

ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท* PREDICTING FACTORS OF EXPRESSED EMOTION IN FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

ทัตชญา สมประดิษฐ์, พย.บ. (Touch-chaya Sompradit, B.N.S.)**

รัชนีกร เกิดโชค, พย.ด. (Ratchaneekorn Kertchok, Ph.D. APN.)***

Abstract

Objectives: 1) To study expressed emotion in family caregivers of schizophrenic patients and 2) To determine the predictors of expressed emotion of family caregivers of schizophrenic patients.

Methods: This study was a descriptive research. Subjects were 180 family caregivers of schizophrenic patients receiving mental health treatments in outpatient unit of hospital under mental health department. Research instruments consisted of 10 parts (severity of illness of patient, social functioning scale of patient, Beck depression inventory, objective burden scale, subjective burden scale, problem focused coping strategies, patient care ability, sense of suffering, negative expressed emotion, and positive expressed emotion in family caregivers. Data were analyzed using mean, SD, and stepwise multiple regression.

Results: 1) Negative and positive expressed emotion aspects of family caregivers of schizophrenic patient were at the appropriate level. 2) Perceived subjective burden, problem

focus coping strategies, sense of suffering, and caregiver's depression could jointly explain 36.2% of variance in negative expressed emotion ($p < .05$). Patient care ability and perceived severity of illness could jointly explain 29.1% of variance in positive expressed emotion ($p < .05$).

Keywords: Family caregivers, Schizophrenic patient, Expressed emotion

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 2) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบวัดความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแลเชิงปรนัย ภาระการดูแล

*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่องสาร

***Corresponding author, อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Email: rkertchok@yahoo.com

เชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ผลการศึกษา: 1) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับเหมาะสม 2) ภาระการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ร้อยละ 36.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 3) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกได้ร้อยละ 29.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท การแสดงออกทางอารมณ์

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวชมีการปรับบทบาททีมสุขภาพในการบริการจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุกเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชจะถูกจำหน่ายสู่ชุมชน และพบว่าผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวถึงร้อยละ 85 (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2545; Addington, McCleery, & Addington, 2005) ครอบครัวต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง

การรับประทานยา การเฝ้าสังเกตอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย และ การดูแลผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวัน (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2545) ผู้ดูแลต้องให้ความใส่ใจดูแลเกือบทั้งหมดไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ ทุกข์ เศร้า โศก และวิตกกังวล (Kuipers & Raune, 2000) ทางด้านร่างกายเช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดหลังเป็นต้น (จำลอง คิชยวณิช และพริ้มเพรา คิชยวณิช, 2545) ด้านสังคมได้แก่ผู้ดูแลลดการเข้าสังคมแยกตัว และรู้สึกว่าเป็นตราบาปด้านเศรษฐกิจ พบว่าส่งผลให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก (กรมสุขภาพจิต, 2553)

การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง การแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ภาษาพูด ภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทการแสดงออก ทางอารมณ์ ตามแนวคิดของ บราวน์ และคณะ (Brown, Birley, & Wing, 1972) มีลักษณะ 2 ด้าน คือ ผู้ดูแลบางกลุ่มมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกได้แก่ ชื่นชมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำแสดงความเป็นมิตรกับผู้ป่วย รู้สึกเสียใจกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ระมัดระวังคำพูดและความรู้สึกของผู้ป่วย และผู้ดูแลบางกลุ่มมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้แก่ วิวาทษ์วิจารณ์ เมื่อรู้สึกทุกข์ใจกับพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย มีท่าทางไม่เป็นมิตรกับผู้ป่วยและมีการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549; Kuipers & Raune, 2000) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ส่งผลทำให้มีการพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย ลดปัจจัยความเครียดและลดการกลับเป็นซ้ำ (เพชร คันธสายบัว, 2544; Kuipers

