

ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อการดูแล
และการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*

**Effects of Family Group Psychoeducation on Burden and High Expressed Emotion
in Caregivers of Schizophrenic Patients in Community**

ชนิษฐา สุขทอง (Kanitha Sukthong, M.N.S., RN)**

เพ็ญพัทธ์ อุทิส (Penpaktr Uthis, Ph.D., RN)***

รัชณีกร เกติโชค (Ratchaneekorn Kertchok, Ph.D., APN)****

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to study the effect of family group psychoeducation on Burden and High Expressed Emotion in Caregivers of Schizophrenic Patients in Community. The study sample were caregivers of schizophrenic patients in community who met the inclusion criteria was purposively recruited. They were matched-pair according to care giving period and incomes and then randomly assigned to experimental group and control group equally as 16 per group. The control group received regular caring activities, whereas the experimental group received family group psychoeducation, Intervention Program that developed by the researcher, This program was composed of providing education and improving skills related to interpersonal relationships, caring for schizophrenic patients, appropriate expressed emotions, effective coping and communication, and seeking social support. Research instrument were; 1) Family Group Psychoeducation 2) The Caregiver Burden Scale (Rakkarn, 2006) 3) The Level of Expressed Emotion Scale (Cold & Kazarian, 1988) 4) The Knowledge of Caregivers test (Rakkarn, 2006) and 4) The Problem Focus Coping Scale (Pongjuntonstien, 2006). Descriptive statistics and t-test were used in data analysis. The result of this study revealed that the burden in caring and high expressed emotion in experimental group were significantly lower than that before at the .05 level and after the experiment, the burden in caring and high expressed emotion were significantly lower than those who received

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลบางระจัน อ.บางระจัน จ.สิงห์บุรี 16130

*** Corresponding author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Email: penpaktr_uthis@hotmail.com

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

regular caring activities at the .05 level.

Keyword: Family group Psychoeducation, Caregiving Burden, High Expressed Emotion

บทคัดย่อ

การวิจัยถึงทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติและจับคู่โดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและความเพียงพอของรายได้ แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นการให้ความรู้และพัฒนาทักษะในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การแสดงออกอารมณ์ที่เหมาะสม การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารและแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม 2) แบบวัดภาระการดูแล (จิราพร รักการ, 2549) 3) แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ (Cold & Kazarian, 1988) 4) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (จิราพร รักการ, 2549) และ 5) แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (ชนมาพร พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติทดสอบที่ ผลการวิจัยพบว่าภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรม

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายหลังการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มมีการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ภาระการดูแล การแสดงออกทางอารมณ์สูง

ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ยังคงมีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเอง และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (ปีพมา ศิริเวช, 2552) ประกอบกับการที่อาการของผู้ป่วยอาจกำเริบหรือป่วยซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 50-90 (Suzuki et al., 2003) จึงเป็นเหตุให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงงานในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความกดดัน และรับรู้ถึงความ เป็นภาระ (burden) จากการดูแล ทั้งภาระเชิงปรนัย (Objective burden) อันหมายถึง การรับรู้ขนาดความยุ่งยากจากการทำหน้าที่ความรับผิดชอบ เรื่องกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) อันหมายถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์การดูแล (Ganguly, Chadda & Singh, 2010) อีกทั้งยังพบว่า หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความคาดหวังสูงว่า ผู้ป่วยจิตเภทน่าจะควบคุมอาการผิดปกติต่างๆ ได้ด้วยตนเอง แต่เมื่อผู้ดูแลพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามความ

คาดหวังจะเป็นเหตุให้ผู้ดูแลรู้สึกผิดหวังและโกรธ จึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภท ทั้งภาษาพูด หรือภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์ หรือทัศนคติที่ตนมีต่อผู้ป่วยในลักษณะที่มากกว่าปกติ หรือที่เรียกว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High Expressed Emotion: HEE) โดยอาจแสดงใน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การเข้าไปปรบกวนความเป็น ส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก (High level of intrusiveness) 2) การตอบสนองทางอารมณ์ ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A highly emotional response to patient's illness) 3) การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย จิตเภท (A negative attitude toward the patient's illness) และ 4) การมีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท (A low level of tolerance and high expectations of client) ซึ่งถือเป็นสิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่ส่งผลกระทบทั้ง ตัวผู้ดูแลและทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติด้านลบ ต่อผู้ดูแล มีความเครียดสูง จนเกิดการป่วยซ้ำ และ กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามมาได้ (Butzlaff & Hooley, 1998; Marom, Munitz, Jones, Weizman, & Hermesh, 2005)

