

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวต่ออาการออสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2561  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF ENHANCING FAMILY CAREGIVING ABILITY PROGRAM ON AUTISTIC  
SYMPTOMS AMONG AUTISTIC PRESCHOOLERS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของ
	ครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน
โดย	น.ส.สุชาวลี พันธุ์พงษ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกมล ชาญสาธิตพร)

สุชาวาลี พันธุ์พงษ์ : ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน. ( THE EFFECT OF ENHANCING FAMILY CAREGIVING ABILITY PROGRAM ON AUTISTIC SYMPTOMS AMONG AUTISTIC PRESCHOOLERS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : อ. ดร.สุนิศา สุขตระกูล

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กที่ออทิสติกอายุ 3-6 ปี จำนวน 40 คน และครอบครัวที่มีรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยได้รับการจับคู่เพศ และการได้รับยาชนิดเดียวกัน จากนั้นจึงสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนเท่ากัน กลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึม แบบประเมินพลังอำนาจ โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว สำหรับพยาบาล และ คู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึม เท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

#### ผลการวิจัยสรุปดังนี้

1. อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว น้อยกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. อาการออทิสติกหลังการทดลอง ของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ลดลงมากกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่า การใช้โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวช่วยให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนลดลงได้

สาขาวิชา      พยาบาลศาสตร์  
ปีการศึกษา    2561

ลายมือชื่อนิสิต .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5977307736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: Enhancing family caregiving, Autistic symptoms, Autistic preschoolers

Suchawalee Punphong : THE EFFECT OF ENHANCING FAMILY CAREGIVING ABILITY PROGRAM ON AUTISTIC SYMPTOMS AMONG AUTISTIC PRESCHOOLERS. Advisor: Assoc. Prof. Jintana Yunibhand, Ph.D. Co-advisor: SUNISA SUKTRAKUL, Ph.D.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare autistic symptoms among autistic preschoolers before and after using the enhancing family caregiving ability program and to compare autistic symptoms among autistic preschoolers using the enhancing family caregiving ability program and those received usual nursing care. Research sample consisted of 40 autistic children aged 3 to 6 years and family receiving services in the outpatient clinic of Yuwaprasartwaithayopathum hospital, selected by inclusion criteria, were matched pair by sex and type of medicine received, then, equally randomly assigned to an experimental group and a control group. The experimental group received the enhancing family caregiving ability program for 4 weeks. The control group received usual nursing care. Research instruments were: autistic symptoms assessment scale; empowerment questionnaires; the enhancing family caregiving ability program for nurse; and autism caring manual for family members. All instruments were content validated by a panel of 5 experts. The reliability of autistic symptoms assessment scale was .96. The t-test was used in data analysis

Major findings were as follows:

1. Autistic symptoms of autistic preschoolers after using the enhancing family caregiving program was significantly lower than those before, at the .01 level.
2. Autistic symptoms of autistic preschoolers after receiving the enhancing family caregiving program was significantly decreased more than those of autistic preschoolers who received usual nursing care, at the .01 level.

The result of this study supported that the enhancing family caregiving program can be used to reduce the autistic symptom among autistic preschoolers.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2018

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ และอาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล ผู้ซึ่งให้ความรู้ คำแนะนำข้อคิด และแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้ความเมตตา กรุณา เสียสละเวลา ประคับประคอง ช่วยเหลือ ช่วยตรวจสอบปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ตลอดมา ตลอดจนเป็นแรงกระตุ้นและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยพยายามทำการศึกษาอย่างเต็ม ความสามารถ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกมล ชาญสาธิตพร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อ งานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยูวประสาทไวทยโยปถัมภ์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พี่ๆ น้องๆ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการศึกษา คอยช่วยเหลือและให้ กำลังใจเรื่อยมา ตลอดจนเด็กและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุด กระบวนการ

กราบขอบพระคุณบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณ ทุกคนในครอบครัว ทั้งพี่ และน้องๆ ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความ เข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ไม่อาจเอ่ยนามได้ทั้งหมดที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอมอบให้บิดามารดา คณาจารย์ผู้ ประสทธิประสาทวิชา เด็กออทิสติกและครอบครัวเด็กออทิสติกทุกท่าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สุชาวลี พันธุ์พงษ์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	1
บทที่ 1 บทนำ .....	2
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	2
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐาน .....	7
สมมติฐานการวิจัย .....	10
ขอบเขตการวิจัย .....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	14
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา .....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	55
การดำเนินการทดลอง .....	62
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	88
บรรณานุกรม.....	103
ภาคผนวก.....	113

ภาคผนวก ก	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	114
ภาคผนวก ข	การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย.....	116
ภาคผนวก ค	ตารางคะแนนอาการอหิสติกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนทดลอง และหลังทดลอง .....	124
ภาคผนวก ง	ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	126
ภาคผนวก จ	ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ไบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....	138
ภาคผนวก ฉ	ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	143
ประวัติผู้เขียน.....		145





## สารบัญตาราง

ตาราง 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ เด็กออทิสติก และการได้รับยา/ชนิดของยาที่เด็กออทิสติกได้รับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	54
ตาราง 2 รายละเอียดกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ .....	64
ตาราง 3 รายละเอียดโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว .....	67
ตาราง 4 ค่าร้อยละแบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัวเด็กออทิสติก .....	74
ตาราง 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก จำแนกตาม เพศ อายุ บุตรลำดับที่ อายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การรักษาในปัจจุบัน .....	79
ตาราง 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างครอบครัว จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา .....	80
ตาราง 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างครอบครัว จำแนกตาม อาชีพ ความสัมพันธ์ของครอบครัวผู้ดูแลเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก .....	81
ตาราง 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกก่อน และหลังได้รับการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40) .....	82
ตาราง 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อน และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40) .....	84
ตาราง 10 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40) .....	86

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กวัยก่อนเรียน เป็นวัยแห่งการเรียนรู้ และการฝึกทักษะใหม่ๆตลอดเวลา ซึ่งพัฒนาการของเด็กวัยนี้ขึ้นอยู่กับ การปรับตัวให้คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม และการเรียนรู้พฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม เป็นสำคัญ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย ภาษา สังคม และสติปัญญา ได้อย่างเหมาะสมตามวัย (นิชรา เรื่องดารกานนท์, 2551) พัฒนาการของเด็กวัยนี้จะมีอิทธิพลอย่างยิ่ง ต่อพัฒนาการในวัยต่อมา เด็กวัยก่อนเรียนจึงเป็นรากฐานที่สำคัญในการพัฒนาทุกด้านของบุคคล (Freud, 2018) แต่สำหรับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนแล้ว เด็กมักจะแยกตัวอยู่ตามลำพัง อยู่ในโลกของตนเอง เรียนรู้สิ่งต่างๆรอบตัวได้น้อย เนื่องจากเด็กไม่สามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้ อย่างเหมาะสม ทำให้เด็กมีลักษณะเฉพาะของพัฒนาการที่ล่าช้า คือ มีความผิดปกติทางด้านสังคม ภาษา การสื่อสาร มีพฤติกรรมซ้ำๆ (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2541)

ปัจจุบันพบการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยออทิสติกมากขึ้นในทุกประเทศ จากรายงานล่าสุดของการสำรวจความชุกของเด็กออทิสติกทั่วโลกพบว่า มีความชุกของโรคออทิสซึมคือ 1 คน ต่อเด็กทุก 68 คน (Zablotsky, Black, Maenner, Schieve, & Blumberg, 2015) สำหรับในประเทศไทยมีการสำรวจอย่างเป็นทางการในเด็กอายุ 0-5 ปี ในปีพ.ศ.2547 พบมีสัดส่วนความชุกของโรคออทิสซึม คือ 1 คน ต่อเด็กทุก 1,000 คน (ศรวิวรรณา พูลสรรพสิทธิ์ และคณะ, 2548) พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงเท่ากับ 4-5 : 1 แต่ในเพศหญิงมักจะมีอาการรุนแรงกว่า (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2550) จากข้อมูลประชากรประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) คาดได้ว่าทั่วประเทศจะมีเด็กในช่วงอายุนี้อายุนี้ป่วยเป็นโรคออทิสซึมมากถึง 380,000 คน จากข้อมูลการเข้ารับการรักษาของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ระหว่างปี 2558-2560 พบผู้ป่วยออทิสติกจำนวน 17,931, 16,350, และ 16,762 รายตามลำดับและพบผู้ป่วยเด็กออทิสติกรายใหม่ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2558-2560 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวน 4,086 ราย และช่วงอายุที่พบมากที่สุดนั้นเป็นเด็กวัยก่อนเรียนคือ อายุ 3-6 ปี จำนวน 1,804 คน คิดเป็นร้อยละ 44.15 (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2560)

อาการออทิสติก เป็นคำที่ใช้ใน 2 ลักษณะ คือ ใช้อธิบายอาการที่เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสซึมของ DSM-V กล่าวคือ เป็นการแสดงออกของความบกพร่องใน 2 กลุ่มอาการหลัก ได้แก่ 1) ความบกพร่องด้านการใช้ภาษาและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และ 2) การมีพฤติกรรมและความสนใจที่เป็นแบบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆ (American Psychiatric Association, 2013)และเป็น

คำที่ใช้อธิบายลักษณะความผิดปกติของการแสดงออกที่ไม่สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัย ซึ่งใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลช่วยเหลือ โดย Rimland and Edelson (2000) ได้กล่าวถึงอาการออทิสติกว่าเป็นความผิดปกติของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร 2) ด้านสังคม 3) ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ และ 4) ด้านสุขภาพและพฤติกรรม โดยอาการที่มักพบในเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนตามลักษณะความผิดปกติทั้ง 4 ด้านที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น มีดังนี้ 1) ด้านการพูด การใช้ภาษาและการสื่อสาร ได้แก่ ไม่รู้จักชื่อของตนเอง ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารหรือบอกความต้องการได้ 2) ด้านสังคม ได้แก่ ไม่มองหน้า ไม่สบตาในขณะที่พูดหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ไม่สนใจใคร ไม่เลียนแบบ 3) ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการเรียกชื่อ เล่นของเล่นไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับตัวเอง ไม่สนใจสิ่งต่างๆ รอบตัว และ 4) ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ได้แก่ มีปัญหาในการนอน ตีหรือทำร้ายตนเอง ตีหรือทำร้ายผู้อื่น พูดซ้ำๆ (Rimland & Edelson, 2000; Zwaigenbaum, 2001)

อาการดังกล่าวจะปรากฏให้เห็นในช่วงขวบปีแรก และจะพบอาการอย่างเด่นชัดเมื่อเด็กมีอายุ 18 เดือนขึ้นไป (จินตนา ยูนิพันธ์, 2546) ทั้งนี้จะพบอาการความผิดปกติอย่างรวดเร็วที่สุดในช่วงก่อนวัยเรียน (Samadi, Mohammad, Ghanimi, & McConkey, 2016) ซึ่งแต่ละคนจะมีอาการที่มีความแตกต่างกันไป ตั้งแต่ความรุนแรงของอาการน้อยไปจนถึงมาก (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2541) มีการศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการออทิสติก มักพบความรุนแรงในด้านการพูด การใช้ภาษา และการสื่อสาร ร่วมกับมีปัญหาด้านการปรับตัวในสังคม เมื่อเด็กได้รับการดูแลหรือการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้เด็กเกิดปัญหาการสื่อสาร ไม่สามารถเรียนรู้ความคิด อารมณ์ การแสดงออก หรือความต้องการของผู้อื่นได้ เด็กจึงเกิดความคับข้องใจไม่รู้วิธีการปรับตัว จึงแสดงออกทางพฤติกรรมด้านอารมณ์ที่รุนแรง เช่น ด้านคำพูด ด้านพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำลายสิ่งของ ส่งผลทำให้ครอบครัวผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล คับข้องใจ อึดอัด ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความมั่นใจที่จะตัดสินใจ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลลดลง ไม่สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดเป็นภาวะหมดพลังอำนาจ (Powerlessness) ในการดูแลเด็กออทิสติกได้ (Nealy, O'Hare, Powers, & Swick, 2012; จิราพร ศรีเจริญกาญจน์, 2551)

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่ออาการออทิสติก ประกอบด้วยหลายปัจจัย แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านเด็กออทิสติก พบว่า ความผิดปกติของสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องของพัฒนาการในหลายๆด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านภาษาและสังคมล่าช้า มีพฤติกรรม ความสนใจ และการกระทำที่ซ้ำๆ หรือจำกัด (Steinman, Mankuta, Zuckerman, & Gray, 2014) นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับสติปัญญา (IQ) (McTiernan, Leader, & Mannion, 2011) อายุ (Perryman, Watson, & Chumney, 2018) เพศ (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2550) และ 2) ปัจจัยด้านครอบครัว โดยพบว่า ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก มีอิทธิพลอย่างมากต่ออาการออทิสติก เนื่องจากเด็ก

ออทิสติก โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียนเป็นผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด ครอบครัวจึงเป็นผู้ดูแลหลัก โดยพบว่าครอบครัวที่ดูแลเด็กออทิสติกได้ไม่เหมาะสม ทำให้อาการออทิสติกแย่ลงได้ (Zablotsky, Bramlett, & Blumberg, 2015; นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2530)

อาการออทิสติกไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถบรรเทาอาการให้ลดลงได้ แนวทางการดูแลรักษาเด็กออทิสติกที่เหมาะสมในปัจจุบันมีหลายวิธี เช่น การส่งเสริมความสามารถ ครอบครัว กิจกรรมบำบัด อรรถบำบัด พฤติกรรมบำบัด การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการ (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550) และการเริ่มให้การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกอย่างเหมาะสม (Early Intervention) ตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยโรค และทำอย่างต่อเนื่องถือเป็นสิ่งสำคัญ (Missouri Autism Guidelines Initiative, 2012) การดูแลเด็กออทิสติกจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมงานผู้เชี่ยวชาญจากสาขาชีพ แต่หัวใจสำคัญของการดูแลไม่ได้อยู่ที่ผู้เชี่ยวชาญแต่เพียงเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับครอบครัวที่จะมีความสามารถในการนำวิธีการบำบัดรักษาต่างๆ ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กออทิสติกที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอหรือไม่ (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2555) ครอบครัวนับเป็นสถาบันหลักที่จะต้องให้การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกตั้งแต่วัยแรกเริ่มหรือทันทีเมื่อได้รับทราบผลการวินิจฉัย (Connolly & Gersch, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Oono, Honey, and McConachie (2013) ที่ได้ทำการศึกษาการบำบัดรักษาเด็กออทิสติกในระยะเริ่มต้น โดยการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา พบว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดูแลเด็กออทิสติกตั้งแต่วัยเริ่มต้นหรือทันทีเมื่อรับทราบผลการวินิจฉัย โดยจะต้องเน้นการช่วยเหลือให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดอาการออทิสติกที่รุนแรงมากขึ้นได้

ดังนั้นการที่จะทำให้อาการออทิสติกดีขึ้นได้นั้น นอกจากจะเป็นการดูแลรักษาที่ตัวเด็กแล้ว แต่ปัจจัยที่สำคัญอย่างมากอีกหนึ่งปัจจัยก็คือ ปัจจัยครอบครัวที่จะต้องมีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยเช่นกัน (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550) มีการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานที่มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของครอบครัว ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล และการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ จะส่งผลทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนตัวของครอบครัวผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ของผู้ดูแล ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลด้วยเช่นกัน (Cullen & Barlow, 2002; สกาวรัตน์ พวงจันทร์, 2538) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยด้านครอบครัว คือ ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกมาจัดกระทำ โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม เพื่อนำไปสู่อาการออทิสติกที่ดีขึ้นตามมา

จากการทบทวนสถานการณ์การดูแลเด็กออทิสติกในปัจจุบัน พบปัญหาเด็กออทิสติกยังไม่ได้รับการดูแลที่ดี โดยพบว่าครอบครัวให้การดูแลเด็กออทิสติกได้ไม่เหมาะสม นำไปสู่อาการออทิสติกที่

รุนแรงมากขึ้นได้ (Meirsschaut, Roeyers, & Warreyn, 2010) สอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาล  
ยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่า เด็กออทิสติกที่เข้ามาใช้บริการ ต้องรอคิวการเข้ารับการรักษาใน  
โปรแกรมการดูแลแบบเข้มข้นในแผนกผู้ป่วยใน อีกทั้งยังไม่มีรูปแบบการดูแลเด็กออทิสติกและ  
ครอบครัวที่ชัดเจนในแผนกผู้ป่วยนอก และจากข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยป  
ถัมภ์ พบว่า จำนวนเด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรงซับซ้อนหรือมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามีจำนวนมาก  
ขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับปัญหาจากการที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่าง  
เหมาะสม ทำให้จำนวนเด็กออทิสติกที่ถูกส่งต่อเข้ารับการรักษาในโปรแกรมการดูแลแบบ  
เข้มข้นในแผนกผู้ป่วยใน พบว่า มีจำนวนมากกว่า 100 คนต่อการรับเข้ากลุ่มโปรแกรมบำบัดในแต่ละ  
ครั้ง (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2560) ดังนั้นการเสริมสร้างความสามารถ  
ของครอบครัวให้ดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีคุณภาพตั้งแต่การตรวจพบความผิดปกติ จึงมีความ  
จำเป็นเพื่อให้ครอบครัวมีความสามารถที่จะดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสมและเกิดความต่อเนื่อง  
ของการดูแล ป้องกันการเกิดอาการออทิสติกที่รุนแรงมากขึ้นได้ (Mohr, 2000)

จากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็ก  
ออทิสติกมีหลายแนวคิด ซึ่งแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการเสริมสร้างแหล่งทรัพยากรที่  
ปรากฏอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลนั้นๆ มีการพัฒนาให้บุคคลนำทรัพยากรเหล่านี้มาใช้ได้  
อย่างเหมาะสมจะส่งผลทำให้บุคคลตระหนักในศักยภาพและความสามารถของตน นำไปสู่การ  
เปลี่ยนแปลงความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆได้ (Miller, 2000) อีกทั้งยัง  
เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่ามีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิ  
สติก โดยพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัวเด็กออทิสติกจะทำให้ครอบครัวเกิดการพัฒนา  
ศักยภาพของบุคคล และพลังความสามารถของตนมาใช้ได้อย่างเหมาะสม เกิดความตระหนักใน  
ศักยภาพและความสามารถของตน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก  
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การทำให้อาการออทิสติกดีขึ้นได้ (Stillman, 2009) สอดคล้องกับ  
การศึกษาของ Wakimizu, Yamaguchi, and Fujioka (2017) ที่ได้ทำการศึกษการเสริมสร้างพลัง  
อำนาจและคุณภาพชีวิตของครอบครัวเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าในประเทศญี่ปุ่น พบว่า หลังจาก  
ที่ครอบครัวได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและคุณภาพชีวิต ทำให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการ  
ดูแลเด็กได้ดีขึ้น นำไปสู่พัฒนาการของเด็กที่ดีได้ และมีการศึกษาของ Ebrahimi, Malek, Babapoor,  
and Abdorrahmani (2013) ที่ได้ทำการศึกษการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่มารดาของเด็กออทิสติก  
พบว่า มารดาที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น ส่ง  
ผลลัพธ์ที่ดีต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกเช่นกัน

จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว ทำให้ครอบครัวเกิด  
ความสามารถในการดูแลได้ดีขึ้น ซึ่งเมื่อครอบครัวมีความสามารถในการดูแลที่ดีขึ้นแล้วนั้น ก็จะส่งผล

ทำให้เด็กออทิสติกมีอาการดีขึ้นเช่นกัน ซึ่งพยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม และช่วยเหลือให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก โดยยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม โดยปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล การใช้องค์ความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ร่วมกับทักษะพื้นฐานด้านสัมพันธภาพและการสื่อสาร เพื่อให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อเด็กออทิสติกได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีความผูกพันกับผู้ป่วยเด็กออทิสติกอย่างใกล้ชิด มีความเข้าใจกันและกัน สามารถปฏิบัติหน้าที่แทนกันได้ (Gabovitch & Curtin, 2009) ประกอบกับบริบทของครอบครัวไทยส่วนใหญ่ในปัจจุบัน พบว่าเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งมีรูปแบบของพ่อแม่ลูกอยู่ด้วยกัน รองลงมาเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งประกอบด้วย พ่อแม่ลูกอยู่กับปู่ย่า ตายาย /ญาติ (จิราพร ชมพิกุล และคณะ, 2552) ดังนั้นการมุ่งเน้นเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวจึงมิได้มุ่งเน้นเพียงแต่ผู้เป็นบิดาหรือมารดาเท่านั้น แต่เป็นการมุ่งเน้นให้สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลเด็กออทิสติก มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กออทิสติก เกิดแรงจูงใจในการดูแล และส่งเสริมให้ครอบครัวเด็กออทิสติกได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้นำไปสู่การเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะส่งผลให้เด็กออทิสติกมีอาการดีขึ้น

### คำถามการวิจัย

1. อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวจะแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
2. อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวจะแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## แนวเหตุผลและสมมติฐาน

อาการออทิสติกเป็นอาการที่แสดงถึงความผิดปกติของการแสดงออกที่ไม่สอดคล้องตามวัยในด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ด้านสังคม ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรม (Rimland & Edelson, 2000) ทั้งนี้อาการออทิสติกในเด็กออทิสติกแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน ตั้งแต่อาการออทิสติกที่รุนแรงน้อยไปถึงมาก (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2541) โดยอาการดังกล่าวสามารถตรวจพบได้อย่างเร็วที่สุดในช่วงวัยก่อนเรียน (McTiernan et al., 2011) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับความรุนแรงของอาการออทิสติก พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือปัจจัยด้านเด็กออทิสติก ได้แก่ ความผิดปกติของสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องของพัฒนาการในหลายๆด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านภาษาและสังคมล่าช้า มีพฤติกรรม ความสนใจ และการกระทำที่ซ้ำๆ หรือจำกัด (Steinman et al., 2014) ระดับสติปัญญา (IQ) (McTiernan et al., 2011) อายุ (Perryman et al., 2018) เพศ (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2550) และ ปัจจัยด้านครอบครัว คือความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก เพราะครอบครัวเป็นผู้ที่ต้องแสดงศักยภาพในการนำวิธีการบำบัดรักษาต่างๆ ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กออทิสติกที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2555) เนื่องจากเด็กออทิสติก โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียนเป็นผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด ครอบครัวจึงเป็นผู้ดูแลหลัก และพบว่าครอบครัวที่ดูแลเด็กออทิสติกได้ไม่เหมาะสม ทำให้อาการออทิสติกแย่ลงได้ (Zablotsky, Bramlett, et al., 2015; นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2530) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยด้านครอบครัว คือ ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกมาจัดกระทำ โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่อาการออทิสติกที่ดีขึ้นตามมา

นอกจากอาการออทิสติกจะส่งผลกระทบต่อเด็กออทิสติก ทำให้เด็กไม่สามารถสื่อสารหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ยาก มีพฤติกรรมซ้ำๆแปลกๆ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทำให้คนในสังคมรู้สึกกลัว หลีกหนี และอาจถูกล้อเลียนจากความไม่เข้าใจและไม่ได้รับการยอมรับจากคนในสังคมได้ (Mandell, Novak, & Zubritsky, 2005) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแลอีกด้วย โดยมีการศึกษาของ Nealy et al. (2012) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของเด็กออทิสติกต่อครอบครัว พบว่า ครอบครัวที่ต้องดูแลเด็กออทิสติกจะมีความเครียด วิตกกังวล รู้สึกผิด มีปัญหาความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว มีปัญหาการเงิน ซึ่งหากได้รับการช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่เกิดภาวะหมดพลังอำนาจ (Powerlessness) ในการดูแลเด็กออทิสติกได้

จากการทบทวนแนวคิดการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก พบว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่ามีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก นำไปสู่การทำให้อาการออทิสติกดีขึ้นได้

(Stillman, 2009) ซึ่งแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีหลากหลาย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) มาเป็นกรอบแนวคิด โดยมีพื้นฐานแนวคิดที่มีความเชื่อว่า พลังอำนาจ คือแหล่งทรัพยากรที่ปรากฏอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลนั้นๆมีการพัฒนาให้บุคคลนำทรัพยากรเหล่านี้มาใช้ได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลทำให้บุคคลตระหนักในศักยภาพและความสามารถของตน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆได้เหมาะสม จึงสนใจนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) มาใช้ในการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก เพื่อให้ครอบครัวได้พัฒนาและเสริมสร้างความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก ร่วมกับแนวคิดกระบวนการกลุ่ม (Group Process) โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม เนื่องจากกระบวนการกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน มีการปรับตัวเข้าหากัน และจะพยายามช่วยกันทำงานโดยอาศัยความสามารถของแต่ละบุคคลซึ่งจะทำให้เป้าหมายสำเร็จได้ (Lewin, 1947; Webster & Whitmeyer, 2001) นอกจากนี้ยังกิจกรรมรายกลุ่มยังเป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านการสนับสนุนทางสังคมอีกด้วย เนื้อหาภายในเป็นเนื้อหาที่มุ่งเน้นการใช้ความสามารถของครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการจัดการกับอาการออทิสติกที่เกิดขึ้น โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 กิจกรรม และมีการมีรูปแบบของกิจกรรม ดังนี้ คือ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพ แรงจูงใจ ความร่วมมือ 2) การค้นหาสภาพการณ์จริง 3) การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติก 4) การสนับสนุนเอื้ออำนวยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก 5) การดำเนินการด้วยตนเอง 6) การสร้างความมุ่งมั่นและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลเด็ก ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรก 2 กิจกรรม สัปดาห์ที่สอง 2 กิจกรรม และสัปดาห์ต่อไป 1 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1-2 ชั่วโมงตามความเหมาะสม มีรายละเอียดดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ แรงจูงใจ ความร่วมมือ** การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและครอบครัวของเด็กออทิสติก เนื่องจากการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีจะทำให้ครอบครัวเด็กออทิสติกแต่ละครอบครัวเกิดความไว้วางใจ เกิดความร่วมมือ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกิดความสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลเด็กออทิสติก ทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจในความสามารถของตน และมีความเชื่อว่าผลสำเร็จของการรักษาส่วนหนึ่งเกิดจากครอบครัว (ไปรยา จิระอรุณ, 2550) ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจให้ครอบครัวในด้านความเข้มแข็งทางจิต และได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านแรงจูงใจ ด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก และด้านระบบความเชื่อเพิ่มขึ้น

**กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริง** การจัดกิจกรรมให้ครอบครัวแต่ละครอบครัวได้พูดถึงสภาพการณ์จริงของการดูแลเด็กออทิสติก โดยมุ่งเน้นเกี่ยวกับอาการออทิสติก และปัญหาการดูแล



เด็กออทิสติก ความพร้อมในการดูแลเด็กออทิสติกของครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เป็น การช่วยให้ครอบครัวได้รับรู้ถึงปัญหา โดยผู้วิจัยเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวรับรู้ว่าเป็นผู้ที่ สามารถควบคุมปัญหาการเจ็บป่วยนั้นๆได้ด้วยตัวเอง เป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังด้านความเข้มแข็ง ทางกายภาพ ด้านพลังงาน และด้านความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม

**กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแลเด็ก** การให้ครอบครัวได้ทบทวนตนเอง เกี่ยวกับความคิดการดูแลเด็กออทิสติก เป็นการช่วยให้ครอบครัวได้ทบทวนเหตุการณ์รอบด้านในการ ดูแลเด็กออทิสติก โดยผู้วิจัยให้ครอบครัวได้อภิปรายวิเคราะห์การดูแลเด็กออทิสติกของแต่ละ ครอบครัว ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กออทิสติก การจัดการกับอาการออทิสติกของเด็ก ออทิสติกที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้ครอบครัวได้เห็นความสำคัญของปัญหา และจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาด้วยตนเอง เป็นเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงระบบความเชื่อ และมีความพร้อมในการรับข้อมูลทางสุขภาพอื่น ๆต่อไป

**กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก** ความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่ จะช่วยให้ครอบครัวเด็กออทิสติกสามารถจัดการกับปัญหาและสามารถดูแลเด็กออทิสติกได้ด้วยตนเอง โดยส่งเสริมสนับสนุนให้ความรู้ เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ส่งผล ต่อความสำเร็จของแผนที่ตนเองได้ตั้งไว้ (ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) การที่ผู้วิจัยให้ ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสมกับปัญหา จะช่วยให้ส่งเสริมให้ผู้รับบริการตัดสินใจ และ ตระหนักถึงทางเลือกในการจัดการปัญหาโดยไม่ยอมแพ้ (Miller, 2000)

**กิจกรรมที่ 5 การดำเนินการด้วยตัวเอง** เมื่อครอบครัวได้รับการเสริมแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งตามแนวคิดของ Miller (2000) จะส่งผลทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการจัดการด้วย ตนเอง โดยผู้วิจัยให้ครอบครัวได้ดำเนินการในการดูแล วางแผนการดูแล และประเมินผลการดูแลเด็ก ออทิสติกด้วยตัวเอง ซึ่งเป็นการกระทำเพื่อให้ครอบครัวได้ดำเนินการตามแผน เพื่อแก้ปัญหา หรือ กระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ที่ตนเองได้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองได้วางไว้ (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) ทำให้ครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นใน ตนเอง และมีอัตมโนทัศน์เชิงบวกเพิ่มมากขึ้น

**กิจกรรมที่ 6 การสร้างความมุ่งมั่นและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลเด็ก** เมื่อ ครอบครัวได้รับการพัฒนาแหล่งพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวบุคคลแล้ว ผู้วิจัยจะเป็นผู้ส่งเสริมให้ครอบครัว รับรู้ และตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการดูแล และจัดการกับอาการออทิสติกได้ด้วย ตนเอง จะทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแล และควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้ด้วยตนเองมาก ยิ่งขึ้น (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) ตลอดจนสามารถดูแลตนเองและบุคคลในความดูแลได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และมีความต่อเนื่อง (Gibson, 1995)

จากแนวเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) โดยมีการประยุกต์การพัฒนาและเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจให้มีความเหมาะสมกับครอบครัวของเด็กออทิสติก เพื่อให้ครอบครัวของเด็กออทิสติกได้รับการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจ เกิดพลัง มีความเข้มแข็งทางกาย ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม มีแรงจูงใจ มีความเชื่อ นำไปสู่การเกิดการยอมรับนับถือตนเอง และคิดต่อตนเองทางบวก มีความพร้อมในการรับข้อมูลทางสุขภาพ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลเด็กออทิสติกเพิ่มมากขึ้น ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้

### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)

**ประชากร** ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM V ว่าเป็นโรคออทิสซึม อายุ 3-6 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และครอบครัวเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว จำนวน 20 คน และเข้ากลุ่มการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน

### ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ อาการออทิสติก

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**อาการออทิสติก** หมายถึง ลักษณะความผิดปกติของการแสดงออกที่ไม่สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัย ซึ่งแบ่งลักษณะความผิดปกติออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้คือ 1) ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร 2) ด้านสังคม 3) ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ 4) ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ซึ่งแต่ละคนจะมีอาการที่มีความแตกต่างกันไป

ในการวิจัยครั้งนี้มีการประเมินอาการออทิสติก โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่สร้างโดย Rimland and Edelson (2000) ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการของโรคออทิสซึม (Autism Treatment Evaluation Checklist [ATEC]) ฉบับที่ปรับปรุงโดยอัญชรส ทองแพ็ชร และคณะ (2562) ซึ่งปรับจากฉบับที่แปลโดยวนาลักษณ์ เมืองมลมนิรัตน์ และภัทรภรณ์ ทุ่งคำปิ่น (2547) โดยประเมินจากคะแนนรวม และมีการพิจารณาคะแนนเป็นรายด้าน ซึ่งคะแนนต่ำบ่งชี้ถึงความรุนแรงของอาการออทิสติกน้อย และคะแนนสูงแสดงถึงความรุนแรงของอาการออทิสติกมาก

**โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแล** หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของเด็กออทิสติกเป็นรายกลุ่ม โดยใช้โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) มาเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติกร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติตามที่แผนกหอผู้ป่วยนอกได้จัดขึ้น โดยเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมเน้นสร้างเสริมแหล่งพลังอำนาจของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติก โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจ ความร่วมมือ และกิจกรรมที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริง สัปดาห์ที่สอง 2 ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแล และกิจกรรมที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก สัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5 การดำเนินการด้วยตนเอง และสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 6 การสร้างความมุ่งมั่นและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลเด็ก มีระยะเวลาของการจัดกิจกรรม สัปดาห์ละ 1-2 ชั่วโมงตามความเหมาะสม มีรายละเอียดดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจ ความร่วมมือ** หมายถึง การดำเนินการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 โดยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยผู้วิจัยให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลเด็กออทิสติกร่วมกัน และกล่าวให้กำลังใจกันและกัน ประกอบกับพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวแผนการรักษา เพื่อให้ครอบครัวเชื่อมั่นในแผนการรักษา

**กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริง** หมายถึง การดำเนินการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 โดยให้ครอบครัวได้พูดทบทวนปัญหาการดูแลเด็กออทิสติก และทบทวนความสามารถของครอบครัว

ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้เสริมสร้างความแข็งแกร่งทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อให้ครอบครัวได้เตรียมพร้อมในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม

**กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแลเด็ก** หมายถึง การดำเนินการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 โดยให้ครอบครัวได้ทบทวนตนเองเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วย อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนให้ครอบครัวเชื่อมั่นว่าปัญหาการดูแลและอาการออทิสติกที่เกิดขึ้นจะดีขึ้นได้ด้วยความสามารถของตนเอง

**กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก** หมายถึง การดำเนินการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 โดยให้ความรู้กับครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องโรคออทิสซึม สาเหตุของการเกิดโรค แนวทางการดูแล และเน้นความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการออทิสติกที่เป็นปัญหา โดยให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับอาการออทิสติกที่สำเร็จและล้มเหลวระหว่างสมาชิกในกลุ่ม โดยสร้างเสริมประสบการณ์ให้กับครอบครัว โดยเน้นการฝึกทักษะการจัดการกับอาการที่เหมาะสมผ่านสถานการณ์จำลอง นำไปสู่การวางแผนการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันของครอบครัว

**กิจกรรมที่ 5 การดำเนินการด้วยตัวเอง** หมายถึง การดำเนินการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 โดยให้ครอบครัวได้ประเมินการนำแผนการจัดการดูแลเด็กออทิสติกที่ได้นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยจัดกิจกรรมให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิธีการดูแลและจัดการกับอาการออทิสติก ผลที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม และวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยพยาบาลสร้างบรรยากาศให้เกิดการสนับสนุน ให้กำลังใจกันและกันในการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ และการเห็นคุณค่าในตนเองที่สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้

**กิจกรรมที่ 6 การสร้างความมุ่งมั่นและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลเด็ก** หมายถึง การดำเนินการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 โดยให้ครอบครัวได้ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของอาการออทิสติกของเด็กออทิสติก โดยพยาบาลชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก ร่วมวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และร่วมแก้ไข ทบทวนความรู้ และทักษะที่ใช้ในการดูแล ผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนให้ครอบครัวมีการนำความรู้ความสามารถของตนไปใช้ในการดูแลเด็กออทิสติกและจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**เด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน** หมายถึง เด็กทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-V โดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคออทิสซึม มีอายุระหว่าง 3-6 ปี

**ครอบครัว** หมายถึง บิดา หรือมารดา หรือญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด มีหน้าที่ให้การดูแลเด็กออทิสติกอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง เป็นระยะเวลาติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลที่ให้บริการดูแลเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน และครอบครัวทุกรายตามวิธีที่ปฏิบัติเป็นประจำของแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การซักถามอาการ การประเมินพัฒนาการตามวัย การทำกลุ่มบำบัดเด็กออทิสติกโดยมีครอบครัวเป็นผู้ร่วมบำบัด มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีทักษะในการดูแลเด็กออทิสติก ผ่านกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมพัฒนาทักษะสังคม กิจกรรมพัฒนาทักษะการรับรู้ทางภาษา กิจกรรมพัฒนาทักษะการแสดงออกทางภาษา กิจกรรมพัฒนาทักษะด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และกิจกรรมพัฒนาทักษะการเล่น การเรียนรู้ โดยพยาบาลประจำคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางการบริการและให้การดูแลเด็กออทิสติกสำหรับพยาบาลร่วมกับครอบครัว โดยใช้บทบาทของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
2. เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในการดูแลเด็กออทิสติกและครอบครัว เพื่อลดอาการออทิสติก
3. ครอบครัวเด็กออทิสติกสามารถนำแนวทางการการดูแลเด็กออทิสติกกลับไปใช้ที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนโดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง แล้วจึงสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน
  - 1.1 พัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน
  - 1.2 พัฒนาการของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน
  - 1.3 อุดบัติการณ์การเกิดโรคออทิสซึม
  - 1.4 ความหมายของโรคออทิสซึม
  - 1.5 สาเหตุการเกิดโรคออทิสซึม
  - 1.6 การวินิจฉัยโรคออทิสซึม
  - 1.7 แนวทางรักษาและดูแลเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน
2. อาการออทิสติก
  - 2.1. ความหมายอาการออทิสติก
  - 2.2. ปัจจัยที่มีผลต่ออาการออทิสติก
  - 2.3 การวัดและประเมินอาการออทิสติก
3. การพยาบาลเด็กออทิสติกและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก
  - 3.1 การพยาบาลเด็กออทิสติก
  - 3.2 การปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติก
  - 3.3 การพยาบาลเด็กออทิสติกในประเทศไทย
    - 3.3.1 การพยาบาลในสถาบันพัฒนาการเด็ก
    - 3.3.2 การพยาบาลในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ
4. การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว
  - 4.1 ความหมายของความสามารถในการดูแล
  - 4.2 แนวคิดการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว
  - 4.3 โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

### 1.1 พัฒนาการปกติของเด็กวัยก่อนเรียน

พัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน หมายถึงเด็กที่มีอายุอยู่ระหว่าง 3-6 ปี วัยนี้เป็นวัยแห่งการเรียนรู้ จดจำ ชอบการแสดงออก และการฝึกทักษะใหม่ๆตลอดเวลา สามารถทำกิจกรรมได้หลายอย่าง เริ่มมีรูปแบบพัฒนาการทางสังคม ซึ่งพัฒนาการของเด็กวัยนี้ขึ้นอยู่กับ การปรับตัวให้คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม และการเรียนรู้พฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสมเป็นสำคัญ เริ่มที่จะพึ่งตนเอง แต่ยังยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง สามารถพูดสื่อสารกับผู้อื่นได้ (นิชรา เรื่องดารกานนท์, 2551) เป็นวัยที่มีการพัฒนาพัฒนาการด้านสติปัญญาได้อย่างรวดเร็ว มีลักษณะเด่นชัด คือ ต้องการเป็นตัวของตัวเอง มีความอยากรู้อยากเห็น เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ สนใจซักถาม ทดลอง เป็นวัยแห่งการเลียนแบบพฤติกรรมจากคนใกล้ชิด มีความคิดริเริ่ม และสร้างจินตนาการ เริ่มพัฒนาความเป็นเหตุเป็นผล (Wong et al., 1999) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย ภาษา สังคม และสติปัญญา พัฒนาการของเด็กวัยนี้จะมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อพัฒนาการในวัยต่อมา เด็กวัยก่อนเรียนจึงเป็นรากฐานที่สำคัญในการพัฒนาทุกด้านของบุคคล (Freud, 2018) แต่หากเด็กได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสมก็จะเกิดปัญหาในการเจริญเติบโตและพัฒนาการได้ (Erikson & Erikson, 1998)

พัฒนาการด้านต่างๆของเด็กวัยก่อนเรียน มีดังนี้

#### 1.1.1 พัฒนาการด้านร่างกาย

เด็กวัยนี้นับว่าเป็นเด็กวัยตอนต้นที่มีส่วนสูงและน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่จะขยายออกทางส่วนสูงมากกว่าด้านข้างกล้ามเนื้อและกระดูกจะเริ่มแข็งแรงขึ้น สามารถวิ่งและหยุดโดยไม่ล้ม เดินขึ้นลงบันไดได้อย่างคล่องแคล่ว ยืนขาเดียวอยู่กับที่และกระโดดขาเดียวไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่องได้ กระฉับกระเฉงไม่ค่อยอยู่เฉย กล้ามเนื้อเติบโตและแข็งแรงขึ้น โดยเฉพาะกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ทำให้สามารถควบคุมและบังคับการทรงตัวได้ดีขึ้น เดินได้คล่อง หมุนตัวกลับได้โดยไม่ล้ม ชอบปีนป่าย ไม่หยุดนิ่ง มีทักษะการใช้มือได้ดีขึ้น สามารถวาดและระบายสีได้อย่างอิสระ สามารถใช้กรรไกรตัดกระดาษเป็นเส้นตรง หรือเส้นโค้งตามที่กำหนดได้ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีในการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว ระบบกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัสทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ขึ้น มีความว่องไวในการใช้วชิระต่างๆได้ดี และมีประสิทธิภาพ (นิชรา เรื่องดารกานนท์, 2551)

#### 1.1.2 พัฒนาการทางด้านสติปัญญา

เด็กวัยนี้จะเริ่มด้วยการมีความสามารถในการใช้สัญลักษณ์ซึ่งเป็นความสามารถที่สำคัญของเด็กวัยนี้เนื่องจากเป็นพื้นฐานของจินตนาการการใช้ภาษาแทนสิ่งของบุคคลและเหตุการณ์ต่าง ๆ ความเข้าใจเรื่องจำนวนและการเล่นสมมติ ลักษณะความสำคัญทางความคิดของเด็กวัยนี้คือการคิดแบบยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง บอกชื่อตนเองได้ รู้จักการขอความช่วยเหลือเมื่อตนเองมีปัญหา

พยายามแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง บอกความแตกต่างของเสียง รูป รส รูปร่าง จำแนก และจัดหมวดหมู่ของสิ่งของได้ (Engel, 2006; นิชรา เรื่องดารกานนท์, 2551)

### 1.1.3 พัฒนาการด้านสังคม

เด็กจะเรียนรู้กระบวนการที่สำคัญและจำเป็นสำหรับเขา และจะทำให้เด็กเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติตัวในสังคมที่ถูกต้อง นั่นคือการปรับตัวให้บุคคลอื่นยอมรับ เพื่ออยู่ร่วมกับบุคคลรอบตัวได้ ซึ่งการเรียนรู้นี้เป็นกระบวนการปรับตัวทางสังคม (Socialization process) เด็กเรียนรู้ที่จะร่วมมือกับผู้อื่นในลักษณะกลุ่ม รู้จักการเป็นสมาชิกของกลุ่ม รู้จักปฏิเสธ การรับ การสื่อสาร หรือการใช้ภาษา ซึ่งส่วนมากเด็กจะเรียนรู้ผ่านการเล่น ดังนั้น การเล่นและการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นจะช่วยให้เด็กเรียนรู้ที่จะลดตนเองจากการเป็นศูนย์กลางไปสู่การปฏิบัติที่ยอมรับคนอื่นมากขึ้น แต่การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นยังอยู่ในช่วงเวลาสั้นๆ เราจึงมักจะเห็นว่าเด็กมีพฤติกรรมการแสดงอารมณ์ดี สลับอารมณ์ไม่ได้อยู่เช่นนั้น การอบรมเลี้ยงดูเด็กด้วยความเข้าใจ ด้วยการเป็นแบบอย่างที่ดีและแนะนำสั่งสอนเด็กด้วยความอ่อนโยน ชี้แนะระเบียบกฎเกณฑ์ของสังคม การจัดกิจกรรมกลุ่ม การชวนเล่นแบบมีข้อตกลง จะช่วยพัฒนาการด้านสังคมให้เด็กไปสู่คุณลักษณะที่พึงประสงค์ พัฒนาการทางสังคมของเด็กวัย 3-6 ปี เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาบุคลิกภาพ เด็กวัย 3 ขวบ รับประทานอาหารเอง เล่นแบบคู่ขนาน คือ เล่นของเล่นชนิดเดียวกัน แต่ต่างคนต่างเล่น ชอบเล่นสมมุติ รู้จักการรอคอย เด็กวัย 4 ปี แต่งตัวได้ด้วยตนเอง ไปห้องน้ำได้เอง เล่นร่วมกับคนอื่นได้ รอคอยตามลำดับก่อนหลัง แบ่งของให้คนอื่น เก็บของเล่นเข้าที่ได้อีก เด็กวัย 5 ปี ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เล่นหรือทำงานโดยมีจุดมุ่งหมายร่วมกับคนอื่นได้ พบผู้ใหญ่รู้จักไหว้ ทำความเคารพ รู้จักขอบคุณ เมื่อรับของจากผู้ใหญ่ รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย เด็กวัย 6 ปี มีการเล่นเป็นกลุ่ม มีกติกาข้อตกลง เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นมากขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้ดี รู้จักมารยาททางสังคม (Engel, 2006; นิชรา เรื่องดารกานนท์, 2551)

### 1.1.4 พัฒนาการทางภาษา

เด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านภาษาอย่างเห็นได้ชัดเจนเด็กจะเรียนรู้คำศัพท์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากเมื่อเด็กได้ยินคำศัพท์ใหม่เพียงครั้งเดียวคำๆนั้นจะผ่านขบวนการทำความเข้าใจอย่างรวดเร็ว (Fast mapping) คือเด็กจะซึมซับคำใหม่นั้นโดยการจดเข้าเป็นกลุ่มตามความหมายเรียนรู้คำนามได้เร็วกว่าคำกริยา คำคุณศัพท์ กริยาวิเศษณ์ คำอุทาน และคำถามตามลำดับ (สุรงค์ ไคว้ตระกูล, 2553) อายุ 3 ปีจะรู้จักศัพท์ประมาณ 3,000 คำ และเด็กสามารถใช้คำ วลี และประโยคในการแสดงบทบาทตามแบบอย่างโทรทัศน์ได้ รู้จักใช้ท่าทางประกอบคำพูด เด็กเริ่มพูดประโยคที่มีประธานกริยาและกรรมพูดประโยคที่ยาวขึ้นมีส่วนขยายเด็กทุกคนจะคาดหวังว่าคนอื่นจะเข้าใจภาษาที่ตนพูดเด็กวัยนี้จะสามารถใช้ภาษาได้เหมาะสมกับสถานการณ์เช่นจะพูดด้วยเสียงสูงกับตุ๊กตาพูดเสียงต่ำเมื่อจะสั่งสุนัขหรือแมวในบ้านใช้ภาษาทางการขณะเล่นสมมุติเป็นแพทย์ศูการ



แสดงออกขณะพูดก็จะมีเหมาะสมเด็กจะแสดงท่าที่สนใจฟังและพยักหน้าเพื่อแสดงว่าเข้าใจสิ่งที่พูด (ประพุทธ ศรีบุญ 2552) เด็ก 4 ขวบช่างซักถามมักจะมีคำถามว่า “ทำไม” “อย่างไร”แต่ก็ไม่สนใจคำตอบและคำอธิบายคำพูดของเด็กวัยนี้สามารถพูดประโยคยาว ๆ ที่ต่อเนื่องกันได้ สามารถเล่านิทานสั้น ๆ ให้จบได้ และมักจะเอาเรื่องจริงปนเรื่องสมมติ สำหรับเด็กวัย 5 ขวบ พัฒนาการทางภาษาสูงมาก เด็กสามารถตอบคำถามตรงเป้าหมาย ชัดเจนและสั้น การซักถามน้อยลง แต่จะสนใจเฉพาะเรื่อง (Engel, 2006; นิชรา เรื่องดารกานนท์, 2551)

## 1.2 พัฒนาการของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

### 1.2.1 พัฒนาการด้านร่างกาย

เด็กออทิสติกจะมีความบกพร่องในทักษะการพัฒนากล้ามเนื้อ (Motor Skill) คือ ทักษะการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ของร่างกาย ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ด้านทักษะพัฒนากล้ามเนื้อมัดใหญ่ เป็นการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น แขน ขา เท้า หรือลำตัว กิจกรรมการวิ่ง เดิน คลาน หรือกระโดด ซึ่งมักจะพบว่าเด็กออทิสติกมักมีความตระหนักรู้ในตนเองน้อย ทำให้เกิดอันตรายหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายกว่าเด็กที่มีพัฒนาการปกติ และด้านทักษะพัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็ก พบว่าเด็กออทิสติกจะมีความบกพร่องในเรื่องการใช้นิ้วมือในการหยิบจับสิ่งของ การทำงานประสานกันของมือและตา ซึ่งโดยปกติแล้วทักษะการเคลื่อนไหวทั้งสองชนิดจะพัฒนาไปพร้อมๆ กัน (Eliöz, Akbuğ, & Çebi, 2016)

### 1.2.2 พัฒนาการทางด้านสติปัญญา

เด็กออทิสติกจะมีความล่าช้าในการเรียนรู้ด้านภาษา หรือสิ่งรอบตัวได้ไม่ตีรวมทั้งการเรียนรู้การเข้าสังคมไม่ตี เด็กจะมีปัญหาในการเรียนรู้ การจดจำสิ่งต่างๆ ไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกของคนอื่น ความต้องการของคนอื่น ไม่สามารถคิดหรือแก้ปัญหาได้ (Vivanti, Barbaro, Hudry, Dissanayake, & Prior, 2013)

### 1.2.3 พัฒนาการด้านสังคม

เด็กออทิสติกจะมีความบกพร่องในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ไม่ชอบการเข้าสังคม โดยจะแสดงออกโดยการแยกตัว เล่นคนเดียว ไม่เข้าร่วมกับกลุ่มเพื่อน การมองหน้าสบตาน้อย ไม่เข้าใจกฎกติกา ไม่สามารถแสดงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจ ขณะเดียวกันไม่เข้าใจความต้องการ หรือการแสดงออกของผู้อื่น (White, Keonig, & Scahill, 2007)

### 1.2.4 พัฒนาการทางภาษา

เด็กออทิสติกจะมีความบกพร่องในการสื่อความหมาย ความล่าช้าของพัฒนาการด้านภาษาในการแสดงออกเพื่อการสื่อสาร พูดซ้ำ บางรายไม่พูด หรือพูดซ้ำๆ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสังคมตามมา เนื่องจากเด็กขาดความสามารถในการพูด การเลียนเสียงพูดจากภาษาที่ได้ยิน หรืออาจออกเสียงตามเสียงที่ได้ยิน (Echolalia) แต่ไม่เข้าใจความหมายของคำ เด็กออทิสติกบาง

รายเลียนแบบเสียงจากโทรทัศน์ เสียงการ์ตูน หรือสร้างภาษาแปลกขึ้นมาด้วยตนเอง (Gernsbacher, Morson, & Grace, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พัฒนาการของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน สามารถแบ่งออกเป็นพัฒนาการด้านร่างกาย สติปัญญา สังคม และภาษา ซึ่งโรคออทิสซึมส่งผลให้เด็กเกิดพัฒนาการที่ล่าช้า และส่งผลต่อพัฒนาการด้านอื่นๆ หากเด็กได้รับการดูแลที่ดีและได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กก็จะมีอาการเจริญเติบโต และมีพัฒนาการอย่างเหมาะสม ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาการในแต่ละด้านของเด็กออทิสติกจะต้องมีการพัฒนาตามวัยที่สอดคล้อง เหมาะสม และมีความเชื่อมโยงกัน ซึ่งพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียนเป็นรากฐานที่สำคัญในการพัฒนาทุกด้านของบุคคล

### 1.3 อุบัติการณ์การเกิดโรคออทิสซึม

ปัจจุบันพบการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยออทิสติกมากขึ้นในทุกประเทศ จากรายงานล่าสุดของการสำรวจความชุกของผู้ป่วยออทิสติกทั่วโลกพบว่า มีความชุกของโรคออทิสซึมคือ 1 คน ต่อเด็กทุก 68 คน และพบว่าประเทศในเอเชีย ยุโรป อเมริกาเหนือก็พบความชุกใกล้เคียงกัน (Zablotsky, Black, Maenner, Schieve, & Blumberg, 2015) โดยพบอัตราส่วนผู้ป่วยออทิสติกในเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 3-4 : 1 (Loomes, Hull, & Mandy, 2017)

สำหรับในประเทศไทยมีการสำรวจอย่างเป็นทางการในเด็กอายุ 0-5 ปี ในปีพ.ศ.2547 พบมีสัดส่วนความชุกของโรคออทิสซึมคือ 1 คน ต่อเด็กทุก 1,000 คน (ศรวิรรณา พูลสรรพสิทธิ์ และคณะ, 2548) จากข้อมูลประชากรประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) คาดได้ว่าทั่วประเทศจะมีเด็กในช่วงอายุนี้อายุนี้ป่วยเป็นโรคออทิสซึมมากถึง 380,000 คน สอดคล้องกับข้อมูลการเข้ารับการรักษาเด็กออทิสติกของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ระหว่างปี 2558-2560 พบมีผู้ป่วยออทิสติกจำนวน 17,931, 16,350, และ 16,762 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นในทุกๆปี และช่วงอายุที่พบมากที่สุดนั้นเป็นเด็กวัยก่อนเรียนคือ อายุ 3-6 ปี จำนวน 1,804 คน คิดเป็นร้อยละ 44.15 (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2560)

### 1.4 ความหมายของโรคออทิสซึม

American Psychiatric Association (2013) ให้ความหมายของโรคออทิสซึม หมายถึง โรคพัฒนาการบกพร่องจากความผิดปกติของสมองที่มีอาการแสดงเป็นความบกพร่องในพัฒนาการด้านการใช้ภาษาสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ร่วมกับมีความผิดปกติของพฤติกรรมและความสนใจที่เป็นแบบแคบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆ

Videbeck (2010) ให้ความหมายว่า โรคออทิสซึม หมายถึง โรคทางจิตเวชเด็กที่ส่งผลทำให้เด็กไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆได้อย่างเหมาะสม มีความบกพร่องทางด้านสังคม สติปัญญา

และภาษา ไม่สามารถสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจได้ ไม่สามารถแก้ปัญหา คิดเชื่อมโยง หรือจินตนาการได้

เพ็ญแข ลิ้มศิลา (2550) ได้กล่าวถึงโรคออทิซึมว่า เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่สามารถตรวจและวิเคราะห์ได้ว่า เด็กมีพัฒนาการล่าช้าทางด้านสังคม การสื่อความหมายและจินตนาการ แสดงให้เห็นได้โดยการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเด็กในวัยเดียวกัน เช่น การแยกตัวอยู่โดยลำพังในโลกของตัวเองเสมือนกับมีกำแพงที่มองไม่เห็นกันตัวเด็กเหล่านี้ก็ออกจากสังคมนอร์ดาน ทำให้เด็กขาดการรับรู้จนไม่สามารถเรียนรู้ได้จากสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้เหมือนเด็กทั่วไปในวัยเดียวกัน ไม่สามารถสื่อความหมายกับบุคคลรอบข้าง เมื่อถึงวัยที่ควรจะพูดก็พูดไม่ได้ทั้งๆที่ไม่หนวก แต่อาจเลียนแบบการพูดเป็นคำๆได้โดยไม่รู้ความหมาย ต่อมาก็เริ่มพูดภาษาตนเองที่มนุษย์ฟังไม่เข้าใจ เด็กเล่นกับใครไม่เป็น เล่นของเล่นไม่เป็น เนื่องจากการขาดจินตนาการ และมีพฤติกรรมซ้ำๆบางอย่าง ทั้งการกระทำและความคิด อาการดังกล่าวบางอย่างจะปรากฏอาการให้เห็นได้ตั้งแต่ในขวบปีแรก และจะพบอาการอย่างชัดเจนเมื่อเด็กมีอายุ 18 เดือนขึ้นไป

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2546) อธิบายว่า โรคออทิซึม หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของพัฒนาการทำให้เกิดพัฒนาการล่าช้าในหลายด้าน ได้แก่ ด้านสังคม ด้านสติปัญญา ด้านการสื่อความหมาย ภาษา และจินตนาการ

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์ (2552) ให้ความหมายว่า โรคออทิซึม หมายถึง โรคที่มีความบกพร่องของพัฒนาการ ทำให้เด็กมีปัญหาด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างและสิ่งแวดล้อม เด็กบางรายสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้และมีความฉลาด บางรายลักษณะคล้ายกับเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งอาการและความรุนแรงไม่เท่ากัน แต่มีปัญหาทางสังคม การสื่อสาร พฤติกรรม และสมาธิ

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า โรคออทิซึม หมายถึง โรคที่มีความบกพร่องทางด้านภาษาการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รวมไปถึงการมีพฤติกรรมที่เป็นแบบแผน หรือพฤติกรรมซ้ำๆ เกิดเป็นความผิดปกติของพัฒนาการในหลายๆด้าน โดยเฉพาะในพัฒนาการด้านภาษาและการสื่อความหมาย พัฒนาการด้านสติปัญญา และพัฒนาการด้านสังคม

### 1.5 สาเหตุการเกิดโรคออทิซึม

สาเหตุของความผิดปกติของโรคออทิซึมยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีหลักฐานหลายอย่างที่แสดงให้เห็นถึงสาเหตุการเกิดโรคออทิซึม ดังนี้ (Ives, Munro, & Wynn, 2001; Steinman et al., 2014)

#### 1.5.1 ความผิดปกติของสมองและระบบประสาท

สมองของเด็กในช่วง 6 ปีแรกจะมีการสร้างวงจรประสาทที่ทำหน้าที่พื้นฐานและทำงานประสานกัน เช่นสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ และรับรู้การเคลื่อนไหว สี รูปร่างเป็น

ต้น จากการทำงานประสานกันของเซลล์สมองในส่วนต่าง ๆ ทำให้เด็กสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ และเกิดกระบวนการคิด

แต่สำหรับผู้ป่วยออทิสติกแล้ว พบว่ามีปริมาตรของสมองที่ใหญ่ผิดปกติ มีเลือดไปเลี้ยงสมองบางส่วนน้อยกว่าคนปกติ (Courchesne, 2002) และกระบวนการทำงานของสมองที่ไม่เชื่อมโยงกัน ทำให้เกิดการ ทำงานที่ผิดปกติของสมองในบางส่วน เช่น ความผิดปกติที่บริเวณสมองส่วนหน้า ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยออทิสติกมีความผิดปกติในด้านการพูด การสื่อสาร ความคิด ความจำ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Redcay, 2008) ความผิดปกติของ สมอง basal ganglia ซึ่งมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การเคลื่อนไหวของตา และเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก เมื่อสมองในส่วนนี้มีการทำงานที่ผิดปกติไป ส่งผลทำให้ผู้ป่วยออทิสติกมีพฤติกรรมซ้ำๆ เกิดพฤติกรรมที่เป็นแบบแผนที่จำกัด ไม่สามารถรับรู้อารมณ์ของตนเองและผู้อื่น และแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างไม่เหมาะสม (Cuccaro et al., 2003) นอกจากนี้ยังพบว่า การมีระดับของสารสื่อประสาทผิดปกติ เช่น ระดับของซีโรโทนิน ซึ่งสารซีโรโทนิน เป็นสารเคมีที่สำคัญในการทำงานของสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ถ้าระดับของซีโรโทนินในเลือดสูง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมไม่นิ่งได้ (Ives et al., 2001; Steinman et al., 2014)

### 1.5.2 สิ่งแวดล้อม

การได้รับโลหะหนัก ตะกั่ว มลพิษต่างๆ การได้รับยา เช่น ยาแก้นชัก เป็นต้น เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์และระหว่างการคลอด เช่น มารดาติดเชื้อหัดเยอรมันในระหว่างตั้งครรภ์ มารดาขาด Folic acid รวมไปถึงการคลอดยาก และคลอดก่อนกำหนด เด็กการขาดออกซิเจนขณะคลอด เป็นต้น (Ives et al., 2001; Steinman et al., 2014)

### 1.5.3 พันธุกรรม

มีการค้นพบเด็กออทิสติกมีอัตราการเกิดในคู่แฝดจากไข่ใบเดียวกัน มากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบสูงถึงร้อยละ 60-90 และมีอัตราการเกิดโรคซ้ำในการมีลูกคนต่อไปเท่ากับร้อยละ 3-8 ซึ่งมากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 20 เท่า โดยเชื่อว่าน่าจะมียีนที่เกี่ยวข้องเป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น ยีนบนโครโมโซม 2p, 7q, 15q, 16p แต่ปัจจุบันยังไม่สามารถระบุยีนที่เป็นสาเหตุที่แน่ชัดได้ (Ives et al., 2001; Steinman et al., 2014)

### 1.5.4 สาเหตุจากโรคอื่น

โรคออทิสซึมเกิดได้โดยมีสาเหตุจากโรคอื่น ที่พบบ่อยสุด คือ Fragile X syndrome และ Tuberous sclerosis

กล่าวโดยสรุป คือปัจจุบันยังไม่มีการระบุสาเหตุหรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคออทิสซึมอย่างเป็นทางการ มีการค้นพบหลักฐานว่าโรคนี้เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสมองและระบบประสาทเป็นหลัก และมีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางพันธุกรรม นำไปสู่ความบกพร่อง

ของพัฒนาการหลายด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านภาษาและสังคมล่าช้า มีพฤติกรรม ความสนใจและการกระทำที่ซ้ำๆ และจำกัด

### 1.6 การวินิจฉัยโรคออทิซึม

การวินิจฉัยโรคออทิซึมเป็นการวินิจฉัยทางคลินิก โดยประเมินจากพฤติกรรมของเด็ก ยังไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการใดๆ เพื่อช่วยใช้ในการวินิจฉัย โดยจะได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์เมื่ออายุ 2 ปี ซึ่งแพทย์จะใช้การซักประวัติจากครอบครัว ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการสำคัญในการวินิจฉัยโรคออทิซึม (Ives et al., 2001)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2013) กล่าวถึงเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition (DSM-V) กำหนดหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคออทิซึม ดังนี้

1. มีความบกพร่องด้านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในหลายๆสถานการณ์ โดยมีประวัติหรือแสดงออกด้วยอาการทั้ง 3 อาการ ดังต่อไปนี้

1.1 มีความบกพร่องในปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์ หรือทางสังคมซึ่งเป็นไปได้ตั้งแต่การเข้าหาผู้อื่นอย่างผิดปกติ ไม่สามารถโต้ตอบหรือแสดงอารมณ์ร่วมกับผู้อื่นได้

1.2 มีความบกพร่องของการใช้ภาษาท่าทางในปฏิสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งเป็นไปได้ตั้งแต่การใช้ภาษาท่าทางที่ไม่เข้ากับภาษาพูดมีการสบตาหรือการสื่อสารด้วยภาษาท่าทางที่ผิดปกติไม่ค่อยได้ใช้หรือไม่เข้าใจการใช้ภาษาท่าทางไปจนถึงไม่มีการแสดงสีหน้าหรือไม่มีการสื่อสารด้วยภาษาท่าทาง

1.3 มีความบกพร่องในการสร้างรักษาและเข้าใจความสัมพันธ์ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมที่หลากหลายมีความยากลำบากในการคบเพื่อนไปจนถึงไม่สนใจกลุ่มเพื่อนเลย

2. การมีพฤติกรรมความสนใจและกิจกรรมที่แคบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆซึ่งมีประวัติหรือแสดงออกด้วยอาการอย่างน้อยสองข้อ ดังหัวข้อต่อไปนี้

2.1 มีการเคลื่อนไหว การใช้วัตถุ หรือการใช้คำพูดที่เป็นแบบแผนซ้ำๆ เช่น มีการเคลื่อนไหวของเล่นรูปแบบซ้ำๆเล่นโดยเอาวัตถุมาเรียงกันหรือหมุนเล่นพูดทวนคำพูดของผู้อื่นหรือการมีคำพูดแปลกแปลกที่เป็นภาษาของตนเอง

2.2 ยึดติดกับกิจวัตรประจำวันการแสดงออกของพฤติกรรมหรือการพูดที่ต้องทำตามแบบแผนเดิมโดยไม่ยอมเปลี่ยนแปลง เช่น แสดงความไม่พอใจอย่างมากเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของกิจวัตรประจำวันเพียงเล็กน้อย มีความยากลำบากในการเปลี่ยนจากกิจกรรมหนึ่งไปอีกรายการหนึ่งมีแบบแผนของการคิด ที่ตายตัวไม่ยืดหยุ่น มีวิธีทักทายผู้อื่นในแบบเดิมๆ ต้องเดินทางด้วยเส้นทางเดิมหรือกินอาหารแบบเดิมทุกวัน

