

บทที่ 2

แนวคิด วรรณกรรม และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิต” ผู้ศึกษาได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช/บทบาทของญาติต่อผู้ป่วยจิตเวช
2. แนวคิดการมีส่วนร่วม
3. แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช
4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
5. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช

ความหมายเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช

สมรค์ ชูวานิชวงศ์ และคณะ (2548, น. 14) กล่าวว่าโรคจิตมีผลกระทบต่อชีวิตในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นประสาทสัมผัส การนึกคิด ความรู้สึก ความรู้ และการกระทำ ซึ่งมีอาการทั้งด้านบวก คือ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และอาการทางด้านลบ คือ ความรู้สึกเฉื่อยชา และอีกทั้งมีความรู้สึกสับสน ความคิดไม่เป็นระเบียบ และการตระหนักในสภาพของตนเองสูญเสียไป

สมภพ เรื่องตระกูล (2542, น. 69) กล่าวว่า โรคจิตเวชเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุของอาการ โดยสาเหตุที่สำคัญของโรคนี้คือ พันธุกรรม ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดและปัจจัยทางจิตใจและสังคม รวมทั้ง ปริ๊ดท์ทัย แก้วมณีรัตน์ (2534, น. 16) กล่าวว่า การเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นเครื่องแสดงถึงการล้มเหลวในการปรับตัว อาการทางจิตเวชส่วนมากไม่ได้แสดงออกตรง ๆ แต่เป็นการแสดงออกอย่างมีความหมายทางสัญลักษณ์ของแรงผลักดันที่อยู่ในใจ ซึ่งส่วนมากเป็นเรื่องภายใต้จิตไร้สำนึก และในขณะเดียวกันมานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช (2542, น. 140) กล่าวว่า ผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชนี้มีความแตกแยกของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยมีอาการดังนี้

1. อาการพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย ความแปรปรวนทางความสัมพันธ์ ความแปรปรวน ของอารมณ์ การหมกมุ่นกับตนเอง และความรู้สึกสองจิตสองใจ

2. อาการเสริม ซึ่งประกอบด้วยประสาทหลอน และการหลงผิด

มาโนช หล่อตระกูล (2548, น. 27) กล่าวว่า โรคทางจิตเวชเป็นโรค หรือ ความผิดปกติในทางจิตเวช โดยระบุหลักในการพิจารณาว่าเป็นโรคทางจิตเวชไว้ดังนี้

1. เมื่อมีอาการทางด้านจิตหรือพฤติกรรม จะทำให้บุคคลเหล่านี้เกิดความทุกข์ ทรมานและมีความบกพร่องในกิจกรรมต่าง ๆ

2. อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่เป็นที่สังคมนั้น ๆ ยอมรับกันว่าเป็นเรื่องปกติ เช่น อาการเซื่องซึม เศร้าจากการสูญเสียคนที่ตนรัก พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากค่านิยม ด้านการเมือง ศาสนา ด้านเพศ และก่อให้เกิดปัญหา จึงถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช เช่น มีการเสียใจ หลาย ๆ วันติดต่อกัน หรือเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน เป็นต้น

สรุป

โรคทางจิตเวช หมายถึง ความบกพร่องทางจิต ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทางด้านความคิดและพฤติกรรมที่ผิดแปลกไปจากเดิม และอีกทั้งยังส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และการปรับตัวในสังคม

ลักษณะอาการของโรค

โรคจิตเวชแบ่งลักษณะอาการต่าง ๆ ดังนี้ (สมรัก ชูวานิชวงศ์ และคณะ, 2548, น. 14)

1. อาการด้านบวก เป็นอาการที่เพิ่มบางอย่างแก่การรับรู้ ซึ่งสามารถแบ่งออก ได้ 2 ชนิด ซึ่งบางครั้งเกิดพร้อมกัน บางครั้งก็ไม่พร้อมกัน คือ

- อาการหลงผิด หมายถึง ความเชื่อหรือความคิดที่แน่ใจว่าจริง แต่คนอื่นไม่ เข้าใจหรือไม่เห็นด้วย เช่น เชื่อว่าตนเองมีอิทธิฤทธิ์ เป็นต้น

- อาการประสาทหลอน หมายถึง ความเชื่อว่าตนเองได้กลิ่น รุ้รส หรือได้ยินสิ่งที่ คนอื่นไม่ได้เห็นหรือรับรู้เสียงต่าง ๆ เช่น ได้ยินเสียงพูดคุยกับตนเอง หรือสั่งให้ทำโน่นทำนี่ เป็นต้น

2. อาการด้านลบ เป็นอาการที่ลดทอนความสามารถของผู้ป่วย ในการทำกิจวัตร ประจำวัน หหมดความสนใจหรือแรงจูงใจ การสื่อสารและแสดงความรู้สึกและมีพฤติกรรมที่ เฉื่อยชา และเริ่มปล่อยปละละเลยสิ่งต่าง ๆ เช่น งานอดิเรก เสื้อผ้า ห้างยับ หรือสุขอนามัย ส่วนตัว

3. ความรู้สึกสับสน เป็นอาการที่รู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกัน รู้สึกกระวนกระวาย และรู้สึกซึมเศร้า ส่งผลให้แยกตัวเองจากโลกภายนอก

4. ความคิดที่ไม่เป็นระเบียบ เป็นอาการที่มีความคิดที่สับสนวุ่นวาย บางครั้งมีหลายความคิดมากเกินไป หรือบางครั้งก็สมองเหนื่อยล้า ไม่มีความคิดอะไรเลย ไม่มีสมาธิ มีผลต่อการทำภารกิจ และในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

5. การตระหนักในสภาพตนเองสูญไป คืออาการที่ไม่สามารถเห็นได้เลยว่าตนเองมีปัญหา ด้วยอาการของโรคจิตจะปิดกั้นไม่ให้เห็นสภาพตนเองอย่างที่ปกติเคยทำได้ ทำให้เกิดความคิดว่าคนรอบข้างไม่เข้าใจ ส่งผลทำให้ตัวผู้ป่วยหงุดหงิด หัวเสียและอาจนำไปสู่การทะเลาะวิวาทได้

สาเหตุของการป่วยทางจิตเวช

กลุ่มปัจจัยที่ได้รับการพิสูจน์ว่า น่าจะเป็นสาเหตุของโรคทางจิตเวช มีดังนี้คือ

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม ชีวเคมีในสมอง
2. ปัจจัยด้านสังคม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคทางจิตเวช ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรมและสังคม
3. ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลต้องคิดมากและไม่สามารถปรับตัวแก้ไขปัญหาได้ ทำให้เกิดอาการทางจิตได้ นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลิกภาพบางอย่าง อาจทำให้คน ๆ นั้นมีโอกาสเกิดโรคหรือเกิดอาการทางจิตเวชได้
4. ปัญหาทางด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับสารพิษต่าง ๆ จากภายนอก เช่น สุรายาบางชนิด หรือพิษจากภายในร่างกาย เกิดจากการทำงานผิดปกติของร่างกาย หรือของต่อมฮอร์โมนทางประสาท โรคติดเชื้อ เช่น ไข้มาลาเรีย เชื้อสมองอักเสบ อุบัติเหตุ หรืออันตรายต่าง ๆ ที่ทำให้สมองได้รับความกระทบกระเทือน

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และแรงจูงใจ ความผิดปกติเหล่านี้ถ้าเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาสั้น หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง พยาธิสภาพจากการเจ็บป่วย จะทำลายภาวะสมดุลของการกระทำหน้าที่ของจิตใจ ความคิด อารมณ์ มีผลให้เกิดข้อบกพร่อง และข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของชีวิต ทั้งในเรื่องของกิจกรรมส่วนตัว การประกอบอาชีพ

และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ตลอดจนสังคมและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยไม่อาจพึ่งตนเองได้ ต้องอยู่ในความดูแลของบุคลากรทางวิชาชีพ

ผลกระทบของการเจ็บป่วย ในที่นี้หมายถึง ผลกระทบทางด้านจิตใจในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง พบว่าเกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วย ดังนี้

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง จากผลของภาวะสมดุลของสภาพจิตใจ ความคิด อารมณ์ที่ถูกทำลายหรือเสื่อมสภาพลง ผู้ป่วยจึงมีข้อจำกัดในความสามารถของการกระทำหน้าที่ในกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้เกิดข้อเสียเปรียบต่าง ๆ มากมายในสถานการณ์ชีวิตประจำวัน การที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้เช่นคนปกติทั่วไปในสังคมและร่องรอยของพฤติกรรมเบี่ยงเบน ที่เกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ โดยที่ผู้ป่วยไม่อาจช่วยตนเองได้ จึงทำให้การประเมินความมีคุณค่าในตนเองลดลง

2. การแยกตนเองและความรู้สึกโดดเดี่ยว การเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรังมีผลต่อชีวิตประจำวันหลายอย่าง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคม ผู้ป่วยหลายรายไม่อาจทำกิจกรรมตามปกติได้ คิดว่าตนเองมีความแตกต่างจากคนอื่นหรือด้อยกว่าคนอื่น ยิ่งเป็นผลทางลบต่อผู้ป่วยและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยต้องการแยกตัวและไม่เข้าสังคม

3. ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ เป็นภาวะที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ รวมทั้งการสูญเสียสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ครอบครัว สังคม ผู้ป่วยไม่อาจจัดการกับชีวิตของตนได้ จึงมักถูกญาติทอดทิ้งไว้กับโรงพยาบาลจิตเวช เพราะไม่อาจทำประโยชน์ให้ได้ และเป็นภาวะที่ญาติต้องเลี้ยงดู ภาวะสูญเสียพลังอำนาจนี้จะทำลายความเป็นตัวของตัวเอง สมรรถนะ ความสามารถในการตัดสินใจ และความพยายามควบคุมความเจ็บป่วย จึงพบเห็นได้บ่อยว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจะปล่อยชีวิตให้ดำเนินไปวัน ๆ โดยปราศจากความคาดหวังต่อชีวิตในอนาคต

