

บทที่ 5

สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงที่มีภาวะเครียด ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสหหาร ตำบลบ้านกาศ อำเภอมะละเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา คือ 1) เพื่อศึกษาระดับความเครียดของชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง ในตำบลบ้านกาศ อำเภอมะละเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน 2) เพื่อศึกษาบริบทของครอบครัวผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในตำบลบ้านกาศ อำเภอมะละเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน 3) เพื่อศึกษาผลของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในครอบครัว เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสหหาร ตำบลบ้านกาศ อำเภอมะละเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยใช้วิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi research) โดย แบ่งระยะในการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การคัดกรองและประเมิน

ระยะที่ 2 เป็นระยะ ดำเนินการทำการกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในครอบครัว (Intervention approach) ในกลุ่มเป้าหมายที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย จำนวน 8 คน และครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด จำนวน 8 คน ในการทำ Intervention approach แบ่งขั้นตอนในการดำเนินการออกเป็น ขั้นตอนต่างๆ 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 บริบทของครอบครัวผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายใน ตำบลบ้านกาศ

ขั้นตอนที่ 2 การจัดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การเปิดเวทีเสวนารับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายการกระตุ้นความเชื่อมั่น การรู้จักส่วนดีด้อยของตนเอง และครอบครัว การเสริมสร้างให้ตนเองและครอบครัวมีพลัง มีความมั่นใจในการดำเนินการแก้ไขปัญหาในครอบครัวได้ด้วยตนเอง และการดำรงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัว โดย การเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วมการสนทนากลุ่ม การระดมสมอง การประชุมร่วมกับชาวบ้าน

ในการตรวจสอบ และ วิเคราะห์ข้อมูล ได้ทำไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) วิเคราะห์หาความหมายพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือความรู้สึกในแต่ละข้อย่อย ส่วนมากร้อยละ 84.79 มีอาการพฤติกรรมหรือความรู้สึกเป็นบางครั้ง รองลงมาร้อยละ 7.63 มีอาการพฤติกรรมหรือความรู้สึกเป็นบ่อย และร้อยละ 4.90 มีอาการพฤติกรรมหรือความรู้สึกเป็นประจำ ส่วนผู้ให้ข้อมูลส่วนน้อยร้อยละ 2.68 มีอาการพฤติกรรมหรือความรู้สึกไม่เคยเลย

ระดับความเครียดของชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงส่วนมากมีระดับคะแนน 18-25 หรือเครียดเล็กน้อย รองลงมา คือ ระดับคะแนน 26-29 หรือเครียดปานกลาง และระดับคะแนน 30-60 หรือเครียดมาก และจากจำนวนชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง 901 คน พบชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 13.76 ของผู้ตอบแบบประเมินทั้งหมด

ในผู้มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ของชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสบหาร พบว่า ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงที่มีความเครียด ส่วนมากไม่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 93.55 และมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า รวมแล้ว จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.45

ระดับอาการซึมเศร้า ของชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสบหาร พบว่า ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงที่มีความเครียดและมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าส่วนมาก สงสัยโรคซึมเศร้ารุนแรงปานกลาง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 รองลงมา คือ มีภาวะเศร้าแต่ยังไม่ถึงระดับโรคซึมเศร้า 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 37.5 และมีอาการเศร้าเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5

ระดับแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ของชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสบหาร พบว่า ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงที่มีความเครียดและมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ส่วนมากมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อยทั้ง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 100 พบในหมู่ 3 บ้านแพะ และหมู่ที่ 4 บ้านแม่หาร หมู่บ้านละ 4 คน

จากนั้นได้นำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มาเป็นเทคนิคในการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ การแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์และการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง เหมาะสม ในแต่ละครอบครัว ประกอบกับการใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในหมู่บ้าน การศึกษาบริบทของ

ครอบครัวยุคใหม่ของตำบลบ้านกาศ โดยให้การสัมภาษณ์ทั่วไป การสัมภาษณ์เชิงลึก ในการเก็บข้อมูลสภาพทางสังคม และวัฒนธรรมประเพณี รวมถึงการดำเนินงานต่างๆในตำบลบ้านกาศ

การอภิปรายผล

ผลจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ของชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงที่มีภาวะเครียด ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสหภาพ ตำบลบ้านกาศ อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน จากการดำเนินการมีประเด็นที่น่าสนใจ อภิปรายผล ดังนี้

ตอนที่ 1 บริบทครอบครัวผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในตำบลบ้านกาศ