& Raune, 2000) หากผู้ป่วยเครียดจากการที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีการแสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตร วิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิตัดเยียนและการก้าวก่าย การกระทำจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับมาก (Sunpaveerawong, 2002) ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ (Wahl & Harman, 1989)

จากการทบทวนวรรณกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ในต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมีสัมพันธ์ต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก (Karanichi & Inandilar, 2002) และการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ ประกอบด้วย ความรุนแรงของโรคและทักษะในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลเป็นเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Moore, Bill, & Kuiper, 1992) ภาระการดูแล ระยะเวลาในการเผชิญหน้าระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล (Scazufoa & Kuiper, 1996) การไม่มีอาชีพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 3 ครั้ง พฤติกรรมที่นำรำคาญของผู้ป่วยความร่วมมือในการรับประทานยา ความทุกข์ทรมาน (Shimodera et al., 2000) ความรุนแรงของอาการทางจิต (King, Ricard, Rochon, Steiger, & Nelis, 2003) ส่วนการศึกษาถึงทดลองที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาการลดการแสดงออกทางอารมณ์ โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Cozolino, Goldstein, Neuchterlein, West, & Snyder, 1988) และมีการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลและความทุกข์ทรมานสูงจากการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลได้แต่พบการศึกษาของกอนซาเลซและคณะ (Gonzalez-Blanch et al., 2010) ที่พบว่า ผลของการให้สุขภาพจิต

ศึกษารอบครัว ไม่สามารถเปลี่ยนการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกัน จึงเป็นที่น่าสนใจว่า ปัจจัยที่จะมา มีผลหรือสามารถทำนายนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลนั้นคือปัจจัยตัวใดบ้าง

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย เรื่องการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา มีการแสดงออกทางอารมณ์ของอยู่ในระดับปานกลาง (ดวงตาอุทุมพฤษพร, 2533) ส่วนภาคอีสาน พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (ภรดี ไชยสิน, 2545) ส่วนภาคใต้ มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกและด้านลบเหมาะสม (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) ยังไม่พบการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ที่เป็นทุกภาคในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลชุมชน จึงมีความสนใจศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำไปพัฒนาแผนการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ร่วมกันทำนายนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยและปัจจัยด้านผู้ดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแลเชิงปรณัย ภาระการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านผู้ป่วยได้แก่การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแลเชิงประนัย ภาระการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD -10) ซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศที่ให้บริการจิตเวชผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วย นอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยเก็บข้อมูลวันที่ 1 เมษายน – 15 มิถุนายน พ.ศ. 2556 จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยวิธี Power analysis โดยได้นำการศึกษาของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ร่วมในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง คือ ค่าความสัมพันธ์ (r) .30 กำหนดค่าอำนาจทดสอบที่ .8 ที่ระดับนัยสำคัญ

$\alpha = .01$ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคือ 147 คน ได้ปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างจึงเป็น 180 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หรือบุคคลอื่นในครอบครัวเพียงคนเดียวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) เป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ
3. สมารถใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว เกี่ยวกับ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย อาชีพ และรายได้ของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยในความดูแลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและการทำงานหรืออาชีพของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรุนแรงของอาการทางจิต ใช้แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ตามแนวคิดของโอเวอร์อลล์และกอร์แฮม (Overall

& Gorham, 1962) ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ใช้แบบวัด (Social Functioning Scale: SFS) ของบริควูดและคณะ (Birchwood et al., 1990) โดยแบบทดสอบ SFS จะวัดพฤติกรรมการทำงานที่ทางสังคมในด้านต่างๆ ทั้งหมด 7 ด้าน ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .85

ส่วนที่ 5 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นของปาณิสราเกษมสุข (2551) ตามแนวคิดของเบ็ค (Beck Depression Inventory) ซึ่งแปลและทดลองใช้โดยมุกดา ศรียงค์ ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87

