

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีประชากรทั่วโลก จำนวน 450 ล้านคน ที่ต้องทุกข์ทรมานจากปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตประสาท WHO (2004, อ้างถึงใน ภมริน เชาวจินดา, 2549) ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่กำลังพัฒนา ก็ประสบกับปัญหา นั่นคือปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งขนาดและความรุนแรง จากสถิติการเจ็บป่วยทางจิตด้วยโรคจิตของประชากรไทยมีผู้ป่วย ด้วยโรคจิตเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 11 เป็นภาระของโลก (Global Burden of disease) ซึ่งในปี ค.ศ. 2020 สูงกว่าร้อยละ 15 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคจิตเวชครั้งล่าสุดในปี 2549 โดย กรมสุขภาพจิต จากประชากรทั่วประเทศจำนวน 62,828,706 ราย พบว่าประชากรที่เป็นโรคจิตเวชมีจำนวน 1,314,451 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การป่วยทางจิตก่อให้เกิดผลเสียหาย หลายด้าน ทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว และประเทศชาติ (มานิช หล่อตระกูล, 2548)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช จะต้องบำบัดรักษาแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปพร้อม ๆ กัน และอีกทั้งยังต้องอาศัยความรู้ความเชี่ยวชาญในการบำบัดรักษา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวช มีสภาพจิตใจที่เปราะบางและไม่สามารถที่จะควบคุมอารมณ์ตนเองได้ในบางครั้ง และด้วยเหตุนี้ จึงจำเป็นอย่างมากที่จะต้องอาศัยหลาย ๆ ฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยการประสานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพ ไปจนถึงองค์กรเอกชนต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุด โดยเฉพาะสถาบันครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยจิตเวชมากเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจิตเวชก็มีโอกาสป่วยซ้ำได้หลายครั้ง ทำให้เป็นภาระของครอบครัว ญาติที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเวชเกิดความเครียด เนื่องจากขาดความรู้และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วย รู้สึกวิตกกังวล เบื่อหน่าย อับอาย และเป็นภาระ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของญาติที่มีต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยด้วย ส่วนกรมสุขภาพจิต (2541, อ้างถึงใน ภมริน เชาวจินดา, 2549, น. 10) ได้กล่าวถึงปัญหาของ

ญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไว้ว่า ญาติไม่ได้รับการช่วยเหลือ หรือระดับปกครองทางจิตใจ เมื่อเกิดความรู้สึกหงุดหงิด เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ ไม่มีใครเป็นที่ปรึกษา ทำให้เครียด หมดกำลังใจ ในการดูแลผู้ป่วยและ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ความรู้สึกต่อผู้ป่วยได้ และโดยธรรมชาติของโรคจิตเวช ผู้ป่วยมักไม่มีเหตุผล ตัดสินใจจัดการยาก จึงทำให้ญาติรู้สึกเจ็บปวด เศร้าเสียใจ คับข้องใจ กลัวและรู้สึกว่าช่วยอะไรไม่ได้ ความเครียดจึงมีมากมายมหาศาล ทั้งทางการเงิน ความคิด จิตใจ อารมณ์ ยิ่งไปกว่านั้นยังมีตราบาปและอคติ ความไม่รู้ ไม่ยอมรับ การละเลยและการทำร้ายกัน

จากสภาพปัญหาดังกล่าวทำให้องค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นความสำคัญของ ปัญหาของสุขภาพจิตมีเจตนารมณ์ ให้ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคล และประชาชาติทั่วโลก ในแง่ผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจ และภาวะที่เกิดขึ้นจากปัญหาสุขภาพจิต โดยองค์การอนามัยโลกได้มีข้อเสนอแนะบริบททางสุขภาพจิต เพื่อการบริหารจัดการระดับชาติ สำหรับทุกประเทศ ทุกองค์กรในการพัฒนาสุขภาพจิตเพื่อนำไปดัดแปลงปฏิบัติ คือให้การบริการรักษาปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ส่งเสริมและจัดหาเพื่อสามารถรักษาโรคทางจิตเวชให้การบริการสุขภาพจิตระดับชุมชน มีการอบรมเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน มีส่วนเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ครอบครัว สร้างนโยบายระดับชาติ เป็นโครงการต่าง ๆ หรือพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต พัฒนาทรัพยากรบุคคล เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย กับองค์กรด้านอื่น ๆ ฝ้าติดตามภาวะสุขภาพจิตของชุมชน และส่งเสริมสนับสนุนงานวิจัยทางสุขภาพจิต ซึ่งจะสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ที่มีกลวิธีการดำเนินงานมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุก ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ มีการดำเนินงานขยายความครอบคลุมและพัฒนาคุณภาพ การบริการสุขภาพจิตในระบบบริการสาธารณสุข การพัฒนาและสนับสนุนทางวิชาการและการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในการสร้างภูมิคุ้มกันและความเข้มแข็งทางด้านสุขภาพจิตให้แก่ประชาชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับนโยบายของกรมสุขภาพจิตที่ให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรู้ความเข้าใจ ของสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดี ต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต สามารถดูแลและจัดการกับปัญหาสุขภาพจิต ฟังตนเอง ครอบครัว และผู้อื่นในชุมชนได้ อันจะนำไปสู่การอยู่ร่วมกันในสังคม ได้อย่างมีความสุขที่ยั่งยืน ภายหลังจึงได้สร้างเครือข่าย เพื่อให้การสนับสนุนทางสังคม จิตใจ แก่ญาติ โดยการก่อตั้งชมรมญาติผู้ป่วยจิตเภทซึ่งจะทำให้ญาติได้พบปะพูดคุยกับผู้มีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ทำให้รู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ร่วมรับรู้ปัญหา แบ่งเบาความรู้สึกกัน อีกทั้งยังร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้

ความทุกข์หรือความเครียดลดลง (ภมริน เชาวน์จินดา, 2549, น. 4) สอดคล้องกับวันทนีญ วาลิกะสิน (2546, น. 20) ที่กล่าวว่า มนุษย์ต้องการเครือข่ายทางสังคม เพื่อนำมาใช้เป็นปัจจัยในการดำรงชีวิต เมื่ออยู่ในสภาวะวิกฤตบุคคลที่มีเครือข่ายทางสังคมจะสามารถแก้ไขปัญหาได้ดี เพราะเครือข่ายทางสังคมจะทำหน้าที่สนับสนุนทางสังคม (Social Support) แก่มนุษย์เพราะมนุษย์ทุกคนจะต้องมีเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเริ่มจากครอบครัว เครือญาติ ชุมชน เพื่อน องค์กร สมาคมต่าง ๆ การรวมตัวกันขึ้นของเครือข่ายญาติผู้ป่วยจิตเวช และผู้ที่เกี่ยวข้องอยู่กับโรคจิตเวช ซึ่งเป็นอีกเครือข่ายหนึ่งที่ปฏิบัติงาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตในสังคมและเพื่อพิทักษ์สิทธิในด้านต่าง ๆ ของผู้บกพร่องทางจิต และครอบครัว อีกทั้งยังประสานความร่วมมือกับเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพในด้านต่าง ๆ ของผู้บกพร่องทางจิตให้ดีขึ้น การรวมตัวของผู้บกพร่องทางจิตและครอบครัว ในการตั้งเป็นเครือข่ายหรือชมรมภูมิตั้งเป็นที่ยอมรับและได้ขยายตัวออกไปทั่วประเทศ โดยเฉพาะหลังจากได้ก่อตั้งสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต ในปี 2546 (ภมริน เชาวน์จินดา, 2549, น. 68) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาฟื้นฟูที่มีคุณภาพและครอบคลุม สร้างการยอมรับของสังคม และสร้างความเข้มแข็ง ให้ชมรมญาติผู้ป่วย

การมีส่วนร่วมมีผลมาจากการรวมกลุ่มเป็นชมรมญาติ ของญาติ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ที่สนใจ แก่นนำชุมชน เช่น พระสงฆ์ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ที่ได้เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานร่วมกัน และมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน คือ ให้การปรึกษาและช่วยเหลือผู้บกพร่องทางจิตและครอบครัว ให้สามารถดำเนินชีวิตอิสระในสังคม พิทักษ์สิทธิในด้านต่าง ๆ ของผู้บกพร่องทางจิตและครอบครัว รณรงค์ให้ครอบครัว ชุมชน สังคมมีความรู้ ความเข้าใจมีเจตคติเชิงสร้างสรรค์และยอมรับผู้บกพร่องทางจิต ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมค่านิยมและวัฒนธรรมอันดีในมวลสมาชิกและสังคม ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต ทำให้ผู้บกพร่องทางจิตได้รับการยอมรับ ได้รับการฟื้นฟูทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม

มูลเหตุจูงใจในการศึกษา

ผู้บกพร่องทางจิต เป็นผู้มีพฤติกรรมมารับรู้และอารมณ์ผิดปกติจากคนทั่วไป เมื่อเป็นแล้วไม่หายขาด มักมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ และมักมีอาการผิดปกติหลงเหลืออยู่ แม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีโอกาสที่จะป่วยซ้ำได้หลายครั้ง (สุวิทนา อารีพรรค,

2524, น. 239) นับเป็นการสูญเสียอย่างมากต่อครอบครัว สังคมและประเทศชาติ เนื่องจากการเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัวที่จะเลี้ยงดูตลอดไป ทำให้ญาติที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเวชเกิดความเครียด เนื่องจากขาดความรู้ และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วย รู้สึกวิตกกังวล เบื่อหน่าย อับอายและเป็นภาระ ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของญาติ ที่มีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับการดูแล และสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น ๆ

ในช่วงที่ผู้ศึกษาฝึกงาน ได้มีโอกาสศึกษาดูงานและร่วมกิจกรรมกับสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต จึงได้เห็นถึงกระบวนการดำเนินงานของทางสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต ซึ่งมีความมุ่งหมาย เพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาฟื้นฟู ที่มีคุณภาพและครอบคลุม สร้างการยอมรับของสังคม และอีกทั้งยังสร้างความเข้มแข็งกับเครือข่าย โดยมี การพัฒนาและขยายเครือข่ายเพื่อผู้บกพร่องทางจิตให้เข้มแข็งและครอบคลุมทุกพื้นที่ เป็นการร่วมมือผลักดันการทำงานของเครือข่าย และอีกทั้งยังให้สังคมเกิดความเข้าใจ ตระหนักและมีส่วนร่วม ในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้บกพร่องทางจิต ทั้งนี้เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต (แม่ข่าย) ได้มีการจัดทำโครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ อย่างหลากหลาย เช่น โครงการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวช การพิทักษ์สิทธิ การเป็นปากเป็นเสียงแทน โดยสนับสนุนให้ทุกชมรมมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมด้วยตนเอง รวมทั้งการขยายเครือข่ายชมรมญาติทั่วประเทศ ทั้งภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคอีสาน และภาคใต้ ทำให้มีชมรมญาติเพิ่มขึ้นจากเดิม ที่มีจำนวน 30 ชมรม (พ.ศ. 2541-2550) เป็น 92 ชมรม (พ.ศ. 2551) สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต จึงได้ปรับแผนยุทธศาสตร์ใหม่ เพื่อให้บริการได้ครอบคลุมและเพียงพอต่อ ผู้บกพร่องทางจิต อีกทั้งยังเพิ่มศักยภาพแกนนำของเครือข่ายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเน้นในเรื่องการพิทักษ์สิทธิและสนับสนุนกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูดูแลผู้บกพร่องทางจิต (สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต, 2550, น. 11-13) แม้ว่าชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ในแต่ละจังหวัดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่การเข้าถึงทรัพยากรของกลุ่มผู้บกพร่องทางจิตยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร ไม่ว่าจะ เป็นเรื่องสิทธิประโยชน์ การรักษาพยาบาล หรือการดำเนินชีวิตในสังคมก็ตาม ดังนั้น สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต จึงได้ดำเนินการผลักดันนโยบายขยายเครือข่ายชมรมญาติ ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยเน้นให้ผู้บกพร่องทางจิตและญาติ ได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต ด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น ร่วมก่อตั้งชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมกิจกรรมในชมรมฯ เป็นต้น เพื่อเพิ่มศักยภาพของญาติและผู้บกพร่องทางจิตให้

สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม และให้เข้าถึงสิทธิประโยชน์อันพึงมีพึงได้ โดยสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตเป็นแกนนำหลักในการประสานงานกับเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชและเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้บกพร่องทางจิต

จากดังที่กล่าวมาข้างต้นผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญในเรื่องการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช เพราะการมีส่วนร่วมของแต่ละภาคส่วนนั้นจะทำให้ชมรมญาติฯสามารถดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้บกพร่องทางจิต ให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข และยังเพิ่มศักยภาพต่อหน่วยงานหรือเครือข่ายอีกด้วย ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษา “การมีส่วนร่วมในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต”

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต
2. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช
3. ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต มีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษารูปแบบการดำเนินงานและลักษณะของการมีส่วนร่วมในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากร ในการศึกษา ได้แก่ ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกดังนี้

ชมรมที่มีระยะเวลาการดำเนินงานไม่ต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 30 ชมรม ประกอบด้วย ประธาน กรรมการ และสมาชิก ชมรมละ 5 คน และศึกษาข้อมูลเชิงลึกผู้ป่วยจิตเวช ในชมรมญาติอีกจำนวน 4 คน โดยมีระยะเวลาการเป็นสมาชิก ไม่ต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งแบ่งเป็น ภาคละ 1 คน จำนวน 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคกลางและภาคใต้

ขอบเขตด้านพื้นที่

เฉพาะเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชทั่วประเทศ (ระหว่าง ปี 2541-2550) จำนวน 30 ชมรม ซึ่งแบ่งเป็น 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคกลาง และภาคใต้

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง การรวมกลุ่มของญาติผู้ป่วยจิตเวช ผู้ที่สนใจ แกนนำชุมชน เช่น พระสงฆ์ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งได้เข้ามา มีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมและมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน

เครือข่าย หมายถึง การรวมตัวของสมาชิกชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้เข้ามามีบทบาทและขับเคลื่อนกระบวนการทำงานร่วมกัน โดยมีกิจกรรม เป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน ซึ่งจะเน้นให้ความช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว

ผู้ป่วยทางจิต หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช มีความผิดปกติทางด้านจิตใจและพฤติกรรมผิดปกติจากคนทั่วไป จึงส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม

การมีส่วนร่วมในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง การที่แกนนำและสมาชิกในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชเข้ามามีบทบาทร่วมในการดำเนินงานต่าง ๆ

1. การมีส่วนร่วมคิด หมายถึง การเข้ามามีส่วนร่วมคิดในการค้นหาปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาภายในเครือข่าย

2. การมีส่วนร่วมวางแผน หมายถึง การเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ วิธีการและแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่จะใช้

3. การมีส่วนร่วมตัดสินใจ หมายถึง การเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินงานและการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

4. การมีส่วนร่วมปฏิบัติ หมายถึง ร่วมกันปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน และกิจกรรมที่กำหนดไว้รวมทั้งการระดมทรัพยากร และร่วมกันจัดระบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

5. การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ หมายถึง ร่วมในการรับผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมในเครือข่าย ทั้งทางด้านวัตถุและจิตใจ

6. การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล หมายถึง ร่วมในการติดตามและประเมินกิจกรรมที่ได้กระทำนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์

คุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตทั้ง 4 ด้านของผู้ปกครองทางจิต คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว และด้านสังคม ของผู้ปกครองทางจิต ในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

1. ด้านร่างกาย หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ มีร่างกายแข็งแรง สามารถช่วยเหลืองานบ้านและประกอบอาชีพตามความถนัดได้ รวมทั้งสามารถเข้าร่วมกิจกรรม และได้รับการดูแลรักษาในยามเจ็บป่วย

2. ด้านจิตใจ หมายถึง ความสามารถในการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวลต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

3. ด้านครอบครัว หมายถึง ความสามารถในการมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ได้แก่ การยอมรับ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การให้ความสำคัญจากสมาชิกในครอบครัว

4. ด้านสังคม หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกทางสังคมได้อย่างเหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อน และใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมทางสังคม