

# Factors Predicting Negative Expressed Emotion among Family Caregivers of Persons with Major Depressive Disorder\*

Pattraporn Worrasinara<sup>1</sup>, Wandee Suttharangsee, RN, PhD<sup>1</sup>,

Vineekarn Kongsuwan, RN, PhD<sup>1</sup>

---

## Abstract

**Purpose:** This research aimed to study factors predicting negative expressed emotion in family caregivers of persons with Major Depressive Disorder (MDD).

**Design:** Descriptive predictive design.

**Methods:** The sample comprised 110 primary caregivers of persons with MDD from psychiatric hospitals in southern Thailand. A set of questionnaires consisted of negative expressed emotion, subjective caregiver burden, family functioning, social support, and perception on severity of illness, and social desirability scales with content validity index as .94 - 1.00 and reliability as .80 - .85. The researcher collected data at outpatient department of psychiatric hospitals. Descriptive statistics and multiple linear regression were used for data analysis.

**Main findings:** The findings showed that negative expressed emotion among family caregivers of persons with MDD was at a moderate level ( $\bar{X} = 1.49$ ,  $SD = .83$ ). The predictive factors could explain 68.4 percent of negative expressed emotion ( $R^2 = .684$ ,  $p = .01$ ). The factors that significantly predicted negative expressed emotion included subjective burden ( $\beta = .532$ ,  $p < .001$ ), perceptions of illness severity ( $\beta = .227$ ,  $p < .01$ ), and social support ( $\beta = -.197$ ,  $p < .01$ ).

**Conclusion and recommendations:** This study showed that only subjective burden, perceptions of illness severity, and social support can significantly predict negative expressed emotion. The findings could be used for psychiatric nurses and mental health personnel in designing a plan to decrease negative expressed emotion for caregivers of persons with MDD.

**Keywords:** caregivers, expressed emotion, major depressive disorder

---

*Nursing Science Journal of Thailand. 2019;37(1):17-31*

Corresponding Author: Associate Professor Wandee Suttharangsee, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla 90110, Thailand; e-mail: wandee.s@psu.ac.th

\* Master's thesis, Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing), Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

<sup>1</sup> Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand

Received: 28 December 2018 / Revised: 18 January 2019 / Accepted: 25 January 2019

# ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า\*

ภัทรารณณ์ วรสินาราศ<sup>1</sup> วันดี สุทธิรงค์, PhD<sup>1</sup> วิณีกาญจน์ คงสุวรรณ, PhD<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า

**รูปแบบการวิจัย:** การวิจัยเชิงบรรยายแบบทำนาย

**วิธีดำเนินการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช ภาคใต้ จำนวน 110 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วยแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล การประเมินความเครียด การทำหน้าที่ของครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการประเมินระดับความปรารถนาทางสังคม ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .94 - 1.00 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 - .85 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ

**ผลการวิจัย:** ผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้ามีระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.49$ ,  $SD = .83$ ) ตัวแปรทำนายที่ศึกษาสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ร้อยละ 68.4 ( $R^2 = .684$ ,  $p = .01$ ) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การประเมินความเครียด ( $\beta = .532$ ,  $p < .001$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $\beta = .227$ ,  $p < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = -.197$ ,  $p < .01$ )

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีเพียงการประเมินความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสำหรับผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า

**คำสำคัญ:** ผู้ดูแล การแสดงออกทางอารมณ์ โรคซึมเศร้า

*Nursing Science Journal of Thailand. 2019;37(1):17-31*

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์วันดี สุทธิรงค์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่ สงขลา 90110, e-mail: wande.s@psu.ac.th

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<sup>1</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับบทความ: 28 ธ.ค. 2561 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 23 ม.ค. 2562 / วันที่ตอบรับบทความ: 25 ม.ค. 2562

## ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ทั้งในปัจจุบันและจากการคาดการณ์ในอนาคต ปัจจุบันทั่วโลกพบผู้เป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 350 ล้านคน มีอัตราความชุกอยู่ระหว่าง ร้อยละ 2-10 ซึ่งองค์การอนามัยโลก<sup>1</sup> ได้คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 จะเป็นความเจ็บป่วยอันดับสองรองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการสำรวจทางระบาดวิทยาในคนไทย<sup>2</sup> พบว่าคนไทยอายุระหว่าง 15 ปีขึ้นไป มีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.7 คิดเป็นจำนวนผู้ป่วย 1.5 ล้านคน โดยพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้จะเห็นได้ว่า โรคซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ก่อให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิต การงานอาชีพ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงกว่าโรคจิตเวชอื่นๆ ผลกระทบที่สำคัญ คือ การฆ่าตัวตาย