ส่วนที่ 6 ภาระการดูแล ใช้แบบวัดของนพรัตน์ไชยธานี (2545) ตามแนวคิดของมอนโตโกเมอร์รีและคณะ (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาระ 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงปรนัย ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93 และภาระเชิงอัตนัย ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93

ส่วนที่ 7 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ตามกรอบแนวคิดของจาโลวิช (Jalovich, 1983) ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86

ส่วนที่ 8 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) สร้างขึ้นตามแนวคิดของเดนิสและฟายเดย์ (Denyes & Filday, 1986) ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .91

ส่วนที่ 9 แบบวัดความทุกข์ทรมาน ใช้แบบวัดของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82

ส่วนที่ 10 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ ใช้แบบวัดของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) พัฒนามาจาก สรรพวิรวงศ์ (Sunpaveerawong, 2002) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของบราวน์และคณะ (Brown et al., 1972) ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวแล้วนำเข้าสู่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจะต้องลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยใช้เวลาในการตอบแบบประเมิน ประมาณ 45-50 นาที ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จำนวน 180 ฉบับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของทั้ง 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ

เจ้าพระยาโรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติบรรยายสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
จากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ทั้งสิ้น 180 คน เป็นผู้ดูแลเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 69.40 และ ร้อยละ 30.60 ตามลำดับ มีอายุ 20-59 ปี อายุเฉลี่ย 46.7 ปี ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 37.80 เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.90 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.30 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยจำนวนมากที่สุดคือ 13-60 เดือน ร้อยละ 33.90 ระยะเวลาดูแลเฉลี่ย 86.95 เดือน

2. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 64.90 (SD = 26.14) การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 88.18 (SD = 28.9) คะแนนอยู่ในระดับการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดี ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.57 (SD = 6.54) พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับปกติ ภาวะการดูแลเชิงปรัญค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.10 (SD = 7.85) พบว่าคะแนนอยู่ในระดับน้อย ภาวะเชิงอัตนัยค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.66 (S.D = 10.41) พบว่าคะแนนอยู่ในระดับน้อยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.20 (SD=7.27) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนโดยเฉลี่ย 49.84 (SD=21.80) ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.31 (SD = 10.69) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับเหมาะสมอยู่ในช่วง 1.00-3.20 คะแนนโดยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เฉลี่ย 1.90 คะแนน อยู่ในระดับเหมาะสม ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกอยู่ในช่วง 1.00-4.00 คะแนน โดยมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกเฉลี่ย 1.69 คะแนนอยู่ในระดับเหมาะสม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรแต่ละตัว (n = 180)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	พิสัย	$\bar{X}$	SD
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	180	21.00-125.00	64.90	26.14
การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยของผู้ป่วย	153	9.00-143.00	88.18	28.9
ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	63	0.00-29.00	7.57	6.54
ภาระการดูแลเชิงประนัย	60	13.00-47.00	28.10	7.85
ภาระการดูแลเชิงอัตนัย	60	12.00-52.00	23.66	10.41
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	48	12.00-48.00	37.20	7.27
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	90	12.00-90.00	49.84	21.80
ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล	80	16.00-66.00	29.31	10.69
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ	4	1.00-3.20	1.90	0.83
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก	4	1.00-4.00	1.69	0.72

3. ผลการวิเคราะห์ทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

3.1 ผลการวิเคราะห์ทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลด้านลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่

ภาระการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความทุกข์ทรมาน และภาวะซึมเศร้า โดยที่ตัวแปรเหล่านี้สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ร้อยละ 36.2 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (n = 180)

ตัวทำนาย	b	SE _b	Beta	t	p-value
ภาระการดูแลเชิงอัตนัย	.374	.084	.322	4.441	.000
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	-.361	.086	-.257	-4.184	.000
ความทุกข์ทรมาน	.163	.069	.171	2.372	.000
ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	.223	.113	.143	1.979	.000
R = .602 R ² = .362 F = 24.877 Constant = 33.858					

