**บทที่ 1**

**ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

ผู้ป่วยจิตเวช หรือเรียกว่า ผู้ที่มีอาการป่วยทางจิต หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องหรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต (Mental Illness) เป็นผู้ที่มีปัญหากับสังคมไม่สามารถหรือมีความบกพร่องในการปฏิบัติ หน้าที่ความรับผิดชอบของตน มีการปรับตัวในชีวิตประจําวันที่ล้มเหลว เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีโอกาส กลับเป็นซ้ำได้ง่าย เกิดผลกระทบที่สำคัญ คือ ถูกทำลายหรือการเสื่อมสภาพ (Impairment) การไร้ ความสามารถหรือข้อบกพร่อง (Disability) ความพิการ (Handicap) ทำให้ผู้ป่วย จิตเวชมีข้อจำกัด ในการดูแลตนเอง ต้องได้รับความ ช่วยเหลือจากผู้อื่น ส่งผลให้สังคมมีทัศนคติที่ไม่ดี ต่อผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความรู้สึกด้อยใน คุณค่าตนเอง ขาดความมั่นใจ รู้สึกว่าสังคมรอบตัว ไม่ยอมรับ เกิดการ แยกตัวจากสังคม เป็นภาระให้ ครอบครัวมากขึ้น (อภิชาต อภิวัฒนพร, 2556) โรคจิตเวชแบ่งออกได้ หลายประเภท โดยถือเอาสาเหตุและอาการเป็นตัวกําหนดโรคนั้นๆ โรคจิตเวชที่พบบ่อยได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคกังวลทั่ว โรคออทิสซึ่ม ความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติดและโรคสมองเสื่อม แต่โรคจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคจิตเภท ซึ่งพบร้อยละ 1 ของประชากร ผู้ป่วยจิตเวช มีสาเหตุทั่วไปของการเกิดโรคคือ 1) พันธุ์กรรม มักพบว่าญาติที่มีผู้ป่วยเป็นโรคจิตเวชมักจะมีโอกาส เป็นโรคสูงกว่าบุคคลอื่นทั่วไป และ 2) พื้นอารมณ์ที่ติดตัวมาของบุคคล ซึ่งจะมีผลต่อสภาพจิตใจและ บุคลิกภาพ ส่วนปัจจัยที่เร่งให้เกิดอาการนั้นมีมากมายโดยเฉพาะความเครียด ซึ่งปัจจุบันการเปลี่ยนแปลง อย่างรวดเร็วของสังคม ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม ตลอดจนการสื่อสารที่ไร้พรมแดน นำมาสู่ปัญหาสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชนับเป็นปัญหาที่มีความรุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลที่เจ็บป่วย ครอบครัว และชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน เน้นการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวโดยเร็วที่สุด รวมถึงการลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นลง (Deinstitutionalization) ข้อมูลของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชในระดับประเทศพบว่าในปี พ.ศ. 2552 – 2556 มีอัตราป่วย 2,266.01, 2,346.22, 2,608.85, 2,848.52 และ 2,977.14 ต่อประชากรแสนคน ตามลําดับ จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอัตราผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน กล่าวเฉพาะ ในจังหวัดสุรินทร์ มีอัตราป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน คือ 3,718.13, 5,033.51, 4,667.14, 2,272.76 และ 1,495.40 ต่อประชากรแสนคนตามลําดับ แม้ว่าอัตราป่วยของผู้ป่วยจิตเวชในช่วงเวลาดังกล่าวมี แนวโน้มลดลง แต่ก็มีความรุนแรงของปัญหา คือ อัตราการฆ่าตัวตายที่สูงถึง 6.77 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเกินเกณฑ์ที่ประเทศกำหนด คือ 6.30 ต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2557) ปัญหาสุขภาพจิต ไม่ใช่ปัญหาเฉพาะบุคคลและครอบครัวเท่านั้น แต่มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ สูญเสีย ทรัพยากรบุคคล เกิดปัญหากับสังคม (กษมา พลดวงนอก, 2551) และสูญเสียงบประมาณทั้งในการดูแล ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาเป็นเวลานาน โดยผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย ที่มีรายได้น้อย จึงต้องเป็นภาระของรัฐบาล และได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐอย่างมาก (สกาวรัตน์ พวงลัดดา, 2556) แต่ปัญหาที่เกี่ยวกับผู้ป่วยสุขภาพจิตต่าง ๆ สามารถที่จะแก้ปัญหาดังกล่าวนั้นได้ หากประชาชน หรือชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งที่ผ่านมาการดําเนินงานดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในระดับชุมชน ส่วนใหญ่เป็นหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

ปัจจุบัน ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยจิตเวชในความรับผิดชอบทั้งสิ้น 17 ราย พบว่ามีปัญหาความรุนแรงที่เกิดในปี 2559 คือความรุนแรงจากการทำร้ายร่างกายของคนในครอบครัว จำนวน 10ครั้ง ความรุนแรงจากปัญหายาเสพติด ผู้ป่วยจิตเวชไม่รับประทานยารักษา เกิดอาการทางจิต ทำให้เกิดอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด การทำลายทรัพย์สินและทำร้ายผู้อื่น จำนวน 1 คน ความรุนแรงจากปัญหาเมาสุราอาละวาด เสพยาบ้า เกิดการใช้อาวุธปืนประดิษฐ์ยิงข่มขู่ จำนวน 4 ราย ความรุนแรงจากปัญหาการเสพยาบ้า ทำให้เกิดอาการหูแว่ว ประสาทหลอน กลัวคนมาทำร้าย จำนวน 4 ราย จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ทำให้เกิดปัญหาความรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวและชุมชนตำบลแจนแลน ผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจในการศึกษาเพื่อหาแนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างเป็นระบบ เพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยชุมชน และเป็นการดำเนินงานสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนต่อไป

**คำถามการวิจัย**

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลแจนแลน อำเภอ กุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นอย่างไร

**ประโยชน์ของงานวิจัย**

ได้แนวทางในการการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน และเป็นการดำเนินงานสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนใน ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

**วัตถุประสงค์ในการวิจัย**

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน และเป็นการดำเนินงานสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

**ความสำคัญของการวิจัย**

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตําบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ครั้งนี้มี ความสำคัญ คือ สำหรับพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนําความรู้ที่ ได้รับจากการวิจัย หรือระบบที่ได้รับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่ของ ตนได้

**ขอบเขตของการวิจัย**

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 25 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 9 คน,อสม. 9 คน,ตำรวจ 2 นาย,เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน ,นายกองค์การบริหารส่วนตำบลแจนแลน 1 คน ,เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน อบต.แจนแลน 2 คน ระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือน ธันวาคม 2559

**นิยามศัพท์เฉพาะ**

1. ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช (รหัส วินิจฉัยโรค ICD -10 = F00 – F29) ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปทั้งที่รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและขาดการรักษา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่มวัย

2. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน หมายถึง กิจกรรมหรือการดําเนินการต่างๆ ของชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ใน สังคมได้อย่างปกติสุข

3. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หมายถึง กรอบแนวคิดในการดําเนินงาน โครงการ กิจกรรม จากการมสี่วนร่วมของชุมชนโดยเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ในการดําเนินการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

 4. การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการดําเนินงาน พัฒนา ตั้งแต่กระบวนการเบื้องต้น จนกระทั่งถึงกระบวนการสิ้นสุด ประชาชนที่มีส่วนร่วมนั้นเป็น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกับมีความรับผิดชอบร่วมกัน เมื่อดำเนินการ พัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ เพื่อให้บรรลุถึงการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

**บทที่2**

**เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจนแลน ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับกระบวนการสนทนากลุ่มซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 แนวคิดและทฤษฎีการดูแลผู้ป่วย

2.2 การมีส่วนร่วมของชุมชน

2.2.1 แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.2.2 ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.2.3 รูปแบบของการมีส่วนร่วม

2.2.4 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

2.2.5 ระดับของการมีส่วนร่วม

2.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวช

2.3.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเวช

2.3.2 อาการสำคัญและการดำเนินโรคจิตเวช

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

**2.1 แนวคิดและทฤษฎีการดูแลผู้ป่วย**

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีการดูแลผู้ป่วย โดยมีผู้ให้คำนิยามไว้ดังนี้

ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson’s caring theory) กล่าวว่าเป้าหมายของการพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์คือ ให้บุคคลมีภาวะดุลยภาพของกาย จิต  และจิตวิญญาณ  ซึ่งก่อให้เกิดการเรียนรู้  การเห็นคุณค่า และการดูแลเยียวยาตนเอง การดูแลตามแนวคิดของวัตสันเป็นอุดมคติหรือเป็นข้อกำหนดทางศีลธรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ  ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลองค์รวมของกาย-จิตใจ-จิตวิญญาณที่มีประสบการณ์ชีวิตประกอบกันเป็นสนามปรากฏการณ์เฉพาะที่บุคคลทั้งสองเข้าถึงจิตใจกัน( Transpersonal  Caring ) มีการรับรู้ตรงกันในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดี  และเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการ  จึงเป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาพ ( Coparticipant ) และปัจจัยการดูแล 10 ประการ และกระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (Clinical caritas process) ถือเป็นกรอบการทำงาน (Framework) และเป็นความเชื่อหลัก (Core) ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยวัตสันอธิบายว่า การดูแลต้องเชื่อมโยงกับความรัก (คำว่า “Caritas” มาจากภาษาละตินซึ่งมีความหมายถึงความรักของมนุษย์ และความเอื้อเฝื้อเผื่อแผ่ (Charity) การดูแลไม่ได้มาจากพฤติกรรมหรือความรู้สึกเพียงเท่านั้นหากแต่กอปรขึ้นมาจากความเป็นมนุษย์ การดูแลจึงไม่ใช่สิ่งที่เป็นนามธรรม และไม่ได้เป็นเพียงปรัชญา แต่การดูแลคือสิ่งที่ปฏิบัติและสัมผัสได้ (Erikkson, 1994; Watson, 2008)

การนำของปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten carative factors) / กระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (Clinical caritas process) ไปใช้ในการพยาบาล สามารถสรุปรายละเอียดได้ดังนี้

1) สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ / ปลูกฝังการปฏิบัติด้วยรักและความเมตตาและมีจิตใจที่สงบมั่นคงทั้งกับตนเองและผู้อื่น ให้เสมือนเป็นพื้นฐานของความรักที่ที่สติ  : พยาบาลต้องหมั่นสำรวจความคิด ความเชื่อของตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในความเป็นคนที่ไม่เห็นแก่ตัว พึงพอใจในการเป็นผู้ให้ เน้นการให้คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แก่กันและกัน มีความเมตตาและเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น พยาบาลต้องตระหนักว่าผู้ป่วยแต่ละคนต่างก็มีมุมมองของชีวิตที่แตกต่างกัน มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อชีวิตและความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน อันเกิดจาก ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม และปรัชญาชีวิตที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยบางรายสามารถยอมรับความจริงได้ แต่บางรายไม่อาจยอมรับได้ พยาบาลจึงต้องยึดมั่นในค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความเข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยตามมุมมองของเขา เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพน่ารังเกียจสักเพียงใด มีความอดทนและเพียรรอคอยเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นพบตนเอง และยอมรับต่อสภาพของตนตามที่เป็นจริง ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีใครสักคนอยู่กับเขาเสมอ ดูแลเอาใจใส่อย่างจริงใจ เสียสละโดยไม่หวังผลตอบแทน ปฏิบัติสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทันที โดยคำนึงอยู่เสมอว่าผู้ป่วย คือ เพื่อนมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือและความรัก

2) สร้างความศรัทธาและความหวัง / มีชีวิตอยู่กับความจริง สร้างความหวังและศรัทธาที่เป็นไปได้และเชื่อในความเป็นไปแห่งอัตวิสัยของชีวิตบนโลก ทั้งของตนเองและผู้อื่น : พยาบาลคือผู้ที่เข้าใจธรรมชาติของชีวิต ที่ต้องมีทั้งความสุขและความทุกข์ ชีวิตอยู่ได้ด้วยพลังของศรัทธาและความหวัง เปรียบเสมือนอำนาจที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความเข้มแข็งพอที่จะเผชิญกับความทุกข์ พยาบาลที่คงไว้ซึ่งความศรัทธาและความหวังในชีวิตจะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความศรัทธาและความหวังในการดำรงชีวิตตามสภาพที่เป็นจริงของตน แต่ก่อนเราเชื่อว่ายาเป็นสิ่งเดียวเท่านั้นที่ทำให้หายโรค แต่ปัจจุบันคนส่วนใหญ่เริ่มมีความเชื่อในสิ่งที่เหนือธรรมชาติว่ามีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และได้พิสูจน์กันจนเป็นที่ยอมรับ เช่น การทำสมาธิ การฝึกสติ การทำจิตบำบัด เทคนิคการให้คำปรึกษา พฤติกรรมบำบัด เป็นต้น และเนื่องจากความศรัทธาความหวังเป็นกระบวนการที่ไม่เคยสิ้นสุด แม้หมดหวังไปแล้วก็ยังสามารถสร้างความหวังใหม่ได้ พยาบาลจึงต้องปลูกฝังความหวังให้กับผู้ป่วยอยู่เสมอ และควรเป็นความหวังที่เห็นเป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้ ส่วนความศรัทธาในศาสนานั้น พยาบาลควรประเมินดูว่าผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับความการมีชีวิตอย่างไร สัมพันธ์กับความศรัทธาที่มีต่อศาสนาหรือไม่ พยาบาลจึงควรจะให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกวิธีการสร้างศรัทธาและความหวังความเชื่อของเขา

3) ปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น/ ปลูกฝังการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ และการหลอมรวมตนเอง ให้ก้าวพ้นอัตตาแห่งตน : พยาบาลต้องเป็นผู้ที่รู้จักความรู้สึกของตนเองและไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น วัตสันส่งเสริมให้มีการระบายความรู้สึกออกมาอย่างที่เปิดเผยอันเป็นพฤติกรรมที่สำคัญเพื่อก้าวพ้นอัตตาแห่งตน และช่วยให้การดูแลประสบความสำเร็จ หนทางที่พยาบาลจะพัฒนาให้ตนเองมีพฤติกรรมที่ไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นคือ การรู้ตัวอยู่เสมอถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนในขณะนั้น ซึ่งมีจุดเริ่มต้นที่การมองเข้าไปในตนเอง และรับรู้ตนเองตามสภาพที่เป็นจริง พยาบาลที่มีการพัฒนาตนเองให้ไวต่อการรับรู้ตนเอง ก็จะสามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นได้เป็นอย่างดี และเข้าใจการมองโลก เข้าใจวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของผู้ป่วยที่อาจแตกต่างกับพยาบาล ถ้าหากพยาบาลไม่มีพฤติกรรมการดูแลตามลักษณะดังกล่าว การดูแลนั้นก็ประสบกับความล้มเหลวได้มาก พยาบาลยังตื่นตัวอยู่เสมอต่อความรู้สึกของตัวเองที่อาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วย เพื่อจะได้รับรู้และเข้าใจความรู้สึกทั้งของตนเองและผู้ป่วย และนำไปใช้ประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยนั่นเอง

4) สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ / สร้างสัมพันธภาพ คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ เพื่อการดูแล: พยาบาลต้องสร้างให้เกิดความไว้วางใจระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยการให้การเกื้อหนุนดูแล เอาใจเขามาใส่ใจเรา ให้ความรู้สึกอบอุ่น โดยอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ความเข้ากันได้ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ความเห็นอกเห็นใจและความอบอุ่นใจ เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของการสร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ดังมีรายละเอียดดังนี้

 4.1) การสื่อสารอย่างมีคุณภาพเป็นเครื่องมือบำบัดเยียวยาที่สำคัญ เพราะสภาพจิตใจของผู้ป่วย มักแฝงไว้ด้วยความผิดหวังลึกๆ ที่แอบซ่อนไว้ภายใน การบอกกล่าวที่มากหรือน้อยเกินไปจะทำให้กระทบกระเทือนจิตใจของผู้ป่วยได้ง่าย ในบางครั้งผู้ป่วยอาจพบกับความขัดแย้งระหว่างความต้องการกำลังใจจากการสนทาน และความต้องการที่จะได้รับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การบอกความจริงเร็วเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นคงทางจิตใจ และถ้าช้าเกินไป ผู้ป่วยอาจจะสงสัยหรือทราบได้เองจากอาการที่ทรุดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจพยาบาล พยาบาลจึงควรให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผู้ป่วยเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสม การได้รับข้อมูลที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองทีเหมาะสมมีความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล

4.2) ความเข้ากันได้กับผู้ป่วย (Congruence) การที่พยาบาลจะสามารถเข้ากับผู้ป่วยได้ ย่อมขึ้นกับลักษณะของพยาบาลที่เป็นอยู่ในขณะนั้น (Nurse’s being) พยาบาลที่ไวต่อความรู้สึกของตนและกล้าเปิดเผยความรู้สึกนั้นออกมา จะยิ่งกระชับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้รู้จักกันและปรับตนให้เข้ากันได้มากยิ่งขึ้น แต่ถ้าพยาบาลแอบซ่อนหรืออำพรางความรู้สึกไว้ภายใน โดยเฉพาะความรู้สึกกลัว เบื่อหน่าย หรือความรู้สึกทางด้านลบอื่นๆ จะกลับยิ่งเป็นอุปสรรคต่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพราะพยาบาลจะถ่ายทอดความรู้สึกเหล่านั้นออกมาในหลายรูปแบบ เช่น ต้องการให้ผู้ป่วยพัก หรือแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติศาสนกิจ เพื่อเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น ในสถานการณ์เช่นนี้พยาบาลจะเป็นผู้ทำลาย สัมพันธภาพเสียเอง ซึ่งมีผลกระทบด้านลบต่อคุณภาพการดูแล

4.3) ความเห็นอกเห็นใจ เป็นการรับสัมผัส (Sense) กับโลกภายในของผู้ป่วยเสมือนหนึ่งว่าเป็นโลกภายในของตน กล่าวง่ายๆ ก็คือ “การรู้จักเอาใจผู้ป่วยมาใส่ในใจตน” เพื่อจะรับรู้ว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อต้องประสบกับสถานการณ์ต่างๆ ทั้งความเจ็บป่วย ความทุกข์ ความสุข จะได้เข้าใจและตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งด้วยคำพูด กิริยาท่าทาง และการแสดงออกทางพฤติกรรม

4.4) ความรู้สึกอบอุ่นใจ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพและพัฒนาการเจริญเติบโตทางอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลสามารถถ่ายทอดความรู้สึกอบอุ่น โดยแสดงออกทางวาจาและกิริยาท่าทาง เช่น การสนทนา การพูดในระดับเสียงเหมาะสม ยิ้มแย้ม มีท่าทีเป็นมิตร เปิดเผย ผ่อนคลาย เป็นต้น

5) ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ / ส่งเสริมให้มีการแสดงความรู้สึกออกมาทั้งทางบวกและลบ แลกเปลี่ยนความรู้สึก และเตรียมตัวเองเพื่อรับความรู้สึกทั้งในทางบวกและลบ : อารมณ์หรือความรู้สึกเป็นศูนย์กลางของบทบาทในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลควรได้มีโอกาสแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ สำหรับปัจจัยการดูแลประการนี้จึงมุ่งไปที่ความรู้สึกของพยาบาล เพราะในสถานการณ์ปัจจุบันพยาบาลมักมีพฤติกรรมปกป้องความรู้สึกของตนโดยเฉพาะความรู้สึกทางด้านลบ ซึ่งพยาบาลมักจะอำพรางไว้เพื่อก่อให้เกิดภาพพจน์ที่ดีกับตนเอง แต่พฤติกรรมดังกล่าวนอกจากจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยแล้ว ยังก่อให้เกิดความขัดแย้งของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพราะพฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกไม่ใช่ความจริง ขาดความจริงใจ แต่ถ้าพยาบาลสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองตามที่เป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นด้านบวกหรือลบ พยาบาลจะค่อยๆ พัฒนาในการรู้จักตนเอง และยอมรับตนเองตามที่เป็นจริง พยาบาลที่สามารถยอมรับตนเองได้ทั้งทางบวกและลบจะมีใจเปิดกว้างในการยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วยทั้งทางบวกและลบได้เช่นกัน

6) ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อการตัดสินใจ / ใช้ตนเองและทุกวิถีแห่งความรู้ ให้เป็นเสมือนส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแล เชื่อมต่อกับความสามารถทางศิลปะแห่งการพยาบาลด้วยความรัก : การนำวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการแก้ปัญหาเป็นเรื่องสำคัญ ปัจจุบันพบว่ากระบวนการพยาบาลเป็นองค์ประกอบหลักของการศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบและอย่างต่อเนื่อง การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลจำเป็นต้องอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific problem solving) มาช่วยในการตัดสินใจ เพื่อแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเริ่มจากการประเมินปัญหา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลจึงต้องรู้จักประเมินโดยการถาม พูดคุย และสังเกต ทั้งจากตัวผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งองค์รวมของผู้ป่วย และนำมาวางแผนการพยาบาล โดยนำข้อมูลและปรากฏการณ์ต่างๆ มาใช้ในการวางแผน ให้มากที่สุด โดยเฉพาะข้อมูลด้านจิตสังคม ความเชื่อ และความผูกผันทางใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแหล่งของความหวังและกำลังใจสำหรับผู้ป่วย เพราะการใช้ข้อมูลด้านร่างกายอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย หลังจากนั้นจึงนำแผนที่ได้วางไว้มาปฏิบัติและประเมินผลตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์และสถานการณ์การพยาบาลต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) (Watson, 1988)

7) ส่งเสริมการเรียนการสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น / ส่งเสริมการสอน การเรียนรู้ประสบการณ์ ซึ่งระหว่างกันของพยาบาลและผู้ป่วย ให้ความสนใจกับความเป็นหนึ่งเดียวของชีวิตและความหมายแบบอัตวิสัย ให้ความใส่ใจและอยู่กับกรอบอ้างอิงของผู้อื่น : การให้ข้อมูลข่าวสารเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับพยาบาลในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ แต่การเรียนรู้ยังมีอะไรที่มากไปกว่านั้น ประสบการณ์ของผู้ป่วยคือสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจ พยาบาลจึงต้องอยู่ทั้งในบทบาทของผู้เรียนและผู้สอนเพื่อที่จะทราบปัญหาของผู้ป่วย ทั้งโดยการสังเกตและเรียนรู้จากผู้ป่วย โดยเฉพาะการสร้างความรู้สึกร่วมในสถานการณ์ของผู้ป่วย พยาบาลที่มีส่วนรับรู้ในความรู้สึกของผู้ป่วยจะทราบว่าควรสอนและบอกผู้ป่วยอย่างไร และเวลาใดที่จะเหมาะสม เพื่อลดความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของโรคและเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสมดุล คือรับรู้ต่อเหตุการณ์ (Open awareness) สามารถประคับประคองสถานการณ์ และมีกลไกในการเผชิญกับปัญหา ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียด อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยได้ได้ นอกจากนั้นพยาบาลไม่ควรปิดบังความจริงกับผู้ป่วย แม้การปิดบังความจริงอาจก่อให้เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยบางรายและในบางเวลา แต่ถึงอย่างไรผู้ป่วยจะสามารถรับรู้ความจริงได้เอง จากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลรอบข้าง การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและวิธีการรักษา การไม่ปิดบังความจริงต่อกันทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดำรงชีวิตตามแบบแผนที่ต้องการได้

8) ประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ / สร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด : สิ่งแวดล้อมคือสิ่งที่ช่วยการป้องกัน ประคับประคอง แก้ไขปัญหาด้านกายภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และวิญญาณ พยาบาลต้องประเมินและเอื้ออำนวยความสามารถปรับตัวของผู้ป่วยเพื่อให้ประคับประคองความสมดุลของสุขภาพ ภายใต้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม เป็นปัจจัยที่ทำหน้าที่ในส่วนภายนอกของบุคคลส่วนจิตใจและจิตวิญญาณเป็นปัจจัยที่ทำหน้าที่ภายในบุคคล สิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอก มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการดำรงชีวิตและการฟื้นหายของผู้ป่วย เช่น ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย ระบบสังคม ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรม การสนับสนุนของผู้ดูแล ครอบครัว ญาติมิตร รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นต้น การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย สะอาด ปลอดภัย และเป็นส่วนตัว มีอิทธิพลต่อความผาสุขของผู้ป่วย ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีอัตมโนทัศน์ในทางทีดีต่อตนเอง อันเนื่องมาจากการเอาใจใส่ประคับประคองดูแลของพยาบาล สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติได้แก่ - ลดสิ่งรบกวนหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก สนใจท่านอน ลักษณะของเตียง และการจัดสิ่งของให้ผู้ป่วยหยิบใช้สะดวก - บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น การประคบร้อนเย็น การทำสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ให้ยาบรรเทาปวด พาไปสัมผัสธรรมชาติ ฟังดนตรี สนทนากับผู้ป่วยอื่น เป็นต้น - จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน ให้เวลาและความเป็นส่วนตัวในการปฏิบัติศาสนกิจ ในการอยู่กับครอบครัว หรือในการผ่อนคลายอารมณ์ - ป้องกันและกำจัดสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นอันตรายกับผู้ป่วยทั้งด้านเทคนิค เครื่องมือเครื่องใช้และสภาพจิตใจ เช่น อุบัติเหตุจากอุปกรณ์การดูแลรักษา การติดเชื้อในโรงพยาบาล

9) พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น / ช่วยเหลือโดยมุ่งตอบสนองความต้องการของบุคคล : พยาบาลต้องตอบสนองความต้องการทุกด้าน โดยเริ่มจากความต้องการระดับพื้นฐานก่อน และค่อยๆเพิ่มความต้องการที่สูงขึ้น จากความต้องการทางชีวภาพ ทางกาย-จิต ทางจิต-สังคม และทางด้านสัมพันธภาพภายในระหว่างบุคคล ไปจนถึงความต้องการด้านการยอมรับ วัตสันอธิบายว่าความต้องการเป็นสิ่งที่คู่กับมนุษย์เสมอมาไม่มีที่สิ้นสุดตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย เป็นแรงผลักดันที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ที่พยายามให้บรรลุถึงความต้องการนั้น ความต้องการของผู้ป่วยก็เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป จะแตกต่างกันบ้างก็ตรงที่ว่าผู้ป่วยต้องการการดูแลด้านจิตใจอย่างมาก และมีความต้องการด้านจิตวิญญาณสูง การให้ผู้ป่วยได้สมหวังในชีวิตโดยการตอบสนองความต้องการอย่างดีที่สุดในสิ่งที่เป็นไปได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุก และพัฒนาการเจริญเติบโตภายในให้มีความกลมกลืนกับผู้อื่น สิ่งแวดล้อม และจากไปอย่างสงบสิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติได้แก่ ตอบสนองความต้องการทางด้านชีวภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีพอยู่ได้ ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสรีร เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ตอบสนองความต้องการภายทั้งภายในบุคคลและความต้องหารที่ต้องหลอมรวมกันของคนสองคน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังภายในตน โดยการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ การผูกพันทางใจกับโรคจักรวาลกับผู้อื่น และกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ

10) ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น-พลังที่มีอยู่ / เปิดรับพลังทางจิตวิญญาณ สิ่งลึกลับและยังไม่มีคำอธิบายอันเกี่ยวกับการมีชีวิต ความตาย : ปัจจัยการดูแลและกระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแลข้อนี้ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญและเข้าใจยากที่สุด ทั้งนี้เพราะศาสตร์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ถึงความสำคัญของชีวิตและการเสียชีวิต เพราะการมีชีวิตไม่ใช่เพียงการอยู่และแก้ไขปัญหาหากแต่การมีชีวิตยังเป็นความลึกลับซับซ้อนที่ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อ ด้วยความมีสติแห่งวามรัก พยาบาลต้องยอมรับในปาฎิหารย์ (Allow for a miracle) (Watson, 2008) ผู้ป่วยมักจะมีความสับสน ว้าวุ่น วิตกกังวลต่อสภาพที่ต้องมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย ความเจ็บป่วยที่ประสบกับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยไขว่คว้าที่จะค้นหาความหมายของชีวิต ถ้าหากไม่ได้รับการดูแลประคับประคองที่ดี ผู้ป่วยมักจะปกิเสธความเจ็บป่วย พลังจิตวิญญาณเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าใจความหมายของชีวิตตามสถานภาพของการเป็นมนุษย์ที่ต้องมีเงื่อนไขและข้อจำกัดบางประการ โดยเฉพาะข้อจำกัดที่ว่ามนุษย์ทุกคนต้องประสบกับความตาย พยาบาลเป็นแหล่งที่มีคุณภาพและเป็นความแข็งแกร่งสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา พยาบาลจึงต้องค้นหาความหมายของชีวิตจากประสบการณ์ของตนในแต่ละวัน มีความเข้าใจในชีวิตและความเป็นไปของโลก มีพลังสติปัญญา พลังจิต และพลังกายที่ได้จากปรัชญา ความเชื่อ วัฒนธรรม การศึกษา และประสบการณ์ชีวิตของพยาบาล เพื่อถ่ายเทพลังนี้ให้กับผู้ป่วยและสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในการเสริมสร้างพลังให้แก่ตนเอง เพื่อบำบัดเยียวยาตนเอง และพัฒนาแก่นที่อยู่ภายในตน (inner self) ให้แข็งแกร่ง สำหรับเผชิญกับภาวะของโรค ความทุกข์ทรมานและความตาย เพื่อรักษาความกลมกลืนทั้งภายในและภายนอกตนให้คงอยู่จวบจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และได้จากไปอย่างสงบ สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ ได้แก่ ช่วยผู้ป่วยให้ค้นพบคุณค่าของประสบการณ์ในอดีต ความศรัทธาในศาสนา ปรัชญาและสิ่งที่ดีงาม โน้มนำให้ผู้ป่วยค้นหาแก่นของชีวิต เข้าใจชีวิต และกำหนดเป้าหมายชีวิตในระยะเวลาที่มีอยู่จำกัด แนะนำและให้โอกาสผู้ป่วยแสดงออกซึ่งความเชื่อทางศาสนา แสดงความรักและมีสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือผู้ที่เป็นแหล่งของความหวังและกำลังใจ นำ ผู้ป่วยให้ค้นพบแหล่งพลังจิตวิญญาณของตน ค้นพบสัจธรรมของชีวิต และนำเข้าสู่การใช้ระยะเวลาในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่า

**2.2 การมีส่วนร่วมของชุมชน**

2.2.1 แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมมี 5 ทฤษฎี ซึ่ง อคิน รพีพัฒน์ (อ้างถึงใน ยุพาพร รูปงาม, 2545) ได้สรุปไว้ดังนี้
 1) ทฤษฎีการเกลี้ยกล่อมมวลชน (Mass Persuation)
              Maslow (อ้างถึงใน อคิน รพีพัฒน์, 2527, หน้า 7-8) กล่าวว่าการเกลี้ยกล่อม หมายถึง การใช้คำพูดหรือการเขียนเพื่อมุ่งให้เกิดความเชื่อถือและการกระทำ ซึ่งการเกลี้ยกล่อมมีประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในการปฏิบัติงานและถ้าจะให้เกิดผลดีผู้เกลี้ยกล่อมจะต้องมีศิลปะในการสร้างความสนใจในเรื่องที่จะเกลี้ยกล่อม
              โดยเฉพาะในเรื่อง ความต้องการของคนตามหลักทฤษฎีของ Maslow ที่เรียกว่า ลำดับขั้น ความต้องการ (hierarchy of needs) คือความต้องการของคนจะเป็นไปตามสำดับจาก น้อยไปมาก มีทั้งหมด 5 ระดับ ดังนี้
              1.1) ความต้องการทางด้านสรีระวิทยา (physiological needs) เป็นความต้องการ ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (survival need) ได้แก่ความต้องการทางต้านอาหาร ยา เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรคและความต้องการทางเพศ
              1.2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต (safety and security needs) ได้แก่ความต้องการที่อยู่อาศัยอย่างมีความปลอดภัยจากการถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูกขโมยทรัพย์สินหรือความมั่นคงในการทำงานและการมีชีวิตอยู่อย่างมั่นคงในสังคม
              1.3) ความต้องการทางด้านสังคม (social needs) ไต้แก่ ความต้องการความรักความต้องการที่จะให้สังคมยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
              1.4) ความต้องการที่จะมีเกียรติยศชื่อเสียง (self-esteem needs) ได้แก่ ความภาคภูมิใจความต้องการดีเด่นในเรื่องหนึ่งที่จะให้ไต้รับการยกย่องจากบุคคลอื่นความต้องการต้านนี้เป็นความต้องการระดับสูงที่เกี่ยวกับความมั่นใจในตัวเองในเรื่องความสามารถและความสำคัญของบุคคล
              1.5) ความต้องการความสำเร็จแห่งตน (self-actualization needs) เป็นความ ต้องการในระบบสูงสุดที่อยากจะให้เกิดความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่างตามความนึกคิดของตนเองเพื่อจะพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ความต้องการนี้จึงเป็นความต้องการพิเศษของบุคคลที่จะพยายามผลักดันชีวิตของตนเองให้เป็นแนวทางที่ดีที่สุด

2) ทฤษฎีการระดมสร้างขวัญของคนในชาติ (National Morale)
            คนเรามีความต้องการทางกายและใจถ้าคนมีขวัญดีพอผลของการทำงานจะสูง ตามไปด้วย แต่ถ้าขวัญไม่ดีผลงานก็ตํ่าไปด้วยทั้งนี้เนื่องจากว่าขวัญเป็นสถานการณ์ทาง จิตใจที่แสดงออกในรูปพฤติกรรมด่างๆ นั่นเอง การจะสร้างขวัญให้ดีต้องพยายามสร้าง ทัศนคติที่ดีต่อผู้ร่วมงานเช่น การไม่เอารัดเอาเปรียบ การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับงานการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น เป็นต้นและเมื่อใดก็ตามถ้าคนทำงานมีขวัญดีจะ เกิดสำนึกในความรับผิดชอบอันจะเกิดผลดีแก่หน่วยงานทั้งในส่วนที่เป็นขวัญส่วนบุคคล และขวัญของกลุ่มดังนั้นจะเป็นไปได้ว่าขวัญของคนเราโดยเฉพาะคนมีขวัญที่ดีย่อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ได้เช่นกัน (ยุพาพร รูปงาม, 2545, หน้า 8)
 3) ทฤษฎีสร้างความรู้สึกชาตินิยม (Nationalism)
              ปัจจัยประการหนึ่งที่นำสู่การมีส่วนร่วมคือการสร้างความรู้สึกชาตินิยมให้ เกิดขึ้น หมายถึงความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองที่จะอุทิศหรือ เน้นค่านิยมเรื่องผลประโยชน์ส่วนรวมของชาติ มีความพอใจในชาติของตัวเอง พอใจเกียรติภูมิ จงรักภักดีผูกพันต่อ ท้องถิ่น (ยุพาพร รูปงาม, 2545, หน้า 8)
 4) ทฤษฎีการสร้างผู้นำ (Leadership)

 การสร้างผู้นำจะช่วยจูงใจให้ประชาชนทำงานควยความเต็มใจเพื่อบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ร่วมกันทั้งนี้เพราะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญของการร่วมกลุ่มคนจูงใจไปยังเป้าประสงค์โดยทั่วไปแล้วผู้นำอาจจะมีทั้งผู้นำที่ดีเรียกว่าผู้นำปฎิฐาน (positive leader) ผู้นำพลวัต คือ เคลื่อนไหวทำงานอยู่เสมอ (dynamic leader) และผู้นำไม่มีกิจ ไม่มีผลงานสร้างสรรค์  ที่เรียกว่าผู้นำนิเสธ (negative leader) ผลของการให้ทฤษฎีการสร้างผู้นำจึงทำให้เกิดการระดมความร่วมมือปฏิบัติงานอย่างมีขวัญกำลังใจงานมีคุณภาพมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และร่วมรับผิดชอบ ตังนั้น การสร้างผู้นำที่ดียอมจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมใน กิจกรรมต่าง ๆ ด้วยดีนั่นเอง (ยุพาพร รูปงาม, 2545, หน้า 8)

 5) ทฤษฎีการใช้วิธีและระบบทางการบริหาร (Administration and method)

 การใช้ระบบบริหารในการระดมความร่วมมือเป็นวิธีหนึ่งที่ง่ายเพราะใช้กฎหมายระเบียบ แบบแผน เป็นเครื่องมือในการดำเนินการ แต่อย่างใดก็ตามผลของความร่วมมือยังไม่มีระบบใดดีที่ชุดในเรื่องการใช้บริหาร เพราะธรรมชาติของคนถ้าทำงานตามความสมัครใจอย่างตั้งใจไม่มีใครบังคับก็จะทำงานด้วยความรักแต่ถ้าไม่ ควบคุมเลยก็ไม่เป็นไปตามนโยบายและความจำเป็นของรัฐเพราะการใช้ระบบบริหารเป็นการให้ปฏิบัติตามนโยบายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเพิ่มความคาดหวังผลประโยชน์ (ยุพาพร รูปงาม, 2545, หน้า 8-9)

2.2.2 ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชน

 ความหมายของการมีส่วนร่วมในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับความหมายไว้ดังนี้

 ผช.ดร.ชินรัตน์ สมสืบ กล่าวว่า การมีส่วนร่วม (participation) คือเป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงจะต้องมีมากจนเกิดความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติเหตุผลแรกของการที่มีคนมารวมกันได้ควรจะต้องมีการตระหนักว่าการกระทำทั้งหมดที่ทำโดยกลุ่ม ผู้นำชุมชน หรือกระทำผ่านองค์กร (organization) ดังนั้นผู้นำชุมชนองค์กรจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้ (ยุพาพรรูปงาม, 2545, หน้า 5) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ชุมชนเกิดการพัฒนาซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้ชุมชนเกิดการพัฒนา เช่น การมีส่วนร่วมหลักการพัฒนาชุมชน กระบวนการพัฒนาชุมชน เป็นต้นสิ่งเหล่านี้จึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่ต้องใช้ในงานพัฒนาชุมชนและคนก็มีส่วนสำคัญที่สุด เพราะคนเป็นศูนย์กลางหลักในการพัฒนาที่จะทำให้ชุมชนมีการพัฒนาไปในทางที่ดีการมีส่วนร่วมเป็นหัวใจของการพัฒนาชนบทไม่มีประเทศไหนที่พัฒนาโดยปราศจากการร่วมมือของประชาชน (ผช.ดร.ชินรัตน์ สมสืบ, 2539 : 20)

 เฉลียว บุรีภักดี และคณะ (2545) (อ้างถึงใน อรทัยทองขันเส,2557)ได้อธิบายไว้ว่าการมีส่วนร่วมหมายถึงการเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงการพัฒนาชนบทการมีส่วนร่วมตั้งเป็นไปในรูปที่ผู้รับการพัฒนาเข้ามามีส่วนกระทำให้เกิดการพัฒนามิใช่เป็นผู้รับบริการตนเองทั้งนี้เป็นการเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงและถาวรการมีส่วนร่วมของประชาชนไม่หมายความเพียงการดึงประชาชนเข้ามาทำกิจกรรมตามที่ผู้นำท้องถิ่นคิดหรือจัดทำขึ้นเพราะแท้จริงแล้วในหมู่บ้านหรือชุมชนต่างๆมีกิจกรรมและวิธีดำเนินงานของตนอยู่แล้วประชาชนมีศักยภาพที่จะพัฒนาหมู่บ้านของตนเองได้แต่ผู้บริหารการพัฒนามักไม่สนใจส่งที่มีอยู่แล้วโดยพยายามสร้างสิ่งใหม่ๆขึ้นมาเพื่อให้ได้ชื่อว่าเป็นความคิดหรือโครงการของตน

 โคเฮน และอัฟฮอฟ  (Cohen and Uphoff. 1981 : 6)  ได้ให้ความหมาย  การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า  สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน  4  มิติ  ได้แก่
 1.  การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร
 2.  การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
 3.  การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน
 4.  การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ
            โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนารวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค  องค์การสหประชาชาติ  (United  Nation. 1981 : 5)  และรีเดอร์  (Reeder. 1974 : 39)  ได้ให้ความหมายเจาะจงถึงการมีส่วนร่วม  ว่าการมีส่วนร่วมเป็นการปะทะสังสรรค์ทางสังคม  ทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล  และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม(โคเฮน และอัฟฮอฟ, 1981 อ้างในสุธี  วรประดิษฐ์, 2555)

 ณัฐพร แสงประดับ (2527) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่าการมีส่วนร่วมหมายถึงการเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่มซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้การกระทำบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้นทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวนอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมได้แก่ความศรัทธาที่มีต่อความเชื่อถือตัวบุคคลความเกรงใจที่มีต่อตัวบุคคลที่เคารพนับถือหรือมีเกียรติยศตำแหน่งทำให้การมีส่วนร่วมเป็นไปด้วยความเต็มใจ(ณัฐพร แสงประดับ, 2527)

 เรนุมาศ รักษาแก้ว(ม.ป.ป.) ได้ให้ความหมายไว้ว่า[การมีส่วนร่วม](http://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%B5%E0%B8%AA%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%99%E0%B8%A3%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A1) (Participation) ตามพจนานุกรมอังกฤษฉบับอ๊อกฟอร์ด ได้ให้คำนิยามไว้ว่า “เป็นการมีส่วน (ร่วมกับคนอื่น) ในการกระทำบางอย่างหรือบางเรื่อง” คำว่าการมีส่วนร่วม โดยมากมักจะใช้ในความหมายตรงข้ามกับคำว่า “การเมินเฉย (Apathy)” ฉะนั้น คำว่าการมีส่วนร่วมตามความหมายข้างต้น จึงหมายถึงการที่บุคคลกระทำการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือในประเด็นที่บุคคลนั้นสนใจไม่ว่าเขาจะได้ปฏิบัติการเพื่อแสดงถึงความสนใจอย่างจริงจังหรือไม่ก็ตามและไม่จำเป็นที่บุคคลนั้นจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้นโดยตรงก็ได้แต่การมีทัศนคติ ความคิดเห็น ความสนใจ ห่วงใยก็เพียงพอแล้วที่จะเรียกว่าเป็นการมีส่วนร่วมได้และยังได้ให้คำจำกัดความของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า “การมีส่วนร่วมของประชาชน” หมายถึง การที่กลุ่มประชาชนหรือขบวนการที่สมาชิกของชุมชนที่กระทำการออกมาในลักษณะของการทำงานร่วมกันที่จะแสดงให้เห็นถึงความต้องการร่วม ความสนใจร่วมมีความต้องการที่จะบรรลุถึงเป้าหมายร่วมทางเศรษฐกิจและสังคมหรือการเมืองหรือการดำเนินการร่วมกันเพื่อให้เกิดอิทธิพลต่อรองอำนาจ มติชนไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อมหรือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอิทธิพลต่อรองอำนาจทางการเมือง เศรษฐกิจการปรับปรุงสถานภาพทางสังคมในกลุ่มชุมชน

 สุจินต์ ดาววีระกุล (2527) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่ากระบวนการที่ทำให้บุคคลสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อตนเองและมีส่วนดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ตามที่ต้องเอาไว้ทั้งนี้ต้องไม่ใช่การกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอกหรือองค์กรที่บุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานกิจกรรมในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือทุกขั้นตอนรูปแบบการตัดสินใจของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับทรัพยากรและปัจจัยการผลิตที่มีอยู่จะต้องทำเพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาชีวิตในทุกๆด้านของตนเองที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้นกว่าเดิม

 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า หมายถึงกระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัยและสวัสดิการ รวมทั้งชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยเน้นเรื่องการพัฒนาความรู้ความสามารถของประชาชน ในการพัฒนาชุมชนของตนเอง ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยดังนี้
　 - การนำเทคโนโลยีทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวมาใช้ ไม่สามารถแก้ปัญหาสุข ภาพในชุมชนได้เท่ากับการดูแลตนเอง
　 - การจัดบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ไม่สอดคล้องหรือไม่เป็นที่ยอมรับในชุมชนก่อให้เกิดการสูญเสียเปล่าเนื่องจากประชาชนไม่มารับบริการ
　 - ชุมชนมีทรัพยากรมากมาย ทั้งด้านวัสดุ อุปกรณ์ กำลังคน สามารถนำมาใช้ซึ่งจะทำให้ชุมชนยอมรับและเข้าถึงการบริการ
　 - ประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับกิจกรรมที่จะส่งผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของตนเอง

2.2.3 รูปแบบของการมีส่วนร่วม

อรทัย ทองขันเส, 2557ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมที่ดำเนินการอยู่โดยทั่วไปสามารถสรุปได้เป็น 5 รูปแบบ (แนวความคิดและหลักการการมีส่วนร่วมของประชาชน, 2547) ได้แก่

 1) การรับรู้ข่าวสาร (Public information) การมีส่วนร่วมในรูปแบบนี้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการรวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งนี้การได้รับแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

 2) การปรึกษาหารือ (Public consultation) เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบเพื่อที่จะรับฟังความคิดเห็นและตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติมหรือประกอบการจัดทำรายงานการศึกษาผลกระทบสิ่งแวดล้อมนอกจากนี้การปรึกษาหารือยังเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการกระจายข้อมูลข่าวสารไปยังประชาชนทั่วไปและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความเข้าใจในโครงการและกิจกรรมมากขึ้นและเพื่อให้มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อประกอบทางเลือกในการตัดสินใจ

 3) การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมและผู้มีอำนาจตัดสินใจในการทำโครงการหรือกิจกรรมนั้นได้ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจและค้นหาเหตุผลที่จะดำเนินโครงการหรือกิจกรรมในพื้นที่นั้นหรือไม่การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีหลายรูปแบบรูปแบบที่พบเห็นกันบ่อย ได้แก่

 3.1) การประชุมในระดับชุมชน (Community meeting) การประชุมลักษณะนี้จะต้องจัดขึ้นในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการโดยเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมจะต้องส่งตัวแทนเข้าร่วมเพื่ออธิบายให้ที่ประชุมทราบถึงลักษณะโครงการและผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและตอบข้อซักถามการประชุมในระดับนี้อาจจะจัดในระดับที่กว้างขึ้นได้เพื่อรวมหลายๆชุมชนในคราวเดียวกันในกรณีที่มีหลายชุมชนได้รับผลกระทบ

 3.2) การประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical hearing) สำหรับโครงการที่มีข้อโต้แย้งในเชิงวิชาการจำเป็นจะต้องมีการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการโดยเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจากภายนอกมาช่วยอธิบายซักถามและให้ความเห็นต่อโครงการการประชุมอาจจะจัดในที่สาธารณะทั่วไปผลการประชุมจะต้องนำเสนอต่อสาธารณะและผู้เข้าร่วมประชุมต้องได้รับทราบผลดังกล่าวด้วย

 3.3) การประชาพิจารณ์ (Public hearing) เป็นการประชุมที่มีขั้นตอนการดำเนินการที่ชัดเจนมากขึ้นเป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังทั้งฝ่ายเจ้าของโครงการและฝ่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการการประชุมและคณะกรรมการจัดการประชุมจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับมีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจนและแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบทั่วกันซึ่งอาจมาจากการร่วมกันกำหนดขึ้นทั้งนี้รูปแบบการประชุมไม่ควรจะเป็นทางการมากนักและไม่เกี่ยวข้องกับนิสัยของกฎหมายที่จะต้องมีการชี้ขาดเหมือนการตัดสินในทางกฎหมายการจัดประชุมจึงอาจจัดในหลายวันและไม่จำเป็นว่าจะต้องจัดเพียงครึ่งเดียวหรือสถานที่เดียวตลอดไป

 3.4) การร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งในทางปฏิบัติที่จะให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้นๆไม่สามารถดำเนินการให้เกิดขึ้นได้ง่ายๆอาจดำเนินการให้ประชาชนที่ได้รับผลกระทบเลือกตัวแทนของตนเข้าไปนั่งในคณะกรรมการคณะใดคณะหนึ่งที่มีอำนาจตัดสินใจรวมทั้งได้รับเลือกในฐานะที่เป็นตัวแทนขององค์กรที่ทำหน้าที่เป็นผู้แทนประชาชนในพื้นที่ซึ่งประชาชนจะมีบทบาทชี้นำการตัดสินใจได้เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของคณะกรรมการพิเศษนั้นว่าจะมีการวางน้ำหนักของประชาชนได้เพียงใด

 3.5) การใช้กลไกทางกฎหมายรูปแบบนี้ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรงในเชิงของการป้องกันแก้ไขแต่เป็นลักษณะของการเรียกร้องและป้องกันสิทธิของตนเองอันเนื่องมาจากการไม่ได้รับความเป็นธรรมและเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ที่ตนเองคิดว่าควรจะได้รับโดยในปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้ให้หลักการเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ในหลายมาตราซึ่งประชาชนสามารถใช้สิทธิของตนตามรัฐธรรมนูญทั้งในรูปของปัจเจกและในรูปขององค์กรตามที่ได้ระบุไว้ในพระราชบัญญัติต่างๆที่ได้บัญญัติขึ้นจากมาตรการดังกล่าวข้างต้นเช่นพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540

 2.2.4 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

 โกวิทย์ พวงงาม (2545, หน้า 8) ได้สรุปถึงการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของประชาชน ในการพัฒนา ควรจะมี 4 ขั้นตอน คือ
              1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาของแต่ละท้องถิ่น กล่าวคือถ้าหากชาวชนบทยังไม่สามารถทราบถึงปัญหาและเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาในท้องถิ่นของตนเป็นอย่างดีแล้ว การดำเนินงานต่าง ๆเพื่อแก้ปัญหาของท้องถิ่นย่อม ไร้ประโยชน์เพราะชาวชนบทจะไม่เข้าใจและมองไม่เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงานเหล่านั้น
              2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เพราะการวางแผนดำเนินงาน เป็นขั้นตอนที่จะช่วยให้ชาวชนบทรู้จักวิธีการคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผลรู้จักการ นำเอาปัจจัยข่าวสารข้อมูลต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผน
              3) การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน แม้ชาวชนบทส่วนใหญ่จะมีฐานะยากจน แต่ก็มีแรงงานของตนที่สามารถใช้เข้าร่วมได้การร่วมลงทุนและปฏิบัติงานจะทำให้ชาวชนบทสามารถคิดต้นทุนดำเนินงานได้ด้วยตนเองทำให้ได้เรียนรู้การดำเนิน กิจกรรมอย่างใกล้ชิด
              4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ถ้าหากการติดตามงานและประเมินผลงานขาดการมีส่วนร่วมแล้วชาวชนบทย่อมจะไม่ทราบด้วยตนเองว่างานที่ทำไปนั้นได้รับผลดี ได้รับประโยชน์หรือไม่อย่างใดการดำเนินกิจกรรมอย่างเดียวกันใน โอกาสต่อไปจึงอาจจะประสบความยากสำบาก

 มงคล จันทร์ส่อง (2544) ได้กำหนดรูปแบบและขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของบุคคลไว้ว่าองค์ประกอบรูปแบบของการมีส่วนร่วมมีอยู่ 3 ด้านดังนี้

1. การมีส่วนร่วมจะต้องมีวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนการให้บุคคล
2. เข้าร่วมกิจกรรมจะต้องมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจนว่าจะทำกิจกรรมนั้นๆไปเพื่ออะไรผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้ตัดสินใจถูกว่าควรจะเข้าร่วมหรือไม่
3. การเข้าร่วมจะต้องมีบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมาย การที่จะให้บุคคลเข้ามามีส่วนในร่วมกิจกรรมนั้นจะต้องระบุกลุ่มเป้าหมายด้วย อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปบุคคลกลุ่มเป้าหมายมักถูกจำกัดโดยกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมอยู่แล้วเป็นพื้นฐาน

 ฟอร์นารอฟ (Fornaroff, 1980 : 104)  เสนอว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีขั้นตอนการมีส่วนร่วม  ดังนี้
         1.  การวางแผนรวมถึงการตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมาย   กลวิธี  ทรัพยากรที่ต้องใช้  ตลอดจนการติดตามประเมินผล
         2.  การดำเนินงาน
          3.  การใช้บริการจากโครงการ
         4.  การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

 อภิญญา  กังสนารักษ์ (2544 : 14 – 15) ได้นำเสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน  4  ขั้นตอน  คือ
          1.  การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ
           2.  การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยากรที่จะใช้ในโครงการ
           3.   การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์ให้แก่โครงการ  โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์  วัสดุอุปกรณ์  และแรงงาน
              4.   การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวก็ได้

 เรนุมาศ รักษาแก้ว (ม.ป.ป) การแบ่งระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความละเอียดของการแบ่งเป็นสำคัญโดยมีข้อพึงสังเกตคือ ถ้าระดับการมีส่วนร่วมต่ำจำนวนประชาชนที่เข้ามีส่วนร่วมจะมากและยิ่งระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นเพียงใดจำนวนประชาชนที่เข้ามีส่วนร่วมก็จะลดลงตามลำดับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเรียงตามลำดับจากต่ำสุดไปหาสูงสุด ได้แก่