สรุป

เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช ผลของการเจ็บป่วยได้ส่งผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากขึ้นน้อยแตกต่างกันไป คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีพฤติกรรมแยกตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเกิดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้

แนวทางการรักษา

มีวิธีการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล, 2548, อ้างถึงใน ภมริน เซาวนจินดา, 2549, น. 8) ดังนี้

1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีต่อไปนี้

- มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น

- มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยาอย่างรุนแรง
- เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
- มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ที่มีปัญหานั้นออกไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

2. การรักษาด้วยยา เป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษาแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ

- ระยะเวลาควบคุมอาการ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่วินิจฉัยนั้น เป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (Sedating Effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้น ต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ถ้าหากอาการโรคจิตยังไม่ดีขึ้น ควรต้องพิจารณาเพิ่มขนาดของยา

- ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีอาการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปจะค่อย ๆ ลดขนาดลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน

ระยะเวลาในการรักษานั้น ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้ว ให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอด

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe Depression ร่วมด้วย

4. การรักษาด้านจิตสังคม การบำบัดด้านจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบหรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือได้ในทุกด้านมิใช่เพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น ซึ่งมีวิธีบำบัดรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

- จิตบำบัด (Psychotherapy) ใช้วิธีของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาที่ตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีในการแก้ปัญหาในแบบอื่น ๆ ที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการ ในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่าช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียด ความกดดันอะไรที่เขาทนไม่ได้ เป็นต้น

- การให้การแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family Counseling, Psycho-Education) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยปกครองมักเข้าใจว่า เป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต จึงเกิดความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดัน ทั้งสองกรณีนี้การทำครอบครัวบำบัด หรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้เป็นอย่างยิ่ง

- กลุ่มบำบัด (Group Therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

- นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อม ในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายใน หอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริการเป็นแบบให้ผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

นอกเหนือจากการบำบัดรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ แล้ว เมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลา และแพทย์อนุญาตให้กลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยยังต้องกินยาและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญมากที่จะช่วยเหลือแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย “ไม่มีคนใดคนหนึ่งหรือครอบครัวใดครอบครัวหนึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคจิตเวชแต่ทุกคนในครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือหรือรักษาผู้ป่วยจิตเวช” บทบาทของญาติที่สำคัญ ได้แก่ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเวช การช่วยเหลือป้องกันการกำเริบของโรค ทั้งนี้เพราะโรคจิตเวชเป็นโรคที่ต้องการเวลายาวนานในการรักษาและเป็นโรคที่มีโอกาสกำเริบได้สูง ซึ่งอาจเกิดการขาดยา ผู้ป่วยมีความเครียดหรือขาดการดูแลเอาใจใส่จากญาติ

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต (2541, น. 27-82, อ้างถึงใน ภมริน เชาวณจินดา, 2549, น. 10) เล็งเห็นถึงความสำคัญของญาติในการดูแลผู้ป่วย จึงได้ผลิตเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับญาติ ซึ่งกล่าวถึงบทบาท ของญาติในการดูแลผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการแยกตัวจากสังคม เฉยชา ไม่มีเป้าหมายชีวิต ทำให้อุณหภูมิส่วนตัวไม่ดี ซึ่งอาจทำให้ญาติเข้าใจผิดว่าผู้ป่วย ซ้ำเกียจ และทำให้ญาติมีความรู้สึกไม่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งญาติต้องเข้าใจให้ถูกต้องว่า พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นอาการของโรค ญาติควรช่วยเหลือโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในบ้าน เช่น มอบหมายให้ล้างถ้วยชาม กวาดบ้าน ถูบ้าน เป็นต้น

2. คอยสังเกตอาการกำเริบ คอยสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย เช่น เริ่มสับสน เริ่มระแวง ไม่ยอมนอน พุดมากขึ้น แยกตัว เก็บตัวเงียบ ฯลฯ ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยแพทย์ในการป้องกันการกำเริบได้และจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที่

3. ช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วย ความเครียดบางอย่างอาจเป็นปัญหาให้กับผู้ป่วย ในช่วงที่กำลังจะดีขึ้น ความเครียดอาจเกิดภายในหรือภายนอกครอบครัวก็ได้ ญาติจะช่วยลดความเครียดในผู้ป่วยโดย

- ปรับเปลี่ยนความคาดหวังในตัวผู้ป่วย ให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้ พยายามค้นหาสิ่งที่คุณป่วยจะทำได้ และช่วยให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ปรับตัวตามความสามารถ พูดคุยกับผู้ป่วยสั้น ๆ แต่ได้ใจความ อย่าเปลี่ยนแปลงตารางเวลาต่าง ๆ ถ้าไม่จำเป็น และรักษาสัญญาที่ให้กับผู้ป่วย

- หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ป่วย

- ลดความตึงเครียดของตัวเอง ญาติควรหาเวลาส่วนตัวหรือพักผ่อนบ้าง ด้วยการผลักดันให้ญาติคนอื่นดูแลผู้ป่วยแทน เพราะถ้าญาติมีความเครียดน้อยลงผู้ป่วยก็จะเครียดน้อยลงด้วย

4. ค้นหาและสนับสนุนจุดดีของผู้ป่วย แม้จะเป็นจุดเล็ก ๆ ซึ่งจะรวมเป็นจุดใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

5. ดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับยา และให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากโรคจิตเวช ต้องการระยะเวลาที่นานพอสมควรในการรักษา ดังนั้นการรับยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าญาติเห็นว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วหรือมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา แล้วไม่ได้รับยาตามนัด จะทำให้ผู้ป่วยขาดยาและอาการกำเริบขึ้นได้ จึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนที่จะหยุดยาและควรดูแลผู้ป่วยให้รับยาอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนั้น ธีระ ลีลานันทกิจ และคณะ (2542, น. 3-11, อ้างถึงใน ภมรินทร์ เชาวณจินดา, 2549, น. 11) กล่าวถึงบทบาทของญาติในการป้องกันการกำเริบไว้ ดังนี้

1. ดูแลให้ผู้ป่วยกินยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ไม่หยุดยาเอง

2. หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์มาก ๆ ในครอบครัว เช่น อารมณ์โกรธ เกลียดก้าวร้าวและความหวังใจเอาใจใส่มากเกินไป โดย

- พยายามหลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในทางไม่ดีทั้งโดยคำพูดน้ำเสียงหรือท่าที

- รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ให้ความรัก ความอบอุ่น

- พยายามหลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์โกรธเกลียด รำคาญ รังเกียจผู้ป่วย เช่น ไม่สนใจ ไม่พูดคุยกับผู้ป่วย คอยจับผิด ตำหนิติเตียนโดยไม่มีเหตุผล ดุด่า พุดซ้ำ ๆ ถึงความผิดพลาดในอดีตของผู้ป่วย เช่น เรียนหนังสือไม่จบ ถูกไล่ออกจากงาน เป็นต้น

ธีระ ลีลานันทกิจ และคณะ (2542, น. 3-11, อ้างถึงใน ภมรินทร์ เชาวณจินดา, 2549, น. 11) ได้สรุปถึงบทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยไว้ คือ ญาติต้องมีความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเวช ช่วยเหลือป้องกันการกำเริบของโรค โดยช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง คอยสังเกตอาการกำเริบและอาการเตือนของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยกินยา และให้ไปพบแพทย์ตามนัด ช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วยโดยปรับเปลี่ยนความคาดหวังในตัวผู้ป่วย ค้นหาและ

สนับสนุนจุดดีของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์มาก ๆ ในครอบครัว และการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในทางไม่ดี รวมทั้งลดความตึงเครียดของตัวเอง

จึงสรุปได้ว่า

บทบาทของญาติและครอบครัวนั้นมีส่วนสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยต่อจากแพทย์ ญาติจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรคจิตเวชและพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่แสดงออกมา และญาติต้องมีส่วนร่วมในการดูแลและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ คอยสังเกตอาการและการกินยาของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์มาก ๆ ในครอบครัว รวมทั้งลดความเครียดของตัวเองด้วย

แนวคิดการมีส่วนร่วม

ความหมายการมีส่วนร่วม

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2527, น. 22) ก็ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วม นั้น มีลักษณะที่เป็นกระบวนการของการเข้าพัฒนาตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ เริ่มตั้งแต่กระบวนการ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) ทั้งนี้ต้องเป็นการตัดสินใจของบุคคล ครอบครัวและชุมชนที่เข้าร่วมด้วยตนเองและยังเป็นการเปิดโอกาสให้แต่ละคนเรียนรู้จากกิจกรรมปฏิบัติการเป็นการเพิ่มความสามารถและความชำนาญให้มากยิ่งขึ้น รวมทั้ง นรินทร์ จงวุฒิเวศย์ (2539, น. 31); อรทัย ก๊กผล (2549, น. 11) ได้กล่าวถึงความหมายของการมีส่วนร่วม คือ การที่ประชาชนเข้าไปร่วมกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อผลประโยชน์ของประชาชนโดยส่วนรวมอย่างแท้จริง ทั้งนี้ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการที่ประชาชนจะต้องมีอิสระในทางความคิด มีความรู้ความสามารถในการกระทำและมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมต่อกิจกรรมนั้น ๆ โดยที่การมีส่วนร่วมจะต้องมีลักษณะการเข้าร่วมอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุดและ ประเวศ วะสี (2537, น. 8) ได้ให้ความเห็นของการมีส่วนร่วมว่าทุกองค์กรมีความสำคัญเท่ากัน ทั้งนี้ การคิดระบบจะมีปัญหาพอที่ให้ระบบบูรณาการอยู่ได้ต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกัน เพราะการเรียนรู้อย่างเดียวไม่พอ ระบบต้องมีการเรียนรู้ร่วมกันในทางปฏิบัติ ไม่ใช่เข้าห้องเรียนร่วมกัน ต้องเป็น Interaction Learning through Action คำนี้เป็นหัวใจสำคัญ เพราะจะทำให้เกิดปัญญาในระบบ และทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในทางปฏิบัติ ในขณะเดียวกัน จรรย์พร สุรมิณีจกุล (2544, น. 16) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมในการทำงานเป็นหัวใจในการพัฒนา เพราะงานพัฒนา มิใช่เป็นบริการให้เปล่าจากรัฐ แต่เป็นการทำงานโดยอาศัยความร่วมมือกัน โดยยึดหลักของ