2.3 มีความสนใจที่แคบจำกัดหรือหมกมุ่นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากเกินไป เช่น ยึดติดกับสิ่งของบางอย่างที่แปลกกว่าเด็กทั่วไปหรือหมกมุ่นสนใจในบางเรื่องมากเกินไป

2.4 มีประสาทสัมผัสที่ไวมากเกินไปหรือน้อยเกินไปต่อสิ่งเร้า เช่น ดูเหมือนไม่รู้สึกรู้สึบปวดหรือไม่รู้ความแตกต่างของอุณหภูมิมีการตอบสนองที่มากเกินไปต่อเสียงหรือผิวสัมผัส ชอบดมหรือสัมผัสวัตถุ ชอบมองแสงหรือการเคลื่อนไหวของวัตถุ

3. มีอาการตั้งแต่ในวัยเด็กหรือช่วงต้นของพัฒนาการแต่อาการอาจยังไม่แสดงให้เห็นชัดเจนจนกว่ามีความจำเป็นทางสังคมที่มากเกินไปกว่าผู้ป่วยจะจัดการได้ หรืออาการอาจถูกบดบังด้วยกลยุทธบางอย่างที่ผู้ป่วยพัฒนาเมื่อโตขึ้น

4. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความบกพร่องอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ในด้านการทำหน้าที่ทางสังคมการทำงานหรือด้านอื่นๆที่สำคัญ

5. อาการดังกล่าวไม่สามารถอธิบายได้จากภาวะบกพร่องทางเซาว์ปัญญา

### 1.7 แนวทางการรักษาเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน

ปัจจุบันโรคออทิสซึมยังไม่มีวิธีการรักษาที่จำเพาะเจาะจงให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถให้การบำบัดรักษาและให้ความช่วยเหลือเพื่อให้มีพัฒนาการดีขึ้น มีการพัฒนาตามศักยภาพ ทำให้สามารถเรียนรู้และใช้ชีวิตอยู่ร่วมในสังคมได้ หลักการรักษาและดูแลจะมุ่งเน้นใช้หลายวิธีร่วมกันมีความเกี่ยวข้องระหว่างครอบครัวและทีมงานสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ ทำหน้าที่ตรวจวินิจฉัย ให้ยารักษาอาการ หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา พิจารณาเพื่อส่งต่อบำบัดรักษาและส่งเสริมพัฒนาการ นักแก้ไขการพูด มีหน้าที่ในการวินิจฉัยความผิดปกติของการสื่อความหมายทางภาษาและการพูด ส่งเสริมด้านการพูดและการออกเสียง ในรายที่พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด เสียงผิดปกติ นักกิจกรรมบำบัด มีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีโดยอาศัยกิจกรรมเป็นสื่อในการส่งเสริม ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ ช่วยเสริมสร้างสมาธิ ทักษะการคิด พัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็ก กล้ามเนื้อมัดใหญ่ และการประสานกันของกล้ามเนื้อตามสภาพปัญหาของแต่ละคน นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล หรือสวัสดิการความพิการ การส่งต่อเพื่อติดตามหลังจากเด็กออทิสติกกลับสู่ชุมชน การประสานงานกับหน่วยงานต้นสังกัด ดำเนินเพื่อส่งต่อการรักษา การประสานงานกับโรงเรียน (ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2550; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

การรักษาเด็กออทิสติกโดยทั่วไปแบ่งการรักษาด้วยการไม่ใช้ยา (non-pharmacological intervention) และรักษาด้วยการใช้ยา (pharmacological intervention) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

## 1.7.1 การรักษาแบบไม่ใช้ยา

### 1.7.1.1 การเสริมสร้างความสามารถของครอบครัว

เป็นแนวทางที่มีความสำคัญในการดูแลเด็กออทิสติก ครอบครัวเป็นผู้บำบัดที่สำคัญที่สุดที่จะให้การดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งการส่งเสริมความสามารถของครอบครัวอาจทำได้โดยการสนับสนุนช่วยเหลือให้ครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติก เพื่อให้ครอบครัวยอมรับถึงความผิดปกติของเด็กในแต่ละคน และเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมิน การวางแผนและการบำบัด รวมไปถึงการมีทัศนคติที่ดี มีแรงจูงใจ นำไปสู่การดูแลเด็กออทิสติกให้มีอาการที่ดีขึ้น การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็กจะก่อให้เกิดความมั่นใจและส่งเสริมแรงจูงใจในการดูแลเด็กออทิสติกได้ (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2555)

### 1.7.1.2 การดูแลช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (Early Intervention)

เป็นการช่วยเหลือตั้งแต่เด็กอายุยังน้อย โดยเป็นการช่วยเหลือเด็กออทิสติกและครอบครัว โดยให้การช่วยเหลือทันทีเมื่อทราบผลการวินิจฉัย ในวัยเด็กที่มีอายุตั้งแต่เด็กมีอายุ 2-6 ขวบ ซึ่งถือว่าเป็นช่วงสำคัญที่สุดของชีวิต หากเด็กได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้น สามารถเข้าเรียนในสภาพแวดล้อมปกติได้ (Mandell et al., 2005; Missouri Autism Guidelines Initiative, 2012)

### 1.7.1.3 การรักษาและดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ

ทีมสหวิชาชีพสามารถรักษาและดูแลเด็กออทิสติกให้ดีขึ้นได้โดยให้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด ได้มีแนวทางที่หลากหลายในการรักษาที่สามารถเลือกให้เหมาะสมกับตัวเด็กแต่ละบุคคล ดังนี้ (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2552)

#### แก้ไขการพูด (speech Therapy)

ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกพูดโดยนักแก้ไขการพูดที่มีประสบการณ์ฝึกเด็กที่เป็น autistic spectrum disorder ไปพร้อมกับการบำบัด ด้านพฤติกรรม ถ้าเด็กพูดได้เร็วโอกาสที่จะมีพัฒนาการทางภาษาใกล้เคียงปกติก็จะเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสมก็ลดลงด้วย ดังนั้นการฝึกและแก้ไขการพูด จึงมีความสำคัญ

#### กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)

เป็นการประยุกต์กิจกรรม หรือกิจกรรมมาใช้ในการตรวจประเมิน วินิจฉัย ส่งเสริม ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ ช่วยเสริมสร้างสมาธิ ทักษะการคิด พัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็ก และการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ การบำบัดที่ยอมรับทั่วไป ได้แก่ การกระตุ้น และบูรณาการประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้าน (sensory integration)

### พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy)

เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ โดยอาศัยหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ มีการใช้หลายวิธีการมาประยุกต์ร่วมกัน การฝึกทักษะทางสังคมและการสื่อสาร และการปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการดูแลสุขภาพในรูปแบบอื่นๆที่มึสุขภาพนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กออทิสติก ได้แก่ การเล่นบำบัด ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด (Fortinash & Worret, 2014)

#### 1.7.2 การรักษาโดยใช้ยา (Oswald & Sonenklar, 2007; ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2550)

การรักษาด้วยยาส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพียงเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมบางอย่างเนื่องจากไม่มียาที่ใช้รักษาโรคหรือยาที่รักษาอาการหลักเด็กออทิสติกหลายคนจำเป็นต้องใช้ยา ยาส่วนใหญ่ที่ใช้ในเด็กออทิสติกไม่ได้เป็นยาที่ถูกคิดค้นขึ้นมาเพื่อรักษาโรคออทิสซึมโดยตรง แต่เป็นยาที่พัฒนามาจากการศึกษาวิจัยสำหรับโรคอื่น จากการศึกษาวิจัย นักวิทยาศาสตร์พบว่า อาการบางอย่างในโรคออทิสซึมมีลักษณะใกล้เคียงกับโรคบางโรค จึงลองนำเอายาที่ใช้รักษาโรคนั้นมาใช้ในเด็กออทิสติก และพบว่ายาหลายตัวใช้ได้ผลดี ตัวอย่างเช่น ยาแก้อาการชัก เป็นยาที่คิดค้นขึ้นมาเพื่อรักษาโรคมะเร็ง แต่ได้นำมาทดลองใช้กับเด็กออทิสติกปัญหาพฤติกรรมเช่น ลดอาการเศร้า ลดเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

ยาไม่ได้ไปเปลี่ยนแปลงความผิดปกติที่เกิดขึ้นในสมอง แต่ยาไปทำให้สมองทำงานดีขึ้น โดยไปลดอาการผิดปกติต่างๆ เช่น อาการก้าวร้าว อย่างไรก็ตามแพทย์มักจะให้ยาโดยมีวัตถุประสงค์ว่า เมื่อให้ยาแล้วเด็กจะมีอาการดีขึ้น และจะเรียนรู้ได้มากขึ้น การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่จะมีผลให้พฤติกรรมของเด็กเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

ยาที่นำมาใช้ในเด็กออทิสติก คือ

1. ยากลุ่ม Major tranquilizers ได้แก่ ยา Haloperidol และ Risperidone เป็นยาที่มีการศึกษาวิจัยกันมากในกลุ่มออทิสติก มีฤทธิ์ช่วยให้เด็กแยกตัวน้อยลง เข้าสังคมมากขึ้น รวมทั้งลดพฤติกรรมซ้ำๆ หรือเมื่อเด็กอาละวาดก้าวร้าวและมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นบ่อยในเด็กคือ อาการง่วงนอน ส่วนอาการกล้ามเนื้อเกร็งหรือเคลื่อนไหวผิดปกตินั้นพบไม่บ่อย เด็กร้อยละ 80 เด็กสามารถใช้ยาดังกล่าวได้อย่างปลอดภัย แพทย์มักให้ยานี้เมื่อทำการช่วยเหลือด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล

2. ยากันชัก เช่น ยา Depakine มีฤทธิ์ลดหรือป้องกันอาการชักลดอาการก้าวร้าว ทำให้เด็กสงบและมีอาการช่นน้อยลง



## Risperidone

### ข้อบ่งใช้

มีข้อบ่งใช้ในการรักษาอาการฟุ้งพล่าน (Mania) ของอารมณ์แปรปรวนชนิด Bipolar ซึ่งอาการเหล่านี้จะมีลักษณะ อารมณ์คึกคัก มีการแสดงความรู้สึกมาก หรือมีอาการฉุนเฉียว มีอาการลำพองตนมีความต้องการนอนหลับน้อยลง อาการพูดมากและเร็ว มีความคิดหลายอย่างปะดังเข้ามาอย่างรวดเร็ววอกแวก มีการตัดสินใจที่ไม่ดี รวมทั้งที่พฤติกรรมที่ก้าวร้าวและก้าวร้าวรุนแรง และชอบทำร้ายตนเอง เป็นต้น

### กลไกการออกฤทธิ์

Risperidone เป็น Selective monoaminergic antagonist โดยมีคุณสมบัติไปจับกับตัวรับของ ซีโรโตนินชนิด - HT และตัวรับของโดปามีนชนิด D ได้ดี นอกจากนี้ยังสามารถจับกับตัวรับอะดรีเนอร์จิก ชนิดแอลฟา 1 Risperidone จับกับตัวรับฮิสตามีนชนิด H1 และตัวรับอะดรีเนอร์จิกชนิดแอลฟา 2 ได้ไม่ตึงนัก และไม่จับกับตัวรับโคลิเนอร์จิก ถึงแม้ว่า Risperidone จะเป็นยาต้าน D ที่ออกฤทธิ์แรงซึ่งช่วยในการบรรเทาอาการจิตเภทชนิด Positive แต่ยานี้จะกดการเคลื่อนไหว (Motor activity) และเหนียวนำไปให้เกิด Catalepsy ได้น้อยกว่ายาจำพวก Neuroleptics ความสมดุลของ ซีโรโตนินในสมองกับฤทธิ์ต้านโดปามีนอาจช่วยลดอาการข้างเคียงทาง Extrapyrimalal ที่จะเกิดขึ้น และทำให้ตัวยาดังกล่าวมีฤทธิ์ในการรักษาครอบครัวอาการจิตเภทชนิด Negative รวมทั้งอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางด้านอารมณ์

### อาการไม่พึงประสงค์

อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ได้รับรายงานระหว่างการใช้ Risperidone มีดังนี้

#### อาการที่พบบ่อย :

นอนไม่หลับ กระวนกระวาย วิดกกังวล ปวดศีรษะมีรายงานการเกิดอาการสงบระดับในเด็กและวัยรุ่นมากกว่าที่พบในผู้ใหญ่ โดยทั่วไปมีอาการเพียงเล็กน้อยและเป็นระยะสั้น ๆ

#### อาการที่พบบรองลงมา :

ง่วง เมื่อยล้า เวียนศีรษะ ขาดสมาธิ ท้องผูก อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เห็นภาพไม่ชัดเจน Priapism, erectile, dysfunction, ejaculatory, dysfunction, orgasmic dysfunction, urinary incontinence, เยื่อจมูกอักเสบ ผื่นแดง และอาการแพ้อื่น ๆ

Risperidone ทำให้เกิด Extrapyrimalal symptoms ดังต่อไปนี้ มีอสังกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง น้ำลายไหลมากผิดปกติ Bradykinesia, akathisia กล้ามเนื้อบิดเกร็งชนิดเฉียบพลัน (Acute dystonia) อาการเหล่านี้มักจะเป็นชนิดไม่รุนแรงและกลับสู่สภาพปกติได้หากลดขนาดยาลง และ/หรือ ให้ยาด้าน Parkinson เมื่อจำเป็น ในบางครั้งมีรายงานว่าผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะหรือความดันโลหิตต่ำหรือความดันโลหิตต่ำลงขณะเปลี่ยนอิริยาบถ และเกิด (Reflex)

Tachycardia ความดันโลหิตสูงอาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับ Risperidone และมีรายงานของการเกิด  
 น้อยลงของ Neutrophil และ/หรือ Thrombocyte สามารถทำให้ความเข้มข้นของ Prolactin ใน  
 พลาสมาเพิ่มขึ้นซึ่งขึ้นกับขนาดยาที่ให้ (Dosedependent) อาการที่เกิดขึ้นอาจได้แก่ มีน้ำนมไหล  
 หน้าอกโต รอบประจำเดือนผิดปกติ และไม่มีประจำเดือน (Amenorrhea)

### Haloperidol

#### กลไกการออกฤทธิ์

เป็นยาบรรเทาโรคจิตในกลุ่มบิวทีโรฟีโนน ออกฤทธิ์โดยแย่งโดปามีนจับกับ D<sub>2</sub>-  
 receptor ที่ postsynaptic และเพิ่มการทำลายโดปามีนในสมองส่วน mesolimbic dopaminergic  
 system ถ้าให้ยานี้ติดต่อกันระยะหนึ่ง จะพบว่าเซลล์ประสาทจะหลั่งโดปามีนลดลงด้วย

#### ข้อบ่งใช้

1. ใช้ควบคุมอาการของโรคจิต เช่น โรคจิตเภท โรคจิตในระยะคุ้มคลั่ง และโรคจิต  
 ที่เกิดจากยา

2. ใช้รักษาพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก
3. ใช้ควบคุมอาการกล้ามเนื้อกระตุก และพฤติกรรมผิดปกติของ Tourett's syndrome

#### ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่ระบบประสาทส่วนกลางถูกกด หรือมีอาการโคม่า และใน  
 ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

2. ไม่ควรใช้ยานี้ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ในสตรีมีครรภ์และให้นมบุตร
3. ใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยโรคลมชัก
4. ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับแอลกอฮอล์หรือยากดประสาทส่วนกลางอื่นๆ

ยากันชัก ยาที่ทำให้เกิดอาการทาง EPS

#### อาการข้างเคียง

ที่พบบ่อยได้แก่อาการทางระบบ EPS เช่น อาการแข็งขา พูดไม่ชัด กล้ามเนื้อแข็ง  
 เกร็ง มือเท้าสั่น เดินเซ นอกจากนี้อาจพบอาการตาพร่า ท้องผูก ปากแห้ง ประจำเดือนผิดปกติ  
 ปวดคัดเต้านม น้ำนมไหลและน้ำหนักตัวเพิ่ม

สรุป ยาไม่ได้รักษาโรคจิตให้หาย แต่การให้ยาที่เหมาะสมจะช่วยบรรเทาปัญหา  
 พฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก ทำให้อาการของเด็กดีขึ้น ในระยะยาวนอกเหนือจากการรักษาด้วยยา  
 แล้ว การบำบัดด้วยวิธีการต่างๆและการให้ความช่วยเหลือเด็กออทิสติก รวมถึงการดูแลช่วยเหลือให้  
 ครอบครัวสามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสมถือเป็นสิ่งสำคัญ

## 2. อาการออทิสติก

### 2.1. ความหมายของอาการออทิสติก

American Psychiatric Association (2013) กล่าวถึง อาการออทิสติก หมายถึง การแสดงออกถึงความบกพร่องของ 2 กลุ่มอาการที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มอาการที่ 1 คือ มีอาการที่แสดงถึงความบกพร่องในด้านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในหลายๆสถานการณ์ ได้แก่ ไม่สามารถโต้ตอบ ไม่แสดงความสนใจ อารมณ์ หรือความรู้สึกร่วมกับผู้อื่น มีการใช้ภาษาท่าทางที่ไม่เข้ากับภาษาพูด ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมที่หลากหลาย เป็นต้น กลุ่มอาการที่ 2 คือ อาการที่แสดงออกถึงความผิดปกติในเรื่องของการมีพฤติกรรมความสนใจและกิจกรรมที่แคบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การใช้วัตถุ หรือการใช้คำพูดที่เป็นแบบแผนซ้ำๆ เช่น มีเอวตุ้มมาเรียงกัน หรือหมุนเล่น ยึดติดกับกิจวัตรประจำวัน มีความสนใจที่แคบจำกัด และมีความผิดปกติของระบบประสาทสัมผัส เช่น ไม่รู้สึกเจ็บปวด หรือไม่รู้ความแตกต่างของอุณหภูมิ ชอบดม หรือสัมผัสวัตถุ ชอบมองแสง หรือการเคลื่อนไหวของวัตถุ

Rimland and Edelson (2000) กล่าวว่า อาการออทิสติก เป็นลักษณะความผิดปกติของการแสดงออกที่ไม่สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัย ซึ่งแบ่งลักษณะความผิดปกติออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้คือ 1) ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ ไม่รู้จักชื่อของตนเอง ไม่สามารถบอกสิ่งที่ต้องการ ไม่สามารถสื่อสารได้ตามวัย 2) ด้านสังคม ได้แก่ ไม่มองหน้า ไม่สบตาในขณะที่พูดหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ไม่สนใจใคร ไม่เลียนแบบ 3) ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการเรียกชื่อ เล่นของเล่นไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับตัวเอง/ไม่สนใจสิ่งต่างๆรอบตัว 4) ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ได้แก่ มีปัญหาในการนอน ตีหรือทำร้ายตนเอง ตีหรือทำร้ายผู้อื่น พูดซ้ำๆ ซึ่งแต่ละคนจะมีอาการที่มีความแตกต่างกันไป

Johnson (2004) กล่าวว่า อาการออทิสติก เป็นการแสดงออกถึงความบกพร่องที่สำคัญ ได้แก่ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการภาษาและการสื่อสาร 3) ด้านการมีความสนใจและพฤติกรรมที่จำกัด ได้แก่ ชอบเล่นเรียงของ มีท่าทางหรือการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ เช่น สะบัดมือ เล่นมือหมุนตัว ทำกิจกรรมเดิมซ้ำ ๆ ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ลำบาก และ 4) ด้านอื่นๆ ได้แก่ ไม่นิ่ง สมาธิจดจ่อในกิจกรรมน้อย พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ร้องอาละวาด มีปัญหาการรับประทานและปัญหาการนอน

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า อาการออทิสติก เป็นความผิดปกติที่แสดงออกถึงความบกพร่องทางด้านการใช้ภาษาและการสื่อสาร ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านพฤติกรรม และด้านประสาทรับความรู้สึก ซึ่งอาการที่แสดงออกจะมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล

### 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการของเด็กออทิสติก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่ออาการของเด็กออทิสติก มีดังนี้

## 2.2.1 ปัจจัยด้านตัวเด็ก

2.2.1.1 ความผิดปกติของสมอง และกระบวนการทำงานของสมอง พยาธิสภาพทางสมองที่ผิดปกติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การรับรู้ และความจำ เมื่อบริเวณนี้ผิดปกติจึงมีผลทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคม ภาษา และพฤติกรรม ผิดปกติได้ มีการศึกษาสมองของผู้ป่วยออทิสติกพบว่า มีข้อจำกัดของการเชื่อมต่อการส่งต่อข้อมูลของสมองส่วน หน้า ซึ่งทำหน้าที่หลักในการควบคุมด้านการพูด การออกเสียง การรับรู้ ความเข้าใจ การมีเหตุผลความคิด ความรู้สึก และการแก้ปัญหา จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในด้านการพูด การใช้ภาษา และการสื่อสาร ผู้ป่วยออทิสติกบางรายไม่สามารถพูดสื่อสารหรือบอกความต้องการให้บุคคลอื่นเข้าใจได้ ไม่สามารถเรียนรู้ ความคิด อารมณ์ การแสดงออกหรือความต้องการของผู้อื่นได้ (Schipul, Keller, & Just, 2011) นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานที่ไม่เชื่อมโยงกันของสมองในผู้ป่วยออทิสติก ยังส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในด้านประสาทการรับรู้ รวมถึงการพฤติกรรมซ้ำๆ แปรกๆ เช่น เดินเขย่ง โยกตัว สะบัดมือ ชอบมองของหมุน ชอบดมสิ่งของ เป็นต้น (Marco, Hinkley, Hill, & Nagarajan, 2011) ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองในการดูแลอาการออทิสติกที่เกิดขึ้นนี้อย่างเหมาะสม จะส่งผลทำให้อาการออทิสติกรุนแรงมากขึ้นได้ (Steinman et al., 2014)

2.2.1.2 เพศ มีการศึกษาพบว่า เพศต่างกันจะมีลักษณะความรุนแรงของอาการที่แตกต่างกัน โดยพบว่า ในเพศชาย มักจะพบว่ามีอาการรุนแรงในด้านพฤติกรรมซ้ำๆ และเป็นพฤติกรรมที่แคบจำกัดมากกว่าเพศหญิง (Hartley & Sikora, 2009; Lord, 1982; Maenner et al., 2013) และพบว่าเพศหญิงจะมีอาการที่รุนแรงในเรื่องของความบกพร่องในด้านการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องมาจากความผิดปกติของฟีโนไทป์ อันเป็นผลจากความผิดปกติร่วมกับยีน (Carter et al., 2007; Hartley & Sikora, 2009)

2.2.1.3 อายุของเด็กออทิสติกที่เริ่มได้รับการดูแล เป็นตัวทำนายการเกิด ความรุนแรงของอาการออทิสติกได้ โดยมีการศึกษาพบว่า อายุที่ได้รับการดูแลที่ล่าช้าจะทำให้เด็กออทิสติกมีอาการที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น (McTiernan et al., 2011)

2.2.1.4 ระดับสติปัญญา (IQ) เป็นตัวทำนายสำคัญที่มีผลต่อปัญหาพฤติกรรม โดยมีการค้นพบว่า ระดับสติปัญญาที่ต่ำจะส่งผลทำให้เกิดความบกพร่องในการสื่อสาร ประสาทรับความรู้สึก พฤติกรรมซ้ำๆ พฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมทำร้ายตนเองเพิ่มมากขึ้น (McTiernan et al., 2011)

## 2.2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว

ความสามารถในการดูแลของครอบครัวถือเป็นปัจจัยสำคัญต่ออาการเด็กออทิสติก โดยครอบครัวจะต้องเป็นผู้ที่แสดงศักยภาพในการนำวิธีการบำบัดรักษาต่างๆ ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กออทิสติกที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2555)

ซึ่งเมื่อครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลก็จะส่งผลทำให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงได้ (Stillman, 2009) มีการศึกษาพบว่าปัจจัยพื้นฐานที่มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของครอบครัว ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล และการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ จะส่งผลทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนตัวของครอบครัวผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ของผู้ดูแล ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลด้วยเช่นกัน (Cullen & Barlow, 2002; สกาวรัตน์ พวงจันทร์, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ Meirsschaut et al. (2010) พบว่าการที่มารดาผู้ดูแลเด็กออทิสติกขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติก จะทำให้ขาดความสามารถในการดูแลเด็กที่เหมาะสม นำไปสู่อาการออทิสติกที่แย่งได้ นอกจากนี้ยังพบว่ากรณีที่ครอบครัวที่ต้องดูแลเด็กออทิสติกจะได้รับผลกระทบจากการดูแลเด็กออทิสติก เนื่องจากการดูแลเด็กออทิสติกจะต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ครอบครัวจะต้องใช้ความพยายาม และความอดทนอย่างสูง จึงทำให้ครอบครัวอาจเกิดความเครียด ความวิตกกังวล มีปัญหาซึมเศร้า หรือได้รับผลกระทบทางจิตใจ มีปัญหาทางการเงิน ปัญหาสุขภาพ ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอจากการที่ต้องดูแลเด็กออทิสติก ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลของครอบครัวลดลงได้ (Bromley, Hare, Davison, & Emerson, 2004; Hamlyn-Wright, Draghi-Lorenz, & Ellis, 2007; Khanna et al., 2011) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาความสามารถของครอบครัวให้สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมอย่างรวดเร็วที่สุด เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความสามารถในการดูแลตัวเอง และดูแลเด็กออทิสติก ทำให้เด็กออทิสติกมีอาการที่ดีขึ้น (McConachie & Diggle, 2007)

### 2.3 การวัดและประเมินอาการออทิสติก

การประเมินอาการออทิสติกเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา (Matson, Mahan, & Matson, 2009; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) มีดังนี้

1. การซักประวัติจากครอบครัวผู้เลี้ยงดู โดยศึกษาพัฒนาการของเด็กเปรียบเทียบกับความสามารถของเด็กปกติซึ่งจะพบความแตกต่างชัดเจนในหลายด้าน โดยดูจากพัฒนาการด้านต่างๆ ได้แก่ การกิน การนอน การขับถ่าย การแสดงออกทางพฤติกรรม การเข้าสังคม การตอบสนองต่อสิ่งเร้า การสบตา การได้ยิน การใช้ภาษา การพูดและการสื่อความหมาย พฤติกรรมซ้ำซาก การแสดงออกทางอารมณ์ การใช้จินตนาการและการใช้กล้ามเนื้อ

2. การตรวจร่างกาย ไม่มีเครื่องวัดที่เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ แต่อาจมีการตรวจประกอบการวินิจฉัยจากพฤติกรรม เช่น ตรวจการได้ยิน ตรวจคลื่นสมอง เพราะข้อสังเกตเบื้องต้นของเด็กออทิสติกคือ เมื่อเรียกแล้วจะไม่หัน แพทย์ทำการตรวจการได้ยินประกอบการวินิจฉัยด้วย

การที่จะรู้ว่าเด็กเป็นออทิสติกหรือไม่ ครอบครัวจึงเป็นคนที่สำคัญที่จะคอยสังเกตพฤติกรรม และพัฒนาการด้านต่างๆของเด็กออทิสติกอย่างใกล้ชิด

### เครื่องมือวัดอาการออทิสติก

เครื่องมือที่ใช้วัดอาการออทิสติกมีหลายชนิด ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในการนำไปใช้ เช่น เพื่อคัดกรอง เพื่อการประเมินระดับความรุนแรง และการวินิจฉัย สำหรับงานวิจัยนี้ขอกกล่าวถึง เครื่องมือวัดอาการออทิสติก คือ

#### 1) แบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึม Autism Treatment Evaluation Checklist [ATEC]

เป็นเครื่องมือที่สร้างโดย Rimland and Edelson (2000) ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการของ โรคออทิสซึม (Autism Treatment Evaluation Checklist [ATEC]) ฉบับที่ปรับปรุงโดย อัญชรส ทองแพ็ช และคณะ (2562) ซึ่งปรับจากฉบับที่แปลโดยวนาลักษณ์ เมืองมลมนิรัตน์ และภัทราภรณ์ พุ่งคำปัน (2547) ประเมินด้วยการสังเกตอาการออทิสติก โดยผู้ปกครอง

วิจัยประกอบด้วยคำถาม 77 ข้อ มีคะแนนรวม 154 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 การพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร จำนวน 14 ข้อ ด้านที่ 2 ด้านสังคม จำนวน 20 ข้อ ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ จำนวน 18 ข้อ ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม จำนวน 25 ข้อ มีการให้คะแนน 3 ระดับ (Rating Scale) ซึ่งครอบคลุมอาการออทิสติก ถือได้ว่าเป็น เครื่องมือที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับ ประเมินโดยผู้ปกครอง โดยอัญชรส ทองแพ็ช และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษาผลของการช่วยเหลือระยะแรกอย่างครอบคลุมแบบผู้ดูแลมีส่วนร่วมต่อความ รุนแรงของอาการในเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน และเคยนำไปใช้ทดลองกับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .93

#### 2) แบบประเมิน Childhood Autism Rating Scale

สร้างขึ้นโดย Schopler, Reichler, DeVellis, and Daly (1980) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการ ประเมินอาการออทิสติกและพิจารณาความรุนแรงของอาการโดยอาศัยการให้คะแนนแบบเชิงปริมาณ โดยอาศัยการสังเกตโดยตรง ใช้กับเด็กที่มีอายุ 2 ปีขึ้นไปประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ประกอบไป ด้วยข้อคำถาม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับบุคคล การเลียนแบบ การตอบสนองทางอารมณ์ การใช้ ภาษาท่าทาง พฤติกรรมการปรับตัว การตอบสนองต่อการมอง การได้ยิน กลืน เป็นต้น โดยผู้ปกครอง เป็นผู้ทำแบบประเมิน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .94 (Schopler et al., 1980)

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึม Autism Treatment Evaluation Checklist [ATEC] ที่เครื่องมือที่สร้างโดย Rimland and Edelson (2000) ซึ่งเป็นแบบ ประเมินอาการของโรคออทิสซึม (Autism Treatment Evaluation Checklist [ATEC]) ฉบับที่ ปรับปรุงโดยอัญชรส ทองแพ็ช และคณะ (2562) ซึ่งปรับจากฉบับที่แปลโดยวนาลักษณ์ เมืองมลมนิ

รัตน์ และภัทราภรณ์ พุงคำปัน (2547) ซึ่งมีความสอดคล้องกับตัวแปรตามที่ศึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้น่ามากที่สุด และงานวิจัยครั้งนี้มากที่สุด

### 3. การพยาบาลเด็กออทิสติกและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก

#### 3.1 การพยาบาลเด็กออทิสติก

การพยาบาลเด็กออทิสติก คือ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กออทิสติก รวมไปถึงการดูแลครอบครัวเด็กออทิสติก ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น ต้องมีองค์ความรู้ที่ผสมผสานศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาด้านพัฒนาการของเด็ก (จินตนา ยูนิพันธ์, 2544; จินตนา ยูนิพันธ์, 2546) เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของเด็กออทิสติกและครอบครัว และฟื้นฟูสภาพจิตในผู้ป่วยให้มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามวัย เป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ในอนาคต (G W Stuart & Sundeen, 1983) ขณะที่พยาบาลจะต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกอย่างละเอียดและต่อเนื่อง เพื่อถ่ายทอดได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง

จินตนา ยูนิพันธ์ (2546) ได้กล่าวถึง หลักการพยาบาลเด็กออทิสติกและการช่วยเหลือครอบครัว ดังนี้

#### หลักการพยาบาลเด็กออทิสติก

1. การใช้กระบวนการพยาบาล คือการปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินทางการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การกระทำกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล และการประเมินผล
2. การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง องค์ความรู้ที่สำคัญ ได้แก่ ศาสตร์ทางการพยาบาล จิตเวชศาสตร์ มนุษย์ศาสตร์ โดยเฉพาะจิตวิทยา รวมทั้งมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล องค์การวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. ใช้การพยาบาลแนวองค์รวม เป็นการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก ได้แก่ ด้านการเจริญเติบโตทางกาย การเคลื่อนไหว สติปัญญา ภาษา ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และด้านจิตวิญญาณ ตลอดจนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัว และชุมชน
4. มุ่งการปฏิบัติการพยาบาลสู่ผลลัพธ์ จากการปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล โดยพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามวิชาชีพของพยาบาล และตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้องค์ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้คำแนะนำ

