

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก
ซึ่งมารับการบำบัดและกระตุ้นพัฒนาการที่สถาบันพัฒนาการรพีพรรณ กรุงเทพมหานคร

สารนิพนธ์
ของ
นางสาว อรพรรณ คีรี

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว
มีนาคม 2548
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

649.154

03327

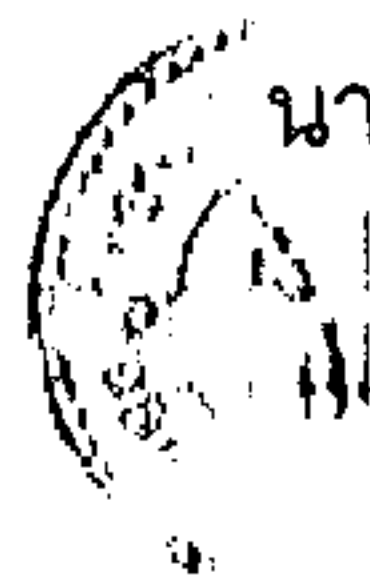
ร.3

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก
ซึ่งมารับการบำบัดและกระตุ้นพัฒนาการที่สถาบันพัฒนาการรพีพรรณ กรุงเทพมหานคร

27 เม.ย. 2548

บทคัดย่อ

ของ


 นางสาว อรพรรณ คีรี

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว

มีนาคม 2548

h 265775

อรพรรณ ศิริ. (2548) : การศึกษาพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก
ซึ่งมารับการบำบัดและกระตุ้นพัฒนาการที่สถาบันพัฒนาการพิพพรรณ กรุงเทพมหานคร.
สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว).กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย-
ศรีนครินทรวิโรฒ . อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ .ดร.นันทา สู้รักษา

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และพยากรณ์พฤติ
กรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกซึ่งมารับการบำบัดและกระตุ้นพัฒนาการที่
สถาบันพิพพรรณ กรุงเทพมหานคร ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตร
เป็นออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก และ การอยู่ร่วมกันของ
บิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก แหล่งข้อมูลเป็นผู้ปกครองของเด็กออทิสติก อายุระหว่าง 2-7
ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นออทิสติก แล้วมารับการบำบัดและกระตุ้นพัฒนาการที่
สถาบันพัฒนาการพิพพรรณ ในเดือน สิงหาคม 2547 จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
ค้นคว้า ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก แบบวัด
ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว CFI
แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติกและแบบ
สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่
การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย และสหสัมพันธ์พหุคูณ และการวิเคราะห์การถดถอย
พหุคูณวิธี Stepwise

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1. ผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกมีพฤติกรรมการดูแลบุตรในด้าน การดูแล ช่วยเหลือ
สนับสนุน ส่งเสริมบุตรทางด้านพัฒนาการได้ถูกต้องมากที่สุด ($\bar{X} = 2.72$) รองลงมาคือ ด้านการ
ช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริมและอำนวยความสะดวกต่อบุตรในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
($\bar{X} = 2.67$) ด้านการส่งเสริมบุตรทางด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 2.41$) และ ด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ตามแผนการรักษาของแพทย์ ($\bar{X} = 2.41$) ตามลำดับ

1. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับพฤติ
กรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก ได้แก่ ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตร
เป็นออทิสติก ($r = .216$) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.01 กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบ
ครัว ($r = .249$) และความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก ($r = .571$) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคอหิสติก ($r = -.215$) และการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นอหิสติกมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .166$)

2. ตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับโรคอหิสติก (X_3) การทำหน้าที่ของครอบครัว (X_2) และความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคอหิสติก (X_4) สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิสติกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิสติกได้ร้อยละ 44.50 และสามารถสร้างสมการพยากรณ์ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิสติกโดยใช้คะแนนดิบ

$$Y = 26.922 + 1.110 (X_3) + 0.860 (X_2) - 0.120 (X_4)$$

สมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิสติกโดยใช้คะแนนมาตรฐาน (Z_y)

$$Z_y = 0.527 (X_3) + 0.309 (X_2) - 0.228 (X_4)$$

The following equations proved to be statistically significant predictors of Parental Supportive Behavior of their Autistic Child of raw score

$$Y = 26.922 + 1.110 (X_3) + 0.860 (X_2) - 0.120 (X_4)$$

The following equations proved to be statistically significant predictors of Parental Supportive Behavior of their Autistic Child of standard score

$$Z_y = 0.527 (X_3) + 0.309 (X_2) - 0.228 (X_4)$$

A STUDY ON SUPPORTIVE BEHAVIOR OF PARENTS OF AUTISTIC CHILDREN IN
THERAPY AT RAPEEPUN CHILD DEVELOPMENT INSTITUTE , BANGKOK

AN ABSTRACT
BY
MISS ORAPHAN SIRI

Presented in Partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Guidance and Counseling Psychology
at Srinakharinwirot University
March 2005

Oraphan Siri. (2005). *A Study on Supportive Behavior of Parents of Autistic Child in Therapy at Rapeepun Child Development Institute ,Bangkok .*
 Masters' Project, M.Ed. (Guidance And Counseling Psychology) . Bangkok :
 Graduated School ,Srinakharinwirot University. Project Advisor :
 Asst. Prof. Dr. Nanta Sooraksa .

The purpose of this study was to investigate factors rated to Parental Supportive Behavior of their Autistic Child from Rapeepun Child Development Institute in Bangkok. Variables studied were Anxiety in Parents of Autistic Child , Family Functioning , Perception of Autism and Family Living with an Autistic Child. The subject were 130 parents whose Autistic Child were between 2-7 years old from Rapeepun Child Development Institute in Bangkok in August 2004. The instruments used for collecting data were bio-social background questionnaire, Anxiety Inventory, CFI Family Functioning questionnaire, Knowledge of Autism Inventory , Attitude of Autism questionnaire. The data were analysed by Simple Correlation, Multiple Correlation, and Multiple Regression Analysis.

The results of the study were as follows :

1. There were positive relationships between Parental Supportive Behavior of their Autistic Child toward Anxiety in Parents of Autistic Child ($r = .216$) at .05 level. And there were positive relationships between Parental Supportive Behavior of their Autistic Child toward Family Functioning ($r = .249$) and Knowledge of Autism ($r = .571$) at .01 level.

There were significantly negative relationships between Parental Supportive Behavior of their Autistic Child and Attitude of Autism at .01 level. ($r = -.215$)

There were no significant relationships between Parental Supportive Behavior of their Autistic Child and Family Living with an Autistic Child. ($r = .166$)

2. The following variables : Knowledge of Autism (X_3) , Family Functioning (X_2) and Attitude of Autism (X_4) significantly predicted the Parental Supportive Behavior of their Autistic Child at .01 level, with 44.50% of variability in Parental Supportive Behavior of their Autistic Child predictable from the stated variables.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการสอบ
ได้พิจารณาสารนิพนธ์เรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก
ซึ่งมารับการบำบัดและกระตุ้นพัฒนาการที่สถาบันพัฒนาการพิพพรรณ กรุงเทพมหานคร ของ
อรพรรณ ศิริ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการ
ศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทา สู้รักษา)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศพร ประเสริฐสุข)

คณะกรรมการ

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทา สู้รักษา)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์
(ศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์
(อาจารย์มณฑิรา จารุเพ็ง)

อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีคณะศึกษาศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมชาย ชูชาติ)

วันที่ เดือน มีนาคม พ.ศ. 2548

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทา
สู้รักษา ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ กรรมการ
สอบสารนิพนธ์ และอาจารย์มณฑิรา จารุเพ็ง กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อ
เสนอแนะ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อย่างละเอียดทุกขั้นตอนด้วยความเสียสละ ความห่วงใย
และความเมตตา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างมากและขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของ
อาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ในภาควิชาแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษาทุกท่านที่
ประสิทธิ์ประสาทความรู้แก่ผู้วิจัย

ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ เอกจิตวิทยาการแนะแนวและสาขาอื่นๆ ทุกคนที่ให้ความสนใจ
และแสดงความห่วงใยผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบคุณ คุณ รพีพรรณ อินทวงศ์ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวก
ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

คุณค่าทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบให้กับคุณพ่อและคุณแม่ และบุคคล
ทุกคนในครอบครัวและบรรพคณาจารย์ทั้งหลาย ที่ได้อบรมสั่งสอน และปลูกฝังคุณความดี ตลอด
จนประสิทธิ์ประสาทวิทยาการ ความรู้ให้กับผู้วิจัยตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน

อรพรรณ ศิริ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
ความสำคัญของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ตัวแปรที่ศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
สมมุติฐานในการวิจัย.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคอหิสติก.....	8
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคอหิสติก.....	8
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคอหิสติก.....	23
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้.....	25
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้.....	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้.....	31
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล.....	32
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล.....	32
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล.....	39
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว.....	40
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรอหิสติก.....	50
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
การกำหนดแหล่งข้อมูล.....	55
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	66
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	71
5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	78
สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีการดำเนินการวิจัย.....	78
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	80
อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า.....	81
ข้อเสนอแนะ.....	85
บรรณานุกรม.....	87
ภาคผนวก.....	93
ภาคผนวก ก แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	94
ภาคผนวก ข คุณภาพเครื่องมือ.....	108
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์.....	113

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงจำนวนและร้อยละของสถานภาพ ของผู้ปกครองจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป.....	71
2 ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรต่างๆที่ศึกษา.....	72
3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก.....	74
4 ตัวแปรที่มีประสิทธิภาพเข้าสมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแล บุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก.....	75
5 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้น (Stepwise) เมื่อใช้พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกเป็นเกณฑ์.....	76
6 ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครอง ที่มีบุตรเป็นออทิสติกโดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบเป็นขั้น (Stepwise).....	77

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ		หน้า
1	กระบวนการของการรับรู้	27
2	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค.....	30

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคออทิสติก (autistic) เป็นโรคทางจิตเวชโรคหนึ่งที่สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่ในวัยเด็ก—ซึ่งถูกเรียกชื่อตามภาษาอังกฤษทั่วโลก มีความหมายว่า “ตัวเอง” (Self) เพราะเด็กที่เป็นโรคนี้จะแยกตัวอยู่ตามลำพัง คืออยู่ในโลกของตัวเองเหมือนมีกำแพงกันทำให้กันตัวเด็กออกจากสังคมรอบๆตัว จนทำให้เด็กขาดการรับรู้จากสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างสิ้นเชิง สภาพดังกล่าวเรียกว่า ภาวะออทิสซึม (autism) ประเทศไทยปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาทางระบาดวิทยาถึงอุบัติการณ์และความชุกของโรคแต่จากการประชุมของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยพบว่ามีอัตราการเกิดโรคออทิสติกมากขึ้นจากเดิมการสำรวจในปี พ.ศ 2532 มีเด็กออทิสติกที่รับไว้ในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 227 ราย และผลการศึกษาในปี พ.ศ 2541 มีเด็กออทิสติกที่เข้ามารับการรักษา 465 ราย นอกจากนี้จากการเก็บรวบรวมจำนวนเด็กออทิสติกที่มารับบริการของศูนย์สุขวิทยาจิตตั้งแต่ปี พ.ศ 2536 ถึงปัจจุบันมีจำนวนทั้งสิ้น 3595 ราย โดยพบในเพศชายต่อเพศหญิงในอัตราส่วน 4 : 1 ภาวะออทิสซึมอาจเกิดร่วมกับความผิดปกติอื่นๆทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ ทำให้เกิดความพิการ ไม่สามารถดำรงชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปได้ บางครั้งพบภาวะออทิสซึมร่วมกับปัญญาอ่อน ทำให้เกิดปัญหาในการเรียนรู้และเป็นภาระของครอบครัว โดยเฉพาะบิดามารดาจะต้องมีภาระในการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกมากกว่าเด็กปกติ (เพ็ญแข ลิ้มศิลา . 2540)

เมื่อชีวิตครอบครัวเริ่มต้นขึ้นความปรารถนาของสามีภรรยาทุกๆไปก็คือการมีบุตรเพิ่มเติมให้ครอบครัวสมบูรณ์ขึ้นและเฝ้าเลี้ยงดูอนุชนอย่างเต็มความสามารถ ด้วยหวังว่าบุตรจะเฉลียวฉลาด สมบูรณ์และแข็งแรง แต่เมื่อโตขึ้นจึงพบว่าบุตรมีความผิดปกติ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก บิดามารดาที่ทราบว่าเป็นออทิสติกจะรู้สึกตกใจ สับสน เกิดความไม่แน่ใจ ไม่รู้ว่าเป็นอะไร โรคนี้รักษาหายหรือไม่ และเมื่อรู้ว่าเป็นโรคที่ความหวังในเรื่องการหายมีน้อย ก็ยิ่งทุกข์ใจมากขึ้น มีความหนักใจในการเลี้ยงดูเพราะเด็กพูดไม่รู้เรื่อง สื่อสารไม่เข้าใจ นอกจากนี้อาจจะมีปัญหาก้าวร้าวด้วย ทำให้บิดามารดา รู้สึกผิดหวัง ตึงเครียดต้องการความช่วยเหลือ ความตึงเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกเป็นความตึงเครียดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการแสดงออกค่อนข้างสูง ไม่รู้ว่าจะดูแลบุตรอย่างไร จึงทำให้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยความยากลำบาก บิดามารดาของเด็กเหล่านี้ต้องการความช่วยเหลือและตอบคำถามที่ค้างอยู่ในใจ (รจนา ทรรทรานนท์ .2527:98)

โดยทั่วไปแล้วแพทย์หรือจิตแพทย์จะไม่สามารถบอกได้ว่าหลังการรักษาเด็กออทิสติกจะหาย เป็นปกติอย่างสมบูรณ์หรือไม่ ดังนั้นเมื่อเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กออทิสติกแล้ว ทำให้บิดามารดา หรือผู้ปกครองของเด็กเกิดความวิตกกังวลอย่างมากเกี่ยวกับปัญหาทางพฤติกรรมของเด็กที่จะเกิดขึ้นต่อไป รวมทั้งการดำเนินชีวิตในอนาคตว่าจะสามารถเรียนหนังสือและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้หรือไม่ เด็กจะสามารถช่วยเหลือหรือดูแลตัวเองได้หรือไม่ ยิ่งในเด็กออทิสติกที่ไม่สามารถพูดหรือสื่อสาร บอกความต้องการของตนเองได้เลย ผู้ปกครองเด็กก็ยิ่งมีความกังวลขึ้นเป็นทวีคูณสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ในปัจจุบันสถานที่รับดูแลฝึกสอนหรือบำบัดเด็กออทิสติกยังมีน้อยและไม่เพียงพอ ผู้ปกครองจึงต้องค้นหาสถานที่ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลบำบัดเด็กออทิสติก โดยเฉพาะสำหรับพ่อแม่ที่รับรู้ว่าคุณเป็นเด็กออทิสติกก็มักจะเกิดความรู้สึกผิดหวัง โศกเศร้า เสียใจหรือโกรธ บางคนอาจปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริงและพยายามหาเหตุผลมาแย้งว่าคุณเป็นเด็กปกติดี เนื่องจากโรคออทิสติกไม่ได้เป็นความเจ็บป่วยที่แสดงความพิการหรือความเจ็บป่วยออกมาให้เห็น ซึ่งก็จะทำให้พ่อแม่ผู้ปกครองไม่สามารถเข้าใจให้ยอมรับผลการวินิจฉัยได้ ในช่วงเวลาดังกล่าว พ่อแม่ก็จะจมอยู่กับความทุกข์ยากของตนเอง หดงอกำลังใจและไม่สามารถเริ่มต้นการบำบัดเด็กได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความวิตกกังวลจะส่งผลถึงการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกด้วย การดูแลรักษาบำบัดเด็กออทิสติกส่วนหนึ่งที่จะสามารถทำให้เด็กสามารถปรับตัวและมีพัฒนาการที่ดีขึ้นในทุกๆ ด้านนั้นก็ต้องมาจากความรับผิดชอบของพ่อแม่และการดูแลเลี้ยงดูลูกอย่างเหมาะสมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจิตใจของพ่อแม่ส่วนใหญ่มักตกอยู่ในภาวะวิกฤตเมื่อทราบว่าลูกเป็นเด็กออทิสติก ดังนั้นก็จะเกิดความเครียดขึ้นอย่างมาก พ่อหรือแม่บางรายไม่สามารถเอาชนะความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นซึ่งมีผลต่อการบำบัดลูกของตนเอง ทำให้การพัฒนาการของลูกไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นพ่อแม่หรือผู้ปกครองของเด็กออทิสติกจึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับตัวและปรับภาวะทางอารมณ์ให้เหมาะสม (เพ็ญแข ลิ้มศิลา . 2540)

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยพบว่าความวิตกกังวลของมารดามีผลกระทบต่อนวัตกรรมการดูแลบุตรโดย เด็กสามารถรับรู้อารมณ์ของมารดาได้ไม่ว่าเด็กจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม เนื่องจากความวิตกกังวลของมารดาทำให้กล้ามเนื้อเกร็งตัว การสัมผัสของมารดาก็จะเปลี่ยนไปจากที่เคยเป็นอยู่ ความผิดปกติของการสัมผัส สายตา น้ำเสียงหรืออิริยาบถต่างๆ ของมารดา ทำให้เด็กเกิดความตึงเครียดและกังวลใจไปด้วย(กัญญา ธีรมานตา .2534) และกาซดา (Gazda .1978) พบว่าความวิตกกังวลเป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งที่สำคัญของบุคลิกภาพและจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมหรือลักษณะอื่นๆ ของบุคลิกภาพด้วยทั้งทางบวกและทางลบดังนั้นความวิตกกังวลทางอารมณ์ก็อาจเป็นองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการดูแลบุตรทำให้ทำได้ไม่เต็มที่

นอกจากความวิตกกังวลของบิดามารดาที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการดูแลบุตรแล้วองค์ประกอบที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งในการดูแลช่วยเหลือบุตรคือ ความรู้ของบิดามารดา จากการศึกษาของเอลลิงและ

คณะ (Elling , Whittemore & Green , 1960 : 183) พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ว่ามีโอกาสกลับเป็นไข้รูห์มาติกได้อีกจะให้ความร่วมมือดีทั้งการดูแลให้บุตรรับประทานยาและการพาบุตรมาตรวจตามนัด และยังพบว่า การรับรู้ของมารดาถึงประโยชน์ของการใช้ยารักษามีความสัมพันธ์ทวนกลับกับการดูแลให้บุตรรับประทานยาเพื่อป้องกันการเกิดไข้รูห์มาติกอีกด้วย จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการรับรู้ถึงปัญหาและความรุนแรงของโรครวมถึงประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลและการรักษานั้นมีความเกี่ยวข้องกับการดูแล ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับโรคอหิวาต์ทั้งรับรู้ทางด้านโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค กับรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติและการรักษาของบิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็กน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรอหิวาต์ของบิดามารดา การทำให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองตระหนักถึงอันตราย หรือผลเสียที่จะเกิดต่อบุตร น่าจะเกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมการช่วยเหลือเด็กอันได้แก่การให้ความร่วมมือในการรักษา การเข้าร่วมกิจกรรมการช่วยเหลือต่างๆต่อบุตร การส่งเสริมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุตรเพื่อให้บุตรสามารถช่วยเหลือตนเอง และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามอัธยาศัย

จากเอกสารงานวิจัยที่กล่าวมาแล้ว พบว่า เมืองค์ประกอบทางด้านครอบครัวหลายประการที่มีผลต่อการดูแลบุตร ดังที่คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเรื่องการศึกษาและอบรม(2526 :27) ได้กล่าวไว้ว่า ครอบครัวที่มีลักษณะและโครงสร้างแตกต่างกันจะมีวิธีการเลี้ยงดูบุตรหลานไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจ และความเอื้ออำนวยในด้านต่างๆ และวิธีการอบรมเลี้ยงดูที่แตกต่างกันนี้ จะมีผลให้เด็กมีพฤติกรรมและลักษณะทางจิตใจที่ไม่เหมือนกันด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจว่าการรับรู้ของผู้ปกครองในเรื่องโรคอหิวาต์ ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิวาต์ และลักษณะของครอบครัวด้านการทำหน้าที่ของครอบครัว จะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรหรือไม่ อย่างไร

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก กับ ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก การรับรู้ของผู้ปกครองเรื่องออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว และการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก
2. เพื่อค้นหาว่าตัวแปร ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก การรับรู้ของผู้ปกครองเรื่องออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว และการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก ตัวแปรใดสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

ความสำคัญของการวิจัย

ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อที่จะเป็นแนวทางในการวางแผนการรักษา ให้ความช่วยเหลือและแนะแนวทางในการช่วยเหลือบุตรที่เป็นออทิสติก ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในแผนการรักษาและการช่วยเหลือเด็กที่เป็นออทิสติกต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ปกครองของเด็กออทิสติกอายุระหว่าง 2-7 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นออทิสติกแล้วมารับการบำบัดและกระตุ้นพัฒนาการที่สถาบันพัฒนาการพิพิพรรณ กรุงเทพมหานคร ในเดือน สิงหาคม พ.ศ 2547 จำนวน 130 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรทำนาย คือ ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก
การรับรู้ของผู้ปกครองเรื่องออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว และ
การอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก
ตัวแปรเกณฑ์ คือ พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **เด็กออทิสติก** หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการที่ผิดปกติ ส่งผลกระทบต่อการสื่อสาร ทั้งทางวาจาและท่าทาง รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อาการดังกล่าวปรากฏก่อนอายุ 30 เดือน และมีผลกระทบในทางลบต่อการศึกษามากกว่าเด็กลักษณะอื่นที่ปรากฏ คือ การกระทำกิจกรรมซ้ำๆ หรือมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ต่อต้าน การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม เช่น กิจกรรมประจำวัน และตอบสนองที่ไม่ปกติต่อประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสต่างๆ

2. **พฤติกรรมดูแลบุตรออทิสติก** หมายถึง การปฏิบัติที่ผู้ปกครองกระทำต่อบุตรออทิสติกในเรื่องเกี่ยวกับการช่วยเหลือ การสนับสนุนส่งเสริม และการอำนวยความสะดวก ต่อบุตรออทิสติก ประกอบด้วย การปฏิบัติที่กระทำต่อบุตรออทิสติกในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แก่ การอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การดูแลช่วยเหลือทางด้านพัฒนาการ การส่งเสริมสุขภาพตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนการรักษาของแพทย์

3. **ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก** หมายถึง ความรู้สึกของบิดาหรือมารดาที่มีต่อหน้าที่รับผิดชอบดูแลเด็กที่เป็นออทิสติกโดยมีความรู้สึก เนื่องจากความกลัว ความหวาดหวั่นหรือความไม่สบายใจถึงเครียด ซึ่งเกิดจากความรู้สึกนึกคิด หรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับบุตรที่เป็นออทิสติก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกว่ามีสภาพจิตใจถูกรบกวน ถูกคุกคาม และเกิดความรู้สึกอึดอัดใจ รู้สึกว่าขาดความมั่นคง ปลอดภัย ซึ่งผู้ที่อยู่ในภาวะนี้จะไม่สามารถบ่งชี้ชัดเจนว่าอะไรเป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกเช่นนี้ โดยความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก สามารถจำแนกเป็น

3.1 ทางด้านร่างกาย

3.2 ทางด้านอารมณ์

3.3 ทางด้านพฤติกรรม

ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกวัดได้จาก แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. **การรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก** หมายถึง ความเข้าใจของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกต่อโรคออทิสติกประกอบด้วย 2 ด้านคือ

4.1 **ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก** หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกในเรื่องเกี่ยวกับโรคออทิสติกทั้งในด้าน ความรู้ในเรื่องลักษณะอาการของเด็กที่มีแนวโน้มจะเป็นเด็กออทิสติก ความรุนแรงของโรคออทิสติกว่ามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตัวเด็กเอง ครอบครัว หรือสังคมอย่างไร หรือโรคนี้นำไปสู่ภาวะพิการอย่างไร และรวมถึงความรู้ ความเข้าใจในเรื่องอาการของเด็กออทิสติก

4.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก ในเรื่องเกี่ยวกับโรคออทิสติกทั้งในด้านการดำเนินชีวิตของเด็กออทิสติก ประโยชน์หรือผลที่ได้รับจากการกระทำกิจกรรมต่างๆเพื่อป้องกันภาวะรุนแรง รวมทั้งอุปสรรคต่างๆ อาทิ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลา เป็นต้น ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้มีผลในการขัดขวาง หรืออำนวยความสะดวกต่อการกระทำเพื่อป้องกันอาการรุนแรง และการรักษาด้วย

5. การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว จากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory (CFI) ของ อุมพร ตรังคมบัติ โดยแบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่

5.1 การแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวสามารถดำเนินต่อไปได้ และมีการปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 การสื่อสาร หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทั้งการสื่อสารโดยใช้คำพูด (Verbal Communication) และการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (Nonverbal Communication) ได้แก่ การแสดงสีหน้า ท่าทาง

5.3 บทบาท หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันและกันเป็นประจำ

5.4 การตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันได้อย่างเหมาะสม ทั้งทางด้านคุณภาพและปริมาณ ทั้งอารมณ์ในภาวะปกติและอารมณ์ในภาวะวิกฤติ

5.5 ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ระดับความผูกพัน ความห่วงใยที่สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีต่อกัน รวมถึงการแสดงออกถึงความสนใจ และเห็นคุณค่าของกันและกัน

5.6 การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

6. การอยู่ร่วมกันของบิดา มารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก หมายถึง ลักษณะของครอบครัวของเด็กออทิสติก จำแนกเป็น 2 ประเภท

6.1 บุตรอยู่ร่วมกับทั้งบิดาและมารดา

6.2 บุตรอยู่ร่วมกับบิดา หรือ มารดา หรือ ญาติ

สมมุติฐานในการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก มีความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก การรับรู้ของผู้ปกครองเรื่องออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว และ การอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. มีตัวแปรอย่างน้อย 1 ตัว ที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคออทิสติก
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล
4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว
5. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรออทิสติก

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคออทิสติก

1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคออทิสติก

1.1.1 ประวัติของโรคออทิสติก

โรคนี้มีมานานแล้ว ทั้งนี้จากรายงานของนักวิทยาศาสตร์ชาวฝรั่งเศส เจ.เอ็ม.จี ไอทาร์ด (J.M.G. Itard) ในปี 1799 ซึ่งเขียนเรื่องราวของเด็กชาย อายุ 12 ปี ชื่อ วิกเตอร์ ในหนังสือ " The Wile Boy of Avugron " ผู้ซึ่งอาศัยอยู่ตามชายป่า และมีความผิดปกติทางพฤติกรรมมากมาย โดยเฉพาะเรื่องภาษา และการเรียนรู้ นอกจากนี้ในปี 1919 ได้มีหนังสือที่เขียนถึง เรื่องราวของเด็กชาย ดอน อายุ 2 ขวบ 7 เดือน ซึ่งมีความบกพร่องในการรับรู้ การใช้ภาษา แยกตัว และมีพฤติกรรมแปลกๆ โดยนักจิตวิทยา ชาวอเมริกัน ชื่อโลเนอร์ วิทเนอร์ ซึ่งเรื่องราวจากหนังสือนี้ได้กระตุ้นให้ผู้สนใจในเด็กกลุ่มนี้มากขึ้น

ในปี 1934 มีบทความเขียน โดย อูเกน บูลเลอร์ (Eugen Bleuler) กล่าวถึงลักษณะเด็กที่มีอาการขาดการติดต่อกับผู้อื่น หันเข้าหาตนเองและไม่แยแสต่อโลกภายนอกและตั้งชื่อว่า " Autism " ซึ่งมาจากรากศัพท์ ภาษากรีก ว่า Auto แปลว่าตนเอง (Self) (เพ็ญแข ลิ้มศิลา . 2537: 277)

ปี 1940 – 1944 ศาสตราจารย์ ฮานส์ แอส เพอเกอ (prof. Hans Asperger) จิตแพทย์ชาวเยอรมัน ได้กล่าวถึงกลุ่มของเด็ก ออทิสติก ที่มีสติปัญญาดี พูดได้ แต่ก็มีสิ่งผิดปกติในน้ำเสียง (Tone) และมีการแสดงออกที่ผิดปกติ (Abnormal expression) มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ไม่สบตาคน มองดูอะไรไปเรื่อยๆบางครั้งดูเหมือนมองทะลุตัวบุคคลไป เขาเรียกเด็กพวกนี้ว่า " Asperger's Syndrome " เข้าไว้ในกลุ่มเด็กออทิสติก เช่นเดียวกัน

ขณะเดียวกันในปี 1943 (พ.ศ 2486) หรือเมื่อ 50 ปีมาแล้ว ศาสตราจารย์แคนเนอร์ (Dr. Leo Kanner) เป็นคนแรกที่ได้รวบรวมลักษณะอาการเฉพาะโรค โดยจัดกลุ่มโรคนี้ไว้เป็น เด็ก พิเศษกลุ่มหนึ่งและแยกโรคนี้ออกจากกลุ่มโรคของเด็กที่มีความพิการอย่างรุนแรง (Severe mentally handdicapped children) หลังจากนั้นก็มีคนสนใจเรื่องนี้เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ

ประมาณ 20 ปี ต่อมา ในปี ค.ศ 1962 (พ.ศ 2505) ได้มีการจัดตั้งสมาคมของพ่อแม่ นักวิชาการ หรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับเด็กออทิสติกในประเทศอังกฤษ และประเทศต่างๆในทวีป อเมริกา และยุโรป (วินัดดา ปิยะศิลป์ . 2537 : 12) โดยคนกลุ่มนี้ทำงานอย่างกว้างขวางในการรวบรวมปัญหา รวบรวมข้อมูลทางการแพทย์ และการศึกษาค้นคว้าต่างๆให้บริการแก่ครอบครัวที่เพิ่งค้นพบว่าลูกเป็นโรคและยังพยายามให้ความรู้กระจายออกสู่บุคคลทั่วไป

ในประเทศไทย ไม่มีประวัติว่าพบเด็กออทิสติกเมื่อใด แต่มีโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยทางจิตเวชเด็ก คือโรงพยาบาลลำโรง ซึ่งตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ 2506 และได้รับอนุมัติจากกระทรวงสาธารณสุขให้เปลี่ยนชื่อเป็น " โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ " เมื่อ พ.ศ 2519 และปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวที่รักษาเด็กออทิสติกอย่างจริงจัง

1.1.2 คำจำกัดความ

ออทิสซึม (Autism) มาจากรากศัพท์ ภาษากรีกว่า Auto แปลว่าตนเอง (self) หมายถึง การขาดการติดต่อกับผู้อื่น หันเข้าหาตนเอง และไม่แยแสต่อโลกภายนอก และยังมีนักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายของออทิสซึมไว้ ดังนี้

เพ็ญแข ลิมศิลา (2537 : 276) กล่าวว่า ออทิสซึม หรือเด็กออทิสติก คือเด็กที่มีความผิดปกติทางด้านการพัฒนาการอย่างรุนแรง โดยเฉพาะพัฒนาการทางด้านการสื่อสารภาษาและพัฒนาการทางด้านการรับรู้ และสังคม

แมกซีน ฟิลด์ (Maxine Field .1990 : 710) กล่าวว่า เด็กออทิสติกเป็นเด็กที่มีพฤติกรรมแบบจำเพาะแสดงออกทางด้านการพัฒนาการที่ผิดปกติ และพบได้ในช่วงแรกของชีวิต (ก่อนอายุ 30 เดือน)

จิตติวัฒน์ พุกจินดา (อ้างจาก เพ็ญแข ลิมศิลา .2537 : 19) กล่าวว่า ออทิสซึม (Autism)คืออาการของโรคทางจิตเวชเด็ก ซึ่งมีความผิดปกติทางพฤติกรรมแบบจำเพาะ สำหรับเด็ก ออทิสติก (autistic children) คือเด็กที่มีอาการ ออทิสซึม เด็กพวกนี้จะมีพฤติกรรมผิดปกติแบบจำเพาะ คือมีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม ไม่สามารถควบคุมอารมณ์สูญเสียด้านการสื่อความหมาย ทั้งด้านการพูด และภาษาท่าทาง ขาดจินตนาการ มีการกระทำและสนใจซ้ำซาก แต่เด็กเหล่านี้มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อปกติ

วินัดดา ปิยะศิลป์ (2537 : 10) กล่าวว่าโรคออทิสซึม คือ โรคที่มีความผิดปกติใน พัฒนาการของเด็กมีความย่อหย่อนของประสาทการรับรู้ และด้อยในพัฒนาการทางภาษา และแยกตัว ออกจากสังคม ความย่อหย่อนนี้จะขัดขวางหรือแปลผลข้อมูลที่รับรู้จากสายตา การได้ยิน และประสาท สัมผัสอื่นๆผิดพลาดจากปกติ มีผลต่อพัฒนาการทางการพูด และสื่อสารอย่างมาก

ส่วนองค์การอนามัยโลก เขียนไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรม แบบจำเพาะ ซึ่งปรากฏให้เห็นได้ในระยะแรกของชีวิตก่อนอายุ 30 เดือน พฤติกรรมที่ผิดปกตินั้นเป็น ความบกพร่องเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม ภาษาการสื่อความหมาย และการใช้จินตนาการ ในการเล่น

จากความหมายของ ออทิสซึม ดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ออทิสซึม เป็นโรคที่ทำให้ เด็กมีพัฒนาการที่ผิดปกติ ส่งผลกระทบต่อการสื่อสาร ทั้งทางวาจาและท่าทาง รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ทาง สังคม อาการดังกล่าวปรากฏก่อนอายุ 30 เดือน และมีผลกระทบในทางลบต่อการศึกษาของเด็ก ลักษณะอื่นที่ปรากฏ คือ การกระทำกิจกรรมซ้ำๆ หรือมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ต่อต้าน การเปลี่ยนแปลง ของสภาพแวดล้อม เช่น กิจวัตรประจำวัน และตอบสนองที่ไม่ปกติต่อประสบการณ์ทางประสาทสัมผัส ต่างๆ

1.1.3 ลักษณะของเด็กออทิสติก (เพ็ญแข ลิ้มศิลา.2537 : 364)

ลักษณะของออทิสซึม (Autism) หรือเด็กออทิสติก (Autistic child) คือ เด็กที่มี ความผิดปกติทางด้านพัฒนาการเกี่ยวกับ สังคม อารมณ์ และการสื่อสารอย่างรุนแรง อาจจะมีหรือไม่ มีปัญญาอ่อนร่วมด้วยก็ได้ เราจะสังเกตลักษณะเด็กได้ตั้งแต่แรกเกิด คือ เด็กพวกนี้จะมีลักษณะเงียบ เฉยจนดูเหมือนตุ๊กตาที่มีชีวิต แต่ไม่มีจิตใจและอารมณ์ ไม่เรียกร้องอะไรทั้งสิ้น ไม่ว่าจะหิว หรือถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะออกมาเปียกและเลอะเทอะก็ไม่ร้อง ดูเสมือนว่าเป็นเด็กเลี้ยงง่าย ให้ดูก็ดูดีไม่ให้ดูก็ ไม่ร้องหิวเลย แต่อาจจะร้องดังเหมือนเจ็บปวดตกใจกลัว กรีดร้องเสียงดังอยู่ได้นานหลายชั่วโมง โดยไม่ มีสาเหตุ นอนหลับได้เพียงระยะสั้นๆ หรืออดนอนได้ถึง 2-3 วัน โดยไม่มีลักษณะอ่อนเพลีย จะแสดง อาการไม่พอใจ โกรธโดยการกรีดร้องเสียงดังถ้าเด็กถูกอุ้ม ป้อนอาหาร อาบน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อม หรือแต่ง ตัวให้ แต่เด็กเหล่านี้จะมีพัฒนาการทางด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ได้ดี สามารถ นั่ง คลาน ยืน ได้ตามวัย เหมือนเด็กปกติ นอกจากในรายที่ตรวจพบว่ามีปัญญาอ่อนร่วมด้วยก็จะล่าช้าได้

เมื่อโตขึ้นมา อายุประมาณ 2-3 เดือน เราจะเริ่มสังเกตได้ว่า เด็กจะขาดความสนใจใน บุคคล แม้ว่าจะมีคนมาพูดคุย หรือเล่นด้วย เด็กก็จะเฉยเมย ไม่ยิ้ม ไม่ส่งเสียงโต้ตอบ แต่เด็กอาจจะทำ เสียงขึ้นเองตามลำพัง และส่งเสียงอยู่คนเดียวได้นานๆ

เมื่ออยู่ในขวบปีแรก อาการจะยิ่งชัดขึ้น เช่น เมื่ออุ้มเด็กนั่งตัก เด็กพวกนี้จะนั่งเฉยๆ ไม่ มีปฏิกิริยาโต้ตอบใดๆทั้งสิ้น แม้จะจ๊ะเอ๋หรือแขน ไม่หันตามเมื่อเรียกชื่อ พูดออกเสียงเป็นคำๆไม่ได้ แต่

บางครั้งเด็กจะแสดงท่าทางรับรู้ต่อการรับรู้ประสาทรับความรู้สึก เช่น การเคาะบนพื้นเด็กชอบจ้องมองแสงสว่างจ้า เช่น มองพระอาทิตย์ได้นานๆ แต่บางคนกลัวสิ่งที่ไม่น่ากลัว เช่น กลัวหลอดไฟที่ไม่มีโคมบังกลัวสีบางสี แต่ไม่กลัวในสิ่งที่น่ากลัว เช่น วิ่งไปนอกถนนเพื่อดูป้ายทะเบียนรถแล้วมาบันทึก เป็นต้น

เด็กออทิสติกที่ไม่มีปัญญาอ่อนร่วมด้วย ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมก่อนอายุ 5 ปี จะกลายเป็นบุคคลปัญญาอ่อนไปในที่สุด แต่ถ้าได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่อายุก่อน 5 ปี เด็กเหล่านี้จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนเด็กปกติที่มีคุณภาพต่อไป เพราะเด็กเหล่านี้เป็นคนที่มีความตั้งใจสูง พุศุขไม่เป็น เป็นคนเหมือนไร้เดียงสา ดังนั้นถ้าเราสามารถสอนเขาไปในทางที่ดี สังคมเราจะได้อีกคนเพิ่มขึ้นอีกคนหนึ่งทีเดียว

1.1.4 สาเหตุในการเกิดโรคออทิสติก

สาเหตุที่แท้จริงของโรคออทิสติก ยังไม่มีผลสรุปที่แน่นอน กล่าวคือ ยังไม่พบสาเหตุที่แท้จริง ยังต้องศึกษาค้นคว้าวิจัยต่อไป แต่ปัจจุบันเชื่อว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับความผิดปกติบางอย่างในสมอง (วินัดดา ปิยะศิลป์ . 2537 : 24 , เพ็ญแข ลิ้มศิลา . 2537 : 368) และมีหลักฐานสนับสนุนดังเช่น การศึกษาของโทมัส แอล เคมเปอร์ (Thomas L Kemper) (เพ็ญแข ลิ้มศิลา . 2537 : 1-4) ศาสตราจารย์ทางระบบประสาทด้านพยาธิวิทยา และกายวิภาคศาสตร์ที่คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย บอสตัน ได้ศึกษาค้นคว้าร่วมกับ มากาเร็ต แอล บูแมน (Margaret L. Bauman) ซึ่งเป็นแพทย์ประจำอยู่ที่ Massachusetts General Hospital ตั้งแต่ปี 1975 แต่เนื่องจากหาสมองของคนมาศึกษายากมาก จนปี 1984 จึงได้สมองชายอายุ 29 ปี เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ออทิสติก ทั้งสองท่านได้ทำการผ่าตัดสมองออกเป็นแผ่นบางๆ 3000+ แผ่น แต่ละแผ่นหนา 35 ไมครอน (1/20 ของความหนาของเส้นผม) เปรียบเทียบกับสมองของคนปกติ ผลคือ มองไม่เห็นความแตกต่าง ทั้งสองท่านจึงต้องนับจำนวนเซลล์ พบว่าสมองของคนที่เป็นออทิสติกมีความผิดปกติ 2 แห่ง คือ ส่วนของริมหรือขอบสมอง (Limbic system) และส่วนของสมองด้านหลัง (Cerebellum) ซึ่งส่วนของ Limbic System ทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับด้านความจำ อารมณ์ การเรียนรู้ และแรงจูงใจสู่จุดมุ่งหมายที่พบคือ เซลล์บริเวณนี้มีลักษณะเล็กมาก จำนวนเซลล์มากกว่าคนปกติ มองเห็นเบียดกันแน่น สำหรับส่วน Cerebellum ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวอย่างผสมผสาน (Coordination) จำนวนเซลล์ลดลง มีช่องว่างระหว่างเซลล์มาก มองเห็นเซลล์อยู่กันอย่างกระจัดกระจาย ลักษณะเซลล์เป็นเซลล์ที่ยังไม่พัฒนาเช่นเดียวกัน ต่อมาได้ทำการศึกษาอีก 4 ราย ผลสรุปได้เหมือนกัน Bauman และคณะจึงสรุป กระบวนการเกิดพฤติกรรมที่ผิดปกติในออทิสซึม น่าจะเกิดขึ้นก่อนที่ทารกคลอด เนื่องจากส่วน Limbic System และ Cerebellum มีเซลล์อ่อนขนาด 30-32 สัปดาห์ (7-8 เดือน) ซึ่งเป็นผลแสดงว่าความผิดปกติ และความบกพร่องของสมองเด็กออทิสติกนั้นน่าจะพบได้ก่อนที่จะมีการพัฒนาการทางด้านพฤติกรรม การรับรู้ การจดจำ และความผิดปกติของสมองดังกล่าวมา

ส่วนสัมพันธ์กับการที่เด็กออทิสติกมีความบกพร่อง ในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสื่อความหมาย อารมณ์ และการเรียนรู้ตนเอง

1.1.5 ปัจจัยส่งเสริม

1.1.5.1 ทางด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม (Social Environment)

- สภาพของครอบครัวไม่อบอุ่น
- บิดา-มารดามีบุคลิกภาพที่เปราะบาง
- ครอบครัวแตกแยก
- ความตึงเครียดในครอบครัว
- ได้รับการกระตุ้นสนับสนุนที่ผิดๆ
- ลักษณะของการติดต่อสื่อสารในครอบครัวที่ผิดๆ
- บิดา-มารดาที่ห่างเหินบุตร (refrigerator parents)

1.1.5.2 ทางกรรมพันธุ์ (Genetics)

- พบว่ามีปรากฏในกลุ่มพี่น้อง พบว่า 1 : 50
- พบว่ามีการพบในแฝดไข่ใบเดียวกัน และไข่คนละใบ
- ยีน X เปราะบาง (fragile X)

1.1.5.3 ทางระบบประสาท (Neurological Factors)

- มารดาเป็นหัดเยอรมัน (maternal rubella)
- เด็กขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (anoxia during birth)
- เด็กเป็นสมองอักเสบ (Encephalitis)
- มีอาการชักในวัยเด็ก (Infantile spasms)

1.1.6 อุบัติการณ์

พบว่าเด็กออทิสซึมในต่างประเทศโดยเฉพาะประเทศอังกฤษ เดนมาร์ก สหรัฐอเมริกา มีจำนวน 4-5 คน ในเด็กที่เกิด 10,000 คน

เด็กชาย : เด็กหญิง = 4.5 : 1

ในประเทศไทยได้ศึกษาเด็กออทิสติกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทฯ ตั้งตั้งแต่ปี

พ.ศ 2517-31 จำนวน 227 คน

เด็กชาย : เด็กหญิง = 3.3 : 1 (เพ็ญแข ลิมศิลา . 2537 : 265)

1.1.7 การพยากรณ์โรค

ขึ้นอยู่กับระดับ IQ และถ้าเด็กได้รับการช่วยเหลือจนสามารถพูดได้ก่อนอายุ 5 ปี หรือได้รับการกระตุ้นทางพัฒนาการทางภาษา การสื่อความหมายได้ดีในระยะก่อนวัยเรียนการพยากรณ์โรค จะอยู่ในเกณฑ์ดี

ร้อยละ 20 อยู่ในเกณฑ์ดี (good social adjustmet)

ร้อยละ 20 อยู่ในเกณฑ์พอใช้ (fair adjustment)

ร้อยละ 60 จะมีความพิการรุนแรง (severe handicap) ซึ่งในกลุ่มนี้จะพบว่า เด็กมีปัญญาอ่อนด้วยและมีภาวะชัก (epilptic seizures) ในวัยรุ่นด้วย (เพ็ญแข ลิมศิลา.2537:280)

1.1.8 การแสดงออกทางพฤติกรรมของเด็กออทิสติก (เพ็ญแข ลิมศิลา .2537 : 3-6)

ก. พฤติกรรมทางด้านสังคม และไม่สามารถมีปฏิริยาต่อสัมพันธภาพของบุคคล

1) แสดงพฤติกรรมไม่สนใจใคร เช่น

1.1) เด็กจะแสดงอาการเฉยเมย ไม่สนใจใคร ทำเสมือนว่าเขาอยู่คนเดียว บางครั้งมารดาต้องให้เมื่อเล่าประวัติ เด็กไม่มีปฏิริยารับรู้ใดๆทั้งสิ้น

1.2) มีการกระทำต่อบุคคลหรือสิ่งมีชีวิตอื่นคล้ายสิ่งของ ไม่รู้ความแตกต่างระหว่างสิ่งมีชีวิตและสิ่งไม่มีชีวิตเช่น เมื่อเด็กกำลังเล่นรองเท้าของเขาอยู่คนเดียว โดยการยกขึ้นดม กัด และหมุนเล่นไปมา เมื่อเราเอาลูกบอลเล็กๆเข้าไปให้เขาเล่น เพื่อทดแทน การเล่นรองเท้า นอกจากเขาไม่สนใจลูกบอลแล้ว เขายังทำหน้าเฉยเมย และลุกขึ้นมือหนึ่งถือลูกบอลอีกมือหนึ่งดึงมือผู้ให้ลูกบอลจุดเดินออกไปจากที่เขานั่งเล่น แล้วทิ้งลูกบอลและปล่อยมือผู้ให้ลูกบอลอย่างแรง เสมือนกับขว้างของทิ้ง พร้อมกับวิ่งไปเล่นรองเท้าเหมือนเดิม พฤติกรรมนี้เสมือนกับเขารู้สึกว่าบุคคลเป็นสิ่งของเขาไม่ต้องการเขาก็โยนทิ้งไป พฤติกรรมเช่นนี้อันตรายมาก ถ้าเด็กไปเล่นกับสุนัขหรือแมวที่มีชีวิตเพราะเด็กจะพยายามดึงหู จิกปาก ดึงหาง ดึงขา ดึงขน จนกระทั่งบางรายเด็กไปกัดจมูกหรือหูสุนัข ถ้ามันกลัวก็ตีไป ถ้ามันสู้แล้ว อันตรายเกิดกับเด็กแน่นอน

1.3) ไม่สามารถมีปฏิริยาต่อสัมพันธภาพของบุคคล เช่น ถ้ากอดเด็ก เด็กจะกอดตอบไม่เป็นหรืออ้อมเด็ก เด็กจะทำตัวแข็งแ่นไปมา ทำให้รู้สึกว่าเด็กตัวหนักมากกว่าที่ควร เนื่องจากเด็กไม่มีปฏิริยาตอบสนอง เด็กจะทำหน้าตาเฉยเมย และไม่รู้จักเอามือโอบกอดคอผู้อ้อมได้เหมือนเด็กปกติที่ป้องกันไม่ให้ตนเองตกลงมา

2) แสดงพฤติกรรมไม่รู้ร้อนรู้หนาว และไม่รู้จักช่วยตัวเองจากอันตรายต่างๆ เช่น เด็กออทิสติกถูกเด็กคนอื่นตี กัด หรือจิกผม เด็กไม่สามารถปกป้อง หลีกเหลี่ยงหรือได้ตอบโต้ บางคนจะเฉยเมย บางคนจะร้องและส่งเสียงไม่เป็นภาษา เด็กบางคนถูกมดแดงกัดเต็มเท้า ก็ทำเสมือนไม่รู้สึเจ็บ

ปวดเลย จะยืนเฉย และไม่สามารถปีนออกมาจากเก้าอี้ได้ เด็กบางคนเปิดลิ้นชัก และถูกหนีบนิ้วมือไว้ ก็ไม่สามารถดึงนิ้วมือออกเองได้ จะร้องแต่ ซี้ดๆๆ จนกว่าจะมีคนไปช่วยดึงออก เด็กกลุ่มนี้ควรระวังอันตราย และต้องอยู่ใกล้ชิดตลอดเวลา เพราะเด็กออทิสติกบางคน ชอบกัดเด็กออทิสติกที่อยู่ด้วยกัน ซึ่งก็ยอมให้ถูกกัดอยู่อย่างนั้นจนกว่าผู้ดูแลจะไปช่วยเหลือ ต้องระวังแม้กระทั่งอาหารถ้าร้อนจัดไม่ควรวางให้เด็ก เด็กสามารถรับประทานได้แม้จะร้อน จนทำให้ปากพองได้

3) ไม่สามารถลอกเลียนแบบการกระทำของคนอื่นได้ เช่น การโบกมือ บ้ายบาย ถ้าสอนซ้ำๆ เด็กอาจลอกเลียนแบบได้โดยการกระทำที่ผิดแปลกไปกว่าปกติ คือในเด็กปกติจะทำท่า "บ้ายบาย" โดยหันฝ่ามือออกนอกตัวแล้วโบกไปมาแต่เด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะทำท่าหันฝ่ามือเข้าหาตัว โดยที่นิ้วมืออาจชี้ขึ้นบนหรือชี้ล่าง บางรายจะหันฝ่ามือออกด้านนอกแต่นิ้วมือชี้ลงล่างหรือในกาสะจูบ เด็กออทิสติกมักชอบเอาหลังมือแตะปากเมื่อสอนให้เขายิ้มหรือหัวเราะ เด็กจะยิงฟันแล้วต้องเอามือแตะฟันของเขาเองทุกครั้ง เพื่อให้รู้ว่าทำตามได้แล้ว

4) เด็กออทิสติกจะเล่นกับใครไม่เป็น แม้จะเป็นการเล่นอย่างง่ายๆ เช่น การโยนบอลและรับบอลกับเพื่อน เด็กไม่เคยได้เตะลูกบอล จึงรู้สึกไม่พอใจ จะวิ่งไปแย่งลูกบอลมากอดไว้คนเดียว โดยไม่ยอมให้ใครได้เตะลูกบอลอีกเลย บางคนอยากเล่นกับเพื่อน เช่น เห็นเพื่อนเล่นโดมิโนกันอยู่ เด็กจะตรงเข้าไปแย่งตัวโดมิโนมาแล้ววิ่งหนี เพื่อให้เพื่อนวิ่งตามจนเพื่อนโมโหหมดใจเด็ก เด็กจะหัวเราะชอบใจนี้กว่าเพื่อนเล่นด้วย

5) ไม่สนใจที่จะมีเพื่อน ไม่สามารถผูกมิตรกับใคร ขาดความสนใจการมีปฏิสัมพันธ์ในด้านสังคมกับเด็กอื่นๆเช่น กระตุ้นเด็กออทิสติก 5 คน ในวัยเดียวกัน โดยการนำเด็กให้ร่วมทำกิจกรรมกลุ่มง่ายๆ ด้วยการให้โยนลูกบอลให้แกกันเป็นวงกลม เมื่อผู้ดูแลผลະตัวออกไปภายใน 1 นาที เด็กจะผลະออกจากกันคนละทิศละทาง แต่ละคนจะไปแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติในการเคลื่อนไหวที่ชอบทำเป็นประจำเมื่ออยู่ในโลกของตัวเอง แตกต่างกันไป โดยไม่สนใจใครเลย

ข. พฤติกรรมทางด้านการสื่อสาร ทั้งด้านการพูด (verbal) และการไม่ใช้คำพูด (Nonverbal) รวมทั้งไม่สามารถมีจินตนาการในการเล่นได้

1) ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมสื่อความหมายได้เลย เช่น ไม่มีการส่งเสียง อือออ ไม่มีการแสดงออกทางใบหน้า เช่น แสดงถึงการโกรธ การพอใจด้วยการยิ้มหรือหัวเราะ ไม่สามารถสื่อความหมายด้วยท่าทางได้เหมือนเด็กหูหนวก หรือเป็นใบ้ ถ้าเด็กออทิสติกต้องการอะไรมักจะดึงมือผู้ที่อยู่ใกล้เคียงไปทำให้ เช่น ถ้าเด็กต้องการเปิดประตู ก็จะดึงมือผู้ที่อยู่ใกล้ไปที่ลูกบิดประตูเท่านั้น ไม่สามารถแสดงอาการลอกเลียนแบบได้ในการพูด และไม่สามารถสื่อสารในการพูดได้

2) การสื่อความหมายที่ไม่ใช้คำพูดนั้น มีความผิดปกติอย่างชัดเจน เช่น เด็กไม่มีการสบตากับบุคคลทั่วไป (eye to eye gaze) เด็กจะใช้การมองผ่านไปจนดูเหมือนตาแกว่งไปมา

(eye dancing) หรือบางคนจะจ้องตาตอบแต่ลักษณะเป็นแบบมองทะลุทะลวง (see through) ถ้าสังเกตให้ดีจะพบว่าม่านตาของเด็กจะหดและขยายไปมา คล้ายกับการปรับเลนส์ของกล้องถ่ายรูป หรือเด็กบางคนต้องการจะสบตากับบุคคล โดยการมองไปด้วยตาที่เอียงไปด้านข้าง ไม่หันหน้าตรงกับหน้าของบุคคลที่เด็กต้องการจะสบตา ลักษณะคล้ายการขำเลียงจนเด็กออกทิสติกบางรายตาเหล่ไป (squint eye) เด็กออกทิสติกจะมีใบหน้าเฉยเมย ไม่สามารถแสดงออกทางสีหน้าได้ เมื่อมีอาการโกรธ พอใจหรือไม่พอใจ มีการแสดงออกกิจกรรม หรือท่าทีที่ผิดปกติ ขณะที่ปฏิบัติกิจทางด้านการสังคม เช่น ถ้าได้อุ้มเด็กออกทิสติก ไม่ว่าอายุเท่าใด เด็กจะทำตัวแข็งและแน่นไปมาไม่มีปฏิริยาสนองตอบโดยการกอดตอบ หรืออาการที่แสดงว่ากลัวจะตกจากการอุ้ม แม้แต่ผู้อุ้มทำท่าที่จะปล่อยมือเด็กก็จะเฉยเมย เด็กออกทิสติกจะไม่มองบุคคลไม่เข้าไปทักทาย ไม่ยิ้มแย้มตอบ ไม่สามารถทักทายพ่อแม่หรือบุคคลที่อยู่ใกล้เคียง เคยมีเด็กออกทิสติกหลายรายที่พลัดหลงจากพ่อแม่ขณะพาออกนอกบ้าน เด็กจะยอมให้คนที่ไม่รู้จักอุ้มได้อย่างหน้าตาเฉย จึงไม่ปรากฏว่าเด็กออกทิสติกหายเพราะผู้ที่อุ้มไปจะรีบไปส่งให้ตำรวจหรือปล่อยวางไว้จนผู้ปกครองตามจนพบ

3) เด็กออกทิสติกจะขาดจินตนาการในการเล่น เด็กปกติวัย 3 ขวบขึ้นไป สามารถเลียนแบบผู้ใหญ่ได้ เช่น การทำกับข้าว การขายของ การเล่นเป็นครอบครัว มีพ่อแม่ลูก เป็นต้น แต่เด็กออกทิสติกจะเล่นโดยการสมมติไม่เป็น เช่น เล่นละครสมมติไม่เป็น เช่น เล่นละครสมมติให้เป็นสัตว์ต่างๆ การสร้างมโนภาพในการฟังนิทาน หรือการเล่นนิทานเด็กจึงไม่สนใจในการฟังนิทานที่เกี่ยวกับการสร้างจินตนาการ ฉะนั้นการสอนหรือการเล่นนิทานให้เด็กออกทิสติกฟังควรใช้แบบรูปธรรม เช่น การเชิดหุ่น หรือการเล่นละครโดยใช้ตัวละครจริง มีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นชัดเจน เช่น ในการเล่น โดยใช้ท่อนไม้เล็กๆ มาต่อกันและสมมติว่าเป็นรถไฟกำลังวิ่งโดยทำให้เคลื่อนที่ไป เด็กออกทิสติกจะแสดงท่าทางงุนงง และบอกเป็นเสียงเดียวกันว่า ไม่ใช่รถไฟหรอก นี่มันเป็นไม้

4) มีความผิดปกติอย่างชัดเจนในการเปล่งเสียงพูดเกี่ยวกับความต้องการของเสียง (volume) ระดับเสียง (pitch) เสียงเน้น (stress) ความเร็วช้า (rate) จังหวะ (rhythm) และเสียงสูงต่ำ (intonation) ซึ่งจะได้เห็นได้ชัดเจน เด็กออกทิสติกหลายคนมีเสียงในระดับเดียวกัน (monotonous) บางคนจะทำเสียงสูงต่ำคล้ายเสียงดนตรี หรือในบางคนจะมีการพูดที่มีระดับเสียงสูงอย่างเดียว

5) มีความผิดปกติอย่างชัดเจนในรูปแบบและเนื้อหาของการพูด พูดซ้ำซากวนไปวนมาอย่างเดิม พูดเลียนแบบทันที (immediate echolalia) เช่น ถามว่า "หนูชื่ออะไร" พูดเลียนแบบโดยการจดจำจากโทรทัศน์ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบของการโฆษณาที่เด็กชอบดู หรือเลียนแบบเสียงจากภาพยนตร์การ์ตูนต่างๆ จนคุณพ่อของเด็กออกทิสติกคนหนึ่งมีอาชีพเป็นกัปตันขับเครื่องบิน คิดไปว่าลูกชายของตนเป็นมนุษย์ต่างดาวมาเกิด เนื่องจากเด็กพูดได้ต่อเนื่องกันยาวมากแต่เป็นภาษาของตนเอง ที่ลอกเลียนมาจากมนุษย์ต่างดาวที่เด็กชอบดูจากโทรทัศน์นั่นเอง เด็กบางคนพูดคล้ายภาษาญวน

ภาษาญี่ปุ่น ภาษาฝรั่งเศส ฯลฯ แต่ความจริงแล้วเป็นภาษาไม่มีความหมายเลย เด็กบางคนจะพูดความหมายของประธานผิดไป เช่น ถ้าเขาต้องการจะเปิดตู้เพื่อหยิบของเล่น เขาจะพูดว่า “ป้าหมอยจะเปิดตู้ไซ้ไหมฮะ” ความจริงเขาต้องการพูดว่า “ผมจะเปิดตู้” เด็กออทิสติก บางคนจะใช้คำพูดที่เป็นลักษณะเฉพาะของตัวเอง เช่น “ก๊ิก ก๊ิก ก๊ิก” หมายความว่าเขาต้องการจะรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ

6) ไม่มีความสามารถที่จะสนทนากับใครได้นาน มักจะพูดถึงแต่เรื่องที่ตนเองสนใจ เช่น ท่องหนังสือที่เรียนมาให้ฟังได้ทั้งเล่ม โดยไม่สนใจเลยว่าใครจะฟังหรือไม่ บางรายจะพรวดพราดแต่เรื่องของจรวดชนิดต่างๆ ไดโนเสาร์ชนิดต่างๆ หรือเรื่องต่างๆ ที่ตัวเองสามารถอ่านหรือจำมาจากเอนไซโคพีเดียของเด็ก ความสามารถเช่นนี้ทำให้คนพบเห็นจะเข้าใจผิดไปว่าเป็นเด็กอัจฉริยะ (genious) แต่ความจริงแล้วมิใช่

ค. มีการกระทำและสนใจซ้ำซากอย่างเด่นชัด

1) มีการเคลื่อนไหวของร่างกายซ้ำๆ เช่น การเคาะมือเบาๆ โบกมือไปมา หมุนตัวเอง กระโดดขึ้นกระโดดลง ถือสิ่งของเล็กๆ ในมือ เช่น เศษกระดาษ ใบไม้ หลอดดูดน้ำหรือดินสอ โดยเอาสิ่งของอย่างใดอย่างหนึ่งหนีบอยู่ระหว่าง 2 นิ้ว อาจจะเป็นระหว่างนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ บางรายชอบนอนคว่ำ และเลื้อยไปตามขาเก้าอี้เหมือนงู

2) คิดหมกหมุ่นหรือสนใจส่วนหนึ่งส่วนใด เช่น ถีรถยนต์เด็กเล่นไว้ในมือหนึ่ง อีกมือหนึ่งจะหมุนแต่ล้อรถเล่น หรือชอบดมสิ่งของ ชอบลูบไล้ของ เช่น เดินเอามือระไปตามราวบันไดขึ้นและลงซ้ำๆ ซากๆ บางคนจะชอบถือหนังสือชนิดหนึ่งก็ได้ เปิดดูไปเรื่อยๆ จนหมดเล่มและทำอย่างเดิมอีก

3) แสดงความคับข้องใจอย่างมาก ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว หรือที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่น มีการกินอาหารที่ซ้ำซาก เปลี่ยนแปลงยาก จนเด็กออทิสติกหลายคนต้องได้อาหารเช่นเดียวกับเด็กอ่อนคือ อาหารเหลว เพราะไม่ยอมเคี้ยวอาหาร เด็กออทิสติกหลายคนชอบจัดของให้อยู่ที่เดิม เช่น การเรียงหนังสือ ของเล่น หรือแม้แต่ดินสอสี เปิดกล่องดูแล้ววางไว้อย่างไร เด็กก็จะต้องเรียงอย่างนั้นทุกครั้งทีระบายสีเสร็จ ถ้าสิ่งของไม่อยู่อย่างเดิม เด็กจะแสดงอาการอึดอัดหรือร้องไห้ไม่หยุด จนกว่าจะหยิบของสิ่งนั้นมาไว้ที่เดิม

4) ต้องทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เคยทำเป็นประจำ โดยมีรายละเอียดเหมือนเดิม เช่น เด็กออทิสติกที่พ่อแม่พาไปเดินซื้อของในห้างสรรพสินค้าแล้วครั้งหนึ่ง ในครั้งต่อไป ถ้าพาเด็กไปอีกเด็กจะต้องให้พาเดินไปซ้ำทางเก่าเสมอ หรือไปโรงเรียน เด็กจะต้องใช้ทางเดินทางเดิมทุกวัน แม้จะมีฝนตก น้ำท่วม อย่างไรก็ตามก็ไม่ยอมเปลี่ยนแปลงทางเดินใหม่

