บทความวิจัย

The Effect of a Group Family Psychoeducation Program on Psychological Distress among Caregivers of Patients with Major Depressive Disorder

Received: Sep 20, 2025
Revised: Dec 16, 2025
Accepted: Dec 19, 2025

Piyathida Kamwang, M.N.S[1]
Sudaporn Stithyudhakarn, Ph.D.[2*]

Abstract

Introduction: Major Depressive Disorder (MDD) affects not only patients but also their family caregivers. These caregivers often experience a high caregiving burden and inadequate social support, leading to psychological distress. Therefore, this study developed a group family psychoeducation program based on McFarlane's concept to reduce caregiver burden, enhance social support, and alleviate psychological distress among caregivers of patients with MDD.

Research objectives: To compare psychological distress among caregivers of patients with MDD before and after participating in the group family psychoeducation program, and to compare psychological distress levels between the experimental and control groups.

Research methodology: This quasi-experimental study involved 60 caregivers of patients with MDD who met the inclusion criteria. Participants were assigned to an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The research materials and instruments, which were validated by five experts, included: (1) the group family psychoeducation program, (2) a demographic questionnaire, and (3) the Kessler psychological distress scale (CVI = 1.00; Cronbach's α= .83). Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: After participating in the group family psychoeducation program, the mean psychological distress score of the experimental group was significantly lower than their pre-intervention score ($p < .001$) and significantly lower than that of the control group ($p < .001$).

Conclusions: The group family psychoeducation program is effective in reducing psychological distress among caregivers of patients with MDD.

Implications: The group family psychoeducation program should be implemented for caregivers of patients with MDD who experience psychological distress.

Keywords: group family psychoeducation, psychological distress, caregivers of patients with major depressive disorder

[1]*Graduate Student in Master of Nursing Science program, Email: piyathida_k@rtanc.ac.th*

[2*]*Corresponding author: Assistant Professor, Email: sudaporn.st@chula.ac.th*

[1-2]*Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.*

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Received: Sep 20, 2025
Revised: Dec 16, 2025
Accepted: Dec 19, 2025

ปิยะธิดา คำวัง พย.ม.[1]
สุดาพร สถิตยุทธการ ปร.ด.[2*]

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลมักเผชิญภาระการดูแลและขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม นำไปสู่ภาวะกดดันด้านจิตใจ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวตามแนวคิดของ McFarlane โดยมุ่งเน้นการลดภาระการดูแล เพิ่มการสนับสนุนทางสังคมนำไปสู่การลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 60 คน ได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และ 3) แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก เท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวมีประสิทธิผลในการลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ: ควรนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจ

คำสำคัญ: สุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว ภาวะกดดันด้านจิตใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

[1]นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต Email: piyathida_k@rtanc.ac.th

[2]Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: sudaporn.st@chula.ac.th*

[1-2]คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรมของผู้ป่วย องค์การอนามัยโลก[1] รายงานความชุกผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีจำนวนประมาณ 332 ล้านคนทั่วโลก ประเทศไทยพบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2563 - 2567 มีจำนวน 1,062,904 1,151,993 1,259,463 1,260,585 และ1,351,413 คน ตามลำดับ[2] นอกจากความทุกข์ทรมานที่เกิดกับผู้ป่วย โรคซึมเศร้ายังส่งผลกระทบอย่างมากต่อสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักเนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาระหน้าที่หลายประการ ทั้งการดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวันโดยทั่วไป และการป้องกันอาการกำเริบ[3] ภาระหน้าที่เหล่านี้นำไปสู่วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านต่าง ๆ ได้แก่ ร่างกาย ความคิด อารมณ์และจิตใจ สังคมและการทำงาน รวมถึงฐานะทางการเงินของครอบครัว[4] ส่งผลให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจในที่สุด