จุดแข็ง ในตำบลบ้านกาศพบว่า ประชาชนในตำบลส่วนใหญ่จะมีความรัก ความสามัคคี มีน้ำใจ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันตลอด เป็นความสัมพันธ์กันในรูปแบบเครือญาติ จุดอ่อน ในตำบลบ้านกาศพบว่า ตำบลบ้านกาศ จะมีประชากรกลุ่มที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ยังมีผู้พิการทางด้านร่างกายและสติปัญญา ให้การช่วยเหลือดูแลตนเองไม่ได้ ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย ผู้ที่ติดสุรา ยาเสพติด ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ตำบลบ้านกาศเป็นตำบลที่มีขนาดกลางส่วนมากจะเป็นครอบครัวเดี่ยว ยังมีครอบครัวที่ล่มสลาย มีการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ของสามีภรรยา มีผู้ที่อยู่บ้านคนเดียวไม่มีผู้ดูแล และยังมีครอบครัวที่บิดาและมารดา เสียชีวิต ทั้งบุตรให้เป็นภาระกับผู้สูงอายุอีกด้วย โอกาส ของตำบลบ้านกาศ พบว่าเป็นเขตติดต่อกับชุมชนเขตเมือง การคมนาคมสะดวกไม่ไกลจากแหล่งหน่วยงานต่างๆมากนัก เป็นตำบลที่ได้รับความสนใจจากผู้อยู่อาศัยในหลายหลายสาขา จึงเป็นโอกาสที่ดีสำหรับประชาชนและแกนนำในตำบลบ้านกาศ ที่ได้รับการเรียนรู้ รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆในการพัฒนาตนเองและชุมชนไปด้วย อุปสรรค ของตำบลบ้านกาศ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และใช้ยาเสพติดอยู่ พบได้ทั้งในเด็กจนถึงผู้ใหญ่ ซึ่งจะมีการดื่มเหล้าเองในบ้าน ตั้งร้านเหล้าต้องขายบ้าง ซึ่งจะพบในตอนเย็นช่วงเลิกงาน การสูบบุหรี่ใช้โดยตามวิถีชีวิต และการหามาได้ของยาเสพติดที่ง่ายและมีอย่างแพร่หลายในชุมชน

สอดคล้องกับจิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2534) นักจิตวิทยา และนักสังคมวิทยาที่กล่าวว่า สาเหตุหนึ่งที่เป็นสาเหตุ นำไปสู่การฆ่าตัวตายสาเหตุหนึ่ง คือ สภาพสังคม พบว่า จากการสำรวจอัตราการฆ่าตัวตายพบว่าองค์ประกอบหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย คือสถาบันทางสังคม ในสังคมที่สับสน มีการแก่งแย่งแข่งขันชิงดีชิงเด่น ผู้คนในสังคมต้องดิ้นรนต่อสู้ เพื่อความอยู่รอด

ของตนเองในสังคม ผู้ที่อ่อนแอจะอยู่ในสังคมไม่ได้ เพราะจะประสบกับความพ่ายแพ้ทั้งตนเองและผู้อื่น ผลที่ตามมาคือความอับสอดสูกับเส้นใจในโซควาสนา และการกระทำของตนเองในที่สุดก็ฆ่าตัวตาย รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zilboorg (1992) ที่พบว่าบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีประวัติครอบครัวแตกแยก ในที่นี้หมายถึง ลักษณะครอบครัวที่ขาดหรือสูญเสียบุคคลที่สำคัญที่ทำหน้าที่บิดาหรือมารดา ซึ่งการขาดหรือสูญเสียนี้อาจเกิดจากการหย่าร้าง การตายจากหรือการไม่ลงรอยกันระหว่างบิดามารดา สภาพบรรยากาศของครอบครัวแบบนี้ ล้วนแต่จะสร้างประสบการณ์ที่เป็นบาดแผลทางใจ (Traumatic Experience) และมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมให้เด็กมีพื้นฐานทางอารมณ์ และสังคมที่ไม่มั่นคง (Emotional and Social Instability) บุคลิกภาพที่อ่อนแอจะเป็นสาเหตุจูงใจให้บุคคลมีแนวโน้มกระทำการฆ่าตัวตายได้ง่าย เมื่อประสบภาวะวิกฤติในชีวิต และสอดคล้องกับที่สมภพ เรืองตระกูล (2525 : 15) ได้ศึกษาและแบ่งประเภทของผู้พยายามฆ่าตัวตายด้วยสาเหตุเนื่องจากสภาพจิตใจไว้ว่า กลุ่มที่ติดสุรา หรือติดยาเสพติด มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพราะมีความรู้สึกในคุณค่าของตนลดลง เมื่อมีความกดดันเพิ่มขึ้น จะเกิดอารมณ์เศร้าได้ง่าย และรุนแรง เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้กลุ่มพวกโรคประสาท นี้จะบั่นแต่อาการทางกายเข้าหาก โดยที่แพทย์ตรวจไม่พบโรคทางกายใดๆ บางคนอาจไม่แสดงอาการเศร้าเลย บ่นแต่อาการฝ่ายกายอย่างเดียวหรือในเด็กวัยรุ่น ความเศร้าอาจแสดงออกไปรูปตรงข้าม คือมีพฤติกรรมก้าวร้าว และทำลาย ทำให้จิตแพทย์วินิจฉัยผิดพลาดไปอาการเหล่านี้มักแสดงถึงอารมณ์เศร้าที่แฝงอยู่ในรูปอาการอื่น ๆ เพราะการดื่มเหล้าและสิ่งเสพติดจนติดเป็นนิสัย ถือเป็นการฆ่าตัวตายแบบเรื้อรัง (Chronic Suicide) อย่างหนึ่งการดื่มเหล้า เป็นวิธีการที่จะหลีกหนีจากความจริง วิธีหนึ่ง และพวกซึมเศร้ามักจะใช้วิธีการดื่มเหล้าเพื่อให้ลืมความทุกข์ ขณะเดียวกันการดื่มเหล้า ยังทำให้การควบคุมภายในตนเองลดลง และสามารถทำร้ายผู้อื่น หรือพยายามฆ่าตัวตายได้

บริบทของครอบครัวผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ลักษณะของกลุ่มครอบครัว ทั้ง 8 ครอบครัวพบว่า ในจำนวนนี้ เป็นผู้ที่มีมาจากกลุ่ม ผู้ป่วยสุขภาพจิตจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.63 ของผู้ป่วยสุขภาพจิตทั้งหมด โรคเรื้อรังรักษา ไม่หาย จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.08 ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายทั้งหมด ผู้พิการ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 ของผู้พิการทั้งหมด ผู้ติดสุรา 2 รายคิดเป็น ร้อยละ 40 ของผู้ติดสุราทั้งหมด ผู้ที่มีฐานะยากจน จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.74 ของผู้ที่มีฐานะยากจนทั้งหมด โดยพบว่า กลุ่มเหล่านี้มีผู้ที่มีประวัติเคยทำร้ายตนเอง และผู้อื่น จำนวน 3 ราย คิดเป็น 0.02 ของประชากรทั้งหมด ระดับการศึกษาของผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 อยู่ในระดับประถมศึกษา และร้อยละ 37.5 ไม่ได้เรียนหนังสือ ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 อยู่ในครอบครัวขยายคือ มีสมาชิกในครอบครัว อยู่ 2 คน รองลงมาอยู่ในครอบครัวขยาย คือ มีสมาชิกในครอบครัว อยู่ 3-5 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.5 ที่ต้องอยู่คนเดียว

เพียงลำพัง ระดับการศึกษาของสมาชิกในครอบครัวของผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย พบว่า ร้อยละ 50 อยู่ในระดับประถมศึกษา รองลงมาร้อยละ 37.5 อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และน้อยที่สุดร้อยละ 12.5 ไม่ได้เรียนหนังสือ เมื่อพิจารณาฐานะทางเศรษฐกิจจากอาชีพหลัก พบว่า ร้อยละ 75 มีอาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นอาชีพหลัก และมีเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ที่ไม่มีอาชีพ กล่าวคือ มีรายได้จากลูกชายและสามีที่ไปทำงานต่างจังหวัดและจะกลับบ้านประมาณปีละ 1 ครั้ง รายได้เฉลี่ยของครอบครัว พบว่า ส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 100 มีจำนวน 7 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 87.5 ไม่มีเงินเก็บสะสม และมีเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ที่มีเงินเก็บประมาณ 2-3 พัน/ปี แต่ก็ต้องใช้ไปทุกๆปี ซึ่งสอดคล้องกับ ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล สุรสิงห์ วิสสุรัตน์ และคณะ (2541 : 20) ได้ทำการศึกษาปัญหาการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2539 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2540 โดยรวบรวมรายชื่อจากใบมรณบัตร และสอบถามข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายที่อาจไม่ปรากฏในรายงานใบมรณบัตรจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย รวมทั้งสิ้นที่ทำการศึกษากัน 241 ราย ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 88.00 เพศหญิงร้อยละ 12.00 กลุ่มอายุ ที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุดอยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 25 – 34 ปี ร้อยละ 29.90 รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 25 – 44 ปี ร้อยละ 29.00 ซึ่งเป็นวัยแรงงาน ผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาเท่านั้น มากถึงร้อยละ 77.20 เหตุกระตุ้นของการฆ่าตัวตาย พบว่า สาเหตุจากการติดเชืเอชไอวี พบมากที่สุดถึงร้อยละ 19.90 รองลงมาได้แก่ติดสุรา ร้อยละ 18.70 และปัญหาชีวิตสมรส มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ปัญหาเศรษฐกิจ ป่วยทางจิตเวช ปัญหาภักพ้อ แม่ พี่น้องถูก ร้อยละตามลำดับ ดังนี้ 17.80, 17.80, 15.80, 10.40, 10.00 วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายกินสารพิษ ร้อยละ 48.1 แหวนคอร้อยละ 45.60 ยิงตัวตายร้อยละ 4.10 ประวัติเกี่ยวกับการเคยทำร้ายตนเองพบ ร้อยละ 17.0 ผู้ฆ่าตัวตายมีการส่งสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย มากกว่าครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 50.2 พบผู้ฆ่าตัวตายที่มีอารมณ์เศร้าในระยะ 1 เดือนก่อนฆ่าตัวตายร้อยละ 58.90 และพบผู้ที่มีอาการทางจิต เช่น พุดคนเดียวน หรือมีอาการหูแว่ว มีความกลัวหรือกลัวคนมาทำร้ายตนเอง จำนวน 47 ราย ร้อยละ 19.50 และในจำนวน 241 ราย นี้ยังพบว่า มีผู้ที่ปัญหาเอชไอวี จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.5

ลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวของผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย สมาชิกส่วนใหญ่ในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ที่ห่างเหิน ไม่ค่อยได้ปรึกษา พุดคุย หรือมีกิจกรรมร่วมกัน ลักษณะความสัมพันธ์ของครอบครัวผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย กับชุมชน พบว่า ทั้ง 8 ครอบครัวหรือ ร้อยละ 100 ไม่มีสมาชิกในครอบครัวของผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย เป็นแกนนำในองค์กรใดๆ ในชุมชน ในตำบลเลย มีเพียงเข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มแม่บ้าน และกลุ่ม ฅาปณกิจของแต่ละหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ แต่มีส่วนร่วมในกลุ่มเพียงการออมเงินไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่นอกเหนือจากนี้เลย ส่วน ลักษณะความสัมพันธ์ของครอบครัวผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย กับเพื่อนบ้านนั้น พบว่า

มีความสัมพันธ์ที่ดี เนื่องจากเพื่อนบ้านนั้นเป็นญาติ พี่ น้อง กัน มีปฏิสัมพันธ์กัน ไปมาหาสู่กันช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540 : 245) ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายว่าบุคลิกภาพและกลไกการปรับตัว ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักเป็นคนสมบุรณ์แบบ มีนิสัยชอบแยกตัว มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เป็นเด็กกว่าวัย อดทนต่อความคับข้องใจได้น้อย มีความก้าวร้าวสูง ขาดความยับยั้งชั่งใจและควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้แต่บางคนก็เก็บกดทางอารมณ์และบุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมักขาดการประคับประคองจากผู้อื่นเช่นมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับพ่อแม่หรือเพื่อน ไม่มีเพื่อนสนิท ไม่รู้สึกว่าคุณและผู้อื่นจะเข้าใจและผูกพันกันได้อย่างแท้จริง เมื่อมีปัญหาจึงเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและหาทางออกไม่ได้ นอกจากนี้เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้ตัดสินใจฆ่าตัวตายมักเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกเสียหน้า หรือไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น เช่น ถูกพ่อแม่ลงโทษหรือทะเลาะกับเพื่อน ทั้งหมดนี้ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณสัมพันธ์ได้มาถึงจุดสุดท้ายแล้วจึงแก้ปัญหาด้วยการพยายามจบชีวิตตนเอง

ตอนที่ 2 การจัดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัว

ในการวิเคราะห์ คัดเลือก ผู้เข้าร่วมกระบวนการการวิจัยในครั้งนี้ ได้เริ่มจากการสำรวจโดยใช้แบบสำรวจความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต ในกลุ่มที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายทุกกลุ่ม ได้ประเมินความเครียดด้วยตนเอง แล้วนำมาวิเคราะห์ ผู้ที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก หรือกลุ่มผู้ที่มีคะแนน 30 คะแนนขึ้นไป จำนวน 8 คน คือผู้ที่มีระดับคะแนนความเครียด อยู่ในระดับสูง จากนั้น ค้นหาญาติ ผู้ที่สนิท ผู้ที่เป็นที่ไว้วางใจมากที่สุดของกลุ่มผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย จำนวน 8 คน มาเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลัง ดังนี้

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง
2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม
4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

สอดคล้องกับ มธุริน คำวงศ์ปิ่น (2543) ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่โรงพยาบาลสันป่าตอง และโรงพยาบาลสันทราย ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2540 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2542 จำนวน 40 คน โดยศึกษาถึงความเครียด วิธีการปรับแก้และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 มีความเครียดระดับต่ำ วิธีการปรับแก้ที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดคือวิธี ปรับอารมณ์ร้อยละ 37.50 วิธีเผชิญหน้ากับ

