



การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง:

หัวใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

family - centered empowerment : key points of caring for people with

schizophrenia and their family

กรกานต์ พึ่งน้ำ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

โทรศัพท์ 08-7258-2920 E-mail : ploysyndrome1177@gmail.com

บทคัดย่อ

การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เนื่องจากสามารถจัดการกับปัจจัยภายในและภายนอกบุคคลได้อย่างครอบคลุมส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) ส่งเสริมการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบ (2) ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (3) ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา และ (4) ทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนนั้นจะมี 5 องค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ คือ การแก้ไขปัญหาาร่วมกัน (family homeostasis) การปรับโครงสร้างอำนาจ (power system) การปรับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวตามสถานการณ์ต่าง ๆ (family adjustment) การกำหนดบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว (family function) ในการเผชิญปัญหา (family coping function) ให้เหมาะสม

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง, การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

Abstract

Family-Centered Empowerment is key points of caring for people with schizophrenia and their family because can deal with the internal and external factors comprehensively. To increase the ability of self-care behavior. There are 4 stage of family-centered empowerment. Stage 1perceiving the threat; Stage 2 improve self-efficacy;Stage 3 improveself-esteem;and Stage 4evaluation.Each stage has to consider 5 operational domains : family homeostasis; power system; family adjustment ; Family function; and family coping function

Keyword: family-centered empowerment, caring for people with schizophrenia and their family.

บทนำ

โรคจิตเภทถือเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว^[18] ปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้เป็นจำนวนมาก ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ปี 2014 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทสะสมทั่วโลกสูงถึง 24 ล้านคน^[23]

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา



เช่นเดียวกับในประเทศไทย พบว่าในปี 2556 มีผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมทั้งสิ้น 409,003 ราย^[4] ซึ่งถือเป็นการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวช ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในเฉพาะในรายที่มีอาการกำเริบรุนแรงในช่วงสั้น ๆ เฉลี่ยประมาณ 28 วัน และเมื่ออาการทางจิตสงบลงแล้วจะได้รับ การจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวโดยเร็ว ซึ่งจากการสำรวจพบว่าผู้ป่วยที่รับรักษาแบบผู้ป่วยนอกสูงถึงร้อยละ 94.96^[3] ดังนั้นครอบครัวจึงถือเป็นแหล่งพลังอำนาจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม^[11] เพราะช่วยลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำ ได้ถึงร้อยละ 20^[17] ช่วยลดค่าใช้จ่ายลงได้ ร้อยละ 17 เมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล^[12] และร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการพยาบาลตามปกติตามลำดับ^[21]

สภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัญหาหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนี้

1. ปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว วิดกกังวล นอนไม่หลับ หลงผิด และหูแว่ว^[7]
2. ปัญหาการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมถึงบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเองซึ่งมักมองว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดความวิตกกังวลว่าอาการของผู้ป่วยจะกลับมากำเริบซ้ำ และอาจเป็นอันตรายต่อบุคคลในครอบครัว รวมทั้งครอบครัวยังมีการรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ถือเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยซึ่งการรับรู้ดังกล่าวจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ดีตามมา^[8] แต่อย่างไรก็ตามจากการสำรวจยังคงพบข้อมูลว่าแหล่งสนับสนุน

หลักของผู้ป่วยจิตเภทนั้นคือบุคคลในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยหนึ่งคนจะมีผู้ดูแลเพียง 3-8 คนเท่านั้น^[5]

3. ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้ประกอบอาชีพ 45.30 และไม่มีรายได้ประจำสูง ถึงร้อยละ 59.50^[6]

4. ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ ผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ สูงถึง 51%^[16] ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วย 70% กลับมาป่วยซ้ำ^[22] จากปัญหาดังกล่าวในสถานะที่เป็นพยาบาล จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพลังอำนาจในการดูแลตนเองและแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตามในการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น ผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องมีความเชื่อพื้นฐานในการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสภาพปัญหาผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

ความเชื่อพื้นฐานในการเสริมสร้างพลังอำนาจ^[9] ประกอบด้วย

1. บุคคลเป็นเจ้าของของสุขภาพ สุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะต้องรับผิดชอบแม้ว่าแพทย์พยาบาลจะมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล แต่ก็ยังไม่มีอำนาจผูกขาดต่อสุขภาพเหนือบุคคลนั้น ๆ แต่กลับต้องให้ความเคารพในสิทธิของบุคคลต่อการมีภาวะสุขภาพ
2. บุคคลควรได้รับความเคารพนับถือต่อศักยภาพของบุคคลในการที่จะพัฒนาความเจริญงอกงามและความต้องการการสนองตอบต่อเป้าหมายในชีวิตของเขาเอง (growth and Self-determination) บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องใด ๆ



ของคนแม้ว่าบางครั้งอาจต้องอาศัยข้อมูลหรือความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างก็ตาม

3. บุคลากรทางสุขภาพฝ่ายเดียว ไม่สามารถไปเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยได้แต่ผู้ป่วยจะเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองในขณะที่บุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องให้การช่วยเหลือให้เกิดการคงทนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและรู้จักใช้ทรัพยากรที่ดีและรู้จักใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมได้และเชื่อมั่นในความสามารถของตน

4. บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับความสำคัญของการให้ความร่วมมือของชุมชนต้องมีสำนึกในเรื่องของอิสรภาพและพร้อมจะรับการปฏิเสธความช่วยเหลือของบุคคล บุคคลจะตัดสินใจเลือกสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองไม่จำเป็นต้องทำตามคำแนะนำที่บุคลากรแนะนำไว้ซึ่งบุคลากรควรมีแนวทางในการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้รับบริการ

5. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้จากความเคารพนับถือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่ใช่ลักษณะการมองฝ่ายหนึ่งว่าเป็นผู้เสียเปรียบหรือมีปมด้อยในขณะที่อีกฝ่ายเป็นผู้ได้เปรียบและมีความสามารถเหนือกว่า ปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายควรเป็นแบบที่เกื้อกูลกันผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน

6. ต้องมีความเชื่อใจซึ่งกันและกันเมื่อมีความเชื่อพื้นฐานในการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วที่ถูกต้องแล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

นิยามการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

แนวคิดปัจจุบันมีการกล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ในบุคคล ว่าหมายถึงกระบวนการพัฒนาศักยภาพที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญปัญหาและสามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาปัญหาที่แท้จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และการลงมือซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ^[13] เช่นเดียวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัว (family empowerment) ที่หมายถึงกระบวนการที่ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าถึงความรู้และทักษะในการดูแลตนเองรวมถึงแหล่งประโยชน์ที่จะนำมาใช้เป็นทรัพยากรในการควบคุมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมซึ่งจะช่วยเพิ่มการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา^[20] การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัว (family-oriented empowerment) เป็นการเพิ่มขีดความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการเผชิญปัญหา ผ่านกระบวนการส่งเสริมความรู้ที่เพียงพอ พร้อมทั้งสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ใน การแก้ไขปัญหาเพื่อให้สมาชิกสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ โดยมีรูปแบบ การแก้ไขปัญหาในเชิงระบบครอบครัว โดยมีแนวคิดที่เชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวไม่ใช่ปัญหาของสมาชิกคนใดคนหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นปัญหาของทุกคนในครอบครัวที่จะต้องร่วมกันแก้ไข^[11]

การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยใน



หลากหลายกลุ่ม อาทิเช่น การช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว^[19] ผู้ที่ใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน^[14] ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตลอดจนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งปัญหาดังกล่าวถือเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติอย่างกว้างขวาง^[1] ปัจจุบันพบข้อมูลว่าภาระการดูแลต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมากที่สุดเป็นลำดับที่ 17 จาก 20 โรค^[2]

ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว^[24,10] ซึ่งมีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995)^[13] บูรณาการกับ การแก้ไขปัญหาเชิงระบบครอบครัวของ Minuchin^[15] ซึ่งสมาชิกทุกคนในครอบครัวจะเข้าร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ขั้นตอนที่ 1 สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (perceiving the threat) ประกอบด้วยกิจกรรม 2 หลัก ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความตระหนักรู้ของครอบครัวมี 4 กิจกรรมย่อย ได้แก่

1.1 การสร้างสัมพันธภาพ

1.2 การวิเคราะห์โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว

1.3 การสร้างความตระหนักรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง

1.4 การกำหนดเป้าหมายและกฎของครอบครัวเพื่อการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและพัฒนาทักษะต่าง ๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม มีกิจกรรมย่อย 2 กิจกรรม ได้แก่

2.1 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและแนวทางการรักษาประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรค อาการ และแนวการรักษา

2.2 การพัฒนาทักษะต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น การทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท การรับประทานยาที่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา การจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต และการสังเกตอาการเตือนก่อนมี อาการกำเริบซ้ำ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา (self-efficacy) ประกอบด้วยกิจกรรม 2 หลัก ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหายุทธวิธีที่ไม่เหมาะสมที่ครอบครัวเคยใช้และผลที่เกิดขึ้นได้แก่

3.1 กระตุ้นให้แต่ละครอบครัวเล่าถึงปัญหาการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมระหว่างการดูแลผู้ป่วยและวิธีการแก้ไขที่ผ่านมา

3.2 ทบทวนเกี่ยวกับโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย เป้าหมายและกฎของครอบครัวที่ร่วมกันตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม

3.3 ร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวให้ชัดเจนมากขึ้น และเขียนลงในตารางบทบาทหน้าที่ของครอบครัวเรา

กิจกรรมที่ 4 ฝึกแก้ไขปัญหายุทธวิธีสถานการณ์จำลองซึ่งเป็นปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งและมอบหมายให้นำไปใช้จริงที่บ้านตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ดังนี้



4.1 ให้แต่ละครอบครัวจับฉลากปัญหาฯ มาครอบครัวยละ 1 ปัญหาฯ ที่ยกตัวอย่าง ได้แก่ การลืมรับประทานยา การเพิ่มหรือลดยาเอง การใช้สูตรหรือสารเสพติดร่วมกับการรับประทานยารักษาอาการทางจิตตลอดจนการที่ไม่สามารถไปตรวจตามแพทย์นัดได้อย่างสม่ำเสมอ

4.2 นำเสนอวิธีการแก้ไขปัญหของครอบครัวตนเองและแลกเปลี่ยนวิธีการที่เหมาะสมเพิ่มเติมร่วมกับครอบครัวอื่น ๆ

4.3 ให้แต่ละครอบครัวเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองและนำไปใช้แก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นตามบริบทจริงของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา (self-esteem) ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหลังจากที่ได้นำวิธีการไปปรับใช้กับบริบทจริงในครอบครัว ดังนี้

5.1 ให้แต่ละครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนกระบวนการผลลัพธ์และความภาคภูมิใจ (สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้น) จากการแก้ไขปัญหพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

5.2 นำเสนอเป็นแบบอย่างในการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมจากวิถีทัศนตัวอย่าง หรือบุคคลในกลุ่มบำบัดที่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

5.3 ผู้นำกลุ่มแนะนำแหล่งประโยชน์และแนวทางการขอความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำมาดูแลผู้ป่วยได้เช่น ข้อมูลของโรงพยาบาล สถานบริการพยาบาล ผู้นำชุมชน หรือสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ (evaluation) ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 การทบทวนกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจ และสิ้นสุดสัมพันธภาพ ดังนี้

5.1 แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

5.2 ร่วมสรุปวิธีการเผชิญปัญหาที่แต่ละครอบครัวเลือกใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม

5.3 การยุติกลุ่ม

สรุป

ครอบครัวถือเป็นแหล่งพลังอำนาจที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ให้มีทรัพยากรอันได้แก่ (1) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (2) อึดทน ทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการรักษาโรคจิตเภท (3) แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม และ (4) ทักษะและประสบการณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ให้สามารถเผชิญปัญหาและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม จากเหตุผลดังที่กล่าวมา การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จึงถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ยั่งยืน ถือเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไม่ว่าจะเป็น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำในท้องถิ่น รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเองต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- [1] กรกานต์ พึ่งน้ำ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน[วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2558.
- [2] กรมสุขภาพจิต. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2550 ; 15(1) : 57-59.
- [3] กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2553. กรุงเทพฯ : บางกอกบลู๊ต ; 2553.
- [4] กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ. กรุงเทพฯ : บางกอกบลู๊ต ; 2556.
- [5] ขวัญสุดา บุญทศอมรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และ สุวรรณ อรุณ พงศ์ไพศาล . การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556 ; 58 (1) : 89-100.
- [6] จันทร์ฉาย เนตสุวรรณ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท [การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2545.
- [7] เวนิช บุราชรินทร์และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2554 ; 25 (3) : 24-37.
- [8] สกาวเดือน กลิ่นน้อย. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2559.
- [9] สุระเชษฐ เกตุสวัสดิ์. การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พื้นที่อำเภอบางไทรจังหวัดพระนครศรีอยุธยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2552.
- [10] อุมพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ชันดีการพิมพ์ ; 2554.
- [11] Azimi, V., Alhani, F., Ahmadi, F. and Kazemnejad, A. Effect of family-oriented empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. Iranian Journal of Critical Care Nursing Winter 2010 ; 2(4): 127-132.
- [12] Cardin, V. A., McGill, C. W., and Falloon An economic analysis: costs, benefits, and effectiveness. In : Falloon IRH, editor. Family Management of Schizophrenia. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press ; 1985 ; 5-123.



- [13] Gibson, C. H. The process of Empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advances Nursing* 1995 ; 32(8) : 1201-1210.
- [14] Ghasemi, A. et al. Effects of Family-Centered Empowerment Model Based Education Program on Quality of Life in Methamphetamine Users and Their Families. *Iran Red Crescent MedJ* 2014 ; 16(3) : e13375. DOI :10.5812/ircmj.13375
- [15] Minuchin, S. *Families and family therapy*. Cambridge, MA : Harvard University Press; 1974.
- [16] Olivares, M.J., et al. Psychiatrists' awareness of partial and nonadherence to antipsychotic medication in schizophrenia : results from an Asia-Pacific survey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2013 ; 9 : 1163–1170.
- [17] Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W. and Engel, R.R. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia : a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001 ; 21 : 73–92.
- [18] Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., Udomratn, P. Schizophrenia in Thailand : prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics* 2010 ; 8(24) : 1-8.
- [19] Rakhshan, M., Kordshooli, R. and Ghadakpoor S. Effects of Family-Center Empowerment Model on the Lifestyle of Heart Failure Patients : A Randomized Controlled Clinical Trial *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2015 Oct; 3(4) : 255-262.
- [20] Singh, N. N. In Search of Unity: Some Thoughts on Family-Professional Relationships in Service Delivery Systems. *Journal of Child and Family Studies* 1995) ; 4(1) : 3-18.
- [21] Tarrier, N., Lowson, K. and Barrowclough, C. Some aspects of family interventions in schizophrenia: II. financial considerations. *Br J Psychiatry* 1991 ; 159 : 481–484.
- [22] Thomas, P. Relapse: cause and consequences. *Encephale* 2013 ; 39 : 79-82.
- [23] World Health Organization. Schizophrenia. [online]. (2014). [cited 2014, June 25] Available from : <http://www.who.int/mental-health/-management/schizophrenia/en/>.
- [24] Zarea, K., Bahman Dashtbozorgi, Rezaie, R., Ghanizadeh, A. and Latifi, M. Effect of family-centered empowerment model on the attitude to medications and drug compliance in patients with schizophrenia : A randomized controlled trial. *Jundishapur. Journal of Chronic Disease Care* 2014 ; 3(1) : 61-67.