



รายงานการวิจัย

กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว
และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

นางไพสิณ

ปรัชญคุปต์

นางสาววรรณมณี

รวมจิตร

นางพรชนก

กานา

นายธนิศ

โคตมะ

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ 2558



รายงานการวิจัย

กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว
และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

นางไพลิน ปรัชญคุปต์
นางสาววรรณมณี รวมจิตร
นางพรชนก ทานา
นายธนิต โคตมะ

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ 2558

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 55 คน ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2558 ถึงเดือนกันยายน 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) คู่มือการจัดกิจกรรมเพื่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน และ 2) แบบสอบถามความรู้ ทักษะ ความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และแบบวัดความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการศึกษาโดยใช้กระบวนการ A+C จัดกิจกรรมตามคู่มือให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดทั้งก่อนและหลังการเข้าประชุม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ t-test และมีการติดตามประเมินผลภายหลังจัดกิจกรรมไปแล้ว 2 เดือน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรวม บทบาทในชุมชนเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช น้อยกว่า 1 ปี มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ทักษะติดต่อผู้ป่วยจิตเวช และความพร้อมต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมาก ผลที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมคือกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันคิดวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยการคิดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน และคัดเลือกกิจกรรมเพื่อดำเนินการ จัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนเพื่อดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง และจัดตั้งชมรมบ้านสุขใจเพื่อเป็นศูนย์รวมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน สถานที่ทำการคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย จากการติดตามประเมินผล พบว่า กลุ่มตัวอย่างร่วมกันจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชประจำหมู่บ้านของตนเอง จัดทีมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในหมู่บ้านเพื่อป้องกันการขาดยา และอาการกำเริบซ้ำ จัดกิจกรรมธรรมะสัญจรเพื่อความเป็นสิริมงคลในชีวิตโดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำ การสร้างพลังใจในการประกอบอาชีพ การทำหลุมคลายเศร้า และการจัดกิจกรรมบูรณาการเข้ากับวัฒนธรรมประเพณีของท้องถิ่น เช่น ฟันฟุพัฒนาผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ “ผูกข้อต่อแขน เชื่อมสายแนนทางใจ” และกลุ่มตัวอย่างมีการค้นพบศักยภาพของผู้ป่วยจิตเวชและญาติซึ่งมีความสามารถในการร้องเพลง และกลอนลำ จึงร่วมกันประยุกต์ใช้เป็นการแสดงประจำชมรมบ้านสุขใจ และประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานต่อเนื่องโดยความร่วมมือของชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 94.6 และภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากยิ่งขึ้น ร้อยละ 92.7

ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ทำการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และควรมีการติดตามประเมินผลเพื่อความยั่งยืนภายหลังดำเนินกิจกรรมครบ 1 ปี

คำสำคัญ การมีส่วนร่วม ผู้ป่วยจิตเวช

Abstract

The purpose of the study was to investigate the participating process of the families and communities in taking care of psychiatric patients in Tambon Muang Phia, Amphoe Ban Phai, Khon Kaen. The participants were 55 relatives of the patients, community leaders and health officers. The study was carried out between January and September 2015. The instruments include: 1) the handbook for the participating people in taking care of the psychiatric patients; 2) The measurement of knowledge, attitudes and readiness in participating in the activity as well as the satisfaction in participating in the activity of the samples. The study was carried out in the A+C manner in order to organising the activities for the participants according to the handbook. The participants did both pretest and posttest. The statistical methods employed were: 1) the descriptive statistics, i.e. percentages and mean scores; and 2) T-Test. The follow-up activities were conducted two months after the end of the activities.

The results of the study revealed that the majority of the participants are females at the age ranging between 41 and 50, and high school graduates. They earn their living on farming. Regarding the role in the communities, they are the relatives of the patients and they have 1-5 years experience in taking care of the patients. The significant difference at the 0.05 level was found regarding their knowledge about psychiatry, attitudes towards the patients and readiness to participate in taking care of the patients. They reported being highly satisfied with the participation in the activity. Through the participation in the organised activities, they have critical thinking about the problems of the patients in their communities as well as finding ways to solve the problems by organizing the activities which are in line with their daily life and culture. They have selected the activities for the action plan with the assigned responsible bodies to run the activities continuously. They set up 'Ban Suk Chai' to be the activity centre. They are to run the activities at the Health Promotion Hospital, Tambon Muang Phia. Through the follow-up activities, we found that the participants have set up the patient database of their communities, formed the follow-up teams to help prevent the medicine discontinuity as well as the repeated symptoms. They also organised the 'Dhamma Sanchon' activities for the moral support led by the monks to live their life happily and integrated activities with the local culture like rehabilitate the patients spiritually as well as the local ceremony to create mental linkage. Further, the patients' relatives have found the potential and talent in the patients in singing and made use of these potential and talent to perform at the activity centre. Regarding the satisfaction evaluation, we found that 94.6 per cent of the participants were satisfied with the continuity and cooperation of the people in the communities and the health officers and 92.7 per cent of the participants took part in taking care of the psychiatric patients. The study of life quality and the satisfaction of the psychiatric patients in the target communities should also be investigated so that it can be compared with the result of the participating process of the families and communities in taking care of the patients. Moreover, there should be a follow-up after a year for the sustainability of the activity.

Key words : participation, psychiatric patients

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาและความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทางคณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์ประสาท อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและสนับสนุน การดำเนินงานใน ครั้งนี้มาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณนางประสพสุข แก้วประสิทธิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย นางวรจิตร ยอดสง่า พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นางประภัสสร ชาลีคร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ และบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านสถานที่ การติดต่อประสานงานในพื้นที่ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานครั้งนี้ ด้วยดีมาตลอด

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน อบต. พระสงฆ์ และบุคลากรทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ในที่นี้ที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการดำเนินงานในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

ท้ายที่สุด ขอขอบพระคุณทุกท่าน ทั้งที่กล่าวถึงและไม่ได้กล่าวถึง ที่ได้มีส่วนช่วยให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจไม่มากนักน้อย และหากมีข้อผิดพลาดหรือข้อบกพร่องประการใด คณะผู้วิจัยต้องขออภัยเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ไพลิน ปรัชญคุปต์ และคณะ

เมษายน 2559

ห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
เลขที่หนังสือ	004125
วันที่	
เลขเรียกหนังสือ	วค. WM 90.5
พ.ร.บ. 2559 ร. 3	

JVKK Library



004125

ผู้พิมพ์: ...

ผู้พิมพ์: ...

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	4
ข้อจำกัดในการวิจัย	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
แนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	5
แนวความคิดเกี่ยวกับการสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ A+C	9
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเวช	15
แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน	21
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	28
พื้นที่ในการศึกษาวิจัย	28
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย	28
วิธีการศึกษาวิจัย	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล	30
การวิเคราะห์ข้อมูล	31
บทที่ 4 ผลการวิจัย	32
ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งอยู่ในเขตความ	32
รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น	
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง	34
ผลการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนโดยกระบวนการ A-I-C	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	48
สรุปผลการวิจัย	48
อภิปรายผล	49
การนำผลการวิจัยไปใช้	51
ข้อเสนอแนะ	51
บรรณานุกรม	52
ภาคผนวก	57
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	58
แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	59
แบบวัดทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช	60
แบบวัดความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	61
แบบวัดความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม	62
แบบวัดความพึงพอใจต่อการดำเนินการดำเนินกิจกรรม	63
แผนการจัดกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น	64

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพในชุมชน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	35
ตารางที่ 2	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ	36
ตารางที่ 3	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ	36
ตารางที่ 4	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ	36
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่าง	37
ตารางที่ 6	แผนปฏิบัติงานการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา	41
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรม	45

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องให้การรักษาเป็นเวลานาน และต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง จากสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการแข่งขัน กดดัน ในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยีที่เผชิญอยู่ ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ.2563 จะมีประชากรทั่วโลกเจ็บป่วยทางจิต คิดเป็นร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทุกโรครวมกัน (Burden of Disease) และโรคที่เป็นสาเหตุความสูญเสีย 10 อันดับแรก เป็นโรคทางจิตเวชถึง 5 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า การติดสุรา โรคจิตทางอารมณ์ โรคจิตเภท และโรคย้ำคิดย้ำทำ จากสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555-2557 เท่ากับ 1,076,155 คน 1,109,183 คน และ 1,082,407 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2558) และจากสถิติของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2555-2557 พบว่าผู้ป่วยนอกจิตเวชมีจำนวน 97,772 คน 96,213 คน และ 94,699 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยในที่รับไว้รักษามีจำนวน 2,965 คน 2,888 คน และ 2,825 คน ตามลำดับและผู้ป่วยที่รับไว้รักษาครั้งแรกมีจำนวน 1,449 คน 1,460 คน และ 1,377 คนตามลำดับ ครั้งรองมีจำนวน 1,516 คน 1,428 คน และ 1,448 คนตามลำดับ จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาครั้งรองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวชไม่ใช่ปัญหาเฉพาะบุคคลและครอบครัวเท่านั้น หากส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมตามมา ได้แก่ เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชซึ่งเป็นโรคที่มีอาการทางจิต รุนแรงและมีสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคจิตเภท โรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง โรคสมองเสื่อม รวมถึงผู้ใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ เช่น สุรายาบ้า สารระเหย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2547) เป็นผู้ที่ขาดความสามารถในการปรับตัว ส่งผลให้ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมแปรปรวน มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ, 2542) จะส่งผลให้บุคคลนั้น ขาดความสุข ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ขาดความสามารถในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติเหมือนคนทั่วไป (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และมีความเสี่ยงทางการทำหน้าที่และสมรรถนะทางสังคม (วิมาลา เจริญชัย, 2545) มีการปรับตัวในชีวิตประจำวันที่ล้มเหลว (สมศรี เชื้อหิรัญ, 2532) ไม่สามารถที่จะสร้างคุณค่าหรือหาความหมายของชีวิต การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างไร้จุดหมาย มีความขมขื่น หนีออกจากความเป็นจริง มีการตอบสนองต่อบุคคลอื่นในลักษณะที่ไม่มี ความแน่นอน พฤติกรรมที่แสดงออกไม่อยู่ในขอบข่ายที่สังคมรับได้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527) อาจทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด และสังคมโดยรวม (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวได้ มักปฏิเสธการเจ็บป่วยและไม่รับประทานยาสม่ำเสมอ (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544) รวมไปถึงการมีพฤติกรรมการดื่มสุรา (Deborah, 1998) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ อาการทางจิตกำเริบรุนแรงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตกอยู่ในสภาพที่เรื้อรัง มีความจำเป็นที่ต้อง ได้รับการดูแลและช่วยเหลือตลอดช่วงชีวิต ในด้านครอบครัว พบว่า การที่สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวด้วย (Friedman, 1986) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ครอบครัวมี

ผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในความดูแล ทำให้ครอบครัวมีภาระเพิ่มขึ้น เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจแก่ครอบครัว เนื่องจากครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง พาผู้ป่วยมารับการรักษาซึ่งสูงกว่าค่ารักษาพยาบาล (มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) และอาจจะทำให้มีปัญหาหนี้สินตามมา อันเนื่องมาจากการค่าใช้จ่าย ค่ารักษาผู้ป่วย และการขาดรายได้จากการที่ครอบครัวต้องหยุดงานเพื่ออยู่ดูแล ควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย นอกจากนี้ ญาติยังมีความเครียดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย (เลิศฤทธิ์ บัญชาการ, 2545) ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่าผู้ป่วยจะมีการกำเริบเมื่อใด (วรภช นิธิกุล, 2535) เช่น ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวง ดุร้าย ทะเลาะกับครอบครัว หรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นภัยต่อสังคม (สงวนศรี แต่งบุญงาม, 2537) นอกจากนี้ ยังทำให้ครอบครัวมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง เพราะผู้ป่วยมักไม่นอนในเวลากลางคืน ทำให้รับกวนก่อนนอนเดือดร้อนในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีภาระเพิ่มขึ้น จึงไม่สามารถจัดแบ่งเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถคงความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นในสังคมได้ ส่วนสังคมและชุมชนที่มีผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย และยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อผู้ป่วยจนกลายเป็นความรังเกียจ ปิดกั้นโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปรับตัวเข้ากับสังคม ส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศโดยรวม เช่น การขาดแคลนทรัพยากรบุคคลที่เป็นกำลังสำคัญของชาติในการปกป้องประเทศชาติ อาจกระทบต่อความมั่นคงปลอดภัยของประเทศตามมา การสูญเสียงบประมาณของประเทศเป็นจำนวนมากในการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการจัดสวัสดิการต่างๆ ก่อให้เกิดการสูญเสียรายได้ประชาชาติ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีรายได้น้อย จึงต้องเป็นภาระของรัฐบาล และได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐอย่างมาก โดยมีการประมาณค่าความสูญเสียคิดเป็นมูลค่าที่บุคคลหนึ่งสามารถทำงานและเลี้ยงดูตนเองในวัยทำงานมีค่าประมาณ 35,204 บาท/คน/ปี (กรมสุขภาพจิต, 2549) นอกจากนี้การที่ประเทศมีผู้ป่วยโรคจิตเวชจำนวนมาก เดินร่อนไปตามถนน หรือสถานที่ต่างๆ ส่งผลให้ภาพลักษณ์ของประเทศเสียไป และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศตามมา (พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2547)

นโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ไปรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน ถ้าจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลก็พยายามให้อยู่ในโรงพยาบาลในระยะสั้นที่สุด และจำหน่ายให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยเร็ว (ธนู ขาดีธนานนท์, 2539) เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวดำเนินชีวิตเข้ากับสังคมเดิมของตนให้เร็วขึ้น (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และคณะ, 2542) จากนโยบายดังกล่าว ส่งผลให้ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ เป็นการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาพอที่จะอยู่บ้านได้ (สตีต วงศ์สุรประกิจ, 2542) ก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัวตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว เพราะผู้ป่วยจิตเวชจะมีสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีอาการเป็นๆ หายๆ ขาดความสามารถในการปรับตัว ส่งผลให้ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมแปรปรวน (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และคณะ, 2542) และในภาวะที่ครอบครัวไม่พร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับไปอยู่ด้วย เนื่องจากครอบครัวยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การดำเนินโรค การรักษาพยาบาล และการดูแลอย่างเหมาะสม ขาดการสนับสนุนทางสังคม การประคับประคองด้านร่างกายและจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการวางแผนที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ครอบครัวไม่สามารถจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และครอบครัวมีความเครียด (ธีระ ลีถำนันทกิจ และคณะ, 2539) อันเนื่องมาจากความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย และจากการที่ครอบครัวมีภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อาจจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชตามมา บางคนมีอาการซึมเศร้า ลึนหวัง ซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยไม่มีที่สิ้นสุด (เวทีนิ สุขมาก และคณะ, 2544) และไม่สามารถปรับตัวให้

เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน พบว่า สาเหตุที่เจ็บป่วยเกิดจากปัญหาครอบครัว การดื่มสุรา ใช้สารเสพติด การขาดผู้ดูแลหลัก ขาดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ไม่ให้ความร่วมมือ และเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์แล้ว ขณะกลับไปอยู่บ้านขาดการดูแลต่อเนื่อง ทำให้มีอาการกำเริบซ้ำ ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ครอบครัวและชุมชนขาดความรู้และการฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเช่นเดิม และจากข้อมูลของผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในปีงบประมาณ 2557 มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.5 ของประชากรทั้งหมดในเขตความรับผิดชอบ และผู้ป่วยจิตเวสดังกล่าวพบปัญหาการฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตัวเองต่อเนื่องทุกปี รวมไปถึงปัญหาการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด ขาดผู้ดูแล และไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทายอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็นระยะๆ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลเกิดความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตตามมา จากสภาพการณ์ของปัญหาที่กล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้กลับมาทำหน้าที่ทางสังคมได้ตามเดิม จึงนับเป็นโอกาสพัฒนาการดำเนินงานของนักสังคมสงเคราะห์ในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ ตลอดทั้งเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิและการจัดการทรัพยากรทางสังคมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย อันเป็นการดำรงไว้ซึ่งสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ในการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เป็นการเสริมพลังอำนาจให้กับครอบครัวและชุมชนที่จะเป็นกำลังสำคัญ ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และมิติทางจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์หลัก

2.1.1 เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

2.2 วัตถุประสงค์รอง

2.2.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่าง

2.2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่าง

2.2.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความพร้อมในการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่าง

2.2.4 เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง

3. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ในประชากรกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน อบต. พระสงฆ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น รวมจำนวน 55 คน โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา เดือนมกราคม 2558 ถึงเดือนกันยายน 2558

4. ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี ดังนั้นข้อค้นพบจากการวิจัย อาจมีข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงไปยังพื้นที่อื่น แต่อย่างไรก็ตาม หากจะนำผลการวิจัยไปใช้ ควรพิจารณาถึงบริบทของแต่ละปัญหาและพื้นที่แต่ละแห่งด้วย

5. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

กระบวนการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคล กลุ่มคน หรือองค์กรในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการคิด การวางแผน และการปฏิบัติในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ครอบครัว หมายถึง บุคคลที่พักอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้ป่วยจิตเวชและทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่ที่บ้าน

ชุมชน หมายถึง บุคคล กลุ่มคน องค์กรทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หมายถึง การที่บุคคล กลุ่มคน องค์กรทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 6.1 ครอบครัวและชุมชนเกิดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน
- 6.2 ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน
- 6.3 เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เป็นรูปธรรมโดยผ่านกระบวนการคิด การวางแผน และการดำเนินกิจกรรมโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม
- 6.4 ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- 6.5 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองหรือเฝ้าระวังตั้งแต่ระยะเริ่มต้น
- 6.6 เป็นแนวทางในการวิจัยเรื่องนี้ต่อไป

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 5 ประเด็น เพื่อให้มีความครอบคลุมกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้ คือ

1. แนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
2. แนวความคิดเกี่ยวกับการสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ A-I-C
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช
4. แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
5. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ทุกคนร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมตัดสินใจร่วมในการวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผลในโครงการงานต่างๆของชุมชน เป็นการสร้างปลูกฝังจิตสำนึกในความร่วมด้วยช่วยกัน ปัจจุบันนั้น แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา ได้รับการยอมรับและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในงานพัฒนาของทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน ซึ่งหากมองในการพัฒนางานด้านสุขภาพที่ผ่านมาพบว่าเน้นที่การรักษาโรค มากกว่าป้องกันโรค และมีเพียงคนกลุ่มน้อยเท่านั้นที่เข้าถึงการบริการสุขภาพ การแก้ไขปัญหาลักษณะนี้จึงเป็นการแก้ไขปัญหาคือปลายเหตุ ดังนั้น การดำเนินการบริการสุขภาพในลักษณะนี้จึงไม่สามารถแก้ไขสุขภาพของประชาชนได้อย่างจริงจัง (ทรงสุตา ไตรปรกรณ์กุล, 2545) ความจำเป็นที่จะต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพคือถ้าประชาชนที่มีความต้องการใช้บริการด้านสุขภาพได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินการที่เกี่ยวกับกิจกรรมที่มีผลต่อชีวิตของเขา และมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการการให้บริการจะทำให้การบริการนั้นเหมาะสม และตอบสนองความต้องการของประชาชนเพราะเขาได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา

ความหมายของการมีส่วนร่วม

นักวิชาการได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมที่หลากหลาย แตกต่างกันไปตามความเข้าใจ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนี้

ทงศักดิ์ คุ่มไชนะ (2540) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ 3 ประเด็น ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจแก้ปัญหของตนเอง ร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความชำนาญ ร่วมกับวิทยากรที่เหมาะสม และสนับสนุนการติดตามการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
2. การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับโอกาสที่จะแสดงออกซึ่งความรู้สึกนึกคิด แสดงออกซึ่งสิ่งที่เขามี แสดงออกซึ่งสิ่งที่เขาต้องการ แสดงออก

ซึ่งปัญหาที่กำลังเผชิญ และแสดงออกซึ่งวิธีแก้ไขปัญหาและลงมือปฏิบัติโดยการช่วยเหลือของหน่วยงานภายนอกน้อยที่สุด

3. การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่รัฐทำการส่งเสริมชักนำสนับสนุนและสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชน ทั้งในส่วนบุคคล กลุ่มคน ชุมชน สมาคม มูลนิธิและองค์กรอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

สมทรง รักษ์เผ่า และสรศักดิ์ วัฒนศิริ (2540) กล่าวว่า การที่จะพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้ยั่งยืนได้นั้น จะต้องช่วยให้ประชาชนและชุมชนมีศักยภาพและความสามารถที่จะดำเนินการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนได้ด้วยตนเอง ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานเพื่อจะช่วยให้ชุมชนได้พัฒนาในเรื่องต่างๆ คือ จะช่วยให้แผนงานต่างๆ ที่วางไว้ นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับความสนใจ ความต้องการและค่านิยมของประชาชนและชุมชนจะได้แนวคิดใหม่ๆ และภูมิปัญญาของชุมชนมาช่วยแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพช่วยให้เกิดการไว้วางใจและสนับสนุนในการดำเนินงาน ช่วยให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาหรือให้ความสนใจปัญหา และพัฒนาความสามารถที่จะนำไปสู่การรับผิดชอบในการดำเนินด้วยตนเอง จะช่วยให้เกิดการประสานงานภายในชุมชน จะช่วยพัฒนาให้เกิดแนวคิดที่เป็นสังคมประชาธิปไตย

จุฬารัตน์ โสตะ (2543) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลหรือคณะบุคคลเข้ามามีส่วนสนับสนุนทำประโยชน์ในเรื่องต่างๆ หรือกิจกรรมต่างๆ อาจเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจหรือกระบวนการบริหาร และประสิทธิผลขององค์กรขึ้นอยู่กับกรรมพลังของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับองค์กรนั้น ในการปฏิบัติภารกิจให้บรรลุเป้าหมาย วิธีการหนึ่งในการรวมพลังความคิด สติปัญญา ก็คือการให้บุคคลมีส่วนร่วมในองค์กรนั้น บุคคลจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการหรือปฏิบัติภารกิจต่างๆ เป็นผลให้บุคคลนั้นมีความผูกพัน ต่อภารกิจและองค์กรในที่สุด

นิธย์ ทศนิยม (2546) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่ประชาชนมีทั้งสิทธิ และหน้าที่ที่จะเข้าร่วมในการแก้ปัญหาทางสุขภาพของเขา มีความรับผิดชอบมากขึ้นที่จะสำรวจตรวจสอบความจำเป็นเรื่องสุขอนามัย การระดมทรัพยากรท้องถิ่นและเสนอแนะทางแก้ไขใหม่ๆ เช่นเดียวกับการก่อตั้งและดำรงรักษาองค์กรต่างๆ ในท้องถิ่น

วันชัย วัฒนศัพท์ (2546) การทำงานแบบมีส่วนร่วม นั้นไม่ว่าจะเป็นระดับครอบครัว โรงเรียน ระดับชุมชนระดับองค์กร หรือระดับประเทศนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนาปัจจุบัน เพราะจะช่วยให้ผู้มีส่วนร่วมเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) และจะทำให้ผู้มีส่วนร่วม หรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียนั้นยินยอมปฏิบัติตาม (Compliance) และรวมถึงตกลงยอมรับ (Commitment) ได้อย่างสมัครใจ เต็มใจ และสบายใจ

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2548) กล่าวถึงการมีส่วนร่วม เป็นการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การบริหารจัดการ การติดตามผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการดังกล่าวต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

จินตนา สุขจรรย์ (2549) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมหมายถึงกระบวนการดำเนินงานรวมพลังประชาชนกับองค์กรของรัฐหรือองค์กรเอกชนเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของชุมชน โดยให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมวางแผน ปฏิบัติและประเมินงาน เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน

ทรงวุฒิ เรืองวาทะศิลป์ (2550) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมหมายถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชน ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทร่วมในกิจกรรมทุกประการตามกำลังความสามารถของสมาชิกไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกัน นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2550) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมหมายถึงการเข้าไปเกี่ยวข้องกับทางความคิด จิตใจ อารมณ์ และทางกาย การมีส่วนร่วมมีความหมายมากกว่าการเป็นส่วนหนึ่ง และมีความหมายทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ รวมถึงมีความครอบคลุมทั้งมิติด้านความสามารถ เวลา และโอกาสที่จะมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมเป็นการกระทำ จึงมีทั้งผู้กระทำ ผู้ถูกกระทำหรือผู้รับผล และสาธารณชนผู้เป็นบริบทของการกระทำ

สัญญา เคนาภูมิ (2551) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึงการที่สมาชิกได้มีโอกาสร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติตามโครงการ ร่วมติดตามประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจะต้องมาจากความสมัครใจ พึงพอใจ และได้รับผลประโยชน์ที่เกิดจากชุมชนโดยส่วนรวม ร่วมกัน

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึงการเปิดโอกาสให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ในลักษณะของการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมติดตามผล

Putti J.M. (1987) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นพื้นฐานของกิจกรรมทุกกิจกรรม กระบวนการตัดสินใจของกลุ่มจะเกิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม ซึ่งปัจจัยสำคัญของการมีส่วนร่วมมี 4 ประการ คือ

1. เป็นความพยายามที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและความรู้สึก
2. เป็นการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ
3. เป็นการให้บุคคลรับผิดชอบต่อการปฏิบัติงาน
4. เป็นการพัฒนาการมีส่วนร่วม ซึ่งคำนึงถึงความสมดุล การมีส่วนร่วมที่แท้จริงกับการมีส่วนร่วมมากเกินไป

Davis & Newstrom (1989) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นเรื่องของความเกี่ยวข้องกับด้านจิตใจ และความรู้สึกนึกคิดของแต่ละคน ที่มีต่อกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งของกลุ่ม หรือเป็นแรงกระตุ้นที่ช่วยทำให้มีความสำเร็จ ซึ่งเป็นเป้าหมายของกลุ่ม หรือเป็นความรับผิดชอบต่อกิจกรรมร่วมกันด้วยการเข้าไปเกี่ยวข้องช่วยเหลือ และร่วมรับผิดชอบ

ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงหมายถึง การที่กลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เริ่มต้นตั้งแต่ค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่มาของปัญหา ร่วมในการเลือกวิธีการแก้ปัญหา ร่วมในการดำเนินการตามแผน ร่วมในการประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดผลสำเร็จ และร่วมรับผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นร่วมกัน

ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

นักวิชาการได้กล่าวถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วม ไว้ดังนี้

ณรงค์ ณ เชียงใหม่ (2545) กล่าวว่า การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานมีความสำคัญคือ

1. ประชาชนยอมรับในโครงการนั้น และเป็นโครงการที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชน
2. ประชาชนมีความรู้สึกผูกพัน รู้สึกเป็นเจ้าของมากขึ้น
3. ลดความขัดแย้ง การดำเนินการโครงการจะราบรื่น ได้รับความร่วมมือจากประชาชนมากขึ้น
4. โครงการจะให้ประโยชน์ต่อชุมชนมากขึ้น และระดมทรัพยากรในการพัฒนา
5. ช่วยพัฒนาขีดความสามารถของประชาชน

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2548) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสิทธิพื้นฐานอันชอบธรรมของคนทุกคนที่ต้องเคารพให้การยอมรับ และยกย่อง โดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงออกเกี่ยวกับการปรับปรุงวิถีชีวิตของเขา
2. งานพัฒนาเป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับประชาชนเป็นจำนวนมาก จำเป็นต้องให้คนหมู่มากเหล่านี้มีสิทธิมีเสียงในการแสดงออก
3. กลยุทธ์ทั้งหลายในการพัฒนาที่ผ่านมา ยังไม่สามารถส่งผลถึงกลุ่มประชาชนผู้ด้อยโอกาสและยากจน และในทางตรงกันข้ามกลับส่งผลให้กลุ่มคนผู้ได้เปรียบมีโอกาสมากขึ้น จึงจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์ในการพัฒนาใหม่ โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนมากขึ้น
4. ประสบการณ์ที่ผ่านมาพบว่า มีโครงการจำนวนไม่น้อยที่ประสบความสำเร็จ โดยอาศัยวิธีให้ประชาชนมีส่วนร่วมในรูปของการรวมกลุ่ม และจัดตั้งองค์กรประชาชน ในขณะเดียวกันมีตัวอย่างของโครงการที่ล้มเหลวจำนวนมาก อันเนื่องจากไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม
5. การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นเรื่องของการปฏิบัติการเป็นกลุ่ม หรือของกลุ่ม อันเป็นผลมาจากความรู้สึกผูกพันของสมาชิกแต่ละคนที่เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อพิทักษ์ประโยชน์ของเขา และในขณะเดียวกันก็ได้ประโยชน์แก่ส่วนรวมด้วยการมีส่วนร่วมจึงเป็นสิ่งจำเป็น
6. การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นตัวชี้วัดของการพัฒนาชุมชน ยิ่งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากเท่าไร ยิ่งแสดงว่าประชาชนจะได้รับประโยชน์จากการพัฒนามากยิ่งขึ้น
7. ประชาชนย่อมรู้ดีว่าตนเองนั้นต้องการอะไร มีปัญหาอะไร และอยากจะแก้ปัญหายังไร ถ้าให้โอกาสแก่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนา ย่อมช่วยให้โครงการต่างๆ สอดคล้องความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้ดีกว่า
8. การมีส่วนร่วมของประชาชน ช่วยให้การปฏิบัติการทางสังคมเป็นไปอย่างสงบสันติ ก่อให้เกิดรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่มีระเบียบ เป็นระบบ และเป็นที่ยอมรับทุกฝ่าย
9. เป็นนโยบายของรัฐในปัจจุบัน ที่ให้ทุกโครงการที่ลงสู่ชนบท ต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นตามปรัชญาของการพัฒนา

สนธยา พลศรี (2550) กล่าวถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมไว้หลายประการดังนี้

1. เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ เป็นสิทธิมนุษยชนที่ประชาชนมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกระดับ
2. สอดคล้องกับปรัชญา แนวความคิด และหลักการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน
3. เป็นเครื่องชี้วัดความสำเร็จนโยบายของรัฐบาลในเรื่องการกระจายอำนาจไปสู่ประชาชน และท้องถิ่น
4. นำไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชน
5. ทำให้ดำเนินการพัฒนาชุมชนได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของประชาชนและชุมชน
6. เป็นการพัฒนาศักยภาพบุคคล กลุ่มและองค์กรในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ
7. เป็นการสร้างความพึงพอใจร่วมกัน มีความชอบธรรม เป็นที่ยอมรับร่วมกันภายในกลุ่ม ไม่สร้างความขัดแย้งให้เกิดขึ้นในชุมชน
8. ทำให้เกิดความรัก ห่วงแหน รักผิตชอบ และเป็นเจ้าของชุมชน

9. เป็นกระบวนการสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนให้ประสบความสำเร็จ
 10. ช่วยแบ่งเบาภาระของรัฐบาล เพราะเป็นการพัฒนาคนในชุมชน โดยคนในชุมชน และเพื่อคนในชุมชนอย่างแท้จริง รัฐบาลเป็นเพียงผู้สนับสนุนในบางส่วนนั้น
- ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

อดิศร วงศ์คงเดช (2539) กล่าวว่า ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ชุมชนได้ประโยชน์ในการมีส่วนร่วมกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพดังนี้

1. ชุมชนตระหนักในปัญหาของตนเอง และตระหนักที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของตนเอง
2. ชุมชนมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในรูปของความคิด การตัดสินใจและการกระทำได้อย่างเต็มที่
3. เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
4. ชุมชนจะมีความรู้สึกในความเป็นเจ้าของ ทำให้การพัฒนามีความมั่นคงถาวร และประหยัด
5. เป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถ และพลังชุมชนในการพึ่งตนเอง
6. เป็นการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย
7. ชุมชนรับผิดชอบและมีอำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชนตนเอง
8. เป็นการแสดงออกถึงความเคารพ นับถือ เชื่อใจไว้วางใจ รักและศรัทธาในชุมชนว่ามีความรู้ความสามารถ

สรุป ความสำคัญและประโยชน์ของการมีส่วนร่วม คือการให้ประชาชนได้มีโอกาสออกเสียง แสดงความคิดเห็น ด้วยความเต็มใจ ความสมัครใจ ได้ทำงานร่วมกันในกลุ่ม ลดความขัดแย้ง สร้างความผูกพันในกลุ่มสมาชิก รู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน และสามารถสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การพัฒนาเกิดความยั่งยืน

2. แนวความคิดเกี่ยวกับการสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ A-I-C

การศึกษาระบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผู้ศึกษาได้นำการสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ A-I-C (Appreciate Influence Control) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ให้มีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการศึกษาตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดปัญหา ความต้องการ การตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการและบริบทที่แท้จริงของชุมชน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน และก่อให้เกิดความสำเร็จอันเป็นเป้าหมายที่จะนำไปสู่การพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพในชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการมีส่วนร่วม

เมื่อกล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมแล้ว จะต้องนึกถึงกระบวนการที่จะให้ประชาชนได้เข้ามามีบทบาทในทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม เพราะอย่างน้อยที่สุดประชาชนจะต้องได้รับรู้ขั้นตอน การดำเนินการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนการตัดสินใจ ขั้นตอนการดำเนินงาน และขั้นตอนในการประเมินผลงาน เพื่อให้รับรู้ถึงความเป็นไปในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น มีนักวิชาการที่

ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมตามประเด็นสำคัญต่างๆ เช่น

อภิญญา กังสนารักษ์ (2544) ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชนร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ 2) การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์วิธีการแนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยาการที่จะใช้ในโครงการ 3) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าการดำเนินการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวก็ได้ ส่วนประพันธ์ สร้อยเพชร (2547) กล่าวว่ากระบวนการมีส่วนร่วมที่แท้จริง น่าจะประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การค้นหาปัญหาและสาเหตุ 2) การวางแผนดำเนินกิจกรรม 3) การลงทุนและการปฏิบัติงาน 4) การติดตามและประเมินผล และคิน รพีพัฒน์ (2547) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข 2) การตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหา 3) การปฏิบัติ งานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน 4) การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ A-I-C

อรพินท์ สฟโชคชัย (2537) ได้กล่าวถึงกระบวนการ A-I-C หรือ Appreciation Influence Control เป็นเทคนิคที่พัฒนาจากแนวคิดของสถาบันเอกชนชื่อ Organization for Development : an International Institute (ODI) ตั้งขึ้นโดย ทูริต ซาโต และวิลเลียม อี สมิธ (Ms. Turid Sato and Dr. William E. Smith) กระบวนการนี้ได้นำมาทดลองและเผยแพร่ในประเทศไทยโดยสถาบัน (ODDI) ร่วมกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) และสมาคมประชากรและชุมชน (PDA) โดยจากการศึกษาพบว่ากระบวนการ A-I-C เป็นกระบวนการที่มีศักยภาพในการสร้างพลังและกระตุ้นการยอมรับของชาวบ้านให้ร่วมพัฒนาชุมชนและยังมีศักยภาพที่จะขยายผลได้ กระบวนการ A-I-C ที่นำมาประยุกต์สำหรับการประชุมระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้านคือการระดมความคิดที่ให้ ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานแห่งความเสมอภาค เป็นกระบวนการที่นำเอาคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา

ประเวศ วะสี (2540) ให้ความหมายเชิงวางแผนไว้ว่า A (Appreciation) หมายถึง การซาบซึ้ง คุณค่า และการสร้างนโยบาย I (Influence) หมายถึง การสร้างปฏิสัมพันธ์หรืออิทธิพลระหว่างกัน หรือสร้างแผนกลวิธี C (Control) หมายถึง การควบคุมไปสู่การกระทำ หรือการสร้างแผนปฏิบัติงาน

ศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ (2542) ได้กล่าวถึงกระบวนการ A-I-C คือ กระบวนการประชุมที่มีวิธีการ และขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสารซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการประชุมที่ระดมสมองเพื่อการพัฒนาความคิดในเชิงสร้างสรรค์ ผลงานที่ได้จากการประชุมจะมาจากความคิดของผู้ร่วมประชุมทุกคน

ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2543) กล่าวว่า กระบวนการ A-I-C เป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกัน เพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหาความต้องการ ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้การระดมพลังสมองในการศึกษา วิเคราะห์พัฒนาทางเลือก เพื่อใช้

ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน

ยุวดี โกมาสถิตย์ (2545) กล่าวว่า กระบวนการ A-I-C เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ เป็นกระบวนการที่ใช้เทคนิคการประชุมอย่างมีขั้นตอน โดยวิธีการระดมสมองของผู้เข้าร่วมประชุมที่หลากหลายกลุ่ม และส่งผลให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถแสดงความคิดเห็นในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์และศักยภาพทางความคิดของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน ทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ชัดจำกัด และความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง ในการแก้ไขปัญหาหรือหาแนวทางการพัฒนาชุมชนส่งผลถึงผู้มีส่วนได้รับประโยชน์และเสียประโยชน์ในชุมชน ขณะดำเนินการประชุมบรรยากาศต้องดำเนินการไปด้วยความสร้างสรรค์ทางความคิดและไม่มี ความขัดแย้งแต่สามารถชักถามได้

ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม (ลือชา วรรัตน์, 2542 ; อ้างอิงมาจาก ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม. ม.ป.ป.) กล่าวว่า กระบวนการ A-I-C เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์เป็นกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ ปฏิสัมพันธ์ของคน กลุ่มคน และองค์กร ในสังคมนั้นมีพลังซ่อนอยู่ใน 3 สนามพลัง คือ พลังเข้าใจ สนามพลังกระตือรือร้น และสนามพลังควบคุม รวมเป็นสนามพลังการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และสามารถผสมผสานพลังเข้าด้วยกัน และนำมาประยุกต์ใช้ในรูปกระบวนการซึ่งสามารถใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาสร้างทีมงานสร้างความร่วมมือ การแก้ปัญหา หรือแก้ความขัดแย้ง สำหรับสนามซึ่งซ่อนกันอยู่ได้แก่

1. สนามพลังควบคุม เป็นสนามที่ตนเองสามารถควบคุมจัดการได้เพราะเป็นเรื่องเกี่ยวกับตนเอง
2. สนามพลังกระตือรือร้น เป็นพลังกระตือรือร้นไปสู่ผู้อื่น โดยที่ผู้อื่นไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมของตัวเอง พร้อมกับสามารถส่งพลังกระตือรือร้นให้ตัวเราได้
3. พลังเข้าใจ เป็นการที่เราสามารถสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับองค์กรรวมทั้งใหญ่กว่าตัวเรามาก และตัวเราไม่สามารถควบคุม

แนวคิดของกระบวนการ A-I-C ได้มาจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยยึดหลักว่ามนุษย์มีพลังอยู่ 3 อย่าง คือ พลังความรัก พลังความคิดและการมีปฏิสัมพันธ์ การผสมผสาน และพลังความพยายามและการควบคุมจัดการ พลังสร้างสรรค์เหล่านี้มีอยู่ภายในตัวบุคคล องค์กร ชุมชน และสังคม หากรู้จักวิธีระดมพลังสร้างสรรค์เหล่านี้ออกมาใช้ จะเกิดประโยชน์มากมาย มหาศาลซึ่งมีความหมายดังนี้คือ

1. พลังความรักและความซาบซึ้ง (Appreciation) คือ มีความรัก ความเมตตา ปราณานัติ เป็นมิตร ซาบซึ้งในคุณค่า รับรู้ เข้าใจ ใส่ใจ ต่อสรรพสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวเรา ไม่ว่าจะเป็นบุคคล องค์กร ชุมชน สังคม ธรรมชาติ ทรัพยากร วัตถุ สิ่งของ เหตุการณ์ และอื่นๆ
2. พลังความคิดและการมีปฏิสัมพันธ์ผสมผสาน (Influence) คือ การใช้ความคิดริเริ่ม ความคิดสร้างสรรค์ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ การใช้ปัญญา โดยเน้นที่การคิดร่วมกัน การแลกเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์ ผสมผสาน ด้วยความเป็นมิตร ให้เกียรติ เคารพซึ่งกันและกัน
3. พลังความพยายามและการควบคุมจัดการ (Control) คือ การมุ่งมั่น ผูกพัน และรับผิดชอบที่จะปฏิบัติภารกิจซึ่งอยู่ในความดูแลของตนเองให้ดำเนินไปด้วยดี รวมถึงการรู้จักวางแผน จัดสรรทรัพยากร สร้างความเข้าใจ สร้างความร่วมมือ ประสานงาน ติดตามประเมินผล และการปรับปรุงพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

สรุป แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ A+C เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้มีผลประโยชน์เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นบุคคล กลุ่มบุคคลในชุมชน องค์กรและสังคม มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนและตัดสินใจ จะเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่การพัฒนาที่เหมาะสมและยั่งยืน เพราะเป็นการสร้างความเข้าใจ สร้างการยอมรับ สร้างความเป็นเจ้าของ ความรับผิดชอบร่วมกัน การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าประชุมปรึกษาหารือกันอย่างเปิดใจ ผู้เข้าประชุมกล้าแสดงความคิดเห็นอย่างมีวิจารณญาณ โดยผู้เกี่ยวข้องรับฟังหรือตกลงร่วมกัน เป็นการกระทำที่ทำให้คนเหล่านั้นได้เรียนรู้ ได้รับประสบการณ์ ได้รับข้อมูลใหม่ และนำความรู้ ประสบการณ์และข้อมูลไปกำหนดแผนและวัตถุประสงค์ของแต่ละงาน เป็นเวทีของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และหาข้อสรุปร่วมกันที่ทุกคนพึงพอใจ และมองเห็นผลประโยชน์ร่วมกัน

ขั้นตอนของกระบวนการ A-I-C

ประเวศ วะสี และไพฑูรย์ วัฒนศิริธรรม (2539) กล่าวว่า กระบวนการ A+C เป็นการนำเอาคนที่ทำงานร่วมกันทั้งหมดในระบบใดระบบหนึ่งเข้ามาประชุมเชิงปฏิบัติการ (Work Shop) มีการดำเนินการใน 3 ขั้นตอน คือ

A - Appreciation คือ การทำให้ทุกคนยอมรับและชื่นชมคนอื่นโดยไม่รู้สึกละอายต่อการต่อต้านหรือวิพากษ์วิจารณ์ ทุกคนจะมีโอกาสแสดงออกอย่างเท่าเทียมกันด้วยภาพหรือข้อเขียน คำพูดว่าเห็นสถานการณ์ปัจจุบันเป็นอย่างไร และอยากเห็นความสำเร็จในอนาคตเป็นอย่างไร ซึ่งทุกคนได้มีโอกาสใช้ทั้งข้อเท็จจริง เหตุผล ความรู้สึก และการแสดงออกในลักษณะต่างๆ ตามที่เป็นจริง

I - Influence คือ การใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่ช่วยกันกำหนดวิธีการที่เสนอแนะทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่ แยกแยะและพิจารณาร่วมกันจนกระทั่งได้วิธีการสำคัญที่กลุ่มเห็นพ้องต้องกันว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จตามที่กลุ่มต้องการโดยมีเป้าหมายและอุดมการณ์ร่วมกัน

C - Control คือ กลุ่มจะทำอะไร มีหลักฐานและเหตุผลเป้าหมายวิธีการหรือขั้นตอน กำหนดระยะเวลา ผู้รับผิดชอบ ผู้สนับสนุนการใช้งบประมาณจากที่ใด ซึ่งสมาชิกกลุ่มจะเป็นผู้เลือกเองว่าใครจะเป็นผู้รับผิดชอบ ผู้ให้ความร่วมมือ หรือผู้ร่วมคิดแผนปฏิบัติการ ซึ่งจะเป็นการกำหนดข้อผูกพันให้ตนเอง เพื่อควบคุมให้เกิดการกระทำอันจะนำไปสู่การบรรลุผลที่เป็นอุดมการณ์ร่วมกันของกลุ่ม

อรพินท์ ส孚โชคชัย (2537) กล่าวว่า ขั้นตอนของกระบวนการนี้เป็นวิธีการประชุมระดมความคิดที่รวมพลังปัญญา และพลังสร้างสรรค์ของแต่ละบุคคลมาเป็นพลังพัฒนา โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมอย่างเป็นประชาธิปไตย ซึ่งสามารถช่วยให้ชุมชนแก้ไขปัญหาที่ยากและซับซ้อนได้ด้วยเทคนิคระดมความคิดนี้แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความรู้ (Appreciation หรือ A) คือขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงข้อคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันโดยใช้การวาดภาพเป็นสื่อแสดงข้อคิดเห็นแบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ในปัจจุบัน (A1)
2. การกำหนดอนาคตว่าต้องการให้เกิดการพัฒนาในทิศทางใด (A2)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I) คือขั้นตอนการหาวิธีการการบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ในช่วง A2 และเป็นช่วงหาวิธีการในการพัฒนาและค้นหาเหตุผล เพื่อจัดลำดับความสำคัญตามความเห็นของกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุม แบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่

1. การคิดโครงการที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์ (I1) หรือวิธีการที่ทำให้สามารถพัฒนาหมู่บ้านให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. การจัดลำดับความสำคัญของโครงการหรือกิจกรรม (I2) เป็นขั้นตอนที่จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมหรือโครงการจากประชาชนทำเองหรือโครงการที่ประชาชนทำเองบางส่วน และขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนหรือกิจกรรมที่สามารถขอความช่วยเหลือจากภาครัฐ โดยผ่านสภาตำบล

ขั้นตอน 3 การสร้างเสริมแนวทางปฏิบัติ (Control หรือ C) การนำเอาโครงการหรือกิจกรรมมาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มซึ่งผู้ดำเนินงานจะรับผิดชอบกิจกรรมหรือโครงการ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงได้แก่

1. การแบ่งกลุ่มรับผิดชอบ (C1) ในการจัดทำแผนหรือกิจกรรมสู่การปฏิบัติ
2. การตกลงรายละเอียดในการดำเนินงาน (C2) เขียนแผนและสรุปบทวน

ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2543) กล่าวว่า กระบวนการ A+C เป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้การระดมพลังสมองในการศึกษา วิเคราะห์พัฒนาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น เพราะกระบวนการ AIC มีขั้นตอนที่สำคัญคือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความรู้ (Appreciation : A) คือขั้นตอนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็น รับฟัง และหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ เป็นประชาธิปไตย ยอมรับในความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก โดยใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็น และแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

A1 : การวิเคราะห์สภาพการณ์ของหมู่บ้าน ชุมชน หรือตำบลในปัจจุบัน

A2 : การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการอย่างไร โดยการวาดภาพมีความสำคัญคือ

1. การวาดภาพสามารถช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมสร้างจินตนาการคิดวิเคราะห์ จนสรุปมาเป็นภาพ และช่วยให้ผู้ไม่ถนัดในการเขียนสามารถสื่อความหมายได้
2. ช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดและพูด เพื่ออธิบายภาพที่ตนเองวาด นอกจากนี้ ยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมอื่นๆ ได้ซักถามข้อมูลจากภาพ เป็นการเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน และกระตุ้นให้คนไม่กล้าพูดให้มีการพูด นำเสนอ
3. การรวมภาพของแต่ละบุคคล เพื่อเป็นภาพรวมของกลุ่มจะช่วยให้มีความง่ายต่อการรวบรวมแนวคิดของผู้เข้าร่วมประชุม และสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของภาพ (ความคิด) และมีส่วนร่วมในการสร้างภาพความประสงค์ของกลุ่ม
4. จะช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการประชุมให้มีความสุข และเป็นกันเอง ในบางครั้งผู้เข้าร่วมประชุมมักมองว่าการวาดภาพเป็นกิจกรรมสำหรับเด็ก ดังนั้น วิทยากรกระบวนการจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจ และนำเกมส์ต่างๆ เกี่ยวกับการวางแผน การละลายพฤติกรรมกลุ่ม หรือการวาดภาพเพื่อการแนะนำตนเอง หรือวาดภาพสิ่งที่ตนเองชอบ ไม่ชอบ มาใช้อุ่นเครื่อง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุม

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแนวทางในการพัฒนา (Influence : I) คือขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์หรือที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ไว้ (A2) เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

I1 : การคิดกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์

I2 : การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการ โดย

1. กิจกรรมหรือโครงการที่หมู่บ้านหรือชุมชนทำได้เอง
2. กิจกรรมหรือโครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือ หรือการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุนอยู่
3. กิจกรรมที่หมู่บ้าน ชุมชน หรือตำบลไม่สามารถดำเนินการได้เองต้องขอความร่วมมือ เช่น การดำเนินการจากแหล่งอื่น ทั้งภาครัฐ และเอกชน

ขั้นตอน 3 การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) คือการยอมรับและทำงานร่วมกัน โดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้ดำเนินการซึ่งจะรับผิดชอบโครงการ โดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย

C : 1 การแบ่งความรับผิดชอบ

C : 2 การตกลงในรายละเอียดของการดำเนินงาน จัดทำแผนปฏิบัติ

นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุมคือ

1. รายชื่อกิจกรรมหรือโครงการที่กลุ่ม องค์กรชุมชน ดำเนินการได้เอง ภายใต้ความรับผิดชอบ และเป็นแผนปฏิบัติการของหมู่บ้าน ชุมชน
2. กิจกรรม โครงการที่ชุมชน หรือองค์กรชุมชน เสนอขอรับการส่งเสริมสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐที่ทำงาน หรือสนับสนุนชุมชน
3. รายชื่อกิจกรรมโครงการที่ชาวบ้านต้องแสวงหาทรัพยากรและประสานความร่วมมือจากภาคีความร่วมมือต่างๆ ทั้งจากภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น

สรุป กระบวนการ A-I-C คือ การประชุมที่มีวิธีการและขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าประชุมได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องต่างๆ และหาแนวทางในการพัฒนาในเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งผลงานที่ได้จากการประชุมนี้จะมาจากความคิดของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

1. การสร้างความรู้ (Appreciation: A) คือ ขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็น รับฟัง และหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ ยอมรับในความคิดของเพื่อนสมาชิก โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การวิเคราะห์สภาพการณ์ของหมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ในปัจจุบัน และการกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาร่วมกัน

2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) เป็นขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือก กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรมในการพัฒนา และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ และการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการ

3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) คือ การร่วมกันทำงาน โดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรม

ต่างๆสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการ โดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย การแบ่งความรับผิดชอบและการตกลงในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุมคือโครงการ/กิจกรรมที่จะนำไปปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนดไว้

ขั้นตอนการดำเนินการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเป็นลำดับ และต่อเนื่อง ข้ามขั้นตอนไม่ได้ แต่อาจแตกต่างกันในขั้นตอนย่อย กระบวนการ A+C จะใช้การวาดภาพเพื่อเป็นการสะท้อนประสบการณ์ในอดีต สภาพปัจจุบันกับจินตนาการถึงความมุ่งหวังในอนาคตของสมาชิกทุกคน โดยให้แต่ละคนวาดภาพของตนก่อน นำภาพของทุกคนมาวางรวมกันบนกระดาษแผ่นใหญ่แล้วจึงต่อเติม รวมภาพของแต่ละคนให้กลมกลืนเป็นภาพใหญ่ของกลุ่มเพียงภาพเดียว การวาดภาพเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกสะท้อนสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจออกมาอย่างแท้จริง บางเรื่องราวที่ไม่สะดวกใจที่จะพูดโดยเปิดเผยก็สามารถสะท้อนออกมาเป็นรูปภาพหรือสัญลักษณ์รูปทรง/สีแทนการพูด/เขียนหนังสือ เปิดโอกาสให้ผู้อื่นสามารถซักถามข้อมูลความหมายจากภาพได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง ใช้เป็นสื่อกระตุ้นให้สมาชิกที่ไม่ค่อยกล้าพูดได้ร่วมอธิบายความคิด/ประสบการณ์ของตนเอง การวาดภาพช่วยสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง การรวมภาพความคิดของแต่ละคนเป็นภาพรวมของกลุ่ม ทำได้ง่ายและเป็นรูปธรรมกว่าการพยายามรวมแนวคิดของแต่ละคน โดยการอภิปรายหรือการเขียน และเป็นสื่อถึงความรู้สึกเป็นเจ้าของภาพร่วมกันและการมีส่วนร่วมในการสร้างกรอบความคิดตามภาพของกลุ่ม

