

## บทที่ 4

### ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต และปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต และรวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของการดำเนินงานในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก อีกจำนวน 4 คน จาก 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคกลาง และภาคใต้

ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษา ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน/ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 3 ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปร

ส่วนที่ 5 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บกพร่องทางจิต

ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชต่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต

ส่วนที่ 7 การอภิปรายผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษาใช้ตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน/ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเป็นสมาชิก ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม และตำแหน่งในชมรมฯ ผลการศึกษา ปรากฏดังนี้

## เพศ อายุ และสถานภาพสมรส

## ตารางที่ 4.1

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม

เพศ อายุ สถานภาพสมรส

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 150)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	59	39.3
หญิง	91	60.7
อายุ (ปี)		
21-40 ปี	51	34.0
41-60 ปี	86	57.3
61 ปีขึ้นไป	13	8.7
สถานภาพสมรส		
โสด	41	27.3
สมรส	81	54.0
หม้าย	15	10.0
หย่า	9	6.0
แยกกันอยู่	4	2.7

จากตารางที่ 4.1 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.7 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุดร้อยละ 57.3 รองลงมาอายุ 21-40 ปี ร้อยละ 34.0 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.7 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 54.0 รองลงมาสถานภาพโสด ร้อยละ 27.3 เป็นหม้าย ร้อยละ 10.0 ผู้ที่หย่ามี ร้อยละ 6.0 และแยกกันอยู่ ร้อยละ 2.7 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นสมาชิก และระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมใน  
ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 4.2

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา  
ระยะเวลาการเป็นสมาชิกในชมรมฯ และ  
ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 150)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	23	15.3
มัธยมศึกษา	41	27.3
ปริญญาตรี	49	32.7
สูงกว่าปริญญาตรี	23	15.3
อื่น ๆ	14	9.3
ระยะเวลาการเป็นสมาชิก		
1-2 ปี	43	28.7
3-4 ปี	56	37.3
5 ปีขึ้นไป	51	34.0
ระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม		
1-2 ปี	44	29.3
3-4 ปี	56	37.3
5 ปีขึ้นไป	50	33.3

จากตารางที่ 4.2 กลุ่มตัวอย่าง จบปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 32.7 รองลงมา  
มัธยมศึกษา ร้อยละ 27.3 ปริญญาโทและประถมศึกษาเท่ากัน ร้อยละ 15.3 และอื่น ๆ  
(อนุปริญญาตรี) ร้อยละ 9.3 ตามลำดับ มีระยะเวลาการเป็นสมาชิกในชมรมมากที่สุด 3-4 ปี  
ร้อยละ 37.0 รองลงมา 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34.0 และ 1-2 ปี ร้อยละ 28.7 ตามลำดับ รวมทั้งมี  
ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรม 3-4 ปีมากที่สุด ร้อยละ 37.3 รองลงมา 5 ปีขึ้นไป  
ร้อยละ 33.3 และ 1-2 ปี และร้อยละ 29.3 ตามลำดับ

## ตำแหน่งงานในชมรม

### ตารางที่ 4.3

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม

ตำแหน่งงานในชมรม

ตำแหน่งงาน	จำนวน (n = 150)	ร้อยละ
ประธาน	30	20.0
กรรมการ	60	40.0
สมาชิก	60	40.0

จากตารางที่ 4.3 ด้านตำแหน่งงานของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.0 ดำรงตำแหน่ง กรรมการและสมาชิกเท่ากัน และร้อยละ 20.0 เป็นผู้ดำรงตำแหน่งประธาน ตามลำดับ

## ส่วนที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในเครือข่าย ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช เป็นการศึกษา องค์ประกอบต่าง ๆ ของการมีส่วนร่วม 6 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมคิด การมีส่วนร่วมวางแผน การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากการเข้าเป็นสมาชิก ชมรมฯ และการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล ผลการศึกษาแต่ละด้านมีดังนี้

### ระดับการมีส่วนร่วมคิดของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

การมีส่วนร่วมคิดของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษาได้กำหนดดัชนีวัด เป็น 4 ประเด็น คือ การมีส่วนร่วมในการคิดกิจกรรมของชมรมฯ การมีส่วนร่วมในการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับชมรมฯ การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหาใน ชมรมฯ และการมีส่วนร่วมค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาการดำเนินกิจกรรมในชมรมฯ ผลการศึกษาปรากฏดังนี้

## ตารางที่ 4.4

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วม  
คิดของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

การมีส่วนร่วมคิด	ระดับการมีส่วนร่วม					$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
มีส่วนร่วมในการคิดกิจกรรม ใน ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช	20.7 (31)	38.0 (57)	25.3 (38)	12.0 (18)	4.0 (6)	3.59	1.06	มาก
มีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ ของปัญหาในชมรมญาติ ผู้ป่วยจิตเวช	13.3 (20)	35.3 (53)	28.0 (42)	18.7 (28)	4.7 (7)	3.54	1.03	มาก
มีส่วนร่วมในการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่ เกี่ยวข้องกับชมรมญาติผู้ป่วย จิตเวช	15.3 (23)	40.0 (60)	22.7 (34)	16.7 (25)	5.3 (8)	3.43	1.10	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมค้นหาแนวทางการ แก้ไข ปัญหา การดำเนิน กิจกรรม ในชมรมญาติผู้ป่วย จิตเวช	12.0 (18)	35.3 (53)	32.7 (49)	11.3 (17)	8.0 (13)	3.30	1.09	ปาน กลาง

$$\bar{X} = 3.46 \quad S.D. = 1.18$$

จากตารางที่ 4.4 ผลการศึกษา พบว่า สมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช มี  
ส่วนร่วมคิดในระดับมาก จำนวน 2 ข้อ คือ มีส่วนร่วมในการคิดกิจกรรม โดยสมาชิก ไม่ว่าจะ  
ประธาน กรรมการ และสมาชิก (ญาติ, ผู้ป่วย) มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในกิจกรรม  
ต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต เช่น การเยี่ยมบ้านของสมาชิก เพื่อให้  
กำลังใจซึ่งกันและกันภายในกลุ่มของสมาชิก ( $\bar{X} = 3.59$ ) และรองลงมาคือมีส่วนร่วมในการค้นหา  
สาเหตุของปัญหาในชมรมฯ ( $\bar{X} = 3.54$ )

ในขณะที่สมาชิกในชมรมฯ มีส่วนร่วมคิดในระดับปานกลาง มีจำนวน 2 ข้อ คือ การมีส่วนร่วมในการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับชมรมฯ โดยเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นภายในชมรมฯ สมาชิกมีส่วนร่วมในการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้อง ( $\bar{X} = 3.43$ ) และรองลงมา การมีส่วนร่วมค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาการดำเนินกิจกรรมในชมรมฯ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกมีส่วนร่วมในการค้นหาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาที่นั้น ๆ ( $\bar{X} = 3.30$ )

ในภาพรวม พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ด้านการมีส่วนร่วมคิด โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.46$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 สมาชิกในชมรมฯ มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ทั้ง 4 ข้อ คือ ด้านการมีส่วนร่วมคิดกิจกรรมในชมรมฯ ด้านการมีส่วนร่วม ในการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับชมรมฯ ด้านการมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหาในชมรมฯ และด้านการมีส่วนร่วมค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาการดำเนินกิจกรรมในชมรมฯ

#### **ระดับการมีส่วนร่วมวางแผนของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช**

การมีส่วนร่วมวางแผนของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษาได้กำหนดดัชนีวัดออกเป็น 5 ประเด็น คือ การมีส่วนร่วมวางแผนกำหนดนโยบายในชมรมฯ การมีส่วนร่วมวางแผนในการกำหนดวัตถุประสงค์ของชมรมฯ การมีส่วนร่วมวางแผนในการดำเนินกิจกรรมของชมรมฯ การมีส่วนร่วมวางแผนในการแสวงหาทรัพยากรเพื่อมาใช้ในการดำเนินงานของชมรมฯ และการมีส่วนร่วมวางแผนติดต่อประสานงานกับเครือข่ายอื่นเพื่อร่วมกิจกรรมในชมรมฯ ผลการศึกษาปรากฏดังนี้

ตารางที่ 4.5  
จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ  
การมีส่วนร่วมวางแผนของสมาชิกใน  
ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

การมีส่วนร่วมวางแผน	ระดับการมีส่วนร่วม					$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
มีส่วนร่วมวางแผนในการ ดำเนินกิจกรรมของชมรมฯ	16.0 (24)	34.7 (52)	27.3 (41)	15.3 (23)	6.7 (10)	3.38	1.12	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมวางแผนติดต่อ ประสานงานกับเครือข่ายอื่น เพื่อร่วมกิจกรรมกับชมรมฯ หรือเครือข่ายอื่น	14.0 (21)	37.7 (56)	25.3 (38)	14.0 (21)	9.3 (14)	3.32	1.16	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมวางแผนใน การแสวงหาทรัพยากรเพื่อ นำมาใช้ในการดำเนินงานของ ชมรมฯ	16.0 (24)	32.7 (49)	27.3 (41)	14.0 (21)	10.0 (15)	3.30	1.19	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมวางแผนใน การกำหนดวัตถุประสงค์ใน การทำงานของชมรมฯ	15.3 (23)	29.3 (44)	32.0 (48)	14.7 (22)	8.7 (13)	3.28	1.15	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมวางแผนกำหนด นโยบายของชมรมฯ	12.7 (19)	34.7 (52)	26.7 (40)	16.7 (25)	9.3 (14)	3.24	1.15	ปาน กลาง

$$\bar{X} = 3.30 \quad S.D. = 1.07$$

จากตารางที่ 4.5 ผลการศึกษา พบว่า สมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช มีส่วนร่วม  
ในระดับปานกลางหมดทุกข้อ โดยเรียงลำดับแต่ละข้อจากค่าเฉลี่ยรวม คือ การมีส่วนร่วมวางแผน  
ในการดำเนินกิจกรรมของชมรมฯ ( $\bar{X} = 3.38$ ) รองลงมาการมีส่วนร่วมวางแผนติดต่อประสานงาน  
กับเครือข่ายอื่นเพื่อร่วมกิจกรรมกันภายในเครือข่ายฯ ( $\bar{X} = 3.32$ ) รองลงมาการมีส่วนร่วมวางแผน

ในการแสวงหาทรัพยากรเพื่อนำมาใช้ดำเนินงานการช่วยเหลือของชมรมฯ ( $\bar{X} = 3.30$ ) รองลงมา การมีส่วนร่วมวางแผนกำหนดวัตถุประสงค์ของชมรมฯ ( $\bar{X} = 3.28$ ) และการมีส่วนร่วมวางแผนกำหนดนโยบายของชมรมฯ ( $\bar{X} = 3.24$ ) ตามลำดับ

ในภาพรวมพบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ด้านการมีส่วนร่วมวางแผน โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.30$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 สมาชิกมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก จำนวน 3 ข้อ คือ ด้านการมีส่วนร่วมวางแผนกำหนดนโยบายของชมรมฯ ด้านการมีส่วนร่วมวางแผนในการดำเนินกิจกรรมของชมรมฯ และด้านการมีส่วนร่วมวางแผนติดต่อประสานงานกับเครือข่ายอื่นเพื่อร่วมกิจกรรมกันภายในชมรมฯ

### ระดับการมีส่วนร่วมตัดสินใจของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

การมีส่วนร่วมตัดสินใจของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษาได้กำหนดดัชนีวัดเป็น 5 ประเด็น คือ การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการจัดกิจกรรมของชมรมฯ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมฯ การมีส่วนร่วมตัดสินใจกับเจ้าหน้าที่ในเครือข่ายอื่น เพื่อมาเสริมสร้างและสนับสนุนในการจัดกิจกรรมของชมรมฯ การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการเลือกใช้ทรัพยากรชุมชนเพื่อมาเสริมสร้างและสนับสนุนในการจัดกิจกรรมของชมรมฯ และการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการจัดกิจกรรมในชมรมฯ ผลการศึกษาปรากฏดังนี้

ตารางที่ 4.6  
จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ  
การมีส่วนร่วมตัดสินใจของสมาชิกชมรม  
ญาติผู้ป่วยจิตเวช

การมีส่วนร่วมตัดสินใจ	ระดับการมีส่วนร่วม					$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนเข้า มามีส่วนร่วมในกิจกรรมของ ชมรมฯ	16.7 (25)	36.0 (54)	26.0 (39)	16.0 (24)	5.3 (8)	3.42	1.10	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมตัดสินใจในการจัด กิจกรรมของชมรมฯ	2.20 (30)	26.7 (40)	30.7 (46)	16.0 (24)	6.7 (10)	3.37	1.16	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมตัดสินใจใน การเลือกใช้ทรัพยากรชุมชน เพื่อมาเสริมสร้างและ สนับสนุนในการจัดกิจกรรม ในชมรมฯ	14.7 (22)	34.7 (52)	28.0 (42)	16.0 (24)	6.7 (10)	3.34	1.11	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมตัดสินใจร่วมกับ เจ้าหน้าที่ในเครือข่ายอื่น เพื่อ มาเสริมสร้างและสนับสนุนใน การจัดกิจกรรมของชมรมฯ	12.7 (19)	35.3 (52)	28.0 (42)	14.7 (22)	9.3 (14)	3.27	1.14	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมตัดสินใจในการ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการ จัดกิจกรรมของชมรมฯ	14.0 (21)	29.3 (44)	26.7 (40)	20.0 (30)	10.0 (15)	3.17	1.19	ปาน กลาง

$\bar{X} = 3.31$  S.D. = 1.04

จากตารางที่ 4.6 ผลการศึกษา พบว่า สมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช มีส่วนร่วมในระดับปานกลางทุกข้อ โดยเรียงลำดับแต่ละข้อจากค่าเฉลี่ยรวม คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมฯ ( $\bar{X} = 3.42$ ) การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการจัดกิจกรรมของชมรมฯ ( $\bar{X} = 3.37$ ) การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการเลือกใช้ทรัพยากรชุมชนเพื่อเสริมสร้างและสนับสนุนของการจัดกิจกรรมของชมรมฯ ( $\bar{X} = 3.34$ ) การมีส่วนร่วมตัดสินใจกับเจ้าหน้าที่ในองค์กรอื่น เพื่อมาเสริมสร้างและสนับสนุนในการจัดกิจกรรมของชมรมฯ และการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการจัดกิจกรรม ของชมรมฯ ( $\bar{X} = 3.17$ ) ตามลำดับ

ในภาพรวมพบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.31$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 สมาชิกในชมรมฯ มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก จำนวน 3 ข้อ คือ ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจเพื่อให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมฯ ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการเลือกใช้ทรัพยากรชุมชนเพื่อมาเสริมสร้างและสนับสนุนในการจัดกิจกรรมของชมรมฯ และด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจกับเจ้าหน้าที่ในองค์กรอื่นเพื่อมาเสริมสร้างและสนับสนุนในการจัดกิจกรรมของชมรมฯ

#### **ระดับการมีส่วนร่วมปฏิบัติของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช**

การมีส่วนร่วมปฏิบัติของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษากำหนดดัชนีวัดเป็น 5 ประเด็น คือ การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิตในชมรมฯ การมีส่วนร่วมในการบริหารงานและประสานงานของชมรมฯ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นภายในชมรมฯ การมีส่วนร่วมดำเนินการแสวงหาทรัพยากรจากองค์กรภายนอกเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิตในชมรมฯ และการมีส่วนร่วมดำเนินการคัดเลือกคณะกรรมการของชมรม ผลการศึกษาปรากฏดังนี้

ตารางที่ 4.7  
จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ  
การมีส่วนร่วมปฏิบัติของสมาชิกใน  
ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

การมีส่วนร่วมปฏิบัติ	ระดับการมีส่วนร่วม					$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
มีส่วนร่วมทำกิจกรรมเพื่อ พัฒนาคุณภาพชีวิตของ ผู้บกพร่องทางจิตของชมรมฯ	16.7 (25)	40.0 (60)	28.0 (42)	8.0 (12)	7.3 (11)	3.50	1.10	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมในการบริหารงาน และประสานงานในชมรมฯ	17.3 (26)	37.3 (56)	26.7 (40)	12.7 (19)	6.0 (9)	3.47	1.10	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมในการดำเนินการ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นภายใน ชมรมฯ	10.7 (16)	38.7 (58)	29.3 (44)	14.7 (22)	6.7 (10)	3.32	1.06	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมดำเนินการแสวงหา ทรัพยากรจากองค์กรภายนอก เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ผู้บกพร่องทางจิตของชมรมฯ	13.3 (20)	35.3 (53)	25.3 (38)	20.0 (30)	6.0 (9)	3.30	1.11	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมดำเนินการคัดเลือก คณะกรรมการชมรมฯ	11.3 (17)	39.3 (59)	25.3 (38)	11.3 (17)	12.7 (19)	3.25	1.18	ปาน กลาง

$$\bar{X} = 3.37 \quad S.D. = 0.99$$

จากตารางที่ 4.7 ผลการศึกษา พบว่า สมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช มีส่วนร่วม  
ในระดับปานกลางทุกข้อ โดยเรียงลำดับแต่ละข้อจากค่าเฉลี่ยรวม คือ การมีส่วนร่วมทำกิจกรรม  
เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิตในชมรมฯ ( $\bar{X} = 3.50$ ) การมีส่วนร่วมใน  
การบริหารงานและประสานงานในชมรมฯ ( $\bar{X} = 3.47$ ) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไข  
ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในชมรมฯ ( $\bar{X} = 3.32$ ) การมีส่วนร่วมดำเนินการแสวงหาทรัพยากรจากองค์กร

ภายนอกเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิตในชมรมฯ ( $\bar{X} = 3.30$ ) และการมีส่วนร่วม  
ดำเนินการคัดเลือกคณะกรรมการของชมรมฯ ( $\bar{X} = 3.25$ ) ตามลำดับ

ในภาพรวมพบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ด้านการมี  
ส่วนร่วมปฏิบัติ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.37$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า  
มากกว่าร้อยละ 50 สมาชิกมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด 5 ข้อ คือ ด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการ  
คัดเลือกคณะกรรมการของชมรมฯ ด้านการมีส่วนร่วมในการบริหารงานและประสานงานของ  
ชมรมฯ ด้านการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครอง ทางจิตในชมรมฯ  
ด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการแสวงหาทรัพยากรจากองค์กรภายนอก เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของ  
ผู้ปกครองทางจิตของชมรมฯ และด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นภายใน  
ชมรมฯ

#### **ระดับการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากการเข้าเป็นสมาชิกชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช**

การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ภายหลังจากการเข้าเป็นสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วย  
จิตเวช ผู้ศึกษาได้กำหนดดัชนีวัดเป็น 5 ประเด็น คือ หลังจากเข้าร่วมเป็นสมาชิกในเครือข่าย  
ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชเป็นส่วนหนึ่งในการทำให้ผู้ปกครองทางจิต ได้รับการยอมรับมากขึ้น และ  
หลังจากเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เช่น สิทธิต่าง ๆ ของผู้ปกครองทางจิต  
หลังจากเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรม เป็นส่วนหนึ่งในการทำให้ผู้ปกครองทางจิตสามารถเข้าถึง  
บริการมากขึ้น ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้ในการฟื้นฟู  
ดูแลผู้ปกครองทางจิต และได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมอบรม/ศึกษาดูงานร่วมกับชมรมฯ

ตารางที่ 4.8  
จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ  
การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากการเข้าเป็น  
สมาชิกชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์	ระดับการมีส่วนร่วม					$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
หลังจากเข้าร่วมเป็นสมาชิก ของชมรมฯ เป็นส่วนหนึ่งใน การทำให้ผู้บกพร่องทางจิต ได้รับการยอมรับมากขึ้น	20.0 (30)	58.0 (87)	20.0 (30)	1.3 (2)	0.7 (1)	3.95	0.71	มาก
หลังจากเข้าร่วมเป็นสมาชิก ของชมรมฯ ได้รับความรู้ เพิ่มขึ้น เช่น สิทธิต่าง ๆ ของ ผู้บกพร่องทางจิต	26.0 (39)	46.0 (69)	24.7 (37)	2.0 (3)	1.3 (2)	3.93	0.84	มาก
หลังจากเข้าร่วมเป็นสมาชิก ของชมรมฯ เป็นส่วนหนึ่งใน การทำให้ผู้บกพร่องทางจิต สามารถเข้าถึงบริการมากขึ้น	20.7 (31)	54.0 (81)	23.3 (35)	0.7 (1)	1.3 (2)	3.92	0.76	มาก
หลังจากเข้าร่วมเป็นสมาชิก ของชมรมฯ ได้รับประโยชน์ จากการเข้าร่วมแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ความรู้ในการ ฟื้นฟูและผู้บกพร่องทางจิต	22.7 (34)	45.3 (68)	24.0 (36)	5.3 (8)	2.7 (4)	3.80	0.94	มาก
หลังจากเข้าร่วมเป็นสมาชิก ของชมรมฯ ได้รับประโยชน์ จากการเข้าร่วมอบรม/ศึกษาดู งานร่วมกับชมรมฯ	16.0 (24)	44.0 (66)	27.3 (41)	8.7 (13)	4.0 (6)	3.59	0.99	มาก

$\bar{X} = 3.84$  S.D. = 0.70

จากตารางที่ 4.8 ผลการศึกษา พบว่า หลังจากเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในระดับมากทุกข้อ โดยเรียงลำดับแต่ละข้อจากค่าเฉลี่ยรวม คือ เป็นส่วนหนึ่งในการทำให้ผู้บกพร่องทางจิตได้รับการยอมรับมากขึ้น ( $\bar{X} = 3.95$ ) เป็นส่วนหนึ่งในการทำให้ผู้บกพร่องทางจิตได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เช่น สิทธิต่าง ๆ ( $\bar{X} = 3.93$ ) เป็นส่วนหนึ่งในการทำให้ผู้บกพร่องทางจิตสามารถเข้าถึงบริการมากขึ้น ( $\bar{X} = 3.92$ ) ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้ในการฟื้นฟูดูแลผู้บกพร่องทางจิต ( $\bar{X} = 3.80$ ) และได้รับประโยชน์จากการเข้าอบรม/ศึกษาดูงานร่วมกับเครือข่าย ( $\bar{X} = 3.59$ ) ตามลำดับ

ในภาพรวม พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมฯ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.84$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของสมาชิกในชมรมฯ มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ทั้ง 5 ข้อ คือ การได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้ในการฟื้นฟูดูแลผู้บกพร่องทางจิต การได้รับประโยชน์จากการเข้าอบรม/ศึกษาดูงานร่วมกับชมรม ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เช่น สิทธิต่าง ๆ ทำให้ผู้บกพร่องทางจิตสามารถเข้าถึงบริการและได้รับการยอมรับมากขึ้น

#### **ระดับการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช**

การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลของสมาชิกในชมรมฯ ผู้ศึกษาได้กำหนดดัชนีวัด เป็น 5 ประเด็น คือ การมีส่วนร่วมในการติดตามการจัดกิจกรรมของชมรมฯ การมีส่วนร่วมในการประเมินในการจัดกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ในแต่ละครั้ง การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามระยะเวลาที่กำหนดของชมรมฯ เพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ การมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่นที่ทำหน้าที่ติดตามประเมินผลของชมรมฯ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต และมีส่วนร่วมติดตามและปรับปรุงข้อบกพร่องตามผลการประเมินของชมรมฯ ผลการศึกษาปรากฏดังนี้

ตารางที่ 4.9  
จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ  
การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลของ  
สมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

การมีส่วนร่วมติดตามและ ประเมินผล	ระดับการมีส่วนร่วม					$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
มีส่วนร่วมในการติดตาม การ จัดกิจกรรมของชมรมฯ	18.0 (27)	38.7 (58)	24.7 (37)	16.7 (25)	2.0 (3)	3.54	1.03	มาก
มีส่วนร่วมติดตามประเมินผล ในการจัดกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ ประสงค์ ในแต่ละครั้ง	12.7 (19)	38.0 (57)	24.7 (37)	17.3 (26)	7.3 (11)	3.31	1.12	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมติดตามและ ปรับปรุงข้อบกพร่องตามผล การประเมินของชมรมฯ	12.7 (19)	40.7 (61)	22.7 (34)	12.7 (19)	11.3 (17)	3.30	1.18	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมติดตามประเมินผล การดำเนินงานตามระยะเวลา ที่กำหนดให้ของชมรมฯ เพื่อ บรรลุตามวัตถุประสงค์	12.7 (19)	35.3 (53)	28.0 (42)	12.7 (19)	11.3 (17)	3.25	1.17	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่น ที่ ทำหน้าที่ติดตามประเมินผล ของชมรมฯ เพื่อพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้บกพร่อง ทางจิต	10.7 (16)	40.7 (61)	21.3 (32)	13.3 (20)	14.0 (21)	3.20	1.22	ปาน กลาง

$\bar{X} = 3.32$  S.D. = 1.06

จากตารางที่ 4.9 ผลการศึกษา พบว่า สมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช มีส่วนร่วม  
ติดตามและประเมินผล ในระดับมาก จำนวน 1 ข้อ คือ มีส่วนร่วมในการติดตามการจัดกิจกรรม

ของชมรมฯ เช่น การจัดกิจกรรมในวันสำคัญต่าง ๆ ( $\bar{X} = 3.54$ ) นอกจากนั้น มีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล ในระดับปานกลาง มีจำนวน 4 ข้อ โดยเรียงจากลำดับแต่ละข้อจากค่าเฉลี่ยรวม คือ การมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามระยะเวลาที่กำหนดของชมรมฯ เพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ ( $\bar{X} = 3.31$ ) การมีส่วนร่วมปรับปรุงข้อบกพร่องตามผลการประเมิน ( $\bar{X} = 3.30$ ) การมีส่วนร่วมประเมินผลในการจัดกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ในแต่ละครั้ง ( $\bar{X} = 3.25$ ) และการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่นที่ทำหน้าที่ติดตามและประเมินผล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต ( $\bar{X} = 3.20$ ) ตามลำดับ

ในภาพรวมพบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ด้านการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.32$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มากกว่าร้อยละ 50 สมาชิกมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด 5 ข้อคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามการจัดกิจกรรมของชมรมฯ ด้านการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามระยะเวลาที่กำหนดเพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ ด้านการมีส่วนร่วมประเมินผลในการจัดกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ในแต่ละครั้ง ด้านการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่น ที่ทำหน้าที่ติดตามประเมินผลขององค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต และด้านการมีส่วนร่วมปรับปรุงข้อบกพร่องตามผลการประเมินของชมรมฯ

### สรุปภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

#### ตารางที่ 4.10

สรุปภาพรวมค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับ

การมีส่วนร่วมของสมาชิก ในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากการเข้าเป็นสมาชิกของชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช	3.84	0.70	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมคิด	3.46	1.18	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมปฏิบัติ	3.37	0.99	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล	3.32	1.06	ปานกลาง

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของสมาชิกใน ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจ	3.31	1.04	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมวางแผน	3.30	1.07	ปานกลาง
รวม	3.43	0.90	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.10 ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมโดยเฉลี่ย สมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช มีส่วนร่วมระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.43$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมาชิกในชมรมฯ มีส่วนร่วมมากที่สุด อยู่ในระดับมาก คือ ในด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ จากการเข้าเป็นสมาชิกของชมรมฯ ( $\bar{X} = 3.84$ ) ส่วนการมีส่วนร่วมระดับปานกลาง คือ การมีส่วนร่วมคิด ( $\bar{X} = 3.46$ ) การมีส่วนร่วมปฏิบัติ ( $\bar{X} = 3.37$ ) การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล ( $\bar{X} = 3.32$ ) การมีส่วนร่วมตัดสินใจ ( $\bar{X} = 3.31$ ) และการมีส่วนร่วมวางแผน ( $\bar{X} = 3.30$ ) ตามลำดับ

### ส่วนที่ 3 ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับ ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช เป็นการศึกษาถึงความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมฯ โดยวัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัวและด้านสังคม ผลการศึกษามีดังนี้

#### ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้บกพร่องทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้บกพร่องทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษาได้กำหนดดัชนีวัดเป็น 6 ประเด็น คือ ผู้บกพร่องทางจิตสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งกายและขับถ่ายได้ดีขึ้น

ผู้บกพร่องทางจิตสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเองมากขึ้น ผู้บกพร่องทางจิตสามารถรับประทานยาได้ตามแพทย์แนะนำสม่ำเสมอได้ดีขึ้น ผู้บกพร่องทางจิตสามารถร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในกลุ่มได้มากขึ้น ผู้บกพร่องทางจิตสามารถช่วยเหลืองานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ซักผ้า ล้างจานได้มากขึ้น และผู้บกพร่องทางจิตสามารถประกอบอาชีพตามความถนัดของตนเองได้ ผลการศึกษาปรากฏดังนี้