การให้คำปรึกษา การสอน และการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ตลอดจนการตรวจสอบผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้

5. ใช้ทักษะพื้นฐาน ด้านสัมพันธภาพ และการสื่อสาร ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับเด็กออทิสติก ซึ่งทักษะจำเป็นที่พยาบาลที่ต้องพัฒนา คือ การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับวัยของเด็ก หลักการและทักษะในการร่วมรู้สึก การรู้จักตนเอง การยอมรับเด็กโดยไม่มีเงื่อนไข ความซื่อสัตย์และความจริงใจ เป็นหัวใจสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพกับเด็ก รวมไปถึงครอบครัวด้วย ด้านทักษะการสื่อสาร พยาบาลจะต้องพัฒนาความเข้าใจ และสามารถเข้าถึงประสบการณ์ส่วนตัวของเด็กทั้งที่เป็นภาษา และอวัจนภาษารวมทั้งใช้วิธีการสื่อสารอื่นอื่น เช่น การใช้ศิลปะ การเล่น และการใช้กิจกรรม เป็นต้น โดยพยาบาลจะใช้ทักษะพื้นฐานนี้ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์

### **หลักการช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก มีดังนี้**

หลักการจะเน้นให้ความสำคัญกับครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก เนื่องจากกลไกการเกิดปัญหาทางจิตของเด็กมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลของครอบครัว ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา ผู้เลี้ยงดู หรือผู้ใกล้ชิดที่สำคัญ (Parents or Caregiver or Significant others) ดังนั้นการปฏิบัติวิชาชีพของพยาบาลเด็กออทิสติก จึงต้องคำนึงถึงและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือเด็กร่วมกับครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดสำคัญ รวมทั้งต้องปฏิบัติการดูแล ช่วยเหลือ บุคคลในกลุ่มนี้ด้วย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2546)

การให้ความช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติกเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกตั้งแต่วัยแรกเริ่ม (Connolly & Gersch, 2013; Jull & Mirenda, 2011) เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการค้นหา ประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และเป็นผู้ที่ดูแลเด็กออทิสติกในด้านต่างๆ เช่น ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านกระตุ้นพัฒนาการ ด้านการเล่น และการรับรู้ทางอารมณ์ เป็นต้น (Bloch & Weinstein, 2009; Bölte, Westerwald, Holtmann, Freitag, & Poustka, 2011) ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก แม้ว่าแต่ละครอบครัวจะมีลักษณะและโครงสร้างแตกต่างกันตามวัฒนธรรม แต่ครอบครัวก็เป็นสถาบันที่เป็นศูนย์กลางของสังคม ระบบครอบครัวมีความสำคัญมากต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจของสมาชิกในครอบครัวปัญหาของตัวเด็กทำให้บิดามารดาวิตกกังวลเดือดร้อนใจ และปัญหาของบิดา มารดาก็ทำให้ความสามารถในการตอบสนองด้านความต้องการของเด็กลดลงด้วย

หน้าที่ของครอบครัว ควรจะมีลักษณะดังนี้คือ ให้ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต และให้ความรัก ความอบอุ่นมั่นคง อย่างต่อเนื่องมีขอบเขตเหมาะสม มีการส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้ของเด็ก ไม่มีความรุนแรง หรือความเครียดที่มากเกินไปในบ้าน สามารถรับความ



ช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและสังคม มีความสามารถในการสื่อสารอย่างถูกวิธี สร้างความสัมพันธ์ และการแก้ไขปัญหา รวมถึงอบรมเด็กให้เติบโต และทำหน้าที่เป็นพลเมืองที่ดีของสังคม ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวถึงเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุด และเป็นสถาบันที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็ก (อรรวรรณ เล่าห์เรณู, 2551)

ดังนั้นการให้การพยาบาลเด็กออทิสติก จึงต้องคำนึงถึงครอบครัวของเด็กควบคู่ไปด้วยเสมอ มีรูปแบบการให้บริการกับครอบครัวได้หลายรูปแบบ โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลในการรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหา ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เลือกรูปแบบการให้ความช่วยเหลือให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละครอบครัว เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล หรือครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคออทิสซึม หรือการฝึกทักษะครอบครัวให้สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม มีทัศนคติที่ดีต่อเด็กออทิสติก มีความรู้พร้อมที่จะช่วยเหลือเด็ก มีส่วนร่วมกับพยาบาลและทีมรักษาในการติดตามประเมินผล การบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

### 3.2 การปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติก

การปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติกอย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก โดยการพยาบาลจะต้องอยู่บนพื้นฐานของพัฒนาการเด็กแต่ละบุคคล เพื่อพัฒนาตัวตนของเด็ก (Stuart, 2014) โดยพยาบาลจะต้องมีความรอบรู้ในการจัดการกับการแก้ไขปัญหาลูกได้อย่างเหมาะสม มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่มีความเหมาะสมกับเด็กโดยการใช้การพยาบาลแบบองค์รวม คือให้การช่วยเหลือเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งด้านอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2546) นอกจากตัวเด็กแล้ว การดูแลช่วยเหลือครอบครัวก็เป็นส่วนสำคัญในการทำให้เด็กออทิสติกมีอาการที่ดีขึ้นได้เช่นกัน (Giarelli & Gardner, 2012) การปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติก มีดังนี้

3.2.1 การส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก เนื่องจากเด็กออทิสติกนั้นมีปัญหาพัฒนาการรอบด้าน พยาบาลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการ โดยจะต้องมีความสามารถในการประเมินพัฒนาการที่ผิดปกติ รวมไปถึงการสังเกตพฤติกรรม อารมณ์ และการสื่อสารตามเกณฑ์อายุ และสามารถส่งเสริมพัฒนาการในด้านที่บกพร่องได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะพัฒนาการในด้านภาษา ด้านสังคม ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านการรู้คิด และด้านการปรับตัว เพื่อให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการตามวัยหรือใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด (Giarelli & Gardner, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ Scarpinato et al. (2010) ที่ได้ให้การสนับสนุนว่าการส่งเสริมพัฒนาการและการประเมินพัฒนาการอย่างเหมาะสม จะทำให้เด็กออทิสติกสามารถพัฒนาความสามารถของตนได้เพิ่มมากขึ้น และมีอาการที่ดีขึ้นเช่นกัน

### 3.2.2 การดูแลสนับสนุนและช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก

การที่เด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคออทิสซึม ส่งผลกระทบต่อครอบครัว นำไปสู่ความรู้สึกโศกเศร้า ความรู้สึกสูญเสีย รวมไปถึงความรู้สึกที่ต้องเป็นภาระในการดูแลเด็กออทิสติก สิ่งเหล่านี้นำไปสู่ความท้าทายของพยาบาลที่จะต้องสร้างรูปแบบการดูแลที่สนับสนุนให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยเฉพาะในช่วงเวลาหลังการได้รับผลวินิจฉัย ครอบครัวจะเกิดความเครียด มีการศึกษาของ Giarelli, Souders, Pinto-Martin, Bloch, and Levy (2005) พบว่า การปฏิบัติกรพยาบาลหลังจากครอบครัวของเด็กหลังได้รับทราบผลการวินิจฉัยโรคออทิสซึม จะมีส่วนช่วยทำให้ครอบครัวของเด็กออทิสติกลดความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ โดยบทบาทสำคัญของพยาบาลที่จะช่วยเหลือครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกนั้นคือ บทบาทของผู้สอน โดยพยาบาลจะต้องสอนในเรื่องการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกให้มีพัฒนาการตามวัยหรือใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด โดยให้ครอบครัวมีความสามารถที่จะส่งเสริมพัฒนาการได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยเน้นการทักษะในการสื่อสาร การรับฟังคำสั่ง โดยไม่ขัดต่อความเชื่อของครอบครัว อีกทั้งพยาบาลยังเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และร่วมกันแก้ไขปัญหา ร่วมกับครอบครัว (Troy, Connolly, & Novak, 2007)

การพยาบาลเด็กออทิสติกจะต้องเน้นความร่วมมือของครอบครัว โดยต้องยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) เนื่องจากครอบครัวเป็นทั้งระบบเปิดและระบบปิดสมาชิกทุกคนในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิด มีความเข้าใจเด็กออทิสติกมากที่สุด เป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือเด็กออทิสติก และสามารถปฏิบัติหน้าที่แทนกันได้เมื่อสมาชิกอื่นเกิดความเจ็บป่วย ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กออทิสติกเป็นอย่างมาก บุคลากรทางสุขภาพจึงควรสนับสนุนให้ครอบครัวได้รับความสะดวกในการดูแล สนับสนุนการให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างต่อเนื่อง (Gabovitch & Curtin, 2009)

### 3.2.3 การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ

พยาบาลต้องมีความสามารถในการทำงานเป็นทีม การประสานงาน และการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ นักจิตวิทยา นักแก้ไขการพูด นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น เพื่อร่วมกันส่งเสริมให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการที่ดีขึ้น โดยร่วมกันบันทึกพัฒนาการของเด็กในแต่ละด้าน และส่งเสริมพัฒนาการในด้านที่บกพร่องอย่างเหมาะสม (Giarelli & Gardner, 2012)

กล่าวโดยสรุปคือ การปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติก นอกจะให้การพยาบาลแก่เด็กออทิสติกแล้ว พยาบาลยังเป็นผู้ให้การช่วยเหลือครอบครัวของเด็กออทิสติกให้มีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลจะต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักพื้นฐานพัฒนาการของเด็กแต่ละคนเป็นส่วนสำคัญ และเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก

การปฏิบัติของพยาบาลเด็กออทิสติก ต้องคำนึงถึงและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือเด็ก ร่วมกับครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิด รวมทั้งต้องปฏิบัติตามการดูแลช่วยเหลือ บุคคลในกลุ่มนี้ด้วย หากครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจยอมรับอาการการเจ็บป่วยของเด็ก มีความอดทนต่อพฤติกรรมของเด็ก ออทิสติกที่แสดงออกไม่เหมาะสม และให้การดูแลบำบัดพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเด็กอย่างสม่ำเสมอ ก็จะส่งผลให้ลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กออทิสติกได้

### 3.3 การพยาบาลเด็กออทิสติกในประเทศไทย

**3.3.1 การพยาบาลเด็กออทิสติกในสถาบันพัฒนาการเด็ก** (สถาบันสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นราชนครินทร์ กรุงเทพฯ/สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จ.เชียงใหม่/สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จ.ขอนแก่น)

การบำบัดรักษาเด็กออทิสติก เป็นการรักษาตามอาการ โดยการกระตุ้นพัฒนาการที่ล่าช้าไม่สมวัย การปรับพฤติกรรม และอารมณ์ที่ผิดปกติ ซึ่งอาจต้องใช้ยาร่วมด้วย และการฝึกสอนด้านการเรียนรู้ ซึ่งมีการทำเป็นขั้นตอน ดังนี้

#### 1. การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

- 1.1 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5
- 1.2 การจับมือเด็กให้ทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง
- 1.3 การหันตามเสียงเรียก
- 1.4 การสอนให้เด็กรู้จักตนเองและบุคคลในครอบครัว

#### 2. การฝึกกิจวัตรประจำวัน

การสอนให้เด็กรู้จักของใช้ในชีวิตประจำวัน ก่อนที่จะเริ่มฝึกให้เด็กสามารถเรียนรู้ในเรื่องการช่วยเหลือตัวเองได้ ในกิจวัตรประจำวันนั้น ควรให้เด็กได้รู้จักสิ่งของเครื่องใช้ ที่ต้องใช้ในกิจกรรมนั้นๆ ก่อน จนสามารถหยิบจับ หรือชี้สิ่งของแต่ละอย่างได้ถูกต้อง จึงจะสอนสาธิตวิธีการใช้ในกิจกรรมอื่นๆ ต่อไป

#### 3. แก้ไขการพูด

การฝึกสอนให้เด็กสามารถเปล่งเสียงและพูดได้ เพื่อให้เด็กเรียนรู้ภาษา และสามารถสื่อสารได้ ซึ่งเป็นการบำบัดที่สำคัญมาก ผู้ฝึกต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านแก้ไขการพูด

#### 4. พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผิดปกติและมีปัญหา ให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อที่จะสามารถอยู่ร่วมกับเด็กปกติทั่วไปได้ รู้จักปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่ควรเป็นไปตามวัย รู้จักควบคุมอารมณ์

### 3.3.2 การพยาบาลเด็กออทิสติกในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์)

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยออทิสติก มีการจัดระบบบริการผู้ป่วยออทิสติกแบ่งเป็น 2 ส่วนคือระบบผู้ป่วยนอกให้บริการผู้ป่วยเด็กออทิสติก โดยได้รับกิจกรรมที่พยาบาล และ บุคลากรทีมสุขภาพจัดให้บริการเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้โดยหนึ่ง หรือหลายอย่างไม่เท่ากัน ได้แก่ การซักประวัติ กิจกรรมพัฒนาการบำบัด โดยมีกิจกรรมพัฒนาการด้านสังคม พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน พัฒนาการด้านภาษาและการสื่อความหมาย พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ การปรับพฤติกรรม อรรถบำบัด การบำบัดด้วยดนตรี การบำบัดด้วยการว่ายน้ำ การได้รับยา การให้คำแนะนำเรื่องยา การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่พ่อแม่และผู้ปกครอง และการมาตรวจตามนัด แบ่งเป็น 5 หอผู้ป่วย ดังนี้

**หอผู้ป่วยนอก** เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการที่ไม่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยการคัดกรอง การปฐมพยาบาล การตรวจพิเศษ งานการส่งต่อ การบริการหน่วยปฐมพยาบาล และการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยใหม่ทุกราย จะได้รับการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญในด้านการประเมินการยอมรับการเจ็บป่วยของครอบครัวหลังจากรับทราบผลการวินิจฉัย และให้การพยาบาลตามความเหมาะสมตามระยะการยอมรับการเจ็บป่วยของครอบครัว นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นผู้ดูแลประสานให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพตามแผนการรักษา ซึ่งเด็กออทิสติกและครอบครัวรายใหม่จะได้รับการเข้ากลุ่มบำบัด เป็นจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เป็นการทำกิจกรรมรายกลุ่มเด็กออทิสติกร่วมกับครอบครัว โดยพยาบาลวิชาชีพ ประจำคลินิกส่งเสริมพัฒนาการ กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมพัฒนาทักษะสังคม กิจกรรมพัฒนาทักษะการรับรู้ทางภาษา กิจกรรมพัฒนาทักษะการแสดงออกทางภาษา กิจกรรมพัฒนาทักษะด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และกิจกรรมพัฒนาทักษะการเล่น การเรียนรู้

ครั้งที่ 3 กิจกรรมให้ความรู้แก่ครอบครัวเด็กออทิสติกผู้ป่วยใหม่ทุกราย ในเรื่องการฝึกพูดเบื้องต้น โดยนักแก้ไขการพูด

ครั้งที่ 4 กิจกรรมให้ความรู้ครอบครัวเด็กออทิสติก เรื่อง การบูรณาการประสาทรับความรู้สึก และการประเมินความผิดปกติของระบบประสาทรับความรู้สึกของเด็กออทิสติก โดยนักกิจกรรมบำบัด

ซึ่งหากทางครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวได้ ทางทีมสหวิชาชีพจะมีการวางแผนในการดูแล เพื่อให้เหมาะสมกับเด็กออทิสติกและครอบครัวต่อไป เช่น การบำบัดรายบุคคล เป็นต้น ส่วนเด็กออทิสติกและครอบครัวรายเก่า จะได้รับการบำบัดเป็นรายครั้ง เช่น การมาพบแพทย์

การกระตุ้นพัฒนาการรายบุคคล วชิบำบัด และกิจกรรมบำบัด ทั้งนี้กิจกรรมดังกล่าวจะได้รับการวางแผนร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลเด็กออทิสติกและครอบครัวมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับเด็กออทิสติกและครอบครัวมากที่สุด

**หอผู้ป่วยใน 2** เป็นหอผู้ป่วยที่รับเด็กออทิสติกเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในแบบไป-กลับ โดยให้การดูแลเด็กออทิสติกที่มีอายุระหว่าง 2-6 ปี ทั้งชายและหญิง โดยระบบบริการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการบำบัด เน้นให้ผู้ปกครองร่วมเรียนรู้วิธีการส่งเสริมพัฒนาการ การปรับพฤติกรรมเด็กอย่างถูกต้องและเหมาะสม กลุ่มที่ 2 กลุ่มซ่อมเสริมพัฒนาการเด็ก ที่มีพัฒนาการไม่ดีขึ้นหลังจากการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม ในกลุ่มนี้ให้การบำบัดเด็กตามปัญหาของเด็กแต่ละราย เช่น การปรับพฤติกรรม การแยกจากผู้ปกครองซึ่งเด็กบางรายยังปรับตัวได้ยาก และมีแนวโน้มจะมีปัญหาเมื่อเข้าสู่ระบบการศึกษา ซึ่งการให้การพยาบาลของหอผู้ป่วยใน 2 นั้นจะเน้นการกระตุ้นพัฒนาการเด็กออทิสติกที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาษา ด้านสังคม ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และด้านการช่วยเหลือตัวเอง

**หอผู้ป่วยใน 3** เป็นหอผู้ป่วยที่รับเด็กออทิสติกเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในแบบไป-กลับ โดยให้การดูแลผู้ป่วยออทิสติกอายุ 6-15 ปี ทั้งชายและหญิงที่เตรียมความพร้อมไปโรงเรียนโดยการฝึกจะเน้นทักษะพื้นฐานทางสังคมที่เหมาะสม และการแก้ไขปัญหาในเด็กที่ไปโรงเรียนและมีปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน การปรับตัวและการแสดงออกที่เหมาะสมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น โดยพยาบาลมีบทบาทในการสอนให้ครอบครัวมีทักษะในการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก และส่งเสริมพฤติกรรมดีให้แก่เด็กเมื่อออกสู่สังคมภายนอก อีกครั้งพยาบาลได้มีการเข้าเยี่ยมโรงเรียนเพื่อประเมินปัญหาของเด็กจากครูประจำชั้นและร่วมกันวางแผนเพื่อการสอนทักษะทางสังคม และแก้ปัญหาพฤติกรรมของเด็กอย่างเหมาะสมร่วมกับครูประจำชั้น

**หอผู้ป่วยใน 4** เป็นหอผู้ป่วยที่รับเด็กออทิสติกเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในแบบไป-กลับ โดยให้การดูแลผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่มีอายุ 6 – 15 ปี ทั้งชายและหญิง ให้การพยาบาลในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ระบบการศึกษา และการพัฒนาทักษะทางสังคม

**หอผู้ป่วยใน 5** เป็นหอผู้ป่วยที่รับเด็กออทิสติกเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในแบบนอนโรงพยาบาล ให้การบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก และวัยรุ่นอายุ 6-15 ปีทั้งชายและหญิงที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงและอยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม พยาบาลมีบทบาทในการประเมินปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การปรับพฤติกรรมเด็ก และการให้คำปรึกษาครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอย่างถูกต้องเหมาะสม

สรุป การพยาบาลเด็กออทิสติก เป็นการพยาบาลที่รวมไปถึงการดูแลครอบครัวเด็กออทิสติกด้วย ซึ่งพยาบาลจิตเวชเด็กจะต้องคำนึงถึง และปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกและครอบครัว โดยหลักการจะเน้นให้ความสำคัญกับครอบครัว

ให้มีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กออทิสติกให้มีอาการที่ดีขึ้น โดยการสนับสนุนและส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลเด็กออทิสติก การจัดการกับอาการออทิสติก มีความอดทนต่ออาการหรือพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่แสดงออกไม่เหมาะสม และให้การดูแลเด็กอย่างสม่ำเสมอ ก็จะส่งผลให้ลดอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้

#### 4. การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

**4.1 ความหมายของความสามารถในการดูแล** มีผู้ให้ความหมายความสามารถในการดูแลมีดังนี้

Orem, Taylor, and Renpenning (1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแล หมายถึง การกระทำที่ได้รับการพัฒนาอย่างสลับซับซ้อนเพื่อที่จะกระทำกิจกรรมตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น ความสามารถนี้มีโครงสร้าง 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน 2) พลังความสามารถในการดูแล และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติการ

Segall and Goldstein (1989) กล่าวว่า เป็นการทำหน้าที่กำกับของมนุษย์ที่จำเป็นซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของปัจเจกบุคคล ที่ไตร่ตรองไว้และริเริ่มด้วยตนเอง โดยความสามารถในการดูแลนั้นพัฒนามาจากการเรียนรู้ ความมุ่งหมายและความต่อเนื่อง เป็นการกระทำร่วมกันระหว่างบุคคลในการดูแล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการคงไว้ซึ่งสุขภาพ

สรุปได้ว่า ความสามารถในการดูแล หมายถึง การทำให้บุคคลนั้นๆเกิดการพัฒนาในการทำงานให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ได้เป็นอย่างดี โดยมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่จะทำงานนั้นมากขึ้น

##### ความสามารถในการดูแลของครอบครัว

ความสามารถในการดูแลของครอบครัว เป็นการกระทำของครอบครัวที่จะกระทำกิจกรรมตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลในครอบครัวที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง ความสามารถนี้มีโครงสร้าง 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน 2) พลังความสามารถในการดูแล 3) ความสามารถในการปฏิบัติการ (Orem et al., 1995) ซึ่งกล่าวว่า พลังความสามารถในการดูแลจะช่วยให้ครอบครัวนำเอาความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานมาปรับใช้ เป็นความสามารถในการปฏิบัติการ เนื่องจากพลังความสามารถในการดูแลเป็นสิ่งที่ถูกปลูกฝังสะสมอยู่ในตัวของบุคคลซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ยากกว่าความสามารถในระดับอื่นๆ

##### ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของครอบครัว

สกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2538) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากความเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า ความสามารถในการดูแลของครอบครัว ขึ้นอยู่กับกับปัจจัยพื้นฐานที่มีความเกี่ยวข้อง

ดังนี้ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของครอบครัว นอกจากนี้ปัจจัยด้านครอบครัวแล้ว ยังพบว่าปัจจัยด้านผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของครอบครัวด้วย โดยพบว่า ระดับความรุนแรงของโรคมี่ความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของครอบครัว นอกจากนี้ระยะเวลาการเจ็บป่วยยังเป็นปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของครอบครัว เนื่องจากเป็นสิ่งที่แสดงถึงประสบการณ์ในการดูแลของครอบครัว หากครอบครัวมีปัจจัยพื้นฐานและได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะส่งผลให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลมากยิ่งขึ้น

Cullen and Barlow (2002) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์การดูแลเด็กออทิสติกของครอบครัว พบว่า ความรู้ความเข้าใจในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล รวมไปถึงการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ทำให้ครอบครัวของเด็กออทิสติกเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกมากยิ่งขึ้น

สรุปได้ว่า ความรู้ความเข้าใจในการดูแล แรงจูงใจในการดูแล และการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ จะส่งผลทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนตัวของครอบครัวผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ของผู้ดูแล ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลด้วยเช่นกัน

## 4.2 แนวคิดการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

### 4.2.1 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาจากแนวคิดทางสังคมวิทยาที่ใช้แก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม ผู้นำแนวคิดนี้คือ นักปรัชญาชาวบราซิลชื่อ เปาโล แฟร์ (Paulo Freire) ได้นำมากำหนดเป็นกลยุทธ์การพัฒนาสังคม ปัจจุบันมีการนำแนวคิดนี้มาใช้อย่างกว้างขวางในสถานการณ์ต่างๆ การเสริมพลังการทำงาน มีความหมายแตกต่างกันไปตามกลุ่มบุคคลที่ใช้ และใช้ได้หลายมิติ ทั้งในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงความหมายของการเสริมพลังอำนาจ ดังนี้

Gibson (1991) ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้

Clifford (1992) กล่าวไว้ในทำนองเดียวกันว่า การเสริมพลังการอำนาจ เป็นกระบวนการเพิ่มพลังอำนาจให้บุคคลที่รู้สึกว่าตนไม่มีอำนาจให้รู้สึกว่าตนเป็นผู้มีอำนาจในตนเอง มีความ

เป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเอง รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า สามารถตัดสินใจในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ ตามที่มุ่งหวัง

Tebbitt (1993) กล่าวว่า การเสริมพลังการทำงาน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน องค์การโดยส่งเสริมให้บุคลากรมีอิสระในการทำงานและปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วม ทำให้บุคลากรรู้สึก ยึดมั่นในองค์การ โดยไม่มีการบังคับหรือเรียกร้องให้กระทำ

Rappaport (1987) ให้คำจำกัดความของคำว่า การเสริมพลังอำนาจเป็นสิ่งที่ทำได้ ยาก จนกว่าเราจะได้สัมผัสกับสิ่งนั้นอย่างแท้จริง ทั้งนี้เพราะการเสริมพลังอำนาจเป็นโครงสร้างที่ ไม่มีขอบเขตและมีรูปแบบที่แตกต่างไปตามกลุ่มประชากรคนบรรลุถึงวิสัยทัศน์และพันธกิจร่วมกัน

อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2549) กล่าวว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจ หมายถึง การเสริม พลังให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ ของบุคคลทางบวก โดยการเพิ่มคุณค่าและความสามารถของตน เป็น การมุ่งสร้างความเข้มแข็งให้บุคคลเพื่อมุ่งการแก้ปัญหาด้วยการแลกเปลี่ยนและมีการปฏิสัมพันธ์กับ ผู้อื่น

Miller (2000) ได้กล่าวถึง พลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยกล่าวว่า การ เสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังภายในตัวของบุคคลให้มีความเข้มแข็ง ซึ่งแหล่ง พลังสำหรับการดำรงชีวิตปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และหากบุคคลนำทรัพยากรเหล่านั้น ออกมาใช้ได้อย่างเหมาะสมจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลอื่นได้ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยรูปแบบพลังอำนาจมีอยู่ 7 แหล่ง คือ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และ การรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจ และ 7) ระบบความเชื่อ

#### 4.2.2 แนวคิดกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

กระบวนการกลุ่มเป็นวิทยาการที่ศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มคนเพื่อนำความรู้ไปใช้ในการ ปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมของคน ซึ่งจะนำไปสู่การเสริมสร้างความสัมพันธ์และการพัฒนาการ ทำงานของกลุ่มคนให้มีประสิทธิภาพ โดยมีแนวคิดพื้นฐานคือ พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจาก ความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่มจะเกิดจากการร่วมกลุ่มของบุคคลที่มีลักษณะ แตกต่างกัน และจะมีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งการรวมกลุ่มจะทำให้ เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มในด้านการกระทำ ความรู้สึก และความคิด ทำให้สมาชิกกลุ่มมี การปรับตัวเข้าหากันและจะพยายามช่วยกันทำงานโดยอาศัยความสามารถของแต่ละบุคคลซึ่งจะทำให้ การปฏิบัติงานลุล่วงไปได้ตามเป้าหมายของกลุ่มและของตนเองได้ (Webster & Whitmeyer, 2001)

Lewin (1947) ได้กล่าวถึงหลักการเรียนรู้แบบกระบวนการกลุ่ม ที่สำคัญมีดังนี้



1. การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เกิดจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย การเรียนรู้ที่เกิดจากการบรรยายเพียงอย่างเดียวไม่พอที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาพฤติกรรม แต่การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมผู้เรียนโดยกระบวนการกลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ใช้ศักยภาพของแต่ละคนทั้งในด้านความคิด การกระทำและความรู้สึกมาแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

2. การเรียนรู้ควรจะเป็นกระบวนการกลุ่มที่สร้างสรรค์บรรยากาศการทำงานการทำงานกลุ่มที่ให้ผู้เรียนมีอิสระในการแสดงความรู้สึกนึกคิด มีบทบาทในการรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนโดยมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนจะช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างมีชีวิตชีวาและช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้นในการเรียน

3. การเรียนรู้ควรเป็นกระบวนการที่ผู้เรียนค้นพบด้วยตนเอง การเรียนรู้ด้วยการกระทำกิจกรรมด้วยตนเองจะช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสเรียนรู้เนื้อหาวิชาหรือสาระจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความใจอย่างลึกซึ้ง จดจำได้ดี อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมของตนได้รวมทั้งสามารถนำไปสู่การนำไปพัฒนาบุคลิกภาพทุกด้านของผู้เรียน

4. การเรียนรู้กระบวนการเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้เป็นเครื่องมือที่จำเป็นในการแสวงหาความรู้ที่เป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกด้าน ดังนั้นถ้าผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างมีระและมีขั้นตอนจะช่วยให้ผู้เรียนสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการแสวงหาความรู้หรือตอบคำถามการรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 4.2.3 แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1980) มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยสาเหตุของการเจ็บป่วย และการรักษาเกิดการยอมรับสามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญปัญหาทางสุขภาพจิต ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) การให้สุขภาพจิตศึกษาถือเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิที่ไม่ได้มุ่งเน้นที่การรักษาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ ปรึกษาประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาซึ่งจะลดระยะเวลาการเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลได้

จากการทบทวนแนวคิดการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ผู้วิจัยสนใจดำเนินกิจกรรมกับครอบครัวเต็กออกทีสติกเป็นรายกลุ่ม ตามแนวคิดกระบวนการกลุ่ม (Group Process) เนื่องจากกระบวนการกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน มีการปรับตัวเข้าหากัน และจะพยายามช่วยกันทำงานโดยอาศัยความสามารถของแต่ละบุคคลซึ่งจะทำให้

เป้าหมายสำเร็จได้ (Lewin, 1947; Webster & Whitmeyer, 2001) ร่วมกับการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้กับครอบครัว เนื่องจากการที่ครอบครัวได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะนำไปสู่การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่ผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตในการดำเนินของตนเอง เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีพลัง มีความผาสุก มีอำนาจในการตัดสินใจในการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้สึกมั่นใจ เป็นตัวของตัวเอง รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับกับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีหลากหลาย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ที่มีความเชื่อว่าแหล่งพลังอำนาจปรากฏอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลนั้นมีพลังอำนาจ ก็จะส่งผลทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง และผู้อื่นได้ดีขึ้น อีกทั้ง Miller (2000) ยังได้กล่าวถึงพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการดูแลเด็กออทิสติกของครอบครัวอีกด้วย Miller (2000) ได้กล่าวถึงพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังโดยอธิบายรูปแบบของแหล่งพลังอำนาจ 7 องค์ประกอบประกอบด้วย

1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพทางกาย และเต็มตามพลังสะสมทางกายภาพ เมื่อระบบของร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำการใดใดของบุคคลก็จะลดลง สภาวะความเข้มแข็งทางกายภาพนั้นจะมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วยทั้งในขณะที่ยังป่วยเผชิญกับปัญหาของการเจ็บป่วย เช่น สภาวะการเจ็บป่วยที่แย่งแย่ง หรือขณะที่ผู้ป่วยกำลังฟื้นฟูสุขภาพ พลังงานสะสมทางกายภาพเป็นความสามารถของร่างกายที่จะดำรงไว้ซึ่งความสมดุล เมื่อต้องเผชิญกับการเจ็บป่วย หรือความต้องการที่มีมากเป็นพิเศษ เช่น ในผู้ป่วยโรคเอดส์หรือผู้ป่วยที่ต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันที่ต่อต้านที่จะต่อสู้กับการติดเชื้อน้อยกว่าปกติ

2) ความเข้มแข็งทางจิต และการสนับสนุนทางสังคม

ความเข้มแข็งทางจิต หมายถึง ความยืดหยุ่นที่ปรากฏในบุคคลอันเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคลถึงแม้ว่าจะเผชิญกับวิกฤติสถานการณ์การเจ็บป่วย และความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ผู้ป่วยบางคนก็สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสมดุลทางจิตได้ ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิต เกิดเป็นความวิตกกังวล และซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง อาจต้องการความช่วยเหลือในการดำรงไว้ซึ่งความคิดทางด้านบวก การป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวังที่อาจเกิดขึ้น

สำหรับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์การบูรณาการทางสังคมโอกาส สำหรับการดูแลความเชื่อมั่นในคุณค่าบุคคลที่ให้การดูแลนอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ เช่น การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับการช่วยเหลือในด้านกิจวัตรประจำวันการสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนข้อมูล Corbin, Strauss, and & Strauss (2014) รายงานว่า คู่สามีภรรยาที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

จะสามารถป้องกันและแก้ปัญหา และสามารถที่จะจัดการกับความต้องการของการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ การสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีปฏิสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของการจัดการกับปัญหาคุณภาพชีวิต และการปรับตัวในการเจ็บป่วยเรื้อรัง Pattison (1974) พบว่า การมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่ได้เป็นผลมาจากสมรรถนะของปอดแต่ขึ้นอยู่กับการศึกษาที่ผู้ป่วยมีใครสักคนที่จะดูแลผู้ป่วย

3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก คือ ความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเององค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในตน ประกอบด้วย ภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ของตนความเป็นตัวตนของบุคคลได้แก่ คุณธรรม ความคิด และความคาดหวังส่วนบุคคล และการนับถือตัวเอง การนับถือตัวเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของอัตมโนทัศน์ในตน และเป็นตัวชี้วัดหน้าที่ความรู้สึกถึงการมีคุณค่าอันเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การกระทำเพื่อพัฒนาสุขภาพ

4) พลังงาน คือ ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงาน คือพลังงานที่เก็บสะสมไว้ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไปแหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อน และแรงจูงใจ พลังงานที่ใช้ในการสะสม หรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้จัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการความเครียดนอกจากนั้นพลังงานยังใช้ในการเจริญเติบโตในการเรียนรู้ทำงาน และทำกิจกรรมต่างๆ การขาดพลังงานสำหรับการใช้ในระดับพื้นฐานจะมีผลต่อการใช้พลังงานสำหรับสนองความต้องการระดับสูงเช่นการเจริญเติบโต และการเรียนรู้การกระทำใดใดจะเป็นไปได้ถ้ามีความเข้มแข็งและมีพลังงานซึ่งรวมถึงกิจกรรมที่ผู้ช่วยปกป้องและหรือพัฒนาสุขภาพของตน

#### 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา

ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาเกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นต่อตน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการควบคุมตนเองมากขึ้น และช่วยบรรเทาความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอน

ความรู้ของผู้ป่วยช่วยในการตัดสินใจและตระหนักถึงทางเลือกและความคาดหวังถึงผลอันเกิดเนื่องมาจากการเลือกกระทำ ความรู้ถือได้ว่าเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอนและช่วยพัฒนาแผนที่ทางปัญหาสำหรับการตีสถานการณ์อย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายของสภาพการณ์ที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย การทำความเข้าใจนำไปสู่ทำท้อแท้และนิ่งเฉยซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ

6) แรงจูงใจ อยู่บนพื้นฐานของสมรรถนะ และการพิจารณาตนเอง สมรรถนะ หมายถึงความสามารถของบุคคลที่จะจัดการอย่างมีประสิทธิภาพกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งไม่เพียงแต่ให้บรรลุความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหาร และความสบายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความรู้สึกถึงประสิทธิภาพอีกด้วย เป็นความรู้สึกถึงสมรรถนะ และการพิจารณาตนเอง

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนที่จะกล้าเสี่ยง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่และการมีส่วนร่วมในการรักษา

7) ระบบความเชื่อ เช่น ความเชื่อในแผนการรักษาความเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพ และความเชื่อในตน หรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตน รวมถึงความเชื่อในพระเจ้าศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยสร้างความเข้มแข็ง และความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหาได้ ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่ออย่างแรงกล้าต่อผู้ดูแลจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาได้

ความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังอำนาจในผู้ป่วย และความเข้มแข็งของพลังอำนาจไปสู่ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ความเข้มแข็งทางกายภาพช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยช่วยในการดำรงความคิดทางด้านบวก ป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและรู้สึกหมดหวัง การสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในสภาวะที่ต้องการการพึ่งพาหรือช่วยเหลือรวมถึงทางด้านร่างกายและจิตใจ อุตมโนทัศน์เชิงบวก ช่วยผู้ป่วยในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองว่า มีความสามารถในการดูแลตนเองและเกิดความพยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของการเจ็บป่วยที่มีต่อตนเอง ความเข้มแข็งของพลังงานช่วยในการฟื้นฟูสภาพทางกายภาพ การจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด การเรียนรู้ การทำงานและกิจกรรมต่างๆ ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมและบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องมาจากการเจ็บป่วย รวมถึงการช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจสร้างทางเลือก และคาดหวังถึงผลอันเนื่องมาจากการกระทำแรงจูงใจ ส่งเสริมความเชื่อมั่นในตัวของผู้ป่วยที่จะกระทำการใดๆ เพื่อสุขภาพของตนและช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา และสุดท้ายคือความเชื่อมีผลต่อความคาดหวังที่มีต่อการเจ็บป่วย เหล่านี้คือองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 4.3 โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาและค้นคว้าและทบทวนแนวคิดการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก พบว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่ามีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก นำไปสู่การทำให้อาการออทิสติกดีขึ้นได้ (Stillman, 2009) ซึ่งแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีหลากหลาย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) มาเป็นกรอบแนวคิด โดยมีพื้นฐานแนวคิดที่มีความเชื่อว่า พลังอำนาจ คือแหล่งทรัพยากรที่ปรากฏอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย 7 แหล่งพลังอำนาจ ซึ่งควรได้รับการพัฒนาตามลำดับ ต่อไปนี้

1) พลังงาน 2) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 3) แรงจูงใจ 4) ความเชื่อ 5) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 6) อัตมโนทัศน์เชิงบวก และ 7) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา

Miller (2000) ได้กล่าวว่า การมีพลังอำนาจ จะเริ่มต้นด้วยการที่มุ่งเน้นการพัฒนาแหล่งพลังอำนาจด้านพลังงาน ด้านความเข้มแข็งทางกายภาพเป็นอันดับต้นๆ เพื่อให้บุคคลนั้นๆมีพลังที่เพียงพอในการที่จะจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ อีกทั้งพลังอำนาจในด้านแรงจูงใจ และด้านความเชื่อ นับว่าเป็นแหล่งพลังงานสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้บุคคลนั้นๆมีความมุ่งมั่นในการที่จะจัดการกับปัญหา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยผ่านกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการวางแผนแก้ไขและจัดการกับปัญหา รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางสังคม เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นำไปสู่การเกิดอัตมโนทัศน์เชิงบวก ทำให้บุคคลได้รู้สึกถึงความสำคัญในการดูแลและจัดการกับปัญหาด้วยตัวเอง มีความพร้อมในการพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในด้านความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา จากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ และจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เมื่อบุคคลนั้นๆ มีการพัฒนาแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งนี้มาใช้ได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลทำให้บุคคลตระหนักในศักยภาพและความสามารถของตน มีทักษะการจัดการตนเอง (Self-management) นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆได้เหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) มาใช้ในการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติกร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ เพื่อให้ครอบครัวได้พัฒนาและเสริมสร้างความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา ประกอบด้วย 6 กิจกรรม รายละเอียดของกิจกรรมที่ปรับปรุงและใช้การศึกษา มีดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจ ความร่วมมือ** โดยการให้ครอบครัวเด็กออทิสติกแต่ละครอบครัวได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการดูแลเด็กออทิสติกร่วมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม การสนับสนุนให้กำลังใจกันและกัน เนื่องจากกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน พยายามช่วยกันโดยอาศัยความสามารถของแต่ละบุคคล เป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม และด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก อีกทั้งพยาบาลยังเป็นผู้สนับสนุนให้แต่ละครอบครัวได้มีโอกาสเปิดเผยความคิด ความรู้สึกของตนที่มีต่อการดูแลเด็กออทิสติก ความมุ่งมั่นและความเชื่อที่มีต่อเด็กออทิสติกในความดูแล และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาที่เด็กที่ได้รับ เพื่อเป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านแรงจูงใจ และด้านความเชื่อ

**กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริง** โดยการให้ครอบครัวได้พูดถึงสภาพการณ์จริงของการดูแลเด็กออทิสติกของแต่ละครอบครัว โดยมุ่งเน้นเกี่ยวกับอาการออทิสติกและปัญหาการดูแลเด็กออทิสติกของแต่ละครอบครัว รวมไปถึงความสามารถของครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ

โดยจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ โดยสมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน เป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ด้านพลังงาน และด้านความเข้มแข็งทางกายภาพ

**กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแลเด็ก** โดยการให้ครอบครัวได้ทบทวนตนเองเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กออทิสติก อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกที่เกิดขึ้น โดยพยาบาลเป็นผู้สร้างเสริมความเชื่อเรื่องการดูแลรักษาที่สามารถทำให้เด็กออทิสติกมีอาการที่ดีขึ้น และจัดกิจกรรมเพื่อให้ครอบครัวได้พัฒนาพลังในการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด สร้างพลัง และแรงจูงใจให้ครอบครัวเชื่อว่าอาการดูแลเด็กออทิสติก และอาการออทิสติกที่เกิดขึ้นจะดีขึ้นได้ด้วยความสามารถของตนเอง โดยพยาบาลและสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ เป็นเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก เพื่อให้ครอบครัวมีความพร้อมในการรับข้อมูลทางสุขภาพอื่นๆต่อไป

**กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก** ด้วยการให้ความรู้กับครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องโรคออทิสซึม สาเหตุของการเกิดโรค แนวทางการดูแล โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการออทิสติกที่เป็นปัญหา และเอื้ออำนวยให้มีทักษะและวิธีการจัดการกับอาการออทิสติก โดยให้ครอบครัวได้วางแผนการจัดการกับอาการที่เหมาะสมผ่านตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และทดลองให้ครอบครัวจัดการกับอาการออทิสติก พยาบาลให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง และให้ครอบครัวได้ประเมินผลลัพธ์ที่ตนเองวางแผนไว้ รวมถึงพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนและการขอความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา

**กิจกรรมที่ 5 การดำเนินการด้วยตัวเอง** เมื่อครอบครัวได้รับการพัฒนาแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ในกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีความสามารถในการจัดการด้วยตนเอง ด้วยการให้ครอบครัวได้ประเมินการนำแผนการจัดการดูแลเด็กออทิสติกที่ได้นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยจัดกิจกรรมให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์สิ่งที่ได้ปฏิบัติเรียนรู้ร่วมกับพยาบาลและสมาชิกในกลุ่ม และร่วมกันสร้างกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการดูแลเด็กออทิสติก และประเมินผลลัพธ์ที่ได้ดำเนินตามแผนที่ตนวางไว้ จะช่วยให้ครอบครัวรับรู้ความสามารถของตน และความมั่นใจในการดูแลและจัดการกับอาการออทิสติกได้อย่างเหมาะสม และพัฒนาวิธีปฏิบัติในการวางแผนเพื่อดูแลเด็กออทิสติกต่อไป เป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก และด้านความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม

**กิจกรรมที่ 6 การสร้างความมุ่งมั่นและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลเด็ก** ด้วยการทบทวนความรู้เกี่ยวกับแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการดูแล และจัดการกับอาการออทิสติก ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของอาการออทิสติก โดยพยาบาลชี้ให้เห็นถึงการ

เปลี่ยนแปลงเชิงบวก และร่วมกันสร้างกำลังใจ แรงจูงใจในการนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ในการดูแลและจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติก และวางแผนเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติกได้ เกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมั่นใจ และมีความต่อเนื่องในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**สรุปการบูรณาการแนวความคิดจัดทำโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว**

แนวความคิดเสริมสร้างพลังอำนาจ Miller (2000)	กิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และการบูรณาการการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (2000)	
แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่มีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของบุคคล โดย Miller (2000) กล่าวว่า ภายในตัวของบุคคลมีแหล่งพลังอำนาจอยู่ 7 แหล่ง ซึ่งควรได้รับการพัฒนาตามลำดับต่อไปนี้ 1) พลังงาน 2) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 3) แรงจูงใจ 4) ระบบความเชื่อ 5) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 6) อ้อมโนทัศน์เชิงบวก 7) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา	<b>ครั้งที่ 1</b>	<b>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจ ความร่วมมือ</b> เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ด้านอ้อมโนทัศน์เชิงบวก ด้านแรงจูงใจ และด้านความเชื่อ
		<b>กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริง</b> เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ด้านพลังงาน และด้านความเข้มแข็งทางกายภาพ
	<b>ครั้งที่ 2</b>	<b>กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแลเด็ก</b> เป็นเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านอ้อมโนทัศน์เชิงบวก
		<b>กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก</b> เป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา
	<b>ครั้งที่ 3</b>	<b>กิจกรรมที่ 5 การดำเนินการด้วยตัวเอง</b> เป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านอ้อมโนทัศน์เชิงบวก และด้านความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ Miller (2000)	กิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และการบูรณาการการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (2000)	
	ครั้งที่ 4	กิจกรรมที่ 6 การสร้างความมุ่งมั่นและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลเด็ก เป็นบททวนแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง และการสนับสนุนให้ครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อให้คงความสามารถในการดูแลเด็กก่อกอทิสติกได้

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุภาวดี ชุ่มจิตต์ (2547) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลเด็กก่อกอทิสติกของบิดามารดา โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวเด็กก่อกอทิสติก พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเด็กก่อกอทิสติกของบิดามารดาหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุภาวดี ชุ่มจิตต์ (2555) ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็ก สมมติฐานของผู้ดูแล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กสมมติฐาน โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของสมคิด ตรีราภิ (2545) ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมมติฐานหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมมติฐานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นาถอนงค์ บำรุงชน (2557) ทำการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา การที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่เพิ่มขึ้นจะช่วยส่งเสริมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาให้มีประสิทธิภาพต่อไป

สุภาพร แนวบุตร (2558) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว



หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเอง นำไปสู่ความยั่งยืนที่จะปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

Graves and Shelton (2007) ทำการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลเด็ก พบว่า ครอบครัวที่มีพลังอำนาจจะส่งผลทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กได้ ส่งผลทำให้ปัญหาพฤติกรรมของเด็กลดลง เด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น

Banach, Iudice, and Couse (2010) ทำการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัวหลังได้รับการผลการวินิจฉัยโรคออทิสซึม พบว่า ครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น ครอบครัวสามารถปรับตัวและดูแลเด็กออทิสติกได้

Suprajitno (2017) ทำการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวต่อความสามารถของเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวเด็กออทิสติก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า ครอบครัวของเด็กออทิสติกมีพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้ความสามารถของเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้น

Wakimizu et al. (2017) ทำการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและคุณภาพชีวิตของครอบครัวเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมครอบครัวมีพลังอำนาจและคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลเด็กได้ดีขึ้น

Ebrahimi et al. (2013) ได้ทำการศึกษการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่มารดาของเด็กออทิสติก พบว่า เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งเด็กออทิสติก และมารดา โดยพบว่า มารดามีความสามารถดูแลและดูแลเด็กออทิสติกได้ดีขึ้น นำไปสู่อาการออทิสติกที่ดีขึ้นเช่นกัน

สรุปได้ว่าการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อลดอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม

## 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

### โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก

ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจ ความร่วมมือ** การจัดกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการดูแลเด็กออทิสติก การสนับสนุนให้กำลังใจกันและกัน เพื่อเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก ด้านแรงจูงใจ และด้านความเชื่อ

**กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริง** การให้ครอบครัวได้พูดถึงสภาพการณ์จริงของการดูแลเด็กออทิสติกของแต่ละครอบครัว โดยมุ่งเน้นเกี่ยวกับอาการออทิสติกและปัญหาการดูแลเด็กออทิสติกของแต่ละครอบครัว รวมไปถึงความสามารถของครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ด้านพลังงาน และด้านความเข้มแข็งทางกายภาพ

**กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแลเด็ก** การจัดกิจกรรมให้ครอบครัวได้ทบทวนตนเองเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กออทิสติก อาการออทิสติก และการจัดการกับอารมณ์ และพลังงานในร่างกาย เพื่อให้สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้านด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก และด้านความเชื่อ

**กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก** การให้ความรู้กับครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องโรคออทิสซึม สาเหตุของการเกิดโรค แนวทางการดูแล โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการออทิสติกที่เป็นปัญหา และเอื้ออำนวยให้มีทักษะและวิธีการจัดการกับอาการออทิสติก เพื่อเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา

**กิจกรรมที่ 5 การดำเนินการด้วยตนเอง** การจัดกิจกรรมโดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีความสามารถในการจัดการด้วยตนเอง ด้วยการให้ครอบครัวได้ประเมินการนำแผนการจัดการดูแลเด็กออทิสติกที่ได้นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก และด้านความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม

**กิจกรรมที่ 6 การสร้างความมุ่งมั่นและคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการดูแลเด็ก** การจัดกิจกรรมโดยพยาบาลทบทวนแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง และชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก ร่วมกันสร้างกำลังใจ แรงจูงใจในการนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ในการดูแลและจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติก และวางแผนเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม

### อาการออทิสติก

ประกอบด้วย

- ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร
- ด้านที่ 2 ด้านสังคม
- ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้
- ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design) (Burns and Grove, 2005) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวต่ออาการของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>
กลุ่มควบคุม	O <sub>3</sub>	X	O <sub>4</sub>

โดย X หมายถึง การให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

โดย X หมายถึง การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

O<sub>1</sub> หมายถึง อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกก่อนได้รับการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

O<sub>2</sub> หมายถึง อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกหลังได้รับการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

O<sub>3</sub> หมายถึง อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O<sub>4</sub> หมายถึง อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประกอบด้วย เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM V ว่าเป็นโรคออทิสซึมมารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และครอบครัวเด็กออทิสติก

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ เด็กที่ออทิสติกอายุ 3-6 ปี และครอบครัวที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 40 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คู่ กลุ่มทดลอง 20 คู่ มีรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

#### เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ของเด็กออทิสติก มีดังนี้

1) เป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็นโรคออทิสซึมทั้งเพศชายและเพศหญิงตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V และมีอายุระหว่าง 3-6 ปี ยังไม่เคยได้รับการบำบัดตามโปรแกรมแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

2) ไม่มีความเจ็บป่วยทางกายหรือเป็นโรคทางด้านสมองอื่นร่วม ได้แก่ ปัญญาอ่อน สมอง พิการ ลมชัก เป็นต้น

3) ครอบครัวยินยอมให้เด็กเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและสามารถร่วมบำบัดได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด

#### **เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) ของครอบครัว มีดังนี้**

1) เป็นผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ได้แก่ บิดา มารดา หรือ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า และอา ที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

2) ได้รับการประเมินระดับการยอมรับการเจ็บป่วยของเด็กออทิสติก ก่อนจะเข้าร่วมโปรแกรม โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ว่าต้องเป็นผู้ที่อยู่ในระดับยอมรับกับโรคของผู้ป่วยได้แล้ว (Acceptance Phase)

3) สามารถพูด ฟัง และอ่านภาษาไทยได้

4) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบ 4 ครั้งตามที่กำหนด แต่พบว่ามีครอบครัว 1 ครอบครัว ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งที่ 4 ได้ เนื่องจากเด็กออทิสติกมีไข้ ผู้วิจัยจึงทำการนัดหมายครอบครัวมาเข้าร่วมกิจกรรมในวันและเวลาสัปดาห์ถัดไป

#### **เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้**

1) ผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย

2) เด็กหรือผู้ปกครองมีปัญหาที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย เช่น ป่วย เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม เป็นต้น

#### **ขนาดกลุ่มตัวอย่าง**

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มด้วยวิธี Random sampling และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 80% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ .05 และผู้วิจัยประมาณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ได้จากการศึกษาที่ผ่านมาของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กในกลุ่มโรคที่มีความใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (กนิษฐา ฤนต์กิจ, 2545; พรจิตร์ ศิริพานทอง, 2544; มณี คูประสิทธิ์, 2539; วนาลักษณ์ เมืองมลณีรัตน์ และภัทรภรณ์ พุ่งคำปัน, 2547; อัจฉรียา ปทุมวัน, 2534) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย จึงได้กำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ได้รับการจับคู่ (Matched-Pair) ด้วยวิธีการ จับคู่เพศ และการได้รับยาของเด็กออทิสติก เนื่องจากเพศและการได้รับยามีผลต่ออาการออทิสติกของเด็ก ออทิสติก โดยการจับคู่ชนิดของยาโดยให้เด็กออทิสติกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับยาชนิด เดียวกัน คือ Risperidol หลังจากนั้นการสุ่มโดยวิธีการจับฉลากเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน แล้วจัด เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. วันที่ 7-8 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยทำการศึกษาประวัติเด็กออทิสติกจากแฟ้มเวชระเบียน ประวัติผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติก และ ครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. วันที่ 11-12 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อ การทำวิจัยครั้งนี้ โดยเริ่มจากการจับคู่ (Matched-pair) ระหว่างเพศของเด็กออทิสติก และการ ได้รับยาชนิดเดียวกันทีละ 1 คู่ รวมเป็น 20 คู่ 40 คน ในกรณีที่จับคู่ไม่ได้ ต้องเลือกคู่จับใหม่ โดยให้มี ลักษณะด้านประชากรตรงกันมากที่สุด แล้วสุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทีละคู่ จนครบ 2 กลุ่มๆละ 20 คน

3. วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยพบครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติก กลุ่ม ควบคุม หลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย การพิทักษ์ สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และเชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ และให้ลงนามในเอกสารแสดงความ ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยพบครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ของเด็กออทิสติก กลุ่มทดลอง หลังจากคัดเลือกครอบครัวแล้ว และครอบครัวยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแนะนำตัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัย โดยสมัครใจ และให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมในการวิจัย

4. ในการดำเนินการทดลองกับครอบครัวที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ ของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ กำหนด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มวันหยุดหสบัติ และกลุ่มวันศุกร์ โดยให้ครอบครัวเลือกวันที่ตนเอง สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม จนได้ครบ 2 กลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการ ครั้งที่ 1 โดยกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 เป็นวันหยุดหสบัติที่ 21 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 09.00 น. และกลุ่ม ทดลองกลุ่มที่ 2 เป็นวันศุกร์ที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 09.00 น. ที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ หอ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ส่วนในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดหมายครอบครัวที่เข้า ร่วมโครงการ ครั้งที่ 1 โดยกลุ่มควบคุมกลุ่มที่ 1 เป็นวันจันทร์ที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 09.00 น. และกลุ่มควบคุมกลุ่มที่ 2 เป็นวันศุกร์ที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 09.00 น. ที่คลินิกกระตุ้น พัฒนาการ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

ตาราง 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ เด็กออทิสติก และการได้รับยา/ชนิดของยาที่เด็กออทิสติกได้รับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลำดับคู่	เพศของเด็ก		การได้รับยา/ชนิดของยาที่เด็กได้รับ	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	ชาย	ชาย	ไม่ได้รับยา	ไม่ได้รับยา
2	ชาย	ชาย	ไม่ได้รับยา	ไม่ได้รับยา
3	ชาย	ชาย	ไม่ได้รับยา	ไม่ได้รับยา
4	ชาย	ชาย	ไม่ได้รับยา	ไม่ได้รับยา
5	ชาย	ชาย	ไม่ได้รับยา	ไม่ได้รับยา
6	ชาย	ชาย	ไม่ได้รับยา	ไม่ได้รับยา
7	ชาย	ชาย	ไม่ได้รับยา	ไม่ได้รับยา
8	ชาย	ชาย	ไม่ได้รับยา	ไม่ได้รับยา
9	ชาย	ชาย	ได้รับยา Risperidol	ได้รับยา Risperidol
10	ชาย	ชาย	ได้รับยา Risperidol	ได้รับยา Risperidol
11	ชาย	ชาย	ไม่ได้รับยา	ไม่ได้รับยา
12	หญิง	หญิง	ไม่ได้รับยา	ไม่ได้รับยา
13	หญิง	หญิง	ได้รับยา Risperidol	ได้รับยา Risperidol
14	ชาย	ชาย	ได้รับยา Risperidol	ได้รับยา Risperidol
15	ชาย	ชาย	ไม่ได้รับยา	ไม่ได้รับยา
16	ชาย	ชาย	ไม่ได้รับยา	ไม่ได้รับยา
17	หญิง	หญิง	ได้รับยา Risperidol	ได้รับยา Risperidol
18	ชาย	ชาย	ไม่ได้รับยา	ไม่ได้รับยา
19	หญิง	หญิง	ได้รับยา Risperidol	ได้รับยา Risperidol
20	ชาย	ชาย	ได้รับยา Risperidol	ได้รับยา Risperidol

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2562 เลขที่ 003/62 ว่าไม่มีการละเมิดสิทธิสวัสดิภาพและก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ถูกศึกษา และให้ดำเนินการศึกษาภายในขอบเขตของโครงร่างการศึกษาที่นำเสนอ ผู้วิจัยแนะนำตัวกับครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ให้ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง รับทราบ และเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะยินดีเข้าร่วมการศึกษาหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษานี้ ได้ชี้แจงให้ครอบครัวทราบว่า หากเข้าร่วมการศึกษาแล้วสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยทำให้เกิดผลกระทบกับครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
  - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัว
  - 1.2 แบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึม
2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย
  - 2.1 โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว
  - 2.2 คู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบประเมินพลังอำนาจ

## การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัว ประกอบด้วย ข้อมูลเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ เป็นบุตรคนที่ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประวัติการได้รับยา และข้อมูลของครอบครัวเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

### 1.2. แบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึม

ผู้วิจัยศึกษาดำรงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเครื่องมือวัดอาการรุนแรงของโรคออทิสซึม Autism Treatment Evaluation Checklist [ATEC] ที่สร้างโดยRimland and Edelson (2000) ฉบับที่ปรับปรุงโดยอัญชรส ทองเพชร และคณะ (2562) ซึ่งปรับจากฉบับที่แปลโดย

วณลักษณะ เมืองมลมนิรัตน์ และภัทราภรณ์ พุงคำปัน (2547) มีค่าความน่าเชื่อถือ .93 แบบประเมินนี้ออกแบบให้ครอบครัวเป็นผู้ประเมิน ทั้งนี้ผู้วิจัยจะจัดกลุ่มครอบครัว เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแบบประเมินและวิธีประเมินในช่วงก่อนการทดลอง หลังจากนั้นจึงให้ครอบครัวทดลองประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างร่วมกับผู้วิจัย

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบประเมินอาการรุนแรงโรคออทิสซึมประกอบด้วยคำถาม 77 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

#### **ด้านที่ 1 การพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร จำนวน 14 ข้อ**

มีลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวก มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ จริงมาก 1 คือ จริงบ้าง และ 2 คือ ไม่จริง

#### **ด้านที่ 2 ด้านสังคม**

มีลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ ไม่มีลักษณะดังกล่าว 1 คือ มีลักษณะดังกล่าวบ้าง และ 2 คือ มีลักษณะดังกล่าวมาก

#### **ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้**

มีลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวก มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ มีลักษณะดังกล่าวมาก 1 คือ มีลักษณะดังกล่าวบ้าง และ 2 คือ ไม่มีลักษณะดังกล่าว

#### **ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพร่างกายและพฤติกรรม**

มีลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ ไม่มีลักษณะดังกล่าว 1 คือ มีลักษณะดังกล่าวบ้าง และ 2 คือ มีลักษณะดังกล่าวมาก

#### **การแปลผล**

คะแนนรวมอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 154 คะแนน คะแนนต่ำบ่งชี้ถึงความรุนแรงของอาการออทิสติกน้อย และคะแนนสูงแสดงถึงความรุนแรงของอาการออทิสติกมาก

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) โดยจากการคำนวณ พบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92



ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้เนื้อหาและภาษาให้มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

ปรับข้อความในข้อคำถามดังนี้

ด้านที่ 1 การพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร

- ข้อที่ 11 ปรับจาก “คำพูดค่อนข้างที่จะมีความหมายและมีความเชื่อมโยง” เป็น “พูดเป็นคำที่มีความหมายและมีความเชื่อมโยง”

- ข้อที่ 12 ปรับจาก “ใช้ประโยคสื่อสารได้สำเร็จบ่อย” เป็น “ใช้ประโยคสื่อสารได้สำเร็จบ่อย เช่น เมื่อเด็กออทิสติกอยากกินขนม เด็กสามารถพูดบอกได้ว่า “หนูอยากกินขนมครับ/ค่ะ”

**ด้านที่ 2 ด้านสังคม**

- ข้อที่ 7 ปรับจาก “สีหน้าเฉยเมย/ไม่มีการแสดงออกทางสีหน้า” เป็น “สีหน้าเฉยเมย/ไม่มีการแสดงออกทางสีหน้า/มีการแสดงออกทางสีหน้าต่อสถานการณ์ที่ถูกใจเพียงเล็กน้อย”

- ข้อที่ 8 ปรับจาก “ไม่สนใจที่จะทักทายพ่อแม่” เป็น “ไม่สนใจที่จะทักทายผู้ดูแล/คนในครอบครัว”

- ข้อที่ 14 ปรับจาก “ไม่เห็นด้วย/ไม่ร่วมมือ” เป็น “ไม่เห็นด้วย/ไม่ทำตาม”

- ข้อที่ 16 ปรับจาก “ไม่มีเพื่อน/ไม่มีคนเล่นด้วย” เป็น “ไม่มีเพื่อน/ไม่เล่นกับเพื่อน”

- ข้อที่ 20 ปรับจาก “ไม่มีท่าที่เสียใจเมื่อพ่อแม่จะไป” เป็น “ไม่มีท่าที่เสียใจที่ผู้ดูแลจะไป”

**ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม**

- ข้อที่ 8 ปรับจาก “รับประทานอาหารค่อนข้างจำกัดมาก” เป็น “รับประทานอาหารได้จำกัด รับประทานอาหารเช้าๆ”

- ข้อที่ 14 “ไวต่อเสียง” เป็น “ไวต่อแสง สี เสียง สัมผัส”

**2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ** ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึม ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปใช้กับเด็กออทิสติก จำนวน 30 คน ที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ขณะที่พยาบาลประจำคลินิกกระตุ้นพัฒนาการจัดกิจกรรมการพยาบาลให้กับเด็กออทิสติกและครอบครัว ซึ่งเป็นเด็กออทิสติกและครอบครัวที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไปทดลองหาค่าความเที่ยง (Reliability) กับเด็กออทิสติกและครอบครัว ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบประเมิน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำไปคำนวณวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Cornbach's Alpha Coefficient (Burns & Grove, 2005) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การยอมรับ  $\alpha > .70$  (Nunnally, 1975)

## 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

### 2.1 โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

สร้างโดยผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว พบว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวนำไปสู่การเพิ่มความสามารถในการดูแลของครอบครัว (Stillman, 2009) โดยแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) โดยผู้วิจัยนำมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบกิจกรรม เนื้อหาในกิจกรรมมุ่งเน้นให้ครอบครัวใช้ศักยภาพและใช้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรก 2 กิจกรรม สัปดาห์ที่สอง 2 กิจกรรม และสัปดาห์ต่อไป 1 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1-2 ชั่วโมงตามความเหมาะสม มีรูปแบบของกิจกรรม ดังนี้ คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ แรงจูงใจ ความร่วมมือ

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริง

กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแลเด็ก

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนเอื้ออำนวยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก

กิจกรรมที่ 5 การดำเนินการด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 6 การสร้างความมุ่งมั่นและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลเด็ก

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกที่ลดลง

**2.2 คู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว** สร้างโดยผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กออทิสติก และแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว สำหรับพยาบาล เพื่อให้คู่มือฉบับนี้มีความสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการดูแลเด็กออทิสติกให้ไปในแนวทางเดียวกัน โดยผู้วิจัยจัดทำคู่มือเป็นรูปเล่ม มีลักษณะเป็นสมุดเล่มเล็ก เพื่อให้ครอบครัวสามารถพกพาได้สะดวก ภายในคู่มือมีแบบฝึกหัดและความรู้ให้ครอบครัวได้ทบทวน ทำให้ง่ายต่อความเข้าใจในการดูแลเด็กออทิสติก รวมถึงการใช้ข้อมูลในคู่มือ เพื่อประเมินความสามารถของครอบครัวเป็นระยะได้ด้วย