ผู้เป็นโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและด้านร่างกาย ซึ่งแสดงออกได้หลากหลาย ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกเศร้าหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไร้ค่า คิดและทำอะไรได้ช้าลง หมกมุ่นเกี่ยวกับความทุกข์ของตนเอง ขาดสมาธิ สิ้นง่าย มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความคิดอยากตาย หรือทำร้ายตนเอง สำหรับอาการทางกายที่พบได้บ่อย คือ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร รวมถึงมีปัญหาด้านสุขภาพกาย เช่น ปวดศีรษะ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้ อาจเป็นได้ตั้งแต่รุนแรงเล็กน้อยจนถึงมาก หากผู้เป็นโรคนี้อาการความตระหนักรู้ในความคิดผิดปกติดังกล่าว อาจมองว่าเป็นปัญหาสุขภาพทั่วไป และไม่ได้มารับการรักษาที่เหมาะสม นำไปสู่ความรุนแรงยิ่งขึ้น ทั้งที่อาการเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดที่เด่นชัดว่าผู้เป็นโรคนี้นี้ต้องการการดูแลที่เหมาะสม<sup>3-4</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาสำคัญในการดูแลผู้เป็นโรคนี้นี้ คือ การกลับเป็นซ้ำ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชฐ อุดมรัตน์<sup>5</sup> ซึ่งเป็นการติดตามการดำเนินของโรคย้อนหลัง 10 ปี พบว่าผู้เป็นโรคซึมเศร้ามีการกลับเป็นซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 88.2 และพบว่าผู้เป็นโรคซึมเศร้า

ที่ขาดยาจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึง 4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้เป็นโรคซึมเศร้าที่รับประทานยาต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้าให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

ผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร คู่สมรส พ่อ แม่ หรือญาติใกล้ชิด โดยผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลการรับประทานยา การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการช่วยเหลือตนเอง และติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย<sup>6</sup> แต่อย่างไรก็ตามการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษายาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกยากลำบากในการดูแลและรับรู้ภาวะการดูแล มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง ทั้งยังส่งผลด้านเศรษฐกิจ<sup>7</sup> และส่งผลกระทบต่ออารมณ์ต่อผู้ดูแล คือ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้ามีความเครียดจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล<sup>8</sup> ซึ่งผู้ดูแลจะมีการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้น โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อผู้ป่วย ด้วยการวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร การแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ที่มากเกินไป และการห่างเหินทางอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย โดยแสดงออกผ่านทางภาษาและท่าทางของผู้ดูแล<sup>10-12</sup> สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร การแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ที่มากเกินไป ส่วนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ประกอบด้วย การแสดงชื่นชม และการแสดงความเป็นมิตร จากการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ในโรคซึมเศร้าที่ผ่านมาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบส่งผลกระทบต่อสำคัญต่อการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า คือ ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า<sup>10</sup> ทั้งนี้สามารถอธิบายว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลจะทำให้

ผู้ป่วยเกิดความเครียดสะสม ร่างกายจะมีการตอบสนองต่อความเครียด โดยการหลั่งคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น ทำให้เซลล์ประสาทที่สมองฝ่อและลดจำนวนลง ส่งผลต่อสติปัญญาและความจำ หรือมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวลมากกว่าปกติ เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้<sup>9</sup> ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงสนใจศึกษาเฉพาะการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Brown, Birley และ Wing<sup>10</sup> ร่วมกับองค์ประกอบการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้เป็นโรคจิตเภทคนไทยของ จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และคณะ<sup>12</sup> ซึ่งอธิบายถึงลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านลบและด้านบวก แต่การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกเฉพาะองค์ประกอบที่เป็นด้านลบ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า การแสดงออกด้านลบมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำได้สูง<sup>9</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า คือ ลักษณะของครอบครัวโดยลักษณะครอบครัวเดี่ยวจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมากกว่าครอบครัวขยาย เพราะจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีน้อย ไม่มีผู้ช่วยเหลือ<sup>13</sup> แต่ยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า การศึกษาส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มของผู้ดูแลผู้เป็นโรคจิตเภท และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ในวัฒนธรรมและบริบทของครอบครัวไทย พบว่าสังคมและวัฒนธรรมมีส่วนในการกำหนดความแตกต่างของการแสดงออกทางอารมณ์ โดยสังคมไทยจะเชื่อในเรื่องพระพุทธศาสนา ทำให้มีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และมีความเชื่อในเรื่องความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ ทำให้คนไทยส่วนใหญ่ไม่ค่อยแสดงอารมณ์ความรู้สึก<sup>14</sup>