#### ตารางที่ 4.11

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการพัฒนา  
คุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิตด้านร่างกาย ภายหลัง  
จากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

ด้านร่างกาย	ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิต					$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
ผู้บกพร่องทางจิตสามารถ รับประทานอาหารได้ด้วย ตนเองมากขึ้น	26.0 (39)	61.3 (92)	12.0 (18)	0.7 (1)	0 (0)	4.12	0.62	มาก
ผู้บกพร่องทางจิตสามารถ รับประทานยาได้ตามแพทย์ แนะนำสม่ำเสมอ	28.0 (42)	56.0 (84)	14.0 (21)	2.0 (3)	0 (0)	4.10	0.70	มาก
ผู้บกพร่องทางจิตสามารถทำ กิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน แต่ง กายและขับถ่ายได้ดีขึ้น	21.3 (32)	63.3 (95)	13.3 (20)	2.0 (3)	0 (0)	4.04	0.65	มาก
ผู้บกพร่องทางจิตสามารถร่วม กิจกรรมกับสมาชิกในกลุ่มได้ มากขึ้น	22.7 (34)	56.0 (84)	18.7 (28)	2.0 (3)	0.7 (1)	3.98	0.74	มาก

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ด้านร่างกาย	ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิต					$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
ผู้บกพร่องทางจิตสามารถ ช่วยเหลืองานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ซักผ้า ล้างจานได้ มากขึ้น	29.3 (44)	44.7 (67)	20.7 (31)	3.3 (5)	2.0 (3)	3.96	0.90	มาก
ผู้บกพร่องทางจิตสามารถ ประกอบอาชีพตามความถนัด ของตนเองได้	23.3 (35)	38.7 (58)	26.7 (40)	7.3 (11)	4.0 (6)	3.70	1.03	มาก

$$\bar{X} = 3.98 \quad S.D. = 0.59$$

จากตารางที่ 4.11 ผลการศึกษา พบว่า ผู้บกพร่องทางจิตมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยเรียงลำดับแต่ละข้อจากค่าเฉลี่ยรวม คือ ผู้บกพร่องทางจิตสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเองมากขึ้น ( $\bar{X} = 4.12$ ) สามารถรับประทานยาได้ตามแพทย์แนะนำสม่ำเสมอ ( $\bar{X} = 4.10$ ) สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งกายและซักรีดผ้าได้ดีขึ้น ( $\bar{X} = 4.04$ ) สามารถร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในกลุ่มได้มากขึ้น ( $\bar{X} = 3.98$ ) สามารถช่วยเหลืองานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ซักผ้า ล้างจานได้มากขึ้น ( $\bar{X} = 3.96$ ) และสามารถประกอบอาชีพตามความถนัดของตนเองได้ ( $\bar{X} = 3.70$ )

ในภาพรวมพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้บกพร่องทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมฯ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.98$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 คุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต มีการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ทั้ง 6 ข้อ คือ ผู้บกพร่องทางจิตสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งกายและซักรีดผ้าได้ดีขึ้น สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเองมากขึ้น สามารถรับประทานยาได้ตามแพทย์แนะนำสม่ำเสมอ ร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในกลุ่มมากขึ้น สามารถช่วยเหลืองานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ซักผ้า ล้างจานได้มากขึ้น และสามารถประกอบอาชีพตามความถนัดของตนเองได้

### ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ปกครองทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ปกครองทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษาได้กำหนดดัชนีวัด เป็น 4 ประเด็น คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการจัดการกับความเศร้าหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ ของตนเอง การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและไม่ใช้บุคคลที่น่ารังเกียจของสังคม การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการยอมรับในความเจ็บป่วยของตนเองไม่รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ผลการศึกษาปรากฏดังนี้

#### ตารางที่ 4.12

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิตด้านจิตใจ ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

ด้านจิตใจ	ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิต					$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
ผู้ปกครองทางจิตรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าและไม่ใช้บุคคลที่น่ารังเกียจของสังคม	24.0 (36)	52.7 (79)	22.7 (34)	0.7 (1)	0 (0)	4.00	0.70	มาก
ผู้ปกครองทางจิตสามารถยอมรับในความเจ็บป่วยของตนเองไม่รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง	23.3 (35)	52.7 (79)	24.0 (36)	0 (0)	0 (0)	3.99	0.69	มาก
ผู้ปกครองทางจิตสามารถควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น เช่น หงุดหงิด โกรธ	15.3 (23)	46.7 (70)	36.7 (55)	1.3 (2)	0 (0)	3.76	0.72	มาก

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ด้านจิตใจ	ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิต					$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
ผู้บกพร่องทางจิตสามารถจัดการกับความเศร้าหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ ของตนเองได้มากขึ้น	15.3 (23)	42.0 (63)	40.7 (61)	2.0 (3)	0 (0)	3.70	0.74	มาก

$$\bar{X} = 3.86 \quad S.D. = 0.56$$

จากตารางที่ 4.12 ผลการศึกษา พบว่า ผู้บกพร่องทางจิตมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยเรียงลำดับแต่ละข้อจากค่าเฉลี่ยรวม คือ ผู้บกพร่องทางจิตรู้สึกว่าคุณค่าและไม่ใช้บุคคลที่น่ารังเกียจของสังคม ( $\bar{X} = 4.00$ ) สามารถยอมรับในความเจ็บป่วยของตนเอง ไม่รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ( $\bar{X} = 3.99$ ) สามารถควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ได้เหมาะสมมากขึ้น ( $\bar{X} = 3.76$ ) และสามารถจัดการกับความเศร้าหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ ของตนเองได้มากขึ้น ( $\bar{X} = 3.70$ )

ในภาพรวมพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้บกพร่องทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.86$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 คุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิตมีการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ทั้ง 4 ข้อ คือ ด้านการควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ด้านการจัดการกับความเศร้าหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ ของตนเอง ด้านความรู้สึกว่าคุณค่าและไม่ใช้บุคคลที่น่ารังเกียจของสังคม และด้านการยอมรับในความเจ็บป่วยของตนเองไม่รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง มากกว่าร้อยละ 50 อีกจำนวน 2 ข้อ คือ ด้านการควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และด้านการจัดการกับความเศร้าหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ ของตนเอง

### ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของผู้ปกครองทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของผู้ปกครองทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษาได้กำหนดดัชนีวัดเป็น 5 ประเด็น คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการร่วมกิจกรรมภายในครอบครัว การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการยอมรับจากสมาชิกภายในครอบครัว การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความเอาใจใส่จากสมาชิกภายในครอบครัว การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการได้รับความรักจากสมาชิกภายในครอบครัว ผลการศึกษาปรากฏดังนี้

#### ตารางที่ 4.13

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิตด้านครอบครัว ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

ด้านครอบครัว	ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิต					$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
ผู้ปกครองทางจิตได้รับความเอาใจใส่จากสมาชิกภายในครอบครัวมากขึ้น	24.7 (37)	58.7 (88)	16.0 (24)	0.7 (1)	0 (0)	4.28	0.52	มาก
ผู้ปกครองทางจิตมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมากขึ้น	25.3 (38)	58.7 (88)	16.0 (24)	0 (0)	0 (0)	4.09	0.63	มาก
ผู้ปกครองทางจิตได้รับการยอมรับจากสมาชิกภายในครอบครัวมากขึ้น	25.3 (38)	59.3 (89)	14.7 (22)	0.7 (1)	0 (0)	4.09	0.64	มาก
ผู้ปกครองทางจิตสามารถร่วมกิจกรรมภายในครอบครัวมากขึ้น	26.7 (40)	54.0 (81)	16.7 (25)	2.7 (4)	0 (0)	4.04	0.73	มาก

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ด้านครอบครัว	ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิต					$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
ผู้ปกครองทางจิตได้รับความ รักจากสมาชิกภายใน ครอบครัวมากขึ้น	26.0 (39)	53.3 (80)	20.0 (30)	0.7 (1)	0 (0)	4.04	0.69	มาก

$$\bar{X} = 4.11 \quad S.D. = 0.72$$

จากตารางที่ 4.13 ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองทางจิตมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยเรียงลำดับแต่ข้อจากค่าเฉลี่ยรวม คือ ผู้ปกครองทางจิตได้รับความเอาใจใส่จากสมาชิกภายในครอบครัวมากขึ้น ( $\bar{X} = 4.28$ ) มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมากขึ้น และได้รับการยอมรับจากสมาชิกภายในครอบครัวมากขึ้น ( $\bar{X} = 4.09$ ) สามารถร่วมกิจกรรมภายในครอบครัวมากขึ้น และได้รับความรักจากสมาชิกภายในครอบครัวมากขึ้น ( $\bar{X} = 4.04$ ) ตามลำดับ

ในภาพรวมพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของผู้ปกครองทางจิตภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.11$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของผู้ปกครองทางจิต มีการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ทั้ง 5 ข้อ คือ ด้านสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ด้านการร่วมกิจกรรมภายในครอบครัว ด้านการยอมรับจากสมาชิกภายในครอบครัว ด้านความเอาใจใส่จากสมาชิกภายในครอบครัวและด้านการได้รับความรักจากสมาชิกภายในครอบครัว

#### ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้ปกครองทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้ปกครองทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษาได้กำหนดดัชนีวัด เป็น 7 ประเด็น คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการแสดงออกในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามเพศ วัยและกาลเทศะ การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการสื่อสารกับผู้อื่น การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการเดินทางไปในที่ต่าง ๆ และกลับบ้านได้เองอย่างปลอดภัย  
การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการแสดงออกทางวาจาได้เหมาะสม การพัฒนาคุณภาพชีวิต  
ด้านการติดตามข่าวสารหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้เองจากสื่อทุกประเภท การพัฒนาคุณภาพชีวิต  
ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ผลการศึกษาปรากฏดังนี้

ตารางที่ 4.14

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการพัฒนา

คุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิตด้านสังคม ภายหลัง

จากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

ด้านสังคม	ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิต					$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
ผู้ปกครองทางจิตสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น เช่น วันปีใหม่ สงกรานต์ พิธีทำบุญต่าง ๆ	20.0 (30)	52.7 (79)	25.3 (38)	0.7 (1)	1.3 (2)	3.89	0.71	มาก
ผู้ปกครองทางจิตมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	16.7 (25)	56.7 (85)	23.3 (35)	3.3 (5)	0 (0)	3.86	0.72	มาก
ผู้ปกครองทางจิตสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้มากขึ้น เช่น การทักทาย การแสดงความคิดเห็น	16.0 (24)	53.3 (80)	28.7 (43)	2.0 (3)	0 (0)	3.83	0.70	มาก
ผู้ปกครองทางจิตสามารถแสดงออกทางวาจาได้เหมาะสม เช่น ไม่พูดจาก้าวร้าว	12.7 (19)	59.3 (89)	25.3 (38)	2.0 (3)	0.7 (1)	3.81	0.69	มาก

ตารางที่ 4.14 (ต่อ)

ด้านสังคม	ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิต					$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
ผู้บกพร่องทางจิตสามารถ แสดงออกในสังคมได้อย่าง เหมาะสมตาม เพศ วัย และ กาลเทศะ	16.0 (24)	51.3 (77)	30.7 (46)	1.3 (2)	0.7 (1)	3.80	0.73	มาก
ผู้บกพร่องทางจิตสามารถ เดินทางไปในที่ต่าง ๆ และ กลับบ้านได้เองอย่างปลอดภัย	16.7 (25)	57.3 (86)	18.7 (28)	4.0 (6)	3.3 (5)	3.80	0.88	มาก
ผู้บกพร่องทางจิตสามารถ ติดตามข่าวสารหรือเหตุการณ์ ต่าง ๆ ได้เองจากสื่อทุก ประเภท	11.3 (17)	47.3 (71)	34.7 (52)	6.7 (10)	0 (0)	3.63	0.77	มาก

$$\bar{X} = 3.80 \quad S.D. = 0.58$$

จากตารางที่ 4.14 ผลการศึกษา พบว่า ผู้บกพร่องทางจิตมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยเรียงลำดับแต่ละข้อจากค่าเฉลี่ยรวม คือ ผู้บกพร่องทางจิตสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น ( $\bar{X} = 3.89$ ) รองลงมา มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ( $\bar{X} = 3.86$ ) สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้มากขึ้น ( $\bar{X} = 3.83$ ) สามารถแสดงออกทางวาจาได้เหมาะสม ( $\bar{X} = 3.81$ ) สามารถแสดงออกในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามเพศ วัย กาลเทศะ สามารถเดินทางไปในที่ต่าง ๆ และกลับบ้านได้เองอย่างปลอดภัย ( $\bar{X} = 3.80$ ) และสามารถติดตามข่าวสารหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้เองจากสื่อทุกประเภท ( $\bar{X} = 3.63$ ) ตามลำดับ

ในภาพรวมพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้บกพร่องทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.80$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 คุณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้บกพร่อง

ทางจิต มีการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ทั้ง 7 ข้อ คือ ด้านการแสดงออกในสังคมได้อย่างเหมาะสม ตาม เพศ วัย และกาลเทศะ ด้านการสื่อสารกับผู้อื่น ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ด้านการเดินทางไปในที่ต่าง ๆ และกลับบ้านได้เองอย่างปลอดภัย ด้านการแสดงออกทางวาจาได้เหมาะสม ด้านการติดตามข่าวสารหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้เองจากสื่อทุกประเภท และด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ส่วนการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับปานกลาง มากกว่าร้อยละ 50 อีกจำนวน 1 ข้อ คือ ด้านการติดตามข่าวสารหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้เองจากสื่อทุกประเภท

### สรุปภาพรวมของระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

#### ตารางที่ 4.15

สรุปภาพรวมค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิต	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ด้านครอบครัว	4.11	0.72	มาก
ด้านร่างกาย	3.98	0.59	มาก
ด้านจิตใจ	3.89	0.56	มาก
ด้านสังคม	3.80	0.58	มาก
รวม	3.93	0.51	มาก

จากตารางที่ 4.15 ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมโดยเฉลี่ย สมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมฯ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.93$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมฯ มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน โดยด้านครอบครัว มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 4.11 รองลงมา คือด้านร่างกาย ( $\bar{X} = 3.98$ ) ด้านจิตใจ ( $\bar{X} = 3.86$ ) และด้านสังคม ( $\bar{X} = 3.80$ ) ตามลำดับ

#### ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปร

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปร โดยผู้ศึกษาได้ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) และการทดสอบมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยการหาค่า t-test และ F-test และผู้ศึกษาได้นำตัวแปรต่าง ๆ มาเปรียบเทียบหาความแตกต่าง มีรายละเอียด ดังนี้

#### เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการมีส่วนร่วม

##### 1. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการเป็นสมาชิก ชมรมฯกับการมีส่วนร่วม

ตารางที่ 4.16

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรมฯกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม	ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกในชมรม						F-test	Sig.
	1-2 ปี		3-4 ปี		5 ปีขึ้นไป			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ร่วมคิด	3.04	.992	3.58	1.38	3.70	.990	4.290	0.015*
ร่วมวางแผน	2.87	1.12	3.37	.960	3.59	1.05	5.806	0.004*
ร่วมตัดสินใจ	3.01	1.02	3.31	1.03	3.57	1.01	3.409	0.036*
ร่วมปฏิบัติ	3.12	.968	3.35	.964	3.59	1.00	2.701	0.070
ร่วมรับผลประโยชน์	3.57	.787	3.85	.603	4.04	.680	5.612	0.004*
ร่วมติดตามและประเมินผล	3.03	1.02	3.33	1.02	3.55	1.11	2.830	0.062

\*หมายถึง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.16 จากผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรมฯกับการมีส่วนร่วม โดยหาค่าความแตกต่างของแต่ละตัวแปร โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ใช้สถิติทดสอบ F-test และกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเป็นสมาชิกในชมรมฯที่แตกต่างกัน ในระดับการมีส่วนร่วมปฏิบัติ ร่วมติดตามและประเมินผล ไม่แตกต่างกัน

ในขณะที่เดียวกันระยะเวลาในการเป็นสมาชิกในชมรมฯที่แตกต่างกัน การมีส่วนร่วมคิด การมีส่วนร่วมวางแผน การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมร่วมรับผลประโยชน์แตกต่างกัน ซึ่งทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการ Scheffe ดังนี้

ตารางที่ 4.17

การทดสอบรายคู่ของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมกับระยะเวลาในการเป็นสมาชิกที่ต่างกันโดยวิธีการ Scheffe

การมีส่วนร่วมคิด	ระยะเวลาในการเป็นสมาชิก	ค่าเฉลี่ย	Mean Difference		
			1-2 ปี (3.04)	3-4 ปี (3.58)	5 ปีขึ้นไป (3.70)
	1-2 ปี	3.04	-	-0.539	-0.665*
	3-4 ปี	3.58		-	-0.125
	5 ปีขึ้นไป	3.70			-
การมีส่วนร่วมวางแผน	ระยะเวลาในการเป็นสมาชิก	ค่าเฉลี่ย	Mean Difference		
			1-2 ปี (2.87)	3-4 ปี (3.37)	5 ปีขึ้นไป (3.59)
	1-2 ปี	2.87	-	-0.504	-0.721*
	3-4 ปี	3.37		-	-0.217
	5 ปีขึ้นไป	3.59			-

ตารางที่ 4.17 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมตัดสินใจ	ระยะเวลาในการเป็นสมาชิก	ค่าเฉลี่ย	Mean Difference		
			1-2 ปี (3.01)	3-4 ปี (3.31)	5 ปีขึ้นไป (3.55)
	1-2 ปี	3.01	-	-0.299	-0.553*
	3-4 ปี	3.31		-	-0.254
	5 ปีขึ้นไป	3.57			-
การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์	ระยะเวลาในการเป็นสมาชิก	ค่าเฉลี่ย	Mean Difference		
			1-2 ปี (3.57)	3-4 ปี (3.85)	5 ปีขึ้นไป (4.04)
	1-2 ปี	3.57	-	-0.285	-0.475*
	3-4 ปี	3.85		-	-0.189
	5 ปีขึ้นไป	4.04			-

\*หมายถึง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.17 การเปรียบเทียบรายคู่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเข้ามาเป็นสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชต่างกัน กับการมีส่วนร่วมคิด การมีส่วนร่วมวางแผนการมีส่วนร่วมตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ ด้วยวิธีการ Scheffe พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเข้ามาเป็นสมาชิกชมรมฯ ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป มีการมีส่วนร่วม ทั้งการมีส่วนร่วมคิด การมีส่วนร่วมวางแผน การมีส่วนร่วมตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเข้ามาเป็นสมาชิกชมรมฯ 1-2 ปี

## 2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมฯกับการมีส่วนร่วม

ตารางที่ 4.18

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมฯ กับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม	ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม						F-test	Sig.
	1-2 ปี		3-4 ปี		5 ปีขึ้นไป			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ร่วมคิด	3.06	.991	3.59	1.39	3.68	.989	3.907	0.022*
ร่วมวางแผน	2.89	1.11	3.40	.983	3.56	1.04	5.188	0.007*
ร่วมตัดสินใจ	3.03	1.02	3.33	1.05	3.54	1.00	2.910	0.058
ร่วมปฏิบัติ	3.13	.959	3.36	.974	3.58	1.01	2.388	0.095
ร่วมรับผลประโยชน์	3.56	.778	3.88	.613	4.03	.678	5.503	0.005*
ร่วมติดตามและประเมินผล	3.05	1.02	3.35	1.04	3.52	1.10	2.321	0.102

\*หมายถึง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.18 จากผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมฯกับการมีส่วนร่วม โดยหาค่าความแตกต่างของแต่ละตัวแปร โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ใช้สถิติทดสอบ F-test และกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมฯ ที่แตกต่างกัน ระดับการมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล ไม่แตกต่างกัน

ในขณะเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมในเครือข่ายฯ ที่แตกต่างกัน ระดับการมีส่วนร่วมคิด การมีส่วนร่วมวางแผน การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ แตกต่างกัน ซึ่งทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการ Scheffe ดังนี้

ตารางที่ 4.19  
การทดสอบรายคู่ของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมกับระยะเวลาใน  
การเข้าร่วมกิจกรรมที่ต่างกันโดยวิธีการ Scheffe

การมีส่วนร่วมคิด	ระยะเวลาใน การเข้าร่วม กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย	Mean Difference		
			1-2 ปี (3.06)	3-4 ปี (3.59)	5 ปีขึ้นไป (3.68)
	1-2 ปี	3.06	-	-0.531	-0.622*
	3-4 ปี	3.59		-	-0.091
	5 ปีขึ้นไป	3.68			-
การมีส่วนร่วมวางแผน	ระยะเวลาใน การเข้าร่วม กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย	Mean Difference		
			1-2 ปี (2.89)	3-4 ปี (3.40)	5 ปีขึ้นไป (3.56)
	1-2 ปี	2.89	-	-0.504	-0.672*
	3-4 ปี	3.40		-	-0.168
	5 ปีขึ้นไป	3.56			-
การมีส่วนร่วมรับ ผลประโยชน์	ระยะเวลาใน การเข้าร่วม กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย	Mean Difference		
			1-2 ปี (3.56)	3-4 ปี (3.88)	5 ปีขึ้นไป (4.03)
	1-2 ปี	3.56	-	-0.314	-0.463*
	3-4 ปี	3.88		-	-0.149
	5 ปีขึ้นไป	4.03			-

\*หมายถึง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.19 การเปรียบเทียบรายคู่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมฯต่างกัน กับการมีส่วนร่วมคิด การมีส่วนร่วมวางแผน และการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ ด้วยวิธีการ Scheffe พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมฯ ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป มีการมีส่วนร่วมทั้งการมีส่วนร่วมคิด การมีส่วนร่วมวางแผน และการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมฯ 1-2 ปี

### 3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตำแหน่งในชมรมฯ กับการมีส่วนร่วม

ตารางที่ 4.20

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตำแหน่งกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม	ตำแหน่ง						F-test	Sig.
	ประธาน		กรรมการ		สมาชิก (ผู้ปวย ญาติ)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ร่วมคิด	3.99	.539	3.90	1.22	2.77	1.02	22.258	0.000*
ร่วมวางแผน	3.96	.700	3.70	.777	2.58	1.07	33.940	0.000*
ร่วมตัดสินใจ	3.98	.754	3.63	.796	2.67	1.03	27.559	0.000*
ร่วมปฏิบัติ	3.94	.672	3.64	.842	2.81	.996	21.235	0.000*
ร่วมรับผลประโยชน์	4.18	.535	3.90	.604	3.60	.795	8.011	0.000*
ร่วมติดตามและ ประเมินผล	3.98	.660	3.66	.857	2.65	1.06	28.467	0.000*

\*หมายถึง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.20 จากผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างตำแหน่งกับการมีส่วนร่วม โดยหาค่าความแตกต่างของแต่ละตัวแปร ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ใช้สถิติทดสอบ F-test และกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งแตกต่างกัน ระดับการมีส่วนร่วมทั้งการมีส่วนร่วมคิด การมีส่วนร่วมวางแผน การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล แตกต่างกัน ซึ่งทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการ Scheffe ดังนี้

ตารางที่ 4.21  
การทดสอบรายคู่ของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมกับตำแหน่งที่ต่างกัน  
โดยวิธีการ Scheffe

การมีส่วนร่วมคิด	ตำแหน่ง	ค่าเฉลี่ย	Mean Difference		
			ประธาน (3.99)	กรรมการ (3.90)	สมาชิก (2.77)
	ประธาน	3.99	-	0.091	1.216*
	กรรมการ	3.90	-	-	1.125*
	สมาชิก	2.77	-	-	-
การมีส่วนร่วมวางแผน	ตำแหน่ง	ค่าเฉลี่ย	Mean Difference		
			ประธาน (3.96)	กรรมการ (3.70)	สมาชิก (2.58)
	ประธาน	3.96	-	0.260	1.386*
	กรรมการ	3.70	-	-	1.126*
	สมาชิก	2.58	-	-	-
การมีส่วนร่วมตัดสินใจ	ตำแหน่ง	ค่าเฉลี่ย	Mean Difference		
			ประธาน (3.98)	กรรมการ (3.63)	สมาชิก (2.67)
	ประธาน	3.98	-	0.346	1.306*
	กรรมการ	3.63	-	-	0.960*
	สมาชิก	2.67	-	-	-
การมีส่วนร่วมปฏิบัติ	ตำแหน่ง	ค่าเฉลี่ย	Mean Difference		
			ประธาน (3.94)	กรรมการ (3.64)	สมาชิก (2.81)
	ประธาน	3.94	-	0.296	1.126*
	กรรมการ	3.64	-	-	0.830*
	สมาชิก	2.81	-	-	-

ตารางที่ 4.21 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมรับ ผลประโยชน์	ตำแหน่ง	ค่าเฉลี่ย	Mean Difference		
			ประธาน (4.18)	กรรมการ (3.90)	สมาชิก (3.60)
	ประธาน	4.18	-	0.280	0.586*
	กรรมการ	3.90		-	0.306*
	สมาชิก	3.60			-
การมีส่วนร่วมติดตามและ ประเมินผล	ตำแหน่ง	ค่าเฉลี่ย	Mean Difference		
			ประธาน (3.98)	กรรมการ (3.66)	สมาชิก (2.65)
	ประธาน	3.98	-	0.320	1.336*
	กรรมการ	3.66		-	1.016*
	สมาชิก	2.65			-

\*หมายถึง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.21 การเปรียบเทียบรายคู่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งต่างกันกับการมีส่วนร่วมคิด การมีส่วนร่วมวางแผน การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล ด้วยวิธีการ Scheffe พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งเป็นประธานและกรรมการในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช มีการมีส่วนร่วมทั้งการมีส่วนร่วมคิด การมีส่วนร่วมวางแผน การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในชมรมฯ



## เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต

### 1. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต

ตารางที่ 4.23

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต

การมีส่วนร่วม	การพัฒนาคุณภาพชีวิต								F-test	Sig.
	ร่างกาย		จิตใจ		ครอบครัว		สังคม			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ร่วมคิด	3.56	.590	3.02	1.14	4.18	.718	3.57	.947	.991	.502
ร่วมวางแผน	3.13	.230	3.36	1.10	3.66	.141	4.20	1.52	.851	.724
ร่วมตัดสินใจ	2.60	.848	3.33	.577	3.51	1.08	3.46	1.60	.886	.671
ร่วมปฏิบัติ	3.40	.692	2.56	1.03	3.26	1.13	3.80	1.20	.944	.577
ร่วมรับผลประโยชน์	3.00	.848	3.26	.461	3.71	.796	4.26	1.10	.830	.756
ร่วมติดตามและประเมินผล	2.70	1.55	3.26	.461	3.36	.993	3.60	1.40	.891	.662

จากตารางที่ 4.23 จากผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยหาค่าความแตกต่างของแต่ละตัวแปร โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ใช้สถิติทดสอบ F-test และกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีส่วนร่วม ทั้งการมีส่วนร่วมคิด การมีส่วนร่วมวางแผน การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลที่แตกต่างกัน การพัฒนาคุณภาพชีวิต ไม่แตกต่างกัน

## สรุปผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

### ตารางที่ 4.24

สรุปผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง  
การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การพัฒนา คุณภาพชีวิต	การมีส่วนร่วม					
	ร่วมคิด	ร่วม วางแผน	ร่วม ตัดสินใจ	ร่วมปฏิบัติ	ร่วมรับ ผลประโยชน์	ร่วมติดตาม ประเมินผล
ด้านร่างกาย	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง
ด้านจิตใจ	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง
ด้านครอบครัว	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง
ด้านสังคม	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง	ไม่ แตกต่าง

### ส่วนที่ 5 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองทางจิต

ข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการสัมภาษณ์ผู้ปกครองทางจิตที่มีอาการสงบ และเป็นสมาชิกชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช จำนวนทั้งสิ้น 4 คน ผลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีดังนี้

## การมีส่วนร่วมในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต

### กรณีศึกษาที่ 1 นายหมาย (นามสมมติ)

นายหมาย อายุ 43 ปี รูปร่างค่อนข้างท้วม ผิวดำแดง เป็นคนมีมนุษยสัมพันธ์ดี พุดจาสุภาพ คุยเก่ง พี่นเพเป็นคนกรุงเทพฯ จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพ เป็นเจ้าหน้าที่ร้านเพื่อนโรงพยาบาลศรีธัญญา ปัจจุบันเช่าบ้านอยู่หน้าโรงพยาบาลศรีธัญญา