 1. ระดับการให้ข้อมูลเป็นระดับต่ำสุดและเป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดของการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้วางแผนโครงการกับประชาชนมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลแก่ประชาชน โดยวิธีการต่าง ๆ เช่นการแถลงข่าวการแจกข่าวสาร และการแสดงนิทรรศการ เป็นต้นแต่ไม่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นหรือเข้ามาเกี่ยวข้องใด ๆ

 2. ระดับการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชนเป็นระดับขั้นที่สูงกว่าระดับแรก กล่าวคือผู้วางแผนโครงการจะเชิญชวนให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นเพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินข้อดีข้อเสียของโครงการอย่างชัดเจนมากขึ้น เช่นการจัดทำแบบสอบถามก่อนริเริ่มโครงการต่าง ๆหรือการบรรยายและเปิดโอกาสให้ผู้ฟังแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการนั้น ๆ เป็นต้น

 3. ระดับการปรึกษาหารือ เป็นการเจรจาอย่างเป็นทางการระหว่างผู้วางแผนโครงการและประชาชนเพื่อประเมินความก้าวหน้าหรือระบุประเด็นข้อสงสัยต่าง ๆ เช่น การจัดประชุมการจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ และการเปิดกว้างรับฟังความคิดเห็น เป็นต้น

 4. ระดับการวางแผนร่วมกันเป็นระดับการมีส่วนร่วมที่ผู้วางแผนโครงการกับประชาชนมีความรับผิดชอบร่วมกันในการวางแผนเตรียมโครงการและผลที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินการโครงการเหมาะที่จะใช้สำหรับการพิจารณาประเด็นที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและมีข้อโต้แย้งมากเช่น การใช้กลุ่มที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง ๆที่เกี่ยวข้องการใช้อนุญาโตตุลาการเพื่อแก้ปัญหาข้อ[ขัดแย้ง](http://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=%E0%B8%82%E0%B8%B1%E0%B8%94%E0%B9%81%E0%B8%A2%E0%B9%89%E0%B8%87&action=edit&redlink=1)และการเจรจาเพื่อหาทาง[ประนีประนอมกัน](http://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%99%E0%B8%B5%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%99%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%99&action=edit&redlink=1)เป็นต้น

 5. ระดับการร่วมปฏิบัติเป็นระดับที่ผู้รับผิดชอบโครงการกับประชาชนร่วมกันดำเนินโครงการเป็นขั้นการนำโครงการไปปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

 6. ระดับการควบคุมโดยประชาชนเป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมโดยประชาชน เพื่อแก้ปัญหาข้อขัดแย้งที่มีอยู่ทั้งหมด เช่น[การลงประชามติ](http://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A5%E0%B8%87%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%95%E0%B8%B4&action=edit&redlink=1)แต่การลงประชามติจะสะท้อนถึงความต้องการของประชาชนได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับความชัดเจนของประเด็นที่จะลงประชามติและการกระจายข่าวสารเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของประเด็นดังกล่าวให้ประชาชนเข้าใจอย่างสมบูรณ์และทั่วถึงเพียงใดโดยในประเทศที่มีการพัฒนาทางการเมืองแล้วผลของการลงประชามติจะมีผลบังคับให้รัฐบาลต้องปฏิบัติตามแต่สำหรับประเทศไทยนั้น รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันบัญญัติให้ผลของการประชามติมีทั้งแบบที่มีข้อยุติโดยเสียงข้างมากและแบบที่เป็นเพียงการให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีซึ่งไม่มีผลบังคับให้รัฐบาลต้องปฏิบัติตามแต่อย่างใด (มาตรา 165)

 โกวิทย์ พวงงาม (2545, หน้า 8) ได้สรุปถึงการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของประชาชน ในการพัฒนา ควรจะมี 4 ขั้นตอน คือ
              1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาของแต่ละท้องถิ่น กล่าวคือถ้าหากชาวชนบทยังไม่สามารถทราบถึงปัญหาและเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาในท้องถิ่นของตนเป็นอย่างดีแล้ว การดำเนินงานต่าง ๆเพื่อแก้ปัญหาของท้องถิ่นย่อม ไร้ประโยชน์เพราะชาวชนบทจะไม่เข้าใจและมองไม่เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงานเหล่านั้น
              2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เพราะการวางแผนดำเนินงาน เป็นขั้นตอนที่จะช่วยให้ชาวชนบทรู้จักวิธีการคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผลรู้จักการ นำเอาปัจจัยข่าวสารข้อมูลต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผน
              3) การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน แม้ชาวชนบทส่วนใหญ่จะมีฐานะยากจน แต่ก็มีแรงงานของตนที่สามารถใช้เข้าร่วมได้การร่วมลงทุนและปฏิบัติงานจะทำให้ชาวชนบทสามารถคิดต้นทุนดำเนินงานได้ด้วยตนเองทำให้ได้เรียนรู้การดำเนิน กิจกรรมอย่างใกล้ชิด
              4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ถ้าหากการติดตามงานและประเมินผลงานขาดการมีส่วนร่วมแล้วชาวชนบทย่อมจะไม่ทราบด้วยตนเองว่างานที่ทำไปนั้นได้รับผลดี ได้รับประโยชน์หรือไม่อย่างใดการดำเนินกิจกรรมอย่างเดียวกันใน โอกาสต่อไป จึงอาจจะประสบความยากสำบาก
 สำนักมาตรฐานอุดมศึกษาและทบวงมหาวิทยาลัย (2545, หน้า 116) ยังได้ กล่าวถึงการมีส่วนร่วมในขั้นตอนของการพัฒนา 5 ขั้น ดังนี้
              1) ขั้นมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาในชุมชนตลอดจนกำหนดความต้องการของชุมชน และมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการ
              2) ขั้นมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาโดยประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนด นโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการกำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงานตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่ใช้
              3) ขั้นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์และแรงงานหรือเข้าร่วม บริหารงาน ประสานงานและดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก
              4) ขั้นการมีส่วนร่วมในการับผลประโยชน์จากการพัฒนาเป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการพัฒนาหรือยอมรับผลประโยชน์อันเกิดจากการพัฒนาทั้งด้านวัตถุและจิตใจ
              5) ขั้นการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนา เป็นขั้นที่ประชาชนเข้าร่วมประเมินว่าการพัฒนาที่ได้กระทำไปนั้นสำเร็จดามวัตถุประสงค์เพียงใด

2.2.5 ระดับของการมีส่วนร่วม

 นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546, หน้า 17) ได้กล่าวถึงระดับของการมีส่วนร่วมดาม หลักการทั่วไปว่าแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ
              1) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ของตน/ครอบครัว/ชุมชนของตน
              2) การมีส่วนร่วมรับข้อมูลข่าวสาร
              3) การมีส่วนร่วมตัดสินใจ โดยเฉพาะในโครงการที่ตนมีส่วนได้เสียโดย แบ่งเป็น 3 กรณีแล้วแต่กิจกรรมในตนอยู่ในขั้นตอนใดต่อไปนี้
                  3.1) ตนมีนํ้าหนักการตัดสินใจน้อยกว่าเจ้าของโครงการ
                3.2) ตนมีนํ้าหนักการตัดสินใจเท่ากบเจ้าของโครงการ
                  3.3) ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจมากกว่าเจ้าของโครงการ
              4) การส่วนร่วมทำ คือร่วมในขั้นดอนการดำเนินงานทั้งหมด
              5) การมีส่วนร่วมสนับสนุน คืออาจไม่มีโอกาสร่วมทำ แต่มีส่วนร่วมช่วยเหลือ ในด้านอื่น ๆ
             นอกจากนี้ยังได้มีการแบ่งระดับของการมีส่วนร่วมเป็นระดับของการมีส่วนร่วมตามแนวทางพัฒนาชุมชน เป็นการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนโดยได้ แบ่งไว้ดังนี้
              1) ร่วมค้นหาปัญหาของตนให้เห็นว่าสิ่งใดที่เป็นปัญหารากเหง้าของปัญหา
              2) ร่วมค้นหาสิ่งที่จำเป็นของตนในปัจจุบันคืออะไร
                  2.1 ร่วมคิดช่วยตนเองในการจัดสำดับปัญหา เพื่อจะแก้ไขสิ่งใดก่อนหลัง
                  2.2 วางแผนแก้ไขปัญหาเป็นเรื่อง ๆ
                  2.3 ร่วมระดมความคิด ถึงทางเลือกต่าง ๆ และเลือกทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อ แก้ไขปัญหาที่วางแผนนั้น
                  2.4 ร่วมพัฒนาเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้
                  2.5 ร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น ๆ
                  2.6 ร่วมติดตามการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงาน
                  2.7 ร่วมรับผลประโยชน์/หรือร่วมเสียผลประโยชน์จากการดำเนินงาน

**2.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวช**

2.3.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเวช

 **นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข อธิบดีกรมสุขภาพจิต**กล่าวว่า โรคทางจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังและเป็นโรคทางสมอง อย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้ไม่ดีต้องดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องและอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์สาเหตุของการเกิดโรคมาจากหลายปัจจัยด้วยกัน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีอยู่ 2 ประการสำคัญ คือ ต้องดูแลไม่ให้ขาดยาเป็นอันขาด และครอบครัวหรือคนรอบข้างต้องช่วยกันดูแลผู้ป่วยให้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติ เพราะหากเกิดสภาพแวดล้อม ที่แปลกแยกหรือกดดัน กีดกันรังเกียจ อาจเพิ่มปัญหาต่อการรักษามากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกดดันปลีกตัว หรืออาละวาดขึ้นมาได้ ประกอบกับ ต้องให้ความรัก ความห่วงใยเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ให้ผู้ป่วยขาดยา (หนังสือพิมพ์แนวหน้า, 2557)

 สมาคมสายใยครอบครัว ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเวช คือ กลุ่มอาการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมาน หรือมีความบกพร่องในกิจวัตรต่างๆ โรคจิตเวชแบ่งออกได้เป็นหลายประเภท โดยถือเอาสาเหตุและอาการเป็นตัวกำหนดโรคนั้นๆได้แก่

1. [โรคจิตเภท (Schizophrenia)](http://www.thaifamilylink.net/web/node/29#an2)
2. [โรคซึมเศร้า (Depression)](http://www.thaifamilylink.net/web/node/29#an3)
3. [โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder)](http://www.thaifamilylink.net/web/node/29#an4)
4. โรคกังวลไปทั่ว (Generalized Anxiety Disorder)
5. โรคออทิสซึ่ม (Autistic Disorder)
6. ความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (Substance-related Disorder)
7. โรคสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งแบ่งเป็นหลายชนิด เช่น อัลไซเมอร์ (Alzheimer’s Type)

 สุชาติ พหลภาคย์, 2547 ให้ความหมายว่า โรคจิตเป็นความผิดปกติของสมองอย่างหนึ่งอาการที่สำคัญคือมีความผิดปกติในการคิด (Thinking) มีความผิดปกติในการรับรู้มีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ทื่อการวินิจฉัยต้องอาศัยอาการเป็นหลักและการวินิจฉัยต้องอาศัยอาการหลายๆอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันมากกว่าจะใช้อาการใดอาการหนึ่งเพียงอย่างเดียว (สุชาติ พหลภาคย์, 2547 อ้างใน สุกัญญา ละอองศรี (2559))

 ศ.นพ.มาโนช หล่อตระกูล (2557) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเกิดจากโรคทางร่างกายหรือสารต่างๆ นั้น ส่วนใหญ่แล้วเมื่อรักษาโรคทางร่างกาย หรือหยุดการใช้สารหรือยาต่างๆ แล้วอาการก็จะหายหรือดีขึ้น โรคจิตเภทและโรคจิตหลงผิดนั้นจะค่อนข้างเรื้อรัง ส่วนโรคจิตที่เกิดจากโรคอารมณ์แปรปรวน และโรคจิตชนิดเฉียบพลันมักเป็นไม่นาน โรคจิตนั้นแบ่งออกเป็นหลายชนิดมาก แต่ละชนิดยังอาจแบ่งออกเป็นกลุ่มอาการย่อยๆ ลงไปอีก อย่างไรก็ตามพอจะจัดเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 6 กลุ่ม ดังนี้

1. โรคจิตเภท
2. โรคจิตหลงผิด
3. โรคจิตที่เกิดจากโรคอารมณ์แปรปรวน
4. โรคจิตชนิดเฉียบพลัน
5. โรคจิตที่เกิดจากโรคทางร่างกาย
6. โรคจิตที่เกิดจากสารต่างๆ หรือยา

2.3.2 อาการสำคัญและการดำเนินโรคจิตเวช

อาการของโรคจิตจะค่อยๆเกิดขึ้นเป็นช่วงระยะเวลานานโดยที่บุคคลนั้นหรือครอบครัวเข้าใจว่าเป็นความเจ็บป่วยธรรมดาเช่นปวดศีรษะนอนไม่หลับแต่ยังทำงานได้ตามปกติหลังจากนั้นจึงเริ่มมีอาการซึมคิดมากไม่มีสมาธิพูดมากเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปแต่บางคนอาจเกิดอาการผิดปกติอย่างทันทีทันใดและมีอาการรุนแรงมีอาการประสาทหลอนหลงผิดความคิดเปลี่ยนไป (สุชาติ พหลภาคย์, 2547) ส่วนใหญ่จะมีอาการเด่นๆ อย่างน้อย 2 กลุ่มอาการที่แตกต่างกันคือกลุ่มอาการด้านบวก (Positive syndrome) มีอาการประสาทหลอนหลงผิดมีความคิดสับสนและกลุ่มอาการด้านลบ (Negative syndrome) มีการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติสีหน้าเฉยเมยขาดความกระตือรือร้นซึมเศร้าแยกตัวออกจากสังคมโดยทั่วไปแบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (พูนศรี รังสีขจี และคณะ, 2547 อ้างใน สุกัญญา ละอองศรี, 2559)

 1) ระยะเริ่มมีอาการ (Prodomal phase) ระยะนี้เป็นระยะที่เริ่มมีอาการแต่ไม่แสดงอาการเด่นชัดส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไปมักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพการเรียนหรือการทำงานระยะนี้อาจมีอาการนานเป็นเดือนๆถึงปีและจะแสดงอาการผิดปกติชัดเจนขึ้น

 2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ในระยะนี้มีความผิดปกติโดยแสดงอาการทางจิตมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเช่นหูแว่วประสาทหลอนหลงผิดและมีพฤติกรรมแปลกๆเป็นด้นส่วนใหญ่มีอาการกำเริบรุนแรงเป็นระยะเมื่อมีปัจจัยส่งเสริมเช่นผู้ป่วยโรคจิตมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานและปฏิเสธการรักษาเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเข้ารับการรักษาช้าเนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปและมีการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด

 3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) เป็นระยะที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาและผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่องในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบลงแต่ยังมีความหลงเหลืออยู่โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยนานพบว่ากลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) เริ่มลดลงขณะที่กลุ่มอาการด้านลบกลับมีอาการมากขึ้น (Negative symptoms)

**2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

จิราภรณ์ นพคุณขจร และจีระพรรณ สุริยงค์ (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 15 ราย กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ15 ราย โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ และการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ และคณะ (2548) 2)เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป2) แบบวัดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งสร้างขึ้นโดย อัจฉราวรรณ ตรียวง และภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ 3) แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ของ สาธุพร พุฒขาว (2541) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางเมื่อมีการวัดซ้ำ (two-way repeated measures analysis of variance) และการทดสอบค่าทีชนิด 2กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)ผลการศึกษาพบว่า1.ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ ในระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ2.ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสิ้นสุดทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .0013. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ ระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านหลังจากผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมสิ้นสุดทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ผู้ดูแลไม่ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ธาราทิพย์ อุทัศน์ และคณะ (2551) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชุมชนร้องกวาง จังหวัดแพร่ ทำการวิจัยแบบการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ได้มีความรู้ในการดูแลตนเอง และสามารถจัดการกับอาการทางจิตได้เหมาะสม ซึ่งรูปแบบการให้บริการประกอบด้วย 1) การติดตามการรับยาต่อเนื่อง 2) การให้ความรู้ของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล โดยการสอน แจกเอกสาร แผ่นพับ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคและอาการของโรคจิตเวช การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล/คนในครอบครัว ความรู้เรื่องยา การรักษา รวมถึงแหล่งช่วยเหลือ 3) การทำกลุ่มผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัว 4) การเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาในการให้บริการแต่ละครั้งนาน 3 ชั่วโมง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้ป่วยจิตเวช และผู้ดูแล ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลร้องกวาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม2548 - มิถุนายน 2549 เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และ แบบสอบถามระดับความพึงพอใจ กับความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช โดยวัดก่อนและหลังการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ป่วยจำนวน 28 คน และผู้ดูแล จำนวน 7 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ภายหลังให้การบริการ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระดับความพึงพอใจ ของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวชและผู้ดูแล พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวช พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

พิมพาภรณ์ แก้วมา และพรทิพย์ ธรรมวงค์ (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงระหว่างเดือน มกราคม ถึง เดือนธันวาคม 2544 จำนวน 11 คน มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินผู้ป่วยก่อนให้การดูแล (PACT) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน แบบประเมินอาการทางจิต(BPRS) แบบวัดความสามารถโดยรวม (GAF) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (QOL) ผลการวิจัยพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิต และคะแนนความสามารถโดยรวมในระยะหลังทดลองมากกว่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

สุทธิศักดิ์ นรดี (2555) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน บ้านหนองบัวตาคง หมู่ 4 ตำบลกู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ก่อนพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง (2.10คะแนน) จึงได้จัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ และประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการจัดกิจกรรม 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านรากฐาน กระบวนการ ภาคีเครือข่าย และประชาชน ผลการดาเนินงานตามรูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูง (2.41 คะแนน)

สมใจ วินิจกุล, นิตยา สุขชัยสงค์ (2556) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้โดยมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลักสิ่งสำคัญคือการประสานงานและการสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมตลอดโครงการและสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มอื่นๆได้

เสาวภา ศรีภูสิตโต และอรสา วัฒนศิริ (2556) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชรมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภททุกคนที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองและอำเภอโกสัมพีนคร จำนวน 467 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบประเมินความสามารถโดยรวม (GAF scale) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซํ้า และอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยาสมํ่าเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการใช้ยาและสารเสพติดลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ดร.ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, ผศ.ลักขณา ยอดกลกิจ และคณะ (2557) ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจังหวัดนนทบุรี พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมี 2 องค์ประกอบคือการมีอาจารย์/พยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาลวิชาชีพให้การดูแลที่บ้านและเพื่อประเมินปัญหาและการจัดทำโครงการชีวีสดใสและรณรงค์ไม่ให้ดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมในชุมชนการมีอาจารย์sหรือพยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาลให้การดูแลที่บ้านมีผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมโครงการ 10 ครอบครัวผลการดำเนินงานในระยะเวลา 6 เดือนพบว่าผู้ป่วย 8 คนมีการทำหน้าที่ทั่วไปและสมรรถภาพทางจิตดีขึ้นมีผู้ป่วย 2 คนดื่มแอลกอฮอล์ซํ้ามีอาการทางจิตต้องส่งรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาฯเนื่องจากสภาพแวดล้อมในชุมชนเสี่ยงต่อการกลับเป็นซํ้าอันเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ข้อเสนอแนะคือรัฐบาลควรรับผิดชอบกำหนดนโยบายคุ้มครองให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยจัดให้มีทีมสหสาขา เช่น พยาบาลวิชาชีพอาจารย์/นักศึกษาหรือให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยพยาบาลวิชาชีพควรได้รับค่าตอบแทนจากระบบประกันสุขภาพในขณะเดียวกันมีมาตรการควบคุมการซื้อ-ขายดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนอย่างเคร่งครัด

เปรมฤดี ดำรักษ์ และคณะ (2557) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25–34 ปี นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาชีพรับจ้าง สถานภาพทางสังคมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข รองลงมามีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา ส่วนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน 7 กิจกรรม สรุปได้เป็น 3 วงจร คือวงจรที่ 1เชื่อมโยงสายใย เป็นการถ่ายทอดตามเจตคติ ความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน วงจรที่ 2 ร้อยใจร่วมกัน เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในชุมชน วงจรที่ 3 ผูกพันต้องใจ เป็นการค้นหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

สมพงษ์ จันทร์โอวาท, สุภาพร สุโพธิ์ (2557) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่าสถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน CUP แกดำพบว่าระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 81.69 ระดับดีร้อยละ 11.27 และระดับไม่ดีร้อยละ 7.04 (2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง CUP แกดำจึงมีโครงการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง CUP แกดำโครงการอบรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและใช้ชุมชนเป็นฐาน (3) โครงการที่ชุมชนมีส่วนร่วมได้แก่การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกด้านการพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคเรื้อรังเพื่อการวางแผนดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการพัฒนาระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพรวดเร็วปลอดภัยและการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมการดูแลต่อเนื่องผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรคอยู่ในระดับมากมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.05

สุธีกาญจน์ ไชยลาภ และอังสนา วิริยโกศล (2557) ได้ศึกษาการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนภายหลังกลับคืนสู่สังคม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เจ็บป่วยทางจิตภายหลังจากกลับไปในชุมชนเขตบางซื่อจำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการดูแลตนเอง ทักษะในการทำงานทักษะทางด้านสังคม และทักษะการใช้ชีวิต พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีอาการทางจิตที่ควบคุมตนเองได้ ระดับทักษะในการดูแลตนเองพบว่าอยู่ในระดับดี โดยที่ทักษะในการดูแลตนเองได้ทำได้ดีที่สุดคือเรื่องการรับประทานอาหาร ระดับทักษะในการทำงานพบว่าต้องได้รับความช่วยเหลือในบางครั้งโดยที่ทักษะในการทำงานที่ทำได้ดีที่สุดคือความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายระดับทักษะทางด้านสังคมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ทักษะทางด้านสังคมที่ทำได้ดีที่สุดคือเรื่องการแต่งกายได้เหมาะสม และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนพบว่าทำได้ในระดับปานกลางโดยที่ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนที่ผู้ป่วยทำได้ดีที่สุดคือการรู้จักดูแล เปิด-ปิด เครื่องใช้ภายในบ้านได้ ทักษะทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05ผู้เจ็บป่วยทางจิตที่รับประทานยาสม่ำเสมอมีระดับทักษะทั้ง 4 ด้านสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับประทานยาสม่ำเสมอ และมีระดับความสัมพันธ์ระหว่างทักษะทั้ง 4 ด้านสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับประทานยาสม่ำเสมอด้วย

ทัศนะ เปลี่ยนเอก, อังสุมารินทร์ ไชยราช และคณะ (2558) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายเขตรับผิดชอบรพ.สต.บ้านหนองฮางตำบลธาตุอำเภอวานรนิวาสจังหวัดสกลนคร ผลการวิจัยพบว่า หลังจากประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนวางแผนการแก้ไขปัญหาจึงเกิดโครงการแก้ไขปัญหา 2 โครงการได้แก่ 1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการนักจัดการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุผู้พิการและผู้ป่วยโรคเรื้อรังขยายผลสู่ชุมชนและได้อสม. จิตอาสาที่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน 154 คนและ 2) โครงการคนตำบลธาตุไม่ทอดทิ้งกันเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุผู้พิการและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ติดเตียง) มีการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการโดยทีมหมอครอบครัว /อสม./จิตอาสาที่ผ่านการอบรม/นาชุมชน/ท้องถิ่นสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน ปรึกษาแพทย์ทางไลน์cocเป็นรายกรณี และได้จัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตำบลด้วยเงินบริจาคจากคนในชุมชนและจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสาหรับดูแลผู้ป่วยคือถังออกซิเจน เสาน้ำเกลือ แพมเพิสWalking ที่นอนลมซึ่งมีคณะกรรมการบริหารกองทุนเป็นคนในชุมชนเพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของ

วาสนา นามเหลา (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 100 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคมพ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินภาระการดูแล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับน้อย(𝑥̅ = 49.86) อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.22, r = -.24, r = -.29, p < .05 ตามลำดับ)ทั้งสามตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 12 (R2adj = 0.12, p < .05) โดยอายุของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด(β = -0.23) รองลงมาคือสัมพันธภาพในครอบครัว (β = -0.22)

ณัฐติกา ชูรัตน์ (2559) ศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปิเหล็งที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปิเหล็ง 5 ราย ญาติ/ผู้ดูแล 5 ราย ผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง12 ราย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการบันทึกภาคสนาม ผลการศึกษา พบว่า สาเหตุการกลับเป็นซ้ำ คือ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ยาจิตเวช และสถานบริการด้านสุขภาพจิต2) ขาดความตระหนักในการรับประทานยา 3) การใช้สารเสพติด 4) ความเครียดของผู้ป่วย 5) ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแล 6) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ แนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำคือ 1) ให้ความรู้ที่ครอบคลุม ได้แก่ สาเหตุอาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ สถานพยาบาลที่รักษา และควรให้ข้อมูลเป็นรายกรณี2) สร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3) ลด ละ เลิกสารเสพติด 4) จัดการอารมณ์ให้เป็น 5) ชุมชนร่วมดูแลอย่างกัลยาณมิตร6) ไม่สร้างตราบาปให้กัน

พิศสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ดผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบมีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องพัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่ายและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันแบ่งเป็น 3 ระยะคือระยะที่ 1พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระยะที่ 2 ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่องและระยะที่ 3 สรุปและประเมินหลังการปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 78.6

สุกัญญา ละอองศรี (2559) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสวรรค์ ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้นเป็นการพัฒนาและร่วมกันเรียนรู้ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ การสนทนากลุ่ม ในการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผน จนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม 4 ด้าน คือ ด้านประชาชนด้านภาคีเครือข่ายด้านกระบวนการ และด้านการพัฒนาและเรียนรู้ ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและความรู้อยู่ในระดับมากซึ่งโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) และผลการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชหลังการพัฒนาผู้ป่วยจิตเวชมีคะแนนการประเมินสมรรถภาพเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.368)

สิ้นเงิน สุขสมปอง, สาวิตรี แสงสว่าง และคณะ (2559) ได้ศึกษาเรื่องความชุกของโรคจิตเวชในสังคมเมืองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่าความชุกของโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในสังคมเมืองคือกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorder), โรคทางอารมณ์ (Mood disorder), โรคจิตเวชเนื่องมาจากสารเสพติด (Substance abuse disorder) ตามลำดับและในประเทศไทยพบความชุกของโรคจิตเวชร้อยละ 14.3 โดยพบความผิดปกติจากพฤติกรรมการดื่มสุรามากที่สุด รองลงมาคือ โรคทางอารมณ์ โรควิตกกังวล และโรคจิตตามลำดับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านความยากจน, การอพยพย้ายถิ่น, การใช้สารเสพติด, ความหนาแน่นของประชากร, เพศ, อายุและพัฒนาการตามวัย

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research ) โดยการประชุมชี้แจง คืนข้อมูลและให้ความรู้แก่คณะทำงานและเครือข่าย มีตัวแปรอิสระ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การรับรู้ข้อมูล การมีส่วนร่วมและการคืนข้อมูลของคณะทำงานและเครือข่ายการดำเนินงาน ส่งผลให้เกิดตัวแปรตาม คือ การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยมีตัวแปรควบคุม ได้แก่ ผู้วิจัยวิทยากรผู้ให้ความรู้ การประชุมชี้แจง และการให้ความรู้ แก่คณะทำงาน และเครือข่ายการดำเนินงาน ดังภาพที่ ............

- การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

**ตัวแปรตาม(Dependent)**

 - ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
 - การรับรู้ข้อมูล, การมีส่วนร่วมและการคืนข้อมูลของคณะทำงานและเครือข่ายการดำเนินงาน

**ตัวแปรอิสระ (Independent)**

**ภาพที่ ........**กรอบแนวคิดการวิจัย

**บทที่ 3**

**วิธีดำเนินการวิจัย**

 การวิจัยเรื่องนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มซึ่งมีลำดับขั้นตอนของการวิจัยดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4 การสร้างเครื่องมือ

3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7 การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการวิจัย

 การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อให้ครอบครัว ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ตำรวจ, เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจนแลน, นายกองค์การบริหารส่วนตำบลแจนแลน, เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน อบต.แจนแลน ประกอบด้วย 1)การประชุมชี้แจง คืนข้อมูลและให้ความรู้แก่คณะทำงานและเครือข่าย ประกอบด้วย เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความรุนแรงในพื้นที่ การถอดบทเรียน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในแต่ละหมู่บ้าน และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน 2) การจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ร่วมกับจิตแพทย์จากโรงพยาบาลขอนแก่น ใช้เทคนิคกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

 3.2.2 ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้จิตเวชในพื้นที่ ตำบลแจนแลน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ตำรวจ, เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจนแลน, นายกองค์การบริหารส่วนตำบลแจนแลน, เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน อบต.แจนแลน จำนวน 25 คน

 3.2.3 กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ผู้นำชุมชน 9 คน ,อสม.9 คน,ตำรวจ 2 นาย,เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน ,นายกองค์การบริหารส่วนตำบลแจนแลน 1 คน ,เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน อบต.แจนแลน 2 คน

**3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

 3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นแบบบันทึกการสนทนากลุ่มตามที่ทีมวิจัยได้ตั้งขึ้น โดยใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน ซึ่งดัดแปลงประเด็นคําถามจากงานวิจัยของสุทธิศักดิ์ นรดี (2555) แบบบันทึกสังเกตการปฏิบัติงานใช้ในการสังเกตการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอน และสังเกตพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมประชุมของการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) โดยกรอบเนื้อหาที่ใช้ในการสังเกต แบบมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนตามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

 3.3.1.1 การเสนอแนวคิดในขณะประชุม

 3.3.1.2 การร่วมอภิปรายในขณะประชุม

 3.3.1.3 การเป็นที่ปรึกษากลุ่มในขณะประชุม

 3.3.1.4 สามารถช่วยวิเคราะห์ปัญหา

 3.3.1.5 สามารถช่วยสรุปประเด็นสําคัญ

 3.3.1.6 เสนอตัวรับผิดชอบ

 3.3.1.7 ชี้นำเพื่อนร่วมกลุ่ม

 3.3.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช และการดูแลผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น โดยใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจํานวน 25 คน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การให้คะแนนความรู้เรื่องโรคจิตเวชและการดูแล ข้อคําถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก และ ผิด จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

 ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนการจําแนก คะแนนระดับความรู้ โดยประยุกต์จากการวัดคะแนนระดับความรู้ Learning for Mastery ของ Bloom (1968) ซึ่งคํานวณค่าร้อยละแล้วแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ

 มีความรู้ระดับมาก หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (16 – 20 คะแนน)

 มีความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 (12 – 15 คะแนน)

 มีความรู้ระดับน้อย หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0 – 11 คะแนน)

 3.3.3 แบบบันทึกรายงานเหตุการณ์ การเกิดจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน

**3.4 การสร้างเครื่องมือ**

 การวิจัยในครั้งนี้ ได้มีการสร้างเครื่องมือ โดยมีรายละเอียดดังนี้ วิธีการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดําเนินการสร้างเครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

 3.4.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชและ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช

 3.4.2 สร้างข้อคําถามตามขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

 3.4.3 ตรวจสอบข้อคําถามและแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง ชัดเจนตามโครงสร้าง และเนื้อหา

 3.4.4 นำข้อคําถามไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) และปรับปรุงข้อคําถาม

 3.4.5 นำแบบทดสอบไปเก็บกับกลุ่มตัวอย่าง

**3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

 3.5.1 ข้อมูลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ใช้การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และการสัมภาษณ์ โดยยึดเทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation Techniques) ทั้งทางด้านข้อมูล (Data) ด้านผู้ศึกษา (Investigator) และด้านวิธีการ (Methodological) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

 3.5.2 ความรู้เรื่องโรคจิตเวช และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson: KR) ใช้สูตร KR-20 โดยมีข้อคําถามทั้งหมด 20 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

**3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล**

 การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน สุขภาพจิตในชุมชนโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

 3.6.1 การเก็บข้อมูลโดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และการสังเกตการณ์ การมีส่วนร่วมในการดําเนินงานที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

 3.6.2 ใช้แบบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช และการดูแลผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น โดยใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจํานวน 25 คน

 3.6.3 เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกรายงานเหตุการณ์ การเกิดจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

**3.7 การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล**

 ผู้วิจัยได้กระทําการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

 3.7.1 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ ดําเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบ บันทึกการสนทนา และแบบสังเกตการสนทนากลุ่มใน

 3.7.2 รวบรวมข้อมูลที่ได้มาศึกษาทําความเข้าใจ จัดหมวดหมู่ ตามขอบเขตของ ข้อมูลและกําหนดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัย

 3.7.3 นำข้อมูลที่จัดเก็บเป็นหมวดหมู่ ความมุ่งหมายของแต่ละกิจกรรม มาวิเคราะห์ ตามชนิดของข้อมูล นำไปสู่การสรุปผลและการสะท้อนผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน

 3.7.4 ข้อมูลที่ได้จากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแล ทําการวิเคราะห์ข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

**3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

 3.8.1 นำข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกการสนทนากลุ่ม การสังเกตการณ์มีส่วนร่วม มาจัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็นสําคัญ แล้วนําเสนอด้วยการอธิบาย บรรยาย และอภิปราย ตามสภาพความเป็นจริง และตามปรากฏการณ์ ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

 3.8.2 วิเคราะห์คุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) นำเสนอ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**บทที่ 4**

**ผลการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ พร้อมทั้งใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือในการสร้าง และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ฉุกเฉินในชุมชน ซึ่งมีการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ,อสม ,ตำรวจ,เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจนแลน ,นายกองค์การบริหารส่วนตำบลแจนแลน,เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน อบต.แจนแลน จำนวน 25 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

**ผลการวิจัย**

4.1 คุณลักษณะทางประชากร

 ตาราง 4.1.1 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรด้านเพศ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| คุณลักษณะทางประชากร | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|  1.เพศ |  |  |
| ชาย | 15 | 60 |
| หญิง | 10 | 40 |
| 2.อายุ (ปี) | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| ต่ำกว่า 35 | 1 | 4 |
| 35 - 40 | 5 | 20 |
| 41 -45 | 4 | 16 |
| 46 - 50 | 5 | 20 |
| 51 – 55 | 6 | 24 |
| 56 - 60 | 4 | 16 |
| มากกว่า 60 |  |  |
| 3. ระดับการศึกษา | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| ประถมศึกษา |  |  |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 4 | 16 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 10 | 40 |
| ปวส/อนุปริญญา | 4 | 16 |
| ปริญญาตรี | 6 | 24 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 1 | 4 |
|  |  |  |

4.2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนก่อน และหลังการพัฒนา

การเปรียบเทียบความรู้ และการดูแลผู้ป่วยก่อน และหลังการพัฒนา ผู้วิจัยได้สำรวจจำนวนผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแล้ว จึงได้ทำการประเมินการป่วยของผู้ป่วยจิตเวชก่อน และหลังเริ่มกระบวนการวิจัย โดยใช้เครื่องมือที่ดัดแปลงมาจากเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต (2541) และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2547) ประกอบด้วยรายการประเมิน 13 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นลักษณะแบบเลือกตอบ 5 ระดับ (ระดับ 1-5) มีผลการเปรียบเทียบ ดังนี้

ตาราง 4.2.1 การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ในชุมชนก่อนและหลังการพัฒนา (n = 25)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ผลการเปรียบเทียบความรู้และการดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน |  | SD | Mean diff of  | P-value | ระดับ |
| ก่อนการพัฒนา | 15.49 | 2.38 |  |  | ปานกลาง |
| หลังการพัฒนา | 16.40 | 1.61 | 0.91 | < 0.001 | มาก |

ผู้วิจัยได้จัดการประชุมชี้แจง คืนข้อมูล และให้ความรู้แก่คณะทำงานและเครือข่าย เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ วิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน และมีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งจากการจัดเวทีประชุม ชี้แจง คืนข้อมูล และให้ความรู้แก่คณะทำงานและเครือข่าย พบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานที่ผ่านมาของการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลังการพัฒนาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้นมีดังนี้

**4.2.1 การมีส่วนร่วมในชุมชนโดยทุกภาคส่วนในชุมชน**

การมีส่วนร่วมในชุมชนโดยทุกภาคส่วนในชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีการจัดกิจกรรมร่วมกันในชุมชนรวมถึงการแสดงออกถึงความรักความห่วงใยแก่ผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้น โดยปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนบ้านสี่เหลี่ยมนั้น คือการที่ชุมชนเข้ามามีบทบาท และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

**4.2.2 การมีกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชน**

จากการจัดเวทีประชุม ชี้แจง คืนข้อมูล และให้ความรู้แก่คณะทำงานและเครือข่าย พบว่า การให้ประชาชนในชุมชนมีกิจกรรมร่วมกันรวมถึงผู้ป่วยจิตเวช เช่น กิจกรรมอบรมสมาธิกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน (รำไม้พลอง) ร่วมกิจกรรมกับชุมชนจะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในสังคมอื่นได้ โดยการที่ชุมชนจัดให้มีกิจกรรมร่วมกันจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชลดความเครียดสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข และส่งผลถึงอาการของผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้นได้

**4.2.3 การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย**

จากเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และการจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช และการจัดตั้งเครือข่ายเครือข่ายจำเป็นต้องมีความเข้มแข็ง แบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแต่ละคนอย่างชัดเจนจะส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการที่ชุมชนมีเครือข่ายที่จะดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง และวางแผนในการดูแลให้ดียิ่งขึ้นอันจะส่งผลถึงอาการของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่ดียิ่งขึ้น

**4.2.4 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช**

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช การดูแล และการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามหลักวิชาการอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น การให้ความรู้ก็จะส่งผลให้คณะทำงาน เครือข่ายประชาชน มีแนวคิดทัศนคติการปฏิบัติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและมีความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชมากขึ้น สามารถดูแล และใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชให้เป็นไปตามหลักวิชาการได้

**4.2.5 การตั้งกฎเกณฑ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช**

กฎเกณฑ์ในชุมชนสามารถใช้บังคับการกระทำอันจะส่งผลถึงอาการของโรคทางจิต เช่น การห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์แก่ผู้ป่วยจิตเวช การจำหน่ายเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ช่วงเวลา 17.00 น. – 21.00 น. งดจำหน่ายในวันพระ วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา และห้ามขายเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี เป็นต้น ซึ่งการตั้งกฎเกณฑ์ในชุมชนนั้นจะส่งผลให้ชุมชนมีค่านิยมที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะส่งผลให้ชุมชนมีค่านิยมที่ดีในชุมชน และทำให้ผู้ป่วยจิตเวชลดโอกาสเสี่ยงจากการกำเริบของอาการได้

**4.2.6 การประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย**

การประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย พบว่า การที่มีการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเป็นระยะๆ นั้น ส่งผลให้สามารถประเมินอาการผู้ป่วย และเฝ้าระวังอาการกำเริบได้ดี ทำให้ญาติสามารถประเมินอาการผู้ป่วย อาการความรุนแรง และเฝ้าระวังอาการกำเริบได้ดี ช่วยลดอาการกำเริบได้ เนื่องจากญาติ และเครือข่ายที่ดูแล สามารถดูแล แก้ไขอาการต่างๆที่จะนำไปสู่อาการกำเริบได้