ปัญหาร้อยละ 35 วิธีบรรเทาปัญหาร้อยละ 25 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง โดยเฉพาะด้านความรักใคร่ผูกพันสูงสุดคิดเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.13 ด้านความมั่นใจในคุณค่าแห่งตนมีค่าต่ำสุด คิดเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.07 สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พบมากที่สุดคือญาติหรือบุคคลในครอบครัวร้อยละ 95 บิดามารดาร้อยละ 90 คู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญในชีวิตร้อยละ 82.50 แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พบน้อยที่สุดคือ พระ หรือนักบวช ร้อยละ 2.50 สอดคล้องกับ สาลินี ไทยรัช (2543) ศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยกระบวนการสร้างพลัง ตำบลลือ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า หลังโปรแกรมการสร้างพลังในการพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ มีการร่วมกันวิเคราะห์ และระบุปัญหาวางแผนการดำเนินงาน ปฏิบัติตามแผนงาน กำหนดผู้รับผิดชอบ การติดตามผลโครงการร่วมกันระหว่างสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลและผู้เกี่ยวข้องกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคและปรับปรุงงานเป็นระยะ ซึ่งแสดงออกถึงศักยภาพขององค์กรที่เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับ สุคนธ์ ไช้แก้ว (2545) ได้ศึกษาถึงการเสริมสร้างพลังเป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นได้ในบุคคล คือ มุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพหรือความสามารถ ความมีประสิทธิภาพ ความแรงในการทำกิจกรรม หรือการดำรงชีวิต ที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต การทำงานความสำเร็จและความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือกันเท่าเทียมกัน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การถ่ายทอดอำนาจให้เกิดความเสมอภาคกัน และสอดคล้องกับพนัส พงษ์สุนันท์ (2547) ศึกษาพลังในตัวบุคคลจะเกิดขึ้นได้กับบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้แสดงออกซึ่งความสามารถในการพัฒนาแนวคิด และการทำงานสู่ความสำเร็จได้รับการยอมรับจากผู้อื่น สามารถพึ่งตนเองได้ และเกิดความภาคภูมิใจในตนเองการระดมพลังความคิด ต้องกระทำโดยผ่านการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และโอกาสอย่างรอบด้านรวมทั้งกำหนดแนวทาง วิธีการและแผนงานในการแก้ไขปัญหา หรือการพัฒนาชุมชนอย่างเป็นระบบ สร้างสรรค์และยั่งยืน

กระบวนการที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง

การจัดสนทนากลุ่ม ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดในเรื่องความเครียด ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนอันตราย หลักการป้องกันผู้พยายามฆ่าตัวตาย แนวคิดในการช่วยเหลือที่ดี สำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตาย คือ การสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ครอบครัวยอมรับเหตุการณ์สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ของตนเอง เห็นความสำคัญในการดูแล ช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวของตนเอง และให้กลุ่มได้มีการพูดคุยและเปลี่ยนความ

คิดเห็น ซึ่งกันและกัน รวมถึง มีการรับฟังปัญหาจากครอบครัวของผู้อื่น เพื่อให้ครอบครัว หรือกลุ่ม ได้คิดวิเคราะห์ เข้าใจปัญหาของครอบครัว ได้ด้วยตนเอง พบว่า สมาชิกจำนวน 16 ราย ของ ครอบครัวของผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายนี้ได้เคยเห็น เคยได้ยิน การส่งสัญญาณ ของผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย มาแล้ว เหมือนอย่างที่ได้กล่าวเป็นตัวอย่างมา และได้ยอมรับว่าในครอบครัวของตนเอง มีสมาชิก ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย อยู่ มีความเห็นว่า ควรจะต้องให้การช่วยเหลือ ให้การสังเกต คอยเฝ้าระวังให้มากขึ้นและมีความเห็น ว่าเป็นปัญหาของครอบครัวของตนที่จะต้องให้ความสำคัญ และแก้ไขปัญหาเป็นการเร่งด่วน รวมทั้งส่วนใหญ่นำได้ขอร้องให้เข้าไปช่วยเหลือ ไปช่วยพูดกับผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายนั่น ให้เปลี่ยนใจไม่ฆ่าตัวตาย มีสมาชิกส่วนน้อยเพียงร้อยละ 8 ของผู้ที่เข้าร่วม กระบวนการ ซึ่งมีสมาชิกในครอบครัวที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย นี้เป็นผู้ที่คิดสุรา ให้การโต้แย้ง ปฏิเสธว่า การตายเป็นเรื่องส่วนบุคคลที่เราไม่สามารถห้าม หรือให้การช่วยเหลือได้ซึ่งสอดคล้อง กับ Gray Down & Chure (อ้างถึงในพนารัตน์ เจนจบ, 2542) พบว่าการให้ความรู้และข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้ เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์หรือ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง จะทำให้เกิดการตัดสินใจ และเป็นการสร้างเสริมพลังกับผู้ป่วยได้ ดัง ที่สำรวจ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง เช่น ผลข้างเคียงจากการรักษา แหล่งข้อมูลที่ได้รับนอกจากจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องแล้วยังมีแหล่งข้อมูลอื่น ๆ อีก เช่น สายด่วนข้อมูล (Hotline) การศึกษาวิจัย หนังสือ เป็นต้น การให้ข้อมูลทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ในการรักษา เพราะใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะเลือกใช้การรักษาแบบใด นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องการการรับรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วยที่สามารถนำมาใช้ประกอบในการตัดสินใจเป็น การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยได้ การได้รับข้อมูลข่าวสารจะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ และ สอดคล้องกับ สายสัญญาณ เปรมเกิด (2543) ที่พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและ ควบคุมโรคเอดส์โดยการใช้กระบวนการสร้างพลังมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการติดเชื้อเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์เพิ่มขึ้น และ สอดคล้องกับ นิตย ทองเพชร ศรี (2541) ที่พบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยให้ พลังอำนาจขององค์กร ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าและการป้องกัน มีการรับรู้โอกาส เสี่ยงของการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า เพิ่มมากขึ้นก่อนเข้าโครงการ

กระบวนการที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กลุ่ม ได้รู้จักตนเอง รู้จักและยอมรับถึง ข้อดีข้อด้อย ของตนเอง รวมถึงข้อดี ข้อด้อยของครอบครัวของตนเอง คือ กิจกรรมจับเป็นฉันเอง ส่วน กิจกรรม ตามหาคู่ฉัน เป็นกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ มองเห็นคุณค่าของตนเอง ยอมรับและเกิดความ ภาคภูมิใจในตนเอง รวมถึงครอบครัว สิ้นสุดขั้นตอนนี้ด้วย กิจกรรมถนนแห่งชีวิต เพื่อให้สมาชิก

กลุ่มสามารถคิดลำดับเหตุการณ์ วิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของตนเอง อันเป็นสาเหตุที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดมาตัวตายขึ้น ได้ด้วยตนเองสอดคล้องกับ สุนทร ไขแก้ว (2545) ที่ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังเป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นได้ในบุคคล คือ มุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพ หรือความสามารถ ความมีประสิทธิภาพ ความแรงในการทำ กิจกรรม หรือการดำรงชีวิต ที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต การทำงาน ความสำเร็จและความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือกัน เท่าเทียมกัน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการถ่ายทอดอำนาจให้เกิดความเสมอภาคกัน สอดคล้องกับ ณัฐพล หาญโสภี (2540) ที่พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการสร้างพลังมีการเปลี่ยนแปลงความภาคภูมิใจในตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ดีกว่าก่อนการจัดโปรแกรมการสร้างพลัง และสอดคล้องกับ พันธ์ พฤษ์สุนันท์ (2547) ที่กล่าวว่า พลังในตัวบุคคล จะเกิดขึ้นได้กับบุคคลที่ได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมให้แสดงออก ซึ่งความสามารถในการพัฒนาแนวคิด และการทำงานสู่ความสำเร็จได้รับการยอมรับจากผู้อื่น สามารถพึ่งตนเองได้และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

กระบวนการที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม

จัดกิจกรรมต่อเนื่องด้วยกิจกรรมพักสายตาหาคติ ซึ่งได้ให้สมาชิกกลุ่มทดลองปฏิบัติ เป็นการแนะแนวทางในการผ่อนคลาย หรือกำจัดความเครียดที่เกิดขึ้น และสมาชิกกลุ่มสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จากนั้นจัดกิจกรรมครอบครัวในฝัน และกิจกรรมต้นผลไม้แห่งความฝัน เพื่อให้กลุ่ม ได้มี เป้าหมาย ได้สร้างความคาดหวังของตนเองและครอบครัว สามารถมองเห็นปัญหาของครอบครัว แล้วหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งขึ้น หรือ คิดวิธีการเพื่อให้ไปถึงการเป็นครอบครัวในฝันได้อีกทั้งการสนทนากลุ่มที่ได้ในขั้นตอนนี้ นอกจากสมาชิกจะได้แนวทางการแก้ไขปัญหาในครอบครัวแล้ว กิจกรรมดังกล่าวยังทำให้สมาชิกกลุ่มได้รับการกระตุ้นให้เกิดการแสดงออก กล้าแสดงความคิดเห็นของตนเองอย่างเปิดเผย จริงใจ มองเห็นประสบการณ์การแก้ไขปัญหของครอบครัวของสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ แล้วนำมาเชื่อมโยง ปรับใช้ หรือนำมาเป็นตัวอย่างในการแก้ไขปัญหในครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม การพัฒนาการเสริมสร้างให้ตนเองและครอบครัวมีพลังนั้น ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความกล้า มีความมั่นใจ ในการดำเนินการแก้ไขปัญหในครอบครัวได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ พันธ์ พฤษ์สุนันท์ (2547) ที่กล่าวถึงการระดมพลังความคิด ต้องกระทำโดยผ่านการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน สร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์วิเคราะห์ปัญหาและโอกาสอย่างรอบด้าน รวมทั้งกำหนดแนวทาง วิธีการและแผนงานในการแก้ไขปัญหาย่างเป็นระบบ รวมทั้งสอดคล้องกับ ศาลินี ไทยรัช (2543) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วน

ตำบลในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยกระบวนการสร้างพลัง ตำบลคือ อำเภอ ปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า หลังโปรแกรมการสร้างพลังในการพัฒนาศักยภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์มีการร่วมกันวิเคราะห์ และระบุปัญหา วางแผนการดำเนินงาน ปฏิบัติตามแผนงานกำหนดผู้รับผิดชอบ การติดตามผล โครงการร่วมกันระหว่างสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลและผู้วิจัย ร่วมกันแก้ไขปัญหาอุปสรรค และปรับปรุงงานเป็นระยะ ซึ่งแสดงออกถึงศักยภาพองค์กรที่เพิ่มขึ้น

กระบวนการที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

เพื่อให้เกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ความคิด อันจะนำไปสู่การปฏิบัติ ที่มีประสิทธิภาพ คือ การแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง เหมาะสม ของแต่ละครอบครัว ของสมาชิกกลุ่มแล้ว จึงได้จัดให้มี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวขึ้น ด้วยกิจกรรม เรายังมีฉัน สบหา ไม่ทิ้งกัน โดยได้ แนะนำอาสาสมัครสาธารณสุข ที่อาสา มาดูแล ให้การช่วยเหลือครอบครัวที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายนี้ กำหนดให้ อาสาสมัคร 1 คน ดูแล 1 ครอบครัว ซึ่งเป็นครอบครัวที่อยู่ละแวกบ้านใกล้เคียงหรือ เป็น ครอบครัวที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้นั้นอยู่แล้ว เพียงเพิ่มการดูแล ช่วยเหลือ ให้มากขึ้นกว่าครอบครัวอื่นที่ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย กล่าวคือ ให้การดูแล ให้กำลังใจ กระตุ้นให้ครอบครัวเกิดการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน เป็นผู้ที่ครอบครัว สามารถระบายความคับข้องใจ ที่เกิดขึ้น ให้การช่วยเหลือทุกๆด้าน หรือเท่าที่สามารถจะกระทำการช่วยเหลือนั้นได้แต่หากเกิด ความสามารถที่จะให้การช่วยเหลือ หรือให้คำแนะนำได้ อาสาสมัครประจำครอบครัวสามารถจะ ติดต่อขอคำแนะนำ ช่วยเหลือ ประสานงานกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรพ.สต.บ้านสบหา ได้ทันที เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เห็นอกเห็นใจกัน ไว้วางใจกัน ซึ่งสอดคล้องกับ พนารัตน์ เจนจบ (2542) ที่กล่าวว่าการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคล และผู้ที่เกี่ยวข้องการสร้าง สัมพันธภาพเป็นเทคนิคขั้นพื้นฐานที่ใช้ในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจและเมื่อพบ ปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้วอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัว และผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัว ตาย จะร่วมมือแก้ไขปัญหา เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบ ความสำเร็จ ก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ และจะคงไว้ซึ่งการนำไปใช้ในเหตุการณ์ครั้งต่อไปได้ และสอดคล้องกับ พนัส พฤกษ์สุพันธ์ (2547) ที่กล่าวว่า การมีเพื่อร่วมคิด ร่วมดำเนินการแก้ไข ปัญหาาร่วมกัน ก่อให้เกิดการเรียนรู้การปฏิบัติจริง อันจะนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการพัฒนาเมือง และชุมชนให้น่าอยู่ตามความต้องการของชุมชนอย่างต่อเนื่อง และยังสอดคล้องกับแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – พ.ศ. 2549) ที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์การจัดการ เชิงพื้นที่ในมิติใหม่ ด้วยการพัฒนากระบวนการชุมชนเข้มแข็งให้เกิดพลังของคนในชุมชน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหา สนับสนุนให้ชุมชนจัดทำแผนของชุมชนเองโดยใช้การ

มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ตลอดจนสนับสนุนให้ชุมชนสามารถพัฒนาเรียนรู้ชุมชนตนเองในลักษณะ การพึ่งพาตนเองแทนการรอรับบริการจากภาครัฐอย่างเดิม

ตอนที่ 3 การติดตามประเมินผล การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัว

การติดตามประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัวนั้น ได้ใช้วิธีการเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครอบครัวของผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายทั้ง 8 ครอบครัว จำนวน 3 ครั้ง คือ เยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1, 3, และ 7 หลังจากการเข้ากระบวนการกลุ่ม รวมเป็นระยะเวลา 1 เดือน 3 อาทิตย์ โดยจะแยกเป็น วันเสาร์ 4 ครอบครัว และวันอาทิตย์อีก 4 ครอบครัว เพื่อให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ครอบครัวและประเมินผลว่าหลังจากการเข้ากระบวนการกลุ่ม แล้ว ครอบครัวได้มีพลังอำนาจ ขึ้นหรือไม่อย่างไร โดยใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม เป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์ ของกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัวของผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้อง กับ Fleury (1991) ที่ศึกษาการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคคลเป็นแรงจูงใจเพื่อ การส่งเสริมสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 31 คน พบว่าบุคคลสามารถปฏิบัติตัวไป ในทางบวกจำนวน 24 คน และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจำนวน 5 คน ในการเกิด กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคล ประกอบด้วยแรงขับ 2 ชนิด คือการสร้างมโนภาพขึ้น ด้วยตนเอง และมีโครงสร้างสนับสนุน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดี โดยมีการ สะท้อนถึงผลที่น่าพอใจกับผู้ป่วยตลอดเวลาการศึกษา เพื่อให้เกิดแรงจูงใจและกำลังใจที่จะทำเพื่อ ผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของพนารัตน์ เจนจบ (2542) ที่ศึกษากิจกรรมที่ใช้ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ 10 ราย ได้ใช้เทคนิคในการยกตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรคและมี ประสิทธิภาพที่ดีเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีแรงจูงใจที่จะดูแล สุขภาพตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งนี้

1. ผู้วิจัยเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสหหาร จึงรู้จัก และคุ้นเคยกับชุมชน เป็นส่วนมากแล้ว จึงสะดวกในการทำงานวิจัยในครั้งนี้

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจในการช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มนำ ตัวตาย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อที่จะสามารถประเมินผลการสร้างเสริมพลังได้ว่าประสบผลอย่างไร และมีข้อควรปรับปรุง และให้การช่วยเหลือได้อย่างไรบ้าง

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ ของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มนำตัวตาย นั้นเป็นเรื่องของจิตใจ เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ผู้วิจัยหรือผู้นำกลุ่ม ควรต้องระมัดระวังในการใช้คำพูด และควรมีทักษะในเรื่องการสื่อสาร และทักษะการฟังด้วย เพื่อจะได้ข้อมูลที่ลึก และละเอียดจากกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งให้กลุ่มเป้าหมาย กล่าวพูด กล่าวเล่าเรื่องและสามารถช่วยให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย แต่ละคน แต่ละครอบครัวที่เหมาะสมได้

4. การดำเนินกิจกรรมของกระบวนการ ทั้ง 4 ขั้นตอนนั้น ควรทำความเข้าใจ ควรอธิบายในแต่ละกิจกรรมให้สมาชิกกลุ่ม ได้เข้าใจด้วยภาษาที่ง่ายๆ เป็นกันเองและควรใช้เวลาในแต่ละกิจกรรมที่ไม่ยืดเยื้อเกินไป เพื่อให้เกิดการเข้าใจที่ตรงกันของสมาชิกกลุ่มและทำให้สมาชิกกลุ่มไม่เบื่อ จนกระทั่งขอลอดตัวออกจากกิจกรรม

5. การดำเนินกิจกรรมของกระบวนการ ทั้ง 4 ขั้นตอนนั้น ควรทำความเข้าใจกับครอบครัวเป็นอย่างดี ในระดับหนึ่งก่อน เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูล และหาข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุดก่อน เข้าร่วมกระบวนการเพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึก และให้ครอบครัวค้นหาปัญหา สาเหตุ ได้ด้วยตนเอง และเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ในกลุ่มรวมทั้งผู้วิจัยด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา และทำความเข้าใจ ในเรื่องกระบวนการแก้ไขปัญหาโดยใช้ครอบครัวบำบัด ด้วย เพื่อจะได้มีแนวทางในการจัดกิจกรรมกลุ่มที่ต้องมีการเผชิญหน้าระหว่างครอบครัวและผู้ที่มีแนวโน้มนำตัวตายได้อย่างต่อเนื่อง

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจ ทั้ง 4 ขั้นตอน ของ Gibson (1991) นี้ ไม่ควรใช้ในครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวที่ติดเหล้า ทำร้ายตนเอง และผู้อื่น ควรนำผู้ที่ติดเหล้าดังกล่าวนี้ไปบำบัดรักษาโรคติดเหล้าจากเจ้าหน้าที่หรือสถาบัน เฉพาะทางก่อน แล้วมาบำบัดด้วยครอบครัวบำบัด แล้วจึงนำมาเข้ากระบวนการ น่าจะได้ผลมากกว่านำครอบครัวมาเข้ากระบวนการเลย