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับครอบครัว ในการดูแลเด็กออทิสติก โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคออทิสซึม อาการออทิสติก การดูแลเด็กออทิสติก ที่ผู้วิจัยพัฒนาจนได้เนื้อหาที่เหมาะสมกับครอบครัว โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเข้าใจง่าย

### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการทดลองใช้

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือ 2 ชุดไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ การพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา แก่ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก 4 ท่าน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลา ที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity Index: CVI) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว เท่ากับ 1 และค่าความตรงเชิงเนื้อหาของคู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว เท่ากับ 1

2. การทดลองใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยนำคู่มือทั้ง 2 ชุดดังกล่าว ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับเด็กออทิสติกและครอบครัวในระหว่างวันที่ 25 มกราคม – 15 กุมภาพันธ์ 2562 ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 1 กลุ่ม 5 ราย (pilot study) ดำเนินกิจกรรมจนครบ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

#### ประเด็นที่ต้องแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิมี ดังนี้

##### โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

รายละเอียดในบางกิจกรรมยังระบุเนื้อหาได้ไม่ชัดเจน ควรเน้นการเสริมสร้างการมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างแรงจูงใจ และ Self-esteem ของผู้ปกครอง เนื้อหาบางส่วนเข้าใจยาก ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้สมบูรณ์ รายละเอียด และอ่านง่ายขึ้น เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย

##### คู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว

ภาษาบางส่วนของเนื้อหา มีคำศัพท์ที่วิชาการมากเกินไป ควรปรับภาษาให้อ่านง่าย รวมถึงภาษาที่ใช้ในการพิมพ์ ควรตรวจดูความถูกต้อง การเว้นวรรคตอน เพื่อให้เหมาะสมกับครอบครัวเด็กออทิสติกมากขึ้น ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขภาษาให้มีความเหมาะสม ให้ผู้ปกครองเข้าใจง่ายขึ้น

### 3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

แบบประเมินพลังอำนาจ ของสุภาวดี ชุ่มจิตต์ (2547) ซึ่งใช้ในการศึกษาในครอบครัวของเด็กออทิสติก โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .93 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 แบบประเมินดังกล่าวสร้างถูกพัฒนามาจากแบบประเมินพลังอำนาจของสัมพันธ มณีรัตน์ (2546) สร้างขึ้นตามแนวคิดของคารณิ จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งใช้แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (2000) ประกอบด้วยแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง คือ ระบบความเชื่อ อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน

ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ และความเข้มแข็งทางกายภาพ

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินพลังอำนาจมีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์ให้ครอบครัวเลือกตอบ 1 คำตอบ เป็นมาตราส่วนประเมิน 5 ค่า แบ่งเป็นน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ให้คะแนน 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ รวม 20 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การทำหน้าที่ของร่างกาย 1 ข้อ 2) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4 ข้อ 3) ความสามารถในการจัดการกับปัญหา 3 ข้อ 4) การรับรู้ต่อตนเอง 2 ข้อ 5) ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 5 ข้อ และ 6) บทบาทและสัมพันธ์ภาพกับสิ่งแวดล้อม 5 ข้อ

### การแปลผลคะแนน

การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยรายรวมและรายด้านของคะแนนแหล่งพลังอำนาจของกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล พิจารณาตามเกณฑ์มาตรวัด 5 ระดับ โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดลำดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเป็นคะแนนและความหมายดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542) 4.50 – 5.00 คะแนน หมายถึง แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดีมาก 3.50 – 4.49 คะแนน หมายถึง แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดี 2.50 – 3.49 คะแนน หมายถึง แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง 1.50 – 2.49 คะแนน หมายถึง แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อย 1.00 – 1.49 คะแนน หมายถึง แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์กำกับการทดลอง คือ คะแนนเฉลี่ยจะต้องอยู่ในระดับคะแนน 2.50 หรือระดับปานกลางขึ้นไป ในกรณีที่ครอบครัวประเมินแหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับคะแนน 1.05 – 2.49 ความหมายคือ แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับที่น้อย และค่าคะแนนอยู่ในระดับ 1.00 – 1.49 ความหมายคะแนนคือ แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อยที่สุด ซึ่งใน 2 ระดับนี้ ผู้วิจัยจะนำครอบครัวกลุ่มนี้มาทบทวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลต่อไปจนกว่าครอบครัวจะได้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการทดลอง

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจนเนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนนเห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) เท่ากับ.80 จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

ปรับข้อความในข้อคำถามดังนี้

- ข้อที่ 2 ปรับจาก “ท่านมีเป้าหมายในการดูแล และพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้เต็มศักยภาพประสิทธิภาพ” เป็น “ท่านมีเป้าหมายในการดูแลเด็กออทิสติกให้พัฒนาความสามารถได้เต็มศักยภาพ”

- ข้อที่ 3 ปรับจาก “ท่านเชื่อว่าการฝึกกิจวัตรประจำวันให้เด็กออทิสติกมีส่วนช่วยลดภาระในการดูแลของคนในครอบครัว” เป็น “ท่านเชื่อว่าการฝึกกิจวัตรประจำวันให้เด็กออทิสติกมีส่วนช่วยลดภาระในการดูแลของคนในครอบครัว”

- ข้อที่ 4 ปรับจาก “ท่านเชื่อมั่นว่าลูกของท่านสามารถบำบัดรักษาให้ดีขึ้นได้” เป็น “ท่านเชื่อมั่นว่าเด็กออทิสติกของท่านสามารถบำบัดรักษาให้ดีขึ้นได้”

- ข้อที่ 6 ปรับจาก “ท่านสามารถปฏิบัติตามหน้าที่ตามบทบาทของครอบครัวได้นอกจากการดูแลเด็กออทิสติก” เป็น “ท่านสามารถปฏิบัติตามหน้าที่ตามบทบาทของครอบครัวได้ นอกเหนือจากการดูแลเด็กออทิสติก”

- ข้อที่ 10 ปรับจาก “ท่านรู้จักวิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมของลูกอย่างเหมาะสม” เป็น “ท่านรู้จักวิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกอย่างเหมาะสม”

- ข้อที่ 11 ปรับจาก “ท่านมีความหวังในการใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติถึงแม้ว่าต้องดูแลเด็กออทิสติก” เป็น “ท่านมีความหวังในการใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติถึงแม้ว่าต้องดูแลเด็กออทิสติก”

- ข้อที่ 12 ปรับจาก “ท่านมีความสามารถที่จะดูแลเด็กออทิสติกได้ดีขึ้น” เป็น “ท่านมีความเชื่อมั่นว่าท่านสามารถดูแลเด็กออทิสติกได้ดีขึ้น”

- ข้อที่ 13 ปรับจาก “ท่านเชื่อว่ายาช่วยลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกได้” เป็น “ท่านเชื่อว่ายาช่วยลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกได้”

- ข้อที่ 15 ปรับจาก “ท่านสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ” เป็น “ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ”

- ข้อที่ 16 ปรับจาก “ท่านยอมรับได้หากบุตรออทิสติกของท่านต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี” เป็น “ท่านยอมรับได้หากเด็กออทิสติกของท่านต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี”

**2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)** หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาผู้วิจัยทำการทดลองใช้เครื่องมือ ดังกล่าว โดยนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ

كرونบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การยอมรับ  $\alpha > .70$  (Nunnally, 1975)

### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงมีการเตรียมความพร้อมในการวิจัยโดยมีการเตรียมการ มีรายละเอียด ดังนี้

#### 1.ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1.1 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก อากาศของเด็กออทิสติก รวมถึงการขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง อีกทั้งยังเพื่อเป็นผู้มีความรู้ในการสร้างเสริมความสามารถของครอบครัวเด็กออทิสติก ตามแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ โดยฝึกการบำบัดด้วยการทำกลุ่มกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวเด็กออทิสติกจากสุภาวดี ชุ่มจิตต์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก (APN) ในการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจสำหรับครอบครัวเด็กออทิสติกจากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เป็นระยะเวลา 8 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2561 – ธันวาคม 2561

1.2 การเตรียมเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด ดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือโดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยจะต้องมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์เป็นพยาบาลจิตเวชเด็ก โดยผู้วิจัยชี้แจงการศึกษากิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และวิธีการตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยศึกษาซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน

1.4 เตรียมสถานที่สำหรับทำการทดลอง ขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เพื่อขอทำการทดลองในโรงพยาบาลตามโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ หอผู้ป่วยนอก โดยผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 การเตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ดังนี้

วันที่ 7-8 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยทำการศึกษาประวัติเด็กออทิสติกและครอบครัว จากแฟ้มเวชระเบียนประวัติผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก

วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2562 - 12 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ด้วยวิธีการจับคู่ (Matched-pair) ระหว่างเพศของเด็กออทิสติกและการได้รับยาชนิดเดียวกันทีละ 1 คู่ รวมเป็น 20 คู่ 40 คน แล้วสุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทีละคู่ จนครบ 2 กลุ่มๆละ 20 คน

วันที่ 14 - 15 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2562 และกลุ่มทดลองในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562 เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ และเตรียมครอบครัวในการใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคออทิสซึม เพื่อให้ครอบครัวเรียนรู้การใช้แบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึม ผู้วิจัยสอนและสาธิตการประเมินอาการออทิสติกในแต่ละข้อโดยละเอียด ให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติ และประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในความดูแลตามแบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึม หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมายเพื่อเข้าร่วมการวิจัย ครั้งที่ 1 โดยกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 เป็นวันพฤหัสบดีที่ 21 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 09.00 น. และกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 เป็นวันศุกร์ที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 09.00 น. ที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ส่วนในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดหมายครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการ ครั้งที่ 1 โดยกลุ่มควบคุมกลุ่มที่ 1 เป็นวันจันทร์ที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 09.00 น. และกลุ่มควบคุมกลุ่มที่ 2 เป็นวันศุกร์ที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 09.00 น. ที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

ในขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ดังนี้

### 2.1 กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยนัดครอบครัวเด็กออทิสติกมาโรงพยาบาล เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติกและผู้ปกครองเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ วันเดือนปีเกิด อายุ เป็นบุตรคนที่ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประวัติการได้รับยา และข้อมูลของครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีการประเมินอาการรุนแรง

ของโรคอหิวาต์ และให้ครอบครัวประเมินอาการรุนแรงของโรคอหิวาต์ของเด็กอหิวาต์ในความดูแล  
ทั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มควบคุมออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน

2. เด็กอหิวาต์และครอบครัวจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลวิชาชีพ  
ประจำคลินิกส่งเสริมพัฒนาการ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ตามตารางที่ 2  
ดังนี้

ตาราง 2 รายละเอียดกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 1</p> <p>กลุ่มที่ 1 วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562</p> <p>กลุ่มที่ 2 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2562</p> <p>เวลา 09.00-10.30 น.</p>	<p>กลุ่มบำบัด โดยพยาบาลวิชาชีพทำกลุ่มกับเด็กอหิวาต์ และครอบครัว เป็นระยะเวลา 90 นาที</p> <p>กิจกรรมประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>กิจกรรมพัฒนาทักษะสังคม <ul style="list-style-type: none"> <li>- กระตุ้นมองสบตา</li> <li>- กระตุ้นประสาทสัมผัส</li> <li>- รู้จักชื่อตนเอง</li> <li>- รู้จักพ่อ แม่ ครู</li> <li>- การรอคอย</li> </ul> </li> <li>กิจกรรมพัฒนาทักษะการรับรู้ทางภาษา <ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำตามคำสั่ง สวัสดิ์ ตบมือ แบนมือ บ้ายบาย ยกมือ ขึ้น</li> <li>- การเรียนรู้คำศัพท์หมวดอวัยวะ หมวดสัตว์ หมวด ผลไม้ และหมวดของใช้</li> </ul> </li> <li>กิจกรรมพัฒนาทักษะการแสดงออกทางภาษา <ul style="list-style-type: none"> <li>- เคลื่อนไหวปากลิ้น โดยการเลียนแบบรูปปาก อา อู อี แลบลิ้น แก้วลิ้น</li> <li>- ออกเสียง อา อู อี วาวา</li> </ul> </li> <li>กิจกรรมพัฒนาทักษะด้านกล้ามเนื้อเล็ก <ul style="list-style-type: none"> <li>- หยอดลูกกลมใส่กล่อง และหยอดเหรียญ</li> </ul> </li> <li>กิจกรรมพัฒนาทักษะการเล่น การเรียนรู้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- แยกวัตถุ 3 - 5 ชนิด</li> </ul> </li> </ol>



## ตารางที่ 2 (ต่อ)

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 2</p> <p>กลุ่มที่ 1 วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2562</p> <p>กลุ่มที่ 2 วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2562</p> <p>เวลา 09.00-10.30 น.</p>	<p>กลุ่มบำบัด โดยพยาบาลวิชาชีพทำกลุ่มกับเด็กออทิสติก และครอบครัว เป็นระยะเวลา 90 นาที</p> <p>กิจกรรมประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.กิจกรรมพัฒนาทักษะสังคม <ul style="list-style-type: none"> <li>- กระตุ้นมองสบตา</li> <li>- กระตุ้นประสาทสัมผัส</li> <li>- รู้จักชื่อตนเอง</li> <li>- รู้จักพ่อ แม่ ครู</li> <li>- การรอคอย</li> </ul> </li> <li>2.กิจกรรมพัฒนาทักษะการรับรู้ทางภาษา <ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำตามคำสั่ง สวัสดิ์ ตบมือ แบมือ บ้ายบาย ยกมือ ขึ้น</li> <li>- การเรียนรู้คำศัพท์หมวดอวัยวะ หมวดสัตว์ หมวดผลไม้ และหมวดของใช้</li> </ul> </li> <li>3.กิจกรรมพัฒนาทักษะการแสดงออกทางภาษา <ul style="list-style-type: none"> <li>- เคลื่อนไหวปากกลืน โดยการเลียนแบบรูปปาก อา อู อี้ แลบลิ้น แกวงลิ้น</li> <li>- ออกเสียง อา อู อี้ วาวา</li> </ul> </li> <li>4.กิจกรรมพัฒนาทักษะด้านกล้ามเนื้อเล็ก <ul style="list-style-type: none"> <li>- หนีบไม้หนีบ ต่อก้อนไม้</li> </ul> </li> <li>5.กิจกรรมพัฒนาทักษะการเล่น การเรียนรู้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- แยกสี 3 - 5 สี</li> </ul> </li> </ol>
<p>สัปดาห์ที่ 3</p> <p>กลุ่มที่ 1 วันที่ 4 มีนาคม 2562</p> <p>กลุ่มที่ 2 วันที่ 6 มีนาคม 2562</p> <p>เวลา 09.00-10.00 น.</p>	<p>กิจกรรมให้ความรู้แก่ครอบครัวเด็กออทิสติก เรื่องการฝึกพูดเบื้องต้น เทคนิคการฝึกพูด ตัวอย่างกิจกรรม และการบริหารอวัยวะที่ใช้ในการพูด โดยนักแก้ไขการพูด ระยะเวลา 60 นาที</p>

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มที่ 1 วันที่ 11 มีนาคม 2562 กลุ่มที่ 2 วันที่ 13 มีนาคม 2562 เวลา 09.00-10.00 น.	กิจกรรมให้ความรู้ครอบครัวเด็กออทิสติก เรื่อง การบูรณาการประสาทรับรู้ความรู้สึก และการประเมินความผิดปกติของระบบประสาทรับรู้สัมผัสของเด็กออทิสติก โดยนักกิจกรรมบำบัด ระยะเวลา 60 นาที

## 2.2 กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยนำครอบครัวเด็กออทิสติกมาโรงพยาบาล เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ เช่น ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติกและผู้ปกครองเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ วันเดือนปีเกิด อายุ เป็นบุตรคนที่ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประวัติการได้รับยา และข้อมูลของครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีการประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึม และให้ครอบครัวประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึมของเด็กออทิสติกในความดูแล
2. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว 6 กิจกรรม รวม 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2562 - 15 มีนาคม 2562 ทั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ในการนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงคุณภาพและความเที่ยงตรงของกระบวนการบำบัดกับกลุ่มทดลอง โดยได้มีการปฏิบัติในแนวทางเดียวกันทุกขั้นตอน และในกลุ่มทดลองยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติในรูปแบบต่างๆของโปรแกรมที่โรงพยาบาลจัดขึ้นทุกประการ

**ตาราง 3** รายละเอียดโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว  
รายละเอียดโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว สัปดาห์ที่ 1

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	กิจกรรม
<p><b>สัปดาห์ที่ 1</b></p> <p>กลุ่มที่ 1 วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2562 กลุ่มที่ 2 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 10.30 – 12.00 น.</p> <p>หมายเหตุ เวลา 09.00-10.30 น. เด็กออทิสติกและครอบครัวได้รับการ พยาบาลตามปกติ</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ แรงจูงใจ และ ความร่วมมือ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิก ภายในกลุ่ม</li> <li>- การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการ เจ็บป่วย และการดูแลเด็กออทิสติกของ สมาชิกภายในกลุ่ม และเรื่องเล่าจาก ครอบครัวเด็กออทิสติกที่ประสบ ความสำเร็จในการดูแลเด็กออทิสติก</li> <li>- กิจกรรม“ยอมรับ เข้าใจ ก้าวไปด้วยกันกับ เด็กออทิสติก” และความมุ่งหวังของ ครอบครัวที่มีต่อเด็กออทิสติก</li> </ul> <p><b>กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ครอบครัวแต่ละครอบครัวได้พูดถึง สภาพการณ์จริงของอาการออทิสติกและ วิธีการดูแลเด็กออทิสติกของแต่ละ ครอบครัวในปัจจุบัน</li> <li>- การให้ความรู้เรื่องโรคออทิสซึม อาการออทิสติก และสาเหตุของโรค</li> </ul>

**รายละเอียดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว**

รายละเอียดกิจกรรมการบำบัดในสัปดาห์ที่ 1

กลุ่มที่ 1 วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2562

กลุ่มที่ 2 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562

ช่วงเวลา 10.30 – 11.15 น.

### กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ แรงจูงใจ และความร่วมมือ

- การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง แนะนำสมาชิกภายในกลุ่ม เสริมสร้างให้ครอบครัวของเด็กออทิสติกได้มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันและกัน เกิดการยอมรับในตนเองและผู้อื่น เกิดการส่งเสริมซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน
- การจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการเจ็บป่วย และการดูแลเด็กออทิสติกของสมาชิกภายในกลุ่ม และเชิญครอบครัวเด็กออทิสติกที่ประสบความสำเร็จในการดูแลเด็กออทิสติกมาสร้างแรงบันดาลใจ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกภายในกลุ่ม เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลเด็กออทิสติก เกิดความสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
- การให้ความรู้เรื่องโรคออทิสซึม อาการออทิสติก และสาเหตุ เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ และความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพ และความเชื่อมั่นในความสามารถในตนเองที่จะทำให้เด็กออทิสติกมีอาการที่ดีขึ้นได้
- การให้ครอบครัวเด็กออทิสติกอธิบายว่าจะสามารถที่จะ “ยอมรับ เข้าใจ ก้าวไปด้วยกันกับเด็กออทิสติก” ได้อย่างไร รวมถึงเขียนระบุความมุ่งหวังของครอบครัวที่มีต่อเด็กออทิสติก ช่วยให้สมาชิกเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญในการดูแลเด็กออทิสติก นำไปสู่การเกิดอัตมโนทัศน์เชิงบวก เกิดแรงจูงใจ เกิดความเข้มแข็งทางจิต มีความมั่นใจในความสามารถของตน และมีความเชื่อว่าผลสำเร็จของการรักษาส่วนหนึ่งเกิดจากครอบครัวของเด็กออทิสติก นำไปสู่การเกิดความร่วมมือในการดูแลเด็กออทิสติก และเกิดพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม

ช่วงเวลา 11.15 – 12.00 น.

### กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริง

- การจัดกิจกรรมให้ครอบครัวแต่ละครอบครัวได้พูดถึงสภาพการณ์จริงของอาการออทิสติก และวิธีการดูแลเด็กออทิสติกของแต่ละครอบครัวในปัจจุบัน
- การให้ครอบครัวได้ทบทวนปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กออทิสติก และการทบทวนความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจในการดูแลเด็กออทิสติก โดยผู้วิจัยเป็นผู้เสริมสร้างความแข็งแรงทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อให้ครอบครัวได้เตรียมพร้อมในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม

**วัตถุประสงค์** เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ครอบครัวยอมรับในการเจ็บป่วยของเด็กออทิสติก เกิดแรงจูงใจ ให้ความร่วมมือในการดูแลเด็กออทิสติก รวมทั้งให้ครอบครัวได้ทบทวนสภาพการณ์จริงของอาการเด็กออทิสติก และความพร้อมของแต่ละครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติก

### สรุปกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1

ครอบครัวของเด็กออทิสติกแต่ละครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ยิ้มแย้มทักทายกันในกลุ่ม ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม กล้าแสดงออก กล้าแสดงความคิดเห็น มีสมาชิกบางคนไม่ค่อยพูดตอบ แต่สมาชิกในกลุ่มคนอื่นๆช่วยกระตุ้นให้กำลังใจ กระตุ้นให้ตอบ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องการดูแลเด็กออทิสติกร่วมกัน บอกเล่าอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในครอบครัวที่พบในสภาพการณ์จริงของแต่ละครอบครัวให้สมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง สมาชิกในกลุ่มต่างยอมรับเพื่อนสมาชิก ไม่ตำหนิ ต่างคนต่างรับฟังกัน และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทุกคนบอกถึงความหวังที่ต้องการให้เด็กออทิสติกมีอาการที่ดีขึ้น หลังจากฟังประสบการณ์เรื่องเล่าจากครอบครัวเด็กออทิสติกที่ประสบความสำเร็จในการดูแล ทำให้สมาชิกมีแรงจูงใจในการดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น โดยสมาชิกคนหนึ่งได้กล่าวว่า “ครอบครัวคือสิ่งสำคัญที่สุด ที่จะทำให้ลูกของเรามีอาการที่ดีขึ้นได้ ฉะนั้นจะสู้เพื่อลูก เพื่อนๆเราจะสู้ไปด้วยกันนะ”

### รายละเอียดโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
<p><b>สัปดาห์ที่ 2</b></p> <p>กลุ่มที่ 1 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562</p> <p>กลุ่มที่ 2 วันที่ 1 มีนาคม 2562</p> <p>เวลา 10.30 – 12.00 น.</p> <p>หมายเหตุ เวลา 09.00-10.30 น. เด็กออทิสติกและครอบครัวได้รับการพยาบาลตามปกติ</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแลเด็ก</b></p> <p>- ให้ครอบครัวเด็กออทิสติกแต่ละครอบครัวได้ทบทวนตนเองเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วย อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกที่เกิดขึ้น</p> <p>- สร้างเสริมความเชื่อเรื่องการดูแลรักษาที่สามารถช่วยให้เด็กมีอาการออทิสติกลดลง มีอาการที่ดีขึ้น</p> <p><b>กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก</b></p> <p>- การให้ความรู้กับครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องโรคออทิสซึม สาเหตุของการเกิดโรค แนวทางการดูแลเด็กออทิสติก</p> <p>- การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลจัดการกับอาการออทิสติกที่สำเร็จ และวางแผนการดูแลเด็กออทิสติกของแต่ละครอบครัว</p>

### รายละเอียดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

รายละเอียดกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 2

กลุ่มที่ 1 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562

กลุ่มที่ 2 วันที่ 1 มีนาคม 2562

ช่วงเวลา 10.30 – 11.15 น.

#### กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแลเด็ก

- ให้สมาชิกในกลุ่มได้ทบทวนเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติก ปัญหาการดูแลตรงกับสภาพที่เป็นจริง โดยมุ่งเน้นวิธีการหรือกิจกรรมที่จะทำให้ความมุ่งหวังต่อเด็กออทิสติกที่ตั้งไว้เป็นจริง โดยผู้นำกลุ่มมุ่งเน้นให้สมาชิกเชื่อมั่นในความสามารถของคนที่จะสามารถดูแลเด็กออทิสติกได้ เกิดอ้อมโนทัศน์เชิงบวก โดยมีผู้นำกลุ่มและสมาชิกอื่นๆเป็นผู้สนับสนุนและให้คำแนะนำเพิ่มเติม
- การให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการคิด และกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้สมาชิกได้ประสบการณ์สำหรับการแก้ไขปัญหาอื่นๆต่อไป เกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกัน และเกิดแรงจูงใจในการดูแลเด็กออทิสติกต่อไป

ช่วงเวลา 11.15 – 12.00 น.

#### กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก

- การให้ความรู้กับครอบครัวเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษา โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการออทิสติกที่เป็นปัญหา และวิธีการดูแลเด็กออทิสติก เพื่อเป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังในด้านความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา
- การให้ครอบครัวได้มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กออทิสติก และวางแผนการจัดการกับอาการออทิสติกที่เหมาะสมด้วยตนเอง เป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังในด้านอ้อมโนทัศน์เชิงบวก ทำให้ครอบครัวเห็นคุณค่าในตนเอง ยอมรับในความสามารถของตนในการดูแลเด็กออทิสติก
- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดูแลเด็กออทิสติก

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ครอบครัวเด็กออทิสติกได้ทบทวนการดูแลเด็กออทิสติก ร่วมกันเสนอวางแผน กำหนดเป้าหมาย วิธีการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม และครอบครัวเด็กออทิสติกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการออทิสติก และวิธีการดูแลเด็กออทิสติก

#### สรุปกิจกรรม สัปดาห์ที่ 2

สมาชิกในกลุ่มได้ทบทวนเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติก มีสมาชิกรายหนึ่งมีสีหน้ากังวล ไม่มั่นใจ เมื่อพูดถึงการดูแลของตนที่มีต่อเด็กออทิสติกในความดูแล สมาชิกคนอื่นๆช่วยกันสนับสนุน ให้กำลังใจ เสนอวิธีการดูแลเพิ่มเติมให้กับเพื่อนสมาชิก จึงเห็นได้ว่าสมาชิกแต่ละคนได้มีส่วนร่วมในการคิด และกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิก

ภายในกลุ่ม สมาชิกสามารถบอกแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ เกี่ยวกับโรคออทิสซึม การดูแลเด็กออทิสติก การจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้ถูกต้อง จากนั้นให้สมาชิกได้นำแผนการดูแลเด็กออทิสติกที่ได้วางแผนและกำหนดเป้าหมายไว้นำไปใช้กับเด็กออทิสติกที่บ้าน 1 สัปดาห์

### รายละเอียดโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
<b>สัปดาห์ที่ 3</b> กลุ่มที่ 1 วันที่ 7 มีนาคม 2562 กลุ่มที่ 2 วันที่ 8 มีนาคม 2562 เวลา 10.30 – 11.30 น.  หมายเหตุ เวลา 09.00-10.00 น. เด็กออทิสติกและครอบครัวได้รับการ พยาบาลตามปกติ	<b>กิจกรรมที่ 5 การดำเนินการด้วยตนเอง</b> - การประเมินแผนการจัดการดูแลเด็กออทิสติกที่ได้นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

### รายละเอียดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

รายละเอียดกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 3

กลุ่มที่ 1 วันที่ 7 มีนาคม 2562

กลุ่มที่ 2 วันที่ 8 มีนาคม 2562

ช่วงเวลา 10.30 – 11.30 น.

#### กิจกรรมที่ 5 การดำเนินการด้วยตนเอง

ผู้วิจัยให้ครอบครัวเด็กออทิสติกแต่ละครอบครัวได้ประเมินการนำแผนการจัดการดูแลเด็กออทิสติกที่ได้นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และประเมินผลลัพธ์ที่ได้ดำเนินการตามแผนที่ตนวางไว้ จะช่วยให้ครอบครัวรับรู้ความสามารถของตน เกิดทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น เป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก และด้านแรงจูงใจในการดูแลเด็กออทิสติก

**วัตถุประสงค์** เพื่อติดตามประเมินผลการปฏิบัติ การบันทึก และการทดลองปฏิบัติของครอบครัวเด็กออทิสติก

### สรุปกิจกรรม สัปดาห์ที่ 3

ครอบครัวเด็กออทิสติกได้ปฏิบัติตามแผนและเป้าหมายที่ได้วางไว้ สมาชิกมีความมั่นใจโดยการแสดงออกทางคำพูด และท่าทางมีความมั่นใจในการดูแลเด็กออทิสติกและจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้ด้วยตนเอง

### รายละเอียดโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 4

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
<b>สัปดาห์ที่ 4</b> กลุ่มที่ 1 วันที่ 14 มีนาคม 2562 กลุ่มที่ 2 วันที่ 15 มีนาคม 2562 เวลา 10.30 – 11.30 น.  หมายเหตุ เวลา 09.00-10.00 น. เด็กออทิสติกและครอบครัวจะได้รับ การพยาบาลตามปกติ	<b>กิจกรรมที่ 6 การสร้างความมุ่งมั่น และคงไว้ซึ่ง            ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก</b> - ให้ครอบครัวเด็กออทิสติกได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลของการปฏิบัติที่เกิดขึ้นในเชิงบวก - การวางแผนการดูแลเด็กออทิสติกอย่างต่อเนื่อง

### รายละเอียดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

รายละเอียดกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 4

กลุ่มที่ 1 วันที่ 14 มีนาคม 2562

กลุ่มที่ 2 วันที่ 15 มีนาคม 2562

ช่วงเวลา 10.30 – 11.30 น.