ภาวะกดดันด้านจิตใจ เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่สุขสบายใจซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อความเครียดหรือความต้องการของบุคคลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ทำให้เกิดอันตรายชั่วคราวหรือถาวรต่อบุคคลนั้น[5] สามารถพบในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 49 หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแล และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง[6] ในประเทศไทยพบการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะกดดันด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 37[7] และการศึกษาในพื้นที่ภาคใต้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะกดดันด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 9.40[8] ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในบริบทของสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ 1) ภาระในการดูแล ซึ่งสามารถทำนายการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจได้ดีที่สุด[7,9] ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทที่เกิดขึ้นร่วมกัน ได้แก่ 1.1) ภาระเชิงปรนัย คือ ภาระที่เป็นรูปธรรมที่เกิดจากภาระและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น การตอบสนองความต้องการพื้นฐาน การช่วยเหลือผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ป้องกันผู้ป่วยจากการทำร้ายตนเองและป้องกันอาการซึมเศร้ากำเริบ[3] ผู้ดูแลที่มีภาระเชิงปรนัยที่สูงมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตหรือภาวะกดดันด้านจิตใจที่สูงขึ้น[9] และ 1.2) ภาระเชิงอัตนัย คือ ภาระตามการรับรู้ของผู้ดูแลเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะมีความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ระแวงว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเอง[10] รวมถึงการรับรู้ว่าไม่สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้ จึงทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มขึ้น[4,7] อีกทั้งยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ารวมถึงการจัดการอาการของผู้ป่วยซึ่งส่งผลให้เกิดภาระในการดูแลได้[11] 2) แหล่งสนับสนุนทางสังคมถือเป็นปัจจัยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ[7] ความพึงพอใจต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจที่ลดลง[12] แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลที่สูงและขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะกดดันด้านจิตใจ

นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมยังมีการพัฒนารูปแบบการบำบัดเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศออสเตรเลีย[9] การศึกษานำร่องของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวแบบสั้นตามแนวคิดของ McFarlane พบว่า ช่วยลดภาระในการดูแลและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า[13] นอกจากนั้นยังพบว่าโปรแกรมการดูแล

แบบสนับสนุนผ่านแอปพลิเคชัน[14] โปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า[15] มีประสิทธิภาพในการลดภาระในการดูแลที่เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะเห็นได้ว่ามีการศึกษาถึงรูปแบบการบำบัดที่ใช้ในการลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนจำกัดและประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดยังไม่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะจัดกระทำกับปัจจัยภาระในการดูแลและแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วย ความวิตกกังวลลดลง และมีการประเมินประสบการณ์การดูแลในเชิงบวกเพิ่มขึ้น[16-17] ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการอาการและเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น[16] เป็นผลให้ลดภาระในการดูแลทั้งภาระเชิงปรนัยและอัตนัยของผู้ดูแลได้ นอกจากนั้นในรูปแบบของกลุ่มหลายครอบครัวทำให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยมีการเชื่อมโยงระหว่างผู้ดูแลที่ประสบปัญหาคล้าย ๆ กันได้ช่วยเหลือกันและกัน การลดภาระในการดูแลและเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

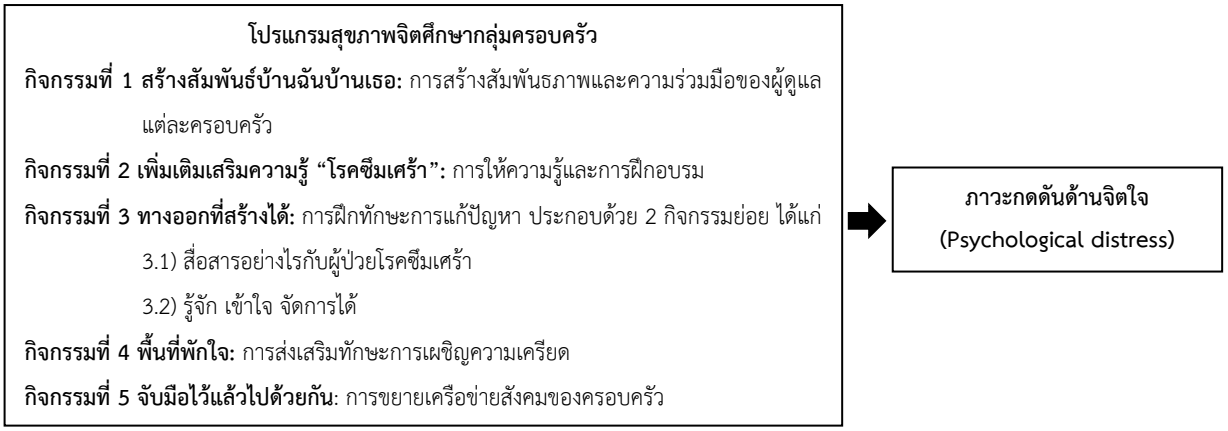
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว ประยุกต์จากแนวคิด Psychoeducational multiple family groups ของ McFarlane[16] เพื่อจัดกระทำกับปัจจัยภาระในการดูแล และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ดำเนินการเป็นรายกลุ่มเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือของครอบครัว 2) การให้ความรู้และการฝึกอบรม 3) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา 4) การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด และ 5) การขยายเครือข่ายสังคมของครอบครัว ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ ICD-10 (F32) ที่มารับบริการที่ห้องตรวจโรคจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ ICD - 10 (F32) ที่มารับบริการที่ห้องตรวจโรคจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 20 - 59 ปี 2) มีภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับปานกลางถึงมาก 3) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 4) มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และ 5) สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย และ2) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยน้อยกว่าร้อยละ 80 ของกิจกรรมทั้งหมด ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 นำผลการศึกษาที่มีการศึกษาตัวแปรที่ใกล้เคียงกัน มาคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ .72[18] ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการวิจัยโดยวิธีการจับคู่ (Matched Pairs) เพศ[19] และคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจ[20] จนครบ 30 คู่แล้วใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากทีละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิด Psychoeducational multiple family groups ของ McFarlane[16] ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินการเป็นรายกลุ่มเฉพาะผู้ดูแล สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ รายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์บ้านฉันบ้านเธอ: การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือของครอบครัว เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและแรงจูงใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวที่ดีขึ้น อีกทั้งยังทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 เพิ่มเติมเสริมความรู้ “โรคซึมเศร้า”: การให้ความรู้และการฝึกอบรม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แนวทางการดูแลรักษา การสังเกตอาการเตือน และให้ผู้ดูแลได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลประสบการณ์ ความต้องการในการดูแลของแต่ละครอบครัวทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล เรียนรู้วิธีการปฏิบัติตนในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 ทางออกที่สร้างได้: การฝึกทักษะการแก้ปัญหา ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ 3.1) สื่อสารอย่างไรกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เน้นการใช้การสื่อสารทางบวก และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วย 3.2) รู้จัก เข้าใจ จัดการได้ มีการพูดคุยถึงปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วย และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 4 พื้นที่พักใจ: การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด ให้ผู้ดูแลแต่ละครอบครัวได้พูดคุยระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย และแบ่งปันประสบการณ์ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และมุ่งปรับอารมณ์ รวมทั้งมีการฝึกทักษะการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีและมีความพร้อมในการเผชิญกับความเครียด

กิจกรรมที่ 5 จับมือไว้แล้วไปด้วยกัน: การขยายเครือข่ายสังคมของครอบครัว ให้ผู้ดูแลร่วมกัน

ค้นหาแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่รู้จักและสามารถขอความช่วยเหลือได้ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น และใช้แหล่งสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาว่างในการดูแลตนเองและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระยะเวลาการป่วยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ ของ Kessler จำนวน 10 ข้อ ที่พัฒนาโดย Yamano S และ Upasen R[21] เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งแต่ละคำตอบจะถูกให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการ ได้แก่ ไม่มีเลย = 1 คะแนน ถึง ตลอดเวลา = 5 คะแนน มีการแปลผลคะแนนดังนี้ คะแนน 10 - 15 หมายถึง มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับต่ำ คะแนน 16 - 24 หมายถึง มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับปานกลาง คะแนน 25 - 29 หมายถึง มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับมาก และคะแนน 30 - 50 หมายถึง มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน ประเมินความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัย ภาษาที่ใช้ และคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item objective congruence: IOC) ของเครื่องมือทั้งฉบับได้ค่าเฉลี่ยระหว่าง .88 - 1 แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบากเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2568 เลขที่โครงการวิจัย Q009h/68 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา กระบวนการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างอย่างครบถ้วน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น กรณีที่กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากงานวิจัย เช่น รู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล รู้สึกอึดอัดในการเข้าร่วมกิจกรรม หรือไม่อยากเปิดเผยข้อมูล ผู้วิจัยจะพูดคุยให้การดูแลเบื้องต้น และให้พักจนกว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมใหม่อีกครั้ง รวมทั้งมีการส่งต่อข้อมูลให้กับทีมการพยาบาลเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามสิทธิการรักษาต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานกับผู้อำนวยการกองจิตเวชและประสาทวิทยา หัวหน้าพยาบาลห้องตรวจโรคจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์เบื้องต้น และประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจก่อนการทดลองจำนวน 60 คน

3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Pairs) ตามคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันมากที่สุดได้แก่ เพศ และระดับภาวะกดดันด้านจิตใจ เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างครบทั้ง 30 คู่ แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับฉลากกลุ่มตัวอย่างทีละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

4. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจก่อนการทดลอง จากนั้นดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างโดย สัปดาห์ที่ 1 - 4 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินการเป็นรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที

5. นัดหมายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 8 (ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมในอีก 1 เดือน) เพื่อประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ทดสอบการแจกแจงคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test of normality พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์คะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.30 อายุโดยเฉลี่ย 45.30 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 55 ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี ร้อยละ 48.30 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 48.30 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.70 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 35 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วยอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ร้อยละ 51.70 และผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ร้อยละ 46.70

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 30)

คะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจ	M	SD	ระดับ	df	t	P-value
ก่อนการทดลอง	21.60	4.10	ปานกลาง	29	11.34	.001*
หลังการทดลอง	13.67	1.63	ต่ำ			

*$p < .05$

3. คะแนนเฉลี่ยของภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แต่หลังการทดลองพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจ	M	SD	ระดับ	df	t	P-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง (n = 30)	21.60	4.10	ปานกลาง	58	.16	.88
กลุ่มควบคุม (n = 30)	21.43	4.17	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง (n = 30)	13.67	1.63	ต่ำ	38.32	-9.42	.001*
กลุ่มควบคุม (n = 30)	21.10	4.00	ปานกลาง			

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวแบบสั้นที่ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ McFarlane[13] สามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยนำแนวคิด Psychoeducational multiple family groups ของ McFarlane[16] มาประยุกต์ใช้มีเนื้อหาช่วยลดภาระในการดูแลและเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผ่าน 5 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์บ้านฉันบ้านเธอ ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจกับผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว ลดการตีตราตนเอง ดังคำพูดของผู้ดูแล *“พอได้มาเข้าร่วมกลุ่มก็ทำให้ได้รับรู้ถึงประสบการณ์จริงของผู้ดูแลท่านอื่นด้วย ทำให้รู้สึกว่าไม่ได้อยู่ตัวคนเดียวค่ะ”* นอกจากนั้นกระบวนการของกลุ่มยังเสริมสร้างความหวังและแนวทางการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งสร้างเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ดูแล ผู้ดูแลคิดถึงการดูแลตัวเองมากขึ้น ดังคำพูดของผู้ดูแล *“นอกจากเราจะให้การดูแลผู้ป่วยแล้วเราก็จะต้องกลับมาดูแลใจตัวเองกันด้วยการเข้าร่วมกลุ่ม ในครั้งนี้ก็ทำให้ได้กลับมาอยู่กับตัวเอง”* เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแลทำให้ภาระเชิงปรนัยลดลง[22]

กิจกรรมที่ 2 เพิ่มเติมเสริมความรู้ “โรคซึมเศร้า” ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งจะช่วยลดความกังวลของผู้ดูแล และทำให้มีการประเมินประสบการณ์การดูแลในเชิงบวกเพิ่มขึ้น[17] สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนจัดการภาระในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ภาระเชิงปรนัยและอัตนัยลดลง กิจกรรมที่ 3 ทางออกที่สร้างได้ 3.1) สื่อสารอย่างไรกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 3.2) รู้จัก เข้าใจ จัดการได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการสื่อสารที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ผ่านการฝึกทักษะการแก้ปัญหาร่วมกันจากสถานการณ์จำลอง ทำให้ผู้ดูแลได้แนวคิด มุมมองจากประสบการณ์หลายครอบครัว เกิดการเรียนรู้แนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย[16] ทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลงเป็นผลให้ลดภาระเชิงปรนัยและอัตนัยได้

กิจกรรมที่ 4 พื้นที่พักใจ มีการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และมุ่งปรับอารมณ์ รวมทั้งการฝึกทักษะการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลายและเห็นประโยชน์ของการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดระหว่างการทำกิจกรรม ดังคำพูดของผู้ดูแล *"พอมาฝึกการหายใจ ได้ฝึกการคลายกล้ามเนื้อก็ทำให้ลืมเรื่องที่เราเครียด ๆ กันเมื่อกี้เลยนะคะ ช่วยได้จริง ๆ เนอะ"* ช่วยให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยมีการมุ่งแก้ปัญหามากขึ้น ลดภาระในการดูแลของผู้ดูแล โดยเฉพาะภาระเชิงอัตนัยซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย[20] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจได้[21]

กิจกรรมที่ 5 จับมือไว้แล้วไปด้วยกัน เป็นการเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ดูแล[16] ช่วยลดทั้งภาระเชิงปรนัยและอัตนัยของผู้ดูแล รวมถึงลดภาวะกดดันด้านจิตใจได้โดยตรง[7] โดยให้ผู้ดูแลร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่รู้จักและสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและผู้ป่วยสามารถใช้แหล่งสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นผู้ดูแลได้มีการวางแผนการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ชุมชน สังคม ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เห็นถึงความสำคัญของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่และมีการทำกิจกรรมร่วมกับสังคมอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจมีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ดูแลเพศหญิงมีพัฒนาการด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดีขึ้นมากกว่าเพศชาย ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกผู้ดูแลภายในกลุ่มยังช่วยส่งเสริมสุขภาวะด้านจิตใจของผู้ดูแลเพศหญิงได้เป็นอย่างดี[19] แสดงให้เห็นว่าเพศเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจ และเมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จึงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจที่ลดลงมากกว่าเพศชาย ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยา ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย[9,19] ได้รับผลกระทบทางอารมณ์ ทำให้มีความเสี่ยงที่จะประสบกับปัญหาความสัมพันธ์[10] อธิบายได้ว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทักษะการแก้ไขปัญหา การผ่อนคลายความเครียด และได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยลดผลกระทบทางอารมณ์และจิตใจในบริบทของคู่สมรสที่ผู้ดูแลต้องเผชิญความยากลำบากจากการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโดยตรง จึงทำให้ภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลกลุ่มนี้ลดลง

2. การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวมีผลช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้การดูแลตามปกติ ทั้งนี้เป็นเพราะโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนา จัดการกับปัญหาต่าง ๆ ด้วยหลักการตามแนวคิดของ McFarlane[16] ดังนี้ 1) เพิ่มขนาดแหล่งสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม 2) ลดความรู้สึกอับอายและการตีตราของญาติผู้ดูแล 3) ครอบครัวที่มีปัญหาคล้ายกัน ได้มีการติดต่อสื่อสารกัน 4) จัดกิจกรรมเปิดโอกาสให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 5) แบ่งเบาภาระและลดภาระของครอบครัว 6) ขยายขอบเขตความสามารถในการแก้ปัญหา 7) เปิดโอกาสในการรับฟังประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีประสบการณ์คล้ายกันและสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมสำหรับตนเอง

และ 8) เสริมสร้างความหวังผ่านตัวอย่างและประสบการณ์ร่วมกันผ่านการดำเนินการทั้งหมด 5 กิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในระดับปานกลาง

หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจที่ลดลงทุกคนโดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการดูแลตามปกติลดลงเล็กน้อย แต่อยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลที่มารับบริการ โดยการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมถึงการให้คำแนะนำเมื่อผู้ดูแลสอบถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย สามารถช่วยให้คะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจของกลุ่มควบคุมลดลงได้ แต่อาจไม่มากพอที่จะทำให้ภาพรวมคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจของกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนผู้ดูแลที่มีคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจที่เพิ่มขึ้นหรือคะแนนไม่มีการเปลี่ยนแปลง อาจเป็นเพราะผู้ดูแลไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกผู้ดูแลคนอื่นเหมือนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวมาใช้เพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พยาบาลจิตเวชควรมีการประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ดูแลมาพร้อมกับผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจโรคจิตเวชครั้งแรก และควรมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ เพื่อให้การดูแลได้อย่างทันท่วงทีและลดความเสี่ยงในการพัฒนาไปเป็นโรคทางจิตเวช

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลและศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ในกลุ่มตัวอย่างที่เปลี่ยนแปลง

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวในรูปแบบอื่นที่หลากหลายโดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย เช่น โปรแกรมในรูปแบบออนไลน์ เนื่องจากผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานจึงทำให้มีภาระหน้าที่ในการทำงาน อาจไม่สะดวกในการมาเข้าร่วมกิจกรรม ณ สถานที่ที่กำหนด

References

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. 2025 August 28 [cited 2025 Aug 30]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
2. Department of Mental Health. Access to services for patients with depression: report [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 16]. Available from: https://thaidepression.com/www/report/main_report/ (in Thai)
3. Ahlström BH, Skärsäter I, Danielson E. Living with major depression: experiences from families' perspectives. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2009;23(2):309-16.
4. Radfar M, Ahmadi F, Fallahi M. Turbulent life: the experiences of the family members of patients suffering from depression. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2014;21(3):249-56.
5. Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. Journal of Advanced Nursing 2004;45(5):536-45.
6. Udoh EE, Omorere DE, Sunday O, Osasu OS, Amoo BA. Psychological distress and burden of care among family caregivers of patients with mental illness in a neuropsychiatric outpatient clinic in Nigeria. Public Library of Science One 2021;16(5):1-16.
7. Pianchob S, Sangon S, Sitthimongkol Y, Williams RA, Orathai P. A causal model of psychological distress of Thai family caregivers of people with major depressive disorder. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2014;18(3):173–86.
8. Pitanupong J, Tuntikitjakun C. Burden among relatives of individuals with depression in southern Thailand: A university hospital-based cross-sectional survey. Journal of Health Science and Medical Research 2023;41(5):1-14.
9. McGill KM. An examination of predictors of mental health, efficacy and dissemination of a group education program for carers of people with depression [doctoral's thesis]. Sydney: Macquarie University; 2013.
10. Kidron SB, Soylemez KK, Lusher J, Carretero-Resino AM. Through their eyes: Exploring the experiences of individuals living with a person with depression. World Journal of Advanced Research and Reviews 2024;22(3):1284-95.
11. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. Caring and its burdens. A study of the spouses of depressed patients. The British Journal of Psychiatry 1987;151(1):660-7.
12. Wasley D, Eden S. Predicting psychological distress of informal carers of individuals with major depression or bipolar disorder. International Journal of Mental Health Nursing 2018;27(1):358-67.
13. Katsuki F, Takeuchi H, Konishi M, Sasaki M, Murase Y, Naito A, et al. Pre-post changes in psychosocial functioning among relatives of patients with depressive disorders after brief multifamily psychoeducation: A pilot study. BioMed Central Psychiatry 2011;11(1):1-7.
14. Minaei-Moghadam S, Manzari ZS, Vaghee S, Mirhosseini S. Effectiveness of a supportive care program via a smartphone application on the quality of life and care burden among family caregivers of patients with major depressive disorder: A randomized controlled trial. BioMed Central Public Health 2024;24(66):1-10.
15. El-Bilsha M. Effect of family intervention on family caregivers' burden, depression, anxiety and stress among relatives of depressed patients. Middle East Journal of Age and Ageing 2019;16(1):3-13.

16. McFarlane WR. Psychoeducational multifamily groups for families with persons with severe mental illness. In: Lebow JL, editor. Handbook of clinical family therapy. New jersey: Wiley; 2005. p.195-226.
17. Sin J, Gillard S, Spain D, Cornelius V, Chen T, Henderson C. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review 2017;56:13-24.
18. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, et al. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. Psychotherapy and psychosomatics 2004;73(5):312-9.
19. Brady P, Kangas M, McGill KM. What works in family psychoeducation for depression? A component analysis of a six-week program for family-carers of people with depression. The Australian Community Psychologist 2017;28(2):67-84.
20. Kessler R, Mroczek D. Final versions of our non-specific psychological distress scale. Ann Arbor (MI): Survey Research Center of the Institute for Social Research, University of Michigan; 1994.
21. Yamano S, Upasen R. The effect of coping skills enhancement program on psychological distress in caregivers of person with schizophrenia. Nursing Journal Chiang Mai University 2020;47(2):310-19. (in Thai)
22. Laorsuwan P, Jiratjintana N. The Effect of family psychoeducation program on caregivers' burden among caregiver of schizophrenia patient receiving home visit services in Bangkok. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry 2018;12(2):37-47. (in Thai)