นอกจากนี้ยังพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ แสดงให้เห็นว่าหากครอบครัวมีการแบ่งปันหรือจัดสรรการทำหน้าที่

รวมถึงการช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ดี หรือได้รับการช่วยเหลือจากคนรอบข้าง จะทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ได้เหมาะสม<sup>15-16</sup> สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ คือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค เนื่องจากการดูแลที่ต้องใช้เวลานานและต่อเนื่องอยู่กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมีความซับซ้อนของอาการ และต้องการการดูแลใกล้ชิด รวมถึงความรู้สึกเป็นภาระ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกยุ่งยาก เครียด ซาดอิสระในการดำรงชีวิต จึงมีโอกาสแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้สูง<sup>15,17-18</sup>

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ จากงานวิจัยที่ผ่านมาและนำมาจัดกลุ่มปัจจัยเป็น 2 ด้านตามลักษณะของตัวแปร คือ ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย ลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และให้กิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ดูแลและผู้เป็นโรคซึมเศร้า นำไปสู่การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้เป็นโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า

### สมมติฐานการวิจัย

ลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออก

ทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้

### วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบทำนาย (descriptive predictive research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชของภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ และไม่มีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปัจจุบัน เลือกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นสมาชิกของครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอโดยไม่ได้รับค่าจ้างจากการดูแล และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมงต่อวัน ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีอายุระหว่าง 18-59 ปี สามารถเข้าใจภาษาไทยและพูดคุยสื่อสารได้ดี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike<sup>19</sup> คือ  $N = 10k + 50$  โดย  $N$  = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง  $k$  = จำนวนตัวแปรทำนายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งผลการคำนวณพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 110 คน

#### เครื่องมือการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยซึมเศร้า มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแลของ ปรานี เชนขุนทด<sup>20</sup> มีจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า 4 ด้าน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 0 (ไม่ตรงกับผู้ตอบเลย) ถึง 4 (ตรงกับผู้ตอบมากที่สุด) การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับโดยการนำค่าพิสัยมาหารด้วยระดับที่ต้องการ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาระการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงมาจากแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยขำนิ<sup>21</sup> เฉพาะแบบวัดภาระเชิงอัตนัย 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (นานๆ ครั้ง) จนถึง 5 (เกือบตลอดเวลา) การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบประเมินของ อุมพร ตรังคสมบัติ<sup>22</sup> มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน คือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับโดยพิจารณาจากค่าเปอร์เซ็นต์ไทม์ คือ ไม่ดี ปานกลาง และดี

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ จิรภา หงษ์ตระกูล<sup>23</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ความรักใคร่ผูกพัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรา

ประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จนถึง 7 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับโดยนำค่าพิสัยมาหารด้วยระดับที่ต้องการ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัด การรับรู้ ความรุนแรงของโรคในผู้ดูแล มีจำนวน 1 ข้อ เป็นมาตรา ประมาณค่า มีการระบุตัวเลขวัดการรับรู้ความรุนแรงของ โรค ตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดยให้ความหมาย คือ 0 หมายถึง ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่รุนแรง 2-9 หมายถึง ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วย เป็นอยู่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และ 10 หมายถึง ผู้ดูแลมีการ รับรู้ความรุนแรงของโรครุนแรงมาก

ส่วนที่ 8 แบบทดสอบระดับความปรารถนาทาง สังคม 17 (The Social Desirability Scale -17) มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของ คำตอบที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเครื่องมือที่ผู้วิจัย ใช้ มีโอกาสที่ผู้ดูแลจะตอบเพื่อการยอมรับทางสังคม ผู้วิจัยแปลจาก The Social Desirability Scale-17<sup>24</sup> โดยใช้กระบวนการแปลแบบย้อนกลับ (back translation process) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ เนื่องจาก ได้มีการปรับปรุงฉบับล่าสุด โดยตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ ประเมิน 2 ตัวเลือก ได้แก่ จริง และไม่จริง

*การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ*

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ของ เครื่องมือส่วนที่ 3, 4 และ 7 เท่ากับ .94, .97 และ 1.00 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วย โรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวช ที่มีลักษณะคล้ายคลึง กับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน และ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 3-6 และ 8 โดย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า ความเที่ยงเท่ากับ .85, .83, .80, .82 ตามลำดับ สำหรับ เครื่องมือส่วนที่ 8 เป็นการคำนวณหาความเที่ยง

โดยใช้ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

โครงร่างวิจัยได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยศูนย์จริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (PSU IRB 2017-NSt 040) คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ (เอกสารเลขที่ 3/2561) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้าน สุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต (DMH.IRB.COA 04/2561) นอกจากนี้โครงร่างวิจัยได้ผ่านการเห็นชอบ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสงขลา ก่อนทดลองใช้เครื่องมือ (รับรองวันที่ 24 มกราคม 2561) ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างแนบกับ แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอ่านก่อนทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิใน การตอบรับ หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งไม่มี ผลกระทบต่อการรักษาหรือบริการต่างๆ งานวิจัยไม่ ก่อให้เกิดอันตราย หรือความเสี่ยงในการเข้าร่วมงานวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ ทุกเวลา ข้อมูลที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ และเป็นแนวทาง ในงานวิจัยต่อไป

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล**

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บ รวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สองแห่ง หลังได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัย ประสานกับหัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อขอให้พยาบาลที่ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ช่วยติดต่อไปยังผู้ดูแลหลัก โดยพยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้ติดต่อสอบถามถึงความ พร้อมและความสนใจของผู้ดูแลที่จะให้ผู้วิจัยเข้าไป ชี้แจงกระบวนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่ม ตัวอย่าง และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับการตอบแบบสอบถามที่เป็น ไปตามความคาดหวังทางสังคม จึงได้ใช้แบบทดสอบ

ระดับปรารถนาทางสังคม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้ากับระดับความปรารถนาทางสังคมในระดับปานกลาง ( $r = .415, p < .01$ ) แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ได้อาจมีการตอบเพื่อการยอมรับทางสังคม ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามทั้ง 8 ส่วน ตั้งแต่เดือนมีนาคม-มิถุนายน 2561

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์การทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าด้วยตัวแปร ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ โดยใช้วิธี enter ในการเลือกตัวแปรเข้าสมการ ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบปกติ คือ ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ โดยพิจารณาจากค่าสถิติสัมประสิทธิ์ความเบ้และค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจงข้อมูล ซึ่งพบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง  $-0.57$  ถึง  $3.00$  ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ตัวแปรอิสระเป็นอิสระจากกัน ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง โดยมีค่า Tolerance อยู่ในช่วง  $.497 - .932$  ค่า VIF อยู่ในช่วง  $1.073 - 2.013$  และค่า Durbin-Watson  $1.79$

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.3 ( $n = 74$ ) เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย  $44.95$  ปี ( $SD = 10.64$ ) ร้อยละ 31.8

( $n = 35$ ) มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย และร้อยละ 68.2 ( $n = 75$ ) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 86.4 ( $n = 95$ ) มีระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์มากกว่า 35 ชั่วโมง/สัปดาห์

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้เป็นโรคซึมเศร้า

ผู้เป็นโรคซึมเศวาร์้อยละ 60 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย  $50.31$  ปี ( $SD = 18.31$ ) ผู้ป่วยร้อยละ 41.8 ( $n = 46$ ) สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยร้อยละ 40.9 ( $n = 45$ ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ป่วยร้อยละ 78.2 ( $n = 86$ ) มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 55.4 ( $n = 61$ ) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี และผู้ป่วยร้อยละ 72.7 ( $n = 80$ ) ไม่เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้า

3. ระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศวาร์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.49, SD = .83$ ) โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับต่ำ 2 ด้าน คือ ด้านการแสดงความไม่เป็นมิตร ( $\bar{X} = .91, SD = .84$ ) และด้านการท่างเห็นทางอารมณ์ ( $\bar{X} = .84, SD = .85$ ) ส่วนด้านการวิพากษ์วิจารณ์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.48, SD = 1.15$ ) ด้านการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไปมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.74, SD = 1.20$ )

4. ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.05, SD = 1.04$ ) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.06, SD = 1.01$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 5.25, SD = 2.36$ ) และการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 90.36, SD = 14.23$ )

5. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการแสดงออก

ทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า พบว่าตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว ( $r = -.554, p < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $r = -.503, p < .01$ ) ส่วนตัวแปร

ต้นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ( $r = .786, p < .01$ ) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $r = .669, p < .01$ ) ส่วนตัวแปรทำนายที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ คือ ลักษณะของครอบครัว ( $r = .141$ ) และระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ( $r = .045$ )

**ตารางที่ 1** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า (N = 110)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ	1						
2. ลักษณะของครอบครัว	.141	1					
3. การทำหน้าที่ของครอบครัว	-.554**	-.125	1				
4. ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย	.786**	.085	-.553**	1			
5. ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์	.045	.207*	-.146	.089	1		
6. การสนับสนุนทางสังคม	-.503**	-.139	.452**	-.390**	-.044	1	
7. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.669**	.145	-.528**	.654**	.026	-.318**	1

\*  $p < .05$  , \*\*  $p < .01$

6. ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่า จากการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ ตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 68.4 ( $R^2 = .684, p = .01$ ) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุน

ทางสังคม ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้ คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ โดยตัวแปรต้นที่มีอำนาจทำนายดีที่สุด คือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ( $\beta = .532, p < .001$ ) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $\beta = .227, p < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = -.197, p < .01$ ) ตามลำดับ

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณของปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (N = 110)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	$\beta$	t	p-value	95%CI	
						Lower	Upper
ค่าคงที่ (constant)	.777	.537		1.45	.151	-.288	1.843
ภาวะการดูแลเชิงอันทัน	.425	.061	.532	6.96	<.001	.304	.546
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.080	.026	.227	3.05	.003	.028	.132
การสนับสนุนทางสังคม	-.162	.051	-.197	-3.19	.002	-.263	-.061
การทำหน้าที่ของครอบครัว	-.094	.133	-.050	-.71	.497	-.358	.169
ลักษณะของครอบครัว	.063	.099	.035	.63	.528	-.134	.259
ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์	-.001	.002	-.032	-.57	.573	-.005	.003

Adjusted R<sup>2</sup> = .676, R<sup>2</sup> = .684, F = 40.25, p < .01

### การอภิปรายผล

1. ระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 86.4 (n = 95) มีระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์มากกว่า 35 ชั่วโมง/สัปดาห์ ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนมากอยู่กับผู้ป่วยในการดูแลกิจกรรมต่างๆ อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ซึ่งน่าจะมีผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบค่อนข้างชัดเจน ดังการศึกษาของ Brown, Birley และ Wing<sup>10</sup> ซึ่งพบว่าระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยสัปดาห์ละมากกว่า 35 ชั่วโมงขึ้นไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล และอีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 68.2 (n = 75) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้มีสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่าครอบครัวขยาย ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ครอบครัวไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบจากลักษณะครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น<sup>25</sup> ทำให้ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวไม่มีสมาชิกคนอื่นๆ ให้ความช่วยเหลือในการดูแล ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว

เกิดความยากลำบากและความเครียด ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ<sup>13</sup>

แต่ก็มีบางปัจจัยที่อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มี การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ในระดับปานกลางแทนที่จะสูง คือ ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4 ปี (SD = 4.73) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานพอสมควร ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย สามารถปรับตัวและเผชิญความเครียดจากการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Carra, Cazzullo และ Clerici<sup>26</sup> ซึ่งพบว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมานานจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำกว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยไม่นาน จึงอาจทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบรายด้าน พบว่าผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไปอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.4 (n = 95) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะใกล้ชิด ไม่ว่าจะบุตร คู่สมรส หรือบิดามารดา จึงอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นบุคคลใกล้ชิด มีความผูกพันทางสายเลือด รักและเกิดความ

ผูกพันแบบวิตกกังวล จึงเข้าไปก้าวกายและจัดการเรื่องทุกอย่างให้กับผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Alvarez-Jimenez และคณะ<sup>27</sup> พบว่าความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป ( $r = .56, p < .01$ ) ด้านการวิพากษ์วิจารณ์อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลรู้ว่าอาการและอาการแสดงของผู้เป็นโรคซึมเศร้ามีความรุนแรง ซึ่งการรับรู้ของผู้ดูแลว่าอาการของผู้ป่วยขณะนี้มี ความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อการดูแล โดยต้องให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อาจทำให้เกิดความเครียดและแสดงออกโดยใช้คำพูด น้ำเสียงที่แสดงออกถึงความไม่พอใจ หรือตำหนิผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Dominguez-Martinez และคณะ<sup>28</sup> ซึ่งพบว่าความเครียดและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์

ด้านการแสดงความเป็นมิตรอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.1 ( $n = 65$ ) ประกอบอาชีพมีงานทำ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีรายได้ สามารถพึ่งพาตัวเองได้ รับผิดชอบตัวเองได้ ส่งผลให้ครอบครัวยอมรับผู้ป่วย เห็นคุณค่า มีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วย และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยมากขึ้น และอาจเนื่องจากผู้ดูแลร้อยละ 31.8 ( $n = 35$ ) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรซึ่งมีความผูกพันทางสายเลือด จึงยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง ดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและแสดงท่าทีเป็นมิตร ส่งผลให้การแสดงความเป็นมิตรอยู่ในระดับต่ำ

ด้านการห่างเหินทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างทุกคนเป็นผู้ดูแลหลัก และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น บุตร สามี/ภรรยา หรือบิดา/มารดา อีกทั้งจะเป็นการดูแลผู้ป่วยภายใต้บริบทของสังคมไทย ซึ่งมีความสัมพันธ์ที่เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีการ

อบรม ปลุกฝัง เลี้ยงดูให้สมาชิกในครอบครัวมีความกตัญญู กตเวทิต่อบิดา มารดา ให้การดูแลโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย<sup>29</sup> ผู้ดูแลตระหนักในบทบาทของผู้ดูแล ต้องให้การดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมต่างๆ เช่น ดูแลพาผู้ป่วยไปรับการรักษาและตรวจตามนัด ดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ<sup>7</sup> จึงเห็นได้ว่าผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ดูแลเอาใจใส่ไม่ห่างเหิน ยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลในครอบครัว ไม่ทอดทิ้งในยามเจ็บป่วย ส่งผลให้การห่างเหินทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ

## 2. ปัจจัยที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 68.4 โดยมีสามตัวแปร คือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า ได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีภาวะการดูแลเชิงอัตนัยอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลเกิดความยุ่งยาก สามารถอธิบายได้ว่าผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า อันเนื่องมาจากความยุ่งยาก ซับซ้อนของอาการและอาการแสดงของโรค ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมได้ง่าย และอาจรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเอง จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในเรื่องต่างๆ ต้องปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการแปรปรวน บางครั้งเกิดความรู้สึกท้อแท้ เหนื่อย<sup>6</sup> ซึ่งหน้าที่ดังกล่าวของผู้ดูแลเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัว หากผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ก็จะมีผลกระทบต่อความเครียดที่เหมาะสม แต่หากปรับตัวไม่ได้ ผู้ดูแลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งเป็นความ

รู้สึกหรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแล เช่น รู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ<sup>17</sup> ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถพบได้ในกลุ่มโรคจิตเภทเช่นกัน ดังการศึกษาของ ทัทชญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค<sup>17</sup> พบว่าภาวะการดูแลเชิงอัตนัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ( $r = .482, p < .05$ )

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลต่ออาการของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องเผชิญตลอดเวลา การเจ็บป่วย โดยที่โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรัง มักมีอาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม การเคลื่อนไหว และบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากใจ เกิดความเครียด ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองโดยการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เนื่องจากผู้ดูแลคาดหวังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรค ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ( $r = .31, p < .05$ )<sup>15</sup>

การสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือประคับประคองและสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน สังคมในด้านต่างๆ การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการป้องกันความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาในโรคจิตเภทที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ( $r = -.59, p < .05$ ) เนื่องจากผู้ดูแลที่รับรู้ว่ามี การสนับสนุนทางสังคมที่สูง จะรู้สึกกว่าตัวเองสามารถพึ่งพิงผู้อื่นได้ มีคนคอยสนับสนุนและให้การช่วยเหลือ ช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล ส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง

การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยลดความรู้สึกภาระการดูแล ช่วยลดความโกรธที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ลดความเครียดและลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยได้<sup>16</sup>

อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้ พบว่าตัวแปรที่ไม่สามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้ คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การทำหน้าที่ของครอบครัว ไม่สามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้ เนื่องจากแม้ว่าผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว แต่ยังคงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ ครอบครัวที่มีบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์สายตรง จึงมีความผูกพันทางอารมณ์ที่จะช่วยให้ความช่วยเหลือกัน ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้<sup>10</sup>