**4.2.7 ระบบการติดตามผู้ป่วยผิดนัด**

ระบบการติดตามผู้ป่วยผิดนัด สืบเนื่องจากมีการจัดเวทีประชุม ชี้แจง คืนข้อมูล และให้ความรู้แก่คณะทำงานและเครือข่าย เพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น การแก้ไขปัญหา การติดตามผู้ป่วยผิดนัดรับยา จัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนขึ้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจนแลนจึงได้ประสานงาน เพื่อขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ร่วมกับจิตแพทย์จากโรงพยาบาลขอนแก่น จัดอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ทราบแล้วคณะผู้วิจัยจึงได้เสนอแนวคิดในการติดตามผู้ป่วยที่ผิดนัดรับยา และช่วยให้เครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยติดตามได้เร็วขึ้น โดยผู้ดำเนินงาน และเครือข่ายได้มีความคิดเห็นตรงกันว่า ควรนำระบบการสื่อสารทางระบบอินเทอร์เน็ตผ่านระบบแอพลิเคชั่น Line, Facebook มาใช้ติดต่อประสานงาน โดยขอความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชให้ส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ไปรับยาตามนัด ตรวจสอบข้อมูล และแจ้งกลับทุกวัน เพื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะได้แจ้งต่อเครือข่ายผู้ที่รับผิดชอบผู้ป่วยเฉพาะราย หรือญาติผู้ป่วย

จากการที่ผู้วิจัยได้จัดการประชุมชี้แจง คืนข้อมูล และให้ความรู้แก่คณะทำงานและเครือข่าย เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ การวิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยการเปรียบเทียบความรู้ และการดูแลผู้ป่วยก่อน และหลังการพัฒนา เพื่อให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน และมีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานที่ผ่านมาของการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลังการพัฒนาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในชุมชนโดยทุกภาคส่วนในชุมชน การมีกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช การตั้งกฎเกณฑ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย และระบบการติดตามผู้ป่วยผิดนัด

**บทที่ 5**

**สรุปผลอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ**

**5.1 สรุปผล**

 การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะได้สรุปผลตามส่วนต่างๆดังนี้

5.1.1 คุณลักษณะของประชากรพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.70 มีอายุระหว่าง 49 – 55 ปีร้อยละ 40.00 อายุเฉลี่ย 48 ปี (SD = 7.78) อายุสูงสุด 65 ปีและอายุน้อยที่สุด 30 ปีส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ร้อยละ 85.70 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 48.60 มีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 74.30 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร้อยละ 48.60 รองลงมาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยร้อยละ 31.40 ตามลำดับ

5.1.2 การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนบ้านแจนแลน ตำบลแจนแลน จังหวัดกาฬสินธุ์ กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นกระบวนการเรียนร่วมกันโดยใช้การสนทนากลุ่มในการร่วมคิดร่วมวิเคราะห์และร่วมวางแผนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเป็นกระบวนการที่พัฒนาแกนนำของชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ญาติที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้นำตามธรรมชาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ชุมชนเกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กระบวนการสนทนากลุ่มทำให้ชุมชนได้ร่วมกันค้นหาปัญหาวางแผนและดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทำให้ได้แผนงานโครงการที่เกิดขึ้น ได้แก่ การสร้างและดำเนินงานเครือข่ายผู้ดูแล

 ผู้ป่วยจิตเวชการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ การจัดกิจกรรมออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช และการสร้างกฎเกณฑ์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชขึ้นในชุมชนบ้านแจนแลนระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัดพร้อมทั้งได้รูปแบบในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยมีกิจกรรมการดำเนินการปฏิบัติใน 4 ด้านคือ ด้านประชาชน ด้านภาคีเครือข่าย ด้านกระบวนการและด้านการพัฒนาและเรียนรู้

5.1.3 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในระดับประชาชนและระดับกระบวนการก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับน้อยหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมากส่วนระดับภาคีเครือข่ายและระดับการเรียนรู้และพัฒนาก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลางหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมากโดยรวมแล้วก่อนและหลังการพัฒนามีระดับการปฏิบัติการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอยู่ในระดับมากและระดับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอยู่ในระดับมาก

5.1.4 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลังพัฒนามีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั้ง 4 ด้าน รวมทั้งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชแยกตามระดับพบว่าผลการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชหลังการพัฒนาผู้ป่วยจิตเวชมีคะแนนการประเมินสมรรถภาพเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value chi2=0.368) ซึ่งก่อนการพัฒนานั้นผู้ป่วยจิตเวชที่มีผลการประเมินอาการอยู่ในระดับที่ 1 อาการรุนแรงจำนวน 2 รายหลังการพัฒนาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น 2 รายคือผู้ป่วยที่มีผลการประเมินอาการอยู่ในระดับ 1 เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยที่มีผลการประเมินอาการอยู่ในระดับ 2 และผู้ป่วยที่มีผลการประเมินอยู่ในระดับ 2 เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยที่มีผลการประเมินอาการอยู่ในระดับ 3 ผู้ป่วยและได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกราย

5.1.5 ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน คือการมีส่วนร่วมของชุมชนการออกกฎเกณฑ์การสร้างและดำเนินงานเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายอย่างเพียงพอและต่อเนื่องชุมชนมีความรักความสามัคคีมีการแบ่งหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างชัดเจนมีการติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอมีการจัดกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเพื่อง่ายในการจัดการดูแลการให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนและตลอดจนประชาชนในชุมชนมีความตระหนักมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้นในชุมชน

**5.2 อภิปรายผล**

 ผลการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มร่วมกับการประชุมเชิงปฏิบัติการในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการจัดทำแผนการระดมสมองวางแผนและดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทำให้ได้กิจกรรมโครงการที่เกิดขึ้นในได้แก่การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน, ออกกำลังกายในชุมชน, การสร้างและดำเนินการของเครือข่าย, ระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัดรับยา, การจัดเก็บข้อมูล, อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชแก่แกนนำและเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวช, การเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการที่ทุกคนได้ร่วมกันสร้างและพัฒนาขึ้นในครั้งนี้ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และสามารถรับทราบถึงศักยภาพของชุมชนในการจัดการกับปัญหาโดยการใช้การสนทนาพูดคุยการคืนข้อมูลแก่กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องการบูรณาการงานร่วมกับกิจกรรมโครงการอื่นในชุมชนซึ่งส่งผลดีต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนด้วยรวมถึงได้ทราบถึงพลังของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอและสังคมไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวชพร้อมกันนี้ยังได้รูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ชุมชนร่วมกันสร้างขึ้นในครั้งนี้ซึ่งในรูปแบบที่สร้างขึ้นนี้จะประกอบไปด้วยแนวคิดในการมีส่วนร่วม 4 ด้าน คือ ด้านประชาชน ด้านภาคีเครือข่าย ด้านกระบวนการและด้านการเรียนรู้ และพัฒนาชุมชน

 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนบ้านแจนแลน ตำบลแจนแลน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มแกนนำมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 4 ด้านซึ่งโดยรวมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาในด้านการมีส่วนร่วมใน 4 ด้านนั้นได้สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุทธิศักดิ์ นรดี (2555) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลกู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีษะเกษ พบว่าการประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ร่วมกับการสนทนากลุ่มย่อย ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนการลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลส่งผลให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั้ง 4 ด้าน เช่นเดียวกับณัฐธารีย์ อุดชุมพิสัย (2549) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในด้านการจัดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจังหวัดนครพนม พบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำในชุมชนในด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมร่วมกับเทคนิค A-I-C ส่งผลให้การป้องกันปัญหาจิตเวชในชุมชนเพิ่มขึ้นและเช่นเดียวกันกับผลการศึกษาของนัยนาดวงศรี (2551) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลคำเขื่อนแก้วอำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนและแกนนำชุมชนมีความสามารถในการระบุปัญหาการดูแลและการค้นหาวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนด้วยการจัดตั้งเครือข่ายมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลภายหลังการดำเนินงาน 3 เดือนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนได้รับการดูแลดีขึ้นครอบครัวและชุมชนให้การยอมรับและเข้าใจที่เกิดขึ้นมีกิจกรรมการดูแลดีขึ้นครอบครัวและชุมชนให้การยอมรับและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งการศึกษาดังกล่าวได้สอดคล้องกับรูปแบบที่เกิดจากกระบวนการศึกษาในครั้งนี้คือกระบวนการหาปัญหาร่วมกันการหาแนวทางแก้ไขร่วมกันและการดำเนินกิจกรรมที่จะแก้ปัญหาร่วมกันในชุมชนซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาของบัวทองสถาน (2550) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนกรณีศึกษา : โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์จังหวัดชัยภูมิพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนคือประชุมเชิงปฏิบัติการทั้งเจ้าหน้าที่และอสม. จากนั้นเจ้าหน้าที่ และอสม. ร่วมกันคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชและจัดลำดับผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ซับซ้อนโดยผู้ป่วยระดับที่ 2 และ 3 เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่มากได้รับการดูแลจากการมีส่วนร่วมในชุมชนซึ่งกิจกรรมต่างๆในชุมชนได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลังจากได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมจากชุมชนผู้ป่วยมีอาการทุเลาลงและยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของประไพ บัวคอม (2552) และกรองจิต วลัยศรี (2551) ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีอาการทุเลาลงได้ นอกจากนี้ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยมีการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชด้วยนั้นส่งผลให้มีการดูแลและเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยจิตเวชได้ดีขึ้น ซึ่งจากการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชหลังการพัฒนารูปแบบมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีผลการประเมินสมรรถภาพในระดับดีขึ้นสอดคล้องกับการวิจัยของสุทธิศักดิ์ นรดี (2555) พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลกู่ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมร่วมกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การใช้กระบวนสนทนากลุ่มย่อยในการจัดทำแผนและเก็บรวบรวมข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนซึ่งแสดงให้เห็นว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์สามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายมีแผนปฏิบัติการและรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เหมาะสมส่งผลให้การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังส่งผลผู้ป่วยจิตเวชภายหลังการพัฒนาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น 1 รายคือผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในระดับ 2 เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเป็นระดับที่ 3 จำนวน 1 ราย

 ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนคือการมีส่วนร่วมในชุมชน,การมีกิจกรรมในชุมชนโดยที่มีผู้ป่วยจิตเวชร่วมด้วยทุกครั้ง, การติดตามเยี่ยมจากเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่อง, การจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและมีผู้รับผิดชอบชัดเจน, และการตั้งกฎเกณฑ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนัยนาด วงศรี (2551) ณัฐธารีย์ อุดชุมพิสัย (2549) และกรองจิต วลัยศรี (2551) ประไพ บัวคอม (2552) สุทธิศักดิ์ นรดี (2555) พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดีนั้นจะต้องประกอบไปด้วยการมีส่วนร่วมการจัดตั้งเครือข่าย และการมีผู้รับผิดชอบรวมถึงการมีกิจกรรมร่วมกันในชุมชนเป็นต้นจะเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนครั้งนี้ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมในกระบวนการสนทนากลุ่มเริ่มตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมการประเมินผล ซึ่งส่งผลทำให้การดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆที่ดีขึ้น ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างประชาชนองค์กรเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกชุมชนในการจัดทำแผนและการนำแผนไปปฏิบัติในชุมชนทำให้เกิดการผสมผสานแนวคิดและบทบาทขงทุกฝ่ายเพื่อให้เกิดการเสริมพลังกันในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนดังนั้นจึงควรนำรูปแบบที่เกิดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอื่นต่อไป

**5.4 ข้อเสนอแนะ**

 การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกระบวนการสนทนากลุ่มการติดตามประเมินผล และการถอดบทเรียนเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนบ้านแจนแลน ตำบลแจนแลน จังหวัดกาฬสินธุ์ ควรพิจารณาสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

5.4.1.1 การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์สภาพการณ์และอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ชุมชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมวิเคราะห์และคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนทราบส่งผลให้การจัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ผลดีขึ้น

5.4.1.2 การมีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอื่นนอกชุมชนมาร่วมเป็นเครือข่ายให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาร่วมกันทั้งในและนอกชุมชนส่งผลต่อการติดต่อประสานงานด้านต่างๆสะดวกขึ้น เช่น การขอความช่วยเหลือการขอข้อมูล เป็นต้น

5.4.1.3 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้เยี่ยมกับผู้ป่วยรวมถึงญาติด้วยนั้นผู้ที่มีหน้าที่เยี่ยมผู้ป่วยในแต่ละรายคนเป็นบุคคลที่มีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวอยู่แล้วเพื่อเกิดความไว้วางใจและมีความรู้สึกที่เป็นมิตรซึ่งส่งผลถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้ดี

5.4.1.4 การใช้แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชมีส่วนสำคัญในการติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยเบื้องต้นได้เป็นอย่างดี เช่น การวางแผนให้การช่วยเหลือกรณีเริ่มมีอาการกำเริบการกินยา เป็นต้น

5.4.1.5 การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อคัดแยกระดับของผู้ป่วยทำให้ง่ายต่อการเลือกจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแต่ละระดับได้ดีขึ้น

5.4.1.6 การตั้งกฎเกณฑ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นเรื่องห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับผู้ป่วยจิตเวชช่วยลดโอกาสเสี่ยงจากการกำเริบอาการของโรคได้อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีลดความเครียดความกังวลใจของญาติส่งเสริมค่านิยมที่ดีในชุมชน

5.4.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยต่างๆต่อการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

5.4.2.2 ควรศึกษาในผู้ป่วยเฉพาะรายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการดำรงชีวิตในระดับที่ 1 หรือผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนเพื่อให้ทราบถึงปัญหาของการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลและนำข้อมูลจากผู้ป่วยแต่ละบุคคลมาวิเคราะห์ร่วมกันในชุมชนหรือเครือข่ายเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน