

## THE DEVELOPMENT OF THE PSYCHOSOCIAL NURSING PROGRAM FOR AUTISTIC ADOLESCENTS WITH DEPRESSION

*Ponthip Thammawong, APN., M.N.S.\* , Soontaree Srikosai, APN., Ph.D.\*\* , Phanicha Wongkhieo, B.N.S.\*\*\**

### Abstract

**Objective:** 1) to develop and test content validity of a psychosocial nursing program developed for autistic adolescents with depression, and 2) to investigate effects of the program.

**Methods:** This research and development study was conducted using the 5-step developing and testing process (Van Meijel, Gamel, Van Swieten Duijfjes, & Grypdonck, 2004). The steps were 1) determining problem by reviewing existing care, medical record, nurses' notes, and supervision report; 2) exploring needs, contents and activities, required for the program by reviewing existing knowledge and in-depth interviewing expert registered nurses, autistic adolescents with depression experts who had expertise and experience in focus group interview among parent groups and nurses giving care for autistic adolescents; 3) designing program by based on the psychosocial intervention model developed by the Institute of Medicine of the National Academies (2015) together with the data of problems and needs analysis, and gap of practice to determine scope and contents of activities; 4) testing content validity of the program with Item-Objective Congruence by the five experts, and evaluating appropriateness of language, duration, procedure, media, feasibility, acceptance, satisfaction and obstacles toward the program by five registered nurses; and 5) testing effect of the program using a quasi-experimental study to measure depression score at baseline, immediately on program completion and 1- month follow up. Participants were 22 autistic adolescents with depression and parents. The participants were recruited following the inclusion criteria. The experimental group received the psychosocial nursing program and usual care while the control group received usual care. Data collection in the experimental group were conducted after completion of that in the control group. Outcome measures consisted of Demographic Data Questionnaire, Children's Depression Inventory-Thai version, and Program Satisfaction Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Repeated Measure ANOVA.

**Results:** The program developed comprised six activities including therapeutic relationship, psychoeducation and parent training, mindfulness-based therapy, relaxation skill training, social skill training (communication and problem-solving skills), and parent training. It was 8-session, individual-based program for the autistic participants. The parents took part in only two sessions. The program had the highest level of acceptance and clinical feasibility in terms of format, contents, activities presentation, coherence, duration, and clarity of media. The program was also beneficial for psychosocial care, feasibility, and clinical outcome. Result from testing effect of the program on depression showed that the mean score of depression significantly decreased at immediately on program completion

and 1- month follow up, as compared to baseline ( $p < .01$ ). The depression mean score of the experimental group was significantly lower than that of the control group at immediately on program completion and 1- month follow up ( $p < .01$ ). It also found significant relationship between the program and time period for outcome measure ( $p < .01$ ).

**Conclusion:** The program could decrease depression of the participants at immediately on program completion and at 1- month follow up. It will thus be an alternative for psychiatric nurses to provide direct nursing focusing on quality psychosocial nursing care based on professional standard for autistic patients.

**Keywords:** psychosocial nursing program, autistic spectrum disorder (ASD), autistic adolescents with depression

---

\*Corresponding author: Advanced Practice Nurse, Rajanagarindra Institute of Child Development, e-mail: beautynai@gmail.com

\*\* Advanced Practice Nurse, Rajanagarindra Institute of Child Development

\*\*\*Registered Nurse, Rajanagarindra Institute of Child Development

Received: 5 February 2021, Revised: 26 August 2021, Accepted: 31 August 2021

## การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม สำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า

พรทิพย์ ธรรมวงศ์, พย.ม.\*, สุนทรี ศรีโกไสย, พย.ด.\*\*, ภาณิชา วงศ์เขียว, พย.บ.\*\*\*

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** 1) เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น และ 2) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

**วิธีการศึกษา :** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้กระบวนการพัฒนาและตรวจสอบการพัฒนาของ แวน เมเจล, กามเมล, แวน สวีเทน แดเฟส และกริฟดอนคค์ (Van Meijel, Gamel, Van Swieten Duijffjes, & Grypdonck, 2004) 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดปัญหาโดยการทบทวนด้านการดูแล บันทึกวาระเขียน บันทึกการพยาบาลและผลการนิเทศ 2) สำรวจความต้องการ เนื้อหา และกิจกรรมที่ต้องการพัฒนา โปรแกรมฯ โดยทบทวนองค์ความรู้ในปัจจุบัน และสัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาลวิชาชีพผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สนทนากลุ่มผู้ปกครอง พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติก 3) ออกแบบโปรแกรมฯ โดยนำแนวคิดการดูแลด้านจิตสังคมของสถาบันการแพทย์ของอเมริกา (Institute of Medicine of the National Academies, 2015) ร่วมกับข้อมูลที่พบจากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการและช่องว่างการปฏิบัติงาน มาตรฐานการและกำหนดขอบเขต เนื้อหารายละเอียดของกิจกรรม 4) ตรวจสอบความตรงของโปรแกรมฯ ด้วยการประเมินความสอดคล้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประเมินความเหมาะสมของภาษา ระยะเวลา ขั้นตอน สื่อที่ใช้ในโปรแกรมฯ ความเป็นไปได้ การยอมรับ ความพึงพอใจและปัญหาอุปสรรคต่อโปรแกรม โดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน 5) ทดสอบผลของโปรแกรมฯ ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองวัดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ เสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้เข้าร่วมกิจกรรมตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ปกครอง จำนวน 22 คน คัดเลือกเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามเกณฑ์การคัดเข้า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติโดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนหลังจากเสร็จสิ้นแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ Repeated Measure ANOVA

**ผลการศึกษา :** โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ สุขภาพจิตศึกษาและการฝึกผู้ปกครอง การบำบัดตามแนวการฝึกสติ การฝึกทักษะการผ่อนคลาย การฝึกทักษะทางสังคม (ทักษะการสื่อสาร การแก้ปัญหา) และการฝึกผู้ปกครอง เป็นโปรแกรมรายบุคคลจำนวน 8 ครั้ง โดยมีผู้ปกครองเข้าร่วมด้วยจำนวน 2 ครั้ง โปรแกรมนี้ได้รับการยอมรับและมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในคลินิกในระดับมากที่สุดด้านรูปแบบ เนื้อหา การนำเสนอกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ความเชื่อมโยงต่อเนื่อง ระยะเวลา ความชัดเจนของสื่อการสอน โปรแกรมมีผลดีต่อการดูแลด้านจิตสังคม ความสะดวก

ต่อการนำไปใช้ได้จริง และผลลัพธ์ทางคลินิก ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ และในระยะติดตามผล 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลปกติ คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน และ โปรแกรม ฯ กับช่วงเวลาที่วัดผลลัพธ์มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**สรุป :** โปรแกรม ฯ นี้ สามารถลดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทันทีและในระยะ 1 เดือน จึงเป็นทางเลือกสำหรับพยาบาลจิตเวชในการให้การพยาบาลที่สามารถทำได้โดยอิสระ เพื่อให้การพยาบาลด้านจิตสังคมอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพแก่ผู้ป่วยออทิสติก