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A+C) เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการกำหนดการพัฒนา ร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชนร่วมกัน ร่วมดำเนินการพัฒนาและรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการ A+C จะสร้างการยอมรับ เกิดความรับผิดชอบร่วมกันในฐานะสมาชิกของชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนเองมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาชุมชนจึงเกิดความต่อเนื่อง และก่อให้เกิดความสำเร็จสูง โดยพยายามพึ่งตนเองให้มากที่สุด เป็นการเสริมสร้างพลังของตน และสนับสนุนให้เป็นไปได้จริง (Enabling) ดังนั้น การนำเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนจะบังเกิดผลดีต่อผู้ป่วยและชุมชน เพราะเป็นการเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และความต้องการที่แท้จริงของตนเองและชุมชน ตลอดจนกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และร่วมรับผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้นำชุมชน เกิดความภาคภูมิใจที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์ วางแผน ตัดสินใจเลือกปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ป่วยในชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

3. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเวช

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวช ได้มีผู้ให้คำนิยามไว้ดังนี้

อัมพร โอตระกูล (2540) กล่าวว่า โรคจิตมีด้วยกันหลายชนิด แต่ละชนิดมีลักษณะอาการที่แตกต่างกันไป โรคจิตเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางจิตใจอย่างรุนแรง เกิดผลกระทบกระเทือน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมผิดไปจากธรรมดา หรือผิดไปจากคนทั่วไป โดยมีความคิดแปลกไปจากสภาพที่เป็นจริง เช่น มีการหลงผิด มีประสาทหลอน มีอารมณ์ไม่เหมาะสมกับความนึกคิด มีประสาทหลอน มีอารมณ์ไม่เหมาะสมกับความนึกคิด ความเข้าใจและสภาพรับรู้

ความเป็นจริงเสียจนไม่สามารถประกอบการทำงานได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาจึงจะช่วยให้อาการทุเลาหรือดีขึ้น

เกษม ตันติผลาชีวะ (2545) กล่าวว่า โรคจิตเวชเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และการแสดงออกอย่างรุนแรง ถึงขั้นเสียการรับรู้ความเป็นจริงจนไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติในชีวิตประจำวันเหมือนบุคคลทั่วไปในสังคม และมักไม่ยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งมีลักษณะสำคัญดังนี้

1. เสียการรับรู้แห่งความเป็นจริง (reality testing) คือการแยกไม่ออกระหว่างความจริงกับความคิด เพื่อฝัน ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด เป็นต้น
2. เสียการรับรู้แห่งความเป็นจริง (insight) คือการไม่ยอมรับตัวเองว่าป่วย จึงไม่ยอมรับการรักษา
3. มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่น ไม่สนใจร่างกายของตนเอง ปล่อยให้สกปรก ไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน เป็นต้น

สมรัก ชูวานิชวงศ์ (2552ก) กล่าวว่า โรคจิตเวช คือกลุ่มอาการทางจิตใจ หรือพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลนั้น เกิดความทุกข์ทรมานหรือความบกพร่องในกิจวัตรต่างๆ

ณัฐกร จำปาทอง (2554) กล่าวถึงโรคจิตไว้ว่า เป็นภาวะที่มี ความบิดเบือน ของความคิดและการรับรู้ มีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หรือมีความจำกัดในการแสดงอารมณ์ อาจพบความผิดปกติในการพูดคือคำพูดไม่เชื่อมั่นกัน หรือตอบไม่ตรงคำถาม พบอาการประสาทหลอนทางการรับรู้ (เช่น เห็นหรือได้ยินในสิ่งที่ไม่มีอยู่จริง) อาการหลงผิด (ความเชื่อที่ผิดแปลก ไม่เป็นจริงและฝังแน่น) มีความระแวงสงสัยอย่างมาก โดยไม่มีหลักฐานสนับสนุนยืนยัน พบภาวะพฤติกรรมผิดปกติอย่างชัดเจน เช่น พฤติกรรมไม่เป็นระบบ (disorganized behaviour) รุนว้าย ปั่นป่วน (agitation) ตอบสนองมากเกินไป หรืออาจพบลักษณะ เฉื่อยชา ความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบ ได้แก่ มีการตอบสนองทางอารมณ์น้อยมากหรือไม่มีเลย ภาวะอารมณ์กับการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทางไม่สัมพันธ์กัน สิ่งที่สำคัญคือผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตถือว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการถูกล่วงละเมิดทางสิทธิมนุษยชน

โรคจิตเวชเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตในด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึก ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีปัญหาในการปรับตัวการดำเนินชีวิตประจำวัน จนกระทั่งไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้ แสดงออกโดยมีความบกพร่องของการใช้ข้อมูล การตัดสินใจ การใช้สติปัญญา และการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ รวมทั้งมีความบกพร่องเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องทั่วไป

อาการของโรคจิตเวช

อาการของโรคจิตเวชเป็นการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจ ซึ่งทราบได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ความผันแปรในจิตใจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการแสดงออก บุคลิกภาพ และปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่น ดังนั้น ความหมายของอาการทางจิตเวชจึงครอบคลุมถึง ความผิดปกติทุกด้านของบุคลิกภาพ ซึ่งสามารถแบ่งตามความผิดปกติใหญ่ๆ ได้ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542)

1. ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (Consciousness) ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าใจ สมาธิ ความคิด การรับรู้ต่อสถานการณ์ และพฤติกรรมโดยรวม

2. ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว (Motor Behavior) เกิดจากความกดดันภายในจิตใจ ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้

3. ความผิดปกติของอารมณ์ (Emotion) พิจารณาจากการแสดงออกของอารมณ์ ความรู้สึก ที่อยู่ภายใน

จิตใจที่บุคคลภายนอกรับรู้ สังเกตเห็นจากสีหน้า ท่าทาง ในแง่ของขอบเขต การแสดงอารมณ์ กรณีผิดปกติมักแสดงอารมณ์ลดลงถึงไม่แสดงอารมณ์เลย สีหน้าเฉยเมย ความคงอยู่ของแต่ละอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ไปมาง่าย ควบคุมการแสดงออกได้น้อย เช่น กำลังเสียใจ พอได้ยินเรื่องตลกก็หัวเราะทันที และความผิดปกติของอารมณ์ที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล เป็นภาวะที่คงอยู่นาน มักส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลนั้นในลักษณะที่ผิดปกติต่างๆ เช่น ทุกข์ทรมาน ซึมเศร้า ครั่นครื้นผิดปกติ สุขสบายเกินความเป็นจริง หงุดหงิด ฉุนเฉียว ขาดความยับยั้งชั่งใจในการแสดงอารมณ์ วิดกกังวล ตื่นตระหนก ขาดความกระตือรือร้น และไม่ตระหนักในความรู้สึกนั้นไม่มีความพึงพอใจในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยสนใจ มีความรู้สึกสองอย่างในสิ่งเดียวกัน

4. ความผิดปกติของความคิด (Thought) พิจารณาในแง่ของความคิดปกติของรูปแบบ และกระแสความคิด (Stream and Form of Thought) เช่น ตอบคำถามสั้นๆ พูดเองตอบเองไม่ได้ใจความ การพูดหยุดชะงัก พูดซ้ำๆ เรื่องเดิม พูดขาดความต่อเนื่อง เปลี่ยนเรื่องพูดเร็วโดยพูดยังไม่จบ พูดสอพลอกลั่นกัน แต่ไม่มีความหมาย สร้างคำพูดใหม่ๆ พูดเร็วมาก และเสียงดังเต็มไปด้วยอารมณ์ และความผิดปกติในเนื้อหาความคิด (Content of Thought) เช่น คิดหมกมุ่นเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลและคงอยู่นาน ความคิด ความเชื่อผิดๆ คิดหลงผิด คิดว่าคนอื่นมุ่งร้ายต่อตน

5. ความผิดปกติของการรับรู้ (Perception) รับรู้ผิดปกติโดยมีสิ่งเร้าแต่แปลผลผิด (Illusion) รับรู้ผิดปกติปราศจากสิ่งเร้า (Hallucination) หูแว่ว เห็นภาพหลอน ได้กลิ่นผิดปกติ รับรู้รสผิดปกติ ประสาทหลอนทางสัมผัส ประสาทหลอนของอวัยวะอื่นๆ

6. ความผิดปกติของความจำ (Memory) ในลักษณะไม่สามารถระลึกเหตุการณ์ที่ผ่านมาได้ เติมแต่งเรื่องในส่วนที่ลืมโดยไม่รู้ตัว เห็นสถานที่ที่ไม่เคยพบแต่รู้สึกว่าได้เคยเห็น รู้สึกไม่คุ้นเคยกับสิ่งที่เคยพบมาก่อน

7. ความผิดปกติของเขาวงกตปัญญาในลักษณะปัญญาอ่อน ความจำและเขาวงกตปัญญาเสื่อม เนื่องจากสาเหตุทางกาย มีความจำและเขาวงกตปัญญาเสื่อมโดยไม่มีสาเหตุทางกาย

โดยทั่วไป ผู้ป่วยโรคจิตมีความเสื่อมในด้านต่างๆ ไปเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่ป่วย เช่น ด้านบุคลิกภาพ ด้านการทบทวนหน้าที่ทางสังคม เป็นต้น และเกิดอาการกำเริบอย่างฉับพลันเป็นระยะๆ (Kaplan & Sadock, 1995) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคจิตมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเครียดได้ง่าย ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบฉับพลันได้ ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นในช่วงนี้ (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2534) อาการซึมเศร้าถือเป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง อุบัติการณ์ของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตกำเริบ การฆ่าตัวตาย และการทบทวนหน้าที่ที่ไม่ดี (เมโนเช หล่อตระกูล และปาริหมย์ สุคนิษฐ์, 2542)

อาการสำคัญของโรคจิตเวช

อาการของโรคจิตจะค่อยๆ เกิดขึ้นเป็นช่วงระยะเวลานานโดยที่บุคคลนั้นหรือครอบครัวเข้าใจว่าเป็นความเจ็บป่วยธรรมดา เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ แต่ยังสามารถทำงานได้ตามปกติหลังจากนั้นจึงเริ่มมีอาการซึม คิดมาก ไม่มีสมาธิ พูดมาก เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่บางคนอาจเกิดอาการผิดปกติอย่างทันทีทันใด และมีอาการรุนแรง มีอาการประสาทหลอน หลงผิดความคิดเปลี่ยนไป (สุชาติ พหลภาคย์, 2547) ส่วนใหญ่จะมีอาการเด่นๆ อย่างน้อย 2 กลุ่ม อาการที่แตกต่างกัน คือกลุ่มอาการด้านบวก (Positive Syndrome) มีอาการประสาทหลอน หลงผิด มีความคิดสับสน และกลุ่มอาการด้านลบ (Negative Syndrome) มีการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ สีหน้าเฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม โดยทั่วไปแบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (พูนศรี รังษิณี และคณะ, 2547)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) ระยะนี้เป็นระยะที่เริ่มมีอาการ แต่ไม่แสดงอาการเด่นชัด ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ระยะนี้อาจมีอาการนานเป็นเดือนๆ ถึงปี และจะแสดงอาการผิดปกติชัดเจนขึ้น

2. ระยะอาการกำเริบ (Active Phase) ในระยะนี้มีความผิดปกติโดยแสดงอาการทางจิตมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด และมีพฤติกรรมแปลกๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบรุนแรงเป็นระยะ เมื่อมีปัจจัยส่งเสริม เช่น ผู้ป่วยโรคจิตมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน และปฏิเสธการรักษา เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเข้ารับการรักษาลดลง เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไป และมีการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด

3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual Phase) เป็นระยะที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษา และผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง ในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบลงแต่ยังมีความหลงเหลืออยู่ โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยนานพบว่ากลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) เริ่มลดลง ขณะที่กลุ่มอาการด้านลบกลับมีอาการมากขึ้น (Negative Symptoms)

สาเหตุของการป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

โรคจิตเวชโดยทั่วไปไม่ได้มีสาเหตุโดยตรงจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะ แต่มักมีผลมาจากปัจจัยหลายอย่างรวมกัน ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตในผู้ป่วยรายหนึ่ง อาจไม่ทำให้เกิดโรคจิตในบุคคลอื่นได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานของแต่ละบุคคล (พูนศรี รังษิณี และคณะ, 2547)

1. สาเหตุหน้าที่ส่งเสริมให้เกิดอาการโรคจิต ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ พบว่า ในวัยเด็กพบโรคจิตน้อย แต่วัยหนุ่มสาวพบโรคจิตมากขึ้น จนกระทั่งวัยต่ออายุระหว่าง 40-50 ปี จะพบเป็นโรคจิตมากขึ้น โรคจิตบางชนิดพบในเพศหญิงมาก เช่น โรคจิตในวัยต่อและโรคจิตในวัยผู้สูงอายุ ส่วนโรคจิตที่เกิดพิษสุราเรื้อรังพบในเพศชายมาก และอาชีพบางชนิดทำให้เกิดโรคจิตบางประเภทได้ง่าย เช่น พวกทำงานตามผับ บาร์ มีโอกาสติดสุราได้ง่ายและกลายเป็นโรคจิตได้ พวกทำงานโรงงานที่มีสารปรอท ตะกั่ว มีโอกาสได้รับพิษทำให้เกิดโรคจิตได้

2. สาเหตุเฉพาะบุคคล ได้แก่ ทางด้านกรรมพันธุ์ (Heredity) พบว่า มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ พ่อแม่เป็นโรคจิต ลูกมีโอกาสเป็นโรคจิตได้มากกว่าคนที่ไม่มีประวัติของพ่อแม่เป็นโรคจิต ทางด้านรูปร่าง พบว่า รูปร่างบางอย่างมีโอกาสเป็นโรคจิตบางอย่างสูงกว่า เช่น พวกผอมสูงมีโอกาสเป็นโรคจิตเภท พวกอ้วนเตี้ยมีโอกาสเป็นโรคจิตทางอารมณ์สูงกว่า สาเหตุทางด้านสติปัญญา (Intelligence) พบว่า คนที่มีสติปัญญาดำกว่าปกติหรือผู้ที่มีสติปัญญาสูงมากมีโอกาสเป็นโรคจิตมากกว่าคนที่มีความสติปัญญาปานกลาง และสาเหตุทางด้านอารมณ์ (Emotion) เช่น พวกที่มีอารมณ์อ่อนไหวง่ายมีโอกาสเป็นโรคจิตง่าย

3. สาเหตุกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการโรคจิต แบ่งออกเป็นสาเหตุทางร่างกาย ได้แก่ จากสารพิษต่างๆ รวมทั้งพิษจากภายนอก เช่น สุรายาบางชนิด หรือพิษจากภายในร่างกาย เกิดจากการทำงานผิดปกติของร่างกาย หรือของต่อมฮอร์โมนประสาท และจากอันตรายต่างๆ ที่ทำให้สมองกระทบกระเทือน อาจเป็นสาเหตุให้เป็นโรคจิตได้ และสาเหตุจากจิตใจ ได้แก่ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ต้องคิดมาก และไม่สามารถปรับตัวแก้ไขปัญหานั้นได้ ทำให้เกิดอาการทางจิตได้ ลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นจะเป็นปัญหารุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น การตกใจสุดขีด หรือการเศร้าเสียใจอย่างมาก เนื่องจากสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก อาจเป็นปัญหาเรื้อรังได้ เช่น เจ็บป่วยมานาน หรือมีปัญหากระทบกระเทือนบ่อยๆ เป็นเวลานาน จนถึงขีดไม่สามารถทนต่อไปได้อีก นอกจากนี้ พบว่าสาเหตุจากสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหาสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อจิตใจโดยตรง บางรายปัญหาจากสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่ทำให้กลายเป็นโรคจิตได้ ปัญหาจากด้านเศรษฐกิจที่พบมาก ได้แก่ ปัญหาความยากจน รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เป็นจริง ทำให้วิตกกังวลมากนอนไม่หลับ ต้องใช้ยานอนหลับ ซึ่งอาจเป็นโรคจิตจากการใช้ยานอนหลับได้ และสาเหตุจากปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมและสังคมอย่างรวดเร็ว ทำให้จิตใจเปลี่ยนแปลงไม่ทัน หรือไม่สามรถปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรม

ใหม่ๆได้ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลสูง หรือในบางรายที่ประทุพผิดกับวัฒนธรรมหรือสังคมทำให้เกิดความกลายเปลี่ยนโรคจิต เช่น สตรีที่หนีตามผู้ชายไปทำให้เกิดความขัดแย้งเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการโรคจิตได้

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวช

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน เนื่องจากสาเหตุของโรค ไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว ควรมีการผสมผสานการรักษาหลายรูปแบบ เพื่อลดความรุนแรงของอาการและป้องกันการกำเริบซ้ำ ลดผลกระทบทางด้านจิตสังคมจากอาการและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะที่อาการทุเลา การรักษาที่เหมาะสมควรประกอบด้วยการรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 ลักษณะดังนี้

1. การรักษาในโรงพยาบาล พิจารณาตามลักษณะการเจ็บป่วยคือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ก่อความเดือดร้อน รำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยาอย่างรุนแรง ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา หรือมีปัญหาในการวินิจฉัย ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรด้านจิตเวชในด้านการดูแลรักษา การช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วยและญาติ และแก้ไขปัญหาด้านอื่นๆ ให้แก่ผู้ป่วย ระยะเวลาที่รับไว้ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) มีวิธีการรักษาดังนี้

1.1 การรักษาโดยใช้ยา เป็นการรักษาหลัก เนื่องจากยาเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดอาการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ส่วนใหญ่ปัญหามาจากการขาดยา (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ซึ่งการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมี 2 ระยะเวลาคือ ระยะควบคุมอาการทางจิต โดยยาจะช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทเพื่อการควบคุมอาการทางจิตให้สงบโดยเร็ว และระยะต่อเนื่องหลังอาการทางจิตสงบแล้ว เพื่อป้องกันมิให้กลับมีอาการกำเริบซ้ำ (ภัณทิลา อธิรัตน์ และคณะ, 2546) ในผู้ที่ป่วยครั้งแรก หลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้ว จะพิจารณาหยุดการรักษาได้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการเลยนาน 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สอง ควรให้ยาต่อเนื่องไปนานอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ยาที่ใช้บำบัดทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ ยารักษาโรคจิต ยาลดอาการกังวล ยารักษาระดับอารมณ์ และ Anticholinergic drugs

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT) โดยการกระตุ้นทำให้เกิดการชักด้วยไฟฟ้าที่ควบคุมปริมาณไฟฟ้า และเวลาที่เหมาะสม ภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์และทีมผู้รักษา เป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลเร็ว และปลอดภัย ข้อบ่งชี้ที่ใช้รักษาวินิจฉัยคือโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง โรคจิตเภทที่กำลังมีอาการอย่างรุนแรง หากรอให้ยาออกฤทธิ์อาจต้องใช้เวลานาน ซึ่งอาการรุนแรงของโรคอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองหรือบุคคลอื่นๆ หรือใช้รักษาผู้ป่วยโรคดังกล่าวที่ไม่ตอบสนองต่อยา สำหรับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ผลต่อหัวใจ อาจพบ cardiac arrhythmia ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง อาจเกิดอาการสูญเสียความจำ ซึ่งมักหายภายใน 2 สัปดาห์ อาการสับสนหลังชักใหม่ๆ เป็นนานไม่เกิน 1 ชั่วโมง บางรายมีอาการปวดศีรษะ ใน 1-2 ชั่วโมง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.3 การรักษาจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการรักษาร่วมกับการรักษาทางยา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยที่มักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง กลุ่มอาการด้านลบที่ขาดความกระตือรือร้น หรือท้อแท้ หดหู่ใจ ไม่ตอบสนองโดยการรักษาด้วยยา จึงมีความจำเป็นต้องให้การรักษาด้านจิตสังคม เพื่อเป็นการฝึกทักษะการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การดำเนินชีวิตได้ด้วยตัวเอง การดูแลรักษาตัวเอง ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่า

จะหายจากโรค รวมทั้งการเข้าไปดูแลเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย และอาชีพการงานแก่ผู้ป่วย โดยมีหลักการในการดำเนินการ คือ ประเมินสภาพจิตใจและสังคมของผู้ป่วย วางเป้าหมายการรักษาที่ได้รับการยอมรับ ทั้งผู้ป่วยและผู้รักษาวางแผนการรักษาประเมินความก้าวหน้าของผลการรักษา และให้การรักษอย่างต่อเนื่อง คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งการรักษาดังกล่าวจะช่วยให้อาการของโรคดีขึ้น อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ซึ่งมีหลายวิธีควบคู่ไปกับการให้ยา ดังนี้

1.3.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) ใช้วิธีจิตบำบัดชนิดประคับประคองทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลโดยตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบต่างๆ ที่ผู้ป่วยพอทำได้ ให้คำแนะนำในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาปัญหาหรือสาเหตุของปัญหา ซึ่งจะได้ผลดีถ้าหากมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการรักษา (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2547)

1.3.2 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) พฤติกรรมทุกพฤติกรรมมีความหมายการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม เกิดจากการเรียนรู้ที่ผิดๆ จึงมุ่งเน้นที่การควบคุมพฤติกรรม หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง วิธีการรักษาทางพฤติกรรมที่นิยมใช้ คือการให้รางวัลเป็นสิ่งล่อใจ การฝึกการดำรงตนในสังคม การให้กำลังใจ ให้คำชมเชย และการให้สิทธิพิเศษที่ผู้ป่วยต้องการอย่างเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1.3.3 ครอบครัวบำบัด หรือการให้การแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family Counseling or Psychoeducation) จะมีส่วนช่วยในการลดการกำเริบของโรค โดยเฉพาะบางครอบครัว ผู้ปกครองเข้าใจว่า เพราะการเลี้ยงดูที่ไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิดและกล่าวโทษตัวเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานแต่ละวันอาจเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ในกรณีเช่นนี้การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ ในเรื่องโรครวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และเป็นวิธีการช่วยเหลือครอบครัวในการลดภาระการดูแลผู้ป่วย (มานิช หล่อตระกูล, 2539)

1.3.4 กลุ่มบำบัด (Therapeutic Groups) เป้าหมายหลักที่การให้ความรู้ ส่วนมากเน้นในเรื่องการวางแผนชีวิต แก้ปัญหา และเพิ่มความสัมพันธระหว่างบุคคล การใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองจะลดการแยกตัวและเพิ่มความรู้สึกมีพวกพ้อง ทำให้อยู่ในโลกของความเป็นจริงมากขึ้น และบางครั้งเป็นการจัดการกับภาวะวิกฤต สมาชิกในกลุ่มเป็นบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้มีความเบี่ยงเบนทางจิต แต่อาจมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (Emotional Crisis) จากสถานการณ์วิกฤต กลุ่มบำบัดมีความยืดหยุ่น สามารถนำมาใช้ได้หลายวัตถุประสงค์ ทำให้กลุ่มบำบัดมีความแตกต่างหลากหลาย เช่น กลุ่มให้ความรู้ (Education Groups) กลุ่มพัฒนาทักษะทางสังคม (Social Skills Training Groups) กลุ่มประคับประคอง (Support Groups) กลุ่มจิตศึกษา (Psycho Education Groups) และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Groups) กลุ่มบำบัดเหล่านี้มีความแตกต่างไปตามวัตถุประสงค์ของกลุ่ม และการนำไปใช้ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2547)

1.3.5 นิเวศน์บำบัด หรือการบำบัดรักษาโดยสิ่งแวดล้อม (Milieu Therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยในการควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และส่งเสริมทักษะการปรับตัวทางสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยเน้นที่สัมพันธภาพทางสังคมเท่าๆ กับการประกอบอาชีพ และการมีกิจกรรมต่างๆ การจัดสถานที่อยู่อาศัย การใช้ยา การเคารพในสิทธิผู้ป่วย และการทำงานเป็นทีม (Rebraca, 1994) เป้าหมายอยู่ที่การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ส่งเสริมการเจริญเติบโต และการฟื้นฟูสภาพของบุคคล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1.3.6 การบำบัดรักษาโดยวิธีอื่นๆ เช่น การใช้ละครเป็นสื่อในการบำบัดรักษา



การใช้ดนตรีเป็นสื่อในการบำบัดรักษา การใช้การฝึกอาชีพช่วยในการบำบัดรักษา การรักษาด้วยการสะกดจิต การรักษาด้วยวิธีการฝึกให้ผู้ป่วยควบคุมร่างกายตนเองได้ โดยดูจากผลการวัดการทำงานของร่างกาย เป็นต้น

สรุป การรักษาผู้ป่วยโรคจิต มีวิธีการรักษาได้หลายวิธีร่วมกัน คือ การรักษาด้วยยา ซึ่งมีทั้งชนิดยาเกินและยาผิด นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยช็อกไฟฟ้า การรักษาทางจิตสังคม ซึ่งการรักษาทางจิตสังคม มีทั้งวิธีการทำจิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด กลุ่มบำบัด ครอบครัวบำบัด นิเวศน์บำบัด เป็นต้น การรักษาโรคจิตที่ได้ผลต้องใช้วิธีการรักษาประกอบกันหลายวิธี จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