#### ประวัติการเจ็บป่วย

นายหมาย เล่าว่า ตนมีปัญหาทางครอบครัว บิดา มารดาแยกทางกันตั้งแต่เด็ก แต่จำไม่ได้ว่ากี่ขวบ ตนได้อาศัยอยู่กับบิดา ตอนนั้นตนรู้สึกว้าขาดความอบอุ่น ไม่มีคนดูแล ไม่มีคนสนใจ เริ่มมีคำถามในใจว่า “ทำไมครอบครัวเราถึงเป็นอย่างนี้” และเป็นสาเหตุทำให้ตนมีนิสัยก้าวร้าว เอาแต่ใจตนเอง ไม่ฟังเหตุผลใคร

ต่อมาเมื่ออายุ 17 ปี ได้เริ่มดื่มเหล้า ด้วยความที่เป็นวัยรุ่น ติดเพื่อน และเก็บกดจากปัญหาครอบครัว จึงเกิดความเครียดทั้งในเรื่องการเรียนและครอบครัว จึงให้เหล้าช่วยผ่อนคลายความเครียด จนติดเหล้า และเริ่มมีอาการทางจิตขึ้นทีละนิดและมีอาการที่ชัดเจนอายุประมาณ 19-20 ปี

อาการป่วยในระยะแรกมีอาการประสาทหลอน เห็นภาพหลอน หูแว่ว คิดเป็นลบทั้งตนเองและผู้อื่น และได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา

ปัจจุบันอาการสงบ สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตได้ตามปกติสุข และประกอบอาชีพตามความถนัดของตนได้ ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น และยังคงรับประทานยาต่อเนื่อง

#### การเข้ามาเป็นสมาชิกในชมรมกัลยาณมิตรผู้ป่วยจิตเภทศรีธัญญา

จากเดิมนายหมายเป็นผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา มานานกว่า 20 ปี เข้ารับการรักษาจนมีอาการสงบ สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ปกติสุข ในขณะนั้นก็ได้ทำงานเป็นเจ้าหน้าที่ร้านเพื่อนของโรงพยาบาลศรีธัญญา และได้มีโอกาสพบกับ นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นผู้ดูแลร้านเพื่อนและชมรมกัลยาณมิตรอยู่ ก็เห็นว่าตนเองเป็นคนมีความสามารถ จึงได้ชักชวนเข้ามาร่วมเป็นสมาชิกในชมรมกัลยาณมิตรผู้ป่วยจิตเภทศรีธัญญา และก็ได้ให้ความช่วยเหลือทุกอย่าง พอได้เข้ามาเป็นสมาชิก ร่วมกิจกรรม ในระยะหนึ่ง ก็ได้รู้จักคุ้นเคยกับสมาชิกคนอื่นและผู้ใหญ่ในชมรม ตนเองก็ได้ทำงานเรื่อยมา ประมาณ 8-9 ปี และปัจจุบันก็ได้ดำรงตำแหน่ง ปฏิคม ของชมรมกัลยาณมิตรผู้ป่วยจิตเภทศรีธัญญา

### **คุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิตก่อนเข้าเป็นสมาชิกในชมรมกัลยาณมิตรผู้ป่วยจิตเภทศรีธัญญา**

จากเดิมนายหมายเป็นเพียงผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา ไม่มีบทบาททางสังคมมากนัก อาศัยอยู่ในโรงพยาบาลศรีธัญญา ไม่ได้ออกสู่สังคมภายนอกเท่าที่ควร ไม่มีทักษะในการใช้ชีวิตในกลุ่มคนมาก ๆ

“ตอนแรกเหมือนปิดหูปิดตา ไม่มีความรู้ ไม่มีความสามารถ สังคมแคบ ถูกมองในแง่ลบ จากสังคมภายนอก และจะเข้าสังคมในระบบ ของการรวมกลุ่มกันเยอะ ๆ ไม่ได้ความหลากหลาย ในการรวมกลุ่มก็ไม่ค่อยมี”

### **คุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิตหลังจากเข้าเป็นสมาชิกในชมรมกัลยาณมิตรผู้ป่วยจิตเภทศรีธัญญา**

จากผู้ป่วยธรรมดา เมื่อเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมกัลยาณมิตรผู้ป่วยจิตเภทศรีธัญญา สังคมภายนอกมองตนเองในแง่บวกมากขึ้น รู้สึกดี มีกำลังใจ “รู้สึกตนเองมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีเกียรติ” และยังได้ฝึกความสามารถ จากคนที่ไม่กล้าแสดงออก ทำให้กล้าแสดงออกมากขึ้น การรวมกลุ่มกันโดยมีสมาชิกหลากหลาย มีประสบการณ์ดีขึ้นไป ได้เปิดตัวให้สังคมภายนอกได้รับรู้ สามารถเป็นผู้นำในกลุ่มคนไข้ที่เป็นสมาชิก พอได้เปิดตัวออกไปแล้ว ก็ช่วยในการร่วมเรียกร้องสิทธิต่าง ๆ แล้วทำให้ตัวเรามีความภาคภูมิใจในตนเอง มีกำลังใจที่จะดำรงชีวิตอย่างอิสระ อย่างมีศักดิ์ศรี เป็นคนพิการคนหนึ่งผู้ป่วยทางจิต และอาการหายดีจากการได้รับความรู้ต่าง ๆ ของทางชมรมกัลยาณมิตรผู้ป่วยจิตเภทศรีธัญญา อีกทั้งยังสามารถออกสู่สังคมได้อย่างภาคภูมิใจ มีเกียรติมีศักดิ์ศรี

### **การมีส่วนร่วมของผู้บกพร่องทางจิตในชมรมกัลยาณมิตรผู้ป่วยจิตเภทศรีธัญญา**

นายหมาย เล่าว่า จากการเป็นสมาชิกของชมรมกัลยาณมิตรผู้ป่วยจิตเภทศรีธัญญา ได้มีส่วนร่วมพอสมควร เริ่มจากการเข้าร่วมประชุมภายในชมรมฯ ซึ่งมีสมาชิก คือผู้ป่วยและญาติ เข้ามาร่วมพูดคุยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของแต่ละคน ปรับทุกข์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ซึ่งกันและกัน ในการประชุมยังได้มีการสอดแทรกความรู้ต่าง ๆ เช่น โรคจิต การดูแลรักษาสิทธิผู้ป่วย การสื่อสารในครอบครัว ในการประชุมแต่ละครั้งนายหมายยังเป็นผู้จัดประเด็นและดำเนินกิจกรรมการต่าง ๆ โดยมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นพี่เลี้ยง นอกจากนั้นยังร่วมเป็นปากเป็นเสียงในเรื่องสิทธิต่าง ๆ ของสมาชิกในชมรม และยังมีส่วนร่วมในการจัดตั้งวงดนตรีของชมรมฯ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงความสามารถ ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ผ่อนคลายความเครียด ลดความฟุ้งซ่านของจิตใจ และยังสามารถเพิ่มรายได้พิเศษ จากการว่าจ้างไปเล่น



และได้ย้ายมาเป็นคนไข้ของโรงพยาบาลจิตเวชสวนปรุง เมื่อประมาณ ปี พ.ศ. 2547 ปัจจุบันมีอาการสงบ สามารถดูแลตัวเองได้ ทำงานได้เหมือนคนปกติทั่วไป

### **การเข้ามาเป็นสมาชิกในชมรมสานสัมพันธ์**

นางสาวนก เล่าว่า จากเดิมเป็นผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสวนปรุง ในขณะนั้นตนเองได้รับการรักษา จนอาการสงบได้ในระยะยาวแล้ว และได้ทำงานร่วมกับโครงการโลกสดใสดูแลเด็กในชุมชนสลัม ต่อมาได้มีโอกาสพบกับคุณจรัส ซึ่งเป็นประธานชมรมสานสัมพันธ์ และได้คุยกัน ซึ่งคุณจรัส เห็นว่าตนเองมีอาการที่ดีมากแล้ว จึงได้ชักชวนเข้ามาร่วมเป็นสมาชิกในชมรมสานสัมพันธ์ เพื่อที่จะได้เป็นกำลังใจ รวมทั้งเพื่อมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในสังคมให้แก่เพื่อนสมาชิกในชมรมฯ จากนั้นจึงได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมฯ จนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา ประมาณ 4-5 ปี

### **คุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิตก่อนเข้าเป็นสมาชิกในชมรมสานสัมพันธ์**

นางสาวนก กล่าวว่า ไม่แตกต่างจากหลังเข้าชมรมสานสัมพันธ์มากนัก เนื่องจากตนเองมีอาการสงบและดีขึ้นมากแล้ว สามารถดูแลตัวเองและทำงานได้ อีกทั้งยังสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ดีเหมือนคนปกติทั่วไป ซึ่งการเข้าชมรมฯ ของตนเอง คือ เพื่อเป็นตัวอย่งและให้กำลังใจและความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในสังคม

### **คุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิตหลังจากเข้าเป็นสมาชิกในชมรมสานสัมพันธ์**

ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ของตนในการดำเนินชีวิตในสังคมให้กับเพื่อนสมาชิกและญาติในชมรมสานสัมพันธ์ และยังได้เพื่อนใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น รวมทั้งการได้มองตนเองในด้านบวกมากขึ้น และเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น

“พื้มองว่าตัวเองโชคดี ที่มีโอกาสได้พัฒนาและ เพิ่มศักยภาพของตัวเอง ซึ่งบางคนต้องดิ้นรนหาเลี้ยงชีพ สู้กับการยอมรับในสังคม แม้แต่ญาติเองก็ไม่เข้าใจ สิ่งเหล่านี้ทำให้พื้เข้าใจเพื่อนผู้ป่วยมากขึ้น ส่งเสริมจิตใจให้รู้จักช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน”

จากสิ่งต่าง ๆ ที่ได้จากการเข้าชมรมฯ และได้ช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เรารู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น กล้าที่จะเผชิญต่อสังคมภายนอก

### **การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองทางจิตในชมรมสานสัมพันธ์**

ระยะแรกในการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมฯ ส่วนใหญ่จะร่วมประชุมกับเพื่อนสมาชิกและญาติในชมรมฯ บางครั้งก็ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ความรู้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การทานยา การดูแลตัวเอง แก่เพื่อนสมาชิกในชมรมฯ และยังร่วมเป็นปากเป็นเสียงในเรื่องของสิทธิต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเวช

ตนเองไม่ค่อยได้ร่วมกิจกรรมกับทางชมรมฯมากนัก เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา เพราะต้องทำงานร่วมกับโครงการโลกสดใส ดูแลเด็กในชุมชนสลัม ซึ่งเป็นการดูแลเด็กที่มีปัญหา และเป็นผู้ประสานงานตามหน่วยงานและองค์กรอื่น ที่จะเอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพของเด็ก

### **การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิตจากการเข้าเป็นสมาชิกในชมรมสานสัมพันธ์**

จากการเข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรมสานสัมพันธ์ นางสาวนก กล่าวว่า ตนเองได้ปรับมุมมองในแง่บวกมากขึ้น เนื่องจากการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ต่าง ๆ ทำให้ตนเองได้เห็นมุมมองที่หลากหลาย ได้พัฒนาด้านความรู้และทัศนคติ เพิ่มทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคม และยังได้พัฒนาด้านจิตใจ ให้เห็นคุณค่าในตนเอง และคุณค่าของผู้อื่น ครอบคลุม และสังคมเข้าใจยอมรับตนเองมากขึ้น

“ทำให้พารู้จักคำว่าเอื้อเพื่อเอื้อแม่ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน”

### **กรณีศึกษาที่ 3 นายชาติ (นามสมมุติ)**

นายชาติ อายุ 48 ปี รูปร่างค่อนข้างท้วม ผิวคล้ำ มีมนุษยสัมพันธ์ดี พูดจาสุภาพ แต่คุยไม่ค่อยเก่ง ถ้ามคำตอตอบคำ ฟันเพเป็นคนนครราชสีมา จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันประกอบอาชีพเป็นนักบวช

### **ประวัติการเจ็บป่วย**

นายชาติ เล่าว่า ตอนแรกตนเองมีปัญหาครอบครัว มีพี่น้อง 4 คน เป็นพี่น้องต่างบิดาทั้งหมด แต่มารดาเดียวกัน ตนเองเป็นน้องคนเล็กสุด จึงไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัวเท่าที่ควร ทำอะไรก็ไม่ดี โดนตำหนิตลอด จึงออกจากบ้านมาทำงานเป็นพนักงานรักษาความปลอดภัย ที่บริษัทแห่งหนึ่ง และมีครอบครัว มีบุตร 1 คน เป็นชาย และมีปัญหาครอบครัวซ้ำอีก คือภรรยาไม่รับผิชอบอะไรเลย ทั้งลูก ไม่ทำงาน กินแต่เหล้าไปวัน ๆ จึงมีปากเสียงกันจากการเก็บกดมาตั้งแต่ครอบครัวเดิม แล้วมาเจอซ้ำอีก จึงเกิดความเครียด และเริ่มดื่มเหล้าเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่ยังทำงานเป็นพนักงานรักษาความปลอดภัยอยู่จากการสะสมของความเครียดประกอบกับดื่มเหล้าด้วย จนทำให้เริ่มมีอาการป่วยขึ้นทีละนิดซึ่งระยะแรกไม่รู้ตัวว่าป่วย แต่มีอาการปวดหัว นอนไม่หลับ ไปพบแพทย์นำยามาทาน แพทย์ให้ยาคลายเครียดมาทาน แต่อาการไม่ดีขึ้น กลับหนักขึ้นเรื่อย ๆ บางครั้งไม่รู้สติตัว อารมณ์แปรปรวนเครียด จึงได้กลับไปพบแพทย์เพื่อรักษาตัวอีกครั้ง จึงรู้ว่าตัวเองป่วยและได้เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล จิตเวชนครราชสีมา เมื่อปี พ.ศ. 2535 จนอาการดีขึ้นเรื่อย ๆ สามารถดูแลตนเองได้ปกติ ทำงานได้ปกติ จนถึงปัจจุบัน