5) มีความสนใจในขอบเขตที่จำกัด และหมกหมุ่นสนใจแต่ในสิ่งเล็กๆ น้อยๆ เช่น การลากเส้นตามขอบของวัตถุ หรือสนใจในรายละเอียด ในการวาดรูป เช่น ในการวาดรูปคน เด็กจะไม่

สนใจในการวาดรายละเอียดของใบหน้า แต่จะเน้นที่สร้อยคอ หรือรายละเอียดของแบบเสื้อผ้ามากกว่า เด็กบางคนชอบดูรายละเอียดในแผนที่ บางคนชอบรวบรวมรายละเอียดที่เกี่ยวกับอนุนิมิตวิทยา

1.1.9 การวินิจฉัยออทิสซึม โดยใช้ DSM III-R (เพ็ญแข ลิมศิลา.2537 : 359)

ในสหรัฐอเมริกาใช้ DSM III-R (The revision of the 3rd edition of the Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) ในประเทศไทย โดยเฉพาะโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ การวินิจฉัยโดยใช้ DSM III-R เช่นเดียวกัน

DSM III-R ได้จำแนกออทิสซึมอยู่ในกลุ่มของความผิดปกติด้านพัฒนาการอย่างรุนแรง (PDD = The pervasive developmental disorders) เพื่อแยกจากสภาวะปัญญาอ่อน พัฒนาการด้านภาษาที่ผิดปกติ การขาดความสามารถในการเรียนรู้ แบบจำเพาะ (Specific Learning disabilities) และโรคจิตเวชรวมทั้งความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพเชิงเก็บตัว

(Schizoid –type personality disorders)

ข้อบ่งชี้ของ DSM III-R สำหรับวินิจฉัยมี 4 หัวข้อ

ก. การสูญเสียทางด้านสังคม

1)แสดงพฤติกรรมไม่สนใจใคร มีการกระทำต่อบุคคล หรือสิ่งมีชีวิตซึ่งคล้ายสิ่งของไม่สามารถมีปฏิกริยาต่อสัมพันธ์ภาพของบุคคล

2)แสดงพฤติกรรมไม่รู้ร้อนรู้หนาว ไม่รู้จักช่วยตัวเองจากอันตรายต่างๆ

3)ไม่สามารถลอกเลียนแบบการกระทำของคนอื่นได้

4)เล่นกับใครไม่เป็น

5)ไม่สนใจที่จะมีเพื่อน ไม่สามารถผูกมิตรกับใคร

ข. มีการสูญเสียด้านการสื่อสาร

1)ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมสื่อความหมายได้เลย

2)การสื่อความหมายที่ไม่ใช้คำพูดมีความผิดปกติชัดเจน

3)ขาดจินตนาการในการเล่น

4)มีความผิดปกติอย่างชัดเจนในการเปล่งเสียงพูด

5)มีความผิดปกติอย่างชัดเจนในรูปแบบและเนื้อหาของการพูด

6)ไม่มีความสามารถที่จะสนทนากับใครได้นาน มักจะพูดแต่เรื่องที่ตนเองสนใจ

ค. มีการกระทำซ้ำซากอย่างเด่นชัด

1)เคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ

2)คิดหมกหมุ่น หรือสนใจส่วนหนึ่งส่วนใดของสิ่งของ

3)แสดงความคับเคืองใจอย่างมาก ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว หรือที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

4)ต้องทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เคยทำเป็นประจำ โดยมีรายละเอียดเหมือนเดิม

5)มีความสนใจในขอบเขตที่จำกัด

ง. เริ่มพบอาการได้ในช่วงอายุระหว่างวัยทารก (ก่อน 30-36 เดือน) หรือวัยเด็ก

เมื่อรวมข้อปลีกย่อยทั้งหมดจาก ก ข ค และ ง แล้วต้องพบทั้งหมด ไม่น้อยกว่า

8 ข้อ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงเสมอ คือ จะต้องพิจารณาว่าความผิดปกติทางพฤติกรรมที่พบนั้น เป็นความผิดปกติจากระดับพัฒนาการของเด็กปกติในวัยเดียวกันเท่านั้น

จากข้อ 1 ถึง 5 ใน ก และข้อ 1 ถึง 6 ใน ข นั้น สามารถบอกได้ว่าถ้าพบพฤติกรรมในข้อแรกๆนั้น จะพบในเด็กออทิสติกที่อายุน้อย (ต่ำกว่า 1 ปี 6 เดือน) หรือเด็กออทิสติกที่มีอาการมาก ส่วนในหัวข้อหลังๆนั้น พบในเด็กออทิสติกที่มีอายุมากขึ้น หรือเด็กออทิสติกที่มีอาการน้อย

1.1.10 การรักษาโรคออทิสติก

เนื่องจากยังไม่มีข้อสรุปได้ว่าอะไรคือ สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคออทิสซึม เพราะยังขาดหลักฐานยืนยันที่แน่นอนในเรื่องของพยาธิสภาพทางสรีรวิทยาของออทิสซึม การรักษาเด็กออทิสติกจึงจำเป็นต้องให้การรักษาดตามอาการที่ปรากฏหรืออาการที่ตรวจพบ เช่นเดียวกับเด็กปกติทั่วไป ทางโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พยายามพัฒนาด้านการรักษาเด็กที่ป่วยทางจิตเวชต่างๆ รวมทั้งการรักษาเด็กออทิสติก มาเป็นเวลา 27 ปี ได้ประเมินผลร่วมไปด้วยตลอดมา จนพอจะกล่าวได้ว่า ขณะนี้ได้ผลที่ค่อนข้างเป็นที่น่าพอใจ จึงขอสรุปเพื่อเป็นแนวทางดังต่อไปนี้

1) ทำการประเมินความผิดปกติของเด็ก จากประวัติที่ได้จากพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็ก จัดระดับการพัฒนาด้านสังคม การสื่อความหมาย อารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติต่างๆ เปรียบเทียบกับเด็กในวัยเดียวกัน สังเกตพฤติกรรมของเด็ก แจ้งถึงการวินิจฉัย แนวทางในการรักษา พร้อมทั้งตอบปัญหาที่ผู้ปกครองสงสัย

2) ฝึกพ่อแม่ของเด็กให้มีความสามารถกระตุ้นพัฒนาการให้เด็กตามขั้นตอนในระยะแรก โดยจัดอบรมผู้ปกครองเป็นกลุ่มครั้งละไม่เกิน 10 ครอบครัว ให้ความรู้เรื่องออทิสซึม เพื่อให้ผู้ปกครองยอมรับถึงความผิดปกติของเด็กในแต่ละคน สอน แนะนำและสาธิตให้ผู้ปกครองฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือ เด็กของแต่ละครอบครัวด้วยตนเองที่บ้านเป็นรายกรณี โดยมอบกิจกรรมต่างๆ พร้อมวิธีการประเมินผลการปฏิบัติด้วยวิธีง่ายๆ และนัดมาเข้ากลุ่มเพื่อรายงานผลแก่ผู้รักษายภายใน 2 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน ส่วนเด็กจะได้รับการสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลที่ติดเด็ก เขียนรายงานเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับรายงานจากผู้ปกครอง จึงร่วมกันวางแผนช่วยเหลือในขั้นตอนต่อไป ในระหว่างนี้ ครอบครัวของเด็กออทิสติกจะได้รับการช่วยเหลือโดยการบำบัดแบบประคับประคอง

ร่วมไปด้วย การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็กได้อย่างเหมาะสม จะก่อให้เกิดความมั่นใจ และส่งเสริมแรงจูงใจได้เป็นอย่างดี

3) พฤติกรรมบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์และพัฒนาการเรียนรู้ เมื่อเด็กเริ่มรับรู้ ปฏิบัติตามคำสั่งง่ายๆ และเริ่มออกเสียงได้ก็จะได้รับไว้ในห้องเรียน เพื่อให้รับการกระตุ้นพัฒนาการเบื้องต้นในโรงพยาบาลเสมือนมาโรงเรียน พยาบาลจะเป็นผู้ฝึกเด็กในการรับรู้ เรียนรู้ พฤติกรรมบำบัด เพื่อลดพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ต่างๆ ฝึกให้เด็กสามารถช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน ฝึกการเปล่งเสียง เมื่อเด็กมีความสามารถเพิ่มขึ้นก็จะได้เลื่อนชั้นเรียนตามลำดับ ซึ่งยังคงเป็นชั้นเรียนในโรงพยาบาล สอนโดยพยาบาล เมื่อดีขึ้นอีกจึงส่งเรียนร่วมกับเด็กทั่วไปในระดับอนุบาล เด็กเล็ก ของโรงเรียนปกติเป็นบางวัน

4) อรรถบำบัด เมื่อเด็กเริ่มเปล่งเสียงได้ ก็จะได้รับ การฝึกพูดจากนักแก้ไขการพูด และ สื่อความหมาย

5) การศึกษาพิเศษ จัดชั้นการศึกษาพิเศษในโรงพยาบาลสอนโดยครูการศึกษาพิเศษ ซึ่งได้รับความช่วยเหลือจากกองการศึกษาพิเศษ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ตั้งแต่ระดับชั้นอนุบาลปีที่ 1 จนถึงชั้นมัธยมปีที่ 3 เด็กที่มีความสามารถดีในการเรียนรู้จะถูกส่งไปเรียนร่วมกับเด็ก ปกติต่อไป

6) โครงการเรียนร่วมกับเด็กปกติ เด็กที่มีความสามารถดีในการเรียนรู้ และมีพฤติกรรมทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะส่งไปขอความช่วยเหลือจากอาจารย์กองการศึกษาพิเศษ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ เพื่อช่วยจัดหาโรงเรียนทั่วไปที่เหมาะสมให้

สำหรับโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ มีโครงการร่วมกับโรงเรียนสาธิตแห่ง มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศึกษาวิจัยเด็กในโครงการเรียนร่วมระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงปีที่ 6 เพื่อเป็นแบบอย่างในการช่วยเหลือเด็กออทิสติกในการเรียนร่วมกับเด็กปกติได้ทั่วประเทศ

7) การรักษาทางยา การใช้ยาในการรักษานั้นเป็นการรักษาตามอาการดังนี้

CNS Stimulant Methylphenidate (Ritalin 10 mg) Dextroamphetamine (Dexedrine 5 mg) ใช้สำหรับเด็กออทิสติกที่เริ่มมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ เริ่มเรียนรู้ได้แต่เพียงระยะเวลาสั้นๆ ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง วอกแวกง่าย หลกจากที่นั่งบ่อย วิ่งไปมา

การใช้ยา ควรระมัดระวังเพราะเด็กบางรายจะมีอาการเบื่ออาหาร มีอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย กระวนกระวาย และนอนไม่หลับ ไม่ควรใช้ยาในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ขนาดของยา 5-10 mg ตอนเช้า

Anticonvulsant

Carbamazepine ขนาดที่ใช้ 10-20 mg/kg/day

Sodium Valproate ขนาดที่ใช้ 20 mg/kg/day

ใช้สำหรับเด็กออทิสติกที่มีอาการ small absence seizures, seizure free children with rare spikes or other pasoxysmal EEG discharge

ไม่ควรให้ยากันชักในรายที่มี nonspecific background EEG abnormalities ในเด็กที่มีอาการ Salaaming ตรวจ EEG พบ Hypsarrhythmic activities ควรให้ยา combine ระหว่าง Sodium Valproate และ ACTH และควรส่งปรึกษา Pediatric neurologist สำหรับเด็กที่อยู่ไม่นิ่ง วิ่งไปมา ไม่ควรให้ Phenobarbital เพราะจะทำให้เกิดวุ่นวายมากขึ้น มีลักษณะของ excitability

Antipsychotic or Neuroleptic เช่น

Haloperidol, Thioridazine, Trifluoperazine, ใช้ควบคุม hyperactivity, severe agitation, repetitive movement, impulsivity, aggression ช่วยลด social withdrawal

ต้องระวังฤทธิ์ข้างเคียง เช่น tardive dyskinesia ซึ่งมีผู้รายงานไว้ถึง 25% ไม่ควรใช้ในรายที่มีอาการชักและยังไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ ขนาดของยาที่ใช้ 0.1 mg/kg/day

Antidepressant

Imipramine, Desipramine, Fluoxetine

ใช้ในรายที่มีอาการเศร้าซึม สำหรับ Fluoxetine ใช้ได้ดีในรายที่มีอาการชักร่วมด้วย เพราะจะไม่ทำให้ threshold ของการชักต่ำ

Tricyclic antidepressant ขนาดต่ำ 1 mg/kg/day ใช้ในรายที่มีการแสดงออกทางอารมณ์รุนแรง เมื่อมีความไม่สบายใจ หรือในระหว่างที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระยะ puberty

Lithium carbonate หรือ Carbamazepine ใช้ในรายที่มี hyperactivity และ aggression หรือแสดงพฤติกรรมคล้าย mania

Anxiolytics เช่น

Buspirone, Lorazepam ใช้ในเด็กออทิสติกที่ปรับตัวได้ยาก เด็กจะมีความวิตกกังวลสูงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสิ่งที่เคยทำเป็นประจำ หรือการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมต่างๆ การเรียนรู้ที่ยากขึ้น การอยู่ในกลุ่มคน ทำให้เด็กมี Irritability, disruptive behavior หรือ social withdrawal ควรใช้เป็นครั้งคราว

Fenfluramine

เป็น sympathomimetic amine ทำให้เบื่ออาหารและมีอาการเศร้าซึมได้ Geller et al รายงานว่าทำให้เด็กออทิสติกดีขึ้น ในด้านสติปัญญา การปรับตัวในสังคม ลดพฤติกรรมซ้ำซาก ทั้งการกระทำและการพูดได้ แต่รายงานในเด็กออทิสติกจำนวนไม่มากนัก ในปัจจุบันรายงานจาก UCLA ว่า ผลไม่แน่นอน ใช้ได้ดีในบางรายเท่านั้น

Naltrexone (Trexan)

ใช้ในรายที่เด็กออทิสติกทำร้ายตัวเองอย่างรุนแรง เพราะจะไปลดระดับของ endogenous endorphins ไม่ควรใช้ยา psychotropics เพราะต้องใช้ขนาดสูงเพื่อหวังผลในด้าน sedation ซึ่งจะทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงได้ง่าย

8. การฝึกอาชีพ ควรฝึกอาชีพง่ายๆ ตามความสามารถของเด็กแต่ละคน

แนวทางการให้ความช่วยเหลือของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก

1.1.11 หลักการช่วยเหลือมีจุดมุ่งหมายสำคัญอยู่ 7 ประการ คือ (เพ็ญแข .2537 ,12-13)

1)การกระตุ้นเด็กออทิสติกอย่างเหมาะสมเพื่อให้การพัฒนากการที่หยุดยั้งได้พัฒนาการ เป็นปกติตามวัย ซึ่งพ่อแม่จะต้องมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและเข้ารับการฝึกอบรมจาก แพทย์ พยาบาล ในการปฏิบัติต่อเด็กอย่างต่อเนื่อง พ่อแม่เด็กจะได้รับการช่วยเหลือ เพื่อช่วยบรรเทา ความเครียด และความวิตกกังวล และยอมรับความผิดปกติของเด็กด้วย

2)การลดพฤติกรรมที่ผิดปกติของเด็กออทิสติก โดยใช้พฤติกรรมบำบัดและกิจกรรม อื่นๆทดแทน

3)กระตุ้นทางสังคม โดยกระตุ้นให้เด็กออทิสติกได้เข้ากลุ่มในเด็กวัยเดียวกันเพื่อ พัฒนาการ ทางด้านสังคม และอารมณ์

4)กระตุ้นด้านการพูดโดยการฝึกให้เด็กพูดและสามารถสื่อความหมายทางภาษาได้ พูดโต้ตอบ ปฏิบัติตามคำสั่งได้

5)ในกรณีเด็กออทิสติกที่มีปัญหาทางด้านการนอน อารมณ์และพฤติกรรมจนพยาบาล ไม่สามารถฝึกหรือให้กระทำกิจกรรมต่างๆได้ แพทย์จะเป็นผู้ให้ยาด้วยความระมัดระวัง

6)การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กออทิสติก โดยการใช้กิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมเข้าจังหวะ ละครบำบัด ดนตรี การออกกำลังกาย

7)ในเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมต่างๆ ดีขึ้นแล้ว และมีอายุอยู่ในวัยเรียนควรจัดให้ เรียนรู้อยู่ในห้องเรียน การศึกษาพิเศษ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมเบื้องต้นให้เด็กเมื่อเด็กมีความ พร้อมมากขึ้น จึงส่งเรียนร่วมกับเด็กปกติในโรงเรียนต่างๆ

เด็กออทิสติกที่ไม่มีปัญญาอ่อนร่วมด้วย ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมก่อนอายุ 4 ปี จะกลายเป็นบุคคลปัญญาอ่อนไปในที่สุด แต่ถ้าได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ในวัยก่อน 4 ปีอย่างต่อเนื่อง ก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนกับเด็กปกติที่มีคุณภาพต่อไป เด็กออทิสติกนั้นเป็นคนที่มีจิตใจบริสุทธิ์ พุศุคไม่เปื้อน เป็นคนเสมือนไร้เดียงสา ถ้าเขาได้อยู่ในหมู่คนดีสอนเขาให้เรียนรู้แต่ในสิ่งที่ดีเขาก็จะเป็นคนดี ฉะนั้นผู้ที่ทำการช่วยเหลือเขาควรคำนึงถึงคุณลักษณะของเด็กออทิสติกในข้อนี้ด้วย (สุวณีย์ ตันติพัฒนานันต์ .2522 : 30-32)

ศูนย์พัฒนาการเด็กออทิสติกในเขตกรุงเทพมหานคร

สถานที่	โทรศัพท์
1. ฝ่ายช่วยเหลือระยะแรกเริ่มเด็กพิเศษและครอบครัว อาคารการศึกษาพิเศษ สวนดุสิต	0-2241-4401
2. โรงพยาบาลเด็ก ถ.ราชวิถี	0-2246-0054 ต่อ 3201
3. งานฝึกพัฒนาการเด็กออทิสติก หน่วยจิตเวชเด็ก ร.พ ศิริราช บางกอกน้อย	0-2419-8888 ต่อ 5829-32
4. หน่วยพัฒนาการและการเจริญเติบโต ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ตึก ส.ก ชั้น 3 ร.พ จุฬาฯ	0-2256-4943
5. สถาบันสุขภาพจิตและวัยรุ่น ถ.พระราม 6	0-2246-1195
6. มูลนิธิแสงสว่าง ขอยสหทัยมูลนิธิ ถ.สุขุมวิท 71 คลองตัน	0-2381-5362-3
7. บ้านครูพัฒน ห่มบ้านพูนสินธานี 3	0-2918-3881
8. ศูนย์พัฒนาการเด็กออทิสติก "บ้านอุ่นรัก" ห่มบ้านอมรพันธ์ สวนสยาม	0-2906-0335
9. ศูนย์พัฒนาการระพีพรรณ ห่มบ้านเสรี 23	0-2300-5675
10. บ้านเมทสัน ขอยวัดบัวขวัญ งามวงศ์งาม	0-2953-5269

1.1.12 ผลการรักษา

1) High functioning autism จะได้รับการสนับสนุนให้เรียนต่อในระดับสูงของโรงเรียนปกติทั่วไปได้ เด็กจะสามารถอยู่ในสังคมได้ดี สามารถเรียนจบในระดับมหาวิทยาลัย ประกอบอาชีพได้ด้วยตนเอง แต่งงานและรับผิดชอบในครอบครัวได้เหมือนคนปกติทั่วไป

2) Low functioning autism จะได้รับการสนับสนุนให้เรียนพ่อ่านออกเขียนได้เท่านั้น และเน้นในด้านฝึกอาชีพที่ง่าย ๆ ให้ โดยต้องมีผู้คอยให้คำแนะนำช่วยเหลือบ้าง

3) สำหรับรายที่มีอาการรุนแรงเรื้อรัง มีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย ควรได้รับการรักษาและความช่วยเหลือจากครอบครัวจนตลอดชีวิต

1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคออทิสติก

1.2.1 งานวิจัยในประเทศ

กัลยา วิริยะ (2539 : ก) ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก และการดูแลบุตรออทิสติกในมารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลบุตรออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นฤมล ขวัญศิริ (2541) ได้ศึกษาบทบาทของผู้ปกครองในการให้ความช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มแรกแก่เด็กออทิสติกระดับประมว้ยในกรุงเทพมหานคร จำนวน 150 คน พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กทั้ง 4 ด้านแทบทุกเรื่อง ปัญหาพฤติกรรมที่พบได้แก่ อารมณ์รุนแรง กรีดร้องทำฤทธิ์ทำเดช ทำร้ายตัวเอง เคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ รับประทานอาหารยาก ก้าวร้าว ทำลายของ

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน (2541) ได้ประเมินผลโครงการฝึกผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมรักษาของโรงพยาบาลกลางวันศูนย์สุขวิทยาจิต จากผู้ปกครองเด็กออทิสติก จำนวน 74 คน พบว่าผู้ปกครองมีความมั่นใจในการฝึกเด็กเอง 79% สามารถถ่ายทอดวิธีฝึกให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ 59% พอใจในการบริการมาก 86% มีความสุขเพิ่มขึ้น 87%

กัญญา ธัญมณฑา (2534,20) ได้ศึกษาผลกระทบต่างๆซึ่งได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสังคมของบิดามารดาที่มีลูกเป็นออทิสติก โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 ราย เป็นบิดา 29 ราย มารดา 41 ราย ซึ่งนำลูกมารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพจิต แผนกกุมารจิตเวช ศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และแผนกฝึกพูด โรงพยาบาลรามาริบดี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามซึ่งบิดามารดา เด็กออทิสติกเป็นผู้ประเมินตามการรับรู้ของตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาค่าร้อยละ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ด้านสุขภาพ พบว่าร้อยละ 7.14 ของบิดาและมารดามีอาการทางกายสูงกว่าปกติ

2. ด้านสุขภาพจิต แบ่งเป็น

2.1) ความกังวลทั่วไป พบว่าบิดาและมารดามีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปกติ

2.2) ความวิตกกังวลเฉพาะ พบว่า ทั้งบิดามารดามีความวิตกกังวลมากในเรื่องอาการของเด็ก และในเรื่องแหล่งบริการต่างๆ ได้แก่ ความต้องการนักฝึกพูด สถานที่เรียนในอนาคต และคลินิกทันตกรรม เป็นต้น

ด้านอารมณ์เศร้า พบว่า ร้อยละ 10 ของทั้งบิดาและมารดามีอารมณ์เศร้าสูงกว่าปกติ

ด้านสังคม พบว่า คะแนนที่ได้มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าปกติที่ใช้วัดทุกด้าน

อรสิริ ภิเศก (2542,15-18) ได้ศึกษาแบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัวที่ต้องให้การดูแลลูกที่เป็นโรคออทิสซึม และศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านครอบครัวออทิสติก ปัจจัยด้านเด็กออทิสติกและการสะสมความเครียดของครอบครัวที่มีผลต่อแบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ เป็นพ่อแม่ของเด็กออทิสติก ที่นำลูกมาฝึกพฤติกรรมในแผนกโรงพยาบาลกลางวันของศูนย์สุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร โดยสุ่มแบบเจาะจงจำนวน 104 ครอบครัว การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวเด็กออทิสติก 52.9% และ 47.1 % มีการใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัวในระดับปานกลาง และระดับสูงตามลำดับ โดยใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบการคงไว้ซึ่งความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบการเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพในระดับสูง แต่ใช้พฤติกรรมเผชิญปัญหาแบบการสร้างความเข้มแข็งแห่งตนเอง ในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัวพบว่า ความยืดหยุ่นของครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรของการใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาโดยรวมของครอบครัว ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.002$) โดย 13.93 % จากการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรได้มีการสนับสนุนให้ครอบครัวมีความกลมเกลียวเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและมีความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนบทบาทของสมาชิกในครอบครัว

1.2.2 งานวิจัยต่างประเทศ

รูท (Ruth. 1982 : 2722) ศึกษาการรับรู้ของพ่อแม่เด็กออทิสติกกับความต้องการความช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มโดยการสำรวจความต้องการทางจดหมาย กลุ่มประชากรเป็นผู้ปกครองเด็กออทิสติก จำนวน 114 คน และ ผู้ประกอบวิชาชีพ จำนวน 85 คน พบว่า ทั้งผู้ปกครองและผู้ประกอบวิชาชีพเห็นตรงกันว่าต้องการความช่วยเหลือตั้งแต่ขวบปีแรก ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนจะทำให้ได้ประโยชน์สูงสุด การเพิ่มทักษะทางสังคมในชุมชนเป็นจุดที่ต้องการมากที่สุดด้วย

โอลิเวอร์ (Oliver. 1995 : 3784) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในโปรแกรมการรักษาเด็กออทิสติก ที่ Delaware Autistic Program Indiana กลุ่มประชากรเป็นผู้ปกครองเด็กออทิสติกจำนวน 76 คน ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ของผู้เชี่ยวชาญและผู้ปกครองเพิ่มมากขึ้น ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรักษามากขึ้น จากผลการศึกษาพบความเป็นไปได้ที่จะเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการแก่ผู้ปกครองเพิ่มขึ้น

นีฟ (Neef. 1995 : 333) ศึกษาการฝึกบิดามารดาแบบปิรามิดโดยเพื่อนช่วยเพื่อน โดยใช้ผู้ปกครองเด็กออทิสติก จำนวน 26 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองสามารถเรียนรู้และจดจำไปสอนต่อเพื่อนๆ ได้ ในลักษณะกลุ่มปิรามิด เด็กที่ได้รับการฝึกจากนักวิชาชีพและผู้ปกครองพัฒนาขึ้นทุกราย

มิลเลอร์และนิวริงเจอร์ (Miller and Neuringer. 2000 : 151) ได้ศึกษาผลของตัวแปรที่เป็นแรงเสริมในเด็กออทิสติกวัยรุ่นใน Residential treatment program กลุ่มทดลอง จำนวน 5 คน และกลุ่มควบคุม 4 คน พบว่าตัวแปรที่เป็นแรงเสริมสามารถเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์เด็กออทิสติกทั้งกลุ่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรที่เป็นแรงเสริมมีความจำเป็นมากในการที่จะตอบสนองการเรียนรู้สิ่งใหม่

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้

2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้

2.1.1 ความหมายของการรับรู้

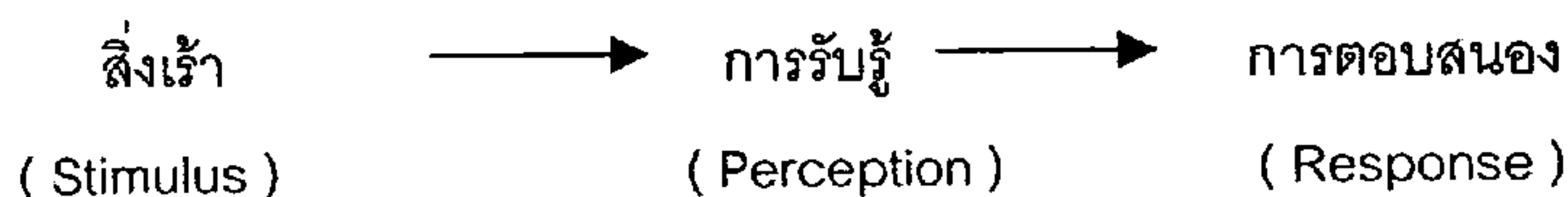
การรับรู้ (Perception) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน (Latin) หรือ "Percipere" ซึ่ง per หมายถึง "ผ่าน" (Through) และ capere หมายถึง "การนำ" (to take) (Bunting , 1988 :168) ตามความหมายในพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ คือ การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในใจของตนเอง

นักจิตวิทยาและนักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ดังต่อไปนี้

จำเนียร ช่างโชติ และคนอื่นๆ (2519 : 2-3) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการแปล หรือ ตีความหมายจากการสัมผัสที่ได้รับออกมาเป็นส่วนหนึ่งที่มีความหมาย หรือเป็นที่รู้จักและเข้าใจซึ่งในการแปลหรือตีความนั้น บุคคลต้องใช้ประสบการณ์เดิมที่เคยมีแต่หลังจาก ถ้าไม่มีความรู้เดิม หรือถ้าบุคคลลืมเรื่องนั้นเสียแล้วก็จะไม่มีการรับรู้ต่อสิ่งเร้ามีแต่การสัมผัสต่อสิ่งเร้าเท่านั้น

กันยา สุวรรณแสง (2532 : 127) กล่าวว่า การรับรู้ คือ การใช้ประสบการณ์เดิมแปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสแล้วเกิดความรู้สึกระลึกความหมายว่าเป็นอะไร

สุชา จันทรโสม (2533 : 119) กล่าวว่า การรับรู้ คือ การตีความหมายจากการรับสัมผัส (Sensation) และในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ดังแผนภูมิข้างล่าง



แกริสัน และมากูน (Garison & Magoon , 1972 : 637) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความหรือแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม ทำให้เราทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร และการที่เราจะรับรู้สิ่งเร้าที่มาสัมผัสได้นั้นจะต้องอาศัยประสบการณ์ของเราเป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ

เคนด์เลอร์ (Kendler , 1974 : 124) ได้กล่าวถึงความหมายของการรับรู้ไว้ 2 ประการ คือ ประการที่หนึ่ง หมายถึง ขบวนการตีความจากสิ่งที่ได้สัมผัส ประการที่สองหมายถึง การเตรียมเพื่อการตอบสนอง

มิชชาล และมิชชาล (Mischal & Mischal , 1980 : 98 ; อ้างอิงจาก กัลยา วีริยะ , 2539) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการสัมผัสด้วยความตั้งใจ และนำไปสู่การแสดงออกตามประสบการณ์ที่เคยได้รับ

ลินกรีน และแฮร์รี่ (Lindgren & Harvey , 1981 : 292 ; อ้างอิงจาก กัลยา วีริยะ , 2539) ได้กล่าวว่า การรับรู้คือการตอบสนองโดยการแสดงออก ซึ่งเป็นผลมาจากการสัมผัสและในการแสดงออกนั้นต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการแปลความหมายจากการสัมผัสนั้น

จากความหมายของการรับรู้ดังกล่าว สามารถสรุปความหมายของการรับรู้ได้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่สมองตีความหรือแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัส โดยใช้ประสบการณ์ และความรู้เดิมช่วยในการตีความหรือแปลความแล้วมีการตอบสนอง โดยการแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น

กระบวนการรับรู้

การรับรู้เป็นกระบวนการประมวลและตีความข้อมูลต่างๆที่อยู่รอบๆตัวเราที่ได้จากการเรียนรู้ กระบวนการรับรู้แสดงได้ด้วยแผนภูมิดังต่อไปนี้ (กัลยา วีริยะ , 2539)

ตัวกระตุ้น (วัตถุเหตุการณ์ที่เป็นจริง)



อวัยวะการรับรู้ความรู้สึก



สมองรับสัญญาณ การตีความหมาย

หรือเกิดการรู้สึก → การรับรู้

ภาพประกอบ 1 กระบวนการของการรับรู้ (Process of Perception)

ส่วนคิง (King 1981 cited in Blunt , 1988 : 17 ; อ้างอิงใน กัลยา วิริยะ , 2539)

ได้กล่าวว่า กระบวนการของการรับรู้ เกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วย

1. การนำเข้าของข้อมูลข่าวสารต่างๆ
2. การส่งต่อของข้อมูล
3. ขบวนการแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับ
4. การเก็บและจดข้อมูลข่าวสารต่างๆ
5. การแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา โดยอาศัยข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่

กระบวนการรับรู้ของบุคคล เป็นกระบวนการของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลใส่ใจ อย่างไม่หยุดนิ่งและสัมพันธ์กับความต่อเนื่องของกาลเวลา และเหตุการณ์ต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล (Space-time continuum) ด้วยเหตุนี้การรับรู้ของแต่ละบุคคลจึงเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่างๆ ซึ่งสามารถวัดการรับรู้ได้จากกการให้บุคคลเลือกลักษณะที่คิดว่าเป็นจริง หรือ สอดคล้องสำหรับสิ่งที่ถูกรับรู้ตามความคิดของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่งๆ

การรับรู้เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยหลักสำคัญ 3 ประการ คือ

ประการที่หนึ่ง การรับรู้ต้องเกี่ยวข้องกับคุณสมบัติของสิ่งเร้า ซึ่งไปกระตุ้นอวัยวะรับสัมผัสให้เกิดการทำงานขึ้น และส่งรายละเอียดข้อมูลต่างๆไปยังประสาทสัมผัสเพื่อส่งต่อไปยังสมอง กระบวนการนี้เรียกว่า การสัมผัส หรือ sensation

ประการที่สอง การรับรู้ต้องเกี่ยวข้องกับข้อมูลและรายละเอียดต่างๆที่มนุษย์ได้รับ และนำมาประสมกันกับข้อมูลอื่นๆ

ประการที่สาม การรับรู้ต้องเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะและคุณสมบัติของผู้รับรู้ อันหมายถึงประสบการณ์เดิม แรงขับ ทักษะคิด ความคิดเห็น บุคลิกภาพ และอื่นๆของผู้รับรู้

2.1.2 ความสำคัญของการรับรู้

การรับรู้ที่ถูกต้อง เป็นพื้นฐานยิ่งของการเรียนรู้ เพราะการที่คนเราจะมีความคิด ความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติที่ดีนั้นจะต้องเริ่มจากการมีการรับรู้ที่ดีเสียก่อน กันยา สุวรรณแสง (2532 : 50) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการรับรู้ไว้ดังนี้

2.1.2.1 การรับรู้มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ การรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นไม่ได้ สังเกตได้จากขบวนการดังนี้

สิ่งเร้า → ประสาทสัมผัส → ตีความและ → การรับรู้ → เกิดสิ่งที่เป็น
กับสิ่งเร้า รู้ความหมาย การเรียนรู้

ในทำนองเดียวกัน การเรียนรู้ก็มีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ เนื่องจากความรู้ ความจำเดิม จะช่วยแปลความหมายให้ทราบว่าคืออะไร

2.1.2.2 การรับรู้มีความสำคัญต่อเจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรม เมื่อเกิดการรับรู้ขึ้นแล้วย่อมเกิดความรู้สึกและมีอารมณ์ ต่อมาพัฒนาเป็นเจตคติ และการเกิดพฤติกรรมก็ตาม มาในที่สุด

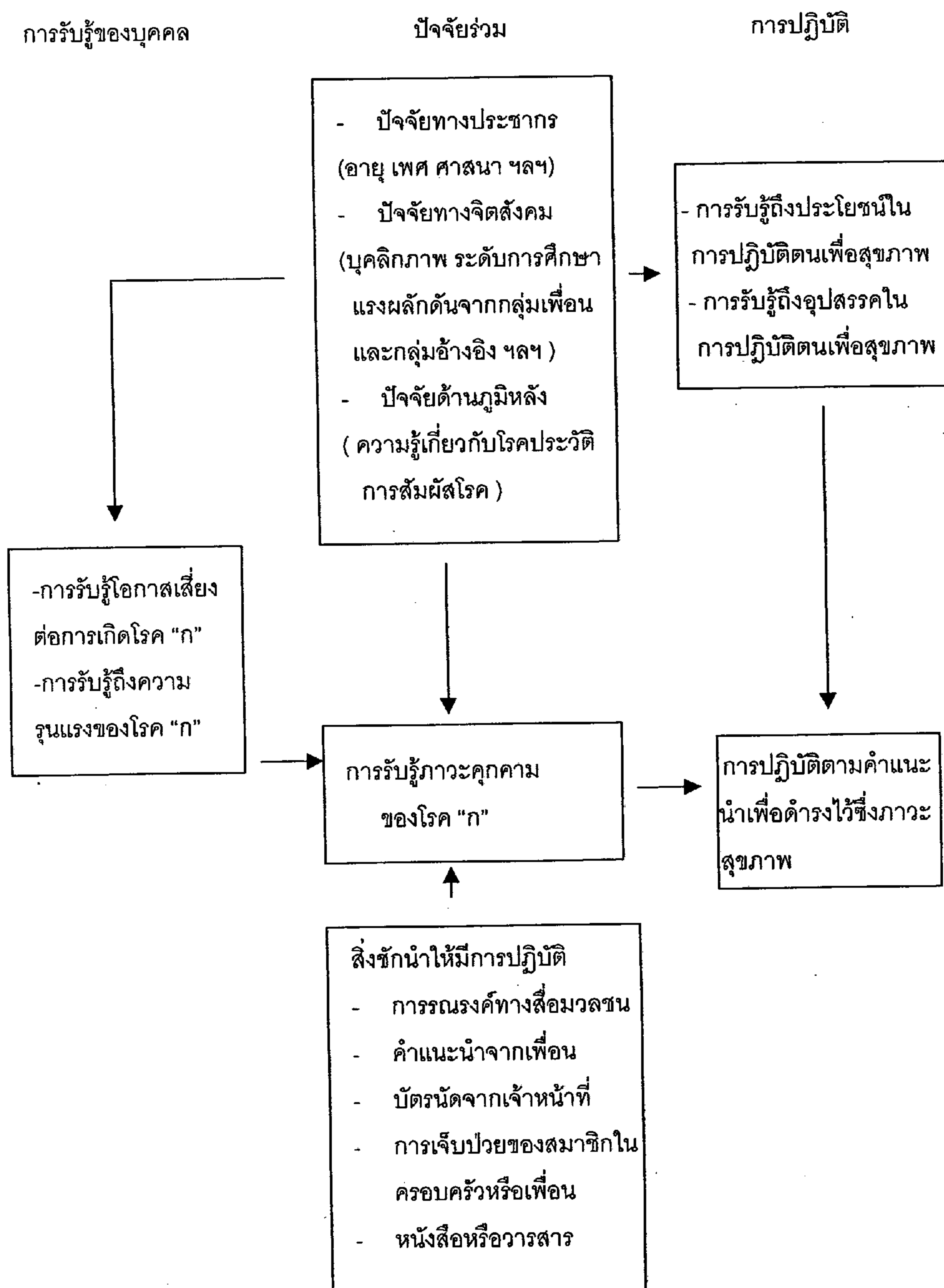
2.1.3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกในมารดาเด็กออทิสติก

โรคออทิสติกเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านการพัฒนาการอย่างรุนแรง และคุกคามชีวิตของเด็กและครอบครัว ในขณะที่สาเหตุของโรคนี้ยังไม่ปรากฏแน่ชัด เนื่องจากอยู่ในช่วงค้นคว้ากันต่อไป ทำให้กลุ่มมารดาที่ต้องดูแลบุตรของตนเอง มีความวิตกกังวล ว่าบุตรของตนจะเป็นโรคนี้หรือไม่นั้น กอรปกับได้รับฟังข่าวสาร และเรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับเด็กที่เป็นออทิสติกจากเจ้าหน้าที่ของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพจิต ข้อมูล ข่าวสาร ที่เกี่ยวกับโรคออทิสติกจากสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือ วารสาร เป็นต้น สิ่งเหล่านี้นับได้ว่าเป็นสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นให้กลุ่มมารดาทั้งหลายมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก โดยผ่านกระบวนการทางด้าน ความคิด จิตใจ ซึ่งสมองตีความหรือแปลความจากข้อมูล ข่าวสาร

เกี่ยวกับโรคอหิวสติกตลอดจนประสบการณ์เดิม ค่านิยม เจตคติ ความคาดหวังและแรงจูงใจ ออกมา เป็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคอหิวสติกได้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคอหิวสติกที่ถูกต้อง และการรับรู้เกี่ยวกับโรคอหิวสติกที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งจะมีผลทำให้มารดามีแนวโน้ม ในการดูแลเด็กตามการรับรู้ต่างๆ กล่าวคือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคอหิวสติกที่ถูกต้อง จะช่วยให้มารดามีแนวโน้มในการดูแลเด็กที่ถูกต้อง เหมาะสมในทางตรงกันข้าม ถ้ามารดามีการรับรู้เกี่ยวกับโรคอหิวสติกไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้มีแนวโน้มในการดูแลเด็กที่ไม่ถูกต้องเช่นกัน ซึ่งจะทำให้มีอันตรายต่อเด็กอย่างใหญ่หลวง ดังที่ จำเนียร ชวงโชติ (2519 : 60) เขียนไว้ว่า การรับรู้มีความสำคัญมากในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะถ้าการรับรู้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงบุคคลจะแสดงพฤติกรรมแบบผิดๆ ซึ่งทำให้เกิดผลเสียหายต่อเด็กและตนเองได้

2.1.3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคอหิวสติกกับการดูแลเด็กอหิวสติก

การรับรู้เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมในเรื่องต่างๆ และบุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามความคิดและการรับรู้ในเรื่องนั้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ , 2527:173) ส่วนในด้านการดูแลนั้นการรับรู้ได้ถูกนำมาใช้ในรูปแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่ง โรเซนสต็อค (Rosenstock) เป็นผู้ริเริ่มนำมาใช้เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของเลวิน (Lewin) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีห่างออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ซึ่งองค์ประกอบสำคัญในแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ โรเซนสต็อค (Rosenstock , in Becker , ed. 1974 : 3) สรุปไว้ในระยะแรกคือ การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ที่ตัวเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่าจะทำความเสียหายให้แก่ชีวิต มองเห็นประโยชน์ในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงและประเมินความสามารถในการแก้ไข ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น (Rosenstock , 1974 : 330) ซึ่งอาจจะเขียนความสัมพันธ์ได้ดังนี้ คือ



ภาพประกอบ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

(Rosenstock , in Becker , ed , 1974 : 7)

ความชัดเจนของตัวแปรในแบบจำลองนี้ ได้อธิบายตามแนวความคิดของโรเซนสต็อก ได้ดังนี้ คือ (Rosenstock , 1974 : 330)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility)

เป็นการรับรู้ว่าคุณคนมีโอกาสเจ็บป่วยได้และจะมีพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเจ็บป่วย จึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมดูแลเกี่ยวกับการป้องกันโรคในระดับที่แตกต่างกัน

2. การรับรู้ถึงความรุนแรง (Perceived Severity)

แม้ว่าคุณคนจะรับรู้และตระหนักดีว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะเกิดพฤติกรรมขึ้น แต่จะต้องรับรู้และประเมินด้วยว่าโรคที่มากลุมความต่อ สุขภาพนั้นๆ มีความรุนแรงในระดับใด ความรุนแรงที่รับรู้นี้อาจประเมินได้ โดยอาศัยระดับต่างๆกันของการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) ที่เกิดขึ้นเมื่อคุณคนคิดถึงโรคนั้น เช่น การที่คุณคนมองปัญหาสุขภาพว่าโรคนั้นจะนำไปสู่ความตายได้หรือไม่ หรือการเป็นโรคนั้นจะมีผลไปลดระบบการทำงานของร่างกาย และจิตใจมากเพียงใด หรือโรคนั้นนำไปสู่ภาวะความพิการในลักษณะถาวรหรือไม่จะมีผลกระทบต่อการทำงานของตน และครอบครัวอย่างไร

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและการรักษา (Perceive benefits) คุณคนจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ อย่างเคร่งครัด จะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นสามารถป้องกันให้ตนพ้นจากความเจ็บป่วย หรือลดภาวะเจ็บป่วยที่กำลังกลุมความต่อสุขภาพนั้นๆ

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรค (Perceived barrier) เป็นอุปสรรคต่างๆที่มีผลกระทบต่อคุณคนในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดี ถึงแม้ว่าคุณคนจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดี แล้วก็ตามแต่การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อของคุณคนว่าสิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นสามารถลดความรุนแรงของโรคที่มีต่อภาวะสุขภาพของเขาได้จริง และจะได้รับประโยชน์คุ้มค่างบเวลาที่เสียไปในการมาตรวจรักษาแต่ละครั้ง ตลอดจนคุ้มค่างบค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายจากการรักษา ตลอดจนการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของคุณคน

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้

ชาร์เนย์ และคณะ (Charney,et al , 1967 : 190) พบว่า การรับรู้ของมารดาถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการดูแลบุตรและการให้ยาเพนนิซิลิน

เอลลิงและคณะ (Elling,Whitemore & Green ,1960:183) พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ว่ามีบุตรของตนมีโอกาสกลับเป็นไข้รูห์มาติกได้อีกจะให้ความร่วมมือดีทั้งการดูแลให้บุตรรับประทานยาและการพาบุตรมาตรวจตามนัด

เบคเกอร์และคณะ (Becker , Drachman & Kirscht ,1974 : 208) พบว่า มารดาที่มีบุตรเป็นลูกคนที่มีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการดูแลให้บุตรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และมารดาที่มีการรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายหรือมีโอกาสกลับเป็นโรคซ้ำอีก จะมาตรวจตามนัดเป็นระยะเวลานาน

นฤมล ลินสุพรรณ (2528 : 92) พบว่า ในชุมชนหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น มารดาที่มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่าย เช่น ค่าวัคซีน ค่ายาลดไข้ ค่าเดินทางในการพาเด็กมารับวัคซีน และการเสียเวลาในการรอรับบริการมีผลทำให้มารดาไม่พาเด็กมารับวัคซีน นอกจากนี้มารดาบางคนลืมวันนัดหรือบางคนทำสมุดนัดหายมีผลทำให้มารดาไม่พาเด็กมารับวัคซีนตามนัด

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

3.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

3.1.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเนื่องจากความกลัว ความหวาดหวั่นหรือความไม่สบายใจถึงเครียด ซึ่งเกิดจากความรู้สึกนึกคิด หรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตว่าจะมีอันตราย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกว่ามีสภาพจิตใจถูกรบกวน ถูกคุกคาม และเกิดความรู้สึกวุ่นวายใจ รู้สึกว่าขาดความมั่นคง ปลอดภัย ซึ่งผู้ที่อยู่ในภาวะนี้จะไม่สามารถบ่งชี้ชัดเจนว่าอะไรเป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกเช่นนี้ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวเรียกว่า ความวิตกกังวลที่สามารถเกิดได้กับทุกคนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งมีนักจิตวิทยาอีกหลายท่านได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลเพิ่มเติมดังนี้

ซุง (Zung ,1971 : 371 อ้างถึงใน พิกุล ตันติธรรม ,2533 : 32) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ มีความวุ่นวายใจ ความหวาดหวั่นมักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาาร่วมด้วย พรอยด์ (1978 อ้างถึงใน อร่ามศรี เกสจินดา , 2537 : 19) ได้กล่าวถึงความหมายของวิตกกังวลไว้ว่า เป็นภาวะหนึ่งของอารมณ์ที่เกิดจากกระบวนการของจิตใต้สำนึกที่เกิดจากความขัดแย้งในใจระหว่างการตอบสนองความต้องการของตนเอง (ego) และสภาพความต้องการโดยธรรมชาติ

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger ,1972 อ้างถึงใน ลัดดา อันฤดี , 2536: 20) กล่าวว่า การคาดคะเน หรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคลจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือทำให้เกิดอันตราย ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล บุคคลจะประเมินหรือคาดคะเนได้แตกต่างกันไปแล้วแต่การรับรู้ และการคิดของแต่ละบุคคล

ฉวี เบาทรวง (2526 ,35) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่าเป็นความรู้สึกไม่สบายที่เป็นผลมาจากการมีความขัดแย้ง ความคับข้องใจ หรือการที่ต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ๆ ทำให้รู้สึกหวาดหวั่นไม่แน่ใจ

เจริญ สมวงศ์ศิริ (อ้างถึงใน ลัคนา อันฤดี ,2536 :20) กล่าวถึง ความวิตกกังวลว่าเป็น สภาวะจิตใจที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. ความรู้สึกไม่สบายใจ
2. ความรู้สึกว่ามีสิ่งเลวร้ายหรืออันตรายเกิดขึ้นโดยบอกสาเหตุไม่ได้
3. อาจมีความรู้สึกกลัวรวมด้วย

จากแนวคิดของนักจิตวิทยาดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้บุคคลเกิดความตึงเครียดไม่เป็นสุข หวาดกลัวกระวนกระวายใจ ไม่สามารถช่วยตนเองให้จัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้และเกิดความท้อแท้หมดหวัง อันมีสาเหตุมาจากสิ่งเร้าที่ทำให้ไม่พึงพอใจ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล (Melvin อ้างถึงใน ลัคนา อันฤดี ,2536 :21) มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. สัญลักษณ์ (Symbol) ได้แก่ ความคิด (ideas) มโนทัศน์ (concept) ค่านิยม (values) หรือระบบความคิด (system of thought) ซึ่งบุคคลจะให้ความหมายของสัญลักษณ์เหล่านี้ต่อสิ่งภายนอกและภายในตนเองเมื่อเกิดการสูญเสียสัญลักษณ์เหล่านี้ก็ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้
2. การคาดการณ์ล่วงหน้า (anticipation) คือการประเมินหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะมาคุกคามทำให้เกิดความขัดแย้ง ซึ่งอาจเกิดได้ทั้งในจิตสำนึกและใต้สำนึก ความขัดแย้งเป็นผลทำให้เกิดความวิตกกังวล
3. ความไม่แน่นอน (uncertainty) คือความคลุมเครือของเหตุการณ์ในอนาคตเป็นสิ่งที่ไม่อาจล่วงรู้ได้ และไม่แน่นอน ซึ่งบุคคลรู้สึกเป็นการคุกคาม มีผลก่อให้เกิดความวิตกกังวล

3.1.2 ประเภทของความวิตกกังวล

การ์ดอน (Gordon ,1987 :182-183) แบ่งความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภทคือ

1. ความวิตกกังวลแบบปัจจุบัน (state anxiety or a state) เป็นลักษณะของความตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆในขณะนั้น เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราว เฉพาะในสถานการณ์นั้นๆ
2. ความวิตกกังวลแบบแฝง (trait anxiety or a trait) เป็นความวิตกกังวล ซึ่งเป็นลักษณะคงที่ในตัวบุคคล มักเกิดกับบุคคลพื้นฐานเป็นนิสัย เช่น คนที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลแบบขณะปัจจุบันได้ง่ายกว่าคนที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

ระดับความวิตกกังวล (Stuart and Sudeen,1983 อ้างถึงใน เจริญ สมวงศ์ศิริ , 2533 :40) ได้แบ่งระดับของความวิตกกังวลไว้ 4 ระดับ คือ

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับอ่อน ๆ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลตื่นตัวขึ้น ท่าทางกระฉับกระเฉง ว่องไวดี มีการรับรู้ดีขึ้น การจดจำมากขึ้น

2. ความวิตกกังวลปานกลาง (moderate anxiety) เป็นภาวะวิตกกังวลในระดับกลางๆ มีความตื่นตัวมากขึ้น ท่าทางกระฉับกระเฉงขึ้น ว่องไวมากจนดูเหมือนจะลุลลุลกลน การรับรู้จะถูกจำกัดให้แคบลง ให้อยู่ในขอบเขตสิ่งกระตุ้นที่ตนกำลังสนใจ สิ่งกระตุ้นอื่นๆ นอกเหนือไปจากนี้จะถูกตัดออกไป

3. ความวิตกกังวลรุนแรง (severe anxiety) ทำให้บุคคลไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่ายอย่างเห็นได้ชัด ลุลลุลกลนมากขึ้น อาจจะพูดมาก และเร็วขึ้น หรือตรงกันข้ามอาจเป็นอัมพาตชั่วคราว คือ พูดไม่ออกเลย เสียงอาจจะสั่นรัว การรับรู้จะแคบลงมากบุคคลที่อยู่ในภาวะนี้อาจจะไม่ได้ยินสิ่งที่เราบอก

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (panic) เป็นภาวะที่เรียกได้ว่า ตื่นกลัวสุดขีดทำให้บุคคลมีพลังงานเกิดขึ้นมากที่สุด สามารถทำสิ่งที่ยากปกติทำไม่ได้ ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทำหน้าที่ได้เต็มที่ การรับรู้น้อยมาก การจะบอกกล่าวสิ่งใด หรือแนะนำสิ่งใดจึงไม่ควรทำเพราะจะไม่ได้ประโยชน์แต่อย่างใด และอาจจะทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้

ขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล

ขั้นที่ 1 บุคคลมีความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม ซึ่งได้รวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเอง

ขั้นที่ 2 ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม หรือภาพพจน์ที่มีต่อตนเองถูกคุกคามทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์

ขั้นที่ 3 บุคคลนั้นเกิดความหวาดหวั่นไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร

ขั้นที่ 4 เกิดความอึดอัด กระวนกระวายใจ เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้นภาวะนี้เรียกความวิตกกังวล ซึ่งเมื่อเกิดพลังงานขึ้น บุคคลก็จะทำการขจัดพลังงานส่วนเกินอัตโนมัติ โดยการเปลี่ยนพลังงานออกเป็นพฤติกรรม ซึ่งจะออกมาในรูปของพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิมยังพฤติกรรมที่แสดงออกมีหลายรูปแบบทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

3.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล มี 2 ประการ คือ

3.1.3.1 ธรรมชาติของสิ่งกระตุ้น มีความหมาย ความรุนแรง และความสำคัญมากน้อยเพียงใด การรับรู้ ชนิด ขนาด ปริมาณของสิ่งกระตุ้น เวลาที่เผชิญสิ่งกระตุ้น สิ่งกระตุ้นที่รู้ล่วงหน้า หรือเกิดขึ้นทันทีทันใด สิ่งกระตุ้นนั้นเคยประสบมาก่อนหรือไม่ สิ่งกระตุ้นนั้นชัดเจนหรือไม่

3.1.3.2 ธรรมชาติของบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทั้งในอดีตและปัจจุบันมีผลกระทบหรือมีอิทธิพลต่อการปรับตัว เช่น ปฏิบัติการการเรียนรู้ พัฒนาการ ระดับทางวุฒิภาวะทางอารมณ์ แบบแผนการดำเนินชีวิต ความมั่นคงในชีวิต บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล สถานการณ์ต่างๆ ที่บุคคลเผชิญ การรับรู้ของบุคคล พื้นฐานอุปนิสัย ความรู้สึกของบุคคลนั้นต่อการสูญเสียหรืออันตรายที่กำลังประสบและความสามารถในการปรับตัวเมื่อเผชิญปัญหา (Shaw and Costanzo ,1982 : 40-42)

3.1.4 การวัดระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่มีการแสดงออกแตกต่างกัน ไปหลายประการ การวัดความวิตกกังวลจึงสรุปได้ 3 วิธีดังนี้

3.1.4.1 การวัดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of Anxiety) โดยดูได้จากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก เป็นต้น การวัดวิธีนี้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากระดับของความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงออกของบุคคลที่มีความวิตกกังวล นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลก็มีแบบแผนที่แตกต่างกัน

3.1.4.2 การวัดโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report Measure of Anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลซึ่งเป็นการรับรู้ที่ตนเองรับรู้ โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบตามความรู้สึกของตนเอง แล้วจึงนำมาประเมินความวิตกกังวลนั้นๆ ที่นิยมใช้กันมาก ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวล (The State – Trait Anxiety Inventory) ของสปิลเบอร์กเกอร์ สำหรับในประเทศไทยได้มีการนำมาใช้หลายท่าน เช่น ศิริกาญจน์ เมื่อเทศ ได้นำไปใช้วัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรมชายที่เข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนและเลาะหลอดเลือดขอดในถุงอัณฑะ กัญญณี พัทธยะ นำไปใช้วัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังคลอด สุรีย์ เทพศุภรังษิกุล นำไปใช้วัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยนอกที่มารับคำปรึกษาทางสุขภาพ

3.1.4.3 การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (behavioral measure of anxiety) เป็นการสังเกตถึงความผันแปรในด้านต่างๆ เช่น การเคลื่อนไหว การพูด การรับรู้ ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ เนื่องจากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมานั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากอารมณ์ภายใน เช่น การขาดสมาธิ หงุดหงิด นอนไม่หลับ การวัดจะใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นให้เหมาะสมตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการวัดความวิตกกังวล ทั้ง 3 วิธีนั้น การวัดโดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นมีผู้นิยมใช้กันอย่างกว้างขวาง เนื่องจากมีความเป็นไปได้สูง โดยอาจใช้แบบหนึ่ง หรือทั้งสองแบบร่วมกันก็ได้ซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษาหรือการวัดนั้นๆ

3.1.5 ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล มีผลต่อบุคคลทั้งทางร่างกาย ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งสรุปผลของความวิตกกังวลได้ดังนี้ (สาโรจน์ ประปักษ์ขาม และคณะ. 2518 :310,315-320)

ก. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี และสรีรวิทยา

1) มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ระบบประสาท เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลสมองส่วนซีรีบรัม (Cerebrum) กระตุ้นต่อพิทูอิทารี (Pituitary gland) และไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งต่อมพิทูอิทารีจะหลั่ง ACTH (Adenocorticotropic hormone) ไปกระตุ้นส่วน Cortex ของต่อมแอดรีนอล (Adrenal gland) ทำให้หลั่งฮอร์โมนคอร์ติคอยด์ (Corticoid hormone) มีผลทำให้ร่างกายทนทานต่อภาวะความวิตกกังวลได้ดีขึ้น ส่วนไฮโปทาลามัส หรือที่เราเรียกว่า ศูนย์กลางอารมณ์ (The seat of emotion) เป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ สมองส่วนนี้จะส่งกระแสไปตามระบบประสาทอัตโนมัติไปที่เมดูลลา (Medulla) ของต่อมแอดรีนอล ทำให้มีการหลั่งของอิพิเนฟริน (Epinephrine) ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหดตัว เกร็งเตรียมสู้ (Fight) หรือหนี (Flight) เราจึงพบได้เสมอว่าผู้ที่อยู่ในภาวะวิตกกังวล มีพลังกำลังมากมาย สามารถทำในสิ่งที่ยามปกติทำไม่ได้

2) มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเคมี ในภาวะวิตกกังวล ฮอร์โมนต่างๆจะถูกขับออกมาสู่กระแสโลหิตมากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้จะมีหน้าที่ควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ (Electrolyte) ต่างๆในร่างกาย การเผาผลาญอาหาร มีการทำลายไกลโคเจน (Glycogen) ในตับและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น

3) มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล โดยทั่วไประดับของความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย และระดับปานกลางจะเพิ่มการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ หัวใจจะเต้นเร็วและถี่ขึ้น การหายใจจะลึก และเร็วขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย และความดันโลหิตประจำเดือนเปลี่ยนแปลง บัสสาวะบ่อย น้ำตาลถูกขับออกมาจากตับมากขึ้น ทำให้ความอยากอาหารลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น ม่านตาขยาย นอนไม่หลับ กล้ามเนื้อเกร็งโดยเฉพาะที่คอตัวสัน เป็นต้น ถ้ามีความวิตกกังวลมากขึ้น การทำงานของระบบต่างๆ อาจจะหยุดชะงักไป (Paralyze) ซึ่งอยู่ในระดับที่มีความวิตกกังวลอย่างรุนแรงที่สุด (Panic)

ข. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์

ความวิตกกังวลทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น เกิดความตึงเครียด และความกลัวซึ่งอาจแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ เช่น ตกใจง่าย หงุดหงิด โกรธ กระสับกระส่าย โศกเศร้า เสียใจ ร้องไห้ง่าย เหนื่อยหน่าย เป็นต้น

ค. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำ การรับรู้ การเรียนรู้

1) ผลของความวิตกกังวลต่อระบบความคิด ทำให้ความคิดสับสน ย้ำคิด ย้ำทำ ตัดสินใจช้า ความคิดคับแคบ และไม่ยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา บุคคลที่มีความวิตกกังวลมีแนวโน้มที่จะคิดไปในทางลดคุณค่าของตนเอง

2) ผลของความวิตกกังวลต่อระบบความจำ สมาธิ ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย ทำให้การจำได้มากขึ้น ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย และปานกลาง จะทำให้สมาธิดีขึ้น แต่ในระดับรุนแรงและระดับรุนแรงที่สุดนั้น สมาธิอาจลดลง บุคคลในภาวะนี้กระสับกระส่าย และไม่อยู่นิ่ง

3) ผลของความวิตกกังวลต่อการรับรู้ การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ความสามารถในการสังเกตจะเพิ่มขึ้น หรือ ลดลง ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล ถ้าในระดับเล็กน้อยจะช่วยให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตื่นตัวดี ทำให้สามารถรับรู้ได้ดีขึ้น การเก็บข้อมูลรอบตัว จะทำได้มากกว่าปกติ ในระดับปานกลางยังคงทำให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตื่นตัวอยู่ และขอบเขตการรับรู้จะแคบลง รับรู้เฉพาะสิ่งที่เลือกสรรแล้ว บอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้ ในระดับรุนแรงที่สุด การสังเกตจะแคบลงมาก การรับรู้ผิดพลาด และไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

4) ผลของความวิตกกังวลต่อการเรียนรู้ และการปรับตัว ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง ถ้าบุคคลนั้นมีทักษะอยู่แล้ว ก็สามารถให้ทักษะนั้นช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าความวิตกกังวลระดับรุนแรง และรุนแรงที่สุดแล้ว ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีโอกาสได้ใช้ทักษะนั้นเลย พฤติกรรมจะเป็นไปในรูปของการขาดภาวะความวิตกกังวล ซึ่งโดยมากเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติที่ไม่ต้องคิดก่อน

ง. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมการแสดงออก

เมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้น พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมา (Acting-out behavior) โดยมากจะเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติ พฤติกรรมเหล่านี้ จำแนกได้ 4 กลุ่มใหญ่คือ

1) พฤติกรรมที่แสดงความรู้สึกภายในออกมา ทั้งแบบเปิดเผย (Overt behavior) ได้แก่ อาการหงุดหงิด โมโหง่าย โกรธ ทำทางกระสับกระส่าย หรือแบบซ่อนเร้น (Covert behavior) ได้แก่ ความรู้สึกขุ่นเคือง ไม่เป็นมิตร และอาจแสดงออกในรูปอื่น เช่น พฤติกรรมโรคจิต โรคประสาททั้งหลาย

2) การลดภาวะความวิตกกังวล (Somatizing) โดยการเบนความสนใจไปสู่อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ ผู้ป่วยจิตสรีรแปรปรวน (Psychosomatic disorder) ทั้งหลายทำให้ความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆได้น้อยลง

3) การชะงักงันอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Freezing to the spot) ได้แก่ การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ เก็บกดความรู้สึกภายใน และกลายเป็นอาการซึมเศร้า มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้นๆ

4) พฤติกรรมในรูปแบบที่พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความวิตกกังวลและทำความเข้าใจในสาเหตุ (Using the anxiety in the service of learning) เพื่อหาวิธีในการขจัดภาวะความวิตกกังวล ซึ่งทำให้อึดอัดไม่สบายขึ้น

ซุง (Zung, 1971 : 371-372) ได้กล่าวถึง การแสดงออกเมื่อมีความวิตกกังวลไว้ดังนี้

ลักษณะอาการทางอารมณ์ (Affective symptoms) รู้สึกหวาดหวั่น พุ่งซ่าน กังวล หงุดหงิด เสียใจ ตกใจง่าย รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ กลัวอย่างไม่มีเหตุผล คาดคิดถึงอันตราย กลัวตาย

ลักษณะอาการทางกาย (Somatic symptoms) ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูกได้แก่ กล้ามเนื้อตึง ตัวสั่น กระตุก เมื่อยล้า อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ คอและหลัง

ระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อาการใจสั่น หัวใจหรือชีพจรเต้นแรงหอบ

เจ็บหน้าอก

ระบบหายใจ ได้แก่ หายใจแรง เร็ว ตื้น วิ่งเวียน แน่นหน้าอก เป็นลมหายใจไม่ออก

ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเดิน

ระบบขับถ่าย ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ระบบผิวหนัง ได้แก่ หน้าแดง เหงื่อออกตามฝ่ามือ

ระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ อาการหลงลืมง่าย ขาดสมาธิ ชุนเฉียงง่าย ผันรำย

3.1.6 วิธีการลดความวิตกกังวล

สุกัญญา ฉัตรสุวรรณ (2529 , 42-43) ได้ให้แนวทางในการลดความวิตกกังวลที่สำคัญ มี 4 ข้อดังนี้

3.1.6.1 ช่วยเหลือแก้ไขปัญหในปัจจุบันก่อน เป็นการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหเฉพาะหน้า หรือปัญหารีบด่วนในขณะนั้น ซึ่งอาจกระทำได้หลายวิธี เช่น ให้การยอมรับต่อการแสดงออกของผู้ป่วยยอมรับฟังข้อเรียกร้อง ให้ความเห็นอกเห็นใจ และพยายามเข้าใจถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วย ตลอดจนสืบหาสาเหตุและช่วยหาแนวทางแก้ไขต่อไป

3.1.6.2 ลดแรงกดดันที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวล โดยวิธีต่างๆ ดังต่อไปนี้

3.1.6.3 เปิดโอกาสให้บุคคลนั้นได้ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจต่างๆ

3.1.6.4 แนะนำวิธีการลดความวิตกกังวลโดยวิธีอื่นๆเช่น การออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลได้ และยังเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และช่วยให้ผ่อนคลายได้ง่ายอีกด้วย

3.1.6.5 ให้วิธีการทำสมาธิ ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยให้บุคคลมีความสงบสุขและลดความวิตกกังวลได้ และยังช่วยให้ร่างกายมีการทำงานดีขึ้น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความวิตกกังวลจากการศึกษาพบว่า กล้ามเนื้อและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน ความวิตกกังวลจะไม่มีและไม่สามารถคงอยู่ได้ ถ้ากล้ามเนื้อผ่อนคลายอย่างแท้จริง การสัมผัส เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดความวิตกกังวลได้ ซึ่งผลของการสัมผัสต่อระดับความวิตกกังวล ในผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสัมผัสมีระดับความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ทั้งนี้เพราะการสัมผัสเป็นการแสดงออกถึงการอนุญาตและการกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมผัสได้ระบายความรู้สึกอัดอั้น เพื่อช่วยให้รู้สึกบรรเทาและเข้าใจปัญหานั้นๆ

3.1.6.6 การให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเป็นการชี้แนะและประกอบการตัดสินใจแก้ปัญหาของผู้ป่วย การให้ข้อมูลเป็นการติดต่อสื่อสารให้ผู้ป่วยได้ทราบเข้าใจประเมินสถานการณ์ถูกต้อง ทำให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดี จึงสามารถลดความวิตกกังวลได้ พบว่าการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่เหมาะสมช่วยลดความวิตกกังวลของผู้คลอดในระยะคลอดได้ดี ทั้งนี้เพราะความวิตกกังวลและความกลัวที่ยิ่งใหญ่เกิดจากความไม่รู้ และการรับรู้ข้อมูลไม่สมบูรณ์นั่นเอง

3.1.6.7 การให้คำปรึกษาในเชิงจิตวิทยา เพื่อให้บุคคลเข้าใจอารมณ์ความวิตกกังวลและพฤติกรรมของตน จะได้สามารถควบคุมหรือแก้ไขความวิตกกังวลนั้นได้ การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยานี้เน้นให้ผู้มีความวิตกกังวลได้เข้าใจอารมณ์ความวิตกกังวลและพฤติกรรมของตน จะได้สามารถควบคุมหรือแก้ไขความวิตกกังวลนั้นได้ หลักสำคัญของวิธีนี้คือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความไว้วางใจและเกิดการยอมรับผู้ให้คำปรึกษาเป็นผลให้กล้าพูดระบายความวิตกกังวลมากขึ้น

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

ลัคนา อันฤดี (2536 , 2) พบว่ามารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 59.44$) และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของมารดาในกลุ่มทดลองต่ำกว่า มารดาในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีคะแนนเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไปของคะแนนความวิตกกังวล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนภายในกลุ่มทดลองเอง คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังนั้นการให้คำปรึกษาทางสุขภาพสามารถลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าการให้คำแนะนำตามปกติ

อร่ามศรี เกสจินดา (2537 , 83) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อความวิตกกังวล ศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตแบบกลุ่ม โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยจิตแพทย์ที่เคยรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2534 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2534 จำนวน 50 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างประชากรออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการสุ่ม คือกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจากผู้วิจัย และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้ากลุ่มเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดความวิตกกังวลโดยใช้แบบทดสอบความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger) มีชื่อว่า The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) แบบสแตตและแบบเทรท ข้อมูลที่ได้รณามาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบความแตกต่างความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ paired t-test และ unpaired t-test จากผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาที่มีความวิตกกังวลแบบสแตตลดลง โดยที่กลุ่มทดลอง มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มควบคุม มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และญาติ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาที่มีความวิตกกังวลแบบเทรทลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

4.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

4.1.1 ความหมายและลักษณะของครอบครัว

มีผู้ให้ความหมายของคำว่าครอบครัวไว้แตกต่างกันดังนี้

The United States Bureau of the Census (1988) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ให้คำนิยามว่า ครอบครัว (Family) เป็นกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเกิด การแต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือไปจากนี้ ถือว่าไม่ใช่ครอบครัว (อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2540)

สำหรับประเทศไทย คณะอนุกรรมการด้านครอบครัว ในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) ได้ให้นิยามว่า ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา (ชัตติยา รัตนดิลก. 2539 : 2 – 3)

ควีน (อ้างอิงจาก พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. 2540 : 17) กล่าวว่าแม้ครอบครัวจะมีหลายรูปแบบ แต่เราไม่สามารถบอกได้ว่าครอบครัวแบบใดที่ดีที่สุด เพราะลักษณะของครอบครัวแต่ละแบบนั้นเหมาะสมกับสภาพของสังคมแต่ละสังคม

โกลเดินเบอร์กและโกลเดินเบอร์ก (อ้างอิงจาก เมธินินท์ ภิณณูชน. 2539 : 3 – 5) ได้ อธิบายลักษณะของครอบครัวแบบต่างๆ และได้สรุปแยกประเภทโดยพิจารณาจากโครงสร้างและองค์ ประกอบไว้ดังนี้

1. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family)
ประกอบด้วย สามี ภรรยา และลูก
2. ครอบครัวขยาย (Extended Family)
ประกอบด้วย สามี ภรรยา และลูก รวมทั้งปู่ย่า ตายาย ลุงป้า น้าอา และอาจมี ญาติข้างสามีหรือภรรยาอาศัยอยู่ด้วย
3. ครอบครัวผสม (Blended Family)
ประกอบด้วย สามี ภรรยา และลูก ซึ่งเกิดจากการแต่งงานครั้งก่อนของสามีและหรือ ภรรยา หรือของทั้งสองฝ่าย
4. ครอบครัวที่ไม่ได้ผ่านพิธีสมรส (Common Law Family)
ประกอบด้วยผู้หญิงและผู้ชายที่อยู่กินฉันท์สามีและภรรยา ถึงแม้ว่าทั้งสองคนไม่ได้ ผ่านพิธีแต่งงานอย่างเป็นทางการ และไม่ได้จดทะเบียนสมรส เมื่อมีลูกด้วยกันจะต้อง จดทะเบียนรับรองลูก และต้องปฏิบัติต่อลูกตามกฎหมาย
5. ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว (Single – parent Family)
ประกอบด้วยพ่อหรือแม่ทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัวเพียงคนเดียว อาจเกิดจากสามี หรือภรรยาตายจากไป หรือหย่าร้างหรือถูกทอดทิ้งไป
6. ครอบครัวแบบประชาคม (Commune Family)
ประกอบด้วยครอบครัวหลายครอบครัวอาศัยอยู่ด้วยกัน แบ่งสิทธิหน้าที่และความรับผิดชอบระหว่างสมาชิกประชาคม ร่วมกันเป็นเจ้าของทรัพย์สินและรายได้ ครอบครัว ลักษณะนี้บางครอบครัวอาจไม่ได้ยึดถือประเพณี ผัวเดียว – เมียเดียว ก็ได้
7. ครอบครัวต่อเนื่อง (Serial Family)
ประกอบด้วยผู้ชายหรือผู้หญิงที่แต่งงานมาแล้วหลายครั้งต่อเนื่องกัน ทั้งคู่เคยมีสามี หรือภรรยามาแล้วหลายคน และแต่ละช่วงเวลาที่อยู่กินกับสามีหรือภรรยาแต่ละคนใน อดีตจนถึงปัจจุบันจะอยู่ด้วยกันแบบครอบครัวเดี่ยวทุกครั้ง
8. ครอบครัวประกอบ (Composite Family)
ประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยวตั้งแต่สองครอบครัวหรือมากกว่า เป็นการอยู่กินกันแบบผู้ ชายคนเดียวมีภรรยาหลายคน (Polygamy) หรือผู้หญิงคนเดียวมีสามีหลายคนอาศัย อยู่ภายใต้ชายคาเดียวกัน (Polyandry)

9. ครอบครัวที่อยู่กินด้วยกันโดยไม่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย (Cohabitation)

ครอบครัวลักษณะนี้เกิดจากการที่ผู้หญิงและผู้ชายตกลงที่จะอยู่กินใช้ชีวิตร่วมกัน โดยไม่แต่งงาน และแต่ละคนไม่มีพันธะผูกพันกันทางกฎหมาย

4.1.2 หน้าที่ของครอบครัว

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2540 : 3) ได้สรุปเกี่ยวกับภารกิจของครอบครัวไว้ว่า ครอบครัวเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์หลัก 4 ประการ คือ

- 1) เพื่อการดำรงอยู่ของเผ่าพันธุ์มนุษย์ หญิงและชายมาอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวด้วยวัตถุประสงค์สำคัญ คือ เพื่อเกิดลูกหลานสืบสานต่อวงศ์ตระกูล นอกจากนี้ ครอบครัวยังเป็นที่ซึ่งหญิงและชายสามารถใช้ชีวิตทางเพศที่เหมาะสม และพัฒนาไปสู่วุฒิภาวะทางเพศได้อีกด้วย
- 2) เพื่อความอยู่รอดของบุคคล ครอบครัวมีหน้าที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต อันได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า การดูแลรักษายามป่วยไข้ และจัดหาสิ่งวัตถุอื่นๆ ที่จำเป็น รวมไปถึงการปกป้องบุคคลให้พ้นจากภัยอันตรายภายนอก
- 3) เพื่อการพัฒนาบุคคลในด้านต่างๆ ครอบครัวมีหน้าที่ให้การศึกษาอบรมแก่สมาชิกถ่ายทอดวัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมของสังคม รวมทั้งช่วยให้สมาชิกพัฒนาไปได้อย่างเหมาะสมในด้านต่างๆ เช่น มีการสร้างเอกลักษณ์ที่มั่นคง การสร้างความผูกพันกับผู้อื่น รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวและดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข
- 4) เพื่อวัตถุประสงค์ทางเศรษฐกิจ ครอบครัวเป็นหน่วยทางเศรษฐกิจ (Economic unit) ทำหน้าที่ในด้านการผลิต หรือให้ได้มาซึ่งรายได้เพื่อใช้ในการแลกเปลี่ยนและจัดหาสิ่งของที่จำเป็นต่างๆ

ครอบครัวจะดำรงอยู่อย่างปกติสุขหรือไม่ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติหน้าที่ประจำวันว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด มีแนวคิดที่อธิบายเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวหลายแนวคิด ในที่นี้จะกล่าวถึงแนวคิด McMaster Model ของ Epstein และคณะ (อุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ. 2540 : 38 – 46)

แนวคิดของ McMaster เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว McMaster Model of Family Functioning หรือ MMFF) เป็นผลจากการศึกษาครอบครัวมาเป็นระยะเวลานานกว่า 25 ปี โดยเริ่มการศึกษาที่มหาวิทยาลัย McGill ประเทศแคนาดา ในช่วงปี 1950 ในระยะต่อมา Epstein Bishop และ Baldwin แห่งมหาวิทยาลัย McMaster ในประเทศแคนาดา และมหาวิทยาลัย Brown ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้พัฒนาแนวคิดนี้ให้มีความเหมาะสมมากขึ้นตามลำดับ

ตามแนวคิดของ McMaster เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวนั้น ครอบครัวเป็นระบบเปิด (Open System) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย อันได้แก่ สมาชิกแต่ละคน (Individual

Subsystem) คู่สมรส (Spousal Subsystem) และพี่น้อง (Sibling Subsystem) นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่นๆ ด้วย เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียน องค์กรทางศาสนา ฯลฯ ในระบบแห่งครอบครัวนี้ถ้ามีกระบวนการ (Process) ที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้เกิดปัญหา ดังนั้นการบำบัดรักษาก็จะพุ่งเป้าไปที่การเปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัวทั้งระบบโดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยและปัญหานั้นจะหมดไป

แนวคิดของ McMaster เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ใช้ทฤษฎีหลายอย่าง มาอธิบายการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เช่น ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้ และทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ฯลฯ โดยทั้งหมดนี้จะอยู่ภายใต้กรอบใหญ่ของทฤษฎีระบบ ซึ่งอาจสรุปได้ดังนี้

- แต่ละหน่วยในระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน พฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ

- การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งนั้น ไม่สามารถกระทำได้โดยวิเคราะห์บุคคลนั้นเพียงลำพัง จำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย

- รูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์กรในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน

แนวคิดของ McMaster เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว แบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1. การแก้ปัญหา
2. การสื่อสาร
3. บทบาท
4. การตอบสนองทางอารมณ์
5. ความผูกพันทางอารมณ์
6. การควบคุมพฤติกรรม

โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การแก้ปัญหา

การแก้ปัญหา (Problem Solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ และปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำว่า ปัญหา ในที่นี้หมายถึง สิ่งที่มาคุกคามเสถียรภาพ การดำรงอยู่อย่างปกติสุข หรือประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของครอบครัว ในทางปฏิบัติปัญหาอาจแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ ปัญหาทางวัตถุ (Instrumental) เช่น ปัญหาที่อยู่อาศัย ปัญหาการเงิน เป็นต้น และปัญหาทางอารมณ์

(Affective) เช่น ความโกรธระหว่างพี่น้อง ความขมขื่น หรือไม่ไว้วางใจกันระหว่างสามีภรรยา เป็นต้น บางครอบครัวอาจมีเพียงปัญหาทางอารมณ์เท่านั้นโดยไม่มีปัญหาทางวัตถุเลย แต่ครอบครัวใดที่มีปัญหาทางวัตถุเกิดขึ้น ก็มักจะมีปัญหาทางอารมณ์ด้วยเสมอ เช่น ครอบครัวที่ยากจนและขาดแคลนปัจจัยสี่ ก็มักจะมีการทะเลาะเบาะแว้งกันระหว่างสามีภรรยา

โดยทั่วไปมักเข้าใจกันว่า ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะมีปัญหามากกว่าครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดี แต่จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวทั้งสองแบบต่างก็ประสบปัญหาความยุ่งยากพอๆ กัน ความแตกต่างอยู่ที่วิธีแก้ปัญหา ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีจะมีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ในขณะที่ครอบครัวทำหน้าที่ที่ไม่ดีนั้นมักแก้ปัญหาอย่างไร้ประสิทธิภาพ หรือไม่ได้แก้เลย แต่ปล่อยให้ค้างคาอยู่เป็นเวลานาน จนเกิดปัญหาอื่นตามมาเป็นลูกโซ่

แต่ละครอบครัวมีทักษะการแก้ปัญหาแตกต่างกัน บางครอบครัวจะแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวัตถุได้หมด แต่อาจแก้ปัญหาทางอารมณ์ได้ลำบาก ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะแก้ปัญหารวดเร็วและเป็นระบบ ปัญหาที่มีจึงมักเป็นปัญหาที่เพิ่งเกิดใหม่ ไม่ใช่ปัญหาเรื้อรังที่แก้ไม่ได้เสียทีเดียว ในทางตรงกันข้าม ครอบครัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ มักแก้ปัญหาอย่างไม่เป็นระเบียบ ไม่เสร็จสิ้นไปเป็นเรื่อยๆ และกลายเป็นปัญหาเรื้อรังในที่สุด

ในการประเมินครอบครัวจะต้องวิเคราะห์ว่า ครอบครัวใช้วิธีแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด โดยทั่วไปการแก้ไขปัญหาคควรดำเนินเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. แยกแยะประเด็นปัญหาให้ชัดเจน

มีการชี้ชัดลงไปว่าอะไรเป็นตัวปัญหา และแยกแยะปัญหาออกมาได้อย่างถูกต้อง บ่อยครั้งที่ครอบครัวหยิบยกเอาปัญหาอื่นที่ไม่สำคัญขึ้นมา แต่ปัญหาสำคัญหรือที่เป็นความขัดแย้งจริงๆ นั้น กลับไม่มีใครพูดถึง

2. สื่อสารให้เข้าใจกันเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น

มีการบอกกล่าวให้คนในครอบครัวรับรู้ เพื่อจะได้ช่วยกันแก้ปัญหา การบอกกล่าวนี้ อาจเป็นไปในระหว่างสมาชิกครอบครัวด้วยกันเอง หรือกับระบบภายนอก เช่น เครือญาติหรือเพื่อนฝูงตามความเหมาะสมของสถานการณ์

3. วางแผนการแก้ปัญหา

มีการร่วมกันคิดหาทางแก้ปัญหาด้วยวิธีการต่างๆ แทนที่จะใช้วิธีที่เคยทำกันมาเป็นประจำ โดยไม่ได้คำนึงถึงวิธีอื่นที่อาจได้ผลดีกว่า

4. ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม

มีการตัดสินใจที่แน่ชัดว่าจะแก้ปัญหาด้วยวิธีใด ถ้าวิธีแรกไม่ได้ผลแล้วจะใช้วิธีใดต่อไป

5. ดำเนินการแก้ปัญหาตามวิธีที่เลือก

ทำการแก้ปัญหาตามที่ตกลงกันไว้จนครบถ้วน บางครอบครัวอาจทำไปเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น หรือไม่ได้ทำตามวิธีที่ตกลงกันไว้เลย

6. ติดตามให้การแก้ปัญหานั้นเป็นไปอย่างครบถ้วน

ครอบครัวมีการติดตามอย่างจริงจังว่าได้ใช้วิธีแก้ปัญหานั้นตามที่ตกลงกันไว้หรือไม่

7. ประเมินความสำเร็จของวิธีแก้ปัญหา

ครอบครัวมีการประเมินว่าวิธีแก้ปัญหานั้นได้ผลมากน้อยเพียงไร มีการวิเคราะห์ถึงผลดี ผลเสียที่เกิดขึ้น เพื่อจะได้เรียนรู้จากปัญหาดังกล่าว

การแก้ปัญหที่เกิดขึ้น ไม่จำเป็นต้องกระทำเป็นขั้นๆ ครบถ้วนตามที่กล่าวมา ทั้งนี้ขึ้นกับลักษณะของปัญหานั้นด้วย เช่น ถ้าไม่มีปัญหาที่สลับซับซ้อน ก็อาจจะไม่จำเป็นต้องมานั่งแยกแยะประเด็นปัญหาให้ชัดเจน อย่างไรก็ตามในครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีนั้น วิธีการแก้ปัญหาโดยรวมจะเป็นไปอย่างเรียบง่าย ไม่ยุ่งเหยิงวุ่นวาย นอกจากนี้ในครอบครัวที่ปกติอาจมีบางปัญหาที่ไม่สามารถแก้ได้ อย่างไรก็ตามปัญหาที่แก้ไม่ได้นี้ ก็ไม่ใช่ปัญหาใหญ่ที่มีความรุนแรง หรือคงอยู่นานจนทำให้การทำหน้าที่อื่นๆ ของครอบครัวบกพร่องไปด้วย

การสื่อสาร

การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกัน การสื่อสารมีสองแบบ คือ การสื่อสารโดยใช้คำพูด (Verbal Communication) และการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (Nonverbal Communication) แนวคิดของ McMaster เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว จะเน้นการสื่อสารแบบแรก เนื่องจากสามารถวัดได้ชัดเจนกว่า อย่างไรก็ตามการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดนั้น แม้เนื้อหาของมันจะไม่เด่นชัด แต่ก็ยังเป็นเนื้อหาที่มีความสำคัญโดยจะแสดงออกมาทางระดับเสียง คำพูดที่เลือกใช้ สีหน้า แววตา การประสานสายตาและท่าทาง เป็นต้น

เนื้อหาของการสื่อสารแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เนื้อหาที่เกี่ยวกับวัตถุและการดำรงชีวิตประจำวัน และเนื้อหาที่เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก ครอบครัวที่สื่อสารด้านวัตถุได้ดีอาจสื่อสารทางด้านอารมณ์ไม่ได้ แต่ครอบครัวที่สื่อสารด้านวัตถุไม่ดี ก็มักจะเป็นปัญหาการสื่อสารด้านอารมณ์ร่วมด้วยเสมอ ในการประเมินประสิทธิภาพของการสื่อสาร จะต้องวิเคราะห์ใน 2 ด้านใหญ่ๆ คือ

1. เนื้อหา การสื่อสารที่ดีนั้น ข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันจะต้องชัดเจน ไม่ใช่คลุมเครือหรือจับใจความอะไรไม่ได้

2. จุดหมายปลายทาง เนื้อหาที่สื่อจะต้องตรงไปสู่บุคคลเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นโดยตรง ไม่ใช่อ้อมค้อมผ่านผู้อื่น

เมื่อพิจารณาทั้ง 2 ด้านนี้ อาจแบ่งการสื่อสารในครอบครัวได้เป็น 4 แบบ คือ

1. เนื้อหาชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย เช่น ภรรยารู้สึกไม่พอใจสามีที่ทิ้งของไว้เกลื่อนกลาดและทำให้เธอต้องเสียเวลาเก็บกวาดนานขึ้น จึงพูดตรงๆ ว่า

“ฉันไม่ชอบที่เธอทิ้งของไว้เกลื่อนกลาด เพราะมันทำให้ฉันต้องทำงานเหนื่อยมากขึ้น”

2. เนื้อหาชัดเจนแต่ไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย เช่น ภรรยาพูดลอยๆ ว่า

“คนที่ทิ้งของเกลื่อนกลาดนั้น สร้างความเดือดร้อนให้คนอื่น”

3. เนื้อหาไม่ชัดเจนแต่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย เช่น ภรรยาพูดว่า

“เธอนี้ช่างไม่มีความคิดถึงคนอื่นเลย”

เนื้อหาดังกล่าวเป็นคำรวมๆ ในทำนองต่อว่าสามี แต่ไม่ได้บอกว่า สามีทำอะไรและเธอรู้สึกอย่างไร

4. เนื้อหาไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย เช่น ภรรยาพูดว่า

“คนบ้านนี้ช่างไม่นึกถึงคนอื่นเลย”

คำพูดดังกล่าวไม่มีความชัดเจนว่าปัญหาคืออะไรและพูดกับใคร

ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสื่อสารได้ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารมีความคลุมเครือและอ้อมค้อมมากเกินไป ครอบครัวก็จะทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ที่สื่อสารอย่างคลุมเครือและอ้อมค้อม จะทำให้อีกฝ่ายหนึ่งสื่อสารกลับมาแบบเดียวกัน ในครอบครัวปกติความสามารถในการสื่อสารแต่ละด้านจะแตกต่างกันไป บางครอบครัวการสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาที่ขัดแย้งกันนั้นอาจไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย แต่ก็จะเป็นอยู่ช่วงสั้นๆ และไม่ทำให้เกิดปัญหาแต่อย่างใด

บทบาท

บทบาท (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพจน์ต่อกันและกันซ้ำๆ เป็นประจำ บทบาทแบ่งได้เป็น 2 ด้าน เช่นเดียวกับการสื่อสาร คือ บทบาททางด้านวัตถุและบทบาททางด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังแบ่งตามความจำเป็นได้ ดังนี้

1. บทบาทพื้นฐาน หมายถึง บทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วนเพื่อให้ครอบครัวดำรงได้อย่างปกติสุข นั่นคือ การจัดหาปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิก การฟูฟักเลี้ยงดูและให้การประคับประคองสนับสนุนแก่สมาชิก การตอบสนองความต้องการทางเพศในระหว่างคู่สมรส การช่วยพัฒนาทักษะต่างๆ ให้แก่สมาชิก เช่น การช่วยเหลือให้ลูกมีทักษะในการเข้ากับเพื่อนฝูง สามารถเรียนหนังสือ หรือเริ่มงานอาชีพได้เป็นปึกแผ่น เป็นต้น และบทบาทด้านการบริหารจัดการภายในครอบครัว ซึ่งได้แก่ การเป็นผู้นำในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ การคงไว้ซึ่งมาตรฐานของครอบครัว การออกกฎระเบียบเพื่อควบคุมพฤติกรรมของคนในครอบครัว เป็นต้น

2. บทบาทอื่นๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะของแต่ละครอบครัว ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งบทบาทที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม เช่น ลูกชายที่เรียนเก่งและได้รับทุนไปเรียนต่างประเทศ บทบาทของลูกชายก็นำชื่อเสียงเกียรติยศมาสู่ครอบครัว บางครอบครัวมีบทบาทของแพะรับบาป คือ สมาชิกคนหนึ่งต้องทำหน้าที่เป็นผู้รองรับอารมณ์หรือทัศนคติเชิงลบของสมาชิกอื่น บทบาทนี้ช่วยเบี่ยงเบนความขัดแย้ง ไม่ให้เกิดความตึงเครียดมากเกินไปจนครอบครัวเสียสมดุล อย่างไรก็ตาม บทบาทนี้ก็เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม เพราะสมาชิกผู้นั้นจะมีชีวิตอยู่ด้วยความกดดันและรู้สึกถูกครอบครัวปฏิเสธ ส่วนครอบครัวเองก็ไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งที่มีระหว่างกันได้อย่างแท้จริง

การประเมินว่าบทบาทในครอบครัวเป็นไป得好หรือไม่ จะต้องพิจารณา 2 ด้าน คือ

1. การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท (Role Allocation)

หมายถึง การมอบหมายความรับผิดชอบในหน้าที่บางประการให้สมาชิก การมอบหมายนี้อาจทำโดยเปิดเผยหรือไม่ก็ได้ ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะมีการมอบหมายหน้าที่ที่จำเป็นทุกด้านอย่างชัดเจน ให้กับบุคคลที่เหมาะสม แต่ครอบครัวที่มีปัญหาจะมีการมอบหมายหน้าที่อย่างไม่เหมาะสม สมาชิกบางคนต้องรับหน้าที่มากเกินไปในขณะที่คนอื่นไม่ได้ทำอะไรเลย เช่น ภรรยาต้องทำงานนอกบ้านเต็มวัน และยังต้องทำงานบ้าน ดูแลลูกที่ยังเล็กและแม่สามีที่ป่วยหนัก ในขณะที่สามีว่างงาน และชอบออกไปสังสรรค์กับเพื่อนฝูงนอกบ้าน เป็นต้น

2. การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท (Role Accountability)

หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบต่อบทบาทและหน้าที่ของตน นั่นคือ ครอบครัวต้องมีวิธีการตรวจสอบว่าสมาชิกแต่ละคนทำหน้าที่ครบถ้วนหรือไม่ เช่น พ่อตรวจสอบว่าลูกทำงานตามที่มอบหมายหรือไม่ และถ้าไม่ทำจะมีบทลงโทษอย่างไร

บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกคนหนึ่ง จะต้องสอดคล้องกับของคนอื่นด้วย ภารกิจในครอบครัวจะดำเนินไปได้ก็ต่อเมื่อมีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม และมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติหน้าที่ของตนโดยครบถ้วน

การตอบสนองทางอารมณ์

การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective Responsiveness) หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันอย่างเหมาะสม ทั้งด้านคุณภาพ และปริมาณ (การที่บุคคลสื่อให้อีกฝ่ายหนึ่งรู้ว่าเขารู้สึกอย่างไร ไม่จัดอยู่ในหัวข้อนี้ แต่อยู่ในหัวข้อการสื่อสาร)

อารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวมีได้หลายแบบทั้งอารมณ์ในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รักเป็นสุข และอารมณ์ในภาวะวิกฤต เช่น กลัว โกรธ เป็นต้น ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปกติจะแสดงอารมณ์ได้หลายแบบในปริมาณและสถานการณ์ที่เหมาะสม แต่ครอบครัวที่มีปัญหา มักมีความจำกัดในการแสดงอารมณ์ เช่น แสดงออกมาน้อยเกินไป บางครอบครัวแสดงออกเฉพาะอารมณ์เชิงบวก แต่ไม่

สามารถแสดงอารมณ์เชิงลบได้ เช่น ภรรยาไม่สามารถแสดงอารมณ์โกรธต่อหน้าสามีได้ เพราะกลัว สามีจะไม่พอใจ หรือลูกไม่สามารถเล่าความรู้สึกเศร้าและคิดถึงพ่อที่เสียชีวิตไป เพราะเกรงจะสะเทือนใจแม่ สมาชิกที่เติบโตมาในครอบครัวแบบนี้ จะแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างจำกัด และมีปัญหา บุคลิกภาพหรืออาการป่วยทางกาย เนื่องจากสาเหตุแห่งจิตใจ (Psychosomatic) ได้

ความผูกพันทางอารมณ์

ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement) หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจ และการเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์มีหลายระดับ คือ

1. ปราศจากความผูกพัน (Lack of Involvement)

สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีกันเลย การเป็นครอบครัวมีความหมายเพียงการมาอยู่ร่วมชายคาเดียวกันนั้น

2. ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (Involvement Devoid of Feelings)

สมาชิกมีความสนใจต่อกันเพียงเล็กน้อย โดยปราศจากความลึกซึ้งทางอารมณ์และความห่วงใยด้วยน้ำใสใจจริง ความสนใจในความเป็นอยู่ของอีกฝ่ายหนึ่งแทบไม่มีเลย หรือถ้ามีก็เป็นไปเพราะความอยากรู้อยากเห็น อยากควบคุมอีกฝ่ายหนึ่ง หรือเป็นไปตามหน้าที่ เช่น ต้องแสดงความห่วงใยยามพี่น้องเจ็บป่วย เป็นต้น

3. ผูกพันเพื่อตนเอง (Narcissistic Involvement)

ความสนใจในอีกฝ่ายหนึ่งเป็นไปเพื่อตนเอง (Egocentric) เพื่อเสริมสร้างคุณค่าให้ตนเอง ไม่ใช้ความสนใจที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างจริงจัง

4. ผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (Empathic Involvement)

ความสนใจผูกพันมีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจในความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง ความผูกพันแบบนี้มีความเหมาะสมที่สุด เพราะจะสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของอีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างเหมาะสม

5. ผูกพันมากเกินไป (Over Involvement)

ความผูกพันเป็นไปอย่างปกป้องหรือจู้จี้จ้านมากเกินไป จนอีกฝ่ายหนึ่งไม่มีความเป็นส่วนตัวหรือเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ

6. ผูกพันจนเหมือนเป็นบุคคลคนเดียวกัน (Symbiotic Involvement)

เป็นความผูกพันที่แน่นแฟ้น จนกระทั่งเหมือนกับทั้งคู่เป็นบุคคลเดียวกัน และขอบเขตส่วนตัวของแต่ละคน (Personal Boundary) นั้นไม่ชัดเจนหรือแทบไม่มีเลย

ความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกมีต่อกัน จะต้องเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับ ด้วย ความผูกพันจะแตกต่างกันไปในวงจรชีวิตแต่ละระยะ เช่น ในระยะที่ลูกยังเล็กความผูกพันอย่างแน่นแฟ้นระหว่างเด็กและพ่อแม่ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับความอยู่รอดของลูก แต่เมื่อลูกเข้าวัยรุ่น ลูกจะเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลนอกครอบครัวมากขึ้น ความผูกพันก็ต้องลดความเข้มข้นลง เป็นต้น

การควบคุมพฤติกรรม

การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมพฤติกรรมเป็นสิ่งที่จำเป็นทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

พฤติกรรมที่จำเป็นต้องมีการควบคุมแบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1. พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การกินนอน ขับถ่าย ความต้องการทางเพศ และความก้าวร้าว เป็นต้น
2. พฤติกรรมทางด้านสังคม เช่น การคบเพื่อนฝูงหรือเป็นสมาชิกในชมรม เป็นต้น
3. พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน ตัวอย่างในเด็ก ได้แก่ การเล่นอย่างผาดโผน การเล่นไม่ขีดไฟ ฯลฯ ในผู้ใหญ่ ได้แก่ การขับรถเร็วอย่างไม่ระมัดระวัง การพยายามทำร้ายตนเอง ฯลฯ

4. การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว

ลักษณะการควบคุมพฤติกรรมในครอบครัว แบ่งได้เป็น 4 แบบ คือ

1. การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (Rigid Behavior Control) ครอบครัวกำหนดหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนไว้อย่างแน่นอน มีกฎที่เข้มงวดและมีบทลงโทษ เมื่อฝ่าฝืนกฎ ครอบครัวแบบนี้จะปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ดี สมาชิกแต่ละคนรู้ว่าตนเองต้องทำอะไร แต่ผลเสียก็คือ การปรับตัวจะเป็นไปอย่างลำบาก เนื่องจากไม่มีโอกาสต่อรองหรือเปลี่ยนแปลงกฎให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การควบคุมแบบนี้บางครั้งอาจนำไปสู่ปัญหาการต่อสู้ช่วงชิงอำนาจภายในครอบครัวและการต่อต้านแบบดื้อเงียบ

2. การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (Flexible Behavior Control)

ครอบครัวมีมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ต่างๆ แต่ก็มีคามยืดหยุ่นพอประมาณ มีการพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและปรับเปลี่ยนกฎไปตามความเหมาะสม การควบคุมแบบนี้มีประสิทธิภาพที่สุด เพราะเป็นไปอย่างเข้าใจ สนับสนุนและยอมรับในแต่ละบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะอบรมให้เกิดระเบียบวินัย ไม่ใช่เพื่อที่จะมีอำนาจเหนือกว่า ทำให้สมาชิกรู้สึกอยากร่วมมือกันปฏิบัติตามกฎที่ตั้งไว้

3. การควบคุมพฤติกรรมแบบอะไรก็ได้ (Laissez-faire Behavior Control)

ครอบครัวไม่มีทิศทางแน่นอนว่าสมาชิกควรประพฤติอย่างไร ไม่มีกฎสำหรับเรื่องใดๆ เลย ใครจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ ไม่มีการชี้นำ การตัดสินใจ หรือแทรกแซงจากสมาชิกอื่น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม การมอบหมายบทบาทก็ไม่มี ความชัดเจน สมาชิกมักขาดความรับผิดชอบในหน้าที่ของตน และมักมีปัญหาในการสื่อสาร เพราะไม่มีใครฟังใคร ครอบครัวแบบนี้จะปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ค่อยดี เด็กที่เติบโตมาในครอบครัวแบบนี้จะรู้สึกไม่มั่นคง การควบคุมตนเองไม่ดีและอาจมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเพื่อเรียกร้องความสนใจ

4. การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (Chaotic Behavior Control)

ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรมแบบขึ้นๆ ลงๆ บางครั้งเข้มงวด บางครั้งยืดหยุ่น และบางครั้งใครจะทำอะไรก็ได้ขึ้นอยู่กับความพอใจของแต่ละคน ลักษณะแบบนี้ทำให้สมาชิกสับสนว่าควรประพฤติอย่างไรในสถานการณ์นั้นๆ การควบคุมแบบนี้เป็นแบบที่ไม่เหมาะสมที่สุด เพราะทำให้ครอบครัวไม่มีเสถียรภาพและไม่มีความเสมอต้นเสมอปลายในการปฏิบัติหน้าที่

5. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรออทิสติก

5.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรออทิสติก

5.1.1 การเลี้ยงดูและการเตรียมความพร้อมบุตรที่มีความผิดปกติทางด้านสติปัญญา

(กัญญา ธัญมณฑา , 2534)

5.1.1.1 สำรวจและพิจารณาดูว่านอกจากลูกมีความพิการบกพร่องทางสติปัญญาแล้ว ยังมีความพิการอื่นๆ ซ้ำซ้อนอีกหรือไม่ ถ้ามีให้รีบแก้ไขก่อนที่จะลุกลามหรือเป็นตัวขัดขวางการเจริญเติบโตและพัฒนาการในตัวลูก เช่น เป็นต้อกระจกต้องผ่าตัดและใส่แว่น เด็กที่มีกล้ามเนื้อไม่แข็งแรงต้องทำกายภาพบำบัด เป็นต้น

5.1.1.2 พยายามเลี้ยงดูให้เหมือนเด็กปกติ คืออย่านึกว่าลูกเป็นเด็กพิการ ต้องนึกเสมอว่าลูกเราก็เหมือนเด็กทั่วไป เล่นและพูดคุยกับลูกถึงแม้ว่าลูกจะไม่ได้ยิน พูดไม่ได้หรือตอบรับไม่ได้ก็ต้องพูดคุยกับลูกไปเรื่อยๆ เป็นการสื่อความรักไปถึงลูก ซึ่งลูกจะเข้าใจและรับรู้ ถ้าปล่อยปละละเลยไม่สนใจพัฒนาการจะไม่ดีขึ้น ควรหมั่นสังเกตว่าลูกต้องการอะไรและให้การตอบสนอง เช่น ลูกชอบฟังเพลงก็หาเทปมาเปิดให้ฟัง ความรักความผูกพันและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคนในครอบครัวก็จะเกิดขึ้นและอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข

5.1.1.3 ฝึกการช่วยตนเอง เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระของพ่อแม่ ญาติพี่น้อง และต่อไปสามารถอยู่กับญาติพี่น้องได้ (ถ้าไม่มีพ่อแม่) การสอนให้ลูกได้ช่วยเหลือตนเองแทนที่พ่อแม่จะคอยทำให้เสียทุกอย่างเพราะความสงสารจะยิ่งเป็นการเพิ่มภาระให้กับตัวพ่อแม่มากยิ่งขึ้น ขอให้คิดดูง่ายๆ เข้าชั้นถ้าจะต้องคอยแปรงฟัน ล้างก้น อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้าและป้อนข้าวให้ เท่านั้นก็หมดเวลาไปหลายชั่วโมง แล้วคิดว่าจะทำให้ลูกไปจนเป็นหนุ่มเป็นสาวได้หรือ หัดให้ลูกทำสิ่งเหล่านี้ด้วยตัวของเขาเอง แม้ว่ามันจะใช้

เวลาในการฝึกที่ยาวนานในแต่ละขั้นตอน ก็ขอให้อดทนทำซ้ำๆ ย้ำบ่อยๆ ทบทวนทุกครั้งที่คุณสอนลูก ไม่ซ้ำก็ทำได้เองอย่าใจร้อน อย่าโกรธ อย่าลงโทษเมื่อลูกทำไม่ได้อย่างใจ อย่าท้อแท้และอย่าเลิกเล่นการฝึก กลางคันเป็นอันตราย ขอให้ฝึกลูกเป็นขั้นเป็นตอนอย่างช้าๆ สบตาและยิ้มให้ลูก สอนให้เหมือนเล่นและขณะเล่นก็สอนไปด้วยคอยสังเกตว่าลูกชอบไม่ชอบอะไร หัดในสิ่งที่เขาชอบจะประสบความสำเร็จดีกว่า การฝึกใจหรือถูกบังคับ การฝึกขอให้คงเส้นคงวา เช่น การขับถ่าย หลังรับประทานอาหารต้องเข้าห้องน้ำทุกครั้ง เมื่อทำซ้ำๆ ย้ำบ่อยๆ ลูกจะเข้าใจเอง เลอะบ้าง เปียกบ้าง ฉะบ้าง ดีกว่าต้องตามล้างตามเช็ดไปตลอดชีวิต สอนให้เขาเลียนแบบ จับมือให้ลูกทำตาม เมื่อท่านพยายามทำเช่นนี้อย่างสม่ำเสมอ ความสำเร็จความภาคภูมิใจซึ่งเปรียบเสมือนฝนทิพย์ขลิบใจช่วยให้เกิดกำลังใจที่จะฝึกลูกต่อไป

5.1.5.4 ฝึกการนำออกสู่สังคมภายนอก สอนให้ลูกได้รู้จักกับสังคมนอกบ้าน พาลูกออกไปทุกครั้งที่คุณแม่ไป พาไปสังคมเล็กๆ ก่อน เช่น ร้านชำใกล้ๆ บ้าน พาลูกไปรู้จักกับเพื่อนบ้าน ซึ่งสังคมเล็กๆ เหล่านี้จะเป็นเสมือนเกราะดูแลลูกไปในตัว วันใดที่ลูกพลัดหลงไปนอกบ้านเพื่อนบ้านจะช่วยดูแลปกป้องให้อย่างดี ทุกครั้งที่ลูกได้ขึ้นรถ ได้เดิน หรือนั่งรถเงินไปตามที่ต่างๆ จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ปรับตัว และระมัดระวังตนเอง ทำให้เกิดการช่วยเหลือตัวเองได้ในขีดความสามารถที่มีอยู่ซึ่งพ่อแม่จะสังเกตเห็นได้เมื่อลูกพร้อมเมื่อใดขอให้รีบพาเข้าสู่สังคมใหญ่ทันที เช่น ศูนย์การค้า โรงภาพยนตร์ นั่งรถไปชานเมือง เมื่อพ่อแม่ทำเช่นนี้พัฒนาการของลูกก็จะเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ ผลที่ตามมาคือตัวพ่อแม่จะไม่เคอะเขินในการพาลูกออกสู่สังคมภายนอก เพราะถือเป็นเรื่องปกติและเปลี่ยนทัศนคติของสังคมให้ยอมรับเด็กพิการทางสติปัญญาว่าสามารถอยู่ร่วมกันกับสังคมได้เช่นเดียวกับคนปกติอื่นๆ

5.1.1.5 นำเข้าโรงเรียน แม้ว่าลูกจะเป็นเด็กพิการบกพร่องทางสติปัญญา แต่สามารถเรียนรู้ได้และควรให้โอกาสเข้าเรียนในโรงเรียนหรือสถาบันหลายแห่งที่พร้อมจะรับเด็กเหล่านี้เข้าไปเรียนและเป็นสมาชิกของสังคม ซึ่งเด็กจะได้ความรู้ที่นอกเหนือจากภายในบ้าน

5.1.1.6 ฝึกงานบ้าน บางคนออกไปประกอบอาชีพไม่ได้ ควรฝึกให้ช่วยทำงานบ้าน เช่น ล้างจาน ซักผ้า รดน้ำต้นไม้ พับผ้า เก็บที่นอน ช่วยยกของ หาของกินเอง ฯลฯ ซึ่งชีวิตความเป็นอยู่ในบ้านมอบหมายหน้าที่ให้ทำ ทำซ้ำๆ จนคุ้นเคยก็จะรู้ว่าเป็นหน้าที่ของตน

5.1.1.7 พ่อแม่ต้องมีเวลาผ่อนคลายความเครียด การที่พ่อแม่ต้องอยู่กับปัญหาหรือการดูแลลูกตลอดเวลา มีความซ้ำซากจำเจ จะทำให้เกิดความเครียดและแยะได้ ดังนั้นจะต้องจัดหาเวลาเพื่อพักผ่อนและผ่อนคลายบ้าง เพื่อเติมพลังกลับมา อย่าฝืนทำเพราะจะไม่เกิดประโยชน์อะไร กลับทำให้เกิดผลเสียมากกว่า หากิจกรรมอะไรที่คิดว่าทำให้ท่านผ่อนคลายขึ้น หรือได้ทำอะไรเป็นส่วนตัวบ้าง พ่อแม่จะรู้ข้อจำกัดนี้ดีกว่าช่วงใดควรพักช่วงใดควรฝึก เพราะลูกก็ต้องการมีเวลาพักบ้างเหมือนกัน แต่ไม่ควรนานจนกระทั่งลูกหันไปสนใจตนเอง ขอให้หันไปดูภาพถ่ายเก่าๆ ของลูกที่เก็บไว้มันจะช่วยให้เกิดความ

สุขลื้มความเครียด หากได้ดูพร้อมกับคู่มือของท่านด้วยแล้วความทุกข์ที่ผ่านมาจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้มุ่งมั่นในการเลี้ยงดูลูกไม่สิ้นสุด

5.1.1.8 ไม่ควรเปรียบเทียบลูกกับเด็กปกติ เพราะจะเป็นการจี้จุดอ่อนของเด็กมากขึ้น การทำโทษลูกควรมีเหตุผลไม่ใช่ด้วยอารมณ์ เมื่อเด็กทำผิดจะถูกลงโทษทันทีเพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องและเข้าใจง่ายไม่สับสน ควรฝึกให้เด็กรู้จักเชื่อฟังให้สามารถบังคับตนเองได้ (โดยไม่ปล่อยให้เด็กนั้นแสดงฤทธิ์ได้) ให้เด็กมีความเชื่อมั่นในตนเอง ให้กล้าจัดการความกลัวโดยไร้เหตุผล และจะต้องฝึกให้เด็กพูดความจริง ซึ่งจะเป็นการเตรียมเด็กเข้าสู่สังคมที่ดีด้านหนึ่ง

5.1.1.9 ไม่ควรปล่อยลูกไว้ตามลำพัง หรือไว้ในที่ซึ่งอาจมีอันตราย เพราะอาจจะมีภัยหรืออันตรายฉุกเฉินกับเด็ก เด็กเหล่านี้ไม่อาจแก้ปัญหาได้เมื่อมีภัยอันตรายฉุกเฉิน ดังนั้นพ่อแม่จึงควรรอบคอบและหาทางป้องกันภัยอันตรายเหล่านี้ที่จะเกิดกับเด็กของเราไว้ก่อน เด็กควรอยู่กับพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย และญาติพี่น้องที่ไว้ใจได้ มีความแข็งแรงพอที่จะป้องกันหรือปกป้องเด็กเหล่านี้ได้

5.1.1.10 พุดคุยเล่นกับลูกให้มากเท่าที่จะมากได้ และแทรกความรู้เล็กๆน้อยๆให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ อย่าคิดว่าเด็กไม่รู้เรื่อง ตลอดจนสังเกตการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้พ่อแม่เข้าใจลูกและปัญหาต่างๆของลูก

การให้ความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงของเด็กนั้นด้วยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอ เมื่อมีปัญหาหรืออาจมีปัญหาเกิดขึ้นให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อการแก้ไขได้อย่างทันเหตุการณ์ และถูกต้องต่อไป

การฝึกเด็กที่มีปัญหารุนแรง

- 1.ประเมินความสามารถของลูกก่อนเสมอ
- 2.เลือกฝึกตามความพร้อมของลูก
- 3.แยกแยะงานที่ฝึกเป็นขั้นตอน ตามความเป็นจริงในธรรมชาติ
- 4.กำหนดสถานที่ เวลา ฝึกให้เหมาะสมกับทักษะ
- 5.ลูก-เรา จะต้องพร้อมทางอารมณ์
- 6.ใช้คำสั่งง่ายๆชัดเจนพอต่อการเข้าใจของลูกได้
- 7.ชมเชยและให้รางวัลทุกขั้นตอนที่ทำได้
- 8.อย่าสนใจต่อพฤติกรรมที่ไม่ต้องการในขณะนั้น
- 9.สอนที่ละขั้นตอนอย่างช้าๆ

5.1.2 การดูแลเลี้ยงดูเฉพาะสำหรับเด็กออทิสติก

5.1.2.1 การยอมรับของพ่อแม่ จะทำให้มีความร่วมมือในการช่วยเหลือเด็ก ใช้ชีวิตร่วมกันกับเด็ก ซึ่งจะทำให้ชีวิตครอบครัวมีความสุขมากขึ้น

5.1.2.2 การช่วยเหลือเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม หวีผม รวมทั้งกิจกรรมต่างๆในการดำรงชีวิต เด็กปกติจะเลียนแบบและถูกกระตุ้นจากพ่อแม่ให้ทำได้ เมื่อถึงวัยที่ควรทำได้ แต่สำหรับเด็กกลุ่มนี้จะต่อต้านการกระทำดังกล่าวทุกอย่างการฝึกให้ช่วยเหลือตนเอง จึงดูเป็นเรื่องยุ่งยาก พ่อแม่จึงต้องทำไปพร้อมกับเด็กด้วย เช่น การติดกระดุม จะต้องเริ่มจากกระดุมเม็ดโตๆ และรังดุมใหญ่ๆก่อน ผู้ใหญ่ยืนอยู่หลังเด็กช่วยจับมือให้มาอยู่บริเวณกระดุม โดยเริ่มใส่กระดุมเข้าไปในรังดุมก่อนครึ่งหนึ่งแล้วจับมือให้เด็กถึงกระดุมผ่านรังดุมขึ้นมา เมื่อทำได้ให้ถอดขึ้นชมเด็ก ถ้าเด็กหงุดหงิดให้ทำเฉยๆ

5.1.2.3 การช่วยเหลือด้านพัฒนาการด้านต่างๆโดยเฉพาะ ด้านภาษาและการสื่อความหมาย รวมทั้งทางด้านอารมณ์ และสังคมด้วย ซึ่งต้องใช้เวลาเป็นปี พ่อแม่ต้องเข้าใจและอดทนอย่างมาก พ่อแม่บางคนไม่เข้าใจ บางครั้งเครียด จึงต้องให้สถาบัน เช่น โรงพยาบาลยุวประสาทฯ มาช่วยเหลือ ในตอนกลางวัน เมื่อเด็กเริ่มมีความสามารถในการสื่อความหมายและพัฒนาการทางด้านสังคมดีขึ้นจึงจะส่งให้โรงเรียนที่มีความเข้าใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ต่อไป

แต่อย่างไรก็ตาม ใน 3 สถาบันคือ สถาบันครอบครัว สถาบันสุขภาพ และสถาบันการศึกษา ควรร่วมมือกันเพื่อเด็กออทิสติก ทั้งนี้ทั้งนั้นไม่ควรลืมสังคม การที่สังคมรับรู้ หรือรู้จักเด็กออทิสติกมากขึ้น ย่อมทำให้ชีวิตของเด็กกลุ่มนี้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขนั่นเอง

5.1.3 การดูแลเด็กที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

(สุวดี ศรีเลณวัติ , 2530)

เด็กที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษนั้น เป็นเด็กที่มีความผิดปกติ แตกต่างจากเด็กปกติอย่างแน่นอน เช่น เด็กปัญญาอ่อน เด็กมีความบกพร่องทางการได้ยิน การมองเห็น เด็กที่ปรับตัวลำบาก มีความพิการทางด้านร่างกาย ตลอดจนเด็กอัจฉริยะ เป็นต้น เด็กเหล่านี้ควรได้รับการดูแลใน 5 ด้าน ด้วยดังนี้ คือ

5.1.3.1 การดูแลทั่วไป (General Care) โดยเน้นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา การดูแลต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ถูกต้องเหมาะสม สำหรับเด็กแต่ละคน เนื่องจากเด็กแต่ละคนมีความแตกต่างกันและมีข้อจำกัดในตนเอง

5.1.3.2 การดูแลเกี่ยวกับเครื่องมือ เครื่องใช้ในการช่วยเหลือตนเอง (Material Aid) เช่น เด็กที่ต้องใช้หูฟัง ไม้เท้าในการเดิน แก้วน้ำเฉพาะ เตียงเฉพาะ หรือแม้แต่อาหารเสริมที่เหมาะสม เป็นต้น

5.1.2.3 การดูแลเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย (Housing) คือ จัดสถานที่ให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนไหวได้ดี และผู้ดูแลสามารถมองเห็นเด็กได้ชัดเจน ให้ความช่วยเหลือได้ทันที

5.1.2.4 ความเข้าใจของพ่อแม่ (Parental Education) พ่อแม่ต้องเข้าใจเด็กทั้งทาง การกระทำ และอารมณ์ ต้องเอาใจใส่ และแก้ไขได้ ตั้งแต่เด็กเริ่มสัมผัสกับโลกอย่างไรก็ตาม การมีบุคลิกติด ปกตินั้นในช่วงแรกย่อมทำให้พ่อแม่วิตกกังวล ดังนั้นพ่อแม่เองควรได้รับความช่วยเหลือระดับประคอง ดังนั้น คำแนะนำที่ให้แก่พ่อแม่ควรเป็นแต่ละบุคคล หรือแต่ละ ครอบครัวของเด็กแต่ละคน

5.1.2.5 ดูแลทางด้านพัฒนาการ (Developmental Care) การดูแลที่ดีที่ถูกต้องจะต้องเป็นส่วนส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก เช่นเดียวกับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้มีปัญหาก่อให้เกิด ความล่าช้าทางพัฒนาการอย่างแน่นอน ถ้าเด็กมีความผิดปกติด้วยแล้วย่อมต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ในการส่งเสริม หรือกระตุ้นพัฒนาการนั่นเอง เนื่องจากเขามีความผิดปกติในการเดิน การกิน การควบคุมตนเอง หรือ การพูด ดังนั้นจึงมีความลำบากในการช่วยเหลือ พ่อแม่บางคนปกป้องลูกมากเกินไป เนื่องจากกลัวเกิดอันตรายกับเด็ก จนทำให้เด็กไม่ได้ช่วยเหลือตนเองเลย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดแหล่งข้อมูล
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดแหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ปกครองของเด็กออทิสติก อายุระหว่าง 2-7 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นออทิสติกแล้วมารับการบำบัดและกระตุ้นพัฒนาการที่สถาบันพัฒนาการรพีพรรณ กรุงเทพมหานคร ในเดือน สิงหาคม พ.ศ 2547 จำนวน 130 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory (CFI)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

ประกอบด้วย 2 ตอน

ตอนที่ 4.1 แบบวัดเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

ตอนที่ 4.2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

รายละเอียดลักษณะเครื่องมือและขั้นตอนการสร้างเครื่องมือมีดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก ได้แก่ ความสัมพันธ์ต่อเด็ก อายุ และการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและเด็ก

ตัวอย่าง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง [] หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับผู้

ปกครอง

1. ท่านมีความสัมพันธ์ต่อเด็ก โดย [] เป็นบิดา
[] เป็นมารดา
[] เป็นผู้ดูแล
2. อายุ [] น้อยกว่า 20 ปี [] 20-24 ปี
[] 25-30 ปี [] 31-40 ปี
[] 41 ปีขึ้นไป
3. การอยู่ร่วมกันของบิดามารดา [] เด็กอยู่ร่วมกับทั้งบิดามารดา
และเด็ก [] เด็กอยู่ร่วมกับบิดาหรือมารดาหรือญาติ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกขึ้นเอง

ลักษณะของแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าชนิด 4 คำตอบ คือ ไม่เห็นด้วยเลย เห็นด้วยบ้างเล็กน้อย เห็นด้วยพอสมควร เห็นด้วยมากที่สุด มีคำถามทั้งสิ้น 17 คำถาม ซึ่งประกอบด้วย ผลของความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก 3 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 ข้อที่ 1-5 เป็นข้อความเกี่ยวกับผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

ด้านที่ 2 ข้อที่ 6-11 เป็นข้อความเกี่ยวกับผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์

ด้านที่ 3 ข้อที่ 12-17 เป็นข้อความเกี่ยวกับผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้าน

พฤติกรรมแต่ละข้อมีคำตอบอยู่ท้ายข้อความเป็นคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่าชนิด 4 คำตอบ

ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

1. ศึกษาทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล
2. ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ ได้แบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก จำนวน 20 ข้อ
3. นำแบบสอบถามที่ได้ในข้อ 2 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face Validity) แล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ
4. นำแบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกซึ่งได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว จำนวน 19 ข้อ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก ที่ไม่ใช่แหล่งข้อมูล จำนวน 30 คน
5. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Alpha-Coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ . 2543 : 125-126) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8686

ตัวอย่าง แบบวัดความวิตกกังวล

คำชี้แจง แบบสอบถามวัดความความวิตกกังวลรวมทั้งหมดมี 17 ข้อ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบและกรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด แต่ละข้อความของแบบสอบถามนี้ขอให้ท่านตอบคำถามเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

ไม่เห็นด้วยเลย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ
เห็นด้วยบ้างเล็กน้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบเล็กน้อย
เห็นด้วยพอสมควร	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบพอสมควร
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ เห็น ด้วยเลย	เห็นด้วย บ้างเล็กน้อย	เห็นด้วย พอ ส ม ควร	เห็นด้วย มากที่ สุด
<u>ด้านกายภาพ</u>				
0. ท่านรู้สึกปวดศีรษะเมื่อนึกถึงการดูแลบุตร				
<u>ด้านอารมณ์</u>				
00. ท่านรู้สึกหงุดหงิดในขณะที่ดูแลบุตร				
<u>ด้านพฤติกรรม</u>				
000. ท่านขาดสมาธิในการทำงานต่างๆเมื่อนึกถึงบุตร				

เกณฑ์การให้คะแนน

เป็นมาตราส่วนประมาณค่าชนิด 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยเลย เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมากที่สุด การตรวจให้คะแนนจึงต้องพิจารณาจากคำตอบของผู้ตอบที่ขีดเครื่องหมายลงในช่องต่างๆคือ

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยเลย	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็นด้วยมากที่สุด
คะแนน	1	2	3	4

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

Chulalongkorn Family Inventory (CFI)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว CFI (Chulalongkorn Family Inventory) ของ ศาสตราจารย์แพทย์หญิง อุมพร ตรังคสมบัติ ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มาใช้

ลักษณะของแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าชนิด 4 คำตอบ คือ ไม่จริงเลย จริงเล็กน้อย จริงปานกลาง จริงมากที่สุด มีคำถามทั้งสิ้น 32 คำถามซึ่งเรียงลำดับเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรมและการทำหน้าที่ทั่วไป

ขั้นตอนการสร้างแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว CFI

แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้นำมาจาก ศาสตราจารย์แพทย์หญิง อุมพร ตรังคสมบัติ โดยมีขั้นตอนการหาคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

1. นำแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว CFI จำนวน 35 ข้อไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน
2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item Total Correlation Coefficient) และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าสหสัมพันธ์สูงไว้เพื่อใช้หาความเชื่อมั่นต่อไป
3. หาความเชื่อมั่นของแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ . 2543 : 125-126) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9211
4. พิมพ์เป็นฉบับจริงเพื่อใช้ในการวิจัย

ตัวอย่าง แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย / หลังข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ไม่ตรง เลย	ตรงเล็กน้อย	ตรงปาน กลาง	ตรงมากที่สุด
0	<u>การแก้ปัญหา</u> สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไข ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้				
00	<u>การสื่อสาร</u> บ่อยครั้งที่คุณไม่สามารถพูดในสิ่งที่ คุณคิดหรือรู้สึก				

เกณฑ์การให้คะแนน

ผู้วิจัยตรวจและให้คะแนนตามความหมายของข้อคำถามในแต่ละข้อ ดังต่อไปนี้

1. ข้อความที่มีความหมายทางบวก ให้คะแนน ดังนี้

- ตรงมากที่สุด ให้ 4 คะแนน
- ตรงปานกลาง ให้ 3 คะแนน
- ตรงเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน
- ไม่ตรงเลย ให้ 1 คะแนน

2. ข้อความที่มีความหมายทางลบ ให้คะแนน ดังนี้

- ตรงมากที่สุด ให้ 1 คะแนน
- ตรงปานกลาง ให้ 2 คะแนน
- ตรงเล็กน้อย ให้ 3 คะแนน
- ไม่ตรงเลย ให้ 4 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคอหิวาต์ของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิวาต์

แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคอหิวาต์ของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิวาต์ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจาก แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคอหิวาต์ของ กัลยา วัริยะ ซึ่งแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 4.1 แบบสอบถามที่วัดเกี่ยวกับการรับรู้ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคอหิวสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิวสติก

ตอนที่ 4.2 แบบสอบถามที่วัดเกี่ยวกับการรับรู้ในด้านความคิดเห็น เกี่ยวกับโรคอหิวสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิวสติก

ตอนที่ 4.1 แบบวัดความรู้ในเรื่องอหิวสติก

แบบวัดความรู้ในเรื่องอหิวสติกที่ใช้ในการค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคอหิวสติกของ กัลยา วิจารณ์ ซึ่งจะเป็คำถามเกี่ยวกับความเข้าใจในเรื่องของโรคอหิวสติกในมารดาที่มีบุตรเป็นอหิวสติก

ลักษณะของแบบวัดความรู้ในเรื่องอหิวสติกเป็นแบบวัดซึ่งมีลักษณะคำตอบของคำถามเป็นแบบ ถูกผิด และแบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

ขั้นตอนการสร้างแบบวัดความรู้ในเรื่องอหิวสติก

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคอหิวสติก และการรับรู้

2. ผู้วิจัยศึกษาตัวอย่างแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคอหิวสติกของ กัลยา วิจารณ์

เพื่อเป็นแนวทางในการนิยามศัพท์เฉพาะและสร้างข้อคำถาม

3. ผู้วิจัยสร้างแบบวัดให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะได้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคอหิวสติก จำนวน 20 ข้อ

4. หาความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face Validity) โดยนำแบบวัดในข้อ 3 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

5. นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคอหิวสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิวสติก ซึ่งได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วจำนวน 20 ข้อ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิวสติก ที่ไม่ใช่แหล่งข้อมูลจำนวน 30 คน จากนั้นจึงนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดที่หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อโดยหาค่าความสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item Total Correlation) ของแบบวัดทั้งหมดเลือกใช้เฉพาะข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้ค่าอำนาจจำแนกมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .30-.80 ได้แบบวัดจำนวน 10 ข้อ

6. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในข้อ 5 โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคอหิวสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิวสติก เท่ากับ 0.70

ตัวอย่าง แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคอหิวสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิวสติก

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้อง และทำเครื่องหมาย X หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าผิด

----- 0. เด็กที่เป็นอหิวสติกที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะส่งผลทำให้เด็กเป็นเด็กปัญญาอ่อนได้

ส่วนที่ 4.2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคอหิวสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิวสติก

เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคอหิวสติกที่ใช้ในการค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถาม การรับรู้เกี่ยวกับโรคอหิวสติกของ กัลยา วิจารณ์ ซึ่งจะเป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อโรคอหิวสติก

ลักษณะแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคอหิวสติกเป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อรายการที่แสดงถึงความคิดเห็นต่อโรคอหิวสติก ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนซ้ายมือเป็นข้อรายการของความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคอหิวสติก ส่วนขวามือจะเป็นระดับของความคิดเห็นซึ่งแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และ ไม่เห็นด้วยเลย และแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ

ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคอหิวสติก

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคอหิวสติกและการรับรู้
2. ผู้วิจัยศึกษาตัวอย่างแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคอหิวสติก ของ กัลยา วิจารณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการนิยามศัพท์เฉพาะและสร้างข้อคำถาม
3. ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะได้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคอหิวสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิวสติกจำนวน 20 ข้อ
4. หาความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face Validity) โดยนำแบบสอบถามในข้อ 3 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้
5. นำแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคอหิวสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิวสติก ซึ่งได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว จำนวน 20 ข้อไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิวสติกที่ไม่ใช่แหล่งข้อมูล จำนวน 30 คน จากนั้นจึงนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดที่หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อโดยหาค่าความสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามทั้งหมดเลือกใช้เฉพาะข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ได้ค่าอำนาจจำแนกมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .2948 - .7115 ได้แบบสอบถามจำนวน 12 ข้อ

6. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในข้อ 5 โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัค ได้ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก เท่ากับ 0.8035

ตัวอย่าง แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้วัตถุประสงค์ที่จะสำรวจ ความคิดเห็นของผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคออทิสติก โปรดอ่านข้อความทุกข้อความแล้วพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อโรคออทิสติกตามข้อคำถามต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วยเลย
0. เด็กออทิสติกไม่สามารถเรียนหนังสือร่วมชั้นเรียนกับเด็กปกติทั่วไปได้					

เกณฑ์การให้คะแนน

ลักษณะคำตอบของความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติกแต่ละข้อเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ลักษณะคำถามมีข้อความเชิงบวก และเชิงลบ ข้อความเชิงบวกเป็นข้อความของความคิดเห็นที่ถูกต้องเหมาะสม ข้อความเชิงลบเป็นข้อความของความคิดเห็นที่ไม่ถูกต้อง โดยให้คะแนนดังนี้
ข้อความเชิงบวก ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 5	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยเลย	ให้ 1	คะแนน

ข้อความเชิงลบ ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 1	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 2	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยเลย	ให้ 5	คะแนน

ถ้าคะแนนสูง หมายความว่า ผู้ปกครองบุตรออทิสติกรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกถูกต้องมาก
ถ้าคะแนนต่ำ หมายความว่า ผู้ปกครองบุตรออทิสติกรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกถูกต้องน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการดูแลเด็กออทิสติกในมารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติกของ กัลยา วิจารณ์ะ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อรายการที่แสดงถึงการปฏิบัติต่อบุตรที่เป็นออทิสติกของผู้ปกครอง ซึ่งแบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดการแสดงพฤติกรรมของผู้ปกครองที่ปฏิบัติต่อบุตรที่เป็นออทิสติก เป็นแบบสอบถามที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนซ้ายมือเป็นข้อรายการของพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติก ส่วนขวามือจะเป็นระดับของการกระทำหรือการแสดงท่าทีต่อบุตรที่เป็นออทิสติกของผู้ปกครอง ซึ่งแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย และไม่มีเหตุการณ์ให้ปฏิบัติ และแบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ โดยแบ่งพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การช่วยเหลือ การสนับสนุน ส่งเสริมและการอำนวยความสะดวกต่อบุตร
ในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ด้านที่ 2 การดูแลช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริมบุตรทางด้านพัฒนาการ

ด้านที่ 3 การส่งเสริมบุตรทางด้านสุขภาพ

ด้านที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนการรักษาของแพทย์

ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคออทิสติก
2. ผู้วิจัยศึกษาตัวอย่างแบบสอบถามการดูแลเด็กออทิสติกในมารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติกของ กัลยา วิจารณ์ะ เพื่อเป็นแนวทางในการนิยามศัพท์เฉพาะและสร้างข้อคำถาม

3. ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะได้แบบสอบถาม
พฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นอหิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิสติกจำนวน 23 ข้อ

4. หาความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face Validity) โดยนำแบบสอบถามในข้อ 3 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

5. นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นอหิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็น
อหิสติก ซึ่งได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว จำนวน 23 ข้อ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิสติก
ที่ไม่ใช่แหล่งข้อมูล จำนวน 30 คน จากนั้นจึงนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดที่หาค่า
อำนาจจำแนกเป็นรายข้อโดยหาค่าความสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total
Correlation) ของแบบวัดทั้งหมด เลือกใช้เฉพาะข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ .05 ได้ค่าอำนาจจำแนกมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .1510 - .7097 ได้แบบสอบถาม
จำนวน 15 ข้อ

6. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในข้อ 5 โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา (Alpha-
Coefficient) ของครอนบัค (ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ .2536 : 170-171) ได้ความเชื่อมั่น
ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นอหิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิสติก เท่ากับ
0.7873

ตัวอย่าง แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นอหิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นอหิสติก

คำสั่งแจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะสำรวจว่าในฐานะที่มีบุตรเป็นอหิสติก ท่านปฏิบัติ
ต่อบุตรที่เป็นอหิสติกของท่านอย่างไร โปรดอ่านข้อความทุกข้อความแล้วพิจารณาด้วย
ตัวท่านเองว่า ท่านกระทำหรือแสดงท่าทีต่อบุตรของท่านอย่างไร มากน้อยเพียงใดและ
ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับกรกระทำนั้นๆ กรุณาตอบทุกข้อ โดยพิจารณา
ดังนี้

ลำดับที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย	ไม่มีเหตุ การณ์ให้ ปฏิบัติ
0.	ท่านฝึกให้บุตรของท่าน รับประทานอาหารทุก ประเภทเพื่อให้บุตรของ ท่านรับประทานอาหาร ได้หลายชนิด				

เกณฑ์การให้คะแนน

ลักษณะคำถามมีข้อความเชิงบวก และเชิงลบ ข้อคำถามเชิงบวกเป็นข้อความของการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ข้อคำถามเชิงลบเป็นข้อความของการดูแลที่ไม่ถูกต้อง โดยให้คะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน

ไม่มีเหตุการณ์ให้ปฏิบัติ ไม่มีคะแนน

ข้อความเชิงลบ ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 3 คะแนน

ไม่มีเหตุการณ์ให้ปฏิบัติ ไม่มีคะแนน

คะแนนสูง หมายความว่า ผู้ปกครองที่มีบุตรออกทัศนคติมีการดูแลบุตรถูกต้องมาก

คะแนนต่ำ หมายความว่า ผู้ปกครองที่มีบุตรออกทัศนคติมีการดูแลบุตรถูกต้องน้อย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. นำหนังสือที่ทางบัณฑิตวิทยาลัยออกให้ไปติดต่อกับทาง สถาบันพัฒนาการรพีพรรณ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. จัดดำเนินการให้ผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออกทัศนคติที่มาใช้บริการที่ สถาบันพัฒนาการรพีพรรณ
ตอบแบบสอบถามรวม 5 ส่วน

3. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์

4. นำแบบทดสอบที่สมบูรณ์แล้ว นำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้แล้ว

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับการวิจัยทางสังคม (Statistical Package for the Social Science : SPSS-X) ตามจุดมุ่งหมายของการศึกษาและสมมุติฐานดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของแหล่งข้อมูลโดยคำนวณค่า ความถี่ และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก การรับรู้ของผู้ปกครองเรื่องออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว และ การอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple Correlation) และสหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation)
3. ค้นหาตัวพยาพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) วิธี Stepwise

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าเฉลี่ย
2. สถิติสำหรับวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ
 - 2.1 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม
 - 2.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach)(พวงรัตน์ ทวีรัตน์.2531:125-126)
3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมุติฐาน
 - 3.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก การรับรู้ของผู้ปกครองเรื่องออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว และการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple Correlation) และ สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation)

3.2 ค้นหาตัวพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็น
ออทิสติกโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)
วิธี Stepwise

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

N	แทน	จำนวนผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก
%	แทน	ค่าร้อยละ (Percentage)
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Squares)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยกำลังสองของคะแนน (Mean Square)
F	แทน	ค่าสถิติในการแจกแจงแบบเอฟ (F-Distribution)
T	แทน	ค่าสถิติในการแจกแจงแบบที (t-Distribution)
R	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R^2	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์
SE_{est}	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนไหวมาตรฐานในการพยากรณ์
B	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
a	แทน	ค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
b	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ซึ่งพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
β	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ซึ่งพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
df	แทน	ระดับขั้นของความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของแหล่งข้อมูลตามตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple Correlation) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation)
3. วิเคราะห์ค้นหาตัวพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก โดยใช้ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) วิธี Stepwise

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอผลการศึกษาค้นคว้าตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของแหล่งข้อมูล แสดงจำนวน และร้อยละของสถานภาพของแหล่งข้อมูล และ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ตัวแปรที่ศึกษา

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก และ การอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก กับ พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เพื่อค้นหาตัวพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) วิธี Stepwise

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครอง

ตาราง 1 แสดงจำนวน และร้อยละของสถานภาพของผู้ปกครองจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N 130)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์		
เป็นบิดา	28	21.5
เป็นมารดา	88	67.7
เป็นญาติ	14	10.8
รวม	130	100
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 20	2	1.5
20 – 24	9	6.9
25 – 30	18	13.8
31 – 40	73	56.2
41 ขึ้นไป	28	21.5
รวม	130	100
การอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตร		
บุตรอยู่ร่วมกับทั้งบิดามารดา	114	87.7
บุตรอยู่ร่วมกับบิดาหรือมารดา หรือญาติ	16	12.3
รวม	130	100

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ปกครองเป็นบิดา (ร้อยละ 21.5) และเป็นมารดา(ร้อยละ 67.7) มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 56.2) รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 41 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 21.5) และผู้ปกครองที่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 1.5) และบุตรที่เป็นอหิสติกของผู้ปกครองมากกว่าครึ่งอยู่ร่วมกับทั้งบิดาและมารดา (ร้อยละ 87.7)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย และ ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรต่างๆที่ศึกษา

ตัวแปร	Min.	Max.	$\bar{X}$ (N=130)	SD
ความวิตกกังวล				
-ความวิตกกังวลด้านร่างกาย	1.00	4.00	2.08	0.64
-ความวิตกกังวลด้านอารมณ์	1.00	4.00	2.90	0.49
-ความวิตกกังวลด้านพฤติกรรม	1.00	3.50	1.93	0.51
รวม	1.00	3.35	2.31	0.46
การทำหน้าที่ของครอบครัว				
-ด้านการแก้ปัญหา	1.00	4.00	3.19	0.65
-ด้านการสื่อสาร	1.71	4.00	3.07	0.60
-ด้านบทบาท	1.80	4.00	3.33	0.54
-ด้านการตอบสนองทางอารมณ์	2.00	4.00	3.30	0.55
-ด้านความผูกพันทางอารมณ์	2.00	4.00	3.35	0.54
-ด้านควบคุมพฤติกรรม	2.00	4.00	3.07	0.45
รวม	2.38	3.97	3.21	0.45
การรับรู้เกี่ยวกับโรคฮิสติก				
-ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคฮิสติก	3.00	10.00	8.71	1.79
-ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคฮิสติก	2.92	5.00	4.08	0.57
พฤติกรรมการดูแลบุตร				
-ด้านการช่วยเหลือ การสนับสนุน ส่งเสริม และอำนวยความสะดวกต่อบุตรในเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	1.71	3.00	2.67	0.30
-ด้านการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม บุตรทางด้านพัฒนาการ	1.75	3.00	2.72	0.35
-ด้านการส่งเสริมบุตรทางด้านสุขภาพ	1.00	3.00	2.41	0.72
-ด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนการ รักษาของแพทย์	1.67	3.00	2.41	0.36
รวม	1.80	3.00	2.62	0.25

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่า

ผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกมีความวิตกกังวลในด้านอารมณ์มากที่สุดโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.90 รองลงมาคือ ด้านร่างกายโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.08 และด้านพฤติกรรมโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.93 ตามลำดับ

ผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านความผูกพันทางอารมณ์ได้ดีที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 รองลงมาคือ ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านการแก้ไขปัญหา ด้านการสื่อสาร และด้านการควบคุมพฤติกรรม โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 3.30 3.19 3.08 และ 3.07 ตามลำดับ

ผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกโดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.71 และผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกมีระดับคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติกเท่ากับ 4.08

และผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกมีพฤติกรรมการดูแลบุตรในด้านการดูแลช่วยเหลือ การสนับสนุน ส่งเสริมบุตรทางด้านพัฒนาการได้ถูกต้องมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 รองลงมา คือ ด้านการช่วยเหลือ การสนับสนุนส่งเสริมและการอำนวยความสะดวกต่อบุตรในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนการรักษาของแพทย์ และด้านการส่งเสริมบุตรทางด้านสุขภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 2.42 และ 2.41 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก และ การอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก กับ พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3 ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก (Y)

ตัวแปร	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	Y
ความวิตกกังวลของผู้ปกครอง (X_1)	1.000	.038	.231	-.249	.213	.216*
การทำหน้าที่ของครอบครัว (X_2)		1.000	-.033	.189	.207	.249**
ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก (X_3)			1.000	-.238	.015	.571**
ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก (X_4)				1.000	-.196	-.215**
การอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตร (X_5)					1.000	.166

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 3 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในกลุ่มตัวแปรพยากรณ์ได้แก่ ความวิตกกังวล (X_1) การทำหน้าที่ของครอบครัว (X_2) ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก (X_3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก (X_4) และการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตร (X_5) มีค่าระหว่าง -0.249 - 0.231

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับ พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก ได้แก่ ความวิตกกังวล ($r = .216$) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กับพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติก ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว ($r = .249$) และความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก ($r = .571$) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก ($r = -.215$) ส่วนการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติกมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .166$)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เพื่อค้นหาตัวพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4 – 6

ตาราง 4 ตัวแปรที่มีประสิทธิภาพเข้าสมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

ลำดับที่	ตัวแปร	R	R ²	F
1	ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก	.571	.327	40.724**
2	ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว	.631	.398	9.877**
3.	ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก	.667	.445	6.994**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 4 พบว่า ปัจจัยที่มีประสิทธิภาพในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว และความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก โดยความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก ได้ร้อยละ 32.70 เมื่อเพิ่มตัวแปรด้านการทำหน้าที่ของครอบครัวเข้าด้วยกันแล้วสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกได้ร้อยละ 39.80 และเมื่อเพิ่มตัวแปรด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติกเข้าด้วยกันแล้วตัวแปรทั้ง 3 ตัว สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกได้ร้อยละ 44.50

ตาราง 5 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้น (Stepwise) เมื่อใช้พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกเป็นเกณฑ์

Model	ความแปรปรวน	df	SS	MS	F
1	Regression	1	404.620	404.620	40.724**
	Residual	84	834.601	9.936	
	Total	85	1239.221		
2	Regression	2	493.379	246.689	27.452**
	Residual	83	745.842	8.986	
	Total	85	1239.221		
3	Regression	3	551.993	183.998	21.955**
	Residual	82	687.228	8.381	
	Total	85	1239.221		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 5 พบว่า พฤติกรรมการดูแลบุตรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับ ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว และความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถสร้างเป็นสมการพยากรณ์เชิงเส้นตรงได้ จึงคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก โดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบเป็นขั้น (Stepwise)

ตัวแปร	b	SE	β	t
ค่าคงที่ (Constant)	26.922	3.489		
ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก	1.110	.178	.527	6.226**
การทำหน้าที่ของครอบครัว	0.086	.023	.309	3.691**
ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก	-.120	.046	-.228	-2.645**
R = .667				
R ² = .445				

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 6 พบว่า ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกได้ร้อยละ 44.50 และได้ นำค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์มาเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

สมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก (Y) โดยใช้คะแนนดิบ

$$Y = 26.922 + 1.110 (X_1) + 0.086 (X_2) - 0.120 (X_3)$$

สมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก (Y) โดยใช้คะแนนมาตรฐาน

$$Z_Y = 0.527 (X_1) + 0.309 (X_2) - 0.228 (X_3)$$

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก กับ ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก การรับรู้ของผู้ปกครองเรื่องออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว และการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก
2. เพื่อค้นหาตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

สมมุติฐานของการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก มีความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก การรับรู้ของผู้ปกครองเรื่องออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว และ การอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. มีตัวแปรอย่างน้อย 1 ตัว ที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกได้

ขอบเขตของการวิจัย

แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ปกครองของเด็กออทิสติกอายุระหว่าง 2-7 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นออทิสติกแล้วมารับการบำบัดและกระตุ้นพัฒนาการ ที่สถาบันพัฒนาการรพีพรรณ กรุงเทพมหานคร ในเดือน สิงหาคม จำนวน 130 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรทำนาย คือ ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

การรับรู้ของผู้ปกครองเรื่องออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว และ

การอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก

ตัวแปรเกณฑ์ คือ พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8686

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory (CFI) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9211

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก

โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกนั้นแบ่งออกเป็น 2 ตอน

ส่วนที่ 4.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องออทิสติก มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70

ส่วนที่ 4.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8035

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7873

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคม (SPSS) ตามจุดมุ่งหมายของการวิจัยและสมมุติฐานดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณค่าความถี่ และ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก การรับรู้ของผู้ปกครองเรื่องออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว และการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก กับ พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple Correlation) และสหสัมพันธ์พหุคูณ
3. ค้นหาตัวพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) วิธี Stepwise

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลจากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกซึ่งมารับการบำบัดและกระตุ้นพัฒนาการที่สถาบันพัฒนาการพิพชรณ กรุงเทพมหานคร

สรุปผลได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของแหล่งข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของแหล่งข้อมูลเป็นบิดาร้อยละ 21.5 เป็นมารดาร้อยละ 67.7 และร้อยละ 10.8 เป็นญาติ โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.2 รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 41 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 21.5 และแหล่งข้อมูลที่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี มีจำนวนน้อยที่สุดคือร้อยละ 1.5 และบุตรที่เป็นออทิสติกของแหล่งข้อมูลมากกว่าครึ่งอยู่ร่วมกับบิดามารดา โดยคิดเป็นร้อยละ 87.7

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

2.1) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก (Y) ได้แก่ ความวิตกกังวล (X_1) และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก (Y) ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว (X_2) และ ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก (X_3) ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก (X_4) มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2) ตัวพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก (Y) เรียงลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก (X_3) การทำหน้าที่ของครอบครัว (X_2) และ ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก (X_4) ตามลำดับ ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้สามารถรวมอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก (Y) ได้ร้อยละ 44.5 และสามารถสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก โดยนำค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์มาเขียนสมการได้ดังนี้

สมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก (Y) โดยใช้คะแนนดิบ

$$Y = 26.922 + 1.110 (X_3) + 0.860 (X_2) - 0.120 (X_4)$$

สมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก (Y) โดยใช้คะแนนมาตรฐาน (Z_y)

$$Z_y = 0.527 (X_3) + 0.309 (X_2) - 0.228 (X_4)$$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก การรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก การทำหน้าที่ของครอบครัว และการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก ได้แก่ ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก (X_1) และ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว (X_2) ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก (X_3) ส่วน ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก (X_4) มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็น

ออทิสติก มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายผลเป็นรายปัจจัยได้ดังนี้

ความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกมีความวิตกกังวลมาก จะทำให้พฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกดีขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ กาชดา (Gazda 1978 , 382-69) ซึ่งพบว่า ความวิตกกังวลเป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งที่สำคัญของคุณคลิกภาพและจะส่งผลต่อพฤติกรรมหรือลักษณะอื่นๆของคุณคลิกภาพด้วยทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกมักจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร ดังนั้น เมื่อผู้ปกครองมีความรู้สึกวิตกกังวลเกิดขึ้น ก็จะแสดงออกในพฤติกรรมในรูปแบบที่พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความวิตกกังวลและทำความเข้าใจในสาเหตุ (Using the anxiety in the service of learning) เพื่อหาวิธีในการขจัดภาวะความวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมแสดงออกเมื่อต้องเผชิญกับความวิตกกังวล ดังนั้น เมื่อผู้ปกครองสามารถที่จะเข้าใจถึงสาเหตุและทำความเข้าใจสาเหตุแล้ว ก็จะส่งผลทำให้เข้าใจในวิธีการปฏิบัติในด้านของพฤติกรรมดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกที่ดีด้วย

การทำหน้าที่ของครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เมื่อครอบครัวที่มีบุตรเป็นออทิสติกมีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีแล้ว จะทำให้พฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกดีขึ้นด้วย ทั้งนี้

อาจเนื่องมาจากการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีบุตรที่เป็นออทิสติกนั้นเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยเหลือบุตรที่เป็นออทิสติกได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ แนวความคิดของ McMaster (McMaster Model of Family Functioning หรือ MMFF) ซึ่งกล่าวไว้ว่าถ้าระบบแห่งครอบครัวมีกระบวนการ (process) ที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้ครอบครัวนั้นเกิดปัญหาขึ้นมา ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ป่วยในครอบครัวจะพุ่งเป้าไปที่การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวทั้งระบบ โดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยและปัญหานั้นจะหมดไป (อุมพร ตรังคมบัติ , 2541)

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Orr และ คณะ (1983) เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวของเด็กที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ในครอบครัวของเด็กที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจะไม่พูดคุยถึงเรื่องที่เป็นความขัดแย้งแต่จะมาพูดคุยกันถึงอาการป่วยของลูกแทน พ่อแม่จะร่วมมือกันและพูดคุยกันได้ดีก็ต่อเมื่อลูกป่วยและส่งผลให้อาการป่วยของลูกดีขึ้น

การรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

- ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกมีความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกมากจะทำให้พฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกดีขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ นิพนธ์ แจ่มเยี่ยม (2524 : 60) ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้มีความสำคัญมากในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเพราะถ้าการรับรู้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงบุคคลจะแสดงพฤติกรรมแบบผิดๆ ซึ่งทำให้เกิดผลเสียหายต่อเด็กและตนเองได้ กล่าวคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ปกครองมีแนวโน้มในการดูแลบุตรที่ถูกต้องเหมาะสม ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกไม่ถูกต้องก็จะทำให้มีแนวโน้มในการดูแลบุตรที่ไม่ถูกต้องเช่นกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พรนิภา ชัยโกศล (2536 : 51) ซึ่งศึกษาพบว่า การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับสุขภาพบุตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .3594$, $p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539 : 71) ซึ่งพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .4433$, $p < .001$)

- ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก ในการศึกษารั้งนี้พบว่าความคิดเห็นเกี่ยวกับ

โรคออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกมีความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติกที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลทำให้พฤติกรรมการดูแลบุตรดีขึ้นได้ ที่เป็นเช่นนี้อาจจะเกิดจาก การที่บุคคลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ไม่ถูกต้องนั้นไม่ได้เป็นตัวกำหนดว่าจะส่งผลทำให้พฤติกรรมที่แสดงออกหรือการปฏิบัตินั้นไม่ดีไปด้วยเสมอไป ดังจะเห็นได้จากที่ จำเนียร ชวงโชติ (2519 : 17) ได้กล่าวไว้ว่า ทักษะคิด หรือความคิดเห็น คือสภาพจิตใจ หรือความรู้สึกนึกคิด หรือความเห็นที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด พฤติการณ์อย่างหนึ่งอย่างใด ต่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดหรือกลุ่มบุคคลคณะหนึ่งคณะใด จะเป็นเอกเทศหรือส่วนคละรวมๆกันก็ได้ เช่น ความชอบ ความนิยม ความไม่ชอบ ไม่นิยม ความศรัทธา ความไม่ศรัทธา ความหวังดี ความไม่หวังดี ฯลฯ ซึ่งอาจจะแสดงออกมาเป็นการกระทำอันเกิดจากทัศนคติที่มีอยู่ นั้น ซึ่งทัศนคติหรือความคิดเห็นจะไม่มีกำหนดว่าถูกหรือผิด ดังจะเห็นได้จาก เมื่อผู้ปกครองมีความคิดเห็นที่ไม่ดีต่อโรคออทิสติก แต่ในด้านพฤติกรรมหรือการปฏิบัติในเรื่องการดูแลบุตรนั้น ผู้ปกครองสามารถแยกแยะได้ว่า ความคิดเห็นของตนเกี่ยวกับโรคออทิสติก กับการดูแลบุตรนั้น ไม่ได้มีความเกี่ยวเนื่องกันเพราะถ้าตนเองมีความคิดเห็นที่ไม่ดีต่อโรคออทิสติกแล้วดูแลบุตรไปในทิศทางที่ไม่ถูกต้องก็จะส่งผลไม่ดีต่อบุตรที่เป็นออทิสติกของตนเองได้

การอยู่ร่วมกันของบิดา มารดา และบุตรที่เป็นออทิสติก ในการศึกษารั้งนี้พบว่า การอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ความแตกต่างระหว่างการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและบุตรที่เป็นออทิสติกไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก อาจเนื่องมาจากแหล่งข้อมูลในการศึกษารั้งนี้มีสัดส่วนระหว่างแหล่งข้อมูลที่บุตร ที่เป็นออทิสติกอยู่ร่วมกันกับทั้งบิดาและมารดากับแหล่งข้อมูลที่บุตรที่เป็นออทิสติกไม่ได้อยู่ร่วมกับทั้งบิดาและมารดาแตกต่างกันมาก ซึ่งถือว่าเป็นข้อจำกัดที่อาจส่งผลต่อผลการวิจัยในครั้งนี อีกประการหนึ่งอาจจะเนื่องมาจาก ครอบครัวของเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลนั้นเป็นครอบครัวที่ให้ความสำคัญกับการให้การดูแลและการรักษาบุตรที่เป็นออทิสติก ดังนั้น ครอบครัวก็จะให้ความสำคัญกับการอยู่ร่วมกันของบิดา มารดาและบุตรเพื่อช่วยเหลือกันภายในครอบครัวในการดูแลบุตร ที่เป็นออทิสติกส่งผลทำให้แหล่งข้อมูลที่มีจำนวนของบิดา มารดา และบุตรที่เป็นออทิสติกอยู่ร่วมกันมาก ด้วยเหตุผลดังกล่าวอาจจะทำให้การอยู่ร่วมกันของบิดา มารดาและบุตรที่เป็นออทิสติกไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

2. ผลการวิเคราะห์เพื่อค้นหาตัวพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก พบว่า ตัวพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก เรียงลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก (X_3) การทำหน้าที่ของครอบครัว (X_2) และ ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก (X_4) ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกได้ร้อยละ 44.50 สามารถอธิบายผลเป็นปัจจัยได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก เป็นตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสำคัญในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกเป็นอันดับแรก เนื่องจาก ในการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกนั้น ผู้ปกครองจำเป็นต้องอย่างยิ่งในการที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในโรคออทิสติกก่อน เพราะโดยลักษณะของโรคออทิสติกนั้นคนส่วนใหญ่จะมีความรู้ความเข้าใจในโรคนี้ค่อนข้างน้อย ดังนั้น เมื่อผู้ปกครองทราบว่าบุตรของตนเป็นออทิสติกแล้ว ผู้ปกครองจึงมีความจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องชวนหาความรู้ในเรื่องของโรคออทิสติก เพื่อที่จะให้ตนเองเข้าใจทั้งในด้านของ การดำเนินของโรค ลักษณะของโรค และ วิธีการช่วยเหลือดูแลรักษาบุตรของตนเอง ให้ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมของตนเองในการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกต่อไป

การทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสำคัญในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก เป็นอันดับ 2 เนื่องจาก การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลทำให้ครอบครัวมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในการคิดหาวิธีการช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริมบุตรที่เป็นออทิสติกได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีแนวโน้มที่จะทำให้พฤติกรรมในการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกดีขึ้นตามไปด้วย

ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก เป็นตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสำคัญในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก เป็นอันดับสุดท้าย เนื่องจากความคิดเห็นของแต่ละบุคคลไม่มีการกำหนดว่าถูกหรือผิด ดังนั้น เมื่อผู้ปกครองที่มีความคิดเห็นที่ไม่ดีต่อโรคออทิสติกก็อาจปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกได้ดีได้เพราะผู้ปกครองทุกคนต่างมีความหวังให้บุตรของตนมีพัฒนาการที่ดีขึ้นจึงส่งผลให้ต้องปฏิบัติพฤติกรรมดูแลให้ที่ดีที่สุด

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกครั้งนี้สามารถรวบรวมแนวคิดจากข้อมูลวิจัย มาสรุปเป็นข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. จากการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก ดังนั้น ในกระบวนการรักษาเด็กที่เป็นออทิสติกนั้นควรมีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง บิดามารดา ของบุตรที่เป็นออทิสติกเพื่อลดความวิตกกังวลในเรื่องเกี่ยวกับบุตรลงเพื่อให้กระบวนการรักษาเด็กออทิสติกได้ผลที่ดียิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ปกครอง บิดามารดาเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการในการให้การรักษาคือเด็กที่เป็นออทิสติก
2. จากการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก ดังนั้น ในกระบวนการรักษาควรมีการกำหนดนโยบาย ส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับ การทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรม การดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกให้มากขึ้น โดยอาจจัดมาในรูปแบบของการอบรมหรือสัมมนา ครอบครัวของเด็กที่เป็นออทิสติกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ได้เห็นมุมมองของครอบครัวแต่ละครอบครัวเพื่อที่จะนำไปพัฒนาให้สอดคล้องกับการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกของแต่ละครอบครัวต่อไป
3. จากการวิจัยพบว่า ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติก ดังนั้น ควรมีการกำหนดนโยบาย ส่งเสริม การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับเด็กออทิสติกออกสู่สังคมให้มากขึ้น เพื่อให้สังคมเข้าใจและยอมรับเด็กออทิสติกดีขึ้น และเพื่อเฝ้าระวังโรค และหากพบว่าเด็กมีความผิดปกติจะได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องทันท่วงที นอกจากนั้นควรให้ภาครัฐตระหนักถึงปัญหาและการช่วยเหลือเด็กออทิสติกโดยการนำไปสู่การสนับสนุนทางด้านต่างๆแก่ครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น โรงเรียนสำหรับเด็กออทิสติก นักฝึกพูด นักจิตวิทยา จิตแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด ให้เพียงพอเพื่อที่พ่อแม่ ผู้ปกครองสามารถที่จะนำเด็กออทิสติกไปบำบัดรักษาได้และถูกวิธีมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าเพียงบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกซึ่งยังมีปัจจัยอื่นๆอีกที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติก ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรนำตัวแปรเหล่านั้นมาศึกษาเพิ่มเติมด้วย
2. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนมากมีความรู้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก และพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่บุตรรับบริการที่คลินิกพิเศษ และเป็นกลุ่มที่มี

รายได้สูง ระดับการศึกษาสูง จึงควรศึกษาในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งอาจมีความรู้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคอหิวาต์และพฤติกรรมการดูแลบุตรแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจจะทำให้ผลการศึกษาไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ และมีความเียงเบนไปจากความเป็นจริง ดังนั้น จึงควรจะมีการใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้านอื่นด้วย เช่น การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นต้น ก็จะทำให้ผลการศึกษามีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ วิจิตรสุทนต์ และ คารณี สายะวัน . (2529) . คู่มืออบรมและเลี้ยงดูเด็กเล็ก . กรุงเทพฯ : เทพรัตน์การพิมพ์
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2529) . การอบรมเลี้ยงดูเด็ก . กรุงเทพฯ : กรมวิชาการ
- กัญญา ธีรมานตา . (2534) . เด็กออทิสติกกับผลกระทบต่อพ่อแม่ . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (ภาวะจิต จิตเวชศาสตร์) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- ถ่ายเอกสาร.
- กันยา สุวรรณแสง . (2532) . จิตวิทยาทั่วไป . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์บำรุงสารสิน
- กัลยา วิริยะ . (2539) . การรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกและการดูแลบุตรออทิสติกในมารดาที่มีบุตรออทิสติก . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต . กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล .
- ชัตติยา รัตนดิลก . (2539) . ลักษณะทางสังคมจิตใจของเยาวชนผู้กระทำผิดซ้ำ ณ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง:ศึกษากรณีบ้านกรุณาและบ้านปราณี . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาคลินิก) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร .
- คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเรื่องการเลี้ยงดูและอบรม . (2526) . ประมวลผลงานวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กไทย . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล .
- จตุพร เพ็งชัย . (2534) . สุขภาพจิต . มหาสารคาม : ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม .
- เจริญ สมวงศ์ศิริ . (2533) . การใช้ยารักษาความวิตกกังวล . กรุงเทพฯ : สาขาการพิมพ์ .
- จำเนียร ชวงโชติ . (2519) . "การรับรู้" ในจิตวิทยาทั่วไป เล่ม 2 . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ .
- จวี เบาทรวง . (2526) . ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาคลินิก) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร .
- จวีวรรณ กิनावงศ์ . (2526) . การศึกษาเด็ก . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์เนศ
- นฤมล ขวัญศิริ . (2541) . ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคออทิสติก . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร .

- นฤมล สีนสุพรรณ. (2528). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตร
ป่วยและไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ .วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การพยาบาล).
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล .ถ่ายเอกสาร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ . (2526) . ทศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.
พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ : พีระพัฒนา
- ผดุง อารยะวิญญู . (2542) . เด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรม . กรุงเทพฯ : แวนแก้ว .
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ . (2540) . จิตวิทยาครอบครัว . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย .
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์ . (2531). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 2 .
กรุงเทพฯ : เจริญผล
- พิกุล ตันติธรรม . (2533) . ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล .วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การพยาบาล).
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล .
- พูนสุข ช่วยทอง . (2540) . เด็กและการเลี้ยงดู : กรุงเทพฯ : เจริญดีการพิมพ์
- เพ็ญแข ลิ้มศิลา . (2537) . รวมเรื่องน่ารู้เกี่ยวกับอหิวาตกโรค .สมุทรปราการ : โรงพยาบาลยุวประสาท
ไวทยปถัมภ์ .
- _____ . (2540) . การวินิจฉัยโรคอหิวาตกโรค . สมุทรปราการ : ช.แสงงามการพิมพ์ .
- เมธินันท์ ภิญญชน . (2539) . การให้คำปรึกษาครอบครัวเบื้องต้น . กรุงเทพฯ : คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ .
- ยุวดี เทียมประสิทธิ์ . (2536) . การพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน .ม.ป.ท
- ยาใจ จุลพงษ์ . (2534) . ประเภทของการอบรมเลี้ยงดูตามการรับรู้กับระดับการใช้เหตุผลเชิงจริย
ธรรมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ในจังหวัดอุดรธานี .วิทยานิพนธ์ ค.ม . กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .อัดสำเนา
- รจนา ทรรathanนท์ . (2527) . เด็กอหิวาตกโรค : คำแนะนำสำหรับบิดามารดาและนักวิชาการ .
กรุงเทพฯ : ฝ่ายวิชาการและงานพิมพ์บริษัทเกียรติธุรกิจ .
- รัตนวดี รอดภิรมย์ . (2533) . การศึกษาพฤติกรรมความช่วยเหลือของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการอบรม
เลี้ยงดูแตกต่างกัน .ปริญญาานิพนธ์ กศม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร .ถ่ายเอกสาร
- รุจิระ สุภรณ์ไพบูลย์ . (2531) . ความรู้เกี่ยวกับแม่และเด็ก . กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย .

- ลัคนา อันฤดี .(2536) . ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการลดความวิตกกังวลของมารดา
เด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร.
- วรภรณ์ รักวิชัย .(2527). การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย . กรุงเทพฯ : ภาควิชาหลักสูตรและการสอน
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร
- วินัดดา ปิยศิลป์ .(2537) . คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเด็กออทิสติก . กรุงเทพฯ : แปลนพับลิชชิง .
- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน .(2541) . คู่มือสำหรับผู้ปกครองเด็กออทิสติก . กรุงเทพฯ : สวีชาญการพิมพ์ .
- สมคิด อิศระวัฒน์ .(2541) . ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของคนไทยในชนบทซึ่งมีผลต่อการเรียนรู้ด้วย
ตนเอง . กรุงเทพฯ : รายงานการวิจัยภาควิชาศึกษาศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล
- สุกัญญา ฉัตรสุวรรณ .(2529) . ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยต่อระดับความวิตก
กังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อกระฉก . วิทยานิพนธ์ ค.ม. (พยาบาลศาสตร์) : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สุชา จันทรเอม . (2533) . จิตวิทยาทั่วไป . กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช
- สุวดี ศรีเลณวดี . (2530) . จิตวิทยากับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก . กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุวณีย์ ตันติพัฒนานนท์ .(2522) . การพยาบาลจิตเวช . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ .
- สาโรจน์ ประปักษ์ราม สุนทร ตันชนันท์ และ ชวลิต ปรียาสมบัติ . (2518) . *Endocrinology* .
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์
- โสภณรัตน์ จันทรประภา . (2530) . คนไม่เหมือนกัน . กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช
- อรสิริ ภิเศก . (2542) . แบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัวเด็กออทิสติก . วิทยานิพนธ์สังคม
ศาสตรมหาบัณฑิต . กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล .
- อร่ามศรี เกสจินดา .(2537) . ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อ
ความวิตกกังวล . วิทยานิพนธ์ วท.บ.(การพยาบาล) . กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหา-
วิทยาลัย .
- อุมาพร ตรังคสมบัติ . (2540) . จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว . กรุงเทพฯ : เพ็ญฟ้า
พรินติ้ง .

- Aharoni ,Ruth. (1982, August) . "Parents Perception of Their Autistic Child's Early Intervention Needs," *Dissertation Abstract International* . 43:2722-B.
- Becker, M.H. (1974) . "The Health Belief Model and Sick Role Behavior." *In the Health Belief Model and Personal Health Behavior* .New Jersey : Charles B. Slack Inc.
- Bunting L Olson. (1988). *Behavior Therapy* . Concepts Procedures and Application. Boston : Allyn and Bacon .
- Charney , EM . (1967) . *Family Development* . third edition. . Philadelphia : J .B Lippincott Company.
- Elling ,Whittemor & Green. (1960). *Nursing : Concept of Practice* 2nd ed . New York : Mc Graw-Hill Book Co .
- Faw, T .and Belkin ,G.S.(1989) . *Child Psychology*.New York : McGraw-Hill.
- Garison S. and Magoon G.(1972). *Behavioral Science & Nursing Theory* St. Louis : The C.V. Mosby Company .
- Gazda,George Michael .(1978) .*Group counseling : A developmental approach* .2d ed. Boston : Allyn .
- Gordon,Judith R .(1987) .*A diagnostic approach to organizational behavior* . 2d ed. Boston : Allyn and Bacon.
- Hurlock , E.B. (1956) .*Adolescent Development* . McGraw-Hill.
- Kendler G. J. (1974) . *Health promotion in nursing practice* . East Norwalk : Appleton – Century Crofts .
- Maxine Field. (1990). "Autism" *Pediatric Primary Care*. Chicago : Year Book Medical Publishers Inc.
- Miller L, and Neuringer . (2000). "The health belief model and behavior related to Chronic illness." *Health Education Monograph* .Winter : 433-449 .
- Neef,Nancy A.(1995) . "Pyramidal Parents Training By Peers," *Journal Of Applied Behavior Analysis* . 28:333-337.
- Oliver B. Olswang . (1995) . "Using Structured Discorse as A Language Intervention Technique with Autistic Children." . *Journal of Speech and Hearing Disorders* . Vol 54 .August.

- Pumroy , D.K .(1966) . "Maryland Parent attitude Survey . A Research instrument with Social Desirability Controlled ." *Journal of Psychology*
- Roe,A . and M.Siegelman . *Child Development . A Parent-Child Relations Questionnaire* :
March-December
- Rosenstock, I.M. (1974). " Historical Origins of the Health belief model." *In the Health Belief Model and Personal Health Behavior . Edited by M.H. Becker.* New Jersey :
Charles B. Slack, Inc.
- Shaw,Marvin E.,and Philip R . Costanzo .(1982) . *Theories of social psychology . 2d ed.*
NewYork : McGraw-Hill.
- Zung, W.K. (1971, November - December) ." A Rating Instrument for Anxiety Disorders".
Psychosomatics. 12(6) : 371-379

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

แบบวัดความวิตกกังวล

แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว CFI

แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องออทิสติก

แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก

แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง [] หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับผู้ปกครอง

1. ท่านมีความสัมพันธ์ต่อเด็ก โดย [] เป็นบิดา
[] เป็นมารดา
[] เป็นญาติ
2. อายุ [] น้อยกว่า 20 ปี
[] 20 - 24 ปี
[] 25 - 30 ปี
[] 31 - 40 ปี
[] 41 ปีขึ้นไป
3. การอยู่ร่วมกันของบิดามารดา และเด็ก [] บุตรอยู่ร่วมกับทั้งบิดาและมารดา
[] บุตรอยู่ร่วมกับ บิดา หรือ มารดา หรือญาติ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

คำชี้แจง แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลรวมทั้งหมดมี 17 ข้อ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบและกรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด แต่ละข้อความของแบบสอบถามนี้ขอให้ท่านตอบคำถามเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

ไม่จริงเลย	หมายถึง	เมื่อข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
จริงบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างเล็กน้อย
จริงพอสมควร	หมายถึง	เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านพอสมควร
จริงมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่จริงเลย	จริงบ้างเล็กน้อย	จริงพอสมควร	จริงมากที่สุด
ด้านร่างกาย				
1. ท่านรู้สึกปวดศีรษะเมื่อนึกถึงการดูแลบุตร				
2. ท่านรู้สึกมีอาการปวดท้องขึ้นมาเมื่อนึกถึงอาการของบุตร				
3. ท่านรู้สึกปวดเมื่อยบริเวณหลังหรือต้นคอบ่อยๆในช่วงที่ต้องให้การดูแลบุตร				
4. ท่านรู้สึกมีอาการหัวใจเต้นเร็วและถี่ขึ้นเมื่อต้องรับรู้เกี่ยวกับอาการของบุตร				
5. ท่านรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องดูแลบุตร				
ด้านอารมณ์				
6. ท่านรู้สึกหงุดหงิดในขณะที่ต้องดูแลบุตร				
7. ท่านรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับอาการของบุตร				

ข้อความ	ไม่จริงเลย	จริงบ้าง เล็กน้อย	จริงพอ สมควร	จริงมาก ที่สุด
8. ท่านรู้สึกไม่สบายใจเมื่อนึกถึงอนาคตของบุตร				
9. ท่านรู้สึกตื่นเต้นดีใจเมื่อบุตรสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้บ้างตามที่ท่านสอน				
10. ท่านรู้สึกตึงเครียดเมื่อคนรอบข้างพูดคุยเกี่ยวกับบุตรของท่าน				
11. ท่านรู้สึกผิดหวังมากเมื่อ บุตรมีพัฒนาการที่ไม่เป็นไปตามวัย				
ด้านพฤติกรรม				
12. ท่านขาดสมาธิในการทำงานต่างๆเมื่อนานึกถึงบุตร				
13. ท่านรับประทานอาหารได้น้อยลงเมื่อคิดถึงปัญหาของบุตร				
14. ท่านอยากร้องไห้ทุกครั้งเมื่อต้องดูแลบุตร				
15. ท่านมีอาการนอนไม่หลับเพิ่มมากขึ้นเมื่อต้องให้การดูแลบุตร				
16. ท่านมักจะมีอาการวุ่นวายใจและตึงเครียดทุกครั้งเมื่อนึกถึงเรื่องในการดูแลบุตร				
17. ท่านท้อแท้ใจที่ต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆในการดูแลบุตร				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory (CFI)

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ตรงกับครอบครัวของคุณมากน้อยเพียงใด กรุณาทำเครื่องหมาย /

ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

	ไม่ตรงเลย	ตรงเล็กน้อย	ตรงปานกลาง	ตรงมากที่สุด
<u>การแก้ไขปัญหา</u>				
1. สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหา				
2. มีการพูดคุยกันเสมอว่าวิธีการแก้ไข ปัญหาที่ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่				
3. เมื่อมีปัญหาจะมีการปรึกษากันว่าจะแก้ ปัญหาอย่างไร				
4. ครอบครัวของคุณเผชิญกับปัญหาต่างๆ ร่วมกันได้ดี				
5. ครอบครัวของคุณแก้ปัญหาความไม่ สบายใจระหว่างกันได้ค่อนข้างดี				
<u>การสื่อสาร</u>				
6.*บ่อยครั้งที่คุณไม่สามารถพูดในสิ่งที่คุณ คิดหรือรู้สึก				
7.*การตกลงเรื่องต่างๆร่วมกันไปได้ลำบาก เพราะไม่เข้าใจกัน				
8. ทุกคนสามารถพูดกันตรงไปตรงมาไม่ อ้อมค้อม				
9. คุณรู้ชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อ ฟังจากคำพูดของเขา				
10. ทุกคนมักจะพูดกันตรงๆแทนที่จะพูด ผ่านอีกคนหนึ่ง				

	ไม่ตรงเลย	ตรงเล็กน้อย	ตรงปานกลาง	ตรงมากที่สุด
11. คุณกล้าบอกคนในครอบครัวเมื่อเขาทำในสิ่งที่คุณไม่ชอบ				
12. คุณระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวฟังได้				
<u>บทบาท</u> 13. คุณรู้สึกมีอิสระและเป็นตัวของตัวเองเพียงพอแล้ว				
14. ทุกคนในครอบครัวมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ				
15. สมาชิกในครอบครัวมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน				
16. ทุกคนยอมรับว่าแต่ละคนมีแบบฉบับของตนเอง				
17. แต่ละคนปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างไม่ขาดตกบกพร่อง				
<u>การตอบสนองทางอารมณ์</u> 18. แต่ละคนแสดงความรู้สึกทั้งดีและไม่ดีต่อกันอย่างเปิดเผย				
19. ครอบครัวของคุณไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค ฯลฯ				
20. ในยามวิกฤติคนในครอบครัวสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้				
21*. ในครอบครัวของคุณมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้นมากมาย				

	ไม่ตรงเลย	ตรงเล็กน้อย	ตรงปานกลาง	ตรงมากที่สุด
<u>ความผูกพันทางอารมณ์</u>				
22. ครอบครัวของคุณแสดงความรักใคร่เอ็นดูต่อกันมากพอ				
23. ทุกคนเข้ากันได้เป็นอย่างดี				
24.*คนในครอบครัวจะสนใจคุณก็ต่อเมื่อเรื่องนั้นเป็นเรื่องสำคัญสำหรับเขา				
25. ครอบครัวของคุณรักใคร่ปรองดองกันดี				
26. ขณะนี้ครอบครัวของคุณมีความสุขดีพอแล้ว				
27. ครอบครัวของคุณให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของสมาชิก				
<u>การควบคุมพฤติกรรม</u>				
28.*คนในครอบครัวสามารถทำผิดได้โดยไม่ต้องรับโทษ				
29. ครอบครัวของคุณห้ามมีการทำร้ายร่างกายกัน				
<u>การทำหน้าที่ทั่วไป</u>				
30.*บางคนในครอบครัวก็ยุ่งวุ่นวายกับคนอื่นมากเกินไปจนน่าอึดอัด				
31.*ในครอบครัวของคุณใครจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ				
32.*ผู้ใหญ่ในครอบครัวออกคำสั่งหรือควบคุมเด็กมากเกินไป				

* ข้อความเชิงลบ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

ส่วนที่ 4.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้อง และทำเครื่องหมาย X หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าผิด

- 1. เด็กที่เป็นออทิสติกที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลทำให้เด็กเป็นเด็กปัญญาอ่อนได้
- 2. เด็กออทิสติกคือเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ มีความล่าช้าทางพัฒนาการด้านสังคม การสื่อความหมาย ภาษาและจินตนาการ
- 3. เด็กออทิสติกเป็นเด็กที่มีพัฒนาการเหมือนกับเด็กทั่วไป
- 4. เด็กที่ชอบทำอะไรซ้ำๆ ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง ถ้าให้มีการเปลี่ยนแปลงเด็กมักจะต่อต้าน เด็กที่มีลักษณะเช่นนี้มีแนวโน้มที่จะเป็นออทิสติก
- 5. เด็กออทิสติกที่ไม่สามารถดูแลตนเองให้หลีกเลี่ยงจากอันตรายที่จะเกิดได้มักเป็นเด็กที่มีอาการรุนแรง
- 6. เด็กที่ไม่ชอบเล่นกับพี่น้องหรือเพื่อนๆ แต่ชอบอยู่คนเดียว เด็กที่มีลักษณะเช่นนี้มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคออทิสติก
- 7. การที่ให้เด็กออทิสติกได้เข้ากลุ่มกับเด็กในวัยเดียวกันนั้น ไม่สามารถกระตุ้นพัฒนาการทางด้านสังคมและอารมณ์ของเด็กได้
- 8. เด็กที่ไม่สนใจคนรอบข้าง ไม่ยิ้ม ไม่สบตา ไม่คุยเล่น และไม่ส่งเสียงโต้ตอบ เด็กที่มีลักษณะเช่นนี้อาจเป็นเด็กออทิสติก
- 9. เด็กที่พูดได้ล่าช้ากว่าปกติ แม้พูดได้มักพูดไม่รู้เรื่องทำให้สื่อสารกับคนรอบข้างไม่เข้าใจ เด็กที่มีลักษณะเช่นนี้อาจเป็นเด็กออทิสติก
- 10. เด็กที่มีอาการตัวแข็งๆ เมื่อถูกอุ้ม และไม่เฝ้าหาบุคคลในครอบครัวแม้แต่พ่อแม่และบุคคลใกล้ชิด เด็กที่มีลักษณะเช่นนี้อาจเป็นเด็กออทิสติก

ส่วนที่ 4.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติกของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะสำรวจ ความคิดเห็นของผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคออทิสติก โปรดอ่านข้อความทุกข้อความแล้วพิจารณาว่า ท่านมีความคิดเห็น หรือความรู้สึกต่อโรคออทิสติกตามข้อคำถามต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเข้าใจ ความคิดเห็น หรือ ความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบให้เกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายความว่า	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายความว่า	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบค่อนข้างมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายความว่า	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายความว่า	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยเลย	หมายความว่า	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบเลย

ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคออทิสติก	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วยเลย
1. * เด็ก อ อ ทิ ส ติ ก ไม่สามารถเรียนหนังสือร่วมชั้นเรียนกับเด็กปกติทั่วไปได้					

ความคิดเห็นเกี่ยวกับ โรคออทิสติก	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วยเลย
2.* ท่านคิดว่าการรักษาเด็ก ออทิสติกต้องใช้เวลาจนทำให้ เป็นภาระหนักอย่างยิ่งกับพ่อแม่					
3.* ท่านรู้สึกว่าเป็นการเสียเวลา มากในการดูแลบุตรที่เป็น ออทิสติก					
4.* ท่านรู้สึกว่าการรักษาบุตรที่ เป็นออทิสติกใช้เงินทองในการ รักษามากจนทำให้เป็นภาระแก่ พ่อแม่					
5.* ท่านรู้สึกอายเมื่อต้องพา บุตรที่เป็นออทิสติกออกพบปะผู้ อื่น					
6. ท่านคิดว่าพ่อแม่ไม่ควรรู้สึก ท้อแท้หมดกำลังใจในการช่วย เหลือบุตรที่เป็นออทิสติก					
7.* ท่านคิดว่าการให้การรักษา บุตรที่เป็นออทิสติกนั้นเป็นเรื่อง ที่เสียเวลามาก					
8.ท่านคิดว่าพ่อแม่ควรได้รับ การฝึกอบรมจาก แพทย์ พยาบาล เพื่อที่จะปฏิบัติต่อ บุตรที่เป็นออทิสติกได้อย่างถูก ต้องและเหมาะสม					

ความคิดเห็นเกี่ยวกับ โรคออทิสติก	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วยเลย
9. ท่านคิดว่า พ่อแม่ต้องมีส่วน ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ในการช่วยฝึกพัฒนาการต่างๆ ให้บุตรที่เป็นออทิสติก เพื่อให้ได้ ผลการรักษาที่ดียิ่งขึ้น					
10. เด็กออทิสติกที่ได้รับการ สนับสนุน ส่งเสริม กระตุ้น พัฒนาการจากพ่อแม่อย่าง สม่ำเสมอและถูกต้องเหมาะสม เด็กจะมีแนวโน้มของพัฒนาการ ที่ดีขึ้นเรื่อยๆ					
11. ท่านคิดว่า การแสดงออก ถึงความรัก ความอบอุ่นของพ่อ แม่แก่บุตรที่เป็นออทิสติกนั้น เป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งใน กระบวนการรักษา					
12. ท่านคิดว่าเด็กออทิสติก สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ เป็นอย่างดีเมื่อได้รับการช่วย เหลือ ส่งเสริม สนับสนุน ที่ดี จากบุคคลรอบข้าง					

* ข้อความเชิงลบ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกของผู้ปกครองที่มี
บุตรเป็นออทิสติก

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะสำรวจว่า ในฐานะที่มีบุตรเป็นออทิสติก
ท่านปฏิบัติต่อบุตรที่เป็นออทิสติกของท่านอย่างไร โปรดอ่านข้อความทุกข้อความ
แล้วพิจารณาด้วยตัวท่านเองว่า ท่านกระทำ หรือแสดงท่าทีต่อบุตรของท่านอย่าง
ไร มากน้อยเพียงใดและใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการกระทำนั้นๆ
กรุณาตอบทุกข้อ โดยพิจารณาดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายความว่า

ข้อความนั้นท่านกระทำกับบุตรออทิสติกของ
ท่านอย่างสม่ำเสมอ หรือ กระทำเป็นส่วนใหญ่
เมื่อมีเหตุการณ์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายความว่า

ข้อความนั้นท่านกระทำกับบุตรออทิสติกของ
ท่านบ้างเป็นบางครั้งหรือ กระทำเป็นส่วนน้อย
เมื่อมีเหตุการณ์

ไม่ปฏิบัติเลย หมายความว่า

ข้อความนั้นท่านไม่เคยกระทำกับบุตรออทิสติก
ของท่านเลย

ไม่มีเหตุการณ์ให้ปฏิบัติ หมายความว่า ท่านไม่เคยกระทำเนื่องจากบุตรไม่มีอาการดัง
กล่าว

ลำดับ ที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติบาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย	ไม่มีเหตุ การณ์ให้ ปฏิบัติ
1.	การช่วยเหลือ การสนับสนุนส่งเสริมและการอำนวยความสะดวกต่อบุตรในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ท่านฝึกให้บุตรของท่านรับประทานอาหารทุกประเภทเพื่อให้บุตรของท่านรับประทานอาหารได้หลายชนิด				

ลำดับ ที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติบาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย	ไม่มีเหตุ การณ์ให้ ปฏิบัติ
2.	ท่านฝึกการขับถ่ายของบุตรโดย การให้บุตรนั่งกระโถนหรือนั่ง ส้วมให้เป็นเวลาจนคุ้นเคย				
3.	ท่านฝึกบุตรของท่านให้ล้างมือ โดยการจับมือของบุตรล้างน้ำ ฟอกสบู่ และซับให้แห้ง				
4.	ท่านฝึกบุตรของท่านให้อาบน้ำ โดยการฝึกตั้งแต่ การเปิด-ปิด ก๊อกน้ำ การฟอกสบู่และล้าง คราบสบู่ออก				
5.	ท่านฝึกบุตรของท่านให้แปรงฟัน โดยการจับมือบุตรให้จับแปรง สีฟัน และช่วยเหลือให้แปรงฟัน จนสะอาด				
6*	เพื่อป้องกันบุตรขับถ่ายไม่เป็นที่ ท่านจึงมักใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป สวมใส่ให้บุตร				
7.	ในการแต่งตัวท่านฝึกให้บุตร สวมใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง เช่น เสื้อผ้าที่มีกระดุม ท่านฝึกให้บุตร หัดใส่กระดุมผ่านรังดุมที่โตๆ ก่อน				
8.	<u>การดูแลช่วยเหลือ สนับสนุน ส่ง</u> <u>เสริมบุตรทางด้านพัฒนาการ</u> ท่านดูแลบุตรโดยการให้บุตรได้ รับการกอดรัด โอบอุ้มอย่างทะนุ ถนอม				

ลำดับ ที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติบาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย	ไม่มีเหตุ การณ์ให้ ปฏิบัติ
9.	ท่านพูดคุย หยอกล้อ หรือร้อง เพลงร่วมกับบุตรของท่าน				
10.	ท่านกระตุ้น ส่งเสริมให้บุตรของ ท่านได้สบตา ยิ้มกับท่านและ บุคคลใกล้ชิด				
11.	ท่านมักเล่านิทาน อ่านหนังสือ ฟังวิทยุหรือดูโทรทัศน์ร่วมกับ บุตร				
12.	<u>การส่งเสริมบุตรทางด้านสุขภาพ</u> ท่านนำบุตรที่เป็นออทิสติกไปรับ การตรวจสุขภาพฟัน โดยทันต แพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง				
13.	<u>การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม</u> <u>แผนการรักษาของแพทย์</u> เนื่องจากบุตรที่เป็นออทิสติกไม่ สามารถเล่นกับ พี่น้อง หรือเด็ก อื่นๆได้ ท่านจึงอธิบายให้เขา เหล่านั้นเข้าใจ ยอมรับ และ พร้อมที่จะให้อภัยต่อบุตรออทิ สติกด้วย				
14*.	ท่านมักตามใจบุตรที่เป็นออทิ สติกทุกอย่างเพื่อป้องกันไม่ให้ บุตรร้องไห้				
15*.	ท่านลงโทษด้วยการตีบุตร เมื่อ บุตรพูดไม่รู้เรื่อง หรือเมื่อบุตร ปฏิบัติตามคำสั่งง่ายๆไม่ได้				

ภาคผนวก ข.

ค่าความเชื่อมั่นเป็นรายชื่อของแบบวัดความวิตกกังวล

ค่าความเชื่อมั่นเป็นรายชื่อของแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

ค่าความเชื่อมั่นเป็นรายชื่อของแบบวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคอหิวาต์

ค่าความเชื่อมั่นเป็นรายชื่อของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นอหิวาต์

ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก

ข้อ	ความเชื่อมั่น
1	.8570
2	.8691
3	.8606
4	.8612
5	.8532
6	.8583
7	.8724
8	.8699
9	.8718
10	.8590
11	.8685
12	.8560
13	.8521
14	.8587
15	.8605
16	.8547
17	.8589

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 17

Alpha = .8686

ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว CFI

ข้อ	ความเชื่อมั่น	ข้อ	ความเชื่อมั่น
1	.8968	17	.5350
2	.9167	18	.5372
3	.9055	19	.4561
4	.9268	20	.3480
5	.9167	21	.3870
6	.7105	22	.8587
7	.7131	23	.8521
8	.7275	24	.8895
9	.7317	25	.8762
10	.6796	26	.8670
11	.6999	27	.8836
12	.6730	28	.6603
13	.4207	29	.6798
14	.6206	30	.5830
15	.5803	31	.6380
16	.6257	32	.5788

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 32

Alpha = .9211

ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคอหิสติก

ข้อ	ความเชื่อมั่น
1	.8004
2	.7812
3	.7577
4	.7595
5	.7887
6	.7820
7	.7766
8	.8017
9	.8013
10	.8013
11	.8029
12	.8006

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 12

Alpha = .8035

ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติก

ข้อ	ค่าความเชื่อมั่น
1	.7739
2	.7854
3	.7675
4	.7526
5	.7543
6	.7723
7	.7985
8	.7599
9	.7803
10	.7681
11	.7957
12	.7749
13	.7787
14	.7740
15	.7906

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 15

Alpha = .7873

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาว อรพรรณ ศิริ
วันเดือนปีเกิด	16 มิถุนายน 2520
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	118/166 ตวันนาเรสซิเด็นท์ 2 ซอย วิภาวดี 17 ถนน วิภาวดีรังสิต แขวง ลาดยาว เขต จตุจักร กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พนักงานบริษัทเอกชน
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ 2538	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียน ยุพราชวิทยาลัย
พ.ศ 2542	ปริญญาตรี (วท.บ.) กิจกรรมบำบัด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ศ 2548	การศึกษามหาบัณฑิต (กศ.ม.) จิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