2. การบำบัดรักษาในชุมชน

การปรับเปลี่ยนแนวคิดการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชไปจากการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลนานๆ มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย โดยแพทย์พยายามจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ, 2546) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวเข้ากับสังคมเดิมของตนให้เร็วที่สุด (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2542) แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ครบถ้วนสมบูรณ์มารองรับ จึงเกิดผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จากการที่ครอบครัวยังไม่มีความพร้อมที่จะรับผู้ป่วยมาดูแล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลที่ถูกต้อง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียด วิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ธีระ ลีถำนันท์กิจ และคณะ, 2539) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทีมสุขภาพจิต จะต้องเข้าไปช่วยเหลือ โดยมีการประเมิน การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน และการประเมินผล เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่เหมาะสมที่บ้านด้วยความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน เพื่อลดและป้องกันความพิการ อันเป็นผลจากการเจ็บป่วยและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่งเสริมให้ฟื้นฟูสุขภาพเดิมให้เร็วที่สุด โดยการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง การให้ความรู้กับญาติของผู้ป่วยถึงพยาธิสภาพของโรคในการรักษาพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การจัดเตรียมชุมชนเพื่อรับผู้ป่วยเข้าสู่ชุมชน โดยการเตรียมครอบครัวและชุมชนให้เข้าใจผู้ป่วยและปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงมีความจำเป็นที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2547)

4. แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชเมื่ออยู่ในชุมชน

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่อยู่กับครอบครัวหรือชุมชนแล้ว ส่วนใหญ่จะรักษาไม่ต่อเนื่องและทำให้เกิดมีปัญหาดังนี้

1. ปัญหาด้านพฤติกรรม พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่อยู่กับครอบครัว พฤติกรรมทางจิตที่พบมาก ได้แก่ เอะอะอาละวาด ทำลายสิ่งของ ทำร้ายตนเองและผู้อื่น พูดคนเดียว ยึดหัวเราะคนเดียว ไม่ยอมนอน หรือนอนไม่เป็นเวลา (วาสนา ปานดอก, 2545) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตัว ได้แก่ แต่งกายไม่เหมาะสม ไม่ถูกกาลเทศะ ไม่ใส่เสื้อผ้า เดินเร่ร่อนในชุมชน แยกตัวเอง ไม่พูด หรือพูดน้อย ถามคำตอบคำ ตี๋มสุรา หรือใช้สารเสพติด ละเลยในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ไม่สนใจตนเอง ไม่ยอมช่วยเหลือตนเองเนื่องจากอยู่บ้านผู้ป่วยมีความเป็นอิสระ ผู้ป่วยจะเรียกร้องความสนใจจากญาติ

2. ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ปัญหาที่พบ คือผู้ป่วย

ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น ลดขนาดยาที่รับประทานหรือเพิ่มขนาดยาเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์ ไม่มาพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผลข้างเคียงของยา คิดว่าตนเองหายแล้ว ไม่สามารถรับยาได้ ไม่รู้ว่าจะรับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเท่าไร ไม่เข้าใจถึงเหตุผลที่ต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน ไม่เข้าใจเกี่ยวกับสรรพคุณของยาที่รับประทาน เมื่อรับประทานยาแล้วเกิดอาการข้างเคียงของยา ไม่สามารถทำงานได้ ไม่รู้วิธีการแก้ไขอาการข้างเคียงของยา หรือไม่รู้แหล่งที่ขอความช่วยเหลือ (วาสนา ปานดอก, 2545)

3. ปัญหาด้านสัมพันธภาพ เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้ว จะพบปัญหาในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวจะแยกตัว ไม่ยอมพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชน ไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนเกิดความขัดแย้งในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวตำหนิตัวผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

4. ปัญหาขาดการดูแลและเอาใจใส่ เมื่อผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตอยู่บ้านกับครอบครัวแล้วมักพบปัญหา การไม่ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากญาติในการทำกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา การช่วยเหลืองานในครอบครัว (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

5. ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเวชกลับไปอยู่บ้าน จะเกิดความเครียดจากการเจ็บป่วยของตน (จิราภรณ์ สรรพวิรวงษ์ และคณะ, 2544)

ปัญหาและผลกระทบของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

จากการที่ผู้ป่วยจิตเวชกลับไปดำเนินชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทำให้ความสัมพันธ์ของสมาชิกในสังคมลดน้อยลง ตลอดจนเกิดความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ซึ่งผลกระทบทางด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นมี ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้เบื่ออาหารและนอนไม่หลับ เพราะผู้ป่วยมักมีอาการเรื้อรัง บางครั้งมีอาการรุนแรง หรือมีพฤติกรรมที่ไม่อาจคาดคะเนได้ มีความยากลำบากในการดูแลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียด กังวล ต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านยังคงมีอาการอยู่และต้องการการดูแลช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแล

3. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวช มีการเสียค่าใช้จ่ายของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้เงินออมหมดไปนำไปสู่ความลำบากอย่างรุนแรง ส่วนครอบครัวที่ยากจนมีปัญหาทางเศรษฐกิจอยู่แล้วย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ยากทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น และผลจากการเจ็บป่วยยังทำให้ญาติไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้อย่างเต็มที่ ทำให้ครอบครัวมีรายได้ลดลง เมื่อผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการเรื่องเงินได้มีการใช้จ่ายสุรุ่ยสุร่าย

4. ผลกระทบด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและสังคม ซึ่งเกิดจากการพยายามทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทำให้ครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ อย่างจำกัด ทำให้เกิดความคับข้องใจ และเป็นความขมขื่นอย่างมาก มีความรู้สึกเป็นตราบาป (stigma) ความรู้สึกเป็นกังวล (worry) ความรู้สึกกลัว (fear) และความรู้สึกสูญเสีย (loss) นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยไม่มีเวลาพอที่จะไปร่วมกิจกรรมในสังคม เพราะต้องดูแลในสิ่งที่ผู้ป่วยจะทำให้เกิดความอับอาย และพยายามปิดบังไม่ให้ผู้อื่นรู้ว่าในครอบครัวมีผู้เจ็บป่วยทางจิต (วรกษ นิธิกุล, 2535) เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตนั้นยังไม่มีที่ยอมรับของคนทั่วไป

5. ผลกระทบต่อชุมชน พบว่าเพื่อนบ้านส่วนใหญ่จะรังเกียจและกลัว เนื่องจากเกรงว่าหากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำจะก่อความวุ่นวาย และสร้างความเดือดร้อน อาละวาด ทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายข้าวของ อาจก่อให้เกิดอันตรายกับคนในชุมชน (พรทิพย์ วชิรติลลิก และคณะ, 2549)

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

แนวความคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีมาก่อนการรักษาในโรงพยาบาล เพียงแต่การดูแลในสมัยก่อนไม่สลับซับซ้อนเช่นปัจจุบัน ต่อมาได้มีโครงการดูแลผู้ป่วยที่บ้านขึ้นเป็นครั้งแรกที่ประเทศเบลเยียม และได้ขยายไปสู่สหรัฐอเมริกา จึงเริ่มมีการดูแลในรูปแบบนี้มาตั้งแต่ปลายปี ค.ศ.1800 โดยที่การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท ประมาณปี ค.ศ.1955 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีแนวโน้มสู่การดูแลแบบจิตเวชสากลมากขึ้น ซึ่งจะเน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่กับครอบครัว โดยอยู่ในโรงพยาบาลให้สั้นลง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล (สุสิทธิ์ ชวงค์, 2545) ทั้งนี้ เนื่องจากอิทธิพลของการค้นพบยารักษาอาการทางจิต ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้อย่างรวดเร็ว หลักการที่เน้นการรักษาในชุมชนโดยถือว่าการอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานๆ จะทำให้เกิดผลเสียกับการดำรงชีวิตในสังคมเดิมของผู้ป่วย การยึดถือสิทธิของผู้ป่วย (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) และความจำเป็นในเรื่องสถานที่และบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัด จำเป็นต้องมีการหมุนเวียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้เร็วขึ้น (ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร, 2544)

สำหรับประเทศไทย ได้มีการนำรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวสดังกล่าวมาใช้เช่นเดียวกัน แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคจิตในปัจจุบันจึงมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนให้มากที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2540) โดยการรักษาพยาบาลในรูปแบบผู้ป่วยนอกมากกว่าจะให้ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชมีเพิ่มมากขึ้นทุกปี ผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนก็มีมากขึ้น การที่ผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงและเป็นเรื้อรังอยู่ในหอผู้ป่วยมาก จึงเป็นอุปสรรคสำหรับผู้ป่วยกรณีแรก และปัญหาต่อมาเมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมากแต่บุคลากรมีจำนวนน้อยโรงพยาบาลจึงให้การดูแลได้ไม่ทั่วถึง อีกทั้งสภาพของโรงพยาบาลจิตเวชโดยทั่วไปมักจะแออัดให้เกิดสิ่งแวดล้อมบอบกัก เนื่องจากมีการควบคุมผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในบริเวณที่จำกัด และอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ที่บางครั้งขัดต่อสิทธิมนุษยชน ลักษณะการจัดการในโรงพยาบาลก็ยืดหยุ่น และเอื้อที่จะสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน แต่มีจุดมุ่งที่จะจัดระบบงานแบบควบคุมให้มีวิถีชีวิตเหมือนกันหมด จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการพึ่งพาตลอด ไม่มีโอกาสได้เลือกหรือตัดสินใจอันจะนำไปสู่การเป็นผู้ป่วยเรื้อรังได้ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเป็นเรื้อรังแล้วมักจะมีโอกาสหายได้ยาก ดังนั้น การกลับสู่ครอบครัวจะมีอิสระในการดำเนินชีวิตและเกิดผลดีต่อผู้ป่วยมากกว่า (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2538) แต่การกลับไปอยู่บ้านของผู้ป่วยมักจะมีปัญหาหลายอย่างตามมา จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวที่จะนำผู้ป่วยไปอยู่ด้วย โดยจะต้องมีวิธีการหรือกิจกรรมบริการที่ดีมารองรับ เช่น จะต้องมีการเริ่มดำเนินการวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นวันแรกจนกระทั่งกลับบ้าน เป็นต้น ซึ่งการเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้พร้อมที่จะสามารถดูแลตนเองได้ โดยผู้ป่วยและญาติจะวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพจิต บุคลากรในทีมจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวต่างๆ อย่างถูกต้อง และสิ่งที่ควรคำนึงถึงในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยคือการวิเคราะห์ถึงความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วย การมีที่อยู่ที่เหมาะสม การปรับสภาพภายในบ้านให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย สภาพเศรษฐกิจ การมีงานทำ ผู้ดูแลผู้ป่วย ข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวควรทราบ

ตลอดจนมีหน่วยงานหรือบุคลากรใดบ้างที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก (ศรีสุดา รัศมีพงศ์, 2537) และเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านก็จะต้องมีโครงการสนับสนุนการอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแนวคิดการดูแลทางจิตเวชที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนโรงพยาบาลเป็นสถานที่รองรับผู้ป่วยที่ฉุกเฉินชั่วคราวเท่านั้น (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2538) ดังนั้น การที่ผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน จึงเป็นภาระหน้าที่ของครอบครัวและชุมชนที่จะต้องประสานความร่วมมือกันเพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสม ป้องกันมิให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ (2542) ได้รวบรวมแนวคิดในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยจิตเวชไว้ดังนี้ 1) ต้องระลึกเสมอว่าโรคนี้เป็นโรคที่รักษาได้ แม้บางรายจะเรื้อรังและรักษาไม่หาย แต่ก็สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยให้เป็นปกติได้ ดังนั้น ไม่ควรท้อแท้ในการรักษา 2) การรักษาที่ไม่สม่ำเสมอไม่ต่อเนื่อง จะทำให้อาการของโรคกำเริบ บุคลิกภาพและความสามารถของผู้ป่วยจะเสื่อมลงทุกครั้งที่โรคกำเริบ ดังนั้น การรักษาที่ต่อเนื่องจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคนี้

เป้าหมายในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช

1. ควรค้นหาผู้ป่วยให้ได้ทุกคน และนำสู่กระบวนการรักษาให้ได้
2. ช่วยให้ผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถทำประโยชน์ให้ชุมชนได้ตามสมควร
3. ช่วยให้ความรู้ของผู้ป่วย ตลอดจนประชาชนในชุมชนจะยอมรับและมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนเปิดโอกาสให้แก่ผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตในครอบครัว และชุมชนอย่างมีความสุขตามสมควร
4. เมื่อค้นพบผู้ป่วยแล้ว จะต้องแนะนำญาติให้ผู้ป่วยไปขอรับการรักษาจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน พร้อมทั้งทำความเข้าใจกับญาติให้รู้ถึงธรรมชาติของโรคนี้ ให้กำลังใจแก่ญาติในการเผชิญกับปัญหาของผู้ป่วย

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

การที่ครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่องจากโรงพยาบาลนั้น จำเป็นที่สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลจะต้องมีความรู้หรือได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกต้องหรือวิธี เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อไป บริติชหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534) ได้สรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความเป็นอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับระดับอาการของผู้ป่วยจิตเวช ถ้าผู้ป่วยมีระดับอาการค่อนข้างดี หรือมีการช่วยเหลือดูแลในด้านความเป็นอยู่ได้ไม่มากนัก เช่น การเตือนหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน การจัดหาของใช้และการจัดให้เป็นระเบียบเรียบร้อย การจัดสถานที่พักให้เหมาะสม 2) ด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและความสามารถที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยเอง ถ้าผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้บ้าง ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวจะลดน้อยลง 3) ด้านสังคมมีการกระตุ้นผู้ป่วยทางด้านสังคมอย่างเหมาะสม เช่น การชวนผู้ป่วยออกไปเที่ยวเตร่ สังสรรค์ พุดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือร่วมงานและกิจกรรม เป็นต้น 4) ด้านอารมณ์และจิตใจ ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ถูกต้องแล้ว จะให้การดูแลด้านนี้ได้ดี เช่น พยายามชมเชย ให้กำลังใจ ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่แสดงอารมณ์หรือดูว่าผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสบายใจ ลดความวิตกกังวล สร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวแก่ผู้ป่วยได้ 5) ด้านการรักษา ต้องกระตุ้นเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาสม่ำเสมอ ไปพบแพทย์ตามนัด และเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการบำบัดรักษาทางด้านร่างกายและจิตใจต่อจากโรงพยาบาล และ 6) ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง คือการกระตุ้นและฝึกฝน

ผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมของครอบครัวและชุมชนได้อย่างเป็นสุข สามารถรับผิดชอบและช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีแล้วก็จะสามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นได้ในที่สุดด้วย ชูลีพร ชวงค์ (2545) ได้อธิบายถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติว่าญาติไม่ควรคาดหวังมากเกินไป ควรเข้าใจถึงธรรมชาติของโรคว่าผู้ป่วยมักจะซึมเศร้า ไม่กระตือรือร้น และนอนมากเกินไป ซึ่งดูเหมือนว่าเป็นคนขี้เกียจมาก ญาติไม่ควรคิดว่าผู้ป่วยแกล้ง ควรยอมรับสภาพว่าผู้ป่วยเองอาจมีความสุขกับการแยกตัวมากกว่าการเข้าสังคม การช่วยเหลือคือการกระตุ้นผู้ป่วยและใช้หลักการของการผ่อนปรนคืออนุญาตบ้างแต่ไม่ใช่ยอมทั้งหมด เพราะการกระตุ้นมากเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ เช่น มีหิวแหว่ หวาดระแวง หรืออะละเว่นวายได้ ซึ่งแนวทางปฏิบัติของญาติสรุปได้ดังนี้ ยอมรับผู้ป่วย จู้จี้ขี้บ่นให้น้อยที่สุด อย่ากระตุ้นผู้ป่วยมากเกินไป อย่าแสดงความกระตือรือร้นต่อผู้ป่วยมากเกินไป อย่ายุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยจนเกินไป และอนุญาตให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวบ้างตามความเหมาะสม

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีภาวะแตกต่างกันมากน้อยไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของโรค ความรุนแรงของพฤติกรรม และความสามารถในการดูแลสุขอนามัยในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามสมาชิกในครอบครัวควรต้องมีการสังเกตที่ดี มีความอดทน รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วย และสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมว่าเมื่อไรจะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวมักเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดามารดา สามภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้อง อาจจะมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินในการดูแลผู้ป่วย และในบางครั้งบุคคลเหล่านี้ อาจจะต้องจ้างบุคคลอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อผ่อนภาระการดูแลของสมาชิกในครอบครัวลงบ้าง

5. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ครอบครัวที่มีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช นับว่าเป็นภาระที่หนักยิ่งในการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ในชุมชนอย่างปกติสุข ถ้าหากครอบครัวใดอยู่ในชุมชนที่เข้าใจ เห็นใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยก็สามารถอยู่ในชุมชนได้นาน ไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ่อยๆ ในทางตรงกันข้ามถ้าคนในชุมชนขาดเข้าใจ ความเห็นใจ และตำหนิผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนแสดงอาการรังเกียจ ผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในชุมชนเหล่านี้ย่อมมีโอกาสมีอาการกำเริบบ่อยๆ และอาจสร้างความวุ่นวายให้ชุมชนมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตทนความเครียดได้ไม่ดีเหมือนคนปกติ ดังนั้น การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติสุข ดังปรากฏในรายงานการศึกษาต่างๆ ดังนี้

การศึกษาของศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ (2542) ได้เรื่องผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน พบว่า ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตของประชากรเป้าหมายก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านทัศนคติและความพร้อมของประชาชนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคจิตก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนความพึงพอใจในการเข้าร่วมประชุมระดมสมอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กนกพร แก้วเที่ยง และคณะ (2544)

ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า แกนนำชุมชน ชาวบ้าน และญาติผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน มีความพอใจในกิจกรรมมาก มีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วย มีความมุ่งหวังต่อผู้ป่วยจิตเวชในเชิงบวกมากขึ้น นอกจากนี้ ญัฐธารีย์ อุดชุมพิสัย (2549) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในด้านการจัดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จังหวัดนครพนม พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วม และเทคนิค A+C ช่วยส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน และส่งผลให้การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกันกับบັນยา ดวงศรี (2551) ได้ศึกษา การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนและแกนนำชุมชนมีความสามารถในการระบุปัญหาการดูแล และการค้นหาวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนด้วยการจัดตั้งเครือข่าย มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ของแต่ละบุคคล ภายหลังการดำเนินงาน 3 เดือน ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนได้รับการดูแลดีขึ้น ครอบครัวและชุมชนให้การยอมรับและเข้าใจที่เกิดขึ้นมีกิจกรรมการดูแลดีขึ้น ครอบครัวและชุมชน ให้การยอมรับและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ประไพโร บัวคอม (2552) ได้ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสร้างคอม อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ผู้เข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วยญาติผู้ดูแล เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จำนวน 34 คน พบว่า ในกระบวนการ A-I-C กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยได้จำแนกผู้ป่วยจิตเวชออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีอาการสงบ กลุ่มที่รับยาสม่ำเสมออาการคงที่ กลุ่มอพยพย้ายถิ่นไปทำงาน และกลุ่มที่รับยาไม่ต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมในชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดการกลับเป็นซ้ำ มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมากขึ้น ส่วนการศึกษาของฉวีวรรณ ศรีสุราช (2548) ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน กรณีศึกษาที่โรงพยาบาลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจำเป็นต้องได้รับการมีส่วนร่วมจากชุมชน โดยโครงการที่ชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้นมาเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า โครงการประสบผลสำเร็จและเป็นที่ยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของ กษมา พลตงนอก (2551) ได้ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยรูปแบบสถานฟื้นฟูในเวลากลางวัน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาคือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลภูเวียงที่มีภูมิลำเนาในเขตตำบลเขาน้อย อำเภอภูเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น จำนวน 8 คน มีความบกพร่องและสูญเสียความสามารถหน้าที่ในชีวิตประจำวันอย่างน้อย 1 ใน 6 ด้าน โดยใช้แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยมีพยาบาลจิตเวชจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้วางระบบและออกแบบกิจกรรม ซึ่งชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครั้งนี้ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเวช มีทักษะ ทั้ง 6 ด้าน เพิ่มขึ้น จากแบบประเมินของโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต หรืออาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลงได้จากการใช้รูปแบบดังกล่าว เช่นเดียวกันกับการใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างปกติ ซึ่งรูปแบบที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องคือ มีการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชออกเป็นระดับต่างๆ เพื่อที่จะสามารถจำแนกประเภทของผู้ป่วย และง่ายสำหรับการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับผู้ป่วยในระดับต่างๆ ต่อจากนั้นมีการประชุมแบบมีส่วนร่วมซึ่งการมีส่วนร่วมจากชุมชนดังกล่าวจะ

ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นไปได้ค่อนข้างสูง การประชุมร่วมกันของคนในชุมชนระดมความคิดในการสร้างกิจกรรมหรือโครงการที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของจุฑารัตน์ กรวยทอง (2552) พบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสำเร็จ นอกจากการสนับสนุนทางสังคมแล้ว ยังพบว่า ญาติมีทัศนคติปานกลางต่อผู้ป่วยซึ่งส่งผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดดังกล่าว พบว่า ปัจจัยหลักที่จะให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้ คือการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน รวมถึงบุคลากรสุขภาพจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพราะโดยธรรมชาติแล้วการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จะเป็นสถานที่ที่ให้บริการผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ดีที่สุด และผู้ป่วยจะมีความสุขอย่างมากที่จะได้รับการดูแลที่บ้าน และผู้ป่วยจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กระบวนการ A-I-C ในพื้นที่ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 8 หมู่บ้าน ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนมกราคม 2558 ถึงเดือนกันยายน 2558 โดยมีขั้นตอนรายละเอียดการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน อบต. พระสงฆ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ที่ทำการศึกษา รวมจำนวน 55 คน มีส่วนในกระบวนการศึกษา ตั้งแต่การค้นหาคำถามและความต้องการ ร่วมกำหนดแนวทาง วางแผนแก้ไขปัญหามาตรการปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล

2. พื้นที่ในการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี ผู้ศึกษาได้เลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเจาะจง (Purposive selection) โดยเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและชุมชนมีความพร้อม ความสนใจในการร่วมกันดูแลแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช และยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัย ซึ่งพื้นที่ดังกล่าวที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 8 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านเมืองเพีย หมู่ที่ 2 บ้านเมืองเพีย หมู่ที่ 3 บ้านขามเรียน หมู่ที่ 4 บ้านดู่ใหญ่ หมู่ที่ 8 บ้านเมืองเพีย หมู่ที่ 9 บ้านหนองนาขวัญ หมู่ที่ 11 บ้านคูโพธิ์ตาก และหมู่ที่ 12 บ้านขาม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือในการศึกษาดังนี้

3.1 แผนการจัดกิจกรรมโครงการชุมชนกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยใช้กระบวนการ A-I-C ของศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ (2542) ดังนี้

- 3.1.1 แผนกิจกรรมที่ 1 การเล่าเซ็น
- 3.1.2 แผนกิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนคำ
- 3.1.3 แผนกิจกรรมที่ 3 ส่งใจส่งยิ้ม
- 3.1.4 แผนกิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนของเรา
- 3.1.5 แผนกิจกรรมที่ 5 ความมุ่งหวังของเราสำหรับผู้ป่วยโรคจิต
- 3.1.6 แผนกิจกรรมที่ 6 ร่วมคิดร่วมช่วย
- 3.1.7 แผนกิจกรรมที่ 7 แหล่งสนับสนุน
- 3.1.8 แผนกิจกรรมที่ 8 งานของเรา

3.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพในชุมชน และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช

3.3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดัดแปลงมาจากแบบทดสอบความรู้ของญาติผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของจันทรา ธีระสมบุญ (2543) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ข้อความที่ใช้วัดมี 2 ตัวเลือก

โดยมีค่าคะแนนดังนี้	ถ้าตอบคำถามถูก เท่ากับ	1	คะแนน
	ถ้าตอบคำถามผิด เท่ากับ	0	คะแนน

3.4 แบบวัดทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 6 ข้อ ใช้มาตรวัดเป็นแบบการให้คะแนน Rating Scale ซึ่งมีข้อความเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก			
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	4	คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน
ข้อความเชิงลบ			
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	4	คะแนน

แบบวัดทัศนคติทั้ง 6 ข้อนี้ ใช้สอบถามกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

3.5 แบบวัดความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จำนวน 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนความพร้อม ดังนี้

ใช่	เท่ากับ	1	คะแนน
ไม่ใช่	เท่ากับ	0	คะแนน
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	1	คะแนน

แบบวัดความพร้อมทั้ง 9 ข้อนี้ ใช้สอบถามกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

3.6 แบบวัดความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม มีจำนวน 5 ข้อ ใช้มาตรวัดเป็นแบบการให้คะแนน Rating Scale โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

พอใจมาก	เท่ากับ	4	คะแนน
พอใจ	เท่ากับ	3	คะแนน
เฉยๆ	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	1	คะแนน

3.7 แบบวัดความพึงพอใจต่อการดำเนินการดำเนินงาน มีจำนวน 10 ข้อ ของนายแพทย์อภิชัย มงคล และคณะ (2545) ใช้มาตรวัดเป็นแบบการให้คะแนน Rating Scale โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

พอใจมาก	เท่ากับ	4	คะแนน
พอใจปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
พอใจน้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่พอใจ	เท่ากับ	1	คะแนน

แบบวัดความพึงพอใจต่อการดำเนินการดำเนินงาน ทั้ง 10 ข้อนี้ ใช้สอบถามกลุ่มตัวอย่างหลังดำเนินการ และมีการติดตามประเมินผล 2 เดือน

4. วิธีการศึกษาวิจัย

4.1 ศึกษาทบทวนเอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษา

4.2 ติดต่อประสานงานกับพื้นที่ที่ทำการศึกษา เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงการดำเนินการ ศึกษาภายในพื้นที่ และขอความร่วมมือช่วยประสานกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เพื่อที่จะร่วมกันในการ วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาวางแผนแก้ไขปัญหาลงมือปฏิบัติตามแผน ติดตามและ ประเมินผลร่วมกัน

4.3 ศึกษาข้อมูลและสภาพทั่วไปของชุมชนที่ทำการศึกษา

4.4 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน ตามแผนการจัดกิจกรรมโครงการชุมชนกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยใช้ กระบวนการ A+C ของศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ (2542) ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และใช้ ระยะเวลาดำเนินการ จำนวน 2 วัน ในการร่วมกันการค้นหาคำปรึกษา และความต้องการ กำหนดแนวทาง วางแผนแก้ไขปัญหาลงมือปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล

4.5 ติดตามประเมินผลการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ภายหลังจากดำเนินการไปแล้ว 2 เดือน โดยการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจาก การดำเนินโครงการ และประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการภายหลังจากการดำเนินการ ข้อมูลและสภาพทั่วไปของชุมชนที่ทำการศึกษา

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

5.1 การค้นคว้าข้อมูลทุติยภูมิ เป็นการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารที่ผู้อื่นได้จัดทำไว้แล้ว เช่น หนังสือ บทความ วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย

5.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน อบต. พระสงฆ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินการ

5.3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน อบต. พระสงฆ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินการ

5.4 แบบวัดทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช เก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน อบต. พระสงฆ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินการ

5.5 แบบวัดความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน อบต. พระสงฆ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินการ

5.6 แบบวัดความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน อบต. พระสงฆ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินกิจกรรมในวันที่ 2 ของการประชุมเชิงปฏิบัติการ และภายหลังติดตามประเมินผลการจัดกิจกรรมไปแล้ว 2 เดือน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS/PC⁺ Version 17 โดยใช้สถิติดังนี้

6.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 การวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช ความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินการ ใช้สถิติ T-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน

6.3 ข้อมูลความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และการดำเนินกิจกรรมใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

6.4 การวิเคราะห์พื้นที่ในการศึกษาและการติดตามประเมินผลการดำเนินการ ภายหลังจากดำเนินการไปแล้ว 2 เดือน ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและนำเสนอในรูปแบบของการบรรยาย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

เนื้อหาในบทนี้ เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอ โดยจำแนกเป็นส่วนต่างๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ผลการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนโดยกระบวนการ A-I-C

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

1. บริบทของตำบลเมืองเพีย ประกอบด้วย

1.1 ลักษณะที่ตั้ง ตำบลเมืองเพียมีอาณาเขต ทิศเหนือติดตำบลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ทิศใต้ติดตำบลเปือยใหญ่ อำเภอนาคู จังหวัดขอนแก่น ทิศตะวันออกติดตำบลหัวหนอง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น และทิศตะวันตกติดตำบลศรีบุญเรือง อำเภอนวนบท จังหวัดขอนแก่น

1.2 ข้อมูลประชากร ตำบลเมืองเพียรับผิดชอบ 14 หมู่บ้าน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับผิดชอบ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านละว้า (บ้านละว้า) รับผิดชอบ 6 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 4,638 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย มีพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด จำนวน 8 หมู่บ้าน ประชากรทั้งสิ้น 6,280 คน ชาย 3,103 คน หญิง 3,177 คน

1.3 ลักษณะภูมิประเทศ ลักษณะพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มริมฝั่งแม่น้ำ มีแหล่งน้ำธรรมชาติคือแม่น้ำชี แก่งละว้า บ่อกระดิน เป็นพื้นที่เกษตรชลประทาน สภาพดินเป็นดินร่วนปนทรายและดินเค็มเป็นบางส่วน

1.4 ลักษณะภูมิอากาศ ลักษณะภูมิอากาศโดยทั่วไป มีอากาศร้อนจัดในฤดูร้อน หนาวจัดในฤดูหนาวและแห้งแล้งทั่วไปส่วนในฤดูฝนจะมีฝนตกในช่วงเดือนกันยายน เมื่อพิจารณาสภาพลมฟ้าอากาศแล้วแบ่งได้ เป็น 3 ฤดูกาล ดังนี้ ฤดูร้อนตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-เมษายน ฤดูฝนตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-ตุลาคม และฤดูหนาวตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน-มกราคม

1.5 สภาพสังคม เป็นเขตชุมชนชนบท ประกอบด้วยประชากรหลายกลุ่ม โดยภาษาที่ใช้ ได้แก่ ภาษาไทย และภาษาอีสาน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

1.6 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจเป็นเขตชุมชนชนบท อาชีพหลัก ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ ทำนา เลี้ยงสัตว์ เช่น ทำนาปีและนาปรัง ปลูกพืชผักสวนครัวไว้รับประทานในครัวเรือน อาชีพรอง ทอผ้าไหม รับจ้างในโรงงานต่างๆ ในเขตอำเภอบ้านไผ่ เช่น โรงงานทำพรม โรงงานสี โรงงานเย็บผ้า เป็นต้น นอกจากนี้ มีอาชีพพนักงานบริษัทและข้าราชการ ด้านทรัพยากร ธรรมชาติที่สำคัญ ได้แก่ แม่น้ำชี แก่งละว้า บ่อกระดิน ป่าโจด โคกหินขาว ซึ่งเป็นแหล่งอาหารและประกอบอาชีพประมงในช่วงฤดูน้ำหลาก

1.7 ด้านการศึกษา ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพียประกอบด้วย

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	1 แห่ง
โรงเรียนประถมศึกษา	2 แห่ง
โรงเรียนขยายโอกาส	2 แห่ง

1.8 ด้านความปลอดภัย มีสถานีตำรวจภูธรย่อยตำบลเมืองเพีย 1 แห่ง ทุกหมู่บ้านมีตำรวจอาสาและอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ทำหน้าที่ดูแลความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยในชุมชน โดยเฉพาะช่วงที่มีเทศกาลงานบุญต่างๆ

1.9 ด้านสาธารณูปโภค ทุกหมู่บ้านใช้น้ำประปาภูมิภาค เป็นน้ำใช้ น้ำดื่มประชาชนส่วนใหญ่ตักน้ำฝนในเขตชุมชน และในชุมชนหมู่บ้านจัดสรรใช้น้ำดื่มบรรจุเสร็จ ซึ่งมีรถมาจำหน่ายในหมู่บ้าน ด้านระบบไฟฟ้า ใช้ไฟฟ้าของการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคทุกหมู่บ้าน ด้านโทรศัพท์ทุกหมู่บ้านมีโทรศัพท์ประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้ ประชาชนส่วนใหญ่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่เป็นของตนเอง

1.10 ด้านวัฒนธรรม ประชาชนส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ มีวัฒนธรรมตามแบบชนบท พื้นถิ่นอีสาน มีประเพณีบุญต่างๆ ตามฮีต 12 คอง 14 อาทิเช่น บุญบั้งไฟ บุญพระเวส หรือบุญมหาชาติ บุญเบิกฟ้า บุญข้าวจี บุญบุญแห่ข้าวพันก้อน เป็นต้น ซึ่งชุมชนจะจัดงานเทศกาลหรืองานบุญต่างๆ เป็นการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพและรณรงค์ให้ลูกหลานร่วมสืบสานวัฒนธรรม ประเพณีและเกิดจิตสำนึกรักบ้านเกิด

1.11 ด้านการคมนาคม การคมนาคมส่วนใหญ่ประชาชนมีรถส่วนตัวทั้งรถยนต์และรถจักรยานยนต์ นอกจากนี้ในพื้นที่มีรถโดยสารประจำทางระหว่างอำเภอเมืองจาศิริ อำเภอนบพ อำเภอบ้านไผ่ ผ่านทุก 30 นาที เริ่มวิ่งตั้งแต่เวลา 06.00 – 20.00 น. ทุกวัน

2. บริบทข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขของตำบลเมืองเพีย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย มีบุคลากร ทั้งหมด 10 คน เป็นข้าราชการ 5 คน ประกอบด้วยพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 3 คน นักวิชาการ 2 คน และบุคลากรอื่นๆ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป เจ้าหน้าที่งาน/พนักงานเจ้าหน้าที่/พยาบาลเทคนิค จำนวน 1 คน ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 2 คน และอื่นๆ (พนักงานบันทึกข้อมูล, พนักงานทำความสะอาด) 2 คน และจะมีแพทย์และเภสัชกรหมุนเวียนออกมาให้บริการทุกวันศุกร์

สุขภาพอนามัยของประชากรตำบลเมืองเพียในชุมชนที่ศึกษา พบว่า สาเหตุการป่วย 10 อันดับแรกของประชากรที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบกล้ามเนื้อ โรคต่อมไร้ท่อ โรคระบบย่อยอาหาร โรคผิวหนัง โรคติดเชื้อและปรสิต โรคโลหิตเวียนเลือด โรคจิต โรคระบบสืบพันธุ์ และโรคตา พฤติกรรมสุขภาพปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 5 อันดับแรกของชุมชนที่ศึกษา ได้แก่ ไม่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ อ้วนลงพุง กินอาหารเค็ม และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากการทำประชาคมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม, อบต, ผู้นำชุมชน โรงเรียน และภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยอาศัยการจัดเก็บข้อมูลจากกลุ่มเครือข่ายสุขภาพต่างๆจากการพูดคุย ชักถามปรึกษาหารือและร่วมแสดงความคิดเห็น ผ่านเวทีประชาคม ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความหลากหลายและสามารถแบ่งแยกได้ชัดเจน ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย ได้นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์และจัดลำดับ

ความสำคัญของปัญหาซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถนำมาวิเคราะห์ สรุปข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชนจากเวทีประชาคมหมู่บ้าน มีดังนี้ ปัญหาหนี้สิน เศรษฐกิจในครอบครัวรายรับไม่พอกับรายจ่าย ปัญหาเด็กติดเกมส์ ปัญหาภัยแล้ง ปัญหายาเสพติด โรคจิตเวช ปัญหาอุบัติเหตุ โรคมะเร็ง ปัญหาวัยรุ่นมั่วสุม และปัญหาโรคเรื้อรังเบาหวานความดัน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย ได้นำข้อมูลที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ให้คะแนนตามองค์ประกอบของปัญหาในการวิเคราะห์ข้อมูล คือขนาดของปัญหาความยากง่ายในการแก้ไข ปัญหา ความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้น และความร่วมมือของประชาชน ชุมชนในการแก้ไข ได้แก่ ปัญหาโรคมะเร็ง โรคทางจิตเวช อุบัติเหตุทางจราจร โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา มีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.5 เพศชาย ร้อยละ 45.5

มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 34.5 รองลงมาคืออายุ 51-60 ปี ร้อยละ 21.8 อายุ 31-40 ร้อยละ 20.0 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.8 การศึกษาส่วนใหญ่ จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.1 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.0 มัธยมศึกษาตอนปลาย 18.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 40.0 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 23.6 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 14.5 สถานภาพในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุด ร้อยละ 47.3 รองลงมาเป็นผู้นำชุมชน ร้อยละ 25.5 และอสม. ร้อยละ 20.0 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช น้อยกว่า 1 ปีมากที่สุด ร้อยละ 43.6 รองลงมาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มากกว่า 1-5 ปี ร้อยละ 40.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพในชุมชน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	25	45.5
	หญิง	30	54.5
อายุ	21-30 ปี	4	7.3
	31-40 ปี	11	20.0
	41-50 ปี	19	34.5
	51-60 ปี	12	21.8
	61 ปีขึ้นไป	9	16.4
การศึกษา	ประถมศึกษา	27	49.1
	มัธยมศึกษาตอนต้น	11	20.0
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	10	18.2
	อนุปริญญา	4	7.3
	ปริญญาตรีขึ้นไป	3	5.4
อาชีพ	เกษตรกร	22	40.0
	รับจ้าง	13	23.6
	ค้าขาย	8	14.5
	งานบ้าน/ว่างงาน	6	10.9
	รับราชการ	5	9.2
	นักบวช	1	1.8
สถานภาพในชุมชน	ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	26	47.3
	ผู้นำชุมชน	14	25.5
	อสม.	11	20.0
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3	5.4
	นักบวช	1	1.8
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช	น้อยกว่า 1 ปี	24	43.6
	ระยะเวลา 1-5 ปี	22	40.0
	มากกว่า 5 ปี	9	16.4
	รวม	55	100.0

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการประชุม เท่ากับ 12.98 หลังการประชุมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 14.22 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

การประชุม	N	$\bar{X}$	SD	t
ก่อนการประชุม	55	12.98	2.42	4.97
หลังการประชุม	55	14.22	2.20	

3. ทักษะติดต่อผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะติดต่อผู้ป่วยจิตเวชก่อนการประชุม เท่ากับ 17.35 หลังการประชุม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะติดต่อผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 18.84 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะติดต่อผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

การประชุม	N	$\bar{X}$	SD	t
ก่อนการประชุม	55	17.35	1.65	6.87
หลังการประชุม	55	18.84	1.80	

4. ความพร้อมในการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เท่ากับ 19.84 หลังการประชุมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เท่ากับ 21.90 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

การประชุม	N	$\bar{X}$	SD	t
ก่อนการประชุม	55	19.84	1.93	9.37
หลังการประชุม	55	21.90	2.20	

5. ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการในด้านต่างๆอยู่ในระดับพอใจมาก ดังนี้ ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ ร้อยละ 87.3 ความพึงพอใจที่ได้ร่วมพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ร้อยละ 85.5 ความพึงพอใจที่ได้ร่วมคิดวิธีแก้ไขปัญหสำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ร้อยละ 80.0 ความพึงพอใจได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ร้อยละ 83.6 และความพึงพอใจได้มีส่วนร่วมวางแผนแก้ไขปัญหสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ร้อยละ 83.6

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการการของกลุ่มตัวอย่าง

ความพึงพอใจ	พอใจมาก		พอใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้	48	87.3	7	12.7
2. ความพึงพอใจที่ได้ร่วมพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	47	85.5	8	14.5
3. ความพึงพอใจที่ได้ร่วมคิดวิธีแก้ไขปัญหสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	44	80.0	11	20.0
4. ความพึงพอใจได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	46	83.6	9	16.4
5. ความพึงพอใจได้มีส่วนร่วมวางแผนแก้ไขปัญหสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	46	83.6	9	16.4

ส่วนที่ 3 ผลการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนโดยใช้กระบวนการ A-I-C

ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตามแผนการจัดกิจกรรมโครงการชุมชนกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยใช้กระบวนการ A-I-C ของศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ (2542) ระยะเวลาดำเนินการ 2 วัน ระหว่างวันที่ 10-11 มิถุนายน 2558 นั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 55 คน ประกอบด้วยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน อบต. พระภิกษุสงฆ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ที่ทำการศึกษาค้นคว้า ได้ทำความเข้าใจกับคุณค่าและความสัมพันธ์อันดีต่อกัน และร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์และมุมมองเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ภาพความมุ่งหวังที่พึงปรารถนาให้ผู้ป่วยจิตเวชอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน และร่วมตัดสินใจเลือกหาแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชน ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นดังนี้

กิจกรรมการทำความเข้าใจคุณค่าและสร้างสัมพันธ์อันดีต่อกัน ซึ่งประกอบด้วย การเล่าลายเส้น การแลกบัตรคำ และส่งใจส่งยิ้ม บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยดี กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมมีการลุกเดินจากเก้าอี้ของตนเองไปหาผู้อื่นในกลุ่ม มีการทักทายกัน สีน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ขอลายเส้น และแลกบัตรคำของตนเองกับผู้อื่น และเปิดเผยความรู้สึกของตนเองเพิ่มขึ้น ในส่วนของผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวไม่สะดวก สมาชิกคนอื่นๆ มีการช่วยเหลือกันในกลุ่ม

ขั้น A-1 สถานการณ์และมุมมองเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตามกิจกรรมผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนของเรา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันสำรวจปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และรับทราบปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นและทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช สรุปได้ดังนี้คือ

1. ด้านผู้ป่วย
 - 1.1 ผู้ป่วยไม่อยากกินยา พาไปหาหมออยาก ไม่ยอมไปรักษา
 - 1.2 ผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเอง ไม่อาบน้ำ แปรงฟัน
 - 1.3 สร้างความเดือดร้อนให้ครอบครัว ทำให้เกิดความสับสนวุ่นวาย
 - 1.4 ผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย
 - 1.5 ผู้ป่วยดื่มเหล้า กาแฟ สูบบุหรี่
 - 1.6 ไม่มีอาชีพ
 - 1.7 ก้าวร้าว มีอารมณ์กับคนในบ้าน
2. ด้านครอบครัว
 - 2.1 ทุกข์ใจ หนักใจ
 - 2.2 ขาดรายได้
 - 2.3 กังวล กลัวไม่ปลอดภัย
 - 2.4 เสียสุขภาพจิตทำให้ผู้ดูแลพะวงหน้าพะวงหลัง
 - 2.5 เสียเวลาทำมาหากิน
 - 2.6 สิ้นเปลืองเงิน
 - 2.7 กลัวชุมชนรังเกียจ

ขั้น A-2 เป้าหมายหรืออนาคตที่พึงปรารถนาเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยจิตเวชอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน ตามกิจกรรมความมุ่งหวังของเราสำหรับผู้ป่วยโรคจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจความมุ่งหวังของตน ที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน ได้รับความมุ่งหวังของสมาชิกคนอื่นที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิต และร่วมกันคิดถึงความมุ่งหวังที่เป็นจริงได้ ต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น สรุปได้ดังนี้คือ

1. ต้องการให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดี หายเป็นปกติเช่นเดิม
2. อยากให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง
3. ให้ได้ยอมรับจากชุมชน มีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับชุมชน
4. ให้ประกอบอาชีพในสิ่งที่เหมาะสม มีรายได้
5. อยากให้ผู้ป่วยช่วยเหลือพ่อแม่ ไม่เป็นภาระในการดูแล
6. หยุดดื่มเหล้า กินกาแฟ ไม่สูบบุหรี่
7. ทำกิจวัตรประจำวันได้
8. อยู่ร่วมกับครอบครัวได้

ขั้น I-1 เป็นขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันหาวิธีการ เพื่อกำหนดกิจกรรมหรือแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน ตามกิจกรรมร่วมคิดร่วมด้วย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกได้คิดค้นวิธีการที่จะทำให้ความมุ่งหวังนั้นสำเร็จ และเรียนรู้การคิดหาวิธีการต่างๆ อย่างมีเหตุผลและเป็นรูปธรรม กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น กำหนดกิจกรรมและโครงการต่างๆ เพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช รวมจำนวนทั้งสิ้น 21 กิจกรรม ประกอบด้วย

1. การรวมกลุ่มเพื่อจัดตั้งชมรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
2. การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
3. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช
4. กิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา
5. กิจกรรมทำบุญสังฆทานสร้างสุข
6. กิจกรรมธรรมะสัญจร
7. การออกกำลังกาย เช่น เตะบอล เดินแอโรบิก
8. การแข่งขันกีฬา
9. กิจกรรมวันคนพิการ
10. การทัศนศึกษาดูงาน
11. การนวดแผนไทย นวดคลายเครียด
12. หลุมคลายเครียดแก้จน
13. การสร้างอาชีพจากसानงานฝีมือ เช่น กระติบข้าว
14. การทำขนม เช่น กลัวยทอด มันทอด ข้าวต้มมัด
15. การทำดอกไม้ประดิษฐ์
16. การปลูกผักปลอดสารพิษ
17. การปลูกมะนาวในบ้านผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ท่อ
18. การเพาะเห็ด

19. การทำปุ๋ยหมักชีวภาพ
20. การเลี้ยงปลาในอ่างพลาสติก/ในบ่อ
21. การเลี้ยงกบ

ขั้น I-2 เลือกและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีส่วนร่วมในการเลือกกิจกรรมที่ได้ในขั้น I-1 และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โดยการให้คะแนนแต่ละกิจกรรม สรุปได้ดังนี้คือ

1. การรวมกลุ่มเพื่อจัดตั้งชมรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
2. การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
3. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช
4. กิจกรรมธรรมะสัญจร
5. การประกอบอาชีพ เช่น ปลูกผัก รับจ้าง
6. หลุมคลายเครียดแก่ใจ

โดยในส่วนของกิจกรรมการปลูกผักปลอดสารพิษ การปลูกมะนาวในบ้านผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ท่อการเพาะเห็ด การเลี้ยงปลาในอ่างพลาสติก/ในบ่อ การเลี้ยงกบ กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนร่วมกันแล้ว ให้ระบุเป็นกิจกรรมการประกอบอาชีพในภาพรวม ที่ขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว และชุมชนจะได้ร่วมกันพิจารณาว่ามีความถนัดในการประกอบอาชีพใดตามความเหมาะสมต่อไป

ขั้น C-1 การหาผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม ตามกิจกรรมหาแหล่งสนับสนุน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกได้ร่วมกันคิดถึงหน่วยงาน หรือองค์กรที่ช่วยเกื้อหนุนให้กิจกรรมที่จะช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่สมาชิกในชุมชนสามารถดำเนินการได้เอง กิจกรรมที่สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ แต่ต้องขอให้ผู้อื่น (ภาครัฐหรือองค์กรอื่น) เข้ามามีส่วนช่วย และกิจกรรมที่ให้หน่วยงานอื่นทำให้

1. กิจกรรมที่สมาชิกในชุมชนสามารถดำเนินการได้เอง ประกอบด้วย
 - 1.1 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช
 - 1.2 หลุมคลายเครียดแก่ใจ
2. กิจกรรมที่สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ แต่ต้องขอให้ผู้อื่น (ภาครัฐหรือองค์กรอื่น) เข้ามามีส่วนช่วย
 - 2.1 การรวมกลุ่มเพื่อจัดตั้งชมรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
 - 2.2 การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
 - 2.3 กิจกรรมธรรมะสัญจร
 - 2.4 การประกอบอาชีพ เช่น ปลูกผัก รับจ้าง

ขั้น C-2 การจัดทำแผนและมอบหมายความรับผิดชอบการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติ ตามกิจกรรมงานของเรา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวิธีการวางแผน และการทำงานให้บรรลุความหวัง ซึ่งเขียนในรูปแบบง่ายๆ เหมาะสม ครอบคลุมทุกประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 6)

1. ชื่อโครงการ
2. กลวิธีการดำเนินงาน
3. ระยะเวลาในการดำเนินงาน
4. แหล่งขอรับสิ่งสนับสนุน
5. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ตารางที่ 6 แผนปฏิบัติงานการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

กิจกรรม	กลวิธีการทำงาน	ระยะเวลา	แหล่งขอรับสิ่งสนับสนุน	ผู้รับผิดชอบหลัก
1. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช	1. ประชุมเตรียมความพร้อมและแบ่งผู้รับผิดชอบดำเนินการ 2. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน โดยการพูดคุยให้กำลังใจ ประเมินอาการ ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลการรับประทานยา 3. ลงทะเบียนและประเมินผล	2 สัปดาห์/ครั้ง	-	คณะกรรมการชมรมบ้านสุขใจร่วมกับ อสม. หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 11
2. หุ่นจำลองเครือข่ายแกน	1. ประชุมเตรียมความพร้อมแบ่งผู้รับผิดชอบดำเนินการ 2. เติบโตผู้ป่วยจิตเวชและผู้ช่วยมาประชุมชี้แจงทำความเข้าใจ 3. ขออาสาสมัครครอบครัวต้นแบบเพื่อดำเนินการ โดยการเตรียมพื้นที่ชุดหุ่นดินให้ลึกประมาณ 1 ฟุต และปลูกผักสวนครัวในหลุมดังกล่าว รดน้ำพรุนดิน และเฝ้าดูการเจริญเติบโต	เดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม 2558	-	คณะกรรมการชมรมบ้านสุขใจร่วมกับ อสม. หมู่ที่ 9
3. การรวมกลุ่มเพื่อจัดตั้งชมรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน	1. ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจ 2. คัดเลือกคณะกรรมการ 3. กำหนดและแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ 4. ร่างระเบียบข้อบังคับของชมรม	12 มิถุนายน 2558	- จนท.สาธารณสุขในพื้นที่	ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน, อบต., พระสงฆ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

ตารางที่ 6 แผนปฏิบัติงานการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา (ต่อ)

กิจกรรม	กลวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	แหล่งขอรับสิ่งสนับสนุน	ผู้รับผิดชอบหลัก
4. การจัดฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	1. ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจ 2. มอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ 3. สักรวจผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของตนเอง 4. รวบรวมเป็นข้อมูลเป็นภาพรวมของชุมชน	เดือนมิถุนายนถึง เดือนกรกฎาคม 2558	- จนท.สาธารณสุข ในพื้นที่	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ทุกชุมชน
5. กิจกรรมรณรงค์	1. ประชุมเตรียมความพร้อม แบ่งผู้รับผิดชอบดำเนินการ 2. กำหนดวันจัดกิจกรรมรณรงค์ 3. ประชุมสัมมนาผู้เกี่ยวข้องกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการ 4. จัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ 5. ดำเนินกิจกรรม ทั้งหมด ภายใต้สภามานุษยวิทยามอเป็นต้น	เดือนมิถุนายนถึง เดือนธันวาคม 2558	- จนท.สาธารณสุข ในพื้นที่ - พระสงฆ์	คณะกรรมการชมรมบ้านสุขใจร่วมกับ อสม. หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 8
6. การประกอบอาชีพ เช่น ปลูกผัก รับจ้าง	1. ประชุมเตรียมความพร้อม แบ่งผู้รับผิดชอบดำเนินการ 2. เชิญญาติผู้ป่วยจิตเวชและผู้เกี่ยวข้องประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจ 3. สอบถามความพร้อมและประเมินศักยภาพของผู้ป่วยจิตเวชในการประกอบอาชีพตามความสามารถ 4. ประสานหรือจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และในรายที่ต้องทำการประกอบอาชีพรับจ้าง ประสานกับผู้ประกอบการในชุมชนเพื่อนำผู้ป่วยไปทดลองประกอบอาชีพ 5. ประเมินผลการดำเนินงาน	เดือนมิถุนายนถึง เดือนธันวาคม 2558	- ผู้ประกอบการ ในชุมชน - อบต. - จนท.สาธารณสุข ในพื้นที่	คณะกรรมการชมรมบ้านสุขใจร่วมกับ อสม. หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 12

การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมไปแล้ว 2 เดือน คณะผู้วิจัยได้ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ในวันที่ 27 สิงหาคม 2558 พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้มีการดำเนิน กิจกรรมแผนปฏิบัติงานการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาดังนี้

1. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช

จากการดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน คณะกรรมการ “ชมรมบ้านสุขใจ” และอสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งมาจากตัวแทนของทุกหมู่บ้านในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยมีคณะกรรมการ “ชมรมบ้านสุขใจ” และอสม. หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 11 เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ได้ร่วมกันจัดทีมออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง เพื่อติดตามดูแลอาการของผู้ป่วย กระตุ้นให้รับประทานยาต่อเนื่อง หรือ ในรายที่มีอาการผิดปกติมีการให้คำแนะนำมาพบแพทย์ตามระบบการส่งต่อ รวมทั้งเพื่อให้ญาติและผู้ป่วย เกิดขวัญ กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป ผลการดำเนินกิจกรรมภายในระยะเวลา 2 เดือน พบว่า คณะกรรมการ “ชมรมบ้านสุขใจ” และอสม. มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชไปแล้ว จำนวน 15 ราย ซึ่งยังไม่ครอบคลุมจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด เนื่องจากอยู่ในช่วงฤดูกาลเก็บเกี่ยว หลังจากว่างจากฤดูกาลเก็บเกี่ยว จะมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชให้ครบทั้ง 64 ราย ส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่ไปเยี่ยมบ้านมาแล้วนั้น พบว่า จำนวน 6 ราย สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน 2 ราย อยู่ในวัยเรียนได้ประสานให้ครูช่วยดูแลต่อ และจำนวน 7 ราย ไม่ได้ประกอบอาชีพ ในจำนวนนี้มี 3 ราย อาการทางจิตกำเริบซ้ำ แนะนำให้ญาติพามาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ในรายที่ผู้ป่วยมีศักยภาพและสามารถ ประกอบอาชีพได้ มีการสร้างพลังใจในการประกอบอาชีพให้กับผู้ป่วยจิตเวชที่สามารถช่วยเหลือดูแลตัวเองได้ ให้ออกไปค้าขายของเล็กน้อยๆในชุมชน เพื่อช่วยลดภาระของญาติในการดูแล เช่น การไปรับจ้างเก็บพริก ในสวนของคนในชุมชน

2. หลุมกลายเคียดแก้งาน

คณะกรรมการ “ชมรมบ้านสุขใจ” และอสม. หมู่ที่ 9 เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ซึ่งได้สนับสนุนให้ ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว รวมไปถึงคนในชุมชนมีการปลูกพืชผักสวนครัวและเลี้ยงสัตว์ในบ้านของตนเอง เพื่อนำมาใช้แปรรูปอาหารในครัวเรือนและมีรายได้เสริมจากการค้าขาย ผลที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวรู้สึกมีคุณค่า เพลิดเพลินกับผลผลิตที่เกิดขึ้นจากฝีมือของตนเองต่อไป

3. การรวมกลุ่มเพื่อจัดตั้งชมรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

มีการจัดตั้งกลุ่มเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในชุมชน ในวันที่ 11 มิถุนายน 2559 โดยใช้ชื่อว่า “ชมรมบ้านสุขใจ” มีสถานที่ทำการอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการทุกคนมีส่วนร่วมสมัครเป็นสมาชิกของ “ชมรมบ้านสุขใจ” และร่วมกันบริจาคเงินสมทบเข้าร่วมเป็นกองทุนเพื่อใช้จ่ายในกิจกรรมของ “ชมรมบ้านสุขใจ” ในวันดังกล่าว รวมกันเป็นจำนวนเงิน 2,400 บาท ซึ่งมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเพีย พระภิกษุสงฆ์ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย ประธานอสม. และผู้ใหญ่บ้านเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาของชมรม ส่วนคณะกรรมการ “ชมรมบ้านสุขใจ” จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และมีอสม.เข้ามา

ส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้นำชุมชน

4. การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

จากการประชุมร่วมกันในวันที่ 10-11 มิถุนายน 2558 ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการได้เสนอให้มีการร่วมกันสำรวจจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชน โดยมอบหมายให้คณะกรรมการ “ชมรมบ้านสุขใจ” และอส. ที่เข้าร่วมกิจกรรมไปดำเนินการสำรวจจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีอยู่ในชุมชน พบว่า จากจำนวนรายชื่อเดิมที่มีอยู่ 32 คน เพิ่มขึ้นเป็น 64 คน โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 11-20 ปี และ 31-40 ปี จำนวนเท่าๆกันคือ 16 คน ซึ่งอยู่ในช่วงวัยเรียนและวัยทำงาน รองลงมาในช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 12 คน ซึ่งอยู่ในช่วงวัยทำงานเช่นกัน และมีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี จำนวน 7 คน อายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี จำนวน 5 คน อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี จำนวน 4 คน อายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี จำนวน 3 คน และอายุอยู่ในช่วง 81 ขึ้นไป จำนวน 1 คน จากข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนดังกล่าว พบว่า ส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยเรียนและวัยทำงานซึ่งเป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและการพัฒนาสังคม หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่างๆในชุมชนตามมาได้ นอกจากนี้ ยังมีการสำรวจข้อมูลในส่วนของการประกอบอาชีพของผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 35 คน ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 20 คนประกอบอาชีพได้ และผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 9 คนอยู่ในวัยเรียน ซึ่งครูได้มีส่วนร่วมในการประเมินและคัดกรองกลุ่มวัยเรียนเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

5. กิจกรรมธรรมะสัญจร

คณะกรรมการ “ชมรมบ้านสุขใจ” และอส. หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 8 เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการนำสมาธิในธรรม ญาติ และผู้ป่วยจิตเวช มาร่วมกันทำกิจกรรมสำคัญทางศาสนาที่วัดประจำหมู่บ้าน ซึ่งกำหนดจัด ทุก 2 สัปดาห์/เดือน พบว่า มีผู้ให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมกันโดยพร้อมเพียง มีการจัดบรรยายทางธรรมะที่วัดมงคลหลวง การถวายสังฆทาน การนั่งสมาธิ และการเข้าร่วมกิจกรรมตามงานบุญประเพณีของท้องถิ่นอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการพัฒนาให้มีกิจกรรมด้านการฟื้นฟูจิตวิญญาณด้านจิตใจให้กับผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้ชื่อ “ผูกข้อต่อแขนเชื่อมสายแนนทางใจ” ซึ่งเป็นการนำด้ายมงคลมาผูกข้อมือให้กับผู้ป่วยจิตเวช และให้คำอวยพรให้ประสบแต่สิ่งดีในชีวิต ตลอดทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชและญาติเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนตามความเหมาะสม เช่น ในเดือนสิงหาคม มีกิจกรรม Bike for mom มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเวชและญาติเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวโดยพร้อมเพียงกัน ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ในส่วนของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ถนัดในการปั่นจักรยาน สมัคเป็นจิตอาสาช่วยดูแลเรื่องสวัสดิการน้ำดื่มให้กับผู้เข้าร่วมการปั่นจักรยานในชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสร้างพลังใจในการประกอบอาชีพให้กับผู้ป่วยจิตเวชที่สามารถช่วยเหลือดูแลตัวเองได้ ให้ออกไปค้าขายของเล็กๆน้อยๆในชุมชน เพื่อช่วยลดภาระของญาติในการดูแล

6. การประกอบอาชีพ เช่น ปลุกผัก รับจ้าง

คณะกรรมการ “ชมรมบ้านสุขใจ” และอส. หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 12 เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยประกอบอาชีพ มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชในรายที่สามารถประกอบอาชีพได้ แต่ยังไม่มียารักษา ให้มีอาชีพพอเลี้ยงตัวเองได้ เช่น การติดต่อโรงเพาะเห็ดในหมู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยไปรับจ้างการให้ผู้ป่วยไปทอดแหหาปลาเพื่อนำมาเป็นอาหารของบุคคลในครอบครัวและมีรายได้เสริมจากการนำไปขาย เป็นต้น

คณะผู้วิจัยได้ประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 55 คน ต่อการดำเนินกิจกรรม ภายหลังการดำเนินกิจกรรม 2 เดือน เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในด้านต่างๆอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ท่านคิดว่าโครงการนี้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของคนในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 94.6 ท่านคิดว่าภายหลังการการจัดโครงการนี้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น ร้อยละ 92.7 และท่านมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ร้อยละ 90.9 และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจน้อยที่สุดต่อการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้นำให้ ท่านมีภาระงานมากขึ้นกว่าเดิม ร้อยละ 81.9

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรม

ความพึงพอใจ	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ท่านยินดีเข้าร่วมโครงการในครั้งนี	49	89.1	6	10.9	-	-
2. โครงการนี้ทำให้ท่านมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	48	87.3	4	7.3	3	5.4
3. การเข้าร่วมโครงการในครั้งนีทำให้ ท่านมีภาระงานมากขึ้นกว่าเดิม	3	5.4	7	12.7	45	81.9
4. ท่านมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	50	90.9	1	1.8	4	7.3
5. ความรู้ที่ท่านได้รับจากโครงการนี้สอดคล้องกับการดำเนินงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	48	87.3	5	9.1	2	3.6
6. ท่านคิดว่าท่านมีส่วนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น	47	85.5	7	12.7	3	5.4
7. ท่านพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ผ่านมา	47	85.5	6	10.9	2	3.6

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรม (ต่อ)

ความพึงพอใจ	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. ท่านคิดว่าภายหลังการ การจัดโครงการนี้คนใน ชุมชนมีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น	51	92.7	4	7.3	-	-
9. ท่านคิดว่าโครงการนี้สามารถ ดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องโดย ความร่วมมือของคนในชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	52	94.6	2	3.6	1	1.8
10. ในภาพรวมแล้วท่านรู้สึก พึงพอใจที่ได้เข้าร่วม โครงการนี้	48	87.3	3	5.4	4	7.3

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนะให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และสิทธิประโยชน์ต่างๆทุกปี มีการติดตามประเมินผลหรือการติดตามเยี่ยม อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี ควรมีการจัดอบรมให้กับความรู้กับผู้ป่วยร่วมด้วย เพื่อให้มีความรู้ นำไปดูแลตนเองได้ และประธานชมรมบ้านสุขใจกล่าวว่า “ดีใจหลายๆ ที่ได้มาร่วมกิจกรรม แต่ก่อนเว้ากับลูก บ่ได้ เว้าแล้วอารมณ์ขึ้นทันที มันบ่ฟังความ ผมก็เครียดหลาย ทั้งดูแลลูก ทั้งดูแลหลานที่ป่วย ไหนจะผู้เฒ่าในบ้านอีก อบรมกลับไปดีขึ้นหลาย พอลูกอารมณ์ขึ้น ผมก็เดินหนี บ่เว้านำเลย รู้จักวิธีรับมือกับเขา เตียวนี้สบายใจแล้ว เมื่อก่อนยังบ่รู้ใจเขา ต่างคนต่างมีอารมณ์” หรือตัวแทนของผู้นำชุมชนได้กล่าวว่า “ดีใจมากๆ ที่ได้มาร่วมกิจกรรม แรกๆยังมองภาพไม่ออกว่าจะทำอะไรได้ มาถึงตอนนี้เห็นแนวทางที่จะช่วยคนป่วยแล้ว ตัวเองเป็นจิตอาสาของสำนักงานแรงงานจังหวัด จะได้ประชุมกันในทีม แล้วเอาเรื่องไปปรึกษาสำนักงานแรงงานจังหวัดเรื่องอาชีพของคนป่วย จะได้ช่วยเพิ่มรายได้” เป็นต้น

ซึ่งการศึกษาระบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กระบวนการ A-I-C เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ประกอบด้วย การศึกษาวิเคราะห์ปัญหาการหาแนวทางแก้ไขปัญหา การวางแผนดำเนินงานแก้ไขปัญหา การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน, อบต. พระสงฆ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนและเป็นแรงสนับสนุนให้ชุมชนมีการดำเนินงานต่อเนื่อง จากผลการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว และชุมชน เห็นความสำคัญของการดูแลเอาใจใส่ในปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง เกิดความร่วมมือในการช่วยกันแก้ไข้ปัญหา และวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของตนเองขึ้นมา โดยอาศัยพลังชุมชนเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการร่วมกันดำเนินงาน นอกจากกิจกรรมดังกล่าวได้กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบหลักแล้ว แต่ละหมู่บ้านยังได้มีการวางแผนจัดกิจกรรมที่เป็นลักษณะเด่นของตนเอง และสิ่งที่

ชุมชนแห่งนี้วางแผนพัฒนากิจกรรมของชุมชนต่อเนื่องคือการจัดให้มีหมอลำกลอนประจำ “ชมรมบ้านสุขใจ” เพื่อเป็นเอกลักษณ์ของชมรมต่อไป โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและศักยภาพที่มีอยู่ของสมาชิกในชมรมที่เกิดขึ้นจากการประชุมระดมความคิดเห็นร่วมกัน ทำให้เกิดการดำเนินงานต่อเนื่องตามมา รวมไปถึงการที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเพียและพระสงฆ์ได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดำเนินงานต่อเนื่อง และมีวัดเป็นศูนย์รวมที่พึงทางจิตใจและการทำกิจกรรมทางด้านศาสนาอย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการเฝ้าระวังการเกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำ มีการประเมินและคัดกรองเข้าสู่ระบบการรักษาได้เร็วขึ้น ตลอดทั้งมีการคัดกรองผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ลดอัตราการเจ็บป่วยซ้ำ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ตามปกติสุขต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กระบวนการ A-I-C ในพื้นที่ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 8 หมู่บ้าน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2558 ถึงเดือนกันยายน 2558 กลุ่มตัวอย่างคือ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน อบต. พระสงฆ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ที่ทำการศึกษา รวมจำนวน 55 คน

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.5 เพศชาย ร้อยละ 45.5 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 34.5 รองลงมาคืออายุ 51-60 ปี ร้อยละ 21.8 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 20.0 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.8 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.1 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.0 มัธยมศึกษาตอนปลาย 18.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 40.0 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 23.6 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 14.5 สถานภาพในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุด ร้อยละ 47.3 รองลงมาเป็นผู้นำชุมชน ร้อยละ 25.5 และอสม. ร้อยละ 20.0 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช น้อยกว่า 1 ปีมากที่สุด ร้อยละ 43.6 รองลงมาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มากกว่า 1-5 ปี ร้อยละ 40.0

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการประชุม เท่ากับ 12.98 หลังการประชุมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 14.22 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชก่อนการประชุม เท่ากับ 17.35 หลังการประชุมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 18.84 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เท่ากับ 19.84 หลังการประชุมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เท่ากับ 21.90 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการในด้านต่างๆอยู่ในระดับพอใจมาก ดังนี้ ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ ร้อยละ 87.3 ความพึงพอใจที่ได้ร่วมพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ร้อยละ 85.5 ความพึงพอใจได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมวางแผนแก้ไขปัญหสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 83.6 และความพึงพอใจที่ได้ร่วมคิดวิธีแก้ไขปัญหสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ร้อยละ 80.0

ผลจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนโดยใช้กระบวนการ A-I-C จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตามแผนการจัดกิจกรรมโครงการชุมชนกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยใช้กระบวนการ A-I-C ของศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ (2542) โดยใช้ระยะเวลา 2 วัน ระหว่างวันที่ 10-11 มิถุนายน 2558 นั้น ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการได้ร่วมกันคิดกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รวมจำนวนทั้งสิ้น 21 กิจกรรม และผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการได้ร่วมกันทบทวนคัดเลือกกิจกรรมที่จะไปดำเนินงานต่อในชุมชนของตนเอง จำนวน 6 กิจกรรม ประกอบด้วย

1. การรวมกลุ่มเพื่อจัดตั้งชมรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
2. การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
3. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช
4. กิจกรรมธรรมมะสัญจร
5. การประกอบอาชีพ เช่น ปลุกผัก รับจ้าง
6. หลุมคลายเครียดแก้จน

และดำเนินการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการไปแล้ว 2 เดือนพบว่า การให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทำให้คนในชุมชนเกิดกระบวนการเรียนรู้ มีความตื่นตัวในการพูดคุยและแสดงความคิดเห็นถึงปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชที่พบในชุมชน มีความเข้าใจในปัญหาและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช และร่วมกันวางแผนหาวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของครอบครัวและชุมชน ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความต่อเนื่อง ครอบครัวและชุมชนเกิดความตระหนักในปัญหาของผู้ป่วย และร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้ต่อไป เมื่อประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการดำเนินกิจกรรมในชุมชน พิจารณาดำเนินการตามรายชื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในด้านต่างๆอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ท่านคิดว่าโครงการนี้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของคนในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 94.6 ท่านคิดว่าภายหลังการการจัดโครงการนี้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น ร้อยละ 92.7 และท่านมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ร้อยละ 90.9

อภิปรายผล

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช ทำให้มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานหรือการเรียนของผู้ป่วย ครอบครัวต้องรับภาระทั้งในเรื่องของการดูแลและการหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวและการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงความต้องการได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น ต้องการความรู้ และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงการมีทีมติดตามเยี่ยมและให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติสุขต่อไป

การวิจัยเรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กระบวนการ A-I-C ในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น มีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย อาการของผู้ป่วยจิตเวช และการดูแลรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ หรือไม่กลับเป็น

ซ้ำใหม่ การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามกำหนดนัด เป็นต้น รวมไปถึงกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น และมีความพร้อมในการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการในด้านต่างๆ ประกอบด้วยความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ความพึงพอใจที่ได้ร่วมพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ความพึงพอใจได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมวางแผนแก้ไขปัญหสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และความพึงพอใจที่ได้ร่วมคิดวิธีแก้ไขปัญหสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอยู่ในระดับพอใจมาก ซึ่งการศึกษาโดยใช้กระบวนการ A+C ในครั้งนี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีความคุ้นเคยและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และการให้กลุ่มตัวอย่างเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทุกขั้นตอน ตั้งแต่การทบทวนอดีต ปัจจุบัน และอนาคตมาค้นหาปัญหา โดยการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหาอย่างมีระบบ การร่วมกันออกแบบวางแผน และการกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เป็นการนำเอาศักยภาพของครอบครัวและชุมชนที่มีอยู่ เข้ามานำบูรณาการเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน ซึ่งสามารถตอบสนองต่อปัญหาและสอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวและชุมชนโดยแท้จริง

ผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ครอบครัวและชุมชนเห็นความสำคัญและมีความความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน และมีการรวมกลุ่มเพื่อจัดตั้งชมรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยใช้ชื่อ “ชมรมบ้านสุขใจ” สถานที่ทำการคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น มีการเลือกตั้งคณะกรรมการเพื่อเข้ามาทำหน้าที่ดูแล ช่วยเหลือ กำกับ ติดตามการดำเนินกิจกรรมของชมรม และมีการจัดตั้งกองทุนเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรมของชมรม ตลอดทั้งมีการจัดทำฐานข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนร่วมกัน ทำให้ทราบจำนวนและการกระจายตัวของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เข้าถึงได้ง่าย และสะดวกในการร่วมกันติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำ และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ตามอัตภาพที่มีอยู่ภายใต้การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพันธ์ศักดิ์ วรอาศฺวติ และคณะ (2540) พบว่า การที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังร่วมกับครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับสูง นอกจากนี้ ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของทรงสุตา ไตรปรกรณ์กุล (2545) และวิไลวรรณ เทียมประชา (2547) พบว่า การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหของชุมชน จะช่วยกระตุ้นให้ชุมชนมีความตื่นตัว เป็นการช่วยเพิ่มอำนาจให้แก่คนในชุมชน โดยชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน แสดงความคิดเห็นร่วมกันถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน มีการวางแผนและการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยใช้การจัดการและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น การประเมินปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นวิธีการที่ชุมชนได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ สามารถเข้าใจ และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนการใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาร่วมแก้ไขปัญหาร่วมกัน นอกจากนี้ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชแล้วยังก่อให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชนตามมา และสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้การที่ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดและดำเนินกิจกรรมร่วมกันย่อมก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และบรรยากาศที่ดีในการทำงานร่วมกัน และปัจจัยเสริมที่ทำให้ครอบครัวและชุมชนมีความพร้อมและมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องคือลักษณะความเป็นสังคมชนบท ที่ยังอยู่บนพื้นฐานของความเมตตา ความเอื้ออาทร และการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน รวมไปถึงการให้ผู้นำชุมชนทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น เนื่องจาก

ผู้นำชุมชนเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ เป็นพลังขับเคลื่อนให้การดำเนินงานกิจกรรมต่างๆในชุมชนสำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยอาศัยความร่วมมือของคนในชุมชน

สรุปได้ว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ในครั้งนี้ จึงเป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ให้การบริการเชิงรุกซึ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง อยู่ร่วมกับครอบครัว สังคม และชุมชนได้อย่างมีความสุข เพื่อลดปัญหาการเจ็บป่วยซ้ำ และเพื่อเป็นการลดการสูญเสียทั้งด้านบุคคล สังคม และเศรษฐกิจของประเทศตามมา ตลอดจนทั้งกิจกรรมหรือโครงการต่างๆที่กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันคิด ร่วมกันดำเนินการ เป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมประเพณีของท้องถิ่น และมีการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทภายในพื้นที่ของตนเอง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี ผลการศึกษาไม่สามารถเป็นตัวแทนของพื้นที่อื่นๆได้ แต่บทเรียนในด้านแนวคิดและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้กระบวนการ A-I-C สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นต่อไปได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ครอบครัวและชุมชนยังต้องการทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในเวลาที่มีผู้ป่วยมีอาการ ดังนั้น จึงควรมีการถ่ายทอดความรู้หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้แก่ครอบครัวและชุมชนให้มากขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป
2. ควรมีการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในพื้นที่อื่นๆ และนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบกับเพื่อนำไปพัฒนาให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณภาพต่อไป
3. ควรมีการขยายรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้มีรูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจน
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวช ควรมีระบบการประสานงาน การส่งต่อ หรือสายด่วนให้ญาติสามารถขอคำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการดูแลหรือปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยหรือความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาความยั่งยืนของโครงการ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่สร้างขึ้นจากชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชน
2. ควรถ่ายทอดความรู้หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้แก่ครอบครัวและชุมชนให้มากขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม
3. ควรมีการประชุมร่วมกับองค์กรอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชให้ครอบคลุมมากขึ้น เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อให้การช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมร่วมกับองค์กรบริหารส่วนตำบล เพื่อกำหนดแนวทางในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมากขึ้น

บรรณานุกรม

- กนกพร แก้วเพียง และคณะ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7, วันที่ 5-7 กันยายน 2544 ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ, 2544.
- กษมา พลตงนอก. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยรูปแบบสถานฟื้นฟูเวลากลางวัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. อาการและการบำบัดโรคจิต โรคประสาท. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สนุกอ่าน, 2545.
- กรมสุขภาพจิต. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ด้านสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
- กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2549. กรุงเทพฯ : โอเดียนสแควร์, 2549.
- กรมสุขภาพจิต. รายงานและสถิติ “การบริการด้านสุขภาพจิต”. [ออนไลน์]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>
- จันทรา ธีระสมบูรณ์. แบบแผนการบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาล. คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สุราษฎร์ธานี, 2543.
- จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และคณะ. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 14(2) : 52-65, 2545.
- จินตนา สุขจันน์. การศึกษาและการพัฒนาชุมชน. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2549.
- จุฑารัตน์ กรวยทอง. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ป่วยในเขตตำบลคู่อำเภอปรังค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ. รายงานการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2552.
- จุฬารัตน์ โสตะ. แนวคิด ทฤษฎี และกลยุทธ์การพัฒนาสุขภาพ. ขอนแก่น : ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.
- ฉวีวรรณ ศรีสุราช. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน : กรณีศึกษาที่โรงพยาบาลบ้านแพ้น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548.
- ชูลีพร ชวงศ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วารสารพยาบาลศาสตร์. 21(2) : 46-58, 2545.
- ณรงค์ ณ เชียงใหม่. การมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. วารสารรัฐสมิเล. 23(2-3) : 1-7; 2545.
- ณัฐกร จำปาทอง. mhGap Intervention Guide สำหรับโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง ฉบับที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2554.
- ณัฐารีย์ อุดมพิสัย. การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในด้านการจัดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2549.
- ทนงค์ศักดิ์ คุ่มไข่น้ำ. หลักการพัฒนาชุมชน. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.

ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาในพื้นที่บริการของโรงเรียนล้อมแรดวิทยา อำเภอลำปาง. วิทยานิพนธ์การบริหารการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.

ทรงสุตา ไตรปรกรณ์กุล. กระบวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุภาพชุมชน วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.

ธนู ชาตธนานนท์. สถานการณ์ปัจจุบันของปัญหาสุภาพในสังคมไทย. เอกสารในการสัมมนา

การส่งเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ประจำปี พ.ศ. 2539. เชียงใหม่, 2539.

ธีระ สีสานันทกิจ และคณะ. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคจิต. กรุงเทพฯ : พี.แอล.ฮั่ว, 2539.

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 6.

ขอนแก่น : คลังนาวิทยา, 2543.

นัยนา ดวงศรี. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน : กรณีศึกษา

เทศบาลตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอกำแพงแก้ว จังหวัดยโสธร วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภะ, 2550.

นิตย ทัศนนิม. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ แนวคิดและกลวิธี. ขอนแก่น : ภาควิชาการพยาบาล

สาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.

นพรัตน์ ไชยขำนิ. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

ประพันธ์ สร้อยเพชร. (2547). การมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

ศูนย์โรงเรียนตำบลแช่ช้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชา

การวิจัยและสถิติทางการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.

ประไพรว บัวคอม. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสร้างคอม

จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.

ประเวศ ะสี. “การรวมพลังสร้างสรรค์ขององค์การ AIC” ในเอกสารสัมมนาเชิงปฏิบัติการผู้ได้รับผิดชอบงาน

ด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากรของสสจ.และวิทยาลัยในสังกัด สปข. วันที่ 24 – 27 มีนาคม 2540 ณ โรงแรมริเจนซี

หาดใหญ่ สงขลา. หน้า 90. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2540.

ประเวศ ะสี และไพฑูริย์ วัฒนศิริธรรม. “แนวทางใหม่แห่งความร่วมมือในการพัฒนา”. ในเอกสารประชุมปฏิบัติการ

เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานตามโครงการพัฒนา

ทรัพยากรมนุษย์ภาคตะวันออก วันที่ 3-7 มิถุนายน 2539 โรงแรมสุพรรณิการ์. หน้า 130-149. กรุงเทพฯ, 2539.

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุน

สนับสนุนการวิจัย, 2543.

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์, 2548.

ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ. รายงานผลการวิจัยเรื่องการพัฒนาบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ในศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี :

- โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2546.
- ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.
- พันธ์ศักดิ์ วรอาศวกปติ. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. อุบลราชธานี : ศิริธรรมออฟเซต, 2543.
- พรทิพย์ เกษุรานนท์. รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2539-2549). วิทยานิพนธ์ดุขิปบัณฑิต. (การพยาบาลสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
- พรทิพย์ วชิรติลล. ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช. รายงานการศึกษาคิอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2549.
- พูนศรี รังสิขจิ และคณะ. จิตเวชศาสตร์ : สำหรับนักศึกษาแพทย. ขอนแก่น : คลังนานา, 2547.
- ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร. จิตเวชศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.
- ภัณทิลา อธิรัตน์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับพยาบาลวิชาชีพ. ขอนแก่น : [ม.ป.พ.], 2545.
- มานิช หล่อตระกูล. จิตเวชศาสตร์รามานิต. กรุงเทพฯ : ขวนพิมพ์, 2539.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิขย์. จิตเวชศาสตร์ รามานิต. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สวิขานุกรพิมพ์, 2542.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิขย์. บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามานิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. (เรียบเรียงใหม่) กรุงเทพฯ : บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2548.
- เมตต์ เมตต์การุณจิต. การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม : ประชาชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและราชการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บุคพอยท์, 2553.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน. สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 9(3) : 113-127, 2544.
- ยาใจ สิทธิมงคล. ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช : แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13(2) : 1-9; กรกฎาคม-ธันวาคม, 2542.
- ยุวดี โกมาสเถิตย์. การนำกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ไปใช้เพื่อป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในชุมชน จังหวัดเลย. รายงานการศึกษาคิอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.
- รัชนิกร อุปเสน. การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.
- ลือชา วรรัตน์. AIC กับอบต. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : โครงการตำรา สำนักงานวิชาการ กรมอนามัย, 2542.
- เลิศฤทธิ์ ปัญชาการ. ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.

- วันชัย วัฒนศัพท์. ระบบทวิภาคีกับการแก้ปัญหาแรงงานในรัฐวิสาหกิจศูนย์สันติวิธีและธรรมาภิบาล สถาบันพระปกเกล้า. กองรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน; 2545.
- วาสนา ปานตอก. กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. รายงานการศึกษาระบบการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- วิมาลา เจริญชัย. พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- วิไลวรรณ เทียมประชา. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเชิงรุกแก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านห้วย อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.
- เวทีนิ สุขมาก. ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 46(2) : 107-116, 2543.
- วรกษ นิธิกุล. การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- ศิริพร จิรวัดนกุล. ชุมชนกับการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจิตเวช : เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ประจำปี ครั้งที่ 12. สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย นนทบุรี, 2538.
- ศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ. คู่มือการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2542.
- ศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ. ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2542.
- ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และคณะ. การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน. ขอนแก่น : พระธรรมขันธ์, 2544.
- ศรีสุดา รัศมีพงศ์. บทบาทของพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 8(1) : 50-55, 2537.
- สงวนศรี แต่งบุญงาม. การศึกษาภาวะทางสังคมของครอบครัวที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิต : ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.
- สถิต วงศ์สุระประกิจ. ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- สัณญา เคนาภูมิ. ความสำเร็จของวิสาหกิจชุมชนใน 4 จังหวัดชายแดนลุ่มน้ำโขง. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2551.
- สุชาติ พหลภาคย์. โรคจิตเภท. จิตเวชศาสตร์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : คลังนาโนวิทยา, 2547.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : ปอง, 2527
- สุวิมล สมัตถะ. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านถึงความสามารถในการดำเนินงานชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

- สนธยา พลศรี. เครือข่ายของการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2550.
- สมทรง รัชษ์เฝ้า และสรงศ์ภรณ์ ดวงคำศักดิ์. กระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
กรณี : การพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคในชุมชน. โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2540.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.
- สมรัก ชวนิชวงศ์. การทำความเข้าใจกับโรคจิตเวช. นนทบุรี : โรงพยาบาลศิริราชธัญญา สมาคมสายใยครอบครัว, 2552 ก.
- สมศรี เชื้อหิรัญ. คู่มือปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้น การพยาบาลจิตเวชเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 4).
กรุงเทพฯ : อักษรไทย, 2532
- อคิน รพีพัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข, 2547.
- อดิศร วงศ์คงเดช. การพัฒนาสาธารณสุขชุมชน : การมีส่วนร่วมและการเตรียมชุมชน. ขอนแก่น : ศูนย์ฝึกอบรม
และพัฒนาก่อนสอนสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น, 2539.
- อภิชัย มงคล, วชิณี หัตถพนม, สุวดี ศรีวิเศษ และสุภาณี กิตติสารพงษ์. รายงานการศึกษาเรื่องการพัฒนา
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร การประเมินผลตามกรอบ Logical Framework. ขอนแก่น :
สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
- อภิญา กังสนารักษ์. รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในองค์กรที่มีประสิทธิภาพระดับคณะของสถาบันอุดมศึกษา.
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่
และครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2545.
- อรพินท์ สฟโชคชัย. คู่มือการจัดการประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้านโดยพลังประชาชน.
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2537.
- อัมพร โอตระกูล. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิทย์พัฒน์ จำกัด, 2540.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.
กรุงเทพฯ : ธรรมสาร จำกัด, 2543.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- David, K. and Newstrom, W. Human Behavior At Work. 8 th edition. New York :Mcgraw – Hill. 1989.
- Deborah L. may. The relationship between self-induced water intoxication and severity of psychiatric
symptoms. Archives of psychiatric nursing 1998; 12(6) : 335 - 343.
- Friedman, M.M. Family Nursing : Theory and assessment. New York : Appleton-Century-Crofts. 1986.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. Comprehensive textbook of psychiatry (6thed.). Baltimore : Williams & Wilkins, 1995.
- Putti. Work values and organizational commitment: A study in the Asian context. Human
Relations. 1987; 4(2) : 275-288.

ภาคผนวก

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- แบบวัดทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช
- แบบวัดความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
- แบบวัดความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
- แบบวัดความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรม
- แผนการจัดกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

.....

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ

☐

ชาย

☐

หญิง

2. อายุ.....ปี

3. การศึกษา

☐

ไม่ได้เรียน

☐

ประถมศึกษา

☐

มัธยมศึกษาตอนต้น

☐

มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐

อนุปริญญา

☐

ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

☐

อื่นๆ ระบุ.....

4. อาชีพ

☐

เกษตรกร

☐

รับจ้าง

☐

ค้าขาย

☐

งานบ้าน/ว่างงาน

☐

รับราชการ

☐

อื่นๆ ระบุ.....

5. สถานภาพในชุมชน

☐

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

☐

ผู้นำชุมชน

☐

อสม.

☐

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

☐

อื่น ระบุ.....

6. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชปี

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ลำดับ ที่	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	ผู้ป่วยจิตเวชทุกคนมีอาการคุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น		
2	ผู้ป่วยจิตเวชควรอยู่ในโรงพยาบาลที่รักษาโรคจิตเท่านั้น		
3	การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ควรเป็นหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยและโรงพยาบาลจิตเวช		
4	โรคจิตเวชหมายถึงโรคที่มีผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและการกระทำที่ผิดไปจากคนทั่วไป		
5	ถ้าทุกคนช่วยกันดูแลผู้ป่วยโรคจิตจะช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น		
6	การดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยเท่านั้น		
7	ถ้าผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้นก็หยุดยาได้		
8	ควรให้ผู้ป่วยจิตเวชอยู่เฉยๆจะได้ไม่เครียด		
9	ทุกคนในชุมชนมีหน้าที่ช่วยกันดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน		
10	การพูดคุยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเวชเป็นการรักษาอย่างหนึ่ง		
11	ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่สามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของท่านได้		
12	ผู้ป่วยจิตเวชไม่ควรกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน เพราะจะก่อความเดือดร้อนรำคาญได้		
13	แกนนำในการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
14	เป็นการยากที่จะสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน		
15	ทุกคนในชุมชนล้วนมีพลังสร้างสรรค์ในตัวทั้งสิ้น		
16	การประชุมร่วมกันของชุมชนทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนได้		
17	ผู้ป่วยจิตเวชสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนได้		
18	การมีเมตตา ปรารถนาดี รับรู้ เข้าใจ ใส่ใจต่อสิ่งที่อยู่รอบตัว ช่วยให้การมีส่วนร่วมดีขึ้น		
19	การมีความมุ่งมั่น ผูกพัน และรับผิดชอบที่จะปฏิบัติภารกิจ จะช่วยให้การมีส่วนร่วมในชุมชนประสบความสำเร็จ		
20	ทุกหน่วยงานในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน		

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

คำถาม	ระดับความคิดเห็น			
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ท่านรู้สึกอับอายที่มีผู้ป่วยจิตเวชอาศัยอยู่ในบ้านของท่าน				
2. ท่านยินดีที่จะรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช				
3. ท่านคิดว่าไม่มีประโยชน์อะไรที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยจิตเวช				
4. ท่านเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเวชยังเป็นบุคคลที่มีความสามารถ				
5. ท่านคิดว่าผู้ป่วยจิตเวชสามารถเข้าร่วมงานบุญหรืองานสังสรรค์ได้บ้าง				
6. ท่านจะพยายามหลบหนีหากผู้ป่วยจิตเวชเดินเข้ามาพูดคุยกับท่าน				

ส่วนที่ 4 แบบวัดความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

คำถาม	ระดับความคิดเห็น		
	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่	ใช่
1. ท่านสามารถทักทายและแสดงความห่วงใยต่อผู้ป่วยจิตเวชได้			
2. ท่านสามารถรับฟังการพูดคุย ระบายปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชได้			
3. ท่านสามารถปล่อยใจให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเวชได้			
4. ท่านสามารถชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวเหมาะสมตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น ผู้ป่วยรับประทานยา หรือผู้ป่วยไม่ใช้สารเสพติด			
5. ท่านสามารถชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือทำงานอื่นๆ ได้			
6. ท่านสามารถให้ความช่วยเหลือด้านอาหารหรือเครื่องใช้ได้			
7. ท่านสามารถร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น งานบุญ งานสังสรรค์			
8. ท่านสามารถช่วยพาผู้ป่วยโรคจิตไปพบแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ			
9. ท่านสามารถพูดคุยให้คนอื่น ๆ เข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยจิตเวช			

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

คำถาม	ระดับความพึงพอใจ			
	ไม่พอใจ	เฉยๆ	พอใจ	พอใจ มาก
1. ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้				
2. ความพึงพอใจที่ได้ร่วมพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน				
3. ความพึงพอใจที่ได้ร่วมคิดวิธีแก้ไขปัญหสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน				
4. ความพึงพอใจได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน				
5. ความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมวางแผนแก้ไขปัญหสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน				

ส่วนที่ 6 แบบวัดความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรม
(การติดตามประเมินผลภายหลังดำเนินกิจกรรม 2 เดือน)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

คำถาม	ระดับความพึงพอใจ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พอใจ
1. ท่านยินดีเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้				
2. โครงการนี้ทำให้ท่านมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน				
3. การเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ทำให้ท่านมีภาระงานมากขึ้นกว่าเดิม				
4. ท่านมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน				
5. ความรู้ที่ท่านได้รับจากโครงการนี้สอดคล้องกับการดำเนินงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน				
6. ท่านคิดว่าท่านมีส่วนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น				
7. ท่านพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ผ่านมา				
8. ท่านคิดว่าภายหลังการการจัดโครงการนี้ คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น				
9. ท่านคิดว่าโครงการนี้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของคนในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
10. ในภาพรวมแล้วท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมโครงการนี้				

ข้อเสนอแนะ.....
.....
.....

แผนการจัดกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ
กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

กิจกรรมที่ 1 การล่าลายเซ็น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน
2. เพื่อให้สมาชิกเกิดความสนุกสนาน
3. เพื่อเตรียมความพร้อมในการร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ

การกระตุ้นให้สมาชิกได้ค้นหาความดีของคนอื่น จะเป็นการสร้างความรู้สึที่ดีต่อกัน ซึ่งจะนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ดี มีความพร้อมในการทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข

เวลา 30 นาที

ขนาดกลุ่ม 20 -25 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรกล่าวนำสู่กิจกรรม
2. วิทยากรแจกใบกิจกรรมและดินสอให้แก่สมาชิกทุกคน
3. วิทยากรชี้แจงใบกิจกรรม และให้สมาชิกขอลายเซ็นของเพื่อนสมาชิกในกลุ่มตามลักษณะในใบกิจกรรม ซึ่งแต่ละข้ออาจเซ็นได้หลายคน และหนึ่งคนเซ็นได้หลายข้อพยายามให้ได้ลายเซ็นให้ครบทุกข้อ (เวลา 10 นาที) หมดเวลาให้ทุกคนหยุด
4. วิทยากรสำรวจว่าใครสามารถหาลายเซ็นได้ครบทุกข้อ หรือใครได้มากที่สุด
5. วิทยากรสัมภาษณ์คนที่หาลายเซ็นได้มากที่สุดว่ารู้ได้อย่างไร ว่าคนที่คุณเลือก มีลักษณะตรงตามใบกิจกรรม และคิดว่าคนอื่นๆเขามองเห็นเหมือนเรา
6. วิทยากรสุ่มถามสมาชิก 3-4 คน ถึงสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมนี้
7. วิทยากรสรุปเพิ่มเติมตามใบความรู้
8. วิทยากรเสนอแนะให้สมาชิกนำไปกิจกรรมมาจัดบอร์ด

สื่อการจัดกิจกรรม

1. ดินสอ/ปากกา
2. ใบกิจกรรม
3. ใบความรู้

ใบความรู้ การล่าลายเซ็น

การสร้างความสัมพันธ์หรือการสร้างสัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งของมนุษย์ที่จะต้องอยู่ร่วมกันในสังคม การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น จะช่วยตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ความปลอดภัย ความอบอุ่น การได้รับความช่วยเหลือ การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การได้รับการยอมรับจากกลุ่มและการที่จะได้รับการยอมรับหรือเป็นที่รักของคนอื่น บุคคลนั้นจะต้องรู้จักมองเห็นส่วนดีของคนอื่น ชื่นชมและยกย่องคนอื่นได้ นอกเหนือจากการหักทลายกันทั่วไป ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ทำให้สัมพันธภาพนั้นยั่งยืน

ใบกิจกรรม การล่าลายเซ็น

คำชี้แจง ให้สมาชิกแต่ละคนไปขอลายเซ็นของเพื่อนสมาชิก ตามลักษณะที่กำหนดไว้ข้างใต้
แต่ละคนอาจมีหลายลักษณะ และหนึ่งลักษณะอาจมีหลายคนได้ ขอให้ทุกท่าน
พยายามหาลายเซ็นให้ได้ครบทุกข้อ (เวลา 10 นาที)

1. นำเคารพที่สุด.....
2. ยิ้มเก่งที่สุด.....
3. ร่าเริงที่สุด.....
4. พุดเก่งที่สุด.....
5. พุดเพราะที่สุด.....
6. มนุษย์สัมพันธ์ดีที่สุด.....
7. ใจดีที่สุด.....
8. ซื่อสัตย์ที่สุด.....
9. น่ารักที่สุด.....
10. มีน้ำใจที่สุด.....
11. ร้องเพลงเก่งที่สุด.....
12. รับผิดชอบที่สุด.....
13. เรียบร้อยที่สุด.....
14. ชอบช่วยเหลือเพื่อนบ้านมากที่สุด.....
15. เสียงดังที่สุด.....
16. ตลกที่สุด.....
17. รักเพื่อนบ้านที่สุด.....
18. มีความยุติธรรมที่สุด.....
19. ใจเย็นที่สุด.....
20. ชอบให้คำปรึกษาแก่เพื่อนบ้านที่สุด.....

กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนบัตรคำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกรู้จักและเข้าใจตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงความแตกต่างของบุคคล

สาระสำคัญ

การรู้จักและเข้าใจตนเองช่วยให้บุคคลเห็นจุดดีและจุดบกพร่องของตนเอง ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาตนเอง ในขณะที่เดียวกันการที่บุคคลได้รู้จักและเข้าใจผู้อื่นก็จะสามารถนำไปสู่การยอมรับผู้อื่นและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

เวลา 30 นาที

ขนาดกลุ่ม 20 -25 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรกล่าวนำสู่กิจกรรมและให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม
2. วิทยากรชี้แจงการทำกิจกรรม แล้วแจกบัตรคำให้สมาชิกคนละ 1 ชุด ขณะที่แจกวิทยากรคว่ำบัตร เพื่อปิดข้อความไว้ก่อน (ใบชี้แจง)
3. วิทยากรให้สัญญาณแก่สมาชิกทุกคนประมาณ 30 วินาที เพื่อดูบัตรคำที่ทุกคนได้รับอย่างพร้อมเพียงกัน โดยมีให้คนอื่นได้เห็นข้อความในบัตรคำของตนเอง
4. ให้สมาชิกนำบัตรคำที่ตนเองได้ ไปแลกกับคนอื่นๆ ที่ละบัตร ขณะที่แลกให้คว่ำบัตรคำ และเพื่อนที่ถูกเพื่อนขอแลกจะต้องยินยอมให้แลก เมื่อแลกแล้วยังไม่พอใจก็ให้แลกกับคนอื่นๆ ต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าเวลาจะหมด โดยให้เวลา 3 นาที
5. สุ่มถามสมาชิกประมาณ 4-5 คน และอภิปรายในประเด็นต่อไปนี้
6. บัตรคำที่ท่านได้รับแจกจากวิทยากร มีข้อความอย่างไรและท่านรู้สึกอย่างไร
7. ท่านนำบัตรคำที่มีข้อความอะไรไปแลกกับเพื่อน และเพราะอะไรจึงใช้บัตรคำนั้นไปแลก ท่านคิดและรู้สึกอย่างไรกับเพื่อนที่ท่านแลก
8. ท่านได้รับบัตรคำอะไรที่เพื่อนเปลี่ยนให้ และท่านรู้สึกอย่างไร
9. วิทยากรถามสมาชิกคนอื่นๆ อีก ในการทำกิจกรรมนี้ ท่านได้ข้อคิดอะไรบ้าง
10. วิทยากรสรุปใบความรู้

ใบชี้แจง การแลกบัตรคำ

บัตรคำ 1 ชุด มี 2 ใบ ประกอบด้วยบัตรคำที่มีข้อบกพร่องที่มีความหมายในแง่บวก 1 ใบ และบัตรคำที่มีความหมายในแง่ลบ 1 ใบ ดังนั้น สมาชิกแต่ละคนจะได้รับบัตรคำ 1 ชุด ที่มีความหมายในแง่บวก 1 ใบ และในแง่ลบ 1 ใบ ซึ่งขณะที่วิทยากรชี้แจงและแจกบัตรคำ ไม่ต้องบอกสมาชิกว่าบัตรคำนั้นมีข้อความอะไร

ข้อความที่ใช้ในบัตรคำ

1. ข้อความที่มีความหมายในแง่บวก ได้แก่

ใจดี	ใจเย็น	ยิ้มแย้ม	น่ารัก	มีเสน่ห์
สุขุม	รอบคอบ	เอื้อเฟื้อ	รักเพื่อน	ใจบุญ
มีเหตุผล	ร่าเริง	มีเมตตา	อารมณ์ดี	ซื่อสัตย์
เข้มแข็ง	โอบอ้อม	คุยสนุก	เป็นมิตร	กล้าหาญ
มั่นใจในตนเอง	ชอบช่วยเหลือ	สวย/หล่อ	พูดเพราะ	ขยัน
ประหยัด	อดทน	ฉลาด	สุขภาพ	เรียบร้อย

2. ข้อความที่มีความหมายในแง่ลบ ได้แก่

ดุด่า	ใจร้อน	เจ้าอารมณ์	ชอบนินทา	ชอบโกหก
อิจฉา	ชอบใช้อำนาจ	ชอบข่มขู่	หน้าบึ้ง	หงุดหงิดง่าย
บ่นเก่ง	พูดมาก	ชอบโอ้อวด	จู้จี้	จู้จี้จ้าน
รังแกคนอื่น	ใจน้อย	อ่อนแอ	โลภ	ท้อแท้
หยิ่ง	น่าเบื่อหน่าย	ฟุ้งเฟ้อ	เอาแต่ใจ	เกียจคร้าน
หยาบคาย	หวาดกลัว	ขี้เหร่		

หมายเหตุ

1. บัตรคำมีขนาด 3' x 2'

2. หากมีบัตรสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มจำนวนมาก วิทยากรหาข้อความมาเพิ่มเติมได้หรือใช้คำซ้ำกัน

ใบความรู้ การแลกเปลี่ยนคำ

การที่บุคคลจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข นอกจากจะต้องเริ่มจากการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันแล้ว บุคคลควรจะต้องรู้จักและเข้าใจตนเองและผู้อื่น ซึ่งแต่ละคนจะมีทั้งส่วนที่ดีและส่วนที่บกพร่องในตนเองทั้งสิ้น แต่บุคคลมักมองข้ามความบกพร่องของตนเอง ในขณะที่เดียวกันบุคคลพยายามจะเลือกสิ่งที่ดีๆให้กับตนเอง อยากให้คนอื่นมองตนเองว่าเป็นคนดี คนเก่ง โดยลืมไปว่าคนอื่นๆก็มีความต้องการเช่นเดียวกับเรา และอยากเลือกสิ่งดีๆให้กับตนเองเช่นกัน ดังนั้น ในขณะที่เราพยายามมองหาสิ่งที่ดีให้กับตนเอง ก็ควรจะค้นหาสิ่งที่ดีของคนอื่นและชื่นชมเขา จะทำให้เขาเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า รวมทั้งให้กำลังใจเขาในการแก้ไขจุดบกพร่อง ในขณะเดียวกันก็ปรับปรุงและพัฒนาตนเอง ซึ่งจะนำความผาสุกมาสู่สังคมส่วนรวม

กิจกรรมที่ 3 ส่งใจส่งยิ้ม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกตระหนักรู้ถึงศักยภาพ ความเป็นคุณค่าในตนเอง และเพื่อนสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกเกิดความภูมิใจในตนเอง

สาระสำคัญ

ความภูมิใจเป็นความรู้สึกที่ดี ที่แต่ละบุคคลมีต่อตนเอง เป็นการรับรู้ในภาพรวมเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง เห็นการมีภาพพจน์ต่อตนเองว่าเป็นคนมีคุณค่า การรับรู้นี้จะนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคง และความสุขใจ

เวลา 30 นาที

ขนาดกลุ่ม 20 -25 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรกล่าวนำสู่กิจกรรม
2. วิทยากรแจกกระดาษสีที่ตัดเป็นรูปหัวใจ ให้สมาชิกทุกคน คนละ 1 แผ่น พร้อมดินสอหรือปากกาคนละด้าม ให้ทุกคนเขียนชื่อ-นามสกุลของตนเอง พร้อมทั้งเขียนสิ่งที่มีความภาคภูมิใจของตนเองสัก 2 อย่าง (ใบชี้แจง) แล้วส่งให้วิทยากร
3. วิทยากรรวบรวมแล้วแจกคืนให้สมาชิกทุกคน โดยสลับกระดาษกันไม่ให้คืนแก่เจ้าของกระดาษ
4. สมาชิกทุกคนได้รับกระดาษรูปหัวใจของเพื่อนคนอื่นแล้ว ให้เขียนสิ่งที่มีความประทับใจหรือคุณลักษณะพิเศษในทางที่ดี อย่างน้อย 1 ข้อของเพื่อนที่เป็นเจ้าของหัวใจที่เราได้รับ แล้วนำรูปหัวใจนั้นไปมอบให้เพื่อนที่เป็นเจ้าของหัวใจ สมาชิกทุกคนจะได้รับหัวใจของตนเองกลับคืน
5. วิทยากรสุ่มถามสมาชิก 4-5 คน อภิปรายในประเด็นต่อไปนี้
 - 5.1 เขียนข้อความที่เป็นความภาคภูมิใจของตนเองว่าอย่างไรบ้าง เพราะอะไร จึงภาคภูมิใจเรื่องนี้
 - 5.2 คุณลักษณะพิเศษหรือความประทับใจให้เพื่อนทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร
 - 5.3 การเขียนคุณลักษณะพิเศษหรือความประทับใจให้เพื่อน ทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร
6. วิทยากรอาจถามความคิดเห็นของสมาชิกคนอื่นๆ เพิ่มเติม และสรุปตามใบความรู้
7. เสนอแนะให้สมาชิคนำรูปหัวใจไปจัดบอร์ด

อุปกรณ์

1. กระดาษสีตัดเป็นรูปหัวใจ
2. ดินสอหรือปากกา

ใบชี้แจง

แจกกระดาษสีที่ตัดเป็นรูปหัวใจแก่สมาชิกทุกคน คนละ 1 ใบ ให้สมาชิกเขียน
ชื่อ.....นามสกุล.....และความภาคภูมิใจในตนเองสัก 2 อย่าง
ดังตัวอย่าง

ชื่อ นางสาว ก นามสกุล ข

<u>ความภูมิใจในตนเอง</u>	<u>คุณลักษณะพิเศษ (เพื่อนเขียน)</u>
ฉันเป็นคนขยัน	<u>หรือความประทับใจ</u>
ฉันเป็นคนรักเพื่อน	1.....
	2.....
	3.....

ใบความรู้ ส่งใจส่งยิ้ม

คนทุกคนล้วนแล้วมีสิ่งที่ติดอยู่ในตัวไม่มากนักน้อย ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่ภาคภูมิใจในตนเอง คนที่ภาคภูมิใจในตนเองจะเป็นคนที่สามารถให้ความรัก เอื้ออาทรกับบุคคลอื่นได้ คนที่ไม่มีภาคภูมิใจในตนเอง ถึงแม้ว่าจะอยู่ในสภาพครอบครัวที่มีความพร้อมด้านเศรษฐกิจ ก็อาจมีปัญหการปรับตัวอยู่ร่วมกับคนอื่นได้ยาก คนที่มีภาคภูมิใจในตนเองจะเป็นคนที่มีความเข้มแข็ง มีความมั่นใจในตนเอง เป็นที่พึ่งให้ผู้อื่นได้ กล่าวที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเช่นกัน

กิจกรรมที่ 4

ผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนของเรา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้ร่วมกันสำรวจปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน
2. เพื่อให้สมาชิกรับทราบปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตและครอบครัว

สาระสำคัญ

การสำรวจสภาพปัญหาเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตและครอบครัว จะช่วยให้สมาชิกทุกคนได้ช่วยกันมองปัญหาได้กว้างขึ้น และละเอียดมากขึ้น ได้รับทราบร่วมกันว่า การเจ็บป่วยทางจิตมิใช่เป็นปัญหาเฉพาะของครอบครัว แต่มีผลกระทบต่อชุมชนด้วย

เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ขนาดกลุ่ม 20-25 คน

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

กลุ่ม	ขั้นตอน	เวลา	อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่	1. วิทยากรกล่าวนำเข้าสู่กิจกรรม	5 นาที	ใบกิจกรรมที่ 1
	2. วิทยากรแจกกระดาษขนาด A4 ให้สมาชิกทุกคน คนละ 1 แผ่นวาดภาพสภาพของผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนปัจจุบัน โดยที่เป็นภาพจากมุมมองของตนเองเป็นความคิดที่มาจากส่วนตัว	10 นาที	กระดาษ A4 ดินสอ/สี
กลุ่ม 4-5 คน	3. เมื่อทุกคนวาดภาพเสร็จแล้ว ให้แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มละ 4-5 คน ภายในกลุ่มเล็ก ให้สมาชิกแต่ละคนอธิบายสภาพของผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนที่ตนเองวาดให้เพื่อนฟัง เพื่อเป็นการสื่อความคิดของตนเองให้กลุ่มได้รับทราบ ในขณะที่เพื่อนอธิบายภาพของตน ขอให้สมาชิกคนอื่นๆ ฟังโดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ แต่ซักถามรายละเอียดได้	15 นาที	กระดาษ Chart ปากกาเคมี

ใบกิจกรรม
ผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนของเรา

คำชี้แจง

ขอให้ท่านวาดภาพสภาพผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนของท่านในปัจจุบันนี้ โดยที่เป็นภาพมาจาก
ความเข้าใจของตนเอง เป็นความคิดที่มาจากส่วนตัว

ภาพผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

คำอธิบาย.....
.....
.....
.....
.....

ใบความรู้ ผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนของเรา

โรคจิต คือ โรคที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ ความคิด และการแสดงออกอย่างรุนแรง เช่น พูดคนเดียว แต่งตัวสกปรก ก้าวร้าว หวาดระแวง หูแว่ว (ได้ยินเสียงคนพูดทั้งๆที่ไม่มีคนพูด) ภาพหลอน (เห็นภาพทั้งๆที่ไม่มี) ชอบอยู่คนเดียว โดยผู้ป่วยมักจะไม่นับว่าตนเองป่วย ญาติบางคนมักจะคิดว่าผู้ป่วยถูกผีเข้า ถูกกระทำทางไสยศาสตร์ สาเหตุ

1. ความผิดปกติด้านจิตใจ เช่น ได้รับความกดดัน บีบคั้นทางจิตใจ เผชิญความสูญเสีย ผิดหวัง หรือเครียดเป็นเวลานาน รวมทั้งคนที่มีบุคลิกภาพผิดปกติด้วย
2. ความผิดปกติทางสมอง เช่น สมองได้รับความกระทบกระเทือน ได้รับพิษจากการเสพติด เช่น เหล้า กัญชา ยาบ้า
3. การเจ็บป่วยบางโรค เช่น เบาหวาน คอพอกเป็นพิษ

อาการ

อาการของโรคจิตพบได้หลายอย่าง ดังนี้

1. คลุ้มคลั่ง เอะอะอาละวาด ยึด พูดคนเดียว ซึมเฉย ไม่พูดกับใคร แยกตนเอง แต่งกายสกปรก ไม่สนใจดูแลตนเอง
2. ประสาทหลอน หูแว่ว ได้กลิ่นแปลกๆ ทั้งๆ ที่ไม่มีกลิ่น หลงผิด คิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ หรือคิดว่ามีคนปองร้าย
3. ไม่รู้ว่าตนเองผิดปกติหรือเจ็บป่วย

การรักษา

1. รักษาด้วยยา มีทั้งชนิดกินและฉีด
2. การพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจ โดยทีมผู้รักษามักจะพูดคุยกับผู้ป่วย สะท้อนให้ผู้ป่วยรู้จักตนเอง พูดคุยถึงแนวทางการแก้ไขปัญหา รวมถึงการปรับตัวของผู้ป่วย
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและสังคม เช่น การเข้ากลุ่มทำกิจกรรมกับเพื่อนๆ การเข้ากลุ่มสร้างสรรค์

ผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

ยารักษาโรคจิตไม่ได้ออกฤทธิ์ทันทีเหมือนยาแก้ปวด อาจจะใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนกว่าจะเห็นผล ซึ่งภายหลังกินยาหรือฉีดยารักษาโรคจิตแล้ว ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ ปากแห้ง คอแห้ง มีอัสมัน น้ำลายยืด คอบิด ตาค้าง อาการเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่มีอันตราย แต่ถ้ามีอาการมากควรปรึกษาแพทย์ สิ่งที่จะกระตุ้นให้อาการกำเริบ ได้แก่

1. ได้รับความกดดันทางจิตใจและสังคม เช่น ผิดหวัง มีปัญหาในครอบครัว หรือการงานซ้ำเติม ถูกทอดทิ้ง ถูกตำหนิ ถูกรังเกียจ และถูกควบคุมมากเกินไป
2. กินยาหรือฉีดยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่สม่ำเสมอ
3. ใช้สารเสพติด เช่น การดื่มสุรา เสพกัญชา กินยาบ้า ฯลฯ
4. การอดนอน การเจ็บป่วยทางกาย

กิจกรรมที่ 5

ความมุ่งมั่นของเราสำหรับผู้ป่วยโรคจิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจความมุ่งมั่นของตน ที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน
2. เพื่อให้สมาชิกได้รับความมุ่งมั่นของสมาชิกคนอื่น ที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน
3. เพื่อให้สมาชิกได้ร่วมกันคิดถึงความมุ่งมั่นที่เป็นจริงได้ ต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

สาระสำคัญ

การเปิดโอกาสให้สมาชิกได้สร้างจินตนาการเกี่ยวกับความมุ่งมั่นของตน ที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน ช่วยให้สมาชิกเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญในการช่วยเหลือหรือแก้ไข ปัญหาที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ขนาดกลุ่ม 20-25 คน

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

กลุ่ม	ขั้นตอน	เวลา	อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่	1. วิทยากรกล่าวนำเข้าสู่กิจกรรม โดยสรุปย่อถึงสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมเรื่องผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนของเรา	5 นาที	กระดาษ A4 ดินสอ/สี
	2. วิทยากรแจกกระดาษขนาด A4 ให้สมาชิกทุกคน คนละ 1 แผ่น วาดภาพความมุ่งมั่นของสมาชิกที่อยากเห็นผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนมีสภาพที่ดีขึ้น โดยที่เป็นภาพจากมุมมองของตนเอง เป็นความคิดที่มาจากส่วนตัว	10 นาที	
กลุ่ม 4-5 คน	3. เมื่อทุกคนวาดภาพเสร็จแล้ว ให้แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มละ 4-5 คน ภายในกลุ่มเล็กให้สมาชิกอธิบายภาพ "ความมุ่งมั่นของตนสำหรับผู้ป่วยโรคจิต" ที่ตนเองวาดให้เพื่อนฟัง เพื่อเป็นการสื่อความคิดของตนเองให้กลุ่มได้รับทราบ ในขณะที่เพื่อนอธิบายภาพของตน ขอให้สมาชิกคนอื่นๆ	15 นาที	

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม (ต่อ)

กลุ่ม	ขั้นตอน	เวลา	อุปกรณ์
กลุ่ม 4-5 คน	ฟัง โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ แต่ซักถามรายละเอียดได้	15 นาที	กระดาษ Chart ปากกาเคมี
กลุ่มใหญ่	4. หลังจากทุกคนอธิบายภาพตนเองเสร็จแล้ว ให้ช่วยกันรวมภาพของทุกคนให้เป็นภาพของกลุ่ม (ช่วยกันวาดใหม่) โดยจะต้องมีภาพส่วนที่เป็นภาพของแต่ละคนประกอบกันอยู่ในภาพของกลุ่ม ซึ่งจะนำไปสู่การยอมรับและมีความหวังที่ร่วมกัน ใกล้เคียงกันของผู้เข้าร่วมประชุม จากนั้นให้เลือกผู้แทนกลุ่ม	15 นาที	
กลุ่มใหญ่	5. ผู้แทนกลุ่มนำเสนอผลงาน (ภาพรวม) ของกลุ่ม	30 นาที	กระดาษ Chart ปากกาเคมี
	6. วิทยากรนำกลุ่มอภิปรายภาพจากการนำเสนอของแต่ละกลุ่ม ในประเด็นเหล่านี้		
	6.1 จากภาพและการนำเสนอของแต่ละกลุ่มนั้น มีเรื่องใดบ้างที่เหมือนกัน และเรื่องใดบ้างที่แตกต่างกัน		
	6.2 หากสาสมัควาดภาพความมุ่งหวังรวมจากทุกกลุ่มเป็นภาพเดียว (ไม่ต้องเน้นความสวยงามของภาพ)		
	6.3 วิทยากรให้สมาชิกอภิปรายต่อว่า จากภาพความมุ่งหวังรวม ความมุ่งหวังใดที่พวกเราควรจะทำให้บรรลุก่อนได้บ้าง (ลำดับความสำคัญ)		
	6.4 วิทยากรให้สมาชิก 1-2 คนทำกรสรูป ประเด็นสำคัญเรื่องความมุ่งหวังของพวกเราสำหรับผู้ป่วยโรคจิต		

ใบกิจกรรม
ความมุ่งหวังของเราสำหรับผู้ป่วยโรคจิต

คำชี้แจง

ขอให้ท่านวาดภาพความมุ่งหวังของท่านที่อยากเห็นผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนมีสภาพที่ดีขึ้น โดยที่เป็นภาพมาจากความเข้าใจของตนเอง เป็นความคิดที่มาจากส่วนตัว

ฉันอยากเห็นผู้ป่วยโรคจิต

คำอธิบาย.....
.....
.....
.....

ใบความรู้ ความมุ่งหวังของเราสำหรับผู้ป่วยโรคจิต

- เมื่อพบผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตควรแนะนำญาติให้พาไปรักษาโดยเร็ว
- เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้ว ควรปฏิบัติดังนี้ต่อผู้ป่วย
 1. ดูแลให้กินยาตามกำหนดอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรให้ผู้ป่วยเพิ่มยา ลดยา หรือหยุดยาด้วยตนเอง กรณีผู้ป่วยไม่ยอมกินยา แล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์
 2. ให้ผู้ป่วยงดใช้สารเสพติดทุกชนิด เช่น เหล้า เบียร์ กล้วยา ผงขาว กระตอม ยาบ้า
 3. ญาติควรกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยทำงานตามลำพัง และความสามารถที่มีอยู่ ไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่ว่างมากเกินไป เพราะจะทำให้เกียจคร้าน ซึ่งเป็นภาระของญาติในการดูแลอย่างมากในอนาคต
 4. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนปกติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน
 5. ไม่พูดจายั่วยู่ให้ผู้ป่วยอารมณ์หงุดหงิด เช่น พูดเสียงดัง ตะคอก ล้อเลียน ตำหนิอย่างรุนแรง และไม่ควรถามย้ำอาการเจ็บป่วยบ่อยเกินไป
 6. ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคมกับคนทั่วไป เพื่อผู้ป่วยจะได้ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ไม่ควรให้ผู้ป่วยแยกตัวหรือเก็บตัว

กิจกรรมที่ 6

ร่วมคิดร่วมช่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้คิดค้นวิธีการที่จะทำให้ความมุ่งมั่นนั้นสำเร็จ
2. เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้การคิดหาวิธีการต่างๆ อย่างมีเหตุผลและเป็นรูปธรรม

สาระสำคัญ

การให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการคิดและกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สมาชิกเกิดความภูมิใจที่มีส่วนร่วม และรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน และทำให้สมาชิกได้ประสบการณ์สำหรับการแก้ไขปัญหาอื่นๆต่อไป

เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ขนาดกลุ่ม 20-25 คน

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

กลุ่ม	ขั้นตอน	เวลา	อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่	1. วิทยากรกล่าวนำเข้าสู่กิจกรรม	2 นาที	กระดาษ A4 ดินสอ/สี ใบกิจกรรม
	2. วิทยากรสรุปผลการประชุมที่ได้จากภาพความมุ่งมั่นของทุกคนที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิต โดยทบทวนรายละเอียดในภาพและข้อสรุปที่จัดลำดับความสำคัญไว้แล้วถามสมาชิกว่ามีใครจะเพิ่มเติมอะไรอีกบ้าง และคนอื่นๆ มีความคิดเห็นอย่างไรต่อสิ่งที่เพิ่มเติม	5 นาที	
	3. วิทยากรแจกกระดาษขนาด A4 ให้สมาชิกทุกคน คนละ 1 แผ่น และให้แต่ละคนคิดว่า ถ้าจะให้ความหวังที่พวกเราตั้งใจไว้เป็นจริงได้ หรือสำเร็จได้นั้นจะต้องทำอะไร แล้วเขียนชื่อวิธีการหรือกิจกรรมลงในกระดาษ A4 ที่แจกให้	10 นาที	
	4. เมื่อทุกคนเขียนชื่อวิธีการ หรือกิจกรรมที่ตนคิดว่าจะทำให้ความมุ่งมั่นนั้นสำเร็จได้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว แล้ว ให้แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มละ 4-5 คน	2 นาที	

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม (ต่อ)

กลุ่ม	ขั้นตอน	เวลา	อุปกรณ์
กลุ่ม 4-5 คน	5. ให้สมาชิกในกลุ่ม (กลุ่ม 4-5 คน) นำเสนอวิธีการ หรือกิจกรรมที่ตนคิดและเขียนไว้ในกระดาษ โดยการนำเสนอกิจกรรมนั้นควรเสนอเหตุผลและประโยชน์ของวิธีการและกิจกรรมที่คิดมา	15 นาที	กระดาษ Chart ปากกาเคมี
	6. เมื่อทุกคนในกลุ่ม (กลุ่ม 4-5 คน) นำเสนอเรียบร้อยแล้ว วิทยากรให้สมาชิกในกลุ่มพิจารณาว่ากิจกรรมใดที่มีความจำเป็นจริงและสมเหตุสมผลที่จะทำให้ความมุ่งหวังนั้นเป็นจริงสรุปให้เป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย คัดเลือกตัวแทนนำเสนอในกลุ่มใหญ่	10 นาที	
	7. ตัวแทนกลุ่มนำเสนอในกลุ่มใหญ่จนครบทุกกลุ่ม	15 นาที	กระดาษ Chart
	8. วิทยากรให้สมาชิกในกลุ่มใหญ่เลือกตัวแทน 1 คนขึ้นมา นำเพื่อนสมาชิกพิจารณาวิธีการหรือกิจกรรมที่กลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มเสนอมา แล้วคัดเลือกกิจกรรมดังกล่าวโดยพิจารณาตามความจำเป็นและความเป็นไปได้ เพื่อจะนำไปสู่การปฏิบัติจริงในชุมชน	15 นาที	ปากกาเคมี
	9. วิทยากรสรุปให้สมาชิกเห็นว่ากิจกรรมใดบ้างเป็นกิจกรรมที่ทุกคนได้ร่วมกันคิด เป็นวิธีการที่ทุกคนคิดว่าจะทำให้ความหวังของทุกคนเป็นจริงได้	16 นาที	ใบความรู้

ใบชี้แจง ร่วมคิดร่วมช่วย

คำชี้แจง

1. ขอให้สมาชิกแต่ละคนคิดว่า “ถ้าจะทำให้ความหวังของทุกคนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนของเราเป็นจริงหรือสำเร็จได้ จะต้องมีการหรือกิจกรรมอะไรบ้าง
2. เขียนรายชื่อกิจกรรมที่คิดได้ ใส่ลงในกระดาษเตรียมเล่าให้เพื่อนฟัง

ใบความรู้

การร่วมคิด ร่วมช่วยในการแก้ไขปัญหาโดยกลุ่มคนในชุมชน ทำให้เกิดสิ่งที่ดีงาม และบรรลุความมุ่งหวังได้มากกว่า ต่างคนต่างทำหรือแยกส่วนกันทำ เช่น นกที่บินได้ ถ้าพิจารณาอวัยวะที่ละส่วนจะพบว่าไม่มีส่วนใดที่บินได้ แต่การเป็นนกทั้งตัวที่รวมอวัยวะทุกวันเข้าด้วยกัน ถึงทำให้บินได้ มนุษย์เราก็เช่นกัน เมื่ออยู่คนเดียวก็จะทำอะไรได้เฉพาะความสามารถของตนเอง แต่ถ้ามาอยู่ร่วมกัน คิดร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยน ย่อมทำอะไรได้มากขึ้น นอกจากการรวมกลุ่มกัน ยังทำให้บุคคลเกิดความสุข เกิดความอบอุ่น และทำให้มีประสิทธิภาพที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จ ผลดีที่เกิดจากการร่วมคิด ร่วมช่วยของคนในชุมชน พอสรุปได้ดังนี้

1. ผลทางจิตใจ คือ ทำให้เกิดความสุขหรือสุขภาพดี เพราะความรู้สึกอบอุ่น ความรู้สึกมั่นคง ความรู้สึกปลอดภัย มีความหมาย มีคุณค่า และส่งผลให้มีสุขภาพจิตดี
2. ผลทางวัตถุ กลุ่มคน หรือชุมชนที่มีกิจกรรมร่วมกัน ย่อมมีความเอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ แบ่งปันทางวัตถุ เช่น อาหาร ข้าวของเครื่องใช้ ทำให้เกิดความมั่นคง
3. ผลทางสังคม คือ เมื่อมีการร่วมคิดร่วมทำ ย่อมทำให้เกิดเป็นพลังทางสังคมที่สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตของคนในสังคมด้วย

กิจกรรมที่ 7

แหล่งสนับสนุน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกได้ร่วมกันคิดถึงหน่วยงาน หรือองค์กรที่ช่วยเกื้อหนุนให้กิจกรรมที่จะช่วยเหลือ และดูแลผู้ป่วยโรคจิตได้บรรลุเป้าหมาย

สาระสำคัญ

การดำเนินกิจกรรมที่ทำให้ความมุ่งมั่นนั้นสำเร็จได้ ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของกลุ่มเป็นหลัก ที่จะทำให้เกิดพลังในการทำกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมบางอย่างสมาชิกสามารถร่วมกันดำเนินได้เอง แต่มีกิจกรรมบางอย่างที่อาจต้องขอความร่วมมือหรือการสนับสนุนจากองค์กรและหน่วยงาน

เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ขนาดกลุ่ม 20-25 คน

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

กลุ่ม	ขั้นตอน	เวลา	อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่	1. วิทยากรทบทวนแนวทาง หรือ กิจกรรมที่กลุ่มร่วมกันคิดและสรุป ได้ว่ามีอะไรบ้าง	5 นาที	กระดาษ Chart ปากกาคี ให้กลุ่มละ 1 ชุด ใบชี้แจง
กลุ่มเล็ก 6-7 คน	2. วิทยากรสุ่มถามสมาชิก 2-3 คน ถึงความเป็นไปได้ ในการทำให้ บรรลุวัตถุประสงค์ของกิจกรรม แต่ละอย่าง	10 นาที	
	3. แบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน ช่วยกัน คิดว่ากิจกรรมทั้งหมดที่กลุ่มใหญ่ สรุปและเสนอมานั้น มีกิจกรรม ไตบ้างที่สมาชิกในชุมชนทำได้ เอง กิจกรรมใดบ้างที่ต้องขอให้ ผู้อื่นช่วยทำด้วย และกิจกรรม ไตบ้างที่ต้องขอให้ผู้อื่นทำให้ และ ระบุด้วยว่าบุคคลหรือหน่วยงานที่ จะให้ช่วยทำด้วย หรือทำให้ ได้แก่อะไรบ้าง (พยายามให้กลุ่มสมาชิก ช่วยกันเองให้มากที่สุด ก่อนที่จะ พึ่งพาผู้อื่น) ให้เลือกผู้แทนกลุ่ม นำเสนอ	20 นาที	
กลุ่มใหญ่	4. ผู้แทนกลุ่มนำเสนอผลงานของกลุ่ม	10 นาที	กระดาษ Chart ปากกาคี
	5. วิทยากรหาอาสาสมัครขึ้นมา นำกลุ่มสรุปผลงานของแต่ละกลุ่ม เสนอมา โดยแบ่งเป็น 1) กิจกรรมที่ทำได้เอง 2) กิจกรรมที่ต้องขอให้ผู้อื่น ทำให้ ระบุผู้ที่ยากให้ช่วย 3) กิจกรรมที่ต้องขอให้ผู้อื่น มาช่วย ระบุผู้ที่ยากให้ทำให้ โดยสมาชิกคนอื่นๆ สามารถแสดง ความคิดเห็นได้	20 นาที	
	6. วิทยากรสรุป	10 นาที	

ใบชี้แจง แหล่งสนับสนุน

คำชี้แจง

จากกิจกรรมทั้งหลายที่ท่านช่วยกันคิด สำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิต ขอให้ทุกท่านช่วยกันคิดต่อในประเด็นต่อไปนี้

1. กิจกรรมที่สมาชิกในชุมชนทำได้เองมีอะไรบ้าง
2. กิจกรรมที่ต้องขอให้ผู้อื่นช่วยทำมีอะไรบ้าง ระบุบุคคล หรือหน่วยงานที่อยากให้ช่วยทำ
3. กิจกรรมที่ต้องขอให้ผู้อื่นทำให้ มีอะไรบ้าง ระบุบุคคล หรือหน่วยงานที่อยากให้ทำให้

กิจกรรมที่ 8

งานของเรา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวิธีการวางแผน และการทำงานให้บรรลุความหวัง
2. เพื่อให้สมาชิกได้จัดทำแผนและมอบหมายความรับผิดชอบ

สาระสำคัญ

การที่จะดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายใดๆก็ตาม การวางแผนเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง การวางแผนที่เหมาะสม จะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีขั้นตอน มีระบบ อีกทั้งการมอบหมาย ความรับผิดชอบการทำงานโดยเน้นการมีส่วนร่วม จะทำให้มีความชัดเจน และสะดวกต่อการติดตาม

เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ขนาดกลุ่ม 20-25 คน

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

กลุ่ม	ขั้นตอน	เวลา	อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่	1. วิทยากรกล่าวนำและสรุปสิ่งที่ได้ดำเนินการไป	5 นาที	
	2. วิทยากรเขียนชื่อกิจกรรมที่สมาชิกในกลุ่มสรุปว่าต้องการจะทำลงในกระดาษ Chart แผ่นใหม่	10 นาที	
	3. วิทยากรให้สมาชิกแต่ละคนเลือกกิจกรรมที่ตนเองสนใจจะทำ โดยให้โอกาสเดินพิจารณาชื่อกิจกรรมบนกระดาษ Chart จากนั้นให้เขียนชื่อตนเองลงบนกระดาษ Chart ต่อท้ายชื่อกิจกรรม	15 นาที	
	4. วิทยากรสำรวจว่าใครยังไม่ได้ลงชื่อตนเอง ก็ขอให้รีบตัดสินใจลงชื่อ	5 นาที	
	5. และเมื่อทุกคนลงชื่อครบแล้ว ให้พิจารณาถึงความเหมาะสมของจำนวนคนที่ลงแต่ละกิจกรรม เช่น บางกิจกรรมมีคนลงชื่อมากเกินไปให้สมาชิกช่วยกันพิจารณาปรับจำนวนอีกครั้ง	5 นาที	
กลุ่มย่อย	6. เมื่อพิจารณาความเหมาะสมเรียบร้อยแล้ว ให้แบ่งกลุ่มตามกิจกรรมที่ตนเองเลือกไว้ จากนั้นให้ระดมสมองในประเด็นต่อไปนี้	30 นาที	
	6.1 กิจกรรมที่เลือกจะเขียนชื่อโครงการว่าอย่างไร		
	6.2 เป้าหมายหรือผลที่มุ่งหวัง (ทำเพื่ออะไร)		
	6.3 วิธีดำเนินการทำอย่างไร		
	6.4 ทำเมื่อใด		
	6.5 สถานที่ดำเนินการ		
	6.6 ผู้รับผิดชอบและคณะทำงาน		
	7. ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอ	15 นาที	
กลุ่มใหญ่	8. วิทยากรสรุป	10 นาที	

ใบชี้แจง งานของเรา

คำชี้แจง

ขอให้สมาชิกแต่ละกลุ่ม (ตามกิจกรรมที่เลือกไว้) ประชุมระดมสมองในประเด็นต่อไปนี้

1. กิจกรรมที่เลือกนั้น จะเขียนเป็นชื่อโครงการว่าอย่างไร
2. เป้าหมายหรือผลที่มุ่งหวังคืออะไร
3. วิธีการดำเนินการทำอย่างไร
4. ทำเมื่อใด
5. สถานที่ดำเนินการ
6. ผู้รับผิดชอบและคณะทำงานมีใครบ้าง