ลักษณะของครอบครัว ไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ อาจเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง มีแรงสนับสนุนในระดับสูง ทำให้มีการดูแลช่วยเหลือกัน และสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ในการดูแลได้ จึงทำให้ลักษณะของครอบครัวไม่สัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gogol<sup>31</sup> ซึ่งพบว่าลักษณะของครอบครัว เช่น ครอบครัวเดี่ยว หรือครอบครัวขยายไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์

ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ไม่สามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาในโรคจิตเภท ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดูแลร้อยละ 86.4 ( $n = 95$ ) มีระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ มากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเชิงอัตนัย (ตารางที่ 1) จึงอาจทำให้ปัจจัยตัวนี้ไม่เข้ามามีส่วนทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Carra, Cazzullo และ Clerici<sup>26</sup> พบว่าระยะเวลาให้การดูแลมากกว่า 35 ชั่วโมง/สัปดาห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล

### สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้ามีระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับปานกลาง โดยตัวแปรที่สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม แต่อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้อาจมาจากการตอบเพื่อการยอมรับในสังคม ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่ใหญ่ขึ้น

#### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยเป็นข้อมูลในการสนับสนุนให้พยาบาลจิตเวชและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตวางแผนในการจัดกิจกรรม เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบแก่ผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า โดยเน้นให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนัก และเข้าใจถึงความสำคัญ และผลกระทบจากการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. ควรมีการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า ทุกครั้งที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โดยเฉพาะด้านความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ดูแลและผู้ป่วย

3. ควรประเมินและวางแผนการดูแลเพื่อลดภาวะการดูแล ลดการรับรู้ความรุนแรงของโรค และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม เช่น ประเมินความเข้าใจของผู้ดูแล ตั้งแต่ระยะแรกรับ และนำมาใช้ในการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจให้มากขึ้น ซึ่งน่าจะช่วยป้องกันการเกิดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลได้

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาค้นคว้าว่า ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 68.4 แสดงให้เห็นว่ายังมีตัวแปรอื่นๆ ที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ จึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบโดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นความเข้มแข็งภายในของผู้ดูแล

2. พัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัด เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า

### References

1. World Health Organization. Depression: a global crisis [Internet]. 2012 [cited 2018 Jun 2]. Available from: [http://www.searo.who.int/entity/mental\\_health/documents/depression-a-global-crisis/en/](http://www.searo.who.int/entity/mental_health/documents/depression-a-global-crisis/en/)
2. Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Sukawaha S, Leejongpermpoon J. The prevalence of major depressive disorder in Thailand: results from the epidemiology national survey 2008 [Internet]. 2008 [cited 2018 Jan 10]. Available from: [prasri.go.th/upic/ie.php/9a177a07fd2b9b9f.pdf](http://prasri.go.th/upic/ie.php/9a177a07fd2b9b9f.pdf). (in Thai).
3. van Krugten FC, Kaddouri M, Goorden M, van Balkom AJ, Bockting CL, Peeters FP, et al. Indicators of patients with major depressive disorder in need of highly specialized care: a systematic review.

- PLoS One. 2017 Feb 8;12(2):e0171659.  
doi: 10.1371/journal.pone.0171659.  
PubMed PMID: 28178306; PubMed Central  
PMCID: PMC5298252.
4. Hurley K. Caring for someone who is depressed [Internet]. Montclair, NJ: Vertical Health, LLC; 2018 [cited 2019 Feb 10]. Available from: <https://www.psycom.net/helping-someone-depressed>.
  5. Prompakdee T, Udomratn P. Natural course and outcome of depressive disorder patients in Songklanagarind Hospital: ten years of follow-up. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2008;53(1):81-97. (in Thai).
  6. Chaowararak N, Soonthornchaiya R. Experiences of elderly caregivers in caring for elderly depressed patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2016;30(1):110-22. (in Thai).
  7. Muscroft J, Bowl R. The impact of depression on caregivers and other family members: Implications for professional support. *Couns Psychol Q*. 2000;13(1):117-34.
  8. van Wijngaarden B, Schene AH, Koeter MW. Family caregiving in depression: Impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *J Affect Disord*. 2004;81(3):211-22.
  9. Mahakittikun K, Thapinta D, Sethabouppha H, Kittirattanapaiboon P. Predicting factors of relapse among persons with a major depressive disorder. *Pac Rim Int J Nurs Res Thailand*. 2013;17(1):68-82.
  10. Brown GW, Birley JL, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry*. 1972;121(2):241-58.
  11. Hooley JM. Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3:329-52.
  12. Sunpaweravong J, Weiss SJ, Suttharangsee W, Isaramalai S. Expressed emotion of family caregivers of persons with schizophrenia: a study in a Southern Province of Thailand. *Thai Journal of Nursing Research*. 2007;11(3):188-202.
  13. Tompson MC, O Connor EE, Kemp GN, Langer DA, Asarnow JR. Depression in childhood and early adolescence: parental expressed emotion and family functioning. *Ann Depress Anxiety*. 2015;2(7). pii: 1070. PubMed PMID: 27347564; PubMed Central PMCID: PMC4917222.
  14. Kulrattanamaneepon C, Suwankiri D, Borvornsompong P, Sripong C, Tuntideelert M, Sanitya R, et al. Strengthening of social value: an extensive review literature and research approach of Thai values in the future [Internet]. Bangkok: Department of Cultural Promotion, Ministry of Culture; 2012 [cited 2018 Mar 5]. Available from: <http://research.culture.go.th/index.php/interest/item/886-s104.html>. (in Thai).

15. Srikhachin P, Thapinta D, Sethabouppha H, Thungjaroenkul P. Expressed emotion among family caregivers of persons with schizophrenia: a causal model study. *Pac Rim Int J Nurs Res Thail.* 2013;20(4):337-49. (in Thai).
16. Sadath A, Muralidhar D, Varambally S, Gangadhar BN, Jose JP. Do stress and support matter for caring? The role of perceived stress and social support on expressed emotion of carers of persons with first episode psychosis. *Asian J Psychiatr.* 2017;25:163-8.
17. Sompradit T, Kertchok R. Predicting factors of expressed emotion in family caregivers of schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2015;29(2):89-102. (in Thai).
18. Pongjantarasiatien C. Factors predicting expressed emotion of family caregiver of schizophrenic patients, upper part of southern region. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.* 2009;3(2):42-56. (in Thai).
19. Srisatidharakul B. The methodology in nursing research. 5<sup>th</sup> ed. Bangkok: You and I Intermedia; 2010. (in Thai).
20. Chedkhunthod P. Caregivers' expressed emotion towards schizophrenia patients: comparison between caregivers of schizophrenia patients with and without relapse in a psychiatric hospital, Southern Thailand [master's thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2008. 84 p. (in Thai).
21. Chaichumni N. Effects of using holistic caring program for caregiver on burden and capabilities in caring for schizophrenic patients [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2001. 173 p. (in Thai).
22. Trungkasombat U. Family therapy and family counseling. 5<sup>th</sup> ed. Bangkok: Sunta Press; 2001. (in Thai).
23. Hongtrakul J. Relationships among selected basic conditioning factors social support and self-care agency in essential hypertensive patients [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1989. 78 p. (in Thai).
24. Stoeber J. The Social Desirability Scale-17 (SDS-17): convergent validity, discriminant validity and relationship with age. *Eur J Psychol Assess.* 2001;17(3):222-32.
25. Pitikultang S. Family situations and trends. In: 6<sup>th</sup> International Conference of Public Health Science; 2013 Aug 23; Bangkok: Mahidol University; [2013]. p.3. (in Thai).
26. Carra G, Cazzullo CL, Clerici M. The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population. *BMC Psychiatry.* 2012;12:140.

27. Alvarez-Jimenez M, Gleeson JF, Cotton SM, Wade D, Crisp K, Yap MB, et al. Differential predictors of critical comments and emotional over-involvement in first-episode psychosis. *Psychol Med.* 2010;40(1):63-72.
28. Dominguez-Martinez T, Medina-Pradas C, Kwapil TR, Barrantes-Vidal N. Relatives' expressed emotion, distress and attributions in clinical high-risk and recent onset of psychosis. *Psychiatry Res.* 2017;247:323-9.
29. Chinnawong T. The influences of Thai Buddhist culture on cultivating compassionate relationships with equanimity between nurses, patients and relatives: a grounded theory approach [dissertation]. Lismore, NSW: Southern Cross University; 2007. 345 p.
30. Krinnoi S, Leuboonthavatchai O. Selected factors related to family functioning as perceived by family caregivers of schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2012;26(1):62-73. (in Thai).
31. Gogoi K. Assessment of expressed emotion in family members of patients with schizophrenia in a selected Medical College Hospital, Assam. *Open J Psychiatry Allied Sci.* 2017;8(1):62-70.