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม โรคออทิสติก ผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า

---

\*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, e-mail: beautynai@gmail.com

\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

\*\*\*พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

วันที่รับ: 5 กุมภาพันธ์ 2564, วันที่แก้ไข: 26 สิงหาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 31 สิงหาคม 2564

## ความสำคัญของปัญหา

โรคออทิสติก (autism spectrum disorder) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาทที่ส่งผลทำให้เกิดความบกพร่องทางด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การใช้ภาษาและการสื่อสาร ขาดความยืดหยุ่นด้านความคิดและการมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ความชุกของโรคออทิสติกทั่วโลก พบได้ร้อยละ 0.60 (World Health Organization, 2013) ในขณะที่ความชุกของโรคนี้ในภูมิภาคเอเชีย ปี 1980 - 2000 พบร้อยละ 0.10 (Sun & Allison, 2010) การศึกษาในประเทศไทยปี 2558 พบความชุก ร้อยละ 0.50 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (รินสุของอาจสกุลมัน, เสาวลักษณ์ หมื่นสุนทร, นัตรมงคล ฉ่ำมาก, มปป.) จะสังเกตเห็นได้ว่าอัตราความชุกมีความแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษาอาจเนื่องจากการออกแบบการศึกษา และความตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองและวินิจฉัยโรคที่เพิ่มมากขึ้น (WHO, 2013) อาการแสดงของโรคจะพบตั้งแต่ก่อนอายุ 3 ขวบ และต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยผู้ป่วยจะควบคุมและจัดการอารมณ์ของตนเองได้น้อย หรือขาดความสามารถในการสื่อสาร ด้านอารมณ์-สังคมด้วยสีหน้า ท่าทาง หรือบอกความต้องการของตนเองได้ ปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก ร่วมกับมีพฤติกรรมความสนใจหรือกิจกรรมที่ซ้ำ ๆ ผิดปกติ ระดับความรุนแรงของอาการจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับระดับเชาวน์ปัญญาและ โรคร่วมของผู้ป่วย ออทิสติก ซึ่งนำไปสู่การช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยแต่ละคน (American Psychiatric Association, 2013; สุทรานันท์ กัลละ, 2561) โดยปัญหาเฉพาะ

ด้านของผู้ป่วยออทิสติกประกอบด้วยปัญหาทักษะทางสังคม การจัดการอารมณ์ ความคิด การบำบัดรักษาส่วนใหญ่จึงมุ่งเน้นที่จะช่วยเหลือด้านจิตสังคม โดยการฝึกทักษะการสื่อสาร การแก้ปัญหาเป็นอันดับแรกเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (De-la-Iglesia & Olivar, 2015) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยออทิสติกในช่วงวัยรุ่นมักพบภาวะซึมเศร้า เป็นอาการร่วมทางจิตเวชที่พบได้บ่อย โดยพบได้มากกว่าคนปกติในวัยเดียวกันถึง 4 เท่า (Hudson, Hall, & Harkness, 2018) และมักพบในวัยรุ่นออทิสติกที่มีความสามารถด้านการทำหน้าที่และสติปัญญาอยู่ในระดับสูง (high-functioning) (Defillippis, 2018; Hudson, Hall, & Harkness, 2018; Leyfer et al., 2006) ซึ่งสามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีความบกพร่องด้านการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมและการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการและอารมณ์ของตนเองกับผู้อื่น แต่มีการรับรู้ในตนเองดี (insight) จึงสามารถรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่มั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ความสามารถในการจัดการกับความเครียดและการปรับตัวในชีวิตประจำวันไม่เหมาะสม ส่งผลให้วัยรุ่นออทิสติกมีอาการซึมเศร้ารุนแรงเพิ่มมากขึ้น (Rai et al., 2018; De-la-Iglesia & Olivar, 2015) อาการสำคัญของภาวะซึมเศร้าที่พบบ่อยในวัยรุ่นออทิสติก ประกอบด้วยอาการทางกาย คือ มีปัญหาด้านการนอนหลับ ความอยากอาหารผิดปกติ ความสามารถในการ

ควบคุมการขับถ่ายลดลง และอาการทางด้านจิตใจ พบมีการควบคุมอารมณ์ไม่เหมาะสม วิตกกังวล และการทำร้ายตนเอง (Magnuson & Constantino, 2011) ซึ่งพบว่าวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้ามีความคิดทำร้ายตนเองร้อยละ 10.90 และพยายามทำร้ายตนเอง ร้อยละ 7.20 อาการเหล่านี้จะมีผลกระทบทางลบเพิ่มขึ้นอย่างมากต่อการทำหน้าที่ทางร่างกาย สังคม และการเรียน นอกเหนือจากอาการหลักของโรคออทิสติกที่เป็นอยู่ (Mayes et al., 2013) อาการดังกล่าวข้างต้นพบปัญหาการให้การดูแล เนื่องจากผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกไม่สามารถบอกความรู้สึก ความต้องการของตนเองทางสีหน้าท่าทางได้ แต่จะแสดงอาการหงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการให้การพยาบาลและบำบัดรักษา เนื่องจากไม่เพียงได้รับผลกระทบจากอาการของโรคออทิสติกแต่ยังต้องเผชิญกับอาการของภาวะซึมเศร้าที่เกิดร่วมอีกด้วย

ข้อมูลปัญหาตาม ที่กล่าวมาแล้วผู้วิจัย ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติก ที่มารับบริการ ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 15 แพ้ม (เพศชาย 10 แพ้ม เพศหญิง 5 แพ้ม) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด Children's Depression Inventory (CDI) พบว่า ร้อยละ 8.60 มีระดับคะแนนเข้าเกณฑ์ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 37.10 ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 56.50 มีการคิดถึงการฆ่าตัวตายแต่ไม่ลงมือกระทำและร้อยละ 6.40 มีความคิดต้องการฆ่าตัวตาย (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2563) และเมื่อสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มี

ภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 10 ราย ผู้ป่วยบอกว่าอยากนอนอย่างเดียว ไม่หิว ไม่อยากไปโรงเรียน น้ำตาไหลง่าย นอกจากนี้ ผู้ปกครองและครูให้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกันว่า ผู้ป่วยร้องไห้ง่าย มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ซึมลง ผลการเรียนไม่ดี หงุดหงิดง่าย ทำร้ายตัวเอง จากข้อมูลที่พบแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยสำคัญของปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ บทพร่องด้านทักษะทางสังคมและการสื่อสารความรู้สึกและความต้องการของตนเอง ความสามารถด้านการจัดการกับอารมณ์ความเครียด ไม่เหมาะสม