ดังนั้น การพยายามเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทลด การป่วยซ้ำจึงควรมีรูปแบบให้ผู้ดูแลในครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล มีแนวทางการดูแลตนเองเพื่อลดภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูง ทั้งนี้ทัศนคติ บัญของ (2543) ได้กล่าวว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทถือเป็น สิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้ป่วย จึงต้องส่งเสริม ให้บุคคลและครอบครัวรับผิดชอบในการดูแล สุขภาพของตนเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ในต่างประเทศพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา

ครอบครัว (Family Psychoeducation) ตามแนวคิด ของ Anderson, Hogarty, & Reiss (1986) ช่วยลด การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (Kausar & Nasr, 2009; Jewell, 2009) และยัง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ลดลง (Moxon & Ronan, 2008; Karamlou, Mazaheri, & Mottaghypour, 2010) นอกจากนี้ยัง พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ด้วยการนำแนวคิดพัฒนาการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาส แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกัน ทำให้ผู้ดูแลได้รับการประทับประคองด้าน จิตใจและอารมณ์ จึงส่งผลต่อการลดภาระการ ดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้ดีกว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายครอบครัว (Jewell, 2009) ซึ่งประเทศไทยมีการนำผู้ป่วย จิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวเข้ามาร่วมกิจกรรม ตามโปรแกรมในรูปแบบต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ดูแล ลดภาระจากการดูแล แต่ก็ยังไม่พบว่ามีรูปแบบการ ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ครอบครัวทั้งการ ลดภาระการดูแลและลดการแสดงออกทางอารมณ์ สูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลและการ แสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลและ

การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

2. การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

3. การะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4. การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิด

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson, et al. (1980, 1986) เป็นการให้ความรู้แบบประทับประคองที่เน้นให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (partnership) ซึ่งมีประสิทธิภาพในการลดภาระการดูแล (Kausar & Nasr, 2009) และลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (Moxon & Ronan, 2008; Karamlou,

Mazahaeri, & Mottaghipour, 2010) นอกจากนี้ยังพบว่าทำให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มช่วยได้รับการประทับประคองด้านจิตใจและอารมณ์มากขึ้น (Jewell, 2009) โดยนำกระบวนการกลุ่ม 3 ระยะ ตามแนวคิดของ Marram (1978) มาใช้ได้แก่ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม จะช่วยเพิ่มประสิทธิผลในการลดภาระการดูแลได้ (จันรรจ์ พงศ์ไพรินทร์ และ จิตวิวัฒน์ ธรรมไพโรจน์, 2552) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า จิราพร รักการ (2549) ได้พัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายครอบครัวประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา 3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท 4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และ 5) การพัฒนาทักษะทางสังคม ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์เป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ
เป็นการสร้างความคุ้นเคย แจ่มชัดอุปประสงค์และข้อตกลง ทำความเข้าใจลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัวตน

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยาและผลข้างเคียงของยา อาการเตือน อาการที่เป็นปัญหา และฝึกทักษะการดูแล

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม เป็นการให้ความรู้เรื่อง การแสดงออกทางอารมณ์ และฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ประเมินและวิเคราะห์ ความเครียดด้วยตนเอง สาเหตุ และฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นการวิเคราะห์การสื่อสารทางทางลบ เรียนรู้การสื่อสารทางบวก และแหล่งให้การช่วยเหลือในชุมชน

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา ประมวลความรู้และทักษะที่ได้รับ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเปลี่ยนแปลง เพื่อการพัฒนาตนเองที่เกิดขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experiment Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Design)