#### กิจกรรมที่ 6 การสร้างความมุ่งมั่น และคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก

- การให้ครอบครัวแต่ละครอบครัวได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึงผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นในเชิงบวก และร่วมกันวางแผนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุนการคงไว้ซึ่งความสำเร็จในการดูแล แสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะ เสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม
- การส่งเสริมความภาคภูมิใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่แต่ละบุคคลมีต่อตนเอง เป็นการรับรู้ในภาพรวมเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง หรือการมีภาพพจน์ต่อตนเองว่าเป็นคนมีคุณค่า เนื่องจากการรับรู้นี้จะมาซึ่งความมุ่งมั่นในการดูแลเด็กออทิสติก และความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนในการที่จะทำให้เด็กออทิสติกมีอาการที่ดีขึ้น



**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ครอบครัวเด็กออทิสติกได้ทบทวนการดูแลเด็กออทิสติก ร่วมกันเสนอวางแผน กำหนดเป้าหมาย วิธีการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม และครอบครัวเด็กออทิสติกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการออทิสติก และวิธีการดูแลเด็กออทิสติก

สรุปกิจกรรม สัปดาห์ที่ 4

ครอบครัวเด็กออทิสติกมีความมั่นใจในการดูแลเด็กออทิสติกและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สามารถดูแลและจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้ โดยสมาชิกพูดคุย กล่าวให้กำลังใจกันและกันและมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลเด็กออทิสติกอย่างต่อเนื่อง

**สรุปข้อคิดเห็นเพิ่มเติมหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว**

**ข้อคิดเห็นจากผู้วิจัย**

หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ครอบครัวมีการถามคำถามในประเด็นที่สงสัย มีการพูดบอกทบทวนถึงแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง สามารถบอกถึงวิธีการพัฒนาแหล่งพลังอำนาจได้อย่างถูกต้อง โดยสมาชิกในกลุ่มช่วยเหลือกันและกันได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังมีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน พูดคุยให้กำลังใจกัน และเมื่อจบกิจกรรมมีตัวแทนของกลุ่มกล่าวขอบคุณผู้วิจัย แสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีความสนใจ สามารถสรุปความรู้ที่ได้รับ และแสดงให้ผู้วิจัยได้เห็นถึงความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะนำสิ่งต่างๆที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมนี้ไปใช้กับเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

**ข้อคิดเห็นจากครอบครัวเด็กออทิสติก**

ครอบครัวเด็กออทิสติกได้พูดคุยแลกเปลี่ยน และแสดงความคิดเห็น หลังจากสิ้นสุดกลุ่มกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 4 โดยมีข้อคิดเห็น ดังนี้

1. เป็นโครงการวิจัยที่ดี เหมาะสมกับเด็กออทิสติกและครอบครัว เนื้อหาที่ผู้วิจัยสอนเข้าใจง่าย มีการสอนสาธิต และให้ครอบครัวได้ทดลองปฏิบัติ ทำให้ครอบครัวเกิดทักษะสามารถนำไปปฏิบัติกับเด็กออทิสติกได้จริง
2. คู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว ทำให้สะดวกต่อการพกพา เนื้อหาอ่านง่าย เข้าใจง่าย มีสีสันสวยงามน่าอ่าน มีแบบฝึกหัดในเล่ม ทำให้ง่ายต่อการทบทวน
3. เป็นโครงการวิจัยที่ทำให้ครอบครัวของเด็กออทิสติกมีพลังที่จะดูแลเด็กออทิสติกเพิ่มมากขึ้น เพราะนอกจากจะได้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติกแล้ว ครอบครัวยังทบทวนความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลเด็กออทิสติก นอกจากนี้ครอบครัวยังได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้รับฟังเรื่องราวจากเพื่อนสมาชิก ทำให้ครอบครัวเกิดแรงจูงใจในการดูแล และรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่จะเป็นผู้ทำให้เด็กมีอาการที่ดีขึ้นได้
4. เด็กออทิสติกสามารถมองเห็นหน้าสบตาได้ดีขึ้น พูดส่งเสียงบอกความต้องการได้มากขึ้น

### การกำกับทดลอง

แบบประเมินพลังอำนาจ เป็นการประเมินพลังอำนาจของครอบครัวเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมในการวิจัย เพราะการมีพลังอำนาจจะทำให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลได้ดีขึ้น โดยผู้วิจัยให้ครอบครัวประเมินพลังอำนาจของตนเอง เมื่อสิ้นสุดการบำบัด สัปดาห์ที่ 4 โดยกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 วันที่ 14 มีนาคม 2562 และกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 วันที่ 15 มีนาคม 2562 กำหนดให้ครอบครัวปฏิบัติตามคู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มที่กำหนดให้ โดยกำหนดให้ปฏิบัติตามร้อยละ 80 ขึ้นไป ดังตาราง 4 นี้

ตาราง 4 ค่าร้อยละแบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัวเด็กออทิสติก

ครอบครัว ที่	คะแนน เฉลี่ย	คิดเป็น ร้อยละ	ข้อที่ได้คะแนนอยู่ในระดับน้อย ถึง น้อยที่สุด
1	4.8	96	ไม่มี
2	4.05	81	ไม่มี
3	4.05	81	ไม่มี
4	4.5	90	ไม่มี
5	4.05	81	ข้อที่ 20 ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านในการดูแลเด็กออทิสติกได้ ถ้าท่านมีปัญหาลึบป่วย ได้คะแนนอยู่ในระดับน้อย
6	4.25	85	ไม่มี
9	4.35	87	ไม่มี
10	4.05	81	ไม่มี
11	4.55	91	ไม่มี
12	4.6	92	ไม่มี
13	4.05	81	ไม่มี
14	4.25	85	ข้อที่ 20 ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านในการดูแลเด็กออทิสติกได้ ถ้าท่านมีปัญหาลึบป่วย ได้คะแนนอยู่ในระดับน้อยที่สุด
15	4.6	92	ไม่มี
16	4.2	84	ไม่มี
17	4.5	90	ไม่มี
18	4.2	84	ไม่มี

ตาราง 4 (ต่อ)

ครอบครัว ที่	คะแนน เฉลี่ย	คิดเป็น ร้อยละ	ข้อที่ได้คะแนนอยู่ในระดับน้อย ถึง น้อยที่สุด
19	4.05	81	ข้อที่ 20 ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านในการดูแลเด็กออทิสติกได้ ถ้าท่านมีปัญหาเจ็บป่วย ได้คะแนนอยู่ในระดับน้อยที่สุด
20	4.6	92	ข้อที่ 20 ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านในการดูแลเด็กออทิสติกได้ ถ้าท่านมีปัญหาเจ็บป่วย ได้คะแนนอยู่ในระดับน้อย

จากตารางที่ 4 จะพบว่าครอบครัว 20 คน ได้คะแนนพลังอำนาจ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ทั้งหมดจำนวน 20 คน โดยพบว่าข้อที่มีคะแนนพลังอำนาจน้อยถึงน้อยที่สุด คือ “ข้อที่ 20 ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านในการดูแลเด็กออทิสติกได้ ถ้าท่านมีปัญหาเจ็บป่วย” จำนวน 5 ครอบครัว ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พูดคุยกับครอบครัวทั้ง 5 ครอบครัว พบว่า ทั้ง 5 ครอบครัวพักอาศัยอยู่ที่อพาร์ทเมนท์ แพลต และคอนโด เพื่อนบ้านส่วนมากเป็นวัยทำงาน มีปฏิสัมพันธ์ด้วยกันน้อย ผู้วิจัยจึงพูดคุยกับครอบครัวในเรื่องของการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ พบว่าทั้ง 5 ครอบครัวสามารถบอกวิธีการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่เพื่อนบ้านได้ เช่น ญาติที่อยู่ในจังหวัดเดียวกัน เพื่อนที่ทำงาน เป็นต้น และผู้วิจัยสนับสนุนให้สมาชิกในกลุ่มได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สามารถติดต่อกัน เพื่อพูดคุยปรึกษากันภายในกลุ่มได้

### 3.การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### รวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test)

**กลุ่มทดลอง** ในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยนัดพบครอบครัวของเด็กออทิสติก (กลุ่มทดลอง) เพื่อให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกตามแบบประเมินความรุนแรงของโรคออทิสซึม โดยผู้วิจัยให้ความรู้และอธิบายวิธีประเมินอาการออทิสติก และให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกทันที และเก็บแบบประเมินหลังจากครอบครัวประเมินเรียบร้อยแล้ว

**กลุ่มควบคุม** ในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยนัดพบครอบครัวของเด็กออทิสติก (กลุ่มควบคุม) ในวันหลังจากที่รวบรวมข้อมูลก่อนทดลองของกลุ่มทดลองเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เพื่อให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติก โดยผู้วิจัยให้ความรู้และอธิบายวิธีประเมินอาการ

ออทิสติกตามแบบประเมินความรุนแรงของโรคออทิสซึม และให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกทันที และเก็บแบบประเมินหลังจากครอบครัวประเมินเรียบร้อยแล้ว

### รวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Post-test)

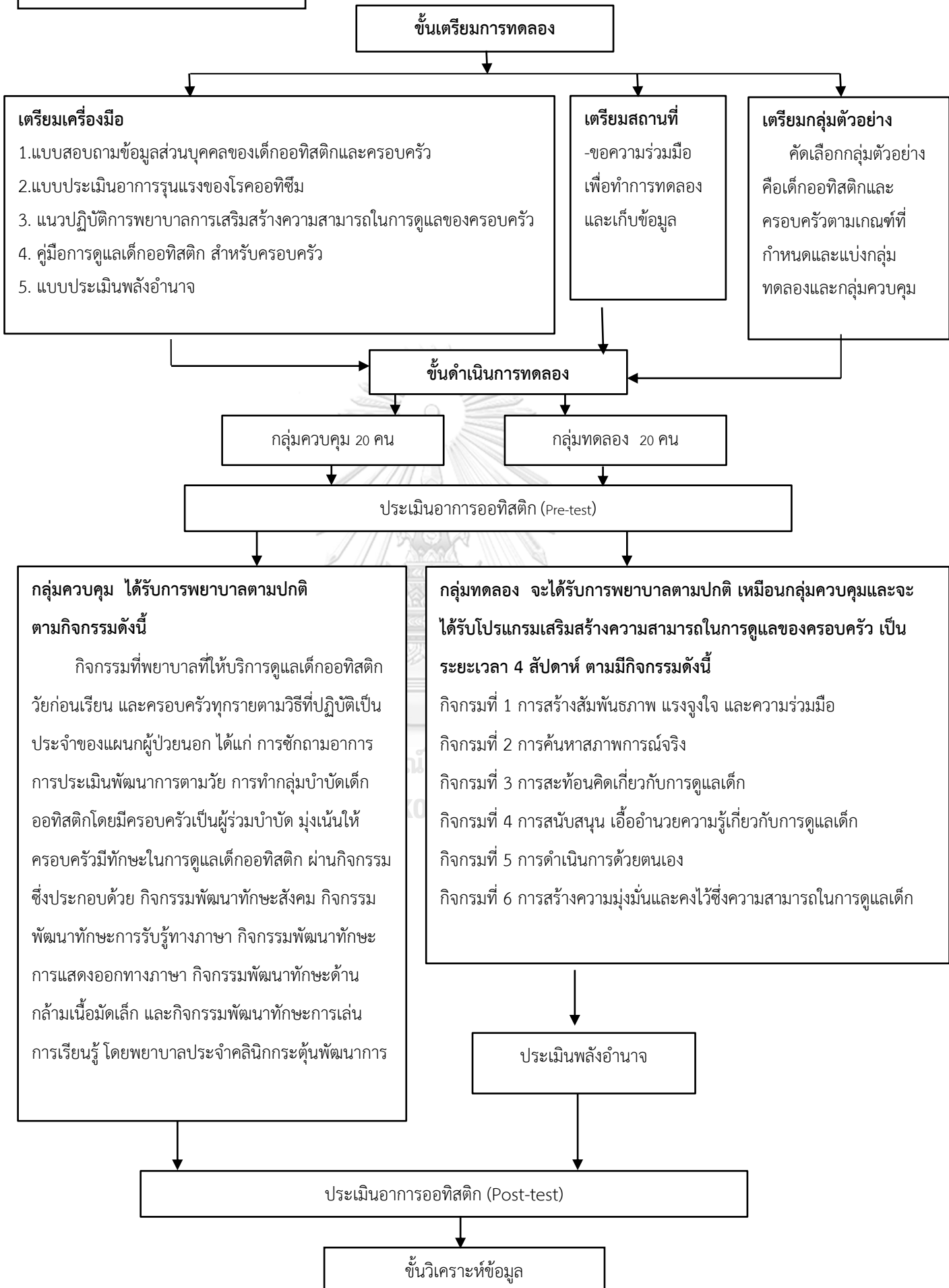
**กลุ่มทดลอง** หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 2 สัปดาห์ ในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยนัดพบครอบครัวของเด็กออทิสติกโดยให้ครอบครัวได้ประเมินอาการออทิสติก ตามแบบประเมินความรุนแรงของโรคออทิสซึม โดยนักกลุ่มทดลองให้มาประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติก หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

**กลุ่มควบคุม** หลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง 2 สัปดาห์ ในวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยนัดพบครอบครัวและเด็กออทิสติกโดยให้ครอบครัวได้ประเมินอาการออทิสติก ตามแบบประเมินความรุนแรงของโรคออทิสซึม และนักกลุ่มควบคุมให้มาประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในวันก่อนที่ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโรคออทิสซึมและการดูแลเด็กออทิสติก พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลเด็กออทิสติกให้กับกลุ่มควบคุม เพื่อให้กลุ่มควบคุมได้มีความรู้และเข้าใจในการดูแลเด็กออทิสติกเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมสากล โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับความยุติธรรม และประโยชน์จากการทำวิจัยในครั้งนี้ด้วย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัวของเด็กออทิสติก วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
4. ทดสอบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design) โดยเปรียบเทียบอาการอหิวาต์ของเด็กอหิวาต์กวัยก่อนเรียน ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว กับกลุ่มเด็กอหิวาต์กวัยก่อนเรียนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ เด็กที่อหิวาต์กอายุ 3-6 ปี และครอบครัวที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 40 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คู่ กลุ่มทดลอง 20 คู่ โดยจับคู่ (Matched - pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกัน ในเรื่องของเพศของเด็กอหิวาต์ก และการจับคู่ชนิดของยา โดยให้เด็กอหิวาต์กกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับยาประเภทเดียวกัน แล้วสุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทีละคู่ จนครบ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คู่ โดยมีการวัดคะแนนอาการรุนแรงของโรคอหิวาต์กก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest -Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการอหิวาต์กของเด็กอหิวาต์กวัยก่อนเรียนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการอหิวาต์กของเด็กอหิวาต์กวัยก่อนเรียน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก จำแนกตาม เพศ อายุ บุตรลำดับที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การรักษาในปัจจุบัน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	17	85	17	85	26	85
หญิง	3	15	3	15	14	15
<b>อายุ</b>						
3 ปี - 4 ปี	15	75	9	45	24	60
4 ปี 1 เดือน - 5 ปี	4	20	6	30	10	25
5 ปี 1 เดือน - 6 ปี	1	5	5	25	6	15
<b>บุตรคนที่</b>						
1	13	65	16	80	29	72.5
2	6	30	4	20	10	25
3	1	5	0	0	1	2.5
<b>อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก</b>						
<b>แรก</b>						
< 3 ปี	5	25	5	25	10	25
3 - 6 ปี	15	75	15	75	30	75
<b>การรักษาในปัจจุบัน</b>						
ได้รับยา Risperidol	7	35	7	35	14	35
ไม่ได้รับ	13	65	13	65	26	65

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลของเด็กออทิสติกของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 85 เท่ากัน อายุอยู่ในช่วง 3-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 และ 45 ตามลำดับ เป็นบุตรคนที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 65 และ 80 ตามลำดับ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Autism ครั้งแรก พบมากในช่วงอายุ 3-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 เท่ากัน และการรักษาในปัจจุบัน ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา คิดเป็นร้อยละ 65 เท่ากัน

ตาราง 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างครอบครัว จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส  
ระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	5	25	2	10	7	17.5
หญิง	15	75	18	90	33	82.5
<b>อายุ (ปี)</b>						
20-29 ปี	2	10	4	20	6	15
30-39 ปี	9	45	12	60	21	52.5
40-49 ปี	6	30	4	20	10	25
50-59 ปี	2	10	0	0	2	5
60 ปีขึ้นไป	1	5	0	0	1	2.5
<b>สถานภาพสมรส</b>						
คู่	15	75	18	90	33	82.5
หม้าย/หย่าร้าง	5	25	2	10	7	17.5
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	2	10	0	0	2	5
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	10	4	20	6	15
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	5	25	4	20	9	22.5
อนุปริญญา/ปวส.	2	10	0	0	2	5
ปริญญาตรี	9	45	9	45	18	45
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	3	15	3	7.5

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวของเด็กออทิสติกของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 และ 90 ตามลำดับ อายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 60 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 75 และ 90 ตามลำดับ และมีระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 45 เท่ากัน



ตาราง 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างครอบครัว จำแนกตาม อาชีพ ความสัมพันธ์ของ  
ครอบครัวผู้ดูแลเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>						
รับจ้าง	6	30	9	45	15	37.5
ค้าขาย	3	15	3	15	6	15
แม่บ้าน	5	25	2	10	7	17.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5	3	15	4	10
อื่นๆ	5	25	3	15	8	20
<b>ความสัมพันธ์ของ ครอบครัวผู้ดูแลเด็ก</b>						
บิดา	2	10	2	10	4	10
มารดา	12	60	17	85	29	72.5
ปู่/ย่า	4	20	0	0	4	10
ตา/ยาย	2	10	1	5	3	7.5
<b>ระยะเวลาในการดูแลเด็ก</b>						
6 เดือน - 1 ปี	0	0	1	5	1	2.5
1 ปี 1 เดือน - 3 ปี	9	45	6	30	15	37.5
3 ปี 1 เดือน - 6 ปี	11	55	13	65	24	60

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวเด็กออทิสติกของทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30 และ 45 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก คือ มารดาเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 60 และ 85 ตามลำดับ และระยะเวลาที่ดูแลเด็ก คือ 3 ปี 1 เดือน - 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 และ 65 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกก่อน และหลังได้รับการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

อาการออทิสติก	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
<b>คะแนนรวมทั้ง 4 ด้าน</b>					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	75.90	18.393	19	16.173	<.000
หลังการทดลอง	51.10	19.812			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	75.70	15.516	19	10.538	<.000
หลังการทดลอง	68.85	18.905			
<b>คะแนนรายด้าน</b>					
ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการสื่อสาร					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	17.60	6.410	19	4.677	<.000
หลังการทดลอง	15.55	6.939			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	18.40	5.092	19	3.866	.001
หลังการทดลอง	16.50	5.176			
ด้านที่ 2 ด้านสังคม					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	21.60	6.707	19	10.954	<.000
หลังการทดลอง	11.70	6.408			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	17.75	6.051	19	6.941	<.000
หลังการทดลอง	16.20	5.996			

ตาราง 8 (ต่อ)

อาการออทิสติก	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	17.15	6.209	19	5.124	<.000
หลังการทดลอง	13.30	5.232			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	17.60	6.549	19	5.965	<.000
หลังการทดลอง	15.75	6.197			
ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	20.30	7.881	19	8.455	<.000
หลังการทดลอง	14.55	6.337			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	21.95	8.268	19	6.049	<.000
หลังการทดลอง	20.40	8.407			

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้าน พบว่าทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เช่นเดียวกัน และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกในรายด้านทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร ด้านที่ 2 ด้านสังคม ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้าง  
ความสามารถในการดูแลของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตาราง 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อน และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มได้รับ  
โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ  
(n=40)

อาการออทิสติก	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
<b>คะแนนรวมทั้ง 4 ด้าน</b>					
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	76.65	18.644	38	-0.157	.876
กลุ่มควบคุม	75.70	19.515			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	53.10	19.812	38	2.572	.014
กลุ่มควบคุม	68.85	18.905			
<b>คะแนนรายด้าน</b>					
ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการสื่อสาร					
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	17.60	6.411	38	.437	.665
กลุ่มควบคุม	18.40	5.093			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	13.55	6.939	38	1.524	.136
กลุ่มควบคุม	16.50	5.176			
ด้านที่ 2 ด้านสังคม					
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	21.60	6.707	38	-1.906	.064
กลุ่มควบคุม	17.75	6.051			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	11.70	6.408	38	2.293	.027
กลุ่มควบคุม	16.20	5.996			

ตาราง 9 (ต่อ)

อาการออทิสติก	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึก และการรับรู้					
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	17.15	6.209	38	.223	.825
กลุ่มควบคุม	17.60	6.549			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	13.30	5.232	38	1.351	.185
กลุ่มควบคุม	15.75	6.197			
ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	20.30	7.881	38	.646	.522
กลุ่มควบคุม	21.95	8.268			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	14.55	6.337	38	2.485	.017
กลุ่มควบคุม	20.40	8.407			

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติภายหลังการทดลอง เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกในด้านที่ 2 ด้านสังคม และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกในด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร และด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกที่ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 10 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

อาการออทิสติก	$\bar{d}$	$S_{\bar{d}}$	t	p-value
<b>คะแนนรวมทั้ง 4 ด้าน</b>				
กลุ่มทดลอง	23.55	1.282	-11.615	<.000
กลุ่มควบคุม	6.85	.650		
<b>คะแนนรายด้าน</b>				
ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการสื่อสาร				
กลุ่มทดลอง	4.05	.866	-2.159	.037
กลุ่มควบคุม	1.90	.492		
ด้านที่ 2 ด้านสังคม				
กลุ่มทดลอง	9.90	.903	-8.926	<.000
กลุ่มควบคุม	1.60	.222		
ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึก และการรับรู้				
กลุ่มทดลอง	3.60	.682	-2.336	.027
กลุ่มควบคุม	1.85	.310		
ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม				
กลุ่มทดลอง	5.75	.680	-5.779	<.000
กลุ่มควบคุม	1.55	.256		

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้าน ก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกเป็นรายด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร ด้านที่ 2 ด้านสังคม ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของ พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ย

อาการอหิสติกของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการอหิสติกของกลุ่มควบคุมใน  
ทุกรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัตก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control group design) (Burns & Grove, 2005) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ตัวแปรตาม คือ อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประกอบด้วย เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM V ว่าเป็นโรคออทิสซึมมารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และครอบครัวเด็กออทิสติก

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ เด็กที่ออทิสติกอายุ 3-6 ปี และครอบครัวที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 40 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คู่ กลุ่มทดลอง 20 คู่ มีรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) เด็กออทิสติก ต้องเป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM V ว่าเป็นโรคออทิสซึม อายุ 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง



2) ครอบครัวเด็กออทิสติก คือ เป็นผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และเป็นผู้ที่อยู่ในระดับยอมรับการเจ็บป่วยของเด็กออทิสติกได้แล้ว

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัว สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูลเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ เป็นบุตรคนที่ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประวัติการได้รับยา และข้อมูลของครอบครัวเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

1.2 แบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึม โดยผู้วิจัยนำมาจากอัจฉรสทองเพชร (2562) จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ .92

#### 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ประกอบด้วย

2.1. โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

2.2. คู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว

คู่มือทั้งสองชุดนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และคู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัวได้ค่า CVI เท่ากับ 1

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบประเมินพลังอำนาจของสุภาวดี ชุ่มจิตต์ (2547) ที่ใช้ในการประเมินพลังอำนาจในครอบครัวของเด็กออทิสติก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ได้ผลการคำนวณความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .80

### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง มีรายละเอียด ดังนี้

### 1. ระยะเวลาเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก อากาการของเด็กออทิสติก รวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง เพื่อเป็นผู้มีความรู้ในการสร้างเสริมความสามารถของครอบครัวเด็กออทิสติก ตามแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ จัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและจัดเตรียมเครื่องมือ เตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทำการทดลอง จัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จากนั้น นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินงาน เตรียมครอบครัวในการใช้แบบประเมินความรุนแรงอาการของเด็กออทิสติก

### 2. ระยะดำเนินการทดลอง

ในขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ดังนี้

#### 2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และการได้รับยา และข้อมูลของครอบครัว
2. ผู้วิจัยให้ครอบครัวเด็กออทิสติก ประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกใน ความดูแล ตามแบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึม

3. เด็กออทิสติกและครอบครัวจะได้รับการพยาบาลตามปกติ กิจกรรมที่พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอก จัดให้เด็กออทิสติกและครอบครัว เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

#### 2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติกและครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และการได้รับยา และข้อมูลของครอบครัว

2. ผู้วิจัยให้ครอบครัวเด็กออทิสติก ประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกใน ความดูแล ตามแบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึม

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยเด็กออทิสติกและครอบครัวจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

### การกำกับการทดลอง

แบบประเมินพลังอำนาจ เป็นการประเมินพลังอำนาจของครอบครัวเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมในการวิจัย เพราะการมีพลังอำนาจจะทำให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลได้ดีขึ้น ผู้วิจัยให้ครอบครัวเด็กออทิสติกทำแบบประเมินพลังอำนาจ เมื่อสิ้นสุดการบำบัด สัปดาห์ที่ 4 โดยกลุ่มทดลอง 1 วันที่ 14 และ กลุ่มทดลอง 2 วันที่ 15 มีนาคม 2562 กำหนดให้ครอบครัวปฏิบัติตามคู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว พบว่า ครอบครัวประเมินแหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ยของพลังอำนาจอยู่ในระดับที่น้อย หรือระดับน้อยที่สุด ผลการประเมินพบว่าครอบครัวเด็กออทิสติก 20 คน ได้คะแนนพลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมากที่สุด ผ่านตามเกณฑ์ คือ ผ่านร้อยละ 80 ที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ 100

### 3.ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

#### รวบรวมข้อมูลก่อนทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pre-test)

ก่อนการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยนัดพบครอบครัวของเด็กออทิสติก เพื่อให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกตามแบบประเมินความรุนแรงของโรคอทิสซึม โดยผู้วิจัยให้ความรู้และอธิบายวิธีประเมินอาการออทิสติก และให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกทันที และเก็บแบบประเมินหลังจากครอบครัวประเมินเรียบร้อยแล้ว

#### รวบรวมข้อมูลหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test)

หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ผู้วิจัยนัดพบครอบครัวของเด็กออทิสติกหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 2 สัปดาห์ โดยให้ครอบครัวได้ประเมินอาการออทิสติก ตามแบบประเมินความรุนแรงของโรคอทิสซึม โดยนัดกลุ่มทดลองให้มาประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติก หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และสำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโรคอทิสซึม และการดูแลเด็กออทิสติก พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัวให้กลุ่มควบคุม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัวของเด็กออทิสติก วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

4. ทดสอบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

### สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวมีผลทำให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนลดน้อยลงได้

### อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน สามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1** คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

ผลวิจัยแสดงว่า อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนลดลงหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวร่วมกับได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวการบำบัดที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดของ Miller (2000) มีส่วนช่วยทำให้ครอบครัวได้พัฒนาแหล่งพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวบุคคล ทำให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกที่เพิ่มมากขึ้น (Stillman, 2009) โดย Miller (2000) กล่าวว่า พลังอำนาจคือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน โดยแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลมี 7 แหล่ง ซึ่งประกอบด้วย 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจ และ 7) ระบบความเชื่อ ทั้งนี้ความบกพร่องของแหล่งพลังอำนาจของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน ซึ่งแหล่งพลังอำนาจดังกล่าวสามารถพัฒนาให้พลังอำนาจเข้มแข็งขึ้นได้ เมื่อมีแหล่งพลังอำนาจที่มีความเข้มแข็งก็จะส่งผลทำให้บุคคลนั้นๆเกิดความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และในการศึกษาของการศึกษาของ Ebrahimi et al. (2013) ที่ได้ทำการศึกษการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่มารดาของเด็กออทิสติก พบว่า มารดาที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถการดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกเช่นกัน ผลการศึกษาครั้งนี้ยังมีความสอดคล้องกับ Gibson (1995) พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจคือ การเพิ่มความสามารถและความแข็งแกร่งของผู้ดูแลให้สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความสามารถที่เพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Musker and Byrne (1997) พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลที่จะทำให้บุคคลนั้นๆเกิดความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้พัฒนาความรู้ ความคิด และความเข้าใจ รวมทั้งการรู้จักตนเอง การยอมรับตัวเอง สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดความมั่นใจ และมีวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกทั้งคะแนนเฉลี่ยรวม และคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการสื่อสาร ด้านที่ 2 ด้านสังคม ด้านที่ 3 ด้านประสาธน์ความรู้สึกรู้จักและการรับรู้ และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติก ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่อาการออทิสติกของกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการออทิสติกน้อยกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพความสามารถของครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Oono et al. (2013) ที่ได้ทำการศึกษการบำบัดรักษาเด็กออทิสติกในระยะเริ่มต้น มุ่งเน้นการเสริมสร้างให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแล การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นหรือทันทีเมื่อรับทราบผลการวินิจฉัย จะช่วยทำให้เด็กออทิสติกมีอาการที่ดีขึ้นได้ ซึ่งรายละเอียดเนื้อหาภายในโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวในการวิจัยครั้งนี้ มีการให้ครอบครัวเด็กออทิสติกแต่ละครอบครัวได้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการดูแลเด็กออทิสติก การพูดคุยเกี่ยวกับอาการออทิสติกและปัญหาการดูแลเด็กออทิสติกของแต่ละครอบครัว มีการให้ความรู้กับครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องโรคออทิสซึม สาเหตุของการเกิดโรค แนวทางการดูแล โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการออทิสติกที่เป็นปัญหา และเอื้ออำนวยให้มีทักษะและวิธีการจัดการกับอาการออทิสติก การนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ในการดูแลและจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติก และวางแผนเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติกได้ เกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมั่นใจ และมีความต่อเนื่องในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อาการออทิสติกด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร มีคะแนนเฉลี่ย 15.55 สืบเนื่องจากการที่ครอบครัวเด็กออทิสติกสามารถบอกวิธีการดูแลให้เด็กออทิสติกใช้ภาษาได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวว่า “เวลาที่ลูกร้องไห้ แล้วเดินไปที่ตู้เย็น ฉันก็จะรู้เลยว่าลูกต้องอยากกินนมแน่ๆ ฉันก็รีบเปิดตู้เย็นหยิบนมให้ลูกเลย เพราะไม่อยากให้ลูกร้องไห้นาน” และหลังจากการฝึกปฏิบัติพบว่า ครอบครัวสามารถบอกวิธีการดูแลให้เด็กออทิสติกใช้ภาษาสื่อสาร เพื่อบอกความต้องการได้อย่างเหมาะสม ตัวอย่างคำพูดของครอบครัวว่า “การยื้อคำพูดให้ลูกพูดบอกความต้องการในช่วงที่เขาอยากได้ของ นี่คือช่วงเวลาที่ทองเลยคะ ฉันใช้วิธีเดาใจลูกก่อนคะ เช่น ลูกร้องไห้เดินไปที่ตู้เย็น ฉันก็จะเดาละว่า ลูกอยากกินนม แรงจูงใจของลูกตอนนี้คือ นม ฉันจึงใช้การพูดสั้นๆ กระชับ เพื่อให้ข้อมูลด้านคำศัพท์ เช่น “เปิด” “ตู้เย็น” “หิว” “นม” “กินนม” จนตอนนี้ ลูกของฉันไม่ร้องไห้เมื่อเดินไปที่ตู้เย็นแล้วคะ แต่เขาเดินมาหาฉันแล้วพูดว่า “นม” ”

อาการออทิสติกด้านที่ 2 ด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ย 11.70 สืบเนื่องจากการที่ครอบครัวเด็กออทิสติกสามารถบอกวิธีการดูแล เพื่อให้เด็กออทิสติกมีทักษะด้านสังคมอย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวว่า “ก่อนที่จะเข้ากลุ่มโปรแกรมนี้ ฉันยอมรับเลยว่า ฉันให้ลูกเล่นโทรศัพท์อยู่คนเดียว พอเขาเล่นโทรศัพท์เขาสามารถนั่งนิ่งๆ ไม่เล่นกับใคร นั่งอยู่ในมุมตัวเองได้นานเลยทีเดียวนะ” แต่พอมาเข้ากลุ่มโปรแกรม ทำให้ฉันรู้ว่า สิ่งที่ฉันทำอยู่มันไม่ส่งผลดีต่อลูกแน่นอน การที่ลูกเล่น

โทรศัพท์อยู่คนเดียว ทำให้ลูกของฉันไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับใครเลย ต้องขอบคุณคุณพยาบาลและเพื่อนๆในกลุ่มมากๆที่ให้คำแนะนำ ตอนนี้ฉันเล่นกับลูกมากขึ้น ลูกเริ่มมองเห็นสบตาฉันดีขึ้น โทรศัพท์ฉันก็ยังไม่เล่นบ้างนะ เพราะถ้าไม่เล่นนี้ไว้วายบ้านแตกแน่ๆ แต่ฉันใช้วิธีไปนั่งเล่นอยู่กับเขา ให้เขาได้พูดคุยโต้ตอบกับฉัน บางทีฉันก็ชวนลูกของเพื่อนข้างบ้านมาเล่นกับลูกที่บ้านฉันด้วย”

อาการออทิสติกด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึก และการรับรู้ มีคะแนนเฉลี่ย 13.30 สังเกตจากการที่ครอบครัวเด็กออทิสติกสามารถบอกได้ว่าเด็กออทิสติกในความดูแลมีปัญหาด้านประสาทรับความรู้สึก และการรับรู้เป็นอย่างไร รวมถึงสามารถบอกวิธีการดูแลเด็กออทิสติกด้านที่เป็นปัญหาได้ถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวว่า “ก่อนหน้าที่จะเข้ากลุ่มโปรแกรมนี้ ลูกของฉันชอบมองของหมุน โดยเฉพาะเวลาเจอร์รถของเล่นที่ไร ก็จะไปหยารถแล้วหมุนล้อตลอดเลย แต่ตอนนี้ฉันใช้วิธีเอารถของเล่นมาสองคัน ฉันเล่นหนึ่งคัน ลูกเล่นหนึ่งคัน ฉันสร้างสถานการณ์ทำท่าเอารถมาวิ่งบนถนนบ้างนี่ๆๆๆๆ ลูกก็มาเล่นเลียนแบบตาม ตอนนี้เรื่องหมุนล้อก็ยังมียู่บ้างนี่ แต่น้อยลงมากเลย เวลาเล่นรถที่ไร เขาก็จะมาชวนฉันไปเล่นกับเขาด้วยค่ะ”

อาการออทิสติกด้านที่ 4 ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ย 14.55 สังเกตจากการที่ครอบครัวเด็กออทิสติกสามารถบอกวิธีการดูแลด้านสุขภาพของเด็กออทิสติก รวมถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้อย่างถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวว่า “ลูกของฉันเมื่อโดนขัดใจก็จะกรี๊ด ไว้วาย ทั้งตัว มีตีแม่ ตอนนี้ฉันได้ใช้เทคนิคเพิกเฉยและเทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจที่คุณพยาบาลได้คุยไปเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว ตอนนี้ลูกก็ยังมียกรี๊ดเมื่อไม่พอใจนะคะ รู้สึกว่าเสียงไม่ได้ดังเหมือนเมื่อก่อน แต่เรื่องตีแม่ ตอนนี้ไม่มีแล้วค่ะ ดิฉันไว้วกว่าเขาละ เพราะดิฉันจะหยุดเขาก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมตีแม่ เช่น จับมือเขา แล้วพาเขาเบี่ยงเบนไปทำกิจกรรมอย่างอื่นค่ะ”

โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ตามแนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ซึ่งในทั้ง 6 กิจกรรมนี้สามารถเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งตามแนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ส่งผลครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงได้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจ ความร่วมมือ เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญเนื่องจากการมีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ครอบครัวเด็กออทิสติกแต่ละครอบครัวเกิดความไว้วางใจ เกิดความร่วมมือ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกิดความสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลเด็กออทิสติก ทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจในความสามารถของตน และมีความเชื่อว่าผลสำเร็จของการรักษาส่วนหนึ่งเกิดจากครอบครัว ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจให้ครอบครัวในด้านความเข้มแข็งทางจิต และได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านแรงจูงใจ ด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก และด้านระบบความเชื่อเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของไปรยา จิระอรุณ (2550) พบว่าการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับครอบครัว

ผู้ดูแลเด็กออทิสติก มีผลทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาและมีแนวทางในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังเป็นการสร้างความตระหนักรู้และการเพิ่มความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตน เกิดความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม เกิดแรงจูงใจ และได้รับการส่งเสริมอัตโนมัติเชิงบวก ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวเด็กออทิสติกว่า “ผมดีใจมากๆเลยนะครับที่ได้มาเจอพี่ๆน้องๆ และคุณพยาบาลในกลุ่มนี้ บรรยากาศเป็นกันเอง อบอุ่นมากเลยครับ ก่อนที่จะเข้ากลุ่มผมกังวลแทบแย่ว่าลูกผมคงมีอาการแย่กว่าเพื่อนๆแน่ๆ เพราะเขายังไม่พูดเลยครับ บอกเลยว่าผมทำตัวไม่ถูกครับ พอรู้ว่าลูกเป็นเด็กออทิสติก หนทางมันมืดไปหมดเลยครับ แต่ผมก็ยอมรับในการเจ็บป่วยของลูกผม ผมจึงพยายามที่จะชวนขวายหาความรู้ เพื่อที่จะดูแลลูกของผมให้ดีที่สุด ต้องขอบคุณพี่ๆน้องๆทุกท่าน และคุณพยาบาลที่ทำให้ผมรู้สึกได้ว่า ผมไม่ได้ดูแลลูกของผมอยู่คนเดียว ผมยังมีเพื่อนๆอีกหลายๆคนที่กำลังต่อสู้ไปกับผม ผมนี่แหละที่จะเป็นคนทำให้ลูกของผมมีอาการที่ดีขึ้นให้ได้ครับ”

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริง เป็นกิจกรรมที่เป็นการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจก่อนที่จะสรุปปัญหา และวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ และวางแผนเพื่อให้การดูแลครอบครัวเด็กออทิสติกได้ตรงกับความต้องการ และสภาพการณ์จริงของเด็กออทิสติกและครอบครัวมากที่สุด โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้พูดถึงอาการออทิสติกและปัญหาการดูแลเด็กออทิสติกของแต่ละครอบครัวและความสามารถของครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ รวมถึงความพร้อมในการดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งกิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านความเข้มแข็งทางกายภาพ ด้านพลังงาน ด้านความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวเด็กออทิสติกว่า

ครอบครัวเด็กออทิสติกครอบครัวที่ 1 คุณเอ (นามสมมติ) “ตอนนี้ลูกฉันพูดเป็นคำๆ ได้น้อยมาก พอถูกขัดใจก็จะร้องไห้ โวยวายทั้งตัว จนบางครั้งจนก็ผลอติไปบ้าง งานฉันก็ต้องทำ ลูกฉันก็ต้องดูแล ฉันว่าฉันเลี้ยงลูกแบบไม่ตามใจนะ ส่วนสามีฉันก็ดูแลลูกไปคนละแนวทางเลย บางครั้งมันก็เหนื่อยเหลือเกิน”

ครอบครัวเด็กออทิสติกครอบครัวที่ 2 คุณบี (นามสมมติ) “ฉันเองก็เหมือนกัน อีกอย่างคุณยังโชคดีกว่าฉันนะ ฉันหย่ากับสามีมาได้ประมาณ 1 ปีแล้ว ฉันต้องทำงาน หาเงินมาดูแลลูกด้วยตัวฉันเอง บางทีฉันก็ยอมรับนะว่าฉันเหนื่อยที่จะดูแลลูกเหมือนกัน แต่พอฉันเหนื่อย ฉันก็พัก แล้วค่อยมาลุยต่อ ก่อนที่เราจะดูแลลูก ร่างกายของเราก็ต้องแข็งแรง มีพลังเพียงพอ มีความพร้อมที่จะดูแลลูกของเราให้เต็มที่ ถ้าฉันไม่สบายไปลูกก็คงจะแย่ สู้ๆไปด้วยกันนะพี่ เราจะสู้ๆเพื่อลูกไปด้วยกันนะ”

ผู้นำกลุ่ม “ดิฉันดีใจมากๆเลยนะคะที่ได้พบกับคุณเอ คุณบี รวมถึงสมาชิกทุกๆท่านที่อยู่ร่วมกันในเวลานี้ เพียงแค่ทุกๆท่านสละเวลามาทำกลุ่มร่วมกัน เพียงเท่านี้ดิฉันก็รับรู้ได้ถึงความตั้งใจ ความต้องการ ความมุ่งหวังที่อยากให้เด็กๆมีอาการที่ดีขึ้น วันนี้เรามารวมกันที่นี้ เห็นไหมคะ ว่าเราไม่



ได้มาคนเดียว เรายังมีเพื่อน เรายังมีคนที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือ คอยให้กำลังใจกันและกัน เมื่อสักครู่นี้ฉันต้องขอบคุณคุณปีมาๆนะคะ ที่ให้ข้อคิดกับพวกเราในกลุ่ม ดิฉันชอบประโยคนี้นี้มากเลยคะ “ก่อนที่จะเราจะดูแลลูก เราต้องดูแลสุขภาพร่างกายของเราให้แข็งแรงและมีพลังงานเพียงพอเสียก่อน” จริงที่สุดเลยคะ เมื่อเรามีความแข็งแรงทั้งกายและใจ รวมไปถึงมีพลังงานที่เพียงพอที่จะดูแล เด็กๆก็จะพร้อมที่จะเรียนรู้ไปกับเราคะ”

กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแลเด็ก เป็นการจัดกิจกรรมโดยให้ครอบครัวได้ทบทวนตนเองเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วย อาการโรคของเด็กรวมทั้งอาการที่เด็กเกิดขึ้น สร้างเสริมความเชื่อเรื่องการดูแลรักษาที่สามารถช่วยให้เด็กมีอาการโรคลดลง มีอาการที่ดีขึ้น โดยมีพยาบาลเป็นผู้สะท้อนคิด เพื่อให้ครอบครัวมีความคิดทางด้านบวก สามารถที่จะเผชิญปัญหา และจัดการกับอาการโรค รวมถึงการดูแลเด็กอาการโรคได้ตามศักยภาพ ส่งผลทำให้ครอบครัวได้รับการเสริมสร้างอัตมโนทัศน์เชิงบวก ก่อให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กอาการโรคได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Miller (2000) พบว่าบุคคลที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง มีความคิดเชิงบวกต่อตนเอง และนับถือตนเองมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวนี้ “ก่อนหน้านี้ฉันคิดว่า ที่ลูกของฉันไม่พูด เป็นเพราะเด็กปากหนัก ฉันลองมาทุกวิธีแล้วคะ ทั้งเอาเชียวมาตบปากลูกก็แล้ว ลูกก็ยังไม่พูด จากการที่ฉันได้มาร่วมกลุ่มในครั้งนี้ มันทำให้ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในการรักษาของโรงพยาบาลยูวประสาทไวทยิปถัมภ์ที่จะช่วยทำให้ลูกของฉันดีขึ้น และทำให้ฉันมีแนวทางในการดูแลลูกของฉันให้มีอาการที่ดีขึ้นได้ ซึ่งบุคคลที่สำคัญที่สุด ก็คือตัวของฉันเอง ขอขอบคุณพยาบาลมากมายที่ทำให้ฉันได้ตระหนักในความสามารถของฉันที่จะดูแลลูกของฉันให้มีอาการที่ดีขึ้น”

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก เป็นการจัดกิจกรรมโดยพยาบาลให้ความรู้กับครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องโรคออทิซึม สาเหตุของการเกิดโรค แนวทางการดูแลเด็กออทิซึม โดยแนวทางการให้ความรู้นั้นได้ผ่านการค้นหาสภาพการณ์จริงของครอบครัวเด็กออทิซึมมาก่อน เพื่อให้ความรู้ได้ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของครอบครัวเด็กออทิซึม ระหว่างที่ให้ความรู้พยาบาลมีการประเมินความเข้าใจของครอบครัว อีกทั้งยังเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลจัดการกับอาการออทิซึมที่สำเร็จ และวางแผนการดูแลเด็กออทิซึมของแต่ละครอบครัว ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ทำให้ครอบครัวมีอัตมโนทัศน์เชิงบวก และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิซึมที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Prior, Roberts, Rodger, Williams, and Sutherland (2011) ได้อธิบายว่าการสอน การอบรมให้ความรู้และทักษะต่างๆให้กับครอบครัวเด็กออทิซึม ทำให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิซึมได้อย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวนี้ “ตอนนี้ฉันคิดว่าฉันเข้าใจลูกมากขึ้นแล้วนะ เพราะก่อนหน้านี้ฉันไม่เข้าใจเลยว่า ทำไมลูกชอบมองของหมุน ก่อนหน้านี้ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจมาก ไม่รู้จะแก้ไข

อย่างไร แต่เมื่อได้มาเข้าร่วมกลุ่มโปรแกรมนี้ทำให้ฉันได้เรียนรู้ว่า สิ่งที่ถูกทำ เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทการรับรู้ ฉันได้ลองนำเทคนิคที่คุณพยาบาลและเพื่อนๆได้แนะนำ คือการนำของหมูนมาเป็นแรงเสริมในการที่จะให้ลูกเข้ามาร่วมกิจกรรมกับฉัน เช่น กิจกรรมตัวเลขน่ารู้ ฉันก็เอาตัวเลขไปติดที่ก้นห้น พาลูกหมูน และพูดตัวเลขตามคำบอก เขาสนใจมากๆเลยคะ”

กิจกรรมที่ 5 การดำเนินการด้วยตัวเอง เป็นการจัดกิจกรรมโดยให้ครอบครัวได้ประเมินการนำแผนการจัดการดูแลเด็กออทิสติกที่ได้นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยจัดกิจกรรมให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และวิธีการดูแลจัดการกับอาการออทิสติก ผลที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม และวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยพยาบาลสร้างบรรยากาศให้เกิดการสนับสนุน ให้กำลังใจกันและกันในการปฏิบัติตามแผน เสริมสร้างแรงจูงใจ และการเห็นคุณค่าในตนเองที่สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพนารัตน์ เจนจบ (2542) ที่กล่าวว่า การดำเนินการด้วยตัวเอง เป็นการกระทำการแก้ปัญหาหรือกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองได้วางไว้ ทำให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีอัตมโนทัศน์เชิงบวกเพิ่มมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวนี้ “หลังจากที่ฉันได้ไปดูแลลูกของฉันตามแผนที่ได้วางไว้ ฉันรู้สึกว่ามันไม่ง่ายเลย อย่างเช่น ฉันจะดูแลให้ลูกเข้าห้องน้ำฝึการขับถ่าย โดยการจดบันทึกการขับถ่ายของเขาเป็นชั่วโมง ในวันแรกที่ฉันเริ่มดำเนินการตามแผน คนที่บ้านของฉันไม่เข้าใจในสิ่งที่ฉันทำ เขาบอกว่าใส่แพมเพิสไปเถอะ ไม่งั้นฉี่เลอะเทอะแน่ๆ ฉันเลยได้โอกาสพูดคุย และวางแผนการฝึการเข้าห้องน้ำร่วมกับทุกคนในครอบครัวว่าเราจะปฏิบัติเช่นนี้พร้อมกับช่วยกันจดบันทึกเวลาเมื่อลูกขับถ่าย เพื่อที่จะได้รู้ว่าลูกปวดเบา ปวดหนักตอนไหน ทุกคนในครอบครัวให้ความร่วมมือดี สองวันแรกนี้ท้อมากเลยคะ โดนบ่นจากคุณพ่อว่า ชี้เกียจจดบันทึกแล้ว หลังจากนั้นประมาณ 4 วัน พวกเราทุกคนในบ้านเริ่มเข้าใจลูก รู้เวลา หรือสังเกตพฤติกรรมของลูกเมื่อปวดถ่ายได้ดีขึ้น ตอนนี้ลูกฉันไม่ได้ใส่แพมเพิสแล้วนะคะ ฉันว่าวิธีการจดบันทึกเวลาการขับถ่ายใช้ได้ดีเลยทีเดียวนะคะ อยากให้เพื่อนๆได้ลองนำไปใช้นะคะ”

กิจกรรมที่ 6 การสร้างความมุ่งมั่นและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลเด็ก เป็นกิจกรรมสุดท้ายในการให้ครอบครัวได้ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของอาการออทิสติกของเด็กออทิสติก โดยพยาบาลชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก ร่วมวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และร่วมแก้ไข ทบทวนความรู้ร่วมกัน พูดคุยให้กำลังใจกันและกัน กระตุ้นให้ครอบครัวเกิดแรงจูงใจ เกิดความมุ่งมั่น รวมทั้งมีความมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าครอบครัวมีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก และจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวนี้ “นับตั้งแต่ที่ผมได้เข้าร่วมโปรแกรมนี้ มันทำให้ผมรู้สึกได้ว่าผมไม่ได้ต่อสู้กับปัญหาอยู่คนเดียว ผมมีเพื่อนร่วมทาง ผมมีเพื่อนช่วยคิด ผมได้รับความรู้เกี่ยวกับดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งทำให้ผมมั่นใจที่เป็นจะเป็นพ่อที่มีความสามารถ มีศักยภาพที่จะดูแลลูกของผมให้มีอาการที่ดีขึ้นได้ ซึ่งตอนนี้ลูกของผมเริ่มพูดบอก

ความต้องการได้แล้ว มองหน้าสบตาผมดีขึ้น เขาเล่นกับผม ผมว่าผมทำให้เขาเข้ามาอยู่ในโลกของผมได้แล้วนะ”

สำหรับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงเช่นกัน ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลมีการจัดกิจกรรมการดูแลให้กับเด็กออทิสติกหลังจากที่รับทราบผลการวินิจฉัยโรคออทิสซึม ซึ่งกิจกรรมที่พยาบาลที่ให้บริการดูแลเด็กออทิสติกไว้ก่อนเรียน และครอบครัวทุกรายตามวิธีที่ปฏิบัติเป็นประจำของแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การซักถามอาการ การประเมินพัฒนาการตามวัย การทำกลุ่มบำบัดเด็กออทิสติกโดยมีครอบครัวเป็นผู้ร่วมบำบัด มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีทักษะในการดูแลเด็กออทิสติก ผ่านกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมพัฒนาทักษะสังคม กิจกรรมพัฒนาทักษะการรับรู้ทางภาษา กิจกรรมพัฒนาทักษะการแสดงออกทางภาษา กิจกรรมพัฒนาทักษะด้านกล้ามเนื้อเล็ก และกิจกรรมพัฒนาทักษะการเล่น การเรียนรู้ โดยพยาบาลประจำคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ การพยาบาลตามปกติเช่นนี้ทำให้เด็กออทิสติกและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที สอดคล้องกับ Prior et al. (2011) กล่าวไว้ว่า การดูแลเด็กตั้งแต่อายุน้อย และทำอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด อีกทั้งยังเป็นการช่วยเสริมสร้างทักษะด้านภาษา ทักษะสังคม ทักษะการคิด และทักษะอื่นๆให้กับเด็กออทิสติกได้ ดังนั้นจึงพบว่ากลุ่มควบคุมจึงมีคะแนนอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงเช่นกัน

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2** คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับการโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องสมมติฐานข้อที่ 2

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนได้ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถของครอบครัว ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ซึ่งเป็นกระบวนการนำไปสู่การเสริมสร้างให้ครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมมีทั้งหมด 6 กิจกรรม ทำให้กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวได้รับการพัฒนาความสามารถและศักยภาพของตนเองดังที่ได้อธิบายไว้ในข้อ 1 นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับการพยาบาลตามปกติด้วย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-Pair) ด้วยวิธีการ จับคู่เพศ

ของเด็กออทิสติก และการได้รับยาของเด็กออทิสติก ดังนั้น ผลการวิจัยที่พบจึงสามารถสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆตามขั้นตอนตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ที่มีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีพลังอำนาจ ทำให้ครอบครัวเกิดความตระหนักในศักยภาพและความสามารถของตน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้าน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.10 และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.85 เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกรายด้าน พบว่า ด้านที่ 2 ด้านสังคม และ ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ในด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร และด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอาการออทิสติกในด้านที่ 1 การพูด การใช้ภาษาและการสื่อสาร และด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มาจากปัจจัยหลักคือ ปัจจัยจากตัวเด็กออทิสติก ได้แก่ ความผิดปกติของสมอง เพศ ระดับสติปัญญา ซึ่งต้องบำบัดด้วยการสร้างเสริมพัฒนาการ การแก้ไขการพูด ร่วมกับการที่ครอบครัวเป็นผู้ร่วมบำบัด ในส่วนนี้ต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง (Steinman et al., 2014) ซึ่งโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวนี้ เป็นโปรแกรมที่ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 4 สัปดาห์ หลังจากการทดลองพบว่าเด็กออทิสติกมีแนวโน้มของอาการออทิสติกที่ดีขึ้น จากผลการวิจัยดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Tamanaha A. C. and J. (2014) ที่ได้ทำการศึกษาระยะเวลาในการบำบัดรักษาในเรื่องการพูด และการใช้ภาษาในเด็กออทิสติก พบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ระยะเวลา 6 เดือนมีความเหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงทางด้านการพูดและการใช้ภาษาในเด็กออทิสติกที่มากที่สุด ดังนั้นจึงทำให้การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสารไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pfeiffer, Koenig, Kinnealey, Sheppard, and Henderson (2011) ที่ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการบูรณาการด้านประสาทรับความรู้สึก และการรับรู้ในเด็กออทิสติก พบว่า ควรมีการบำบัดต่อเนื่องในระยะเวลาที่มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ย

อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในด้านที่ 3 ด้านประสาทรับรู้สัมผัสและการรับรู้จึงไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นกัน

และเมื่อพิจารณาผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกโดยรวมทั้ง 4 ด้าน และผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกในรายด้านทั้ง 4 ด้าน ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ครอบครัวเด็กออทิสติกในกลุ่มในกลุ่มควบคุมไม่ได้ผ่านกระบวนการเสริมสร้างความสามารถของครอบครัว ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และไม่ได้รับการพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตนเองให้เกิดความสมดุล อาจส่งผลทำให้ครอบครัวเด็กออทิสติกในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติไม่สามารถวางแผน และจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้อาการออทิสติกลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลองได้

สรุปได้ว่า การให้การพยาบาลโดยเน้นการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวตามแนวคิดพลังอำนาจ เพื่อลดอาการออทิสติกของเด็กออทิสติก จากการวิจัยครั้งนี้ เป็นกระบวนการวางแผนที่ชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติและคู่มือในการดำเนินการกับครอบครัวของเด็กออทิสติก เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ มีการบันทึกและประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่ครอบครัวพบขณะดำเนินการทดลอง และร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยเน้นให้ครอบครัวปฏิบัติต่อเนื่อง ทำให้เด็กออทิสติกมีอาการออทิสติกลดลง สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองตามที่มีอยู่ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ทำให้เห็นถึงโอกาสพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเด็กออทิสติก เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เหมาะสม

### ข้อเสนอแนะ

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการนำโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลเด็กออทิสติกและครอบครัว ในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการจัดการกับอาการออทิสติก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการกับอาการออทิสติกในด้านการพูด การใช้ภาษาและการสื่อสาร และด้านประสาทรับรู้สัมผัสและการรับรู้ให้มากขึ้น โดยอาจการเพิ่มระยะเวลาของการทำกิจกรรมนั้นให้นานขึ้น หรือใช้ร่วมกับโปรแกรมอื่นๆที่มีความเหมาะสม

2. บุคลากรทางการพยาบาลที่ใช้โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

ควรมีความรู้พื้นฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มีความรู้เรื่องโรคออทิสซึม การดูแลเด็กออทิสติกและครอบครัว และควรได้รับการอบรมในเรื่องกระบวนการขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดของ Miller (2000) ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง ทำให้ครอบครัวได้พัฒนาแหล่งพลังอำนาจ นำไปสู่การที่ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้บุคลากรทางการพยาบาลยังควรได้รับการอบรมการใช้แบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึมก่อนเริ่มใช้โปรแกรม เนื่องจากลักษณะข้อคำถามในเครื่องมือมีลักษณะทั้งข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ อาจส่งผลให้ผู้ประเมินคิดค่าคะแนนผิดพลาดได้

### **ด้านการศึกษา**

ควรมีการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ในรายวิชาการปฏิบัติการการพยาบาลจิตเวชเด็กในเรื่องของการดูแลเด็กออทิสติก โดยมีการเพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีศักยภาพ และสามารถให้การดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### **ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว เป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถของครอบครัวให้มีสามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อเด็กออทิสติก เพื่อให้การเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อเด็กออทิสติกที่มากขึ้น ควรมีการพัฒนาโปรแกรมที่มุ่งเน้นการกระทำต่อเด็กออทิสติกร่วมด้วย เช่น มีการส่งเสริมพัฒนาการการเด็กออทิสติก การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก เป็นต้น และควรมีการติดตามผลในระยะยาว

## บรรณานุกรม

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)* (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Pub.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490-505.
- Banach, M., Iudice, J., Conway, L., & Couse, L. J. (2010). Family support and empowerment: Post autism diagnosis support group for parents. *Social work with groups*, 33(1), 69-83.
- Bloch, J. S., & Weinstein, J. D. (2009). Families of young children with autism. *Social Work in Mental Health*, 8(1), 23-40.
- Bölte, S., Westerwald, E., Holtmann, M., Freitag, C., & Poustka, F. (2011). Autistic traits and autism spectrum disorders: The clinical validity of two measures presuming a continuum of social communication skills. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(1), 66-72.
- Bromley, J., Hare, D. J., Davison, K., & Emerson, E. (2004). Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: Social support, mental health status and satisfaction with services. *Autism*, 8(4), 409-423.
- Burns, N., & Grove, S. (2005). The practice of nursing research: Conduct, Critique, & Utilization., Amazon. com. *Inc. or its affiliates*, 497-510.
- Carter, A. S., Black, D. O., Tewani, S., Connolly, C. E., Kadlec, M. B., & Tager-Flusberg, H. (2007). Sex differences in toddlers with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(1), 86-97.
- Clifford, P. G. (1992). The myth of empowerment. *Nursing Administration Quarterly*, 16(3), 1-5.
- Connolly, M., & Gersch, I. (2013). A support group for parents of children on a waiting list for an assessment for autism spectrum disorder. *Educational Psychology in Practice*, 29(3), 293-308.
- Corbin, J., Strauss, A., & Strauss, A. L. (2014). *Basics of qualitative research*. Newbury

Parl, CA: Sage.

- Courchesne, E. (2002). Abnormal early brain development in autism. *Molecular psychiatry*, 7(S2), S21.
- Cuccaro, M. L., Shao, Y., Grubber, J., Slifer, M., Wolpert, C. M., Donnelly, S. L., . . . DeLong, G. R. (2003). Factor analysis of restricted and repetitive behaviors in autism using the Autism Diagnostic Interview-R. *Child psychiatry and human development*, 34(1), 3-17.
- Cullen, L., & Barlow, J. (2002). Parents' experiences of caring for children with autism and attending a touch therapy programme. *Child Care in Practice*, 8(1), 36-45.
- Ebrahimi, H., Malek, A., Babapoor, J., & Abdorrahmani, N. (2013). Empowerment of mothers in raising and caring of child with autism spectrum disorder. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences*, 4(10), 3109-3113.
- Eliöz, M., Akbuğa, E., & Çebi, M. (2016). MOTOR DEVELOPMENT PROBLEMS OF CHILDREN WITH AUTISM AND THE MOTOR SKILLS IN AGE 3. *INNOVATIVE SOLUTIONS IN MODERN SCIENCE*, 8(8).
- Engel. (2006). *Pediatric Assessment* (4th ed.). Alberta, Canada: Medicine Hat.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed (extended version)*. New York: Norton.
- Fortinash, K. M., & Worret, P. A. H. (2014). *Psychiatric Mental Health Nursing-E-Book*: Elsevier Health Sciences.
- Freud, S. (2018). *The origin and development of psychoanalysis*. Chicaco: PublishDrive.
- Gabovitch, E. M., & Curtin, C. (2009). Family-centered care for children with autism spectrum disorders: A review. *Marriage & Family Review*, 45(5), 469-498.
- Gernsbacher, M. A., Morson, E. M., & Grace, E. J. (2016). Language development in autism. In *Neurobiology of language* (pp. 879-886): Elsevier.
- Giarelli, E., & Gardner, M. (2012). *Nursing of autism spectrum disorder: evidence-based integrated care across the lifespan*. New York: Springer Publishing Company.
- Giarelli, E., Souders, M., Pinto-Martin, J., Bloch, J., & Levy, S. E. (2005). Intervention pilot for parents of children with autistic spectrum disorder. *Pediatric Nursing*, 31(5), 389-399.
- Gibson. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children.



*Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210.

- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.
- Graves, K. N., & Shelton, T. L. (2007). Family empowerment as a mediator between family-centered systems of care and changes in child functioning: Identifying an important mechanism of change. *Journal of Child and Family Studies*, 16(4), 556-566.
- Hamlyn-Wright, S., Draghi-Lorenz, R., & Ellis, J. (2007). Locus of control fails to mediate between stress and anxiety and depression in parents of children with a developmental disorder. *Autism*, 11(6), 489-501.
- Hartley, S. L., & Sikora, D. M. (2009). Sex differences in autism spectrum disorder: an examination of developmental functioning, autistic symptoms, and coexisting behavior problems in toddlers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(12), 1715.
- Ives, M., Munro, N., & Wynn, R. (2001). *Caring for a child with autism: A practical guide for parents*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Johnson, C. P. (2004). *Early clinical characteristics of children with autism*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Jull, S., & Mirenda, P. (2011). Parents as play date facilitators for preschoolers with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 13(1), 17-30.
- Khanna, R., Madhavan, S. S., Smith, M. J., Patrick, J. H., Tworek, C., & Becker-Cottrill, B. (2011). Assessment of health-related quality of life among primary caregivers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(9), 1214-1227.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science; social equilibria and social change. *Human relations*, 1(1), 5-41.
- Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466-474.
- Lord, C., Schopler, E., & Revicki, D. (1982). Sex differences in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 12, 317-330.

- Maenner, M. J., Schieve, L. A., Rice, C. E., Cunniff, C., Giarelli, E., Kirby, R. S., . . . Durkin, M. S. (2013). Frequency and pattern of documented diagnostic features and the age of autism identification. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52*(4), 401-413. e408.
- Mandell, D. S., Novak, M. M., & Zubritsky, C. D. (2005). Factors Associated With Age of Diagnosis Among Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics, 116*(6), 1480–1486.
- Marco, E. J., Hinkley, L. B., Hill, S. S., & Nagarajan, S. S. (2011). Sensory processing in autism: a review of neurophysiologic findings. *Pediatr Res, 69*(5 Pt 2), 48R-54R.
- Matson, M. L., Mahan, S., & Matson, J. L. (2009). Parent training: A review of methods for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 3*(4), 868-875.
- McConachie, H., & Diggle, T. (2007). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice, 13*(1), 120-129.
- McTiernan, A., Leader, G., Healy, O., & Mannion, A. (2011). Analysis of risk factors and early predictors of challenging behavior for children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 5*(3), 1215 – 1222.
- Meirsschaut, M., Roeyers, H., & Warreyn, P. (2010). Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions. *Research in Autism Spectrum Disorders, 4*(4), 661-669.
- Miller, J. F. (2000). *Coping with chronic illness: overcoming powerlessness* (2nd ed.). Philadelphia: Davis.
- Missouri Autism Guidelines Initiative. (2012). *Autism spectrum disorders: Guide to evidence-based interventions*: Missouri Foundation for Health: St. Louis and Springfield, MO.
- Mohr, W. K. (2000). Partnering with families. *Journal of psychosocial nursing and mental health services, 38*(1), 15-22.
- Musker, M., & Byrne, M. (1997). Applying empowerment in mental health practice. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987), 11*(31), 45-47.

- Nealy, C. E., O'Hare, L., Powers, J. D., & Swick, D. C. (2012). The impact of autism spectrum disorders on the family: A qualitative study of mothers' perspectives. *Journal of Family Social Work, 15*(3), 187-201.
- Nunnally, J. C. (1975). Psychometric theory—25 years ago and now. *Educational Researcher, 4*(10), 7-21.
- Oono, I. P., Honey, E. J., & McConachie, H. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal, 8*(6), 2380-2479.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (1995). *Nursing: concepts of practice* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Oswald, D. P., & Sonenklar, N. A. (2007). Medication use among children with autism spectrum disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 17*(3), 348-355.
- Pattison, E. M. (1974). *Rehabilitation of the chronic alcoholic in the biology of Alcoholism*. Boston, MA.: Springer.
- Perryman, T., Watson, L. R., & Chumney, F. (2018). Predictors of the age of autism spectrum disorder diagnosis: A North Carolina Cohort. *Autism & Developmental Language Impairments, 3*, 1-10.
- Pfeiffer, B. A., Koenig, K., Kinnealey, M., Sheppard, M., & Henderson, L. (2011). Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: A pilot study. *American Journal of Occupational Therapy, 65*(1), 76-85.
- Prior, M., Roberts, J. M., Rodger, S., Williams, K., & Sutherland, R. (2011). *A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention for children with autism spectrum disorders*. Australia: Australian Government Department of Families, housing, Community Services and Indigenous Affairs (FaHCSIA).
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory of community psychology. *American Journal of Community Psychology, 15*(2), 121-148.

- Redcay, E. (2008). The superior temporal sulcus performs a common function for social and speech perception: implications for the emergence of autism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(1), 123-142.
- Rimland, B., & Edelson, S. M. (2000). *Autism treatment evaluation checklist (ATEC)*. SanDiego: Autism Research Institute:.
- Samadi, S. A., Mohammad, M. P., Ghanimi, F., & McConkey, R. (2016). The challenges of screening pre-school children for autism spectrum disorders in Iran. *Disability and Rehabilitation*, 38(17), 1739-1747.
- Scarpinato, N., Bradley, J., Kurbjun, K., Bateman, X., Holtzer, B., & Ely, B. (2010). Caring for the child with an autism spectrum disorder in the acute care setting. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 15(3), 244-254.
- Schipul, S. E., Keller, T. A., & Just, M. A. (2011). Inter-regional brain communication and its disturbance in autism. *Frontiers in systems neuroscience*, 5, 10.
- Schopler, E., Reichler, R. J., DeVellis, R. F., & Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10(1), 91-103.
- Segall, A., & Goldstein, J. (1989). Exploring the correlates of self-provided health care behaviour. *Social Science & Medicine*, 29(2), 153-161.
- Steinman, G. D., Mankuta, D., Zuckerman, R., & Gray, F. (2014). *The cause of autism: Concepts and Misconceptions*. New York: Baffin Book Publishing.
- Stillman, W. (2009). *Empowered autism parenting: celebