords : Empowerment, Suicide, Karen Hill Tribe, Stress

บทนำ

องค์การอนามัยโลกเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายคาดว่า ในปีหนึ่งจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นจำนวนมากกว่า 1 ล้านคน ในแต่ละวันมีคนฆ่าตัวตายถึง 3,000 คน เฉลี่ยอัตราการตายทั่วโลกเป็น 16 คนต่อประชากร 100,000 คน เฉลี่ยต่อเวลาจะพบว่า มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ทุก 40 วินาที และทุก 1 ราย ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จะมีผู้คนญาติใกล้ชิดอีกกว่า 20 ราย พยายามฆ่าตัวตาย สถิติขององค์การอนามัยโลกเผยว่า อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 ในช่วง 45 ปีที่ผ่านมา การฆ่าตัวตายเป็นหนึ่งในสามสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ที่อายุระหว่าง 15-44 ปี ในบางประเทศเป็นสาเหตุที่สองของการตายในกลุ่มอายุ 10-24 ปี ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สำคัญสำหรับพื้นที่ในแถบทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือคือ ปัญหาความผิดปกติทางจิตใจ ได้แก่ โรคซึมเศร้า และความผิดปกติทางจิตใจเนื่องจากการติดสุรา ส่วนปัจจัยสำคัญสำหรับคนเอเชียคือ การถูกรังแกทำให้เกิดอารมณ์ชั่ววูบ

การพัฒนาที่มุ่งเน้นการเติบโตทางวัตถุได้ทำให้ปัญหาด้านสังคมและด้านจิตใจถูกละเลย ครอบครัวไทยมีการหย่าร้างสูง มีความเครียดและแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงขึ้น ซึ่งนำมาสู่ปัญหาความรุนแรง ได้แก่ พฤติกรรมการทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตาย และการทำร้ายผู้อื่นมากขึ้น โดยพบว่าคนไทยมีความเครียดถึงร้อยละ 67.6 มีการทำร้ายด้วยตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายเฉลี่ยวันละ 12.93 คน และฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยวันละ 1.61 คน ประสพเหตุจากความไม่ปลอดภัยรูปแบบต่างๆ 1.5 ล้านคน และแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น จาก 30.7 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2543 เป็น 33.7

ในปี 2545 พบผู้ป่วยทางสุขภาพจิตทั้งหมด 1,385,859 ราย ในปี 2547 โดยผู้ป่วยทางจิตสาเหตุส่วนหนึ่งราว 1 ใน 3 เกิดจากการติดเหล้า และพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ คนไทยกว่า 1.6 ล้านคน ป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวน และอีก 8.4 แสนคน ป่วยด้วยโรควิตกกังวล ปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ประเทศไทยกำลังเผชิญกับวิกฤตรุนแรง ในปี 2548 เด็กและวัยรุ่นไทยที่มีอายุ 6-18 ปี ร้อยละ 5.1 มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรม จากการสำรวจพบว่าเด็กและวัยรุ่นเพียงร้อยละ 30 รู้สึกว่าพ่อแม่ให้ความรักเอาใจใส่ดี ในขณะที่เด็กอีกกว่า 6 แสนคน กำลังมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ควรได้รับความช่วยเหลือ และอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน ในปี 2542 เท่ากับ 8.5 และ 5.72 ในปี 2552 เฉลี่ยวันละ 10 คน

ในภาคเหนือมีการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าทุกภาคมาโดยตลอด จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในปี 2552 คือ “จังหวัดแม่ฮ่องสอน” มีอัตราส่วน 14.76 ต่อประชากรแสนคน ลำดับรองลงมาได้แก่ ลำพูน เชียงราย เชียงใหม่ ระยอง น่าน พะเยา จันทบุรี ลำปาง และอุทัยธานี ในจังหวัดแม่ฮ่องสอนนั้น อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนในปี 2548-2552 เท่ากับ 11.04, 13.31, 12.41, 15.26, 14.76 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปีล่าสุดจะลดลงแล้วนั้น จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า จังหวัดแม่ฮ่องสอนยังคงมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุดเป็นอันดับ 1 ในประเทศ

จากข้อมูลปี พ.ศ.2549-2553 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบหาร ตำบลบ้านกาต อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคความผิดปกติ

ทางจิตและพฤติกรรมในปี 2549-2551 เฉลี่ย 6 คนต่อปี คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 0.18 และเพิ่มขึ้นเป็น 17 คน ในปี 2552 คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 0.26 และล่าสุดในปี 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 22 คน คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 0.48 นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ที่ตั้งใจทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายในช่วงปี พ.ศ.2549-2553 จำนวน 2, 4, 4, 3 และ 4 ราย ตามลำดับ และพบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 2, 2, 4, 3 และ 2 ราย ตามลำดับ โดยคิดเป็นอัตราตายต่อแสนประชากร เท่ากับ 31.77, 31.53, 62.61, 46.79 และ 31.01 ตามลำดับ จากข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตายในปี 2553 พบว่า มีการพยายามฆ่าตัวตายจำนวนทั้งหมด 4 ราย เป็นเพศชาย 3 ราย และเพศหญิง 1 ราย ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 รายโดยเป็นเพศชายทั้ง 2 ราย ใช้วิธีรับประทานยาฆ่าแมลง และยาฆ่าหญ้า ส่วนในรายที่ไม่สำเร็จเป็นเพศชาย 1 ราย และเพศหญิง 1 ราย ใช้วิธีรับประทานน้ำยาล้างห้องน้ำและยาฆ่าหญ้าตามลำดับ จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสูงและผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีทั้งผู้ป่วยทางจิตและไม่ใช่นักป่วยทางจิตด้วย ดังนั้นจึงสนใจที่จะศึกษาความเครียดในชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบหาร และการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับครอบครัวของผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง เพื่อคัดกรองความตระหนัก ความเข้าใจ การจัดการความเครียด และมีการหาแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายและใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) โดยแบ่งระยะในการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การคัดกรองและประเมิน (Competency assessment) ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต ในประชาชนเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบหาร ทั้งหมดจำนวน 901 คน และอาศัยอยู่ในชุมชนเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบหาร ตำบลบ้านกาศ อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยใช้แบบประเมินความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลเป็นผู้ทำการประเมิน จากนั้นคัดเลือกผู้ที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติมาก หรืออยู่ในระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนนขึ้นไป เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายทุกราย โดยจะให้กลุ่มเป้าหมายทำแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q), แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 การสอดแทรกกระบวนการ (Intervention approach) เป็นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มครอบครัวผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ในผู้ที่ถูกประเมินด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q) แล้วพบว่า มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายในปัจจุบันจำนวน 8 ครอบครัว โดยใช้กระบวนการเสริมสร้าง

พลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์ตามจริง (Discovering reality) ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ (Critical reflection) ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge) และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม หลังจากนั้นได้ติดตามประเมินผลกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้วิธีการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง คือ อาทิตย์ที่ 1 อาทิตย์ที่ 3 และอาทิตย์ที่ 7 โดยใช้แนวคำถามตามแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น เพื่อให้กำลังใจแก่ครอบครัว และประเมินผลว่าหลังจากที่ครอบครัวได้เข้ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปแล้วนั้น ผู้ที่มีภาวะเครียดและครอบครัวมีพลังอำนาจในการป้องกันการฆ่าตัวตายหรือไม่ โดยใช้การสัมภาษณ์และการสังเกต นำมาวิเคราะห์

เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้สรุปให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ทำการศึกษา ดำเนินการศึกษาวิจัยทั้งสิ้น 19 เดือน คือตั้งแต่มกราคม 2554-กันยายน 2555

ผลการศึกษา

การประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือความรู้สึกในแต่ละข้อย่อยส่วนมากร้อยละ 84.79 มีอาการพฤติกรรมหรือความรู้สึกเป็นบางครั้ง รองลงมาร้อยละ 7.63 มีอาการพฤติกรรมหรือความรู้สึกเป็นบ่อย และร้อยละ 4.90 มีอาการพฤติกรรมหรือความรู้สึกเป็นประจำ ส่วนผู้ให้ข้อมูลส่วนน้อยร้อยละ 2.68 มีอาการพฤติกรรมหรือความรู้สึกไม่เคยเลย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือความรู้สึกของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง (N=901 คน)

พฤติกรรมหรือความรู้สึก	จำนวนและร้อยละพฤติกรรมหรือความรู้สึก				รวม
	ไม่เคยเลย	เป็นบางครั้ง	เป็นบ่อย	เป็นประจำ	
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	15 (1.70)	826 (91.70)	38 (4.20)	22 (2.40)	901 (100.00)
2. รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ	22 (2.40)	825 (91.60)	28 (3.10)	26 (2.90)	901 (100.00)
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด	19 (2.10)	782 (86.80)	29 (3.20)	71 (7.90)	901 (100.00)
4. มีความวุ่นวายใจ	26 (2.90)	815 (90.50)	37 (4.10)	23 (2.50)	901 (100.00)
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	28 (3.10)	804 (89.10)	45 (5.10)	24 (2.70)	901 (100.00)
6. ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง	29 (3.20)	714 (79.30)	82 (9.10)	76 (8.40)	901 (100.00)

พฤติกรรมหรือความรู้สึก	จำนวนและร้อยละพฤติกรรมหรือความรู้สึก				รวม
	ไม่เคยเลย	เป็นบางครั้ง	เป็นบ่อย	เป็นประจำ	
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	28 (3.10)	755 (83.80)	73 (8.10)	45 (5.00)	901 (100.00)
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต	31 (3.40)	763 (84.70)	69 (7.70)	38 (4.20)	901 (100.00)
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า	28 (3.10)	755 (83.80)	73 (8.10)	45 (5.00)	901 (100.00)
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา	25 (2.80)	764 (84.80)	68 (7.50)	44 (4.90)	901 (100.00)
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ	28 (3.10)	748 (83.00)	82 (9.10)	43 (4.80)	901 (100.00)
12. รู้สึกเพลียไม่มีแรงจะทำอะไร	34 (3.80)	742 (82.40)	79 (8.80)	46 (5.10)	901 (100.00)
13. รู้สึกเหนื่อยไม่อยากทำอะไร	33 (3.70)	731 (81.10)	74 (8.20)	63 (7.00)	901 (100.00)
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง	25 (2.80)	751 (83.40)	82 (9.10.)	43 (4.70)	901 (100.00)
15. เสี่ยงล้มปากล้มหรือมือล้มเวลาไม่พอใจ	27 (3.00)	748 (83.00)	81 (9.00)	45 (5.00)	901 (100.00)
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ	25 (2.80)	700 (77.60)	124 (13.80)	52 (5.80)	901 (100.00)
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณ ท้ายทอยหลังหรือไหล่	18 (2.00)	735 (81.60)	102 (11.30)	46 (5.10)	901 (100.00)
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	23 (2.60)	759 (84.20)	84 (9.30)	35 (3.90)	901 (100.00)
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ	12 (1.30)	785 (87.10)	55 (6.10)	49 (5.40)	901 (100.00)
20. ความสุขทางเพศลดลง	7 (0.80)	778 (86.30)	69 (7.70)	47 (5.20)	901 (100.00)
X	24.15 (2.68)	764 (84.79)	68.7 (7.63)	44.15 (4.90)	901 (100.00)

ระดับความเครียดของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงส่วนมากมีระดับคะแนน 18–25 หรือเครียดเล็กน้อย รองลงมาคือ ระดับคะแนน 26–29 หรือเครียดปานกลาง และระดับคะแนน 30–60 หรือเครียดมาก และจากจำนวนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง 901 คน พบชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 13.76 ของผู้ตอบแบบประเมินทั้งหมด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความเครียดของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง (N=901 คน)

ระดับคะแนนความเครียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
0-5	19	2.11
6-17	84	9.32
18-25	554	61.49
26-29	132	14.65
30-60	124	13.76
รวม	901	100

จากนั้นจึงได้นำผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติจำนวน 124 คน มาคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) พบว่า ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงที่มีความเครียดส่วนมากไม่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 93.55 และมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ารวมแล้วจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.45 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละผู้มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง (N=124 คน)

คะแนนรวม 2Q	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม	116	93.55
ตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง	6	4.84
ตอบ “มี” ทั้ง 2 ข้อ	2	1.61
รวม	124	100

จากนั้นจึงได้นำชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงที่มีความเครียดและมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 8 คน ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) พบว่า ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงที่มีความเครียดและมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าส่วนมาก สงสัยโรคซึมเศร้ารุนแรงปานกลาง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 รองลงมาคือ มีภาวะเศร้าแต่ยังไม่ถึงระดับโรคซึมเศร้า 3 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 และมีอาการเศร้าเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละระดับอาการซึมเศร้าของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง (N=8 คน)

คะแนนรวม 9Q	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<7	1	12.5
7-12	3	37.5
13-18	5	62.5
≥19	0	0.00
รวม	8	100

จากนั้นผู้วิจัยได้นำชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงที่มีความเครียดและมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ทั้งหมดจำนวน 8 คน ประเมินแนวโน้มในการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q) ก่อนที่จะเข้ากระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจต่อไป พบว่า ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงที่มีความเครียดและมีแนวโน้มที่จะเป็น โรคซึมเศร้า ส่วนมากมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อยทั้ง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละระดับแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง (N=8 คน)

คะแนนรวม 8Q	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1-8	8	100
9-16	0	0
≥17	0	0
รวม	8	100

ผลการติดตามประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัว

สัปดาห์ที่ 1 ได้ออกไปเยี่ยมครอบครัวของผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายทั้ง 8 ครอบครัว ทั้งหมดคอยให้เจ้าหน้าที่และ อสม. มาเยี่ยม บ่อยๆ พูดคุยด้วยแล้วสนุกดี จากการสังเกตพบว่า ผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายและครอบครัวของผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 มีการทานข้าวและพูดคุยกันมากขึ้น ในช่วงเย็น และจากการสอบถามพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 75 ของครอบครัวของผู้ที่มีแนวโน้ม ฆ่าตัวตาย มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่ทำ ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 3 พบว่า ครอบครัวของผู้ที่มี แนวโน้มฆ่าตัวตายกับผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย และ อสม. ประจำครอบครัวที่ได้รับมอบหมาย ในกลุ่มละแวกบ้านที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 มีการไปมาหาสู่กันเพื่อพูดคุยร่วมกัน ในตอนเย็น บางวันมีการร่วมทำอาหารและ รับประทานอาหารเย็นร่วมกันหลายๆ ครอบครัว

ดังจะเห็นได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง และความสนใจตั้งใจทำกิจกรรมกลุ่ม และ จากการสอบถามพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 ของผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม มีความพอใจ สนใจในกิจกรรมที่ได้กระทำร่วมกันกับสมาชิก ในครอบครัวตนเองและครอบครัวใกล้เคียงและ สัปดาห์ที่ 7 พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 ครอบครัวมีพลังอำนาจมากขึ้น คือ มีการหาโอกาส หาเวลาพูดคุยกันในครอบครัวมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ จะเป็นในช่วงเย็นของทุกวันเพื่อพบปะและ พูดคุยกัน

สรุปและอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 บริบทครอบครัวผู้มีแนวโน้ม ฆ่าตัวตาย ทั้ง 8 ครอบครัว พบว่าเป็นผู้ที่ มาจากกลุ่มผู้ป่วยสุขภาพจิตจำนวน 3 ราย โรคเรื้อรังรักษาไม่หายจำนวน 1 ราย ผู้พิการ 1 ราย ผู้ติดสุรา 2 ราย ผู้ที่มีฐานะยากจนจำนวน 1 ราย ซึ่งพบว่าเป็นผู้ที่มีประวัติเคยทำร้ายตนเอง

และผู้อื่นจำนวน 3 ราย ระดับการศึกษาของผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 อยู่ในระดับประถมศึกษา และร้อยละ 37.5 ไม่ได้เรียนหนังสือ ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะครอบครัวพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 อยู่ในครอบครัวขยาย คือมีสมาชิกในครอบครัวอยู่ 2 คน รองลงมาอยู่ในครอบครัวขยาย คือมีสมาชิกในครอบครัวอยู่ 3-5 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 12.5 ที่ต้องอยู่คนเดียวเพียงลำพัง ระดับการศึกษาของสมาชิกในครอบครัวของผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายพบว่าร้อยละ 50 อยู่ในระดับประถมศึกษา รองลงมาร้อยละ 37.5 อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และน้อยที่สุดร้อยละ 12.5 ไม่ได้เรียนหนังสือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, สุรสิงห์ วิศรุตน์ และคณะ (2541 : 20) ผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาเท่านั้น มากถึงร้อยละ 77.20 เหตุกระตุ้นของการฆ่าตัวตายพบว่า สาเหตุจากการติดเชื้อเอชไอวีพบมากที่สุดถึงร้อยละ 19.90 รองลงมา ได้แก่ ติดสุราร้อยละ 18.70 และปัญหาชีวิตสมรสมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ปัญหาเศรษฐกิจ ป่วยทางจิตเวช ปัญหากับพ่อแม่พี่น้องลูก ร้อยละตามลำดับ ดังนี้ 17.80, 17.80, 15.80, 10.40, 10.00

ลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวของผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย สมาชิกส่วนใหญ่ในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ที่ห่างเหินไม่ค่อยได้ปรึกษาพูดคุยหรือมีกิจกรรมร่วมกัน ลักษณะความสัมพันธ์ของครอบครัวผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายกับชุมชน พบว่าทั้ง 8 ครอบครัว หรือร้อยละ 100 ไม่มีสมาชิกในครอบครัวของผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายเป็นแกนนำในองค์กรใดๆ ในชุมชน ในตำบลเลย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540 : 245) ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมักขาดการประคับประคองจากผู้อื่น เช่น มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับพ่อแม่หรือเพื่อน ไม่มีเพื่อนสนิท ไม่รู้สึกว่าตนและผู้อื่นจะเข้าใจ และผูกพันกันได้อย่างแท้จริง เมื่อมีปัญหาจึงเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและหาทางออกไม่ได้

ส่วนที่ 2 การจัดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัว ในการวิเคราะห์คัดเลือกผู้เข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ ได้เริ่มจากการสำรวจโดยใช้แบบสำรวจความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิตในกลุ่มที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายทุกกลุ่ม ได้ประเมินความเครียดด้วยตนเองแล้วนำมาวิเคราะห์ผู้ที่มีความเครียดในระดับสูงถึงสูงมาก หรือกลุ่มผู้ที่มีความเครียด 30 คะแนนขึ้นไป จำนวน 8 คน คือผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง จากนั้นค้นหาญาติผู้ที่สนิทผู้ที่เป็นที่ไว้วางใจมากที่สุดของกลุ่มผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายจำนวน 8 คน มาเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2543) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่โรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2540 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2542 จำนวน 40 คน โดยศึกษาถึงความเครียดวิธีการปรับแก้และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 มีความเครียด

ระดับต่ำ วิธีการปรับแก้ที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ วิธีปรับอารมณ์ร้อยละ 37.50 วิธีเผชิญหน้า กับปัญหาร้อยละ 35 วิธีบรรเทาปัญหาร้อยละ 25 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงโดยเฉพาะด้านความรักใคร่ผูกพัน สูงสุดคิดเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.13 ด้านความมั่นใจในคุณค่าแห่งตน มีค่าต่ำสุด คิดเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.07 สำหรับ แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พบมากที่สุด คือญาติ หรือบุคคลในครอบครัวร้อยละ 95 ปิตามารดา ร้อยละ 90 คู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคล สำคัญในชีวิตร้อยละ 82.50 แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พบน้อยที่สุดคือพระ หรืออภิวรร้อยละ 2.50 สอดคล้องกับสาลิณี ไทยธวัช (2543) ศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินการ ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์โดยกระบวนการ สร้างพลังตำบลสื่อ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัด อำนาจเจริญ พบว่าหลังโปรแกรมการสร้างพลัง ในการพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนตำบล ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ มีการร่วมกันวิเคราะห์และระบุปัญหา วางแผน การดำเนินงาน ปฏิบัติตามแผนงาน กำหนด ผู้รับผิดชอบการติดตามผลโครงการร่วมกัน ระหว่างสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลและ ผู้วิจัย ร่วมกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคและปรับปรุง งานเป็นระยะ ซึ่งแสดงออกถึงศักยภาพของ องค์การที่เพิ่มขึ้นรวมทั้งสอดคล้องกับสุนทร ไซแก้ว (2545) ได้ศึกษาถึงการเสริมสร้างพลัง เป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นได้ในบุคคล คือมุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพหรือความสามารถ ความมีประสิทธิภาพความแกร่งในการทำกิจกรรม หรือการดำรงชีวิตที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนา ชีตความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิตการทำงาน ความสำเร็จ

และความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการ ส่งเสริมที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือกัน ความ เท่าเทียมกัน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การถ่ายทอดพลังอำนาจให้เกิดความเสมอภาคกัน และสอดคล้องกับพนัส พงษ์สุนันท์ (2547) ศึกษาพลังในตัวบุคคลจะเกิดขึ้นได้กับบุคคล ที่ได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้แสดงออก ซึ่งความสามารถในการพัฒนาแนวคิดและ การทำงานสู่ความสำเร็จ ได้รับการยอมรับจาก ผู้อื่น สามารถพึ่งตนเองได้และเกิดความภาคภูมิใจ ในตนเอง การระดมพลังความคิดต้องกระทำ โดยผ่านการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความ เข้าใจร่วมกัน สร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน แลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและโอกาส อย่างรอบด้าน รวมทั้งกำหนดแนวทางวิธีการ และแผนงานในการแก้ไขปัญหาหรือการพัฒนา ชุมชนอย่างเป็นระบบ สร้างสรรค์ และยั่งยืน

ผลการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลัง อำนาจแก่ครอบครัวกระบวนการที่ 1 การค้นพบ สภาพการณ์จริง การจัดสนทนากลุ่มให้ความรู้ เกี่ยวกับแนวคิดในเรื่องความเครียด ความรู้ทั่วไป เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนอันตราย หลักการป้องกันผู้พยายามฆ่าตัวตาย แนวคิด ในการช่วยเหลือที่ดีสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตาย คือการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ครอบครัว ยอมรับเหตุการณ์สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับ ครอบครัวของตนเอง เห็นความสำคัญในการ ดูแลช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายซึ่งเป็น สมาชิกในครอบครัวของตนเอง และให้กลุ่ม ได้มีการพูดคุยและเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกัน และกัน รวมถึงมีการรับฟังปัญหาจากครอบครัว ของผู้อื่นเพื่อให้ ครอบครัวหรือกลุ่มได้คิด วิเคราะห์ เข้าใจปัญหาของครอบครัวได้ด้วยตนเอง พบว่าสมาชิกจำนวน 16 ราย ของครอบครัว ของผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายนี้ได้เคยเห็นเคยได้ยิน

การส่งสัญญาณของผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายมาแล้ว เหมือนอย่างที่ได้กล่าวเป็นตัวอย่งมา และได้ยอมรับว่าในครอบครัวของตนเองมีสมาชิก ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายอยู่ มีความเห็นว่าควรจะต้องให้การช่วยเหลือ ให้การสังเกตคอยเฝ้าระวัง ให้มากขึ้น และมีความเห็นว่าเป็นปัญหาของ ครอบครัวของตนเองที่จะต้องให้ความสำคัญและ แก้ไขปัญหาเป็นการเร่งด่วน รวมทั้งส่วนใหญ่ ได้ขอร้องให้เข้าไปช่วยเหลือไปช่วยพูดกับผู้มี แนวโน้มฆ่าตัวตายนั้นให้เปลี่ยนใจไม่ฆ่าตัวตาย มีสมาชิกส่วนน้อยเพียงร้อยละ 8 ของผู้ที่เข้าร่วม กระบวนการ ซึ่งมีสมาชิกในครอบครัวที่มีแนวโน้ม ฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่ติดสູราให้การโต้แย้งปฏิเสธว่า การตายเป็นเรื่องส่วนบุคคลที่เราไม่สามารถห้าม หรือให้การช่วยเหลือได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Gray Down & Churc (1990) ซึ่งอ้างในพนาร์ตัน เจนจบ (2542) พบว่าการให้ความรู้และข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์เพื่อให้เกิดการ รับรู้ เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง จะทำให้เกิดการ ตัดสินใจและเป็นการสร้างเสริมพลังกับผู้ป่วย ได้ ดังที่สำรวจพบว่าผู้ป่วยมะเร็งต้องการข้อมูล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง เช่น ผลข้างเคียง จากการรักษา แหล่งข้อมูลที่ได้รับนอกจาก จะได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องแล้วยังมี แหล่งข้อมูลอื่นๆ อีก เช่น สายด่วนข้อมูล Hotline การศึกษาวิจัย หนังสือ เป็นต้น การให้ข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรักษาเพราะ ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจด้วยตนเองว่า จะเลือกใช้การรักษาแบบใด นอกจากนี้ผู้ป่วย ต้องการการรับรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วยที่สามารถ นำมาใช้ประกอบในการตัดสินใจ เป็นการ เสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยได้ การได้รับ ข้อมูลข่าวสารจะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจและ สอดคล้องกับสายสัญญาณ เปรมเกิด (2543)

ที่พบว่าหลังการพัฒนาศักยภาพในการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์โดยการใช้กระบวนการ สร้างพลังมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ การรับรู้ ความรุนแรงของโรคเอดส์เพิ่มขึ้นและสอดคล้อง กับนิตย์ทอง เพชรศรี (2541) ที่พบว่าภายหลัง การจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้าโดยใช้พลังอำนาจขององค์กร ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าและ การป้องกันมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด โรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มมากขึ้นก่อนเข้าโครงการ

กระบวนการที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมี วิจารณ์ญาณโดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ให้กลุ่มได้รู้จักตนเอง รู้จักและยอมรับถึงข้อดี ข้อด้อยของตนเอง รวมถึงข้อดีข้อด้อยของ ครอบครัวของตนเอง คือกิจกรรมฉันเป็นฉันเอง ส่วนกิจกรรมตามหาฉัน เป็นกิจกรรมเพื่อให้ สมาชิกกลุ่มได้มองเห็นคุณค่าของตนเอง ยอมรับ และเกิดความภาคภูมิใจในตนเองรวมถึงครอบครัว สิ้นสุดขั้นตอนนี้ด้วยกิจกรรมถนนแห่งชีวิต เพื่อให้ สมาชิกกลุ่มสามารถคิดลำดับเหตุการณ์ วิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับ ครอบครัวของตนเองอันเป็นสาเหตุที่ทำให้สมาชิก ในครอบครัวเกิดความคิดฆ่าตัวตายขึ้นได้ด้วย ตนเอง สอดคล้องกับสฤษดิ์ ไขแก้ว (2545) ที่ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังเป็นความสามารถ ที่พัฒนาให้เกิดขึ้นได้ ในบุคคลคือมุ่งพัฒนา ให้เกิดศักยภาพหรือความสามารถความ มี ประสิทธิภาพความแกร่งในการทำกิจกรรมหรือ การดำรงชีวิตที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบ ต่อชีวิตการทำงานความสำเร็จและความเป็นอยู่ ของตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมที่จะก่อให้เกิด ความร่วมมือกัน เท้าเทียมกัน การมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจการถ่ายทอดพลังอำนาจให้เกิด

ความเสมอภาคกันสอดคล้องกับฉันทพลหาญโสภี (2540) ที่พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังมีการเปลี่ยนแปลงความภาคภูมิใจในตนเองและมีการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในความสามารถของตนเองดีกว่าก่อนการจัดโปรแกรมการสร้างพลัง และสอดคล้องกับพนัส พุกฤษ์สุนันท์ (2547) ที่กล่าวว่าพลังในตัวบุคคลจะเกิดขึ้นได้กับบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้แสดงออกซึ่งความสามารถในการพัฒนาแนวคิดและการทำงานสู่ความสำเร็จ ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น สามารถพึ่งตนเองได้ และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

กระบวนการที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมได้จัดกิจกรรมพักสายตาหาสติ ซึ่งได้ให้สมาชิกกลุ่มทดลองปฏิบัติเป็นการแนะแนวทางในการผ่อนคลายหรือกำจัดความเครียดที่เกิดขึ้น และสมาชิกกลุ่มสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ จากนั้นจัดกิจกรรมครอบครัวในฝันและกิจกรรมต้นผลไม้แห่งความฝัน พบว่ากลุ่มสามารถสร้างความคาดหวังของตนเองและครอบครัว สามารถมองเห็นปัญหาของครอบครัวแล้วหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งขึ้นหรือคิดวิธีการเพื่อให้ไปถึงการเป็นครอบครัวในฝันได้ อีกทั้งการสนทนากลุ่มที่ได้ในขั้นตอนนี้นอกจากสมาชิกจะได้แนวทางการแก้ไขปัญหในครอบครัวแล้ว กิจกรรมดังกล่าวพบว่ายังทำให้สมาชิกกลุ่มได้รับการกระตุ้นให้เกิดการแสดงออก กล้าแสดงความคิดเห็นของตนเองอย่างเปิดเผยจริงใจ มองเห็นประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหาของครอบครัวของสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ แล้วนำมาเชื่อมโยงปรับใช้หรือนำมาเป็นตัวอย่างในการแก้ไขปัญหาในครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับพนัส พุกฤษ์สุนันท์ (2547) ที่กล่าวถึงการระดม

พลังความคิดต้องกระทำโดยผ่านการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน สร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและโอกาสอย่างรอบด้าน รวมทั้งกำหนดแนวทางวิธีการและแผนงานในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ รวมทั้งสอดคล้องกับสาลิณี ไทยธวัช (2543) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์โดยกระบวนการสร้างพลังตำบลสื่ออำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าหลังโปรแกรมการสร้างพลังในการพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์มีการร่วมกันวิเคราะห์และระบุปัญหา วางแผนการดำเนินงานปฏิบัติตามแผนงานกำหนดผู้รับผิดชอบการติดตามผลโครงการร่วมกันระหว่างสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลและผู้เกี่ยวข้องกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคและปรับปรุงงาน เป็นระยะซึ่งแสดงออกถึงศักยภาพองค์การที่เพิ่มขึ้น

กระบวนการที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพพบว่า ได้แนวทางที่ทำให้เกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมความคิดอันจะนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ คือการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสมของแต่ละครอบครัวของสมาชิกกลุ่ม แล้วจึงได้จัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวขึ้น กำหนดให้อาสาสมัคร 1 คน ดูแล 1 ครอบครัว ซึ่งเป็นครอบครัวที่อยู่ละแวกบ้านใกล้เคียงหรือเป็นครอบครัวที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้นั้นอยู่แล้ว เพียงเพิ่มการดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจ กระตุ้นให้ครอบครัวเกิดการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เป็นผู้ที่ครอบครัวสามารถระบายความคับข้องใจที่เกิดขึ้น ให้การช่วยเหลือต่างๆ ด้านหรือเท่าที่สามารถจะกระทำการ

ช่วยเหลือกันได้ แต่หากเกินความสามารถที่จะให้การช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำได้ อาสาสมัครประจำครอบครัวสามารถจะติดต่อขอคำแนะนำช่วยเหลือ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.บ้านสบหาร ได้ทันที ซึ่งสอดคล้องกับ พนาร์ตน์ เจนจบ (2542) ที่กล่าวว่า การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคลและผู้ที่เกี่ยวข้อง การสร้างสัมพันธภาพเป็นเทคนิคขั้นพื้นฐานที่ใช้ในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้วอาสาสมัครสาธารณสุขครอบครัวและผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายจะร่วมมือแก้ไขปัญหามา เมื่อหาวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ และจะคงไว้ซึ่งการนำไปใช้ในเหตุการณ์ครั้งต่อไปได้ และสอดคล้องกับพนัส พฤกษ์สุนันท์ (2547) ที่กล่าวว่า การมีเพื่อนร่วมคิดร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกันก่อให้เกิดการเรียนรู้การปฏิบัติจริง อันจะนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข การพัฒนาเมือง และชุมชนให้น่าอยู่ตามความต้องการของชุมชนอย่างต่อเนื่อง และยังสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-พ.ศ.2549) ที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์การจัดการเชิงพื้นที่ในมิติใหม่ด้วยการพัฒนากระบวนการชุมชนเข้มแข็งให้เกิดพลังของคนในชุมชนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหา สนับสนุนให้ชุมชนจัดทำแผนของชุมชนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ตลอดจนสนับสนุนให้ชุมชนสามารถพัฒนาเรียนรู้ชุมชนตนเองในลักษณะการพึ่งพาตนเองแทนการรอรับบริการจากภาครัฐอย่างเต็ม

ส่วนที่ 3 ผลการติดตามประเมินผล การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัว

สัปดาห์ที่ 1 ได้ออกไปเยี่ยมครอบครัวของผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายทั้ง 8 ครอบครัว ทั้งหมดต้องการให้เจ้าหน้าที่และ อสม. มาเยี่ยมบ่อยๆ พุดคุยด้วยแล้วสนุกดี จากการสังเกตพบว่า ผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายและครอบครัวของผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 มีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เช่น รับประทานอาหารและพูดคุยกันมากขึ้น ในช่วงเย็น และจากการสอบถาม พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 75 ของครอบครัวของผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่ทำร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 3 พบว่าครอบครัวของผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายกับผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย และ อสม. ประจำครอบครัวที่ได้รับการมอบหมายในกลุ่มละแวกบ้านที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่ร้อยละ 50 มีการไปมาหาสู่กันเพื่อพูดคุยร่วมกันในตอนเย็น บางวันมีการร่วมทำอาหารและรับประทานอาหารเย็นร่วมกันหลายๆ ครอบครัว ดังจะเห็นได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง และความสนใจตั้งใจทำกิจกรรมกลุ่ม และจากการสอบถามพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 ของผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มมีความพอใจ สนใจในกิจกรรมที่ได้กระทำร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวตนเองและครอบครัวใกล้เคียง และ

สัปดาห์ที่ 7 พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 ครอบครัวมีพลังอำนาจมากขึ้น คือมีการหาโอกาส หาเวลาพูดคุยกัน ครอบครัวมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นในช่วงเย็นของทุกวันเพื่อพบปะและพูดคุยกัน ซึ่งสอดคล้องกับ Fleury (1991) ที่ศึกษาการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคคลเป็นแรงจูงใจเพื่อการ

ส่งเสริมสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจจำนวน 31 คน พบว่าบุคคลสามารถปฏิบัติตัวไปในทางบวกจำนวน 24 คน และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจำนวน 5 คน ในการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคลประกอบด้วยแรงขับ 2 ชนิด คือ การสร้างมโนภาพขึ้นด้วยตนเองและมีโครงสร้างสนับสนุนเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีโดยมีการสะท้อนถึงผลที่น่าพอใจกับผู้ป่วยตลอดเวลา การศึกษาเพื่อให้เกิดแรงจูงใจและกำลังใจที่จะทำเพื่อผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิตและสอดคล้องกับการศึกษาของพนารัตน์ เจนจบ (2542) ที่ศึกษากิจกรรมที่ใช้ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ 10 ราย ได้ใช้เทคนิคในการยกตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรคและมีประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมีแรงจูงใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาและทำความเข้าใจในเรื่องกระบวนการแก้ไข้ปัญหาโดยใช้ครอบครัวบำบัดด้วยเพื่อจะได้มีแนวทางในการจัดกิจกรรมกลุ่มที่ต้องมีการเผชิญหน้าระหว่างครอบครัวและผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายได้อย่างต่อเนื่อง
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนของ Gibson (1991) นี้ ไม่ควรใช้ในครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวที่ติดเหล้า ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ควรนำผู้ที่ติดเหล้าไปบำบัดรักษาโรคติดเหล้าจากเจ้าหน้าที่หรือสถาบันเฉพาะทางก่อน แล้วจึงนำมาเข้ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ณรงค์ณ เชียงใหม่ และอาจารย์ ดร.จิตติมา กัตถัญญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำให้คำปรึกษา และช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ต่อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์นายแพทย์นิพนธ์ เสริมพานิชย์ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ แก้ไข และให้ข้อเสนอแนะในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ มนัส ยอดคำ คุณวันศรี สุมาลัย คุณทัตถทรง โสมศรีแพง และคุณบุญส่ง เขตต์มาส ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือจนมีความสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์สุภาพดีแม่สะเรียง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบหาร คณะเจ้าหน้าที่ ผู้นำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงตำบลบ้านกาตทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้ ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัว ผู้ซึ่งให้กำลังใจอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์อันมีค่าแก่การศึกษา และเพื่อนๆ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ รุ่นที่ 3 ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอขอบคุณประโยชน์จากการวิจัยครั้งนี้แต่ทุกท่านด้วยความเคารพยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชน**. เชียงใหม่ : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10, 2553.
- คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **แผนพัฒนาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554**. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2549.
- ณัฐพล หาญโสภิ. **โปรแกรมการสร้างพลังมีการเปลี่ยนแปลงความภาคภูมิใจในตนเองและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง**. สงขลา : วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย สงขลานครินทร์, 2540.
- นิตยทอง เพชรศรี. **ศึกษาการใช้พลังอำนาจขององค์กรในการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า**. เอกสารวิชาการองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี, 2541.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุรัตน์. **ปัญหาการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่**. เชียงใหม่ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2541.
- พนัส พุกฤษ์สุนท์. **การสนับสนุนส่งเสริมให้แสดงออกทำให้เกิดพลังอำนาจในตัวบุคคล**. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการสร้างพลังอำนาจในงานส่งเสริมสุขภาพ, 2547.
- พนารัตน์ เจนจบ. **การสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์**. นครปฐม : วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- มธุริน คำวงศ์ปิ่น. **ความเครียดวิธีการปรับแก้และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย**. เชียงใหม่ : วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตเวชและการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- สาลินี ไทยธวัช. **การพัฒนาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์โดยกระบวนการสร้างพลังตำบลสื่อ อำเภอประทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ**. นครปฐม : วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- สายสิญจน์ เปรมเกิด. **การพัฒนาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์โดยกระบวนการสร้างพลังตำบลนครป่าหมาก อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก**. นครปฐม : วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- สุคนธ์ ไช้แก้ว. **การเสริมสร้างพลังพัฒนาในงาน**. วารสารพยาบาลศาสตร์ ; 20(2) : 71-76, 2545.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย, 2545.

สำนักบรรณคดีวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. **สถานการณ์การฆ่าตัวตายของคนไทย**. สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th> เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2553.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. **พฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก**. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

Gibson C. H. A. **A concept analysis of empowerment**. Journal of advanced Nursing ; 16 : 354-361, 1991.

World Health Organization (WHO). **Suicide prevention (SUPRE)**. Available from : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/. Accessed December 5, 20.