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภท **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายใต้ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 32 คน ซึ่งมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง และนำสมาชิกครอบครัว 1 คน และผู้ป่วยจิตเภท 1 คน เข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกับผู้ดูแล จับคู่ (Matched - pair) ผู้ดูแลเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยใช้เกณฑ์ ระยะเวลาในการ

ดูแล (Bull, 1990) และความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว (กรดี ไชยสิน, 2545) ทั้งนี้เนื่องจากเกณฑ์ดังกล่าวส่งผลทั้งต่อการรับรู้การดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลสิงห์บุรีแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือการปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษา และการรับบริการต่างๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับ การเข้าร่วมวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม เข้าร่วมวิจัย การเก็บข้อมูลจะใช้รหัสแทนชื่อและสกุล นำไปวิเคราะห์โดยภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ภายหลังปรับแก้ไขได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3 ครอบครัว จากนั้นนำมาปรับให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำแบบวัดการในการดูแลของจิราพร รักการ (2549) มาใช้ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) โดย

มีการประเมินภาระการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยรวม 24 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งพบว่ามีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .88 ผู้วิจัยได้คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่า มีความเที่ยงเท่ากับ .82

2.2 แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ เป็นเครื่องมือวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท โดย Cold & Kazarian (1988) พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Left & Vaughn (1981) ซึ่งภายหลังได้รับอนุญาตให้ใช้และแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทยจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยจึงพัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Forth Translation ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” รวม 60 ข้อ ผู้ที่มีคะแนน 8 คะแนน จะแปลผลว่ามีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ เท่ากับ .92 ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อนำไปทดลองใช้ และผู้วิจัยได้คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่จิราพร รักการ (2549) ได้พัฒนาขึ้น โดยศึกษาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของสุภาพร ทองดารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วย ข้อคำถามรวม 30 ข้อ ซึ่งมีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .93 ผู้วิจัยได้คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82

3.2 แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นเครื่องมือที่ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) คัดแปลงจากดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Jalowice (1983) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 12 ข้อ ซึ่งมีดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .80 ผู้วิจัยได้คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่ามีความเที่ยง เท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบวัดเกี่ยวกับการภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ และตอบแบบวัดดังกล่าวอีกครั้งเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิจัยคือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจากการตรวจสอบเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงโค้งปกติ จึงใช้สถิติทดสอบที (Dependence t-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูง โดยกำหนดความมีระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะที่คล้ายกันคือ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.25 และ 68.25 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 และ 62.50 ตามลำดับ มีสถานสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68.75 และ 62.50 ตามลำดับ และมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 68.75 และ มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปีเท่ากัน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะมารดา คิดเป็นร้อยละ 31.25 และ 37.50 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพต่างกันคือ ผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 31.25 และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 31.25

2. คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ($\bar{X} = 2.56, 2.54$ และ 2.58 ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ($\bar{X} = 3.32, 3.35$ และ 3.29 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ($\bar{X} = 13.69$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ($\bar{X} = 30.13$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ภาระโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	3.32	0.31	15	8.60	.00
หลังการทดลอง	2.56	0.20			
ภาระเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	3.35	0.45	15	6.29	.00
หลังการทดลอง	2.54	0.35			
ภาระเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	3.29	.47	15	6.62	.00
หลังการทดลอง	2.58	.19			
การแสดงออกทางอารมณ์สูง					
ก่อนการทดลอง	30.13	5.43	15	14.15	.00
หลังการทดลอง	13.69	4.45			

3. คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลัง การทดลอง พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยภาระ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนน เฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระ โดยรวม ภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัย หลัง การทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 2.56, 2.54, 2.58

ตามลำดับ) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 3.39, 3.43, 3.35 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับคะแนนการแสดงออก ทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการ ทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์สูง ของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนเฉลี่ยการ แสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 13.69) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 29.38) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์สูง ของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	$\bar{X}$	S.D.	df	t	P-value	$\bar{X}$	S.D.	df	t	P-value
ภาระโดยรวม										
กลุ่มทดลอง	3.32	0.31	30	.63	.95	2.56	0.20	30	-9.50	.00
กลุ่มควบคุม	3.32	0.25				3.39	0.28			
ภาระเชิงอัตนัย										
กลุ่มทดลอง	3.36	0.45	30	.13	.90	2.54	0.35	30	-6.39	.00
กลุ่มควบคุม	3.38	0.47				3.43	0.43			
ภาระเชิงปรนัย										
กลุ่มทดลอง	3.29	0.47	30	.19	.84	2.58	0.19	30	-6.89	.00
กลุ่มควบคุม	3.26	0.44				3.35	0.41			
การแสดงออกทางอารมณ์สูง										
กลุ่มทดลอง	30.13	5.54	30	1.36	.184	13.69	4.45	30	7.75	.00
กลุ่มควบคุม	27.19	6.70				29.38	6.76			

อภิปรายผล

1. ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าหลังการทดลอง ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลทั้งภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัยลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท รู้วิธีการดูแลผู้ป่วย มีแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา มีแนวทางในการจัดการกับความเครียดของตน มีทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนการทราบเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม จึงช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความ

มั่นใจในการดูแลตนเองและผู้อื่นสอดคล้องกับ Kausar & Nasr (2009) ซึ่งศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลลดลง

2. ผลการวิจัยนี้พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม หลังการทดลองมีระดับต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม โดยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแล จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเข้าใจความเจ็บป่วย มีความคาดหวังในการช่วยเหลือผู้ป่วยบนพื้นฐานความเป็นจริง ผู้ดูแลได้เรียนรู้ข้อจำกัดของการแสดงออกทางอารมณ์ ได้รับการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ Maxon et al. (2008) ได้ทำการศึกษาผลการให้ข้อมูลเกี่ยวโรคจิตเภทและการแสดงออกทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยจิตเภทและญาติในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการให้ความรู้คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของทั้งผู้ป่วยและญาติลดลง

3. ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 แสดงให้เห็นว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มเป็นโปรแกรม

ที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาระการดูแล

4. ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 แสดงให้เห็นว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง

จากการอภิปรายผลในข้อ 3 และ 4 เห็นได้ชัดเจนว่าการที่ผู้วิจัยได้ควบคุมกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทำวิจัยครั้งนี้โดยการจับคู่ (Matched-pair) ตามเกณฑ์ระยะเวลาการดูแลและความเพียงพอของรายได้ แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยที่พบจึงเป็นผลที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มอย่างแท้จริง

ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มจะมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลและแสดงออกทางอารมณ์สูงลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกันอาจประสบกับปัญหาสมาชิกแต่ละคนมีเวลาว่างไม่พร้อมกัน ควรหาแนวทางป้องกันปัญหาดังกล่าว เช่น การให้ข้อมูลและสร้างในโปรแกรมแรงจูงใจ การ

แจ้งเตือนสมาชิกล่วงหน้า

2. สมุดการบ้านที่พัฒนาประกอบโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ช่วยให้ผู้สมาชิกได้กลับไปทบทวนบทเรียนที่บ้านได้ และ ยังช่วยให้ผู้วิจัยสามารถประเมินได้ว่าสมาชิกมีความเข้าใจกิจกรรมที่ดำเนินไปแล้วหรือไม่

3. ในการประเมินผลการวิจัยครั้งนี้ ประเมิน การดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูง ท้นทีเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 6 โดยให้ผู้ป่วย จิตเภทประเมินการแสดงออกทางอารมณ์-ของ ผู้ดูแลว่ามีมากน้อยเพียงใด และผู้ดูแลประเมิน เกี่ยวกับภาระการดูแล ซึ่งในการประเมินผู้ป่วย จิตเภทและผู้ดูแลนั่งอยู่ในกลุ่มด้วยกัน ดังนั้นเพื่อ ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อผลการ วิจัยที่จะนำไปพัฒนาต่อไปควรให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีอิสระในการตัดสินใจตอบแบบสอบถาม จึงควร จัดสถานที่ประเมินให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลนั่ง แยกส่วนกัน

4. ควรมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง เพิ่มเติมใน เรื่องต่อไปนี้ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ และการศึกษาของผู้ดูแล

5. ควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาวใน ชุมชนเป็นระยะๆ เพื่อประเมินภาระการดูแลและ การแสดงออกทางอารมณ์สูง ในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง

รายการอ้างอิง

จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันรรจ์ พงศ์ไพรินทร์ และ จิตวิมล ธรรมไพโรจน์. (2552). วิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่ม สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารโรงพยาบาล ศิริธัญญา, 10 (กันยายน 2552), 13-18.

ชนมาภรณ์ พงษ์จันทร์เสถียร. (2549). ปัจจัย ทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้าน สุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนบุญทอง. (2543). ปฏิรูประบบบริการพยาบาล ที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่ พึ่งประสงค์ในอนาคต. กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล.

นพรัตน์ไชยธานี. (2545). ผลการใช้โปรแกรมการ ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่อภาระและความ สามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ปัทมา ศิริเวช. (2552). การฟื้นฟูสมรรถภาพทาง จิตสังคม ใน พิเศษฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ

- วาลิกนันทน์. ตำราโรคจิตเภท. หน้า 305-316.
สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กรดี ไชยสิน. (2545). การแสดงออกทางอารมณ์
ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท: การศึกษาใน
โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคอีสาน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการ
พยาบาลจิตเวชและจิตเวช คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุภาภรณ์ ทองคารา. (2545). ผลของการให้สุขภาพ
จิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความ
สามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของ
ผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
จิตเวชและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Anderson, C. M. Hogarty, G. E., & Reiss, D. J.
(1980). Family treatment of adult schizo-
phrenic patients: A Pre Schizophrenia and
the family: A *Psychoeducation approach*.
Schizophrenia Bulletin, 6 (3), 490-505.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J.
(1986). *Schizophrenia and the family: A
practitioner, s guide to psychoeducation and
management*. New York: Norton.
- Bull, N. J. (1990). Factors influencing family care
giving burden and health. *Western Journal of
Nursing Research*, 12 (6), 758-776.
- Butzlaff, R.L., & Hooley, J.M. (1998). Expressed
emotion and psychiatric relapse: A meta-
analysis. *Archives of General Psychiatry*,
55, 547-552.
- Cole, J.D., & Kazarian, S.S. (1988). The Level
of Expressed Emotion Scale: a new measure
of expressed emotion. *Journal Psychology*,
44 (3), 392-397.
- Ganguly, K. K., Singh R. K., & Singh T. B.,
(2010). Caregiving Burden and Coping
in Schizophrenia and Bipolar Disorder: A
Qualitative Study. *American Journal of
Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 126-142.
- Jewell. (2009). Partnering With Families: Multiple
Family Group Psychoeducation for Schizo-
phrenia. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. (2010, December).
- Karamlou, S., Mazahaeri, A., & Mottaghipour, Y.
(2010). *Expressed Emotion and psychoedu-
cational intervention for relative of patient
with severe mental disorder in Iran*. Available
from: <http://www.Sciencedirect.com> (2010,
December 10).
- Kausar, R., & Nasr, T. (2009). Psychoeducation
and the family burden in schizophrenia: a
randomized controlled trial. *Annals of General
Psychiatry*, 8, 1-17.
- Lefley, H. P. (1987). Aging parents as caregivers
of mentally ill adult children: An emerging
social problem. *Hospital & Community
Psychiatry*, 38(10), 1063-1070.
- Left, P. J., & Vaughn, C.E. (1981). Patterns of
emotional response in relatives of schizo-
phrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin*,
7(1), 43-44.

- Marram, G. D. (1978). *The group Approach in Nursing Practice*. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.
- Marom, S., Munitz.H., Jones, P. B., Weizman, A., & Hermesh, H. (2005). Expressed Emotion: Relevance to Rehospitalization in Schizophrenia Over 7 Years. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 751-758.
- Moxon, A. M., & Ronan, K. R. (2008). Providing information to relatives and patients about expressed emotion and schizophrenia in a community-support setting: A randomized, controlled trial. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 2 (1), 47-58.
- Montgomery, R. J. V., Stull, D. E., & Bogatta, E. F. (1985). Measurement and analysis of burden. *Research on Aging*, 7(3), 137-152.
- Suzuki, Y. et al. (2003). Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients. *Psychiatry Clinical Neurosis*, 57, 555-561.