จากปัจจัยสาเหตุของปัญหาด้านจิตสังคมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยทำการทบทวนองค์ความรู้ในปัจจุบันด้วยหลักการของพิโก้ (PICO) เป็นกรอบในการสืบค้นอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าในต่างประเทศมีน้อย (Menezes, Robinson, Sanchez, & Cook, 2018) การสืบค้นพบเพียง 2 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมกล่าวคือ การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังจากได้รับ โปรแกรมมีอาการซึมเศร้ามลดลงและทักษะการควบคุมอารมณ์เพิ่มขึ้น (Santomauro et al., 2016) นอกจากนี้ยังพบผลการศึกษการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการลดความเครียดตามแนว การฝึกสติ (mindfulness-based stress reduction)

สามารถลดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกหลังได้รับโปรแกรม (Sizoo & Kuiper, 2017) สำหรับประเทศไทยไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าร่วม สมิต และคณะ (Smith et al., 2007) ได้ทำการศึกษารูปแบบการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคมในเด็กออทิสติกและให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลควรมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนและมีการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นที่มีต่อผลลัพธ์ที่ต้องการ รวมทั้งทดสอบประสิทธิภาพในการนำไปใช้จริง

ในทางปฏิบัติการดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกพยาบาลจะทำการประเมินภาวะสุขภาพ และติดตามความก้าวหน้าของการรักษาโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา Aberrant Behavior Checklist-Community (ABC-C) ถ้าพบว่ามีอาการหงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว อยู่ไม่นิ่ง หรือซึมลง น้ำตาไหลง่าย ไม่อยากไปโรงเรียน ความอยากอาหารลดลง มีแบบแผนการนอนที่ผิดปกติ พยาบาลจะประเมินเพิ่มเติมด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CDI) กรณีที่พบเข้าเกณฑ์ภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง พยาบาลจะให้คำปรึกษาเบื้องต้นตามสภาพปัญหาเฉพาะหน้า และติดตามประเมินผลตามระบบนัดเพื่อติดตามการรักษาในครั้งต่อไป ในกรณีที่เข้าเกณฑ์ซึมเศร้าระดับรุนแรงพยาบาลจะส่งพบแพทย์เพื่อให้การบำบัดรักษา บางรายรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในหรือได้รับการบำบัดโดยสหวิชาชีพแบบผู้ป่วยนอก

แพทย์จะพิจารณาให้ยาต้านเศร้าในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น เนื่องจากต้องระมัดระวังอย่างมากในเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากยา เพราะอาจทำให้เกิดกิจกรรมหรือการแสดงออกของผู้ป่วยแ่ล่งและการสังเกตภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเป็นไปได้ยากจากแนวทางการดูแลที่กล่าวมาแล้วยังคงพบผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.33 และในจำนวนนี้มีความคิดอยากทำร้ายตนเองร้อยละ 16.66 และข้อมูลจากการทบทวนกระบวนการดูแลระบุว่าควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าและติดตามหลังการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2563) รวมถึงข้อมูลจากการนิเทศทางการพยาบาลพบว่า การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางยังไม่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความหลากหลายและแตกต่างกัน โดยจะเห็นได้จากบันทึกทางการพยาบาลที่ระบุหัวข้อ เทคนิค การช่วยเหลือหรือการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบผู้เชี่ยวชาญว่า ขึ้นอยู่กับความรู้ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลแต่ละคน ผู้วิจัยสัมภาษณ์พยาบาลเกี่ยวกับปัญหาการให้การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติก พบว่า พยาบาลรู้สึกกังวลและไม่มั่นใจในการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่มีรูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้น หากพยาบาลสามารถให้การพยาบาลด้านจิตสังคมอย่างเป็นแบบแผนและครอบคลุมปัญหาด้านต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าจะช่วยลดอาการและพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับโรคออทิสติกและ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งข้อมูลที่พบชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงจากการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นออกติสติกที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเดียวกัน แต่ได้รับการดูแลที่หลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละราย

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล เห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากความเสี่ยงของการดูแลที่หลากหลายแตกต่างกัน จึงนับเป็นความจำเป็นที่ต้องพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม (psychosocial nursing) ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลที่สามารถทำได้โดยอิสระ (direct nursing) ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย พฤติกรรม การรู้คิด อารมณ์ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สังคม หรือด้านสิ่งแวดล้อม อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการมีภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553; Institute of Medicine of the National Academies, 2015) ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดการดูแลด้านจิตสังคม (psychosocial intervention) ของสถาบันการแพทย์ของอเมริกา (Institute of Medicine of the National Academies, 2015) มากำหนดเป็นโครงสร้างของ โปรแกรมและใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นกรอบในการดำเนินแต่ละกิจกรรม เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นออกติสติกที่มีภาวะซึมเศร้า โปรแกรมประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือและเกิดความไว้วางใจ มีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโปรแกรม และมีความพร้อมในการดำเนินกิจกรรม (อรพรรณ

ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)  
 2) สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า การป้องกันและการบำบัดรักษาแก่ผู้รับการบำบัดและผู้ปกครอง จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดและผู้ปกครองมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย (White et al., 2018)  
 3) การบำบัดตามแนวการฝึกสติ (mindfulness-based therapy) มุ่งเน้นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดรู้เท่าทัน (awareness) และยอมรับ (acceptance) ในทุกประสบการณ์ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะโดยไม่ตัดสินใด ๆ ทั้งสิ้น (Kabat-Zinn, 2003) หากวัยรุ่นออกติสติกที่มีภาวะซึมเศร้าได้ฝึกกิจกรรมเพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเองแล้ว (awareness of emotion) จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดรู้เท่าทันอารมณ์ซึมเศร้าของตนเพื่อหาแนวทางจัดการลดภาวะซึมเศร้าได้ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าการบำบัดตามแนวการฝึกสติสามารถช่วยลดอารมณ์ซึมเศร้าวิตกกังวล (Sizoo & Kuiper, 2017; Spek, Van Ham, & Nyklicek, 2013) ในผู้ป่วยออทิสติกได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีความสามารถในการทำหน้าที่และสติปัญญาอยู่ในระดับสูง (Matheis & Turygin, 2016)  
 4) การฝึกทักษะการผ่อนคลาย ผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศราร่วมจะมีกิจกรรมทางกายลดลง เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ รวมทั้งมีอาการเฉื่อยเมยแยกตัวต่อสิ่งแวดล้อม รับผิดชอบต่อตนเองในทางลบ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Matheis & Turygin, 2016) อาการเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวล ดังนั้นการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัด



เกิดการผ่อนคลายด้านจิตใจ สามารถปรับตัวและมีพลังในการเผชิญปัญหาได้ 5) การฝึกทักษะทางสังคม และการฝึกผู้ปกครอง ที่มุ่งเน้นทักษะการสื่อสาร ผู้ป่วยออทิสติกจะมีความบกพร่องด้านการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร หากได้รับการฝึกทักษะเหล่านี้อย่างต่อเนื่องจะช่วยให้เขาสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้เหมาะสม สื่อสารบอกความรู้สึกและความต้องการของตนเองได้ เกิดความรู้สึกมั่นใจในการสื่อสาร นอกจากนี้การสื่อสารทางบวกยังช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ความเข้าใจ และยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกันระหว่างวัยรุ่นออทิสติกและผู้ปกครอง 6) การฝึกทักษะทางสังคม ที่มุ่งเน้นทักษะการแก้ปัญหา ความบกพร่องในทักษะทางสังคมเป็นอาการหลักอย่างหนึ่งของผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีความสามารถด้านการทำหน้าที่และสติปัญญาอยู่ในระดับสูง (Boujarwah et al., 2010) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย อาจยิ่งทำให้ทักษะนี้พร่องมากขึ้น ดังนั้น การฝึกทักษะการแก้ปัญหาจะช่วยเสริมสร้างการรับผิดชอบต่อการตัดสินใจ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาก็ถูกต้อง และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านต่าง ๆ ทั้งการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียน สัมพันธภาพกับผู้อื่น (Boujarwah et al., 2010; Lemer et al., 2012) ซึ่งจะส่งผลทางบวกต่ออาการซึมเศร้าให้ลดลงได้ตามมา; และ 7) การติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินผลหลังการบำบัดครบทุกกิจกรรมจะช่วยให้สามารถรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม (reassessment) เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำและประเมินผลการนำความรู้และทักษะที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมไปใช้ได้ สถานการณ์จริง อีกทั้งช่วยให้วัยรุ่นออทิสติกและครอบครัวมี

ความมั่นใจมากขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ไปตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา ทั้งนี้คาดว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และผู้ป่วยออทิสติกได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้น

2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ โดย

2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะก่อนและหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน และระหว่างกลุ่ม

2.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยและพัฒนา (research and development) ตามแนวคิดของแวน ไมเจลและคณะ (Van Meijel et al., 2004) ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** กำหนดปัญหา โดยการประชุมการทบทวนตนเองด้านการดูแลผู้รับบริการแผนก

ผู้ป่วยนอก ตามแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลร่วมกับทีมการพยาบาล ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 15 แฟ้ม บันทึกผลการนิเทศทางการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล สัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 8 คน ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 5 คน และญาติจำนวน 5 คน โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและสรุปผลการวิเคราะห์

**ขั้นตอนที่ 2** ตรวจสอบความต้องการ เนื้อหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรม 1) ทบทวนองค์ความรู้ในปัจจุบันด้วยหลักการของพิโก้ (PICO) เป็นกรอบในการสืบค้นอย่างเป็นระบบ 2) วิเคราะห์ปัญหา (problem analysis) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) พยาบาลวิชาชีพผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน พยาบาลผู้ป่วยนอกทิสติกและญาติ ในขั้นตอนที่ 1 3) วิเคราะห์ความต้องการ (need analysis) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า 3 คน ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 5 คน และสนทนากลุ่ม (focus group) ในผู้ปกครองวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า 6 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติก 5 คน 4) วิเคราะห์การปฏิบัติงานในปัจจุบัน (current practice analysis) โดยการทบทวนแนวปฏิบัติฯและสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน

**ขั้นตอนที่ 3** การออกแบบโปรแกรม ผู้วิจัยเลือกใช้ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้ในขั้นตอนที่ 2 โดยนำแนวคิดการดูแลด้านจิตสังคมของสถาบันการแพทย์ของอเมริกา (Institute of

Medicine of the National Academies, 2015) ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ช่องว่างการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าของพยาบาลในขั้นตอนที่ 1 มาบูรณาการและกำหนดขอบเขต เนื้อหารายละเอียดในกิจกรรมของโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม ประกอบด้วย ครั้งที่ 1: กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 2: กิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาและการฝึกผู้ปกครอง ครั้งที่ 3: กิจกรรมการบำบัดตามแนวการฝึกสติ “รู้เท่าทันตัว หัวใจเปี่ยมสุข” ครั้งที่ 4: กิจกรรมการบำบัดตามแนวการฝึกสติ “รู้ทันอารมณ์ หัวใจเปี่ยมสุข” ครั้งที่ 5: กิจกรรมการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ครั้งที่ 6: กิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคมและการฝึกผู้ปกครองมุ่งเน้นทักษะการสื่อสาร ครั้งที่ 7: กิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคมมุ่งเน้นทักษะการแก้ปัญหา ครั้งที่ 8: กิจกรรมการติดตามเยี่ยม

**ขั้นตอนที่ 4** ตรวจสอบความตรง ประเมินความเป็นไปได้ และการยอมรับโปรแกรม ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช 1 คน นักจิตวิทยาคลินิก 1 คน จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยนอกทิสติก จำนวน 2 คน ประเมินค่าความสอดคล้อง (item-objective congruence index: IOC) ถ้าพบมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงเนื้อหาโปรแกรม ผู้วิจัยจะปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ และจัดทำเป็นโปรแกรม (ฉบับร่าง)

2. ทดสอบความเหมาะสมของภาษาระยะเวลา ขั้นตอน สื่อที่ใช้ในโปรแกรม โดยนำ

โปรแกรม (ฉบับร่าง) ไปให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ทดลองปฏิบัติกับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 5 คน พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและจัดทำเป็น โปรแกรม (ฉบับปรับปรุง)

3. ประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับโปรแกรมฯ โดยนำโปรแกรมฯ (ฉบับปรับปรุง) ไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจำนวน 5 คน นำไปฝึกปฏิบัติและทำการประเมิน

3.1) ความเป็นไปได้และการยอมรับโปรแกรมด้านรูปแบบ เนื้อหา และการนำเสนอ กิจกรรมตามโปรแกรมฯ ความเชื่อมโยงต่อเนื่องของแต่ละกิจกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ความชัดเจนของสื่อการสอนตามกิจกรรม การใช้ภาษาและการดำเนินกิจกรรมของผู้บำบัด

3.2) ความพึงพอใจและปัญหาอุปสรรคของการนำโปรแกรมฯ ไปใช้

**ขั้นตอนที่ 5** ทดสอบผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบอนุกรมเวลาที่ไม่มีกลุ่มควบคุมชนิดไม่สมดุล (interrupted time series with nonequivalent no-treatment control group) วัดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ เสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้เข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

**วิธีดำเนินการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ**

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในสถาบันพัฒนาการเด็ก

ราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 434 คน และผู้ปกครอง

**กลุ่มตัวอย่าง** มี 2 กลุ่ม คือ

1) ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ทั้งเพศชายและหญิง มีภูมิลำเนาในจังหวัดเชียงใหม่ เขตอำเภอเมือง อำเภอหางดง อำเภอแม่วาง อำเภอสันป่าตอง อำเภอแมริม อำเภอแม่แตง อำเภอแม่อน อำเภอคอยสะเก็ด อำเภอสันกำแพง อำเภอสารภี และอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1.1) อายุ 13 - 17 ปี 1.2) มีค่าคะแนนจากแบบประเมินอาการซึมเศร้าในเด็ก (CDI) มากกว่า 15 คะแนน 1.3) เป็นกลุ่มออกทิสติกที่มีศักยภาพสูง 1.4) IQ 70 ขึ้นไป 1.5) สนทนาได้ตอบรู้อเรื่อง สามารถอ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ และ 1.7) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชเด็กอื่น ๆ เช่น โรคสมาธิสั้น อารมณ์แปรปรวน ฯลฯ

2) ผู้ปกครอง ทั้งเพศชายและหญิง มีภูมิลำเนาตามผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 2.1) อายุระหว่าง 35 - 60 ปี 2.2) เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2.3) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ปกครองที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช เป็นต้น

**การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง**

ใช้การประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\* power 3.1.9.4 แบบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมากกว่า

2 กลุ่ม แบบวัดซ้ำภายในกลุ่ม (repeated measures, within-between interaction) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power =  $1 - \beta$ ) เท่ากับ .80 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดปานกลางที่ .30 (Cohen, 1977) ได้กลุ่มตัวอย่าง 20 คน เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10.00 (Gray, Grove, & Burn, 2013) เท่ากับ 2 คน รวมทั้งสิ้น 22 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 11 คน และกลุ่มทดลอง 11 คน

#### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนหลังจากเสร็จสิ้นแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมในคน โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 19/2563

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

การเข้าร่วมระบบการเรียน การยอมรับความเจ็บป่วย แหล่งสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีความคิดหรือพฤติกรรมซ้ำ ๆ ปัจจัยโรคทางร่างกายอื่น ๆ ยาและขนาดของยาที่ใช้ในการรักษา และการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้รับ

2.2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และสิทธิการรักษา

2.3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory, CDI) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยมาเรีย โควาซ (Maria Kovacs) ในปี ค.ศ. 1992 แปลเป็นภาษาไทยโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) เป็นเครื่องมือที่ให้ตอบเอง (self-report instrument) ประเมินอาการซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ ที่พบในเด็กและวัยรุ่นที่บอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีความเหมาะสมสำหรับเด็กและวัยรุ่น อายุ 7 - 17 ปี มีคำถาม 27 ข้อ ลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ 0, 1, และ 2 คะแนน

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล มีวิธีการดังนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ลงนามยินยอมการเข้า

ร่วมการวิจัย และนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินกิจกรรม

3. ก่อนการทดลอง (pre - test) คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้เวลา 15 - 20 นาที

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจำนวน 11 คน ให้เสร็จสิ้นก่อน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติตามกิจกรรมการดูแลของหอผู้ป่วยนอก

5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 11 คน โดยได้รับกิจกรรมเป็นรายบุคคลตามโปรแกรมฯ จำนวนทั้งหมด 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 40 - 50 นาที

6. ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก จากนั้นมีการติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าเมื่อครบ 1 เดือน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov one-sample test

2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square test, Fisher's exact test, independent t-test

4. วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

และระหว่างเวลา ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำ (two-ways repeated measures ANOVA)

5. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measure ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni

#### ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถสรุปได้ดังนี้

จากข้อมูลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติก พบว่า ร้อยละ 8.60 มีระดับคะแนนเข้าเกณฑ์ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 37.10 ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 56.50 มีการคิดถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ลงมือกระทำและร้อยละ 6.40 มีความคิดต้องการฆ่าตัวตาย (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2563) ผู้ป่วยกลุ่มนี้บอกว่าอยากนอนอย่างเดียว ไม่หิว ไม่อยากไปโรงเรียน น้ำตาไหลง่าย มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ผลการเรียนไม่ดี ซึ่งปัจจัยสำคัญของปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยประกอบด้วยความรู้สึกล้มใจในตนเองต่ำ บกพร่องด้านทักษะทางสังคมและการสื่อสารความรู้สึกละและความต้องการของตนเอง ความสามารถด้านการจัดการกับอารมณ์ความเครียดไม่

เหมาะสม อาการเหล่านี้มักทำให้เกิดปัญหาในการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกไม่สามารถบอกความรู้สึกความต้องการของตนเองทางสีหน้าท่าทางได้ แต่จะแสดงอาการหงุดหงิดง่าย ก้าวร้าวทำร้ายตนเอง จึงทำให้การดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อน นอกจากนี้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติก มีความเห็นไปในทางเดียวกันว่าควรพัฒนาโปรแกรมที่มีเนื้อหาครอบคลุมและบูรณาการการสอนวิธีปรับความคิดและพฤติกรรมผ่านสื่อการ์ตูน ผ่านกลุ่มเพื่อน หรือผ่านรูปภาพร่วมกับผลการทบทวนองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ขณะที่ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า และการสนทนากลุ่ม (focus group) ผู้ปกครอง พบว่า ผู้ป่วยออทิสติกและผู้ปกครองต้องการเรียนรู้การฝึกทักษะที่สำคัญสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องจากผู้เชี่ยวชาญตลอดช่วงอายุ และการทบทวนการปฏิบัติงานของพยาบาลในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่เข้าเกณฑ์ภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง พยาบาลแต่ละคนจะให้การดูแลเฉพาะการให้คำปรึกษาเบื้องต้นตามสภาพปัญหาเฉพาะหน้าตามประสบการณ์ที่มีอยู่ และติดตามประเมินผลตามระบบนัดเพื่อติดตามการรักษาในครั้งต่อไป เนื่องจากพยาบาลรู้สึกกังวลและไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีรูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จากข้อมูลทั้งหมดสามารถระบุได้ว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าพบความบกพร่องด้านทักษะทาง

สังคมและการสื่อสารความรู้สึกและความต้องการของตนเอง ความสามารถด้านการจัดการกับอารมณ์ ความเครียดไม่เหมาะสม ขณะที่พยาบาลไม่มีความมั่นใจในการดูแลปัญหาเฉพาะด้านของผู้ป่วยพยาบาลแต่ละคนให้การดูแลตามประสบการณ์ของตนเอง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม (psychosocial nursing) เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ สามารถสื่อสารได้อย่างมั่นใจ ควบคุมอารมณ์ความรู้สึกได้และมีแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

ซึ่งข้อมูลจากการทบทวนองค์ความรู้ในปัจจุบันด้วยหลักการของพิโก้ (PICO) พบมีงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการลดความเครียดตามแนวการฝึกสติในผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าวิธีการบำบัดทั้ง 2 แบบสามารถลดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกหลังได้รับโปรแกรม (Santomauro et al., 2016; Sizoo & Kuiper, 2017) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม พบมีการศึกษาเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม ทักษะแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยออทิสติกที่มีความสามารถด้านการทำหน้าทีและสติปัญญาอยู่ในระดับสูง จะช่วยเสริมสร้างการรับผิดชอบต่อการตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านต่าง ๆ ทั้งการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียน

สัมพันธ์กับผู้อื่น (Boujarwah et al., 2010; Lerner et al., 2012) และพบแนวความคิดดูแลด้านจิตสังคมของสถาบันการแพทย์ของอเมริกา (Institute of Medicine of the National Academies, 2015) ที่อธิบายว่าโครงสร้างของโปรแกรมการดูแลด้านจิตสังคมประกอบด้วย 1) รูปแบบหรือลักษณะการดูแล (intervention) ที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมพื้นฐาน (nonspecific elements) และกิจกรรมเฉพาะ (specific elements) 2) กลไกการทำงาน (mechanisms) ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้รับบริการ 3) ผลลัพธ์ (outcomes) ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ และใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นกรอบในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งแนวคิดนี้ผู้วิจัยนำมาบูรณาการร่วมกับนำข้อมูลที่พบจากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ช่องว่างการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าของพยาบาลในขั้นตอนที่ 1 และกำหนดขอบเขต เนื้อหารายละเอียดในกิจกรรมของโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม ที่ใช้เวลาในการฝึกครั้งละ 40 - 50 นาที จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมด้วยการประเมินความสอดคล้อง ระหว่างเนื้อหา กิจกรรมและวัตถุประสงค์ (item-objective congruence index: IOC) พบมีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .05 - .08 มีข้อเสนอแนะให้ปรับการจัดกลุ่มหัวข้อคำถามที่ใช้ในเกมส์ที่สร้างความคุ้นเคย ใช้กิจกรรมที่เป็นรูปธรรม เข้าใจง่ายในการทำกิจกรรมเตรียมความพร้อม เช่น ภาพประกอบ นิทาน สื่อต่าง ๆ ฯลฯ เพิ่มกิจกรรม butterfly hug เพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัยให้กับตัวผู้ป่วยให้รู้สึกจิตใจสงบขึ้น สามารถลด

ความเครียดและความวิตกกังวลลง ในบางกิจกรรมควรพิจารณาให้ผู้ปกครองได้ร่วมเรียนรู้ มอบหมายการบ้านให้ไปฝึกต่อและก่อนที่จะเริ่มดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ควรมีการทบทวนการบ้านและแลกเปลี่ยนประสบการณ์วิธีอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากกิจกรรมที่ได้รับบำบัด หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะและจัดทำเป็นโปรแกรม (ฉบับร่าง) การทดสอบความเหมาะสมของภาษาระยะเวลา ขั้นตอน สื่อที่ใช้ในโปรแกรม พบว่า มีข้อเสนอแนะให้ปรับสื่อให้เป็นรูปภาพ เกมส์ ที่เหมาะสมกับวัยหรือความชอบ จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น ให้ปรับกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษามาเป็นกิจกรรมครั้งที่ 2 เพื่อให้ผู้ปกครองและผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการสังเกตอาการและการจัดการช่วยเหลือ ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและจัดทำเป็นโปรแกรม (ฉบับปรับปรุง) ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนผลการประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับโปรแกรม พบว่า พยาบาลทุกคนยอมรับโปรแกรมฯ ระดับมากที่สุดในด้าน 1) รูปแบบ เนื้อหา และการนำเสนอกิจกรรมตามโปรแกรมฯ 2) ความเชื่อมโยงต่อเนื่องของแต่ละกิจกรรม 3) ระยะเวลาในการทำกิจกรรม และ 4) ความชัดเจนของสื่อการสอนตามกิจกรรม ส่วนการใช้ภาษาและการดำเนินกลุ่มของผู้นำกิจกรรมอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในเนื้อหาและรูปแบบในระดับมาก 4 คน ระดับมากที่สุด 1 คน มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีผลดีต่อการดูแลด้าน

## ตารางที่ 1 เป้าหมายการบำบัดของแต่ละกิจกรรม

ครั้งที่/ชื่อกิจกรรม	เป้าหมาย
ครั้งที่ 1 : กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ “รู้จักกันรู้จักเธอ”	ผู้รับการบำบัดเกิดความคุ้นเคยกับผู้รับการบำบัด บอกความชอบ ความถนัด และความสนใจของตนเองได้
ครั้งที่ 2 : กิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาและการฝึกผู้ปกครอง/ “ชิมเสิร์ฟ เข้าใจได้”	ผู้รับการบำบัดและผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติก
ครั้งที่ 3 : กิจกรรมการบำบัดตามแนวการฝึกสติ/ “รู้เท่าทันตัว หัวใจเปี่ยมสุข”	ผู้รับการบำบัดเรียนรู้การฝึกการรู้เท่าทันการเคลื่อนไหวของร่างกายตนเอง (awareness of body)
ครั้งที่ 4 : กิจกรรมการบำบัดตามแนวการฝึกสติ/ “รู้ทันอารมณ์ หัวใจเปี่ยมสุข”	ผู้รับการบำบัดรู้จักอารมณ์ตัวเอง และสามารถจัดการอารมณ์เศร้าของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ครั้งที่ 5 : กิจกรรมการฝึกทักษะการผ่อนคลาย/ “ผ่อนคลายคลายเครียด”	ผู้รับการบำบัดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลาย และสามารถปฏิบัติได้
ครั้งที่ 6 : กิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคมและการฝึกผู้ปกครอง/ “สื่อสารจากใจ หัวใจเปี่ยมสุข”	ผู้รับการบำบัดมีมุมมองทางบวก เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น ยอมรับกับปัญหาพฤติกรรมของตนเอง และมีทักษะการแก้ไขปัญหาคู่ที่เหมาะสม
ครั้งที่ 7 : กิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคม / “แก้ปัญหาได้ หัวใจเปี่ยมสุข”	ผู้รับการบำบัดมีมุมมองทางบวก และมีทักษะการแก้ไขปัญหาคู่ที่เหมาะสม
ครั้งที่ 8 : กิจกรรมการติดตามเยี่ยม/ “ถามไถ่สุขทุกข์”	ติดตามประเมินผลการนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการฝึกตามโปรแกรมไปใช้ได้ สถานการณ์จริง

จิตสังคมระดับมากที่สุด 3 คน ระดับมาก 2 คน ความสะดวกต่อการนำไปใช้ระดับมากที่สุดทั้ง 5 คน และโปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ได้จริง ระดับมากที่สุด 4 คน ระดับมาก 1 คน

## 2. ผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ พบว่า

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 72.70 อายุเฉลี่ย 14.70 ปี (อายุระหว่าง 13 - 17 ปี) ร้อยละ 36.30 มีความคิดว่าตนเองเป็นผู้ป่วย ร้อยละ

27.30 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 36.40 ไม่ป่วย ร้อยละ 13.60 มีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายอื่น ๆ ร้อยละ 9.10 ได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 63.40 มีเหตุการณ์หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีความคิดหรือพฤติกรรมซ้ำ ๆ ร้อยละ 100.00 อยู่ในระบบการเรียน ไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มีคนหรือแหล่งที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ไม่ได้ได้รับการรักษาทางจิตสังคม เมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม และคะแนนภาวะซึมเศร้ามก่อน



การได้รับโปรแกรมมาทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test, Chi-square, และ Fisher's Exact test พบว่า ข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

2.2 ผลของโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะก่อนและหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน และระหว่างกลุ่ม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างระหว่างช่วงเวลาที่วัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างช่วงเวลาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและ

กลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ดังตารางที่ 2

2.3 ผลของโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า เมื่อเวลาผ่านไป ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองแตกต่างจากหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 17.542, p < .01$ ) แต่หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังการติดตาม 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 17.402, p < .01$ ) ดังตารางที่ 3

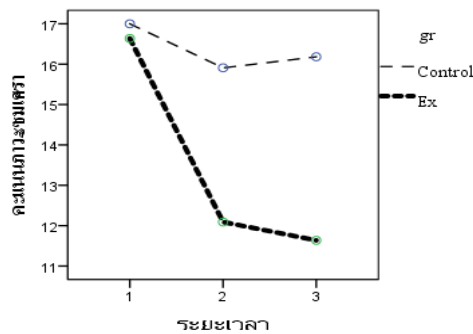
ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	p-value
<b>ภายในกลุ่ม (Within subject)</b>					
เวลา (time)	120.364	2	60.182	22.697	.000
เวลา x กลุ่ม (time x group)	54.909	2	27.455	10.354	.000
ความคลาดเคลื่อน (error) (เวลา)	106.061	40	2.652		
<b>ระหว่างกลุ่ม (Between subject)</b>					
กลุ่ม (group)	139.636	1	139.636	17.402	.000
ความคลาดเคลื่อน (error)	160.485	20	8.024		

หมายเหตุ Sphericity Assumed, was used to adjust the degree of freedom. SS = Sum of Squares, df = degree of freedom, MS = Mean Square

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างเวลาโดยการวิเคราะห์ Pairwise comparisons แบบ Bonferroni correction

เวลา	เวลา	mean difference	p-value
ก่อนการทดลอง	หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	2.818	.000
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	หลังการติดตาม 1 เดือน	.091	1.000
หลังการติดตาม 1 เดือน	ก่อนการทดลอง	2.909	.000



ภาพที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน

**การอภิปรายผล**

1. จากผลการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล ด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ประยุกต์แนวทางการดูแลด้านจิตสังคม (psychosocial intervention) ของสถาบันการแพทย์ของอเมริกา (Institute of Medicine of the National Academies, 2015) และออกแบบโปรแกรมที่มีลักษณะการบำบัดแบบผสมผสานตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการบำบัดด้านจิตสังคมจำเป็นต้องใช้เทคนิคการผสมผสานรูปแบบการบำบัดทางจิต

มากกว่ารูปแบบเดียวในผู้ป่วยแต่ละราย (Stanley & schwetha, 2006; อรพรรณ ลือบุญวิรัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญวิรัชชัย, 2553) นอกจากนี้ ข้อมูลจากพยาบาลระบุว่า เนื้อหาโปรแกรมมีการเรียงลำดับการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สื่อ อุปกรณ์ และระยะเวลา มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า และโปรแกรมฯ มีความสะดวกและสามารถนำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่พบว่าพยาบาลที่ใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยและ

ผู้ดูแลทุกคนให้การยอมรับโปรแกรมฯ ในระดับดีมาก ทั้งในด้านความพอใจ ชอบ ดี สะดวก และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง (ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์ และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2563) รวมถึงข้อมูลจากการสังเกต พบว่า ผู้ป่วยมาตรงตามเวลานัดหมาย บอกว่าสนุกและอยากมาเข้าร่วมกิจกรรม ข้อมูลจากผู้ปกครองบอกว่า ผู้ป่วยมีความใส่ใจทำการบ้านที่ได้รับมอบหมายและช่วยให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และจากการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากิจกรรมและวัตถุประสงค์ (item-objective congruence index: IOC) อยู่ระหว่าง 0.5 - 0.8 จัดอยู่ในช่วงเกณฑ์ที่กำหนดว่า เนื้อหากิจกรรมที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับความต้องการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า จะเห็นได้ว่า เนื้อหาในแต่ละกิจกรรมของ โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2562) ดังนั้น โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าจึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าได้วิเคราะห์ความจำเป็นและความต้องการการดูแลด้านจิตสังคมใน

ผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าและได้นำแนวคิดทางวิชาการมาประยุกต์เนื้อหาของโปรแกรมได้อย่างเหมาะสม ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

2. อภิปรายผลประสิทธิผลของโปรแกรม จากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมฯ มีผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงในกลุ่มทดลองตลอดระยะเวลา 1 เดือน หลังการบำบัดสอดคล้องกับผลการศึกษาของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า (Santomauro et al., 2016) และผลการศึกษาของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการลดความเครียดตามแนวการฝึกสติ (Sizoo & Kuiper, 2017) และนอกจากนี้โปรแกรมฯ ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสารและสัมพันธ์ภาพดีขึ้น สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาการฝึกทักษะทางสังคมที่มุ่งเน้นทักษะการแก้ปัญหาในผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีความสามารถด้านการทำหน้าที่และสติปัญญาอยู่ในระดับสูง (Boujarwah et al., 2010) พยาบาลจึงสามารถนำไปใช้ในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าได้ตามบทบาทอิสระ บทบาทร่วมที่ใช้ควบคู่กับการรักษาด้วยยา นอกจากนี้การบำบัดทางจิตสังคมด้วยโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า ไม่พบมีการยุติ/ถอนตัวระหว่างการบริหารจนถึงสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยรอกอยที่จะมาร่วมกิจกรรม และผู้ปกครองชื่นชมวิธีการดูแลตามโปรแกรม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกิจกรรมในโปรแกรมมุ่งเน้นการแก้ปัญหาเฉพาะด้าน ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้จริง

เห็นผลชัดเจน ดังนั้น โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าจึงเป็นทางเลือกสำหรับการให้การพยาบาลที่สามารถทำได้โดยพยาบาลจิตเวชที่สามารถทำได้โดยอิสระเพื่อให้การพยาบาลด้านจิตสังคมอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพแก่ผู้ป่วยออทิสติก

## ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้และประเด็นในการวิจัยครั้งต่อไป

### 1. ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นแนวทางในการพยาบาลด้านจิตสังคมที่สามารถทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง มีการปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารและพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมได้มากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 ด้านการพัฒนาบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลางที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก

- จัดทำหลักสูตรฝึกอบรมการใช้โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้น โดยมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับ ผู้ป่วยออทิสติกวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พัฒนาการของโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า การบำบัดตามแนวการฝึกสติ การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด การฝึกทักษะทางสังคม:

ทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหา การใช้เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การพยาบาลในระยะก่อน-หลังการปฏิบัติการพยาบาลตามโปรแกรมและการฝึกปฏิบัติ

- พยาบาลที่ผ่านการอบรมการใช้

โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าต้องมีการสั่งสมประสบการณ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การพยาบาลด้านจิตสังคมผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรม ฯ ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 การขยายผลการพยาบาลด้วย

โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าในระบบการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นนอกทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก จำเป็นต้องจัดระบบการนิเทศติดตามคุณภาพการบำบัดอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ และนำข้อมูลที่พบมาปรับปรุงให้คุณภาพการบำบัดเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาผลการปรับเปลี่ยน

การจัดการกับอารมณ์ซึมเศร้าด้วยการบำบัดตามแนวทางสติบำบัดเพียงรูปแบบเดียว ในผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติก และสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกในแต่ละครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม และการคงอยู่ของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสม

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ที่สนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณผู้ช่วย

## วิจัยและอาสาสมัครวิจัยทุกท่านที่ให้โอกาสได้เกิดการพัฒนาโครงการวิจัยนี้

### เอกสารอ้างอิง

- ปริญนันท์ สละสวัสดิ์ และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2563). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 34(1), 13-42.
- รินสุข งามอาจสกุลมั้น, เสาวลักษณ์ หมั่นสุนทร, และ ฉัตรมงคล จำมาก. (มปป). *การสำรวจความทุกข์ของกลุ่มอาการออทิซึมในเด็กอายุ 1 - 4 ปี ในประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2564, จาก <https://ycap.go.th/research/318>
- สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. (2563). *ผลการทบทวนเวชระเบียนของทีมนำทางคลินิก ปี 2563. รายงานการประเมินตนเอง*. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์: เชียงใหม่.
- สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. (2563). *รายงานสถิติจำนวนผู้มารับบริการผู้มารับบริการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ปี 2561-2563. กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ*. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์: เชียงใหม่.
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2562). *การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล*. เชียงใหม่: บริษัทสยามพิมพ์นานาชาติ.
- สุทธนันท์ กัลละ. (2561). การช่วยเหลือเด็กออทิซึม: กรณีศึกษา. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 24(3), 227-238.
- อรพรรณรณ ลีอนุชวรัชย์ และ พิรพนธ์ ลีอนุชวรัชย์. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช้ Children's Depression Inventory. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 212-230.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition, DSM-5*. Virginia: APA.

- Boujarwah, F. A., Hong, H., Arriaga, R. I., Abowd, G. D., & Isbell, J. (2010). Training social problem-solving skills in adolescents with high-functioning autism. *Proceedings of the 4<sup>th</sup> International ICST Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare*. doi: 10.4108/icst.Pervasivehealth.2010.8807.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Defilippis, M. (2018). Depression in children and adolescent with autism spectrum disorder. *Children (Basel)*, 5(9), 112. doi.org/10.3390/children5090112.
- De-la-Iglesia, M, Olivar, J. S. (2015). Risk factors for depression in children and adolescents with high functioning autism spectrum disorders. *Scientific World Journal*. Retrieved Jul 20, 2021, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4562099/>.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Burns, N. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7<sup>th</sup> ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Hudson, C. C., Hall, L., & Harkness, L. K. (2018). Prevalence of depressive disorders in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*. doi: org/10.1007/s10802-018-0402-1. Institute of Medicine of the National Academies. (2015). *Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: A framework for establishing evidence-based standards*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73.
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., et al. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(7), 849-861.
- Lerner, M. D., White, S. W., & McPartland, J. C. (2012). Mechanisms of change in psychosocial interventions for autism spectrum disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(3), 307-318.

- Magnuson, M. K., & Constantino, N. J. (2011). Characterization of depression in children with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 32*(4). doi:10.1097/DBP.0b013e318213f56c.
- Matheis, M. & Turygin, N. C. (2016). Depression and autism. In J. L. Matson (Ed.), *Handbook of assessment and diagnosis of autism spectrum disorder: Autism and child psychopathology series* (pp. 285-300). doi: 10.1007/978-3-319-27171-2\_15.
- Mayes, S. D., Gorman, A. A., Hillwig-Garcia, J., & Syed, E. (2013). Suicide ideation and attempts in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders, 7*(1), 109-119.
- Menezes, M., Robinson, L., Sanchez, M. J., & Cook, B. (2018). Depression in youth with autism spectrum disorders: A systematic review of studies published between 2012 and 2016. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders, 8*(2). doi: org/10.1007/s40489-018-0146-4.
- Rai, D., Culpin, I., Heuvelman, H., Magnusson, C., Carpenter, P., Jones, H., et al. (2018). Association of autistic traits with depression from children to age 18 years. *JAMA Psychiatry, 175*(8), 835-843. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1323.
- Santomauro, D., Sheffield, J., & Sofronoff, K. (2016). Depression in adolescents with ASD: A pilot RCT of a group intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*(2), 572-588.
- Sizoo, B. B., & Kuiper, E. (2017). Cognitive behavioral therapy and mindfulness-based stress reduction may be equally effective in reducing anxiety and depression in adults with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities, 64*, 47-55. doi: 10.1016/j.ridd.2017.03.004.
- Smith, T., Scahill, L., Dawson, G., Guthrie, D., Lord, C., Odom, S., et al. (2007). Designing research studies on psychosocial interventions in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 37*, 354-360.
- Spek, A. A., Van Ham, N. C., & Nyklicek, I. (2013). Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities, 34*(1), 246-253.
- Stanley, S., & Shwetha, S. (2005). Integrated Psychosocial Intervention in Schizophrenia: Implications for Patients and Caregivers. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 10*(2), 113-128.
- Sun, X., & Allison, C. (2010). A review of the prevalence of autism spectrum disorder in Asia. *Research in Autism Spectrum Disorders, 4*(2), 156-167.
- Van Meijel, B., Gamel, C., van Swieten-Duijfjes, B., & Grypdonck, M. H. F. (2004). The development of evidence-based nursing interventions: Methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing, 48*(1), 84-92. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03171.x.
- White, S. W., Simmons, G. L., Gotham, K. O., Conner, C. M., Smith, I. C., Beck, K. B., et al. (2018). Psychosocial treatments targeting anxiety and depression in adolescents and adults on the autism spectrum: Review of the latest research and recommended future directions. *Current Psychiatry Reports, 20*(10), 82. doi: 10.1007/s11920-018-0949-0.
- World Health Organization. (2013). *Meeting report: autism spectrum disorders and other developmental disorders: From raising awareness to building capacity*. World Health Organization, Geneva, Switzerland 16-18 September 2013.