การมีส่วนร่วมที่เข้าร่วมในการคิด ตัดสินใจวางแผน การปฏิบัติการและติดตามผลการประเมินในกิจกรรม หรือโครงการใด ๆ ที่จะกระทำ ซึ่งเป็นการปลูกจิตสำนึกในเรื่องความเป็นเจ้าของโครงการหรือกิจกรรม

สรุป

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคล กลุ่ม หรือองค์กร เข้ามามีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน เริ่มตั้งแต่ การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมติดตามประเมินผล โดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน

รูปแบบและลักษณะการมีส่วนร่วม

ชินวัณณ์ สมสืบ (2539, น. 58-60, อ้างถึงใน โฉนำ โมสิกา, 2550, น. 17) การมีส่วนร่วมมีหลายรูปแบบดังนี้

1. บังคับร่วม ประชาชนเข้าร่วมในการพัฒนา เพราะการขู่เข็ญ หรือการบังคับจากภายนอกกลวิธีขู่เข็ญหรือบังคับมีหลายรูปแบบ และเกิดจากคนที่มีผลประโยชน์จากการดำเนินงานหรือจากผลงาน
2. การมีส่วนร่วมโดยมีการผลักดัน ประชาชนจะถูกผลักดันจากอำนาจของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและได้รับผลประโยชน์ จากโครงการประชาชนเปรียบเหมือนรถลากที่ถูกผลักดันโดยอำนาจที่มองเห็นและมองไม่เห็น ประชาชนไม่ได้ตัดสินใจ ฉะนั้นการมีส่วนร่วมจึงเป็นเพียงในนาม
3. กลอุบาย หรือการมีส่วนร่วมโดยมีเงื่อนไข ประชาชนถูกจ้างให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมอื่นที่ไม่ได้แก้ปัญหาของพวกเขา การเบี่ยงเบนไปสู่เรื่องอื่นเป็นการสร้างความสบายใจให้แก่ประชาชนเป็นการชั่วคราวจากปัญหาที่แท้จริงของพวกเขา
4. การพูดข้างเดียว การพูดข้างเดียวเป็นการสื่อสารแบบทางเดียว คนส่งข่าวจะป้อนข้อมูลแก่ผู้รับฝ่ายเดียว วิธีนี้ไม่ได้จัดทำสำหรับการรับฟังข้อมูลย้อนกลับและไม่ได้มีการเจรจาต่อรองสมมุติฐานของโครงการ คือให้ประชาชนรู้จักโครงการแล้วเข้ามามีส่วนร่วมเอง
5. ทามเอง-ตัดสินใจเอง ประชาชนจะถูกถามถึงความคิดและข้อเสนอแนะต่าง ๆ แต่ไม่ได้มีการยืนยัน หรือรับประกันว่าความคิดจะได้รับการพิจารณาในการกำหนดวางแผนและดำเนินการในโครงการ การถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ทำได้โดยการประชุม การมีสภาท้องถิ่น การสำรวจ การสอบถาม และการไต่สวนสาธารณะแต่ในความชัดเจนแล้ว การมีส่วนร่วมชนิดนี้จะมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

6. การนำไปสู่ความสงบ ความคิดความเห็นและข้อเสนอของประชาชนจะถูก ร้องขอให้มีส่วนร่วมในการวางแผน และการบริหารโครงการ ประชาชนจะมีส่วนร่วมจริง ๆ ในกลไก การวางแผน แต่การตัดสินใจในเรื่องความสมเหตุสมผล และความคงของโครงการยังเป็นสิทธิของ ผู้กำหนดโครงการ

7. การจับมือกัน ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ตั้งแต่การกำหนดโครงการจน ดำเนินการโครงการ การตัดสินใจ จะทำร่วมกันระหว่างประชาชนและผู้ออกแบบโครงการ ปัญหาและประเด็นต่าง ๆ จะถูกแก้ไขโดยการเจรจาต่อรอง และการแลกเปลี่ยนความคิดอย่างเสรี มีการร่วมมือกันอย่างเป็นรูปธรรม ระหว่างผู้ได้รับประโยชน์และผู้มอบโครงการ

8. เสี่ยงประชาชน เสี่ยงประชาชนจะได้รับการรับฟังและพิจารณา ความคิด ความเห็น ข้อเสนอแนะ และความรู้สึกของประชาชน จะมีน้ำหนักในการตัดสินใจ ประชาชนจะมี ส่วนร่วมอย่างจริงจังในการตัดสินใจจากการกำหนด จนถึงการประเมินโครงการ ถ้ามีความคิดเห็น หรือปัญหาระหว่างผู้ก่อให้เกิดโครงการเกิดขึ้นก็ต้องฟังเสียงของประชาชน

9. เสี่ยงประชาชนคือกฎหมาย การมีส่วนร่วมแบบนี้เป็นการที่ความต้องการของ ประชาชนมีความเข้มแข็งสูงสุด ประชาชนจะตัดสินใจในโครงการด้วยตนเอง ตั้งแต่ชนิดของ โครงการ ทิศทางโครงการ ทรัพยากรที่จะใช้ แหล่งที่มาของทรัพยากร ผู้ใช้และช่วงเวลาที่ใช้

อรทัย ก๊กผล (2549, น. 11) ได้กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วม ไว้ ดังนี้

1. เริ่มตั้งแต่การเกิดจิตสำนึกในตนเองและถือเป็นภาระหน้าที่ของตนในฐานะที่เป็น ส่วนหนึ่งของสังคมหรือชุมชนที่ตนเองอยู่

2. ร่วมคิดด้วยกันว่าจะอะไรที่เป็นปัญหาของชุมชน มีสาเหตุอย่างไร และจะจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาเป้าหมายอย่างไร และควรที่จัดการปัญหาใดก่อนหลัง

3. ร่วมกันวางแผนงานการดำเนินงานว่าจะจัดกิจกรรมหรือโครงการอะไร จะแบ่ง งานกันอย่างไร ใช้งบประมาณมากน้อยเพียงใด จะจัดหางบประมาณมาจากที่ใดและใครจะเป็น ผู้ดูแลรักษา

4. ร่วมดำเนินงาน ประชาชนจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ เต็มกำลัง ความรู้ความสามารถของตนเอง

5. การมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นสามารถลดการเผชิญหน้าและความขัดแย้งที่รุนแรงได้

6. ช่วยทำให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมีความใกล้ชิดกับประชาชนและไวต่อความรู้สึกห่วง กังวลของประชาชน และเกิดความตระหนักในการตอบสนองต่อความกังวลของประชาชน

7. การพัฒนาความเชี่ยวชาญและความคิดสร้างสรรค์ของสาธารณชน ถือว่าเป็น การให้การศึกษามุมชน เพื่อเรียนรู้กระบวนการตัดสินใจและเป็นเวทีฝึกผู้นำชุมชน

8. ช่วยทำให้ประชาชนสนใจประเด็นสาธารณะมากขึ้น เป็นการเพิ่มทุนทางสังคม และเสริมสร้างให้ประชาชนเป็นพลเมืองที่กระตือรือร้นสอดคล้องกับการปกครองตามหลัก ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

บัณฑุร อ่อนคำ (2538, อ้างถึงใน ทศพล กฤตยพิสิฐ, 2538, น. 13); ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2527, น. 6-7) ได้กล่าวถึงกระบวนการและรูปแบบการมีส่วนร่วมที่คล้ายคลึงกัน ไว้ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการริเริ่มการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้ามามีส่วน ร่วมคิดในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน และมีส่วนในการจัดลำดับ ความสำคัญของความต้องการด้วย

2. การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผนในการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วม ในการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่จะใช้

3. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

4. การมีส่วนร่วมในขั้นการดำเนินการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมใน การสร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน หรือเข้าร่วมบริหารงาน ประสานงาน และดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

5. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมี ส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการพัฒนา หรือยอมรับผลประโยชน์อันเกิดจากการ พัฒนาทั้งทางด้านวัตถุและจิตใจ

6. การมีส่วนร่วมในขั้นการประเมินผลการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้าร่วม ประเมินว่าการพัฒนาที่ได้กระทำนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด ในการประเมินอาจปรากฏใน รูปของการประเมินย่อย เป็นการประเมินผลความก้าวหน้าเป็นระยะ ๆ หรือกระทำในรูปของ การประเมินผลรวม เป็นการประเมินผลสรุปยอดรวม

ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

ซึ้น ศรีสวัสดิ์ (2537, น. 92) ได้สรุปขั้นตอนการมีส่วนร่วมดังนี้

1. ร่วมคิด หมายถึง ร่วมค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น
2. ร่วมศึกษา หมายถึง ร่วมค้นหารูปแบบ และวิธีการ ในการป้องกัน และแก้ไข ปัญหา รวมทั้งความต้องการ
3. ร่วมวางแผน หมายถึง ร่วมกันกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรม
4. ร่วมปฏิบัติ หมายถึง ร่วมกันปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรม ที่กำหนดไว้ให้บรรลุ ทั้งนี้รวมไปถึงการระดมทรัพยากร ร่วมลงทุนในกิจกรรม โครงการและร่วมกัน จัดระบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล
5. ร่วมติดตามและประเมินผล หมายถึง ร่วมกันควบคุม ติดตาม ประเมินผลและ ร่วมกันบำรุงรักษาโครงการ และกิจกรรมที่กระทำไว้

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2527, อ้างถึงใน จนัยพร สุรมินิจกุล, 2544, น.18) แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

องค์ประกอบของการมีส่วนร่วม

ถวิลวดี บุรีกุล (2548, น. 3-4) กล่าวถึง องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมไว้ 3 ด้าน คือ

1. ต้องมีวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายชัดเจน การให้ประชาชนเข้าร่วมในกิจกรรม หนึ่ง ๆ จะต้อง มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจนว่าเป็นไปเพื่ออะไร ผู้เข้าร่วมจะได้ตัดสินใจ ถูกว่าควรเข้าร่วมหรือไม่
2. ต้องมีกิจกรรมเป้าหมาย การให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมต้องระบุลักษณะของ กิจกรรมว่ามีรูปแบบและลักษณะอย่างไร เพื่อที่ประชาชนจะได้ตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมหรือไม่

3. ต้องมีบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมาย การให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมจะต้องระบุกลุ่มเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปกลุ่มบุคคลเป้าหมายมักถูกจำกัดโดยกิจกรรมหรือวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมอยู่แล้วโดยพื้นฐาน

จึงสรุปได้ว่า

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคล กลุ่ม หรือชุมชน เข้ามามีบทบาท ในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันโดยสมัครใจ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยร่วมกัน ในการระดมความคิด วางแผน ตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์และร่วมในการประเมินผลต่าง ๆ ด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

ความหมายของเครือข่าย

มีผู้กล่าวถึงความหมายของเครือข่ายไว้ดังนี้

ภมริน ชาวนจินดา (2549, น. 12) ได้สรุปว่า เครือข่ายคือ การที่ปัจเจกบุคคล กลุ่มหรือองค์กร มาพบปะและมีปฏิสัมพันธ์กัน แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกัน ช่วยเหลือกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน แต่มีความอิสระต่อกัน

ชัยวัฒน์ ธีระพันธ์ และ ปาริชาติ สถาปิตานนท์ (2543, น. 5) ได้กล่าวถึงความหมายของ เครือข่าย ไว้คือ การที่คนมาพบปะกัน มาประชุมกันและทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อกัน เพราะมีสิ่งยึดโยงระหว่างสมาชิกเข้าด้วยกัน คือ สัมพันธภาพของสมาชิกในเครือข่าย โดยบุคคลจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างกัน บนพื้นฐานของความเท่าเทียมในด้านต่าง ๆ ในขณะเดียวกัน เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543, น. 28) กล่าวว่า “เครือข่าย” หมายถึง การที่ปัจเจกบุคคล องค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันใด ๆ ได้ตกลงที่จะประสานเชื่อมโยงเข้าหากัน ภายใต้วัตถุประสงค์หรือข้อตกลงร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกิจกรรมต่าง ๆ และมีการแสดงออกเป็นการกระทำร่วมกัน

กาญจนา แก้วเทพ (2538, น. 60); นฤมล นิราทร (2543, น. 6) ได้กล่าวถึงเครือข่ายที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ เป็นรูปแบบที่มีความสัมพันธ์กันในระดับบุคคล กลุ่ม หรือ องค์กร หลาย ๆ องค์กร ซึ่งเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมในระดับต่าง ๆ โดยมีการดำเนินกิจกรรม มีเป้าหมาย มีวิธีการทำงาน และมีกลุ่มเป้าหมายร่วมกัน

สรุป

เครือข่าย หมายถึง การที่ระดับปัจเจกบุคคล กลุ่ม และองค์กร ได้เข้ามามีบทบาท ความสัมพันธ์ร่วมกัน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการดำเนินงานและวัตถุประสงค์เดียวกัน ซึ่งมีความเท่าเทียมและเป็นอิสระต่อกัน

ประเภทของเครือข่าย

สัมพันธ์ เศรษฐกิจ และคณะ (2538, อ้างถึงใน รุ่งโรจน์ เพชรบูรณ์, 2546, น. 19-21) แบ่งประเภทเครือข่ายจากลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกและแกนกลางประสานเครือข่าย มีรูปแบบคือ

การจำแนกตามพื้นที่ดำเนินงาน เช่น เครือข่ายระดับหมู่บ้าน ตำบล จังหวัด ภาค และระดับประเทศ

1. การจำแนกตามประเภทกิจกรรมหรือประเด็นปัญหา เช่น เครือข่ายที่ทำงานด้าน เด็ก สตรี สาธารณสุข เศรษฐกิจ พัฒนาชุมชน สิทธิมนุษยชน สิ่งแวดล้อม

2. จำแนกตามอาชีพหรือสถานภาพทางสังคม เช่น เครือข่ายแรงงาน เครือข่าย กลุ่มพระสงฆ์ เครือข่ายครูพิทักษ์สิทธิเด็ก

3. จำแนกตามรูปแบบโครงสร้างหรือความสัมพันธ์ จำแนกโดยใช้เกณฑ์นี้ทำให้เกิด เครือข่าย 2 ลักษณะ คือ เครือข่ายตามแนวตั้งและเครือข่ายตามแนวนอน

เครือข่ายตามแนวตั้ง หมายถึง เครือข่ายที่โครงสร้างมีลักษณะเป็นช่วงชั้น ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรภายในเครือข่ายไม่เท่ากัน มีองค์กรที่มีสถานภาพสูงกว่า และอยู่ในฐานะผู้ให้ความช่วยเหลือแก่องค์กรที่เป็นลูกข่าย

เครือข่ายตามแนวนอน เป็นเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรต่าง ๆ ภายใน เครือข่ายที่มีความเท่าเทียมกัน ลักษณะการแลกเปลี่ยนเป็นไปโดยช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การติดต่อ ภายในเครือข่ายเป็นการติดต่อระหว่างบุคคลหรือองค์กร หรืออาจจะมีองค์กรที่ทำหน้าที่ ประสานงาน ระหว่างเครือข่าย ซึ่งเครือข่ายตามแนวนอนอาจแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มแรก เป็นเครือข่ายที่ขยายตัวออกไปตามศูนย์กลางที่เป็นจุดกำเนิดของเครือข่าย ซึ่งอาจจะเรียกว่า “แม่ข่าย” แม่ข่ายเปรียบเสมือนศูนย์กลางบัญชาการ ซึ่งเป็นที่รวมของข่าวสารข้อมูล เครือข่ายแบบนี้ อาจมุ่งให้การให้ข่าวสารข้อมูล

กลุ่มที่สอง เป็นเครือข่ายที่ตั้งขึ้นมาจากกลุ่มที่เป็นสมาชิกเครือข่ายอยู่ก่อนแล้ว โดยแต่ละบุคคลหรือองค์กรสมาชิกต่างออกไปสร้างเครือข่าย

ลักษณะของเครือข่าย

เสาวลักษณ์ ชายทวีป (2542, น. 12) กล่าวถึงลักษณะของเครือข่าย ดังนี้

ในแง่ของการปฏิบัติการทางสังคม เพื่อให้การทำงานเครือข่ายประสบผลสำเร็จและสร้างเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง การทำความเข้าใจกับเครือข่าย ต้องพิจารณาลักษณะ และองค์ประกอบทั้งหมดของเครือข่าย ซึ่งในมุมมองของกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่าย เครือข่ายควรจะประกอบไปด้วยลักษณะดังต่อไปนี้

1. เครือข่ายควรมีบทบาทในการเป็นกลไกขั้นต้นในการเปิดโอกาสให้กลุ่มต่าง ๆ ได้เข้าไปสู่กลไกแก้ไขปัญหาที่อยู่ในระดับที่สูงขึ้น เครือข่ายเป็นองค์กรภาคเอกชนที่เปรียบเสมือนห้องปฐมพยาบาลขั้นต้น
2. องค์กรที่เป็นเครือข่าย ควรมีความสัมพันธ์เป็นแบบเพื่อนร่วมงานเพื่อการประสานงานกัน ช่วยเหลือกัน เพื่อจะได้มีพลังที่เป็นขบวนการความสัมพันธ์ขององค์กรเครือข่าย อาจมีลักษณะแนวตั้งแต่ไม่ได้หมายถึงการมีอำนาจในการสั่งการ
3. เครือข่ายต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน องค์กรที่เป็นเครือข่ายควรมีลักษณะที่เป็นอิสระ

ระดับของเครือข่าย

1. มิติด้านโครงสร้าง

การเข้ามาร่วมกันเป็นเครือข่ายนั้นสามารถทำได้ในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับที่มีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ไปจนถึงระดับที่มาร่วมมือกันเป็นครั้งคราว Scheuing (1994, อ้างถึงใน นฤมล นิราทร, 2543, น. 84)

1.1 ระดับที่ 1 การร่วมมืออย่างไม่เป็นทางการ (Informal Cooperation) ซึ่งหมายถึงการที่องค์กรหรือหน่วยงานร่วมกันทำงาน โดยไม่ต้องมีสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษร

1.2 ระดับที่ 2 การร่วมมืออย่างเป็นทางการ (Formal Agreement) ซึ่งหมายถึงการที่หน่วยงานร่วมกันทำงานภายใต้พันธะสัญญา ซึ่งกำหนดขอบเขต หน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายโดยชัดเจน ข้อดีของการร่วมมือในลักษณะนี้ก็คือ ฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเข้าใจ หน้าที่ความรับผิดชอบของตนอย่างชัดเจน ส่วนข้อเสียก็คืออาจเกิดความไม่ยืดหยุ่นในการทำงาน

1.3 ระดับที่ 3 การร่วมมือโดยการร่วม “ลงทุน” ในองค์กรใหม่ หรือ โครงการใหม่ (Minority Investment) ซึ่งหมายถึงการที่หน่วยงานเข้าร่วม “ลงทุน” ในองค์กรหรือหน่วยงานใหม่ การลงทุนดังกล่าวนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กรใหม่

1.4 ระดับที่ 4 การร่วมมือแบบ Joint Venture โดยองค์กร 2 แห่งขึ้นไปเข้าไปร่วมจัดตั้งองค์กรใหม่

จากระดับของเครือข่ายจะเห็นได้ว่าพันธะผูกพันระหว่างองค์กรที่เข้ามาร่วมเป็นเครือข่ายมีความแตกต่างกัน เนื่องจากความเข้มแข็งและยั่งยืนของเครือข่ายมิได้เป็นเรื่องของการจัดตั้งเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องของการ “การบริหารจัดการ” เครือข่ายด้วย ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป

2. มิติด้านความสัมพันธ์

อาจจำแนกระดับของเครือข่าย ได้จากการประสานงานภายในระดับต่าง ๆ ขององค์กร (ภรณี กิริติบุตร, 2529, น. 41)

2.1 การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือผู้ปฏิบัติงานระดับล่างซึ่งเป็นระดับปฏิบัติการ มีอยู่หลายวิธีการ เช่น

- ทำความรู้จักกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานอื่น
- ทำความคุ้นเคยกับโครงการ (ที่เกี่ยวข้อง) ของหน่วยงานอื่น
- จัดให้มีการติดต่อสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ
- แลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน
- เป็นคณะกรรมการร่วมกันระหว่างองค์กร

2.2 การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือผู้ปฏิบัติงานระดับกลางซึ่งมักจะเป็นฝ่ายจัดการระดับกลาง มีอยู่หลายวิธีการ เช่น

- จัดให้มีระบบการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลอย่างเป็นทางการ
- จัดให้มีการแลกเปลี่ยนบุคลากร วัสดุอุปกรณ์
- จัดโครงการร่วมกัน (Joint Project)

2.3 การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานระดับสูงหรือฝ่ายจัดการระดับสูงหรือระดับนโยบาย ซึ่งมีหลายวิธีการ เช่น

- ลงทุนร่วมกัน หรือพิจารณางบประมาณร่วมกัน
- จัดตั้งคณะกรรมการร่วมกันอย่างเป็นทางการ
- จัดทำข้อตกลงร่วมกันอย่างเป็นทางการ

จะเห็นได้ว่า การจำแนกระดับของเครือข่ายในลักษณะนี้เป็นการจำแนกตามช่วงชั้นภายในองค์กร วิธีการที่ใช้ในการประสานความร่วมมือจึงอิงอยู่กับ “กรอบ” หรือ “อำนาจในการตัดสินใจ” ตามช่วงชั้นขององค์กร แต่วิธีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานระดับล่างนั้น เป็นวิธีการที่ค่อนข้างมีลักษณะเป็นธรรมชาติ และใกล้ชิดที่สุดจึงสามารถที่จะนำไปใช้ได้ในการประสานงานในหน่วยงานระดับอื่น ๆ ได้ด้วย

องค์ประกอบของเครือข่าย

รุ่งโรจน์ เพชรบุรณิน (2546, น. 22) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของเครือข่ายในลักษณะของการเริ่มจัดตั้งเครือข่าย โดยมีองค์ประกอบตั้งแต่สมาชิก กรรมการ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ และกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม ซึ่งมีความแตกต่างจากยรรยง ศรีเจริญวงศ์ (2533, น. 20-21) ที่ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของเครือข่ายในลักษณะของการดำเนินงาน และการประสานงานแบบกลุ่มที่มีการติดต่อสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม โดยมีองค์ประกอบ คือ ขนาดของกลุ่มสังคมลักษณะความสัมพันธ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อกัน วิธีการติดต่อกัน และในขณะเดียวกัน เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543, น. 37-43) เห็นว่าองค์ประกอบของเครือข่าย จะเน้นที่การมีส่วนร่วมกันของสมาชิกภายในเครือข่าย ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการรับรู้มุมมองร่วมกัน การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน การมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างกว้างขวาง ไปจนถึงการพึ่งพาอาศัยกัน และการเสริมสร้างซึ่งกันและกันของเครือข่าย

ขั้นตอนของการสร้างเครือข่าย

บัณฑกร อ่อนคำ (2538, น. 21) ได้กล่าวถึงกระบวนการสร้างเครือข่ายออกเป็นขั้นตอนต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ขั้นตระหนักถึงความจำเป็นในการสร้างเครือข่าย (Realization) เป็นขั้นตอนที่ผู้ปฏิบัติงาน หรือฝ่ายจัดการตระหนักถึงความจำเป็นในการสร้างเครือข่ายเพื่อที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมายรวมทั้งพิจารณาองค์กรต่าง ๆ ที่เห็นว่าเหมาะสมเข้าเป็นเครือข่ายในการทำงาน
2. ขั้นการติดต่อกับองค์กรที่จะเป็นสมาชิกหรือภาคีเครือข่าย (Courtship) หลังจากที่ได้ตัดสินใจในองค์กรที่เห็นว่าเหมาะสมในการเข้าร่วมเครือข่าย ก็จะเป็นขั้นตอนของการติดต่อสัมพันธ์เพื่อชักชวนให้เข้าร่วมเป็นเครือข่ายในการทำงาน โดยการรวมเป็นเครือข่ายจะเกิดขึ้นเมื่อ

องค์กรมีความต้องการเหมือนกัน ดังนั้น จะต้องสร้างความคุ้นเคยและการยอมรับ รวมทั้งความไว้วางใจระหว่างกัน เป็นขั้นตอนของการปลูกจิตสำนึก โดยการให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนข้อมูล และหว่านล้อมให้อยากแก้ปัญหาาร่วมกัน อาจเรียกขั้นตอนนี้ว่าเป็นขั้นตอนการเตรียมกลุ่มหรือเตรียมเครือข่าย (Pre-group)

3. ขั้นตอนการสร้างพันธกรณีร่วมกัน (Commitment) เป็นขั้นตอนการสร้าง ความผูกพันร่วมกัน ซึ่งหมายถึงการตกลงในความสัมพันธ์ต่อกัน ในขั้นตอนนี้องค์กรเข้าสู่การตกลงที่จะทำงานร่วมกันซึ่งในการที่จะทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหา กลุ่มองค์กรจะต้องมีความรู้เพียงพอที่จะทำกิจกรรมได้ ดังนั้น จึงต้องเสริมความรู้ที่จำเป็น ซึ่งอาจกระทำได้โดยแลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่มหรือแลกเปลี่ยนกับองค์กรนอกกลุ่ม เช่น ศึกษาดูงาน เชิญวิทยากรมาถ่ายทอดเพิ่มพูนความรู้ เป็นต้น อาจเรียกขั้นตอนนี้ว่า กลุ่มศึกษาเรียนรู้ (Learning Group) หากพิจารณาในประเด็นระดับการสร้างเครือข่ายก็เป็นขั้นตอนของ Informal Cooperation

4. ขั้นตอนการพัฒนาความสัมพันธ์ (Building) เป็นขั้นตอนที่การสร้างเครือข่าย ปรากฏผลงานเป็นรูปธรรม เป็นขั้นตอนของการเริ่มทำกิจกรรมโดยใช้ทรัพยากรร่วมกัน ขณะเดียวกันมีการตกลงกันในเรื่องการบริหารจัดการกลุ่ม ซึ่งเริ่มต้นด้วยการกำหนดวัตถุประสงค์ ของกลุ่ม กำหนดกิจกรรมจัดวางข้อตกลงในการทำงาน กำหนดบทบาทของสมาชิก รวมทั้งสิทธิ และหน้าที่ของหัวหน้ากลุ่ม เป็นต้น ขั้นตอนนี้ อาจเรียกว่า ขั้นกลุ่มกิจกรรม (Action Group) หากพิจารณาในประเด็นระดับการสร้างเครือข่าย ก็เรียกว่า เป็นระดับ Formal Agreement

ในขณะที่เครือข่ายเริ่มพัฒนาเป็นขั้นตอนตามลำดับนี้ ภายในแต่ละองค์กรสมาชิกเอง ก็ต้องมีการปรับกระบวนการทำงานเพื่อให้เอื้ออำนวยต่อประโยชน์ของเครือข่ายเช่นกัน อย่างไรก็ตามแต่ละองค์กรก็ยังคงความเป็นเอกเทศของตนไว้ได้

5. หลังจากขั้นตอนการพัฒนาความสัมพันธ์ จนนำไปสู่การทำกิจกรรมร่วมกันแล้ว เมื่อผลงานเป็นที่ประจักษ์ชัด องค์กรเครือข่ายรู้สึกว่าได้รับประโยชน์จากการเข้าเป็นเครือข่าย ความสัมพันธ์ของเครือข่ายจะแน่นแฟ้นขึ้นกับการเรียนรู้ร่วมกัน การเรียนรู้ร่วมกันนอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อการทำงานของฝ่ายปฏิบัติการแล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อการสร้างความสัมพันธ์ด้วยความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น อาจนำไปสู่การขยายตัว ซึ่งอาจปรากฏในรูปของการขยายกิจกรรมหรือ การขยายกลุ่ม ตามพื้นที่ หรือ ตามลักษณะกิจกรรม

ในด้านระดับการสร้างเครือข่าย ขั้นตอนนี้ อาจอยู่ในระดับการเข้า “ลงทุน” ในองค์กร ใหม่ (Minority Investment) และการจัดตั้งองค์กรใหม่ร่วมกัน (Joint Venture)

จากกระบวนการสร้างเครือข่ายจะเห็นได้ว่าความสำเร็จของเครือข่าย ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ตั้งแต่ความเหมาะสมขององค์กรที่มาร่วมเป็นเครือข่าย การบริหารจัดการเครือข่าย รวมไปถึงคุณภาพของบุคลากรที่ทำงานอยู่ในเครือข่ายด้วย

การมีส่วนร่วมขององค์กรเครือข่าย

การมีส่วนร่วมขององค์กรเครือข่าย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (สัมพันธ์ เตชะชอภิก และคณะ, 2538, น. 27)

1. การร่วมคิดและวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุแห่งปัญหาและทางเลือกการแก้ไขปัญหา อันเป็นพื้นฐานทางความคิดในการประมวลความรู้ทั้งหลายของชุมชน
2. การตัดสินใจ อันเป็นหัวใจสำคัญของการมีส่วนร่วมในการที่จะให้คนส่วนใหญ่ในชุมชนได้ใช้อำนาจของตนเองตัดสินใจในการดำเนินภารกิจรวมต่าง ๆ
3. การวางแผนเมื่อตัดสินใจว่าจะดำเนินการ เป็นที่แน่นอนแล้วอยู่ที่การวางแผนอย่างเป็นระบบว่าควรอะไรก่อนหลังและอย่างไร
4. การปฏิบัติเป็นการปฏิบัติจริงตามสิ่งที่คิดและวางแผนไว้
5. การติดตามประเมินผล เพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อเป็นการปรับปรุงและแก้ไขในสิ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้วให้ดียิ่งขึ้น

สรุป

ความเข้มแข็งหรือความคงอยู่ของเครือข่ายชุมชนนั้น ขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในเครือข่ายในทุก ๆ กิจกรรมหรือขั้นตอนการดำเนินงาน ซึ่งได้แก่ 1) การร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหา 2) ร่วมตัดสินใจ 3) ร่วมวางแผน 4) ร่วมปฏิบัติ 5) ร่วมรับผลประโยชน์ 6) ร่วมประเมินผล

จากแนวคิดเครือข่ายดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า เครือข่ายมีกระบวนการในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม และองค์กร ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย โดยมีรูปแบบกระบวนการของการรวมกลุ่ม เป็นแนวทางที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินการจัดการให้เป็นไปตามเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรมากยิ่งขึ้น

เครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช คือกลุ่มบุคคลที่เป็นญาติและผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องที่ให้ความสนใจในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว และทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิตและครอบครัว

รูปแบบของการสร้างเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

จากการศึกษาเรื่อง บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการสร้างเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเภท (ภมริน เขาวนจินดา, 2549, น. 117-130) พบว่า รูปแบบของการสร้างเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช มี 3 รูปแบบ ดังนี้

1. ชมรมที่มีญาติผู้ป่วยจิตเวชเป็นแกนนำ

ชมรมที่มีญาติผู้ป่วยจิตเวชเป็นแกนนำ ส่วนใหญ่ทุกชมรมตั้งอยู่ในโรงพยาบาล ชมรมญาติส่วนใหญ่มีวิธีการในการก่อตั้งชมรมที่คล้ายคลึงกัน แม้จะมีขั้นตอนที่สลับกันบ้าง ในบางชมรม เริ่มจากการศึกษารวบรวมปัญหาของผู้ป่วยและญาติ พบว่า ญาติยังขาดความรู้ ความเข้าใจและขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล หลังจากนั้น ได้ทำการวิเคราะห์วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหา จึงได้จัดกิจกรรม เพื่อเตรียมความพร้อม ให้แก่ญาติ ให้มีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น จัดอบรมโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท จัดประชุมกลุ่มญาติ เยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นต้น หลังจากนั้นยังจัดกิจกรรม ปลุกจิตสำนึกและสร้างแรงจูงใจให้ญาติตระหนักถึงความสำคัญของการรวมกลุ่มเป็นชมรมญาติ โดย สนับสนุนให้ญาติผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องมาพบปะพูดคุยกันในกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ในลักษณะของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help Group) เพื่อให้สมาชิกได้พูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหาต่าง ๆ และ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อกระตุ้น ให้ข้อมูล และปรึกษาหารือ ถึงข้อจำกัดของการไม่รวมกลุ่ม ผลดีของการรวมกลุ่ม ทำให้ญาติเกิดแรงจูงใจ ตระหนักถึงความสำคัญของการรวมกลุ่ม และก่อตั้งชมรมญาติขึ้นในโรงพยาบาล

หลังจากการก่อตั้งชมรมญาติแล้ว จึงได้มีการเลือกตั้งคณะกรรมการชมรม ด้วยการค้นหาแกนนำ โดยเฉพาะประธานชมรม ที่จะต้องทำหน้าที่เป็นแกนนำหลักในการดำเนินงาน ซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่มีศักยภาพ มีภาวะผู้นำ เสียสละ เป็นที่ยอมรับของสมาชิก ดังนั้นในการเลือกตั้งกรรมการส่วนใหญ่ จะเลือกหลังจากจัดตั้งชมรมญาติได้ระยะหนึ่งแล้ว (ประมาณ 3-6 เดือน) เพื่อให้สมาชิกได้มีโอกาสทำความรู้จักคุ้นเคยกันมากขึ้น และจะได้เห็นศักยภาพและภาวะผู้นำของสมาชิกของแต่ละคนด้วย จะทำให้สามารถเลือกกรรมการ โดยเฉพาะผู้ที่จะเป็นประธานชมรมได้อย่างเหมาะสม และเนื่องจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมในระยะก่อนก่อตั้งชมรมส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ป่วย แต่ชมรมญาติที่อยู่ในส่วนภูมิภาค จะมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นแกนนำชุมชน เช่น อสม. อบต. ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เป็นต้น

วิธีการและขั้นตอนในการก่อตั้งชมรมที่มีญาติเป็นแกนนำ

1. ขั้นเตรียมการ

- ศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช/ญาติ
- วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหา

2. ขั้นดำเนินการ

- จัดกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับญาติ ให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย จัดประชุมญาติก่อนกลับบ้าน เยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นต้น

- จัดกิจกรรมเพื่อปลูกจิตสำนึก สร้างแรงจูงใจให้ญาติตระหนักถึงความสำคัญของการรวมกลุ่ม คือ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ศึกษาดูงาน ร่วมประชุมวิชาการ เชิญวิทยากรไปบรรยาย

3. พัฒนาสู่การรวมกลุ่มพึ่งตนเอง

- เกิดแรงจูงใจตระหนักถึงความสำคัญของการรวมกลุ่ม
- จัดตั้งชมรมญาติ

2. ชมรมที่มีผู้ป่วยจิตเวชเป็นแกนนำ

สำหรับชมรมที่มีผู้ป่วยจิตเวชเป็นแกนนำนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนศักยภาพ และเปิดโอกาสทางสังคมให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การทำงานร่วมกันและเป็นศูนย์รวมเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยจิตเวช โดยความร่วมมือใจระหว่างผู้ป่วย ญาติ ผู้สนใจ ทั้งนี้จากการได้ศึกษาดูงาน และร่วมประชุมวิชาการกับชมรมกัลยาณมิตรผู้ป่วยจิตเภทศรีรัษฎา และสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต หลังจากนั้นผู้ป่วยและญาติเกิดแรงจูงใจ ตระหนักถึงความสำคัญของการก่อตั้งชมรมญาติ จึงได้ก่อตั้งชมรมญาติขึ้น

สำหรับการเลือกแกนนำนั้น จะใช้แนวทางเช่นเดียวกับชมรมที่มีญาติเป็นแกนนำ เนื่องจากชมรมนี้มีจุดมุ่งหมายที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพ เพราะการป่วยด้วยโรคจิตเวชเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาดมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ และมักมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ จึงต้องเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาพอสมควรจึงสามารถก่อตั้งชมรมได้ และผู้ป่วย ก็ได้รับเลือกให้เป็นประธาน และกรรมการ จะมีญาติเป็นกรรมการเพียง 2-3 คนเท่านั้น

วิธีการและขั้นตอนในการก่อตั้งชมรมที่มีผู้ป่วยจิตเวชเป็นแกนนำ

1. ขั้นเตรียมการ

- ศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช/ญาติ
- วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหา

2. ขั้นตอนดำเนินการ

- จัดทำโครงการกลุ่มพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยญาติมีส่วนร่วม คือ พัฒนาศักยภาพใน 3 ด้าน 3 กิจกรรม ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการเผชิญปัญหาโดยใช้กิจกรรมพบแพทย์ ด้านความรู้สึกรู้จักคุณค่าในตนเองและการมีความคิดเชิงบวกโดยใช้กิจกรรมศิลปะการฟื้นฟูจิตใจ และด้านทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น โดยใช้กิจกรรมเยี่ยมบ้าน และทำศนะศึกษาชุมชน

- จัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง คือ ประชุม/ทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมประชุมวิชาการกับชมรมกัลยาณมิตรผู้ป่วยจิตเภทศรีวิชัย และศึกษาดูงาน

3. พัฒนาสู่การรวมกลุ่มพึ่งตนเอง

- เกิดแรงจูงใจตระหนักถึงความสำคัญของการรวมกลุ่ม

- จัดตั้งชมรมญาติ

3. ชมรมที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำ

สำหรับการสร้างเครือข่ายทางสังคมนั้น เกิดจากผู้ป่วยมีอาการกำเริบและต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก ญาติก็มีความลำบากในการเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อนำผู้ป่วยไปตรวจรักษา/รับยาต่อเนื่อง เพราะอยู่ในชนบทห่างไกลโรงพยาบาลจิตเวช นอกจากนั้นฐานะของญาติส่วนใหญ่ยากจน ดังนั้น การใช้วัดเป็นศูนย์กลางในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและญาติในชุมชน จึงมีความเหมาะสมโดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำในการดำเนินงาน เพราะเป็นผู้ที่ประชาชนยอมรับและเชื่อถือ นอกจากนั้นยังสามารถนำหลักธรรมมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนได้ด้วย

วิธีการและขั้นตอนในการก่อตั้งชมรมที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำ

1. ขั้นเตรียมการ

- คัดเลือกวัด/พระสงฆ์ที่มีความพร้อม/เจ้าคณะจังหวัดเห็นชอบ โดยมีความสมัครใจ มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช มีภาวะผู้นำ/พระนักพัฒนา และประชาชนศรัทธา

- เตรียมชุมชน คือ ประเมินชุมชน สำรวจทุนทางสังคม/การมีส่วนร่วม ประสานหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และหาแกนนำชุมชน

- ศึกษาข้อมูลระดับชาติวิทยา การป่วยทางจิตในชุมชน

2. ขั้นตอนดำเนินการ

- จัดสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องในชุมชน คือ ศึกษาศถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน วิเคราะห์ปัญหา/ความต้องการ และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

- จัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เดือนละ 1 วัน โดยให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแก่แกนนำชุมชน และติดตามการดำเนินงาน

- กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของแกนนำ โดยการเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแก่แกนนำชุมชน และประเมินผลการดำเนินงาน 1 ครั้ง ต่อปี

3. พัฒนาสู่การรวมกลุ่มพึ่งตนเอง

- เกิดแรงจูงใจตระหนักถึงความสำคัญของการรวมกลุ่ม

- จัดตั้งชมรมญาติ

สรุป

ในการก่อตั้งชมรมญาติทั้ง 3 รูปแบบ คือ ชมรมที่มีญาติผู้ป่วยจิตเวชเป็นแกนนำ ชมรมที่มีผู้ป่วยจิตเวชเป็นแกนนำ และชมรมที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำ มีสิ่งที่ดีต่อกัน คือจะสนับสนุนให้ญาติ ผู้ที่เกี่ยวข้อง สมาชิก เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ ร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา ไปจนถึงร่วมรับผลประโยชน์ ได้รับการยอมรับทั้งในครอบครัวและสังคม สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตอย่างอิสระในสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิต

ศิริ ฮามสุโพธิ์ (2543, น. 57); ผาสุก มุทธเมธา (2535, น. 96) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล คือ สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคม และเป็นชีวิตที่สามารถสนองตอบความต้องการของตนเองได้ และในขณะเดียวกันในแง่ของสิ่งแวดล้อมนั้น เกษม จันทรแก้ว (2540, น. 28-29) ได้กล่าวไว้ว่าคุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับสภาพทั่วไปของสิ่งแวดล้อมทางชีวกายภาพ บุคคลอยู่ในที่ทรัพยากรสิ่งแวดล้อมที่อุดมสมบูรณ์ย่อมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่อยู่ในที่ขาดแคลนทรัพยากรสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตต้องขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปแต่ละบุคคลอีกด้วย รวมถึง อัมพล เสนาณรงค์ (2542, น. 10) โดยกล่าวไว้คือ ชีวิตที่เป็นสุขควรประกอบด้วยปัจจัยหลาย ๆ ด้าน ที่จะต้องผสมผสานกลมกลืนกันไป เช่น การมีสุขภาพจิตดี แจ่มใสเบิกบาน ระวังความอยาก ควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ได้ ไม่มีทุกข์หรือมีแต่ก็ไม่มากจนเกินแก้ไข มีเพื่อนฝูง ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมทั้งผู้คนและธรรมชาติได้ตามสมควร มีรายได้ที่เลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้พอเพียงอย่างยั่งยืน ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเป็นสุข มีที่อยู่อาศัย มีที่ทำกิน มีอาชีพและรายได้ตาม

สมควร มีความเสมอภาค ได้รับโอกาสเท่าเทียมกัน มีเสรีภาพ มีการศึกษา มีสภาพแวดล้อมที่ดี มีคุณธรรมและจริยธรรม อยู่ร่วมกับธรรมชาติได้อย่างเป็นสุข ฯลฯ

จากทฤษฎีของมาสโลว์ (ภมริน เชาวน์จินดา, 2542, น. 11) ซึ่งระบุความต้องการของมนุษย์ 5 ระดับมาเป็น 2 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตระดับต้นและคุณภาพชีวิตระดับปลาย ในประเทศที่พัฒนาแล้ว การมีคุณภาพชีวิตระดับต้น ซึ่งหมายถึงการปราศจากความอดอยากยากจนที่ทุกข์ทรมาน การมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การปราศจากสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาในสภาพทางกายภาพ และคุณภาพชีวิตระดับปลาย เป็นที่ยอมรับมากขึ้น โดยรวม 3 ขั้นสุดท้ายของทฤษฎี คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การเป็นที่รักและยอมรับของคนในครอบครัว การมีความรู้สึกที่สามารถควบคุมสถานการณ์ทั้งในครอบครัวและที่ทำงานได้มาก ตลอดจนมีโอกาสพัฒนาตนเองและผู้อื่น ทางด้านสติปัญญา สังคม อารมณ์ ความสวยงาม และความพอใจด้านจิตใจ จึงได้สรุปได้ว่า ความพึงพอใจในชีวิตของมนุษย์จะเกิดขึ้นได้เมื่อความต้องการขั้นพื้นฐาน (Basic Needs) ได้รับการตอบสนอง โดยที่ความต้องการขั้นพื้นฐานในระดับต่ำกว่า (Lower Needs) ต้องได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอก่อน จึงจะเกิดความต้องการในระดับสูงขึ้นไปได้ (Higher Needs)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน (ศิริ ฮามสุโพธิ์, 2543, น. 57)

1. ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการ กับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น

การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านครอบครัว คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่นในครอบครัว รวมทั้งการรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสังคม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่างร่วมกับผู้อื่นในสังคม เป็นต้น

ลักษณะของคุณภาพชีวิต มีเนื้อหาค่อนข้างกว้างขวางมาก แต่พอสรุปคุณภาพชีวิตของประชาชนตามแนวคิดของ OECD (1988, อ้างถึงใน ปรีชา เปี่ยมพงศ์สานต์, 2543, น. 328) คุณภาพชีวิตจะครอบคลุมหลายมิติ คือ

1. คุณภาพทางด้านอนามัยและสาธารณสุข
2. พัฒนาการบุคคลโดยผ่านการศึกษาฝึกอบรม
3. การทำงานและคุณภาพชีวิตการทำงาน
4. เวลาว่างที่สร้างสรรค์
5. ความสุขสมบูรณ์ทางด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งความเสมอภาคทางเศรษฐกิจ
6. คุณภาพสิ่งแวดล้อม และทรัพยากรธรรมชาติ
7. สิ่งแวดล้อมทางสังคม
8. โอกาสทางสังคมและการมีส่วนร่วมที่เท่าเทียมกัน
9. ความมั่นคงในการดำรงชีวิต
10. สิทธิเสรีภาพทางการเมือง

สรุป

ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันและปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่าง

เหมาะสม สามารถพัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เป็นที่ยอมรับของคนในครอบครัว และสังคม

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในเครือข่ายชมรมญาติเพื่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิต ประเด็นที่ค้นหามีดังนี้

ความรู้ ความเข้าใจเรื่องเครือข่ายทางสังคม

หทัยรัฐณ์ เอื้อสามาลัย (2542) ศึกษาเรื่อง ทักษะของบุคลากรทางสาธารณสุขต่อการสร้างเครือข่ายทางสังคมด้านสาธารณสุขชุมชนของผู้ป่วยจิตเวช เขต 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องเครือข่ายทางสังคมโรคทางจิตเวช แนวคิดการส่งเสริมคุณภาพ แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งความรู้กลุ่มตัวอย่างในหมวดนี้มีความรู้อยู่ในเกณฑ์มาก แต่มีความรู้ในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ในขณะที่ วิจิษภณา หุตานนท์ (2545) ศึกษาการประสานงานลักษณะเครือข่ายระหว่างองค์กรภาครัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชนต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งพบว่า ผู้ประสานงานมีความรู้ ความเข้าใจด้านความหมาย ที่แตกต่างกัน 3 ความหมาย คือ ความหมายที่ 1 เป็นเทคนิคหรือกลยุทธ์ในการระดมทรัพยากร ความหมายที่ 2 เป็นวัตถุประสงค์หนึ่งขององค์กร ความหมายที่ 3 เป็นการสร้างความเข้มแข็ง พลังกลุ่ม ผู้ประสานงานมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องรูปแบบการประสานงานลักษณะเครือข่ายแบบแนวตั้งและแนวนอน และหลักการประสานงานว่าต้องมีการร่วมจากทุกภาคส่วน ต้องกำหนดรูปแบบขององค์กรเพื่อการประสานงาน สร้างแรงจูงใจและต้องมีความยืดหยุ่น รวมทั้งในเรื่องของประโยชน์ว่าเป็นศูนย์กลางในการส่งข้อมูลข่าวสาร เกิดกระบวนการเรียนรู้และมีมุมมองเดียวกัน ทำให้เข้าถึงและประหยัดทรัพยากร

สรุปได้ว่า

เครือข่ายทางสังคม เป็นกระบวนการ วิธีการในการขับเคลื่อนทางสังคม ที่แสดงถึงรูปแบบความสัมพันธ์ภายใต้เงื่อนไขที่ปัจเจกบุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร และเครือข่ายที่มีต่อกัน และในมิติแห่งความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นด้วยกระบวนการและกิจกรรมในสังคม เช่น การติดต่อสื่อสาร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประสานผลประโยชน์ ความไว้วางใจ ฯลฯ ที่เป็นปัจจัยหลักให้สมาชิก

หรือฝ่ายต่าง ๆ มีความผูกพันต่อกันเพื่อเสริมสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในสิ่งต่าง ๆ

การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

นพรัตน์ ไชยธานี และคณะ (2544) ศึกษาเรื่อง โครงการบูรณาการจัดการความรู้และภูมิปัญญาชาวบ้านเพื่อเสริมสร้างพลังแกนนำในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งพบว่า 1) แกนนำชุมชนและเครือข่ายชุมชนต้นแบบมีความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าก่อนการดำเนินการ 2) เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบครบวงจรที่เป็นรูปธรรมชัดเจนในชุมชนต้นแบบ 2 ชุมชน คือ ชุมชนดอนสักและชุมชนปากพูน 3) ได้นวัตกรรมการดูแลในชุมชน คือ คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนฉบับพกพา คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลและโปรแกรมเสริมสร้างพลังแกนนำในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 4) เกิดโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการร่วมกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางกาย ในชุมชนต้นแบบและเกิดชมรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยแกนนำ ในขณะที่ ฅเนศ มั่นน้อย (2550) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดองค์กรเครือข่ายชุมชนประมงพื้นบ้านจังหวัดปัตตานี พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนประมงพื้นบ้าน จังหวัดปัตตานีนั้น ได้มีการดำเนินงานที่ชัดเจน ซึ่งมีการวางแผนกำหนดนโยบายและการทำงานของเครือข่ายชุมชนประมงพื้นบ้านจังหวัดปัตตานีอย่างชัดเจน รวมทั้งมีการกำหนดวิธีการที่สอดคล้องกับเป้าหมายและที่สำคัญคือ กระบวนการวางแผนขององค์กรเครือข่ายชุมชนประมงพื้นบ้านจังหวัดปัตตานี เป็นกระบวนการที่มีสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ซึ่งทำให้สมาชิกรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน

สรุปได้ว่า

จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่าย ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมติดตามและประเมินผล ทำให้สมาชิกเกิดความเป็นเจ้าของ และยังทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น

การสร้างเครือข่าย

ประกายทิพย์ วงศ์หอม (2543) ได้ศึกษาเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนในการจัดการศึกษานอกโรงเรียน พบว่าในการสร้างเครือข่ายนั้นควรพิจารณาในเรื่องตัวบุคคล

แนวความคิด ทรัพยากร วิธีการทำงาน ระยะเวลาในการประสานงานเครือข่ายจะต้องมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยที่ทำให้เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนประสบความสำเร็จในการทำงานร่วมกันคือ แนวคิดในการทำงาน ความคาดหวังขององค์กรสมาชิก ความเท่าเทียมและความเสมอภาคกัน เครือข่ายสามารถยั่งยืนได้ถ้ามีพันธกิจร่วมกัน มีการประสานงานสนับสนุน มีการต่อรองความเคลื่อนไหวให้มีพลังมากขึ้น มีการเอื้อประโยชน์ให้สมาชิกมีผู้ประสานงานเครือข่ายชัดเจนต่อเนื่องและเข้มแข็ง ความสัมพันธ์ของสมาชิกในเครือข่ายต้องเกิดจากธรรมชาติมีกิจกรรมการเรียนรู้สม่ำเสมอและต่อเนื่อง และในขณะเดียวกัน หทัยรัฐณ์ เอื้อสามาลัย (2542) ซึ่งได้ศึกษาทัศนะของกลุ่มตัวอย่าง ในการสร้างเครือข่ายทางสังคมด้านสาธารณสุขของผู้ป่วยจิตเวช เขต 1 พบว่า ทัศนะของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ป่วยจิตเวช มีความเห็นด้วยมากในเรื่องผู้ป่วยจิตเวชสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับคนปกติในชุมชน ส่วนทัศนะของกลุ่มตัวอย่างต่อแนวคิดเครือข่ายทางสังคม มีความเห็นด้วยมากที่ว่าการสร้างเครือข่ายทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกัน แก้ไขปัญหา พี่นฟูผู้ป่วยจิตเวช ส่วนทัศนะของกลุ่มตัวอย่างต่อแนวคิดและเครือข่ายทางสังคมบุคลากรมีความเห็นด้วยมากที่ว่าการมีเครือข่ายทางสังคมด้านสาธารณสุขจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สำหรับทัศนะของกลุ่มตัวอย่างต่อแนวคิดเครือข่ายทางสังคม มีความเห็นด้วยมากกว่า การมีเครือข่ายทางสังคมจะช่วยให้การประสานงานของบุคลากรง่ายขึ้น นอกจากนี้ เลอพงค์ สอนสังข์ (2549) ยังได้ทำการศึกษาในด้านทัศนะของอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ประสบภัยต่อประโยชน์การสร้างเครือข่าย ซึ่งพบว่าทัศนะของอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ประสบภัยต่อประโยชน์การสร้างเครือข่ายนั้นอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน นอกจากนั้นทัศนะของอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ประสบภัยต่อกระบวนการสร้างเครือข่ายและขั้นตอนการสร้างเครือข่ายช่วยเหลือผู้ประสบภัยของอาสาสมัครอยู่ในระดับมากทุกด้านโดยเฉพาะด้านการสร้างผู้นำภายในกลุ่มเกี่ยวกับเครือข่ายอาสาสมัคร เริ่มจากการสร้างผู้นำ ภายในกลุ่มอาสาสมัคร และการสร้างเครือข่ายจะทำให้เกิดการกำหนดกิจกรรมร่วมกัน และจากการศึกษาของ ภมริน เชาวณจินดา (2549) พบว่า รูปแบบของการสร้างเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเภทนั้นมี 3 รูปแบบ คือ 1. ชมรมที่มีญาติผู้ป่วยจิตเภทเป็นแกนนำ 2. ชมรมที่มีผู้ป่วยจิตเภทเป็นแกนนำ และ 3. ชมรมที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำ โดยทั้ง 3 รูปแบบนี้มีสิ่งที่ดีคล้ายคลึงกัน คือ วัตถุประสงค์ สมาชิก กิจกรรมและระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมเพื่อก่อตั้งชมรม อย่างน้อย 1 ปี ทำให้แต่ละชมรมมีความเข้มแข็ง สามารถเป็นต้นแบบให้ชมรมญาติอื่น ๆ ได้

สรุปได้ว่า

การสร้างเครือข่าย เป็นกิจกรรมในการก่อให้เกิดกลุ่ม เริ่มจากการสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญและความจำเป็นในการสร้างเครือข่าย โดยปัจจัยที่ทำให้เครือข่ายประสบความสำเร็จ ในการทำงานร่วมกันนั้นคือ มีแนวคิดในการทำงาน ความคาดหวังขององค์กรสมาชิก ความเท่าเทียมและความเสมอภาคกัน มีการประสานงาน สนับสนุน มีผู้ประสานงานเครือข่ายชัดเจนต่อเนื่องและเข้มแข็ง ความสัมพันธ์ของสมาชิกในเครือข่ายต้องเกิดจากธรรมชาติ มีกิจกรรมการเรียนรู้สม่ำเสมอและต่อเนื่อง นอกจากนั้นการได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมเป็นเครือข่าย จะช่วยกระตุ้นให้เกิดเครือข่าย รวมทั้งจะเป็นปัจจัยที่เกื้อหนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนาเครือข่ายที่ต่อเนื่อง และสามารถขับเคลื่อนไปสู่ความสำเร็จร่วมกันได้เป็นอย่างดี

การดำเนินงานเครือข่าย

เอ็ดมอนด์ ไชยหาญ (2542) ได้ศึกษาถึง การดำเนินงานในเครือข่ายกิจกรรมของเครือข่ายชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด พบว่า มีลักษณะของความร่วมมือของผู้นำชุมชนในระดับปานกลาง โดยมีบทบาทเป็นผู้ร่วมในกิจกรรมและชักชวนเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนี้ยังมีการสร้างเครือข่ายกิจกรรมของผู้นำชุมชนด้วยการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านแรงงาน การแสดงความคิดเห็น และการช่วยเหลือในการติดต่อประสานงาน และในขณะเดียวกันประกายทิพย์ วงศ์หอม (2543) ศึกษาการทำงานเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งการทำงานเครือข่ายขององค์กรพัฒนาเอกชนคือองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานโดยมีวัตถุประสงค์คล้ายกัน มีประเด็นสนใจมาทำงานร่วมกัน เพื่อนำเอาประสบการณ์ในระดับจุลภาคที่แตกต่างกันมารวมตัวกันนำเสนอประเด็นที่ต้องการ เพื่อก่อให้เกิดมุมมองที่กว้างขวาง และต้องการพลังเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและยุทธศาสตร์ของการพัฒนาในระดับชาติและระดับสากล ซึ่งรวมทั้งภคพันธ์ ศาลาทอง (2546) ที่ศึกษาการจัดตั้งและการดำเนินงานของเครือข่ายกองทุนกลาง ซึ่งพบว่า สมาชิกเครือข่ายย่อยเป็นเครือข่ายประเภทสนับสนุนทุน ยกเว้น มูลนิธิบัวสุวรรณซึ่งเป็นองค์กรในรูปเครือข่ายกิจกรรมที่เน้นการช่วยเหลือร่วมมือทำกิจกรรม และมีเครือข่าย เป็นสมาชิกสมาชิกเครือข่ายกองทุนกลางประกอบด้วย เครือข่ายออมทรัพย์ เครือข่ายอาชีพ และเครือข่ายสวัสดิการ แต่ไม่มีเครือข่ายย่อยใด ๆ ที่เป็นเครือข่ายประเภทความคิด เครือข่ายการเรียนรู้ และเครือข่ายอำนาจต่อรอง นอกจากนี้ แต่ละเครือข่ายย่อยมีมิติความสัมพันธ์ของเครือข่ายแบบแนวราบที่เน้นความเท่าเทียมกันระหว่างผู้นำและสมาชิกในลักษณะการปรึกษาหารือร่วม

มีการกระจายอำนาจและโครงสร้างการบริหารงานที่ชัดเจน กรรมการของเครือข่ายมาจากการเลือกตั้ง

สรุปได้ว่า

การดำเนินงานเครือข่ายมีความสัมพันธ์กับงานและสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน ซึ่งงาน/ภารกิจ และความเป็นภาคีต่อกันนั้น จะนำไปสู่การเรียนรู้และการสร้างกระบวนการความเคลื่อนไหวทางสังคม โดยแต่ละเครือข่ายก็มีกระบวนการทำงานที่แตกต่างกันไปตามสถานการณ์และเป้าหมายที่กำหนด

จากผลการวิจัย และแนวคิดทฤษฎี ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานในเครือข่าย ต่าง ๆ ได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนของกระบวนการทำงานในทุก ๆ ฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นส่วนของเจ้าหน้าที่หรือตัวผู้ปกครองทางจิตเอง โดยการเน้นให้ผู้ปกครองทางจิตและครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนร่วมกันสร้างองค์กรให้เข้มแข็ง โดยกิจกรรมส่วนใหญ่เน้น ตั้งอยู่บนพื้นฐาน ในเรื่องของสวัสดิภาพของผู้ปกครองทางจิตที่มีต่อสังคมภายในครอบครัวและสังคมภายนอก และพบว่าส่วนใหญ่แล้ว ครอบครัว และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิต

กรอบแนวคิดในการศึกษา