### **การเข้ามาเป็นสมาชิกในชมรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำวัดห้วยพรหม**

นายชาติ เล่าว่า การเข้ามาเป็นสมาชิกในชมรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำวัดห้วยพรหม เริ่มจากตนเองเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา หลังจากนั้นเมื่อปี พ.ศ. 2539 ขณะที่ตนเองได้รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลฯ อาการของตนเองก็เริ่มทุเลาลง และดีขึ้นตามลำดับ จนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ และยังสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ จนกระทั่งเมื่อประมาณ ปี 2543 ได้ออกจากโรงพยาบาลฯ และมาบวชเป็นพระภิกษุที่วัดห้วยพรหมในปีเดียวกัน ในขณะที่เดียวกันทางวัดห้วยพรหมได้จัดตั้งชมรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำวัดห้วยพรหมขึ้นพอดี โดยมีเจ้าอาวาสเป็นแกนนำ จึงได้มีโอกาสเข้ามาเป็นสมาชิกของชมรมฯ จนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา 8-9 ปี และในปัจจุบันดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการของชมรมฯ

### **คุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิตก่อนเข้าเป็นสมาชิกในชมรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำวัดห้วยพรหม**

นายชาติ กล่าวว่า ก่อนการจัดตั้งชมรม และก่อนที่ตนเองจะเป็นสมาชิกในชมรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำวัดห้วยพรหม

“พวกเราไม่มีการรวมตัวของผู้ป่วยและญาติ ไม่มีผู้นำ ผู้ป่วยจะอยู่แบบกระเถาะกระเถาะตัวใครตัวมันไม่มีคนดูแล และไม่มีใครสนใจพวกเราเลย”

สิ่งเหล่านี้ยังส่งผลต่อการขาดยา เนื่องจากไม่สะดวกทั้งในด้านเวลาและค่าใช้จ่ายในการไปรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวช บางครั้งทำให้ขาดยาจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทำให้ไปทำร้ายผู้อื่นโดยไม่รู้ตัว “สภาพร่างกายและจิตใจบอบช้ำมาก” ขาดการยอมรับจากสังคมรอบข้าง ถูกตีตราว่าเป็น “ไอ้บ้า ไอ้โรคจิต”

### **คุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิตหลังจากเข้าเป็นสมาชิกในชมรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำวัดห้วยพรหม**

หลังจากได้มีการจัดตั้งชมรมและได้เข้าเป็นสมาชิกในชมรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำวัดห้วยพรหม สภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้นมาก มีคนคอยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

“ลดภาระที่ต้องกระเสือกกระสน ดิ้นรนต่อสู้ชีวิต”

ส่วนครอบครัวดีขึ้นเรื่อย ๆ ตามลำดับ พุดจากนั้นก็รู้เรื่องมากขึ้น เข้าใจกันดีและได้รับการยอมรับมากขึ้น ในส่วนของด้านสังคม ได้รับการยอมรับและได้รับโอกาสมากขึ้น ในเรื่องของ

ศักดิ์ศรี การให้เกียรติ ปฏิบัติที่แสดงออกที่ดีขึ้น อีกทั้งยังได้เข้าถึงสิทธิและสวัสดิการต่าง ๆ มากขึ้น

### **การมีส่วนร่วมของผู้บกพร่องทางจิตในชมรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำวัดห้วยพรหม**

ครั้งแรกในการเข้ามาเป็นสมาชิกชมรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำวัดห้วยพรหม ตนเองได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการและการจัดตั้งชมรมฯ ไปพร้อม ๆ กับผู้นำชมรมฯ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยคนแรกที่เข้าเป็นสมาชิกในชมรม โดยขณะนั้นมีพระอาจารย์มานับเป็นผู้นำชมรมฯ แรก ๆ ตนเองยังไม่ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นมากนัก ส่วนใหญ่มีหน้าที่ด้านแรงงาน และยังไม่ได้อำนาจตำแหน่งใดในชมรมฯ ต่อมาเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น โดยการเข้าร่วมประชุมในชมรมฯ และเริ่มได้แสดงความคิดเห็นมากขึ้น และนอกจากนี้ยังได้อำนาจตำแหน่งกรรมการชมรมฯ และเริ่มร่วมกิจกรรมมากขึ้น โดยได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม อาทิเช่น กิจกรรมสัญจร พาผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในชมรมฯ ไปรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวช กิจกรรมตามวันสำคัญต่าง ๆ เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์ และกิจกรรมเยี่ยมบ้าน โดยเน้นการพูดคุยถามความทุกข์ความสุข ให้กำลังใจสมาชิกด้วยกัน อีกทั้งยังมีถุงยังชีพไปแจกให้ผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกด้วยในบางโอกาส นอกจากนั้นยังร่วมในการประชุมประจำเดือน บางครั้งยังได้มีโอกาสเชิญวิทยากรจากโรงพยาบาลจิตเวชมาช่วยสอนในเรื่องการดูแลรักษาตัวเอง เช่น การอาบน้ำ การทานยา และการช่วยงานบ้านต่าง ๆ รวมไปถึงการไปประชุมนอกสถานที่ ได้แสดงความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ ในที่ประชุมบ้างเป็นครั้งคราว

### **การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิตจากการเข้าเป็นสมาชิกในชมรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำวัดห้วยพรหม**

จากการเข้าร่วมชมรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำวัดห้วยพรหม ตนเองมีพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น คือ ด้านร่างกายสามารถดูแลตัวเองได้ รู้สึกว่าตนเอง มีสุขภาพแข็งแรงขึ้น ต่างจากก่อนเข้าชมรมฯ ที่รู้สึกว่าอ่อนเพลีย ไม่อยากทำกิจวัตรประจำวัน และยังสามารถช่วยงานต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ที่สำคัญ

“รู้สึกว่าจะใจอบอุ่นขึ้น”

มีสุขภาพจิตดี มีคนคอยให้กำลังใจ และยังได้มีการพัฒนาด้านสติปัญญา ความรู้ เนื่องจากโดยส่วนใหญ่แล้วทางชมรมฯ ได้จัดการประชุมและได้เชิญวิทยากรจากโรงพยาบาลจิตเวช มาให้ความรู้ และได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในชมรมฯ ได้แสดงความคิดเห็นเป็นการพัฒนาทักษะด้านการแสดงออกต่อสาธารณชนมาก ๆ ทำให้กล้าที่จะพูดและแสดงทัศนคติออกมา ทำให้สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมและเกิดการยอมรับมากขึ้นด้วย

#### กรณีศึกษาที่ 4 นางนิต (นามสมมุติ)

นิต อายุ 45 ปี รูปร่างค่อนข้างท้วม ผิวสองสี เป็นคนมีมนุษยสัมพันธ์ดี คุยเก่ง พื้นเพเป็นคนสงขลา ปัจจุบันเป็นเลขานุการของชมรมศรีตรังสายสัมพันธ์

##### ประวัติการเจ็บป่วย

นางนิต เล่าว่า ตนเองเคยเจอเหตุการณ์เหตุการณ์หนึ่ง เมื่ออายุประมาณ 15 ปี ก็คิดว่าเวลาจะช่วยให้เราลืมได้ แต่มันเหมือนอยู่ในหัวตลอด ตอนแรกยังไม่ป่วย แต่มันสะสมมาเรื่อย ๆ ทำให้เราเครียด เก็บกด ยิ่งตอนแต่งงานมีครอบครัว ยิ่งรู้สึกติดลบต่อตนเอง ไม่สามารถเป็นภรรยาที่ดีได้ เป็นแม่ที่ดีของลูกก็ไม่ได้ ทั้งที่ครอบครัวไม่ได้คิดกับเราแบบนั้น ซึ่งมันเป็นความเครียดที่เก็บกดมานานและมาเจอวิกฤติเศรษฐกิจด้วยเลยเครียดไปใหญ่เลย ตอนนั้นทำงานประจำไม่ได้เลย ตอนแรกทำงานเป็นเสมียน ในห้อง ICU ของโรงพยาบาล ต้องลาออกจากงาน แล้วกลับมาอยู่บ้าน เก็บตัว ไม่ยุ่งสิ่งกับใคร หวาดระแวง นอนไม่หลับ บางครั้งเคยเดินไปไหนมาไหนโดยไม่รู้ตัว ครอบครัวเห็นเราเป็นอย่างนั้น ตอนแรกครอบครัวพาไปหาหมอผี คิดว่าโดนผีเข้า แต่ก็ไม่หาย ก็เลยพาเข้าไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ก็ได้รับการรักษาเรื่อย ๆ จนอาการดีขึ้น ใช้ชีวิตได้ปกติ ทำงานได้ดีจนถึงปัจจุบัน

##### การเข้ามาเป็นสมาชิกในชมรมศรีตรังสายสัมพันธ์

นางนิต เล่าว่า การเข้ามาเป็นสมาชิกในชมรมศรีตรังสายสัมพันธ์ สืบเนื่องจากตนเองเป็นผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลจิตเวชเบตง จากนั้นคุณสงวนศรี ซึ่งเป็นนักสังคมสงเคราะห์ที่ดูแลของชมรมศรีตรังสายสัมพันธ์ ได้มาพบตนเอง ซึ่งขณะนั้นเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จนเริ่มมีอาการดีขึ้น สามารถดูแลตัวเองได้ พูดจารู้เรื่อง แต่ยังมีอาการแยกตัว เก็บตัว ไม่เข้ากลุ่มกับผู้อื่นอยู่บ้างเล็กน้อย แต่สามารถทำงานได้บ้าง คุณสงวนศรีจึงได้ชักชวนให้เข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรมศรีตรังสายสัมพันธ์ เพื่อเป็นการเสริมทักษะด้านสังคม จากนั้นจึงได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมฯ จนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลา 7-8 ปี และได้ดำรงตำแหน่งเลขานุการของชมรมฯ

##### คุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิตก่อนเข้าเป็นสมาชิกในชมรมศรีตรังสายสัมพันธ์

ช่วงแรกในการเข้ามาเป็นสมาชิกชมรมฯ จะเก็บตัว แยกตัวออกจากคนอื่น และไม่เข้ากลุ่มกับคนอื่น ต่อมาก็ได้พยายามเข้ากลุ่มกับผู้อื่น เริ่มร่วมกิจกรรมมากขึ้นตามลำดับ โดยการให้เริ่มฝึกในการใช้ชีวิตประจำวันใหม่หมด ฝึกทำงาน ฝึกจัดเก็บเอกสาร ฝึกไปซื้อของเพื่อเพิ่มทักษะการดำเนินชีวิตในสังคม

### **คุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิตหลังจากเข้าเป็นสมาชิกในชมรมศรีตรังสายสัมพันธ์**

หลังเข้าเป็นสมาชิกชมรมฯ ตนเองเริ่มมีอาการดีขึ้น ร่วมกิจกรรมกับสมาชิกของชมรมฯ ได้มากขึ้น สามารถออกมาสู่สังคมโดยไม่รู้สึกดัดจริตต่อตนเอง อีกทั้งยังรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น ครอบครัวกลับมาเข้าใจซึ่งกันและกัน และไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ปัจจุบันตนเองสามารถประกอบอาชีพได้ปกติ อีกทั้งยังดำรงตำแหน่งเป็นเลขานุการของชมรมศรีตรังสายสัมพันธ์ รวมทั้งการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการต่าง ๆ ได้รับโอกาสจากสังคมภายนอกและยังสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ โดยการเป็นพี่เลี้ยงในชมรมฯ และยังเป็นตัวแทนของชมรมฯ ในการไปประชุมในที่ต่าง ๆ

“มองเห็นคุณค่าในตัวเอง สิทธิ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ส่งผลให้สภาพจิตใจของเราดีขึ้น ยอมรับตัวเองและลดอคติต่อตนเอง”

### **การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองทางจิตในชมรมศรีตรังสายสัมพันธ์**

เริ่มแรกจากการเข้ามาเป็นสมาชิกในชมรมศรีตรังสายสัมพันธ์ ยังไม่มีบทบาทและมีส่วนร่วมมากนัก เนื่องจากพฤติกรรมของตนเองยังแยกตัวและขาดทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคม ชีวิตประจำวัน ยังต้องมีการพัฒนาศักยภาพในการใช้ชีวิตประจำวันและยังต้องฝึกในการทำงานด้านต่าง ๆ บางบางส่วน ซึ่งในระยะต่อมามีการพัฒนามากขึ้น สามารถดูแลตนเองและทำงานได้ สามารถเข้ากลุ่มกับสมาชิกในชมรมฯ ได้ดีขึ้น จึงได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมมากมาย อาทิ ค่าครอบครัว ออกเยี่ยมชุมชนและเยี่ยมบ้าน พาสมาชิกในชมรมฯ ไปทำบุญตักบาตรตามเทศกาลต่าง ๆ จากประสบการณ์และระยะเวลาการทำงาน ทำให้ตนเองพัฒนาความสามารถขึ้นเรื่อย ๆ จึงได้มีโอกาสร่วมวางแผนยุทธศาสตร์ของสมาคมเพื่อผู้ปกครองทางจิต รวมทั้งการวางแผน นโยบายการดำเนินงานของชมรมศรีตรังสายสัมพันธ์ ในขณะเดียวกันยังมีส่วนร่วมในการขยายเครือข่ายของชมรมฯ โดย การประสานงาน จิตเวชชุมชน เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้และความเข้าใจต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ให้ครอบครัวและชุมชนได้รับทราบและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ทำให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมได้ปกติสุข

### **การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิตจากการเข้าเป็นสมาชิกในชมรมศรีตรังสายสัมพันธ์**

จากการเข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรมศรีตรังสายสัมพันธ์ นางนิต กล่าวว่า ได้พัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ดีขึ้น สามารถดูแลตัวเองได้ ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม สามารถประกอบอาชีพและหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว และยังเพิ่มทักษะใน

การแสดงออกด้านความคิดเห็นและการพูดในที่สาธารณะชน สังคมยอมรับในผลงานของตนเองที่ ทำออกมา เช่น การเป็นพิธีกรในงานต่าง ๆ รวมถึงยังได้พัฒนาทักษะในการเข้าสังคม เช่น การเข้ากลุ่มกับเพื่อนสมาชิกในชมรมฯ การเข้าร่วมประชุมต่าง ๆ อีกทั้งการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับ กฎหมาย สิทธิและการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขของผู้ป่วยอีกด้วย ทั้งนี้ยังมีโอกาสทำงานเพื่อสังคม ทำให้สังคมภายนอกรู้จักมากขึ้น ทำให้ตนเองกล้าที่เผชิญต่อสังคมภายนอก

“การได้รับโอกาสเหล่านี้ส่งผลต่อสภาพจิตใจของตนเอง ทำให้รู้สึกมีความสุขมีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม มองตัวเองในด้านบวก และลดอคติที่มีต่อตนเองในที่สุด”

### สรุปได้ว่า

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บกพร่องทางจิตทั้ง 4 คน มีความคิดเห็นที่คล้ายคลึงกัน ว่า การเข้าเป็นสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช โดยได้ร่วมกิจกรรม ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้รับคำแนะนำ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติคลายความเครียด คลายความกังวลและจัดกิจกรรมที่เพิ่มพูนความรู้ให้แก่สมาชิก เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้แก่ญาติและตัวผู้ป่วยเองเพื่อลดภาระ ของญาติในการดูแลผู้ป่วยและ ในขณะเดียวกันทำให้ผู้บกพร่องทางจิตสามารถดูแลตนเองได้ ทำงานได้ ไม่เป็นภาระของครอบครัว มีความคิดด้านบวก รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า กล้าเปิดเผยตนเอง สามารถเข้าสังคมและ ช่วยเหลือสังคมได้ รวมทั้งได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคม แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิตสูงขึ้น ทั้ง 4 ด้าน คือด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม

## ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

### ในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชต่อการเสริมสร้าง

#### คุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต

การศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต ผู้ศึกษาได้แบ่งปัญหาอุปสรรค ออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการดำเนินงาน ด้านนโยบาย ด้านบริหาร และด้านอื่น ๆ พบว่า มีปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการดำเนินงานในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต ดังนี้

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นดังนี้

### ด้านการดำเนินงาน

#### 1. การดำเนินงานในชมรม

- บางชมรมยังขาดความเข้มแข็ง ในการดำเนินงานส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิตในชมรมญาติ สมาชิกส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ต้องเดินทางไกล และต้องประกอบอาชีพ ทำให้ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ

- บางชมรมการดำเนินงานกิจกรรมยังไม่ต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่มีน้อย ไม่เพียงพอ และขาดแกนนำที่มีความพร้อมในการดำเนินงานและขับเคลื่อนชมรมญาติ

- บางชมรมไม่ได้ปฏิบัติงานตามนโยบายที่กำหนดไว้เนื่องจากความสามารถและความแตกต่างของเจ้าหน้าที่และสมาชิกในชมรมญาติมีไม่เท่ากัน

#### 2. การดำเนินงานในโครงการ

- การดำเนินงานในโครงการต่าง ๆ ยังมีปัญหาด้านงบประมาณ ค่าใช้จ่าย ในการจัดกิจกรรมของชมรมญาติ ต้องหาแหล่งทุนมาสนับสนุนจากภายนอก ทำให้ขาดแคลนตัวในการทำงาน และขาดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดำเนินงาน

### ด้านนโยบาย

นโยบายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของบางชมรมยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้การดำเนินงานและกิจกรรมไม่บรรลุตรงตามวัตถุประสงค์

### ด้านบริหาร

- บางชมรมยังขาดผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์และขาดความเป็นผู้นำ ส่งผลต่อการบริหารงานในชมรมญาติไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

- บางชมรมยังมีการบริหารงานบางอย่างที่ล่าช้า ไม่ทั่วถึงและขาดความชัดเจน

### อื่น ๆ

- ผู้บกพร่องทางจิตในชมรมญาติบางชมรมไม่ค่อยให้ความร่วมมือตามกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทางชมรมญาติจัดให้เท่าที่ควร

- สถานที่จัดกิจกรรมบางชมรมยังคับแคบ ไม่เพียงพอต่อการรองรับผู้บกพร่องทางจิตในชมรมญาติ อีกทั้งบางชมรมยังไม่มีสถานที่ในการจัดกิจกรรมที่แน่นอน

**ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานในเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิต กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นดังนี้**

### **ด้านนโยบาย**

ควรมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน โดยการจัดประชุมแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ และสรุปผลการดำเนินงานและติดตามผลงานร่วมกัน เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนในการดำเนินงานในครั้งต่อไป

### **กิจกรรม**

- ควรเพิ่มกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้ปกครองทางจิตและครอบครัว เข้าถึงบริการด้านต่าง ๆ ให้มากขึ้น เช่น ด้านอาชีพ การรักษาพยาบาล และยังเป็น การเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

- ควรมีการจัดกิจกรรมและการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกและเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

- ควรขยายกิจกรรมต่าง ๆ ลงไปในชุมชนให้มากขึ้น และสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อเป็นการสร้างและขยายเครือข่ายใหม่ ๆ ในชุมชน

### **ผู้นำ**

ควรพัฒนาผู้นำอย่างต่อเนื่อง โดยสนับสนุนให้แกนนำและสมาชิกมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม เข้ารับการอบรม ร่วมกิจกรรมกับเครือข่ายและองค์กรอื่น ๆ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มศักยภาพภายในเครือข่ายอีกด้วย

### **งบประมาณค่าใช้จ่าย**

ชมรมแต่ละชมรมควรจัดสรรงบประมาณจากภายนอกชมรม เช่น ประยุกต์ได้จากศิลปะหัตถกรรมภายในชุมชนมาเป็นรายได้ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และการจัดกิจกรรมต่าง ๆ

### **สถานที่**

ควรมีสถานที่เฉพาะในการจัดกิจกรรมที่แน่นอน และเหมาะสมในการดำเนินงานต่อผู้ปกครองทางจิต เพราะบางชมรมไม่มีสถานที่แน่นอน

## ส่วนที่ 7 การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต” โดยได้เก็บและรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาที่น่าสนใจสามารถนำมาอภิปรายผล ใน 2 ประเด็น ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช
2. คุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

### การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

จากผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.43$ ) สอดคล้องกับผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บกพร่องทางจิต ที่พบว่ามีส่วนร่วมที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตซึ่งเป็นแม่ข่าย (สมาคมผู้บกพร่องทางจิต, 2551, น. 11) ที่ให้ความสำคัญและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและสมาชิกชมรมฯ ตั้งแต่ร่วมคิดร่วมวางแผนจนถึงร่วมติดตามประเมินผล ทั้งนี้เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานของสมาคมฯ และเครือข่ายคือชมรมฯ ต่าง ๆ ไปพร้อม ๆ กัน และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กนิษฐา ถาวรกิจ (2538, อ้างถึงใน กนกพร แสงธรรม, 2541, น. 32-33) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการกระทำทางสังคม มีองค์กรหรือตัวแทนเข้ามาให้คำแนะนำปรึกษาแนวทางในการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันขององค์กรภายในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น ผู้ใหญ่บ้าน พระครู อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งสมาชิกในชุมชนได้ร่วมค้นหาปัญหาและพัฒนาทางเลือกบริการที่เหมาะสม

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมรายด้าน 6 ด้าน โดยเรียงลำดับจากการมีส่วนร่วมสูงสุด ได้แก่ 1) ด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ 2) ด้านการมีส่วนร่วมคิด 3) ด้านการมีส่วนร่วมปฏิบัติ 4) ด้านการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลในการจัดกิจกรรม 5) ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมและการนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ 6) ด้านการมีส่วนร่วมวางแผนกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรม พบว่า

## 1. ด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์

เป็นด้านที่มีระดับการมีส่วนร่วมสูงสุด แสดงให้เห็นว่า สมาชิกได้มีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ เข้าร่วมอบรมศึกษาดูงานเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และการฟื้นฟูดูแลผู้บกพร่องทางจิต ซึ่งเป็นผลทำให้สมาชิก ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น และเป็นส่วนหนึ่งทำให้ผู้บกพร่องทางจิตได้รับการยอมรับมากขึ้น ( $\bar{X} = 3.84$ ) สอดคล้องกับผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บกพร่องทางจิต ที่พบว่า ผู้บกพร่องทางจิตมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์มาก เห็นได้จากมีทัศนคติต่อตนเองดีขึ้น มองตนเองในด้านบวกมากขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีเกียรติ มีกำลังใจ สามารถออกสู่สังคมอย่างภาคภูมิใจ ครอบครัวกลับมาเข้าใจซึ่งกันและกัน และไม่รู้สึกรำคาญตนเองเป็นภาระของครอบครัว ได้พัฒนาและเพิ่มศักยภาพการดำเนินชีวิตในสังคม และยังสามารถประกอบอาชีพได้ปกติ รวมทั้งการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการต่าง ๆ นอกจากนี้ได้รับโอกาสจากสังคมภายนอกแล้ว ยังสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้อีกด้วย และผลการศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นได้ว่า นอกจากทัศนคติของผู้ป่วยและครอบครัวจะเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นแล้ว ชุมชนและครอบครัวก็เปลี่ยนแปลงด้วยคือ ยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับโอกาส สามารถที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนอื่นในชุมชนได้ และใช้ศักยภาพของคนที่อยู่ในการทำงานหรือประกอบอาชีพตามความถนัดได้ ทั้งนี้เป็นเพราะชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้บกพร่องทางจิตมากขึ้น ทำให้ผู้บกพร่องทางจิตสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีความอบอุ่นและมีความหวังในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อุไรวรรณ เกิดสังข์ และคณะ (2552) เรื่องการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตชุมชน : จากเวทีสาธารณะชนสู่ชุมชนต้นแบบ ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตชุมชน ทำให้ชุมชนมีทัศนคติที่ดี และมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น เกิดการรวมกลุ่มกันเป็นเครือข่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลช่วยเหลือและอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรี และเกิดความมีคุณค่า ครอบครัวผู้ดูแลเกิดกำลังใจ ประทับใจที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดูแล

## 2. ด้านการมีส่วนร่วมคิด

สมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช มีส่วนร่วมคิดกิจกรรมของชมรมฯ มีส่วนร่วมในการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และเสนอทางเลือกในการแก้ปัญหา รวมทั้งร่วมค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.46$ ) แสดงให้เห็นว่า สมาชิกเล็งเห็นถึงความสำคัญในการระดมความคิดร่วมกันในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะปัญหาที่พบบ่อย ๆ และมีผลโดยตรงต่อผู้บกพร่องทางจิตและครอบครัว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย เช่น ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ทำให้อาการกำเริบ เอะอะอาละวาดทำลายของ ทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนในครอบครัว/ชุมชน ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย ๆ

ญาติีมีความยากลำบากในการนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เป็นต้น จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยยอมกินยา (จากข้อมูลเอกสารและการบอกเล่าของสมาชิกชมรมฯ) เมื่อสมาชิกชมรมฯ มีส่วนร่วมในการระดมความคิดเห็น ส่งผลให้การแก้ไขปัญหานั้นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การขับเคลื่อนการดำเนินงาน และกิจกรรมต่าง ๆ ก็ไปในทิศทางเดียวกัน และมีการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ร่วมกัน

### 3. ด้านการมีส่วนร่วมปฏิบัติ

สมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชมีส่วนร่วมปฏิบัติตั้งแต่การคัดเลือกคณะกรรมการของชมรมฯ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต และยังมีส่วนร่วมแสวงหาทรัพยากรจากองค์กรภายนอกเพื่อมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต อีกทั้ง ยังร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นภายในชมรมฯ จากผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมปฏิบัติของสมาชิกอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.87$ ) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะสมาชิกเข้ามาเป็นสมาชิกชมรมฯ ภายหลังจากการเลือกตั้งกรรมการแล้ว จึงไม่ได้มีส่วนร่วมในการเลือกตั้งกรรมการของชมรมฯ บางครั้งสมาชิกยังขาดความรู้ในการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ และข้อจำกัดอื่น ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาร่วมกิจกรรม ส่วนผู้ที่มีบทบาทมากคือ ประธานและกรรมการ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและยังเป็นผู้ที่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานให้ชมรมฯ ด้วย จึงได้รับความไว้วางใจให้เป็นตัวแทนในการดำเนินงานและทำกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมฯ

**4. ด้านการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลในการจัดกิจกรรม เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และตามระยะเวลาที่กำหนด รวมทั้งร่วมกับหน่วยงานอื่นในการทำหน้าที่ติดตามและประเมินผล เพื่อปรับปรุงข้อบกพร่องในการดำเนินงาน**

จากผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.32$ ) โดยสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมฯ ตามระยะเวลาและวัตถุประสงค์ที่กำหนด และมีส่วนร่วมร่วมกับหน่วยงานอื่นเพื่อพัฒนาองค์กรและปรับปรุงข้อบกพร่องตามผลการประเมิน และยังพบว่า ส่วนใหญ่ประธานและกรรมการเป็นผู้ที่มีบทบาทในการติดตามและประเมินผล ในฐานะที่เป็นตัวแทนของสมาชิกชมรมฯ ดังนั้นสมาชิกอื่น ๆ จึงไม่ค่อยมีบทบาทมากนัก เนื่องจากผู้ที่เป็นสมาชิกส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยและญาติ จะมีส่วนร่วมทำกิจกรรมและรับผลประโยชน์มากกว่า การติดตามและประเมินผล

5. ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมและการนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในชมรมฯ และร่วมกันตัดสินใจในการเสนอทางเลือกการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการจัดกิจกรรม

จากผลการศึกษา ในภาพรวมพบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.31$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 สมาชิกในชมรมฯ มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจเพื่อให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมฯ ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการเลือกใช้ทรัพยากรชุมชนเพื่อมาเสริมสร้างและสนับสนุนในการจัดกิจกรรมของชมรมฯ และด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจกับเจ้าหน้าที่ในองค์กรอื่นเพื่อมาเสริมสร้างและสนับสนุนในการจัดกิจกรรมของชมรมฯ แสดงให้เห็นว่า สมาชิกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเฉพาะบางเรื่องที่ตนเองคิดว่ามีค่าสำคัญและจำเป็นเท่านั้น ส่วนการตัดสินใจเรื่องอื่น ๆ ให้เป็นหน้าที่ของประธานและกรรมการ

6. ด้านการมีส่วนร่วมวางแผนกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรม และวางแผนในการแสวงหาทรัพยากรเพื่อมาดำเนินการในชมรมฯ รวมทั้งวางแผนติดต่อประสานงานกับเครือข่ายอื่น เพื่อเข้ามาร่วมกิจกรรมกันภายในชมรมฯ

ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกมีการวางแผนในการกำหนดวิถีทางปฏิบัติในกิจกรรมต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ โดยให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายและดำเนินงานตามนโยบายของชมรมฯ อย่างไรก็ตาม การวางแผนในระดับนโยบายและการบริหาร ส่วนใหญ่ผู้ที่มีบทบาทมาก คือ ประธานและกรรมการ สมาชิกอื่น ๆ ไม่ค่อยมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในระดับนโยบายและบริหารเท่าใดนัก การมีส่วนร่วมวางแผนของสมาชิกจึงอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.30$ ) สอดคล้องกับผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บกพร่องทางจิต ที่พบว่ามีผู้บกพร่องทางจิตเพียง 1 คนใน 4 คน เท่านั้นที่มีส่วนร่วมในการวางแผนระดับนโยบาย เนื่องจากเป็นกรรมการของชมรมฯ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธเนศ มั่นน้อย (2550, น. 79) ที่พบว่า เครือข่ายชุมชน มีการวางแผนกำหนดแนวนโยบายและการทำงานของเครือข่ายฯ อย่างชัดเจน รวมทั้งมีการกำหนดวิธีการที่สอดคล้องกับเป้าหมายและที่สำคัญคือ กระบวนการวางแผนขององค์กรเครือข่ายฯ เป็นกระบวนการที่สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในระดับสูง ทำให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่ายร่วมกัน

จากผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ ประธานกรรมการ สมาชิก ได้เข้ามามีบทบาทในการมีส่วนร่วมในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ พบว่า ประธานและกรรมการเป็นปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จ เนื่องจากประธานและกรรมการมีบทบาทมาก ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจนถึงในระยาลิ้นสุด ถ้าประธานและกรรมการมีความตั้งใจแน่วแน่ จริงจัง เสียสละ มีความรู้ความสามารถ มีความรับผิดชอบ มีมนุษยสัมพันธ์ดี เป็นประชาธิปไตย และมีการติดต่อกับสมาชิกภายในชมรมฯ อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สมาชิกไว้วางใจ ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในชมรมฯ มากขึ้น ประธานและกรรมการก็จะได้รับการยอมรับ นอกจากนั้นยังมีชื่อเสียง และเป็นที่ยอมรับจากสังคมภายนอกมากขึ้น

การมีส่วนร่วมของสมาชิก ส่วนใหญ่สมาชิกไม่ให้ความสนใจในระดับนโยบาย จึงมีส่วนร่วมในกิจกรรมเท่านั้น เนื่องจากบางครั้งสมาชิกยังขาดความรู้และความเข้าใจ จึงทำให้ลดบทบาทของสมาชิกในการมีส่วนร่วมในระดับนโยบาย อีกทั้งสมาชิกส่วนใหญ่ฐานะยากจน ต้องประกอบอาชีพอาจไม่มีเงิน/ไม่มีเวลาในการมาร่วมประชุมทุกครั้ง หรือมีความสนใจในบางประเด็นเท่านั้น อย่างไรก็ตามการได้รับผลประโยชน์จากการเข้าเป็นสมาชิกและร่วมกิจกรรม ภายในชมรมฯ ทำให้สมาชิกได้พัฒนาศักยภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยเฉพาะด้านครอบครัวมากที่สุด เพราะญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ ไม่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย ๆ ส่งผลให้ญาติหรือผู้ดูแลคลายความเครียดลงได้

การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ของ ประธาน กรรมการ และสมาชิก โดยประธานมีส่วนร่วมสูงสุด รองลงมาเป็นกรรมการและสมาชิกตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า การเข้ามามีส่วนร่วมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้เข้าร่วมได้ประโยชน์ เนื่องจากได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้ความรู้ ได้รับการยอมรับจากสังคมภายนอก ได้มีโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง โดยเฉพาะประธานและกรรมการได้ประโยชน์มากที่สุด เพราะได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมกับสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตและเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ มากกว่าสมาชิก ที่ส่วนใหญ่ร่วมรับผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมฯ เท่านั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณค่าใช้จ่ายทำให้สมาชิกมีโอกาสร่วมกิจกรรมกับสมาคมฯ และเครือข่ายชมรมฯ อื่น ๆ น้อย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยที่เป็นกรรมการของชมรมฯ จะมีส่วนร่วมมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในทุกระดับของการดำเนินงาน

## การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช

จากผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.93$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองทางจิต ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมฯ ผู้ปกครองทางจิตมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ได้รับการยอมรับและความรักความเอาใจใส่จากครอบครัวมากขึ้น และยังสามารถร่วมกิจกรรมภายในครอบครัวได้ดีขึ้น ( $\bar{X} = 4.11$ ) ในด้านร่างกาย ผู้ปกครองทางจิตสามารถทำกิจวัตรประจำวัน รับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง ทานยาได้ตามแพทย์สั่ง สามารถช่วยเหลืองานบ้าน ประกอบอาชีพได้ตามความถนัด และยังสามารถร่วมกิจกรรมกับสมาชิกภายในกลุ่มได้มากขึ้น ( $\bar{X} = 3.98$ ) สำหรับด้านจิตใจ ผู้ปกครองทางจิตสามารถควบคุมอารมณ์ จัดการกับความเศร้าหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ ของตนได้ดีขึ้น และรู้สึกกับตนเองในด้านบวกมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสามารถยอมรับในความเจ็บปวดของตนเอง ไม่รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ( $\bar{X} = 3.86$ ) และน้อยที่สุด คือด้านสังคม โดยผู้ปกครองทางจิตสามารถแสดงออกทางสังคมได้อย่างเหมาะสม สามารถสื่อสารกับผู้อื่นและร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ อีกทั้งยังสามารถติดตามข่าวสารและสามารถเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และที่สำคัญผู้ปกครองทางจิตมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นมากขึ้น ( $\bar{X} = 3.80$ ) สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ผู้ปกครองทางจิต ทั้ง 4 คน ที่พบว่า ผู้ปกครองทางจิตมีการพัฒนาด้านร่างกายในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ต่างกาย สามารถเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน รู้สึกถึงภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น มีความมั่นใจ ในตนเอง มีการพัฒนาด้านความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน สามารถจัดการกับความเศร้า ความกังวล ยอมรับตัวเองมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของเขมา ตั้งใจมั่น และคณะ (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า หลังจากการร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้ดีและมีคุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้น และผลการศึกษาของ ชุ่มจิต กลิ่นพิบูลย์ (2548) ที่ศึกษาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่า หลังจากการเข้าโปรแกรมทุกคนมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เห็นได้จาก ทุกคนมี

ความสามารถและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีทักษะการดูแลตนเองและทักษะทางสังคมดีขึ้น

ด้านการเข้าเป็นสมาชิกชมรมฯ ในความคิดเห็นของสมาชิก คือ การเปิดตัวเอง ออกสู่สังคมภายนอก และความเป็นพวกเดียวกัน ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจึงได้รับคำแนะนำ ประสพการณ์ตรงจากผู้ป่วยต่อผู้ป่วยด้วยตนเอง หรือญาติที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยแล้วได้ผล ได้มีโอกาส แลกเปลี่ยนประสพการณ์ ความรู้ของตนในการดำเนินชีวิตในสังคม ให้กับเพื่อนสมาชิกและญาติ และยังได้เพื่อนใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น รวมทั้งการได้มองตนเองในด้านบวกมากขึ้น และเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น การได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย อีกทั้งตัวผู้ป่วยเองยังได้ปรับทัศนคติที่มีต่อตนเอง ทั้งนี้ผลที่ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ คือ การแสดงอารมณ์ที่รุนแรงระหว่างผู้ป่วยและญาติลดลง มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ได้รับความรักและการยอมรับ การเอาใจใส่จากสมาชิกภายในครอบครัว ได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความเข้าใจความรักความผูกพันภายในครอบครัวมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอรพรรณ สุนทวง และคณะ (2551) ที่ศึกษาการพัฒนาความสามารถการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า จากการที่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว และผู้นำชุมชน เข้ามามีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้ชีวิตในชุมชนได้เหมือนคนทั่วไปและพัฒนาความสามารถการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผ่านกิจกรรมค่ายครอบครัว กิจกรรมฟื้นฟูทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน และกิจกรรมฟื้นฟูทักษะทางอาชีพ พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้น

หลังจากผู้บกพร่องทางจิตได้เข้ามามีส่วนร่วมในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านสังคม สามารถร่วมกิจกรรมในสังคม แสดงออกทางสังคมได้อย่างเหมาะสม สามารถสื่อสารกับผู้อื่น สามารถเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ติดตามข่าวสารหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ และอีกทั้งยังแสดงออกทางวาจาได้เหมาะสมมากขึ้น ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า นอกจากญาติและสมาชิกในครอบครัวแล้ว เครือข่ายทางสังคม ซึ่งได้แก่ สมาชิกในชมรมฯ ชุมชนก็มีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับ พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2530, น. 85) ที่กล่าวถึงเครือข่ายทางสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเองว่า ในผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม จะมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการดูแล รักษา เยียวยาผู้ป่วย เพราะเมื่อเกิดการป่วยทางจิต ผู้ป่วยมักจะไม่ได้รับรู้ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง เนื่องจากการป่วยทางจิตทำให้ขาดสติสัมปชัญญะ ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม อารมณ์และความรู้สึกของตนเองได้ ฯลฯ เครือข่ายทางสังคมจึงเปรียบเสมือนทรัพยากร ซึ่งเป็นแรงสนับสนุน

ทางสังคม (Social Support) ของผู้ป่วย ตั้งแต่การสนับสนุนให้คำแนะนำ การดูแล เอาใจใส่ ให้กำลังใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน เป็นต้น

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปร แสดงให้เห็นว่าการเข้ามาเป็นสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้มาร่วมได้รับประโยชน์มากที่สุด โดยเฉพาะประธานและกรรมการ เนื่องจากมีโอกาสได้ร่วมประชุมกับเครือข่ายชมรมญาติอื่น ๆ ได้รับการยอมรับมีชื่อเสียง รู้จักคนมากขึ้น ส่วนผู้ป่วยได้พัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยเฉพาะด้านครอบครัวมีการพัฒนามากที่สุด และญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และยังคลายความเครียดในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย

### **เครือข่ายที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต**

การมีผู้บกพร่องทางจิตอยู่ในครอบครัว ทำให้ญาติเกิดความเครียด เนื่องจากญาติขาดความรู้ขาดทักษะในการดูแลผู้บกพร่องทางจิต มีทัศนคติไม่ดีต่อการเจ็บป่วยและไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือเท่าที่ควร และพฤติกรรมกรดูแลของครอบครัวส่งผลต่อการเจ็บป่วยซ้ำของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ทัศนคติของคนทั่วไปและคนในชุมชนยังอยู่ในทางลบต่อผู้บกพร่องทางจิต ส่งผลให้ผู้บกพร่องทางจิตไม่ได้รับการดูแล และไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เท่าเทียมกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม การมีเครือข่ายเพื่อผู้บกพร่องทางจิต จะสามารถลดปัญหาดังกล่าวได้ อีกทั้งการมีเครือข่ายในลักษณะของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้ญาติ ผู้บกพร่องทางจิตและผู้ที่เกี่ยวข้องได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ ในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหา รวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังรวมพลังกันเป็นปากเป็นเสียงแทน เพื่อให้มีนโยบายการรักษาที่เท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติ กำจัดตราบาป ส่งเสริมการเป็นเครือข่าย เป็นต้น ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บกพร่องทางจิต

การจัดตั้งชมรมฯ ทำให้สมาชิกและผู้บกพร่องทางจิต ได้มาประชุมพบปะกันเป็นประจำ (บางชมรมฯ จัดประชุมทุกเดือนหรือทุก 2 เดือน) เพื่อร่วมจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้บกพร่องทางจิตและสมาชิก รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจ เป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันเป็นการช่วยให้ผู้บกพร่องทางจิตและญาติคลายความเครียด คลายความกังวลและจัดกิจกรรมที่เพิ่มพูนความรู้ให้แก่สมาชิก เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้บกพร่องทางจิตให้แก่ญาติและตัวผู้บกพร่องทางจิตเองเพื่อลดภาระของญาติในการดูแลผู้บกพร่องทางจิตและในขณะเดียวกันผู้บกพร่องทางจิตจะได้พัฒนาตนเองให้ดีขึ้นทั้งในการดูแลตนเอง การเข้าสังคม การฝึกอาชีพซึ่งจะช่วยให้ผู้บกพร่องทางจิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์

(2530) ได้กล่าวถึงเครือข่ายทางสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเองว่า ในผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการดูแล รักษาเยียวยาผู้ป่วย เพราะเมื่อเกิดการป่วยทางจิต ผู้ป่วยมักจะไม่รับรู้ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง เครือข่ายทางสังคมจึงเปรียบเสมือนทรัพยากร ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของผู้ป่วย ตั้งแต่การสนับสนุนให้คำแนะนำ การดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บกพร่องทางจิตที่มีอาการสงบและเป็นสมาชิกในเครือข่ายชมรมญาติฯ อย่างน้อย 1 ปี จำนวนทั้งสิ้น 4 คน ความรู้สึกของสมาชิกในการเข้าร่วมเครือข่าย คือ การเปิดตัวเองออกสู่สังคมภายนอก และรู้สึกถึงความเป็นพวกเดียวกันผู้บกพร่องทางจิตและญาติผู้ดูแลจึงได้รับคำแนะนำประสบการณ์ตรงจากผู้บกพร่องทางจิตต่อผู้บกพร่องทางจิตด้วยกันเองหรือญาติที่ปฏิบัติต่อผู้บกพร่องทางจิตแล้วได้ผล ได้เพื่อนใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น รวมทั้งการได้มองตนเองในด้านบวก และเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น และการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ของญาติผู้ดูแลและผู้บกพร่องทางจิตกับสมาชิกคนอื่น ๆ การระบายความทุกข์ที่แต่ละคนประสบซึ่งไม่สามารถบอกเล่าให้กับบุคคลทั่วไปรับรู้ได้ แต่ในชมรม ฯ แล้วต่างบอกเล่าเรื่องราวของกันและกันอย่างไม่ปิดบัง ความรู้สึกกลังเล ที่จะพูดคุยปัญหาอันเป็นส่วนตัวกับความรู้สึกลึก ๆ ว่าคนอื่นซึ่งไม่เคยประสบวิกฤติการณ์ที่พอเทียบเคียงกันได้จะไม่สามารถเข้าใจเขาอย่างแท้จริงได้ ทำให้ยิ่งจำเป็นต้องเสาะหากลุ่มหรือเครือข่ายสนับสนุนอย่างแท้จริง

อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าการเข้ามาเป็นสมาชิกในชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ไม่ว่าจะ เป็นประธาน กรรมการหรือสมาชิก ต่างก็ได้รับประโยชน์ โดยเฉพาะผู้บกพร่องทางจิตมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยเฉพาะด้านครอบครัว