*p < .05

3.2 ผลการวิเคราะห์ทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลด้านบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการรับรู้

ความรุนแรงของอาการทางจิต โดยที่ตัวแปรเหล่านี้สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกได้ร้อยละ 21.9 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (n = 180)

ตัวทำนาย	b	SE _b	Beta	t	p-value
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	-.266	.040	-.446	-6.715	.000
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	.033	.055	.148	2.231	.000

R = .468 R² = .219 F = 24.885 Constant = 37.129

*p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

1.1 การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับเหมาะสม จากผลการวิจัยในการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับเหมาะสม และจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นบิดามารดา ร้อยละ 37.80 สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวลักษณ์ (2546) ที่พบว่าบุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ และภรรยาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่าบุคคลอื่นๆ อาจเป็นเพราะมีความผูกพันใกล้ชิดมากกว่า และสะท้อน

ให้เห็นถึงวัฒนธรรมไทยที่ครอบครัวยังคงดูแลบุคคลที่อ่อนแอเจ็บป่วยไม่ทอดทิ้งหรือละทิ้งแม้จะต้องเผชิญความเครียดในการดูแลบุคคลกลุ่มนี้

1.2 การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกในระดับเหมาะสม จากผลการวิจัยในการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกเหมาะสม และพบว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่รับบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีนโยบายพัฒนาระบบบริการให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับบริการที่เหมาะสม ซึ่งได้รับการส่งเสริมให้ความรู้ และผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการใช้ทักษะ และปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ยอมรับอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นมากขึ้น

(Moore et al., 1992)

2. ความสามารถของตัวแปรแต่ละตัว ในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ตัวแปรที่สามารถทำนายการ แสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

ภาระการดูแลเชิงอัตนัย ผลการวิจัยพบว่าภาระการดูแลเชิงอัตนัย สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งจากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลพบว่าหากผู้ดูแลเกิดความยุ่งยาก ขาดอิสระในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความกดดัน เกิดความรู้สึกเป็นภาระการดูแล อันนำไปสู่การดูแลไม่มีประสิทธิภาพ (Montgomery et al., 1985) หากไม่ได้รับกำลังใจ ก็จะทำให้ผู้ดูแลเกิดการแสดงอารมณ์หงุดหงิด โกรธ เศร้า และเครียด (รัชนิกร อุปเสน, 2541)

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ผลการวิจัยพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาถึงปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่าหากบุคลิกของผู้ดูแล ที่มีนิสัยชอบตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ ไม่ใช้วิธีแก้ปัญหา ขาดความรู้ความเข้าใจในโรคจิตเภท และขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลมีความคาดหวังต่อผู้ป่วยมาก จากการศึกษาของเกรนชี และอินเดียลา (Karanchi & Indialar, 2002) พบว่าผู้ดูแลขาดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Brown et al., 1972)

ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่าความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลสามารถทำนาย

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ โดยที่ความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ ถูกบีบบังคับ ความคับข้องใจ ความไม่สุขสบายทางจิตใจต่างๆ ทางร่างกายที่มีผลจากความไม่สุขสบายทางจิตใจ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย (Shimodera et al., 2000) จากการศึกษาของชิมโมเดอร่าและคณะ (Shimodera et al., 2000) พบว่าผู้ดูแลมีการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยเกิดจากมีความทุกข์ทรมานสูงจากการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Barrowclough & Parle, 1997)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ จากการศึกษาของเบคและคณะ (Beck et al., 1961) แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้า มีหลายมิติ ได้แก่ การรับรู้ อารมณ์แรงจูงใจ และประสบการณ์ทางกาย โดยสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าให้ในผู้ดูแล คือ ความคิดด้านลบว่าตนเองไร้ค่า ซึ่งก็พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงและยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดด้านลบ เช่น คิดว่าการดูแลผู้ป่วยเต็มไปด้วยอุปสรรค รักษาไม่หายขาด ทำให้ท้อแท้หมดหวัง และส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) นอกจากนี้การศึกษาของวาสเซอร์แมนมานารี และซูโร (Wasserman, Mamani & Suro, 2012) พบว่า หากผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ผู้ดูแล ละอายใจ รู้สึกผิด และโทษตนเองซึ่งเป็นอีกนัยหนึ่งของภาวะซึมเศร้า สามารถทำนายการแสดงอารมณ์สูงของสมาชิกในครอบครัวได้

2.2 ตัวแปรที่สามารถทำนายการ แสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ผลการ

วิจัยพบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตได้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่พบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการใช้ทักษะ และปรับตัวตอบสนองบทบาทการเป็นผู้ดูแล ยอมรับอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นมากขึ้น จึงมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านบวก ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต
ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ซึ่งจากการศึกษาของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ก็พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ตอนบน และการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญตลอดเวลาที่ให้การดูแล เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลแรกที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ หากผู้ดูแลรับรู้ว่ามีอาการทางจิตรุนแรง ผู้ดูแลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการแสดงทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554; King et al., 2003)

2.3 ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวก

ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 พบว่า มี 2 ตัวแปร คือ

การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย
ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ไม่มีความสามารถในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนต้องทำหน้าที่ทางสังคมและผู้ป่วยสามารถทำงานได้ แสดงถึงผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบตัวเองได้ ผู้ดูแลจึงไม่วิพากษ์วิจารณ์ แสดงความไม่เป็นมิตรและไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยเกินไปส่งผลให้หน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี (กรดี ไชยสิน, 2545) และจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรถึงร้อยละ 33.30 อาจมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย เมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้นคนในครอบครัวสามารถทำงานแทนได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

ภาระเชิงประนัย ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรภาระเชิงประนัย ไม่สามารถการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยภาระเชิงประนัย เกิดจากความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำหน้าที่หรือจากความรู้สึกผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมารบกวนกิจกรรมที่ทำอยู่ประจำ เช่น การมีเวลาส่วนตัวลดลงมีอิสระลดลงสัมพันธ์กับสมาชิกลดลง (Montgomery et al., 1985) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) ที่พบว่าภาระของญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ญาติผู้ดูแลเกิดภาระเชิงรูปธรรมหรือประนัยในด้านภาวะเศรษฐกิจ การพักผ่อน ภาวะสุขภาพ และด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่าญาติผู้ดูแลไม่ได้รับผลกระทบแต่อย่างใด แต่พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดภาระในเชิงนามธรรมหรืออับัตนัย คือ เกิดความ

รู้สึกทั้งในด้านบวกและด้านลบต่อการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การศึกษาค้นคว้าพบว่าตัวแปรคัดสรรสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ร้อยละ 36.2 และพบว่าตัวแปรคัดสรรสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกได้ร้อยละ 21.9 แสดงให้เห็นว่าอาจมีตัวแปรอื่น ๆ ที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ได้อีกซึ่งควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามจากการศึกษาดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมโดยบทบาทของพยาบาลจิตเวชและทีมสุขภาพต้องตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมการพยาบาลให้ผู้ป่วยในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการส่งเสริมการรับรู้ การดูแลเชิงอัตนัย ภาวะซึมเศร้าจากการดูแล ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด ส่งผลให้กลับเป็นซ้ำ และส่งเสริมการพยาบาลด้านความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ทำให้เพิ่มการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ดังกล่าวอาจทำได้โดยการจัดกลุ่มครอบครัว การลงเยี่ยมบ้าน ผู้ดูแลเพื่อปัญหาการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างไร ร่วมกับนำมาวางแผนช่วยเหลือให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลระดับชุมชน เนื่องจากการศึกษาค้นคว้านี้ได้ศึกษาเพียงโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งอาจมี

ความแตกต่างของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแล และควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมในเรื่องของการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แล้วนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มการศึกษาค้นคว้านี้ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

2. การศึกษาค้นคว้านี้ตัวแปรคัดสรรสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ร้อยละ 36.2 แสดงให้เห็นว่าอาจมีตัวแปรอื่น ๆ ที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ได้อีกจึงควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการพยาบาลลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.รัชนิกรเกิดโชคอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่เป็นผู้สร้างกำลังใจ ยามท้อ คอยชี้แนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2545).

ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ. เชียงใหม่: แสงศิลป์.

ชนมาภรณ์ พงษ์จันทร์เสถียร. (2549). ปัจจัยทำนาย

การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,

คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดวงตา อุทุมพฤษพร. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะครุศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง ด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะครุศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). *ผลการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

บุญยวีร์ เพชรรัตน์ และเยวณาส สุวลักษณ์. (2547). *ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12(3), 141-149.*

ปานิสรา เกษมสุข. (2551). *ผลของโปรแกรมกลุ่มประคับประคองต่อภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.*

วิทยาพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพชร คันทายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

ภรดี ไชยสิน. (2545). *การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท: การศึกษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*

รัชนิกร อุปเสน. (2541). *การศึกษายาทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. (2545). *การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติเชิงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*

สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.*

ศิริรัตน์ คุปต์วิฑู. (2545). *ครอบครัวบำบัดและการให้คำปรึกษา. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.*

- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร: ชันดีการพิมพ์.
- Addington, J., Collin, A., McCleery, A., & Addington, D. (2005). The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 79-83.
- Barrowclough, C., & Parle, M. (1997). Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 171, 26-30.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The social functioning scale: The development and validation of a scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
- Brown, G. W., Birley, J. L. & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of Schizophrenia Disorder: A Replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Cozolino, L. J., Goldstein, M. J., Neuchterlein, K. H., West, K. L., & Snyder, K. S. (1998). The impact of education about schizophrenia on relative varying in expressed emotion. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 675-687.
- Gonzalez-Blanch, C., Martin-Munoz, V., Pardo-Garcia, G., Martínez-García, O., Alvarez-Jiménez, M., Rodríguez-Sánchez, J. M., Vázquez-Barquero, J. L., Crespo-Facorro, B. (2010). Effects of family psychoeducation on expressed emotion and burden of care in first - episode psychosis: A prospective observational study. *Spanish Journal of Psychology*, 13, 389-95.
- Karanci, A. N., & Inandilar, H. (2002). Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 80-88.
- King, S., Ricard, N., Rochon, V., Steiger, H., & Nelis, S. (2003). Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 117, 211-222.
- Kuipers, E., & Raune, D. (2000). The early development of expressed emotion and burden in the families of first-onset psychosis. In Birchwood, M., Fowler, D., & Jackson, C. (Eds.), *Early intervention in Psychosis* (pp. 128-140). John Wiley and Sons, Ltd.
- Montgomery, T. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34(4), 19-26.
- Moore, E., Bill, R. A., & Kuiper, L. (1992).

- Expressed emotion in staff working with the long term adult mental ill. *British Journal of Psychiatry*, 161, 802-808.
- Scazufca, M., & Kuiper. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patient with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168(5), 580-587.
- Shimodera S., Mino, Y., Inoue S., Izumoto, Y., Fujita, H., & Ujihara, H. (2000). Expressed emotion and Family distress in relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 392-397.
- Sunpaveerawong, J. (2002). *Strategies used by schizophrenic patients to cope with stress in their daily living: A study at Somdet Chaopraya hospital*. Master of Nursing Science Thesis of Mental Health and Psychiatric Nursing. Faculty of Nursing Mahidol University.
- Wahl, O. F., & Harmam, C. R. (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 131-139.
- Wasserman, S., Manani, A. W., & Suro G. (2012). Shame and guilt/self-blame as predictors of expressed emotion in family members of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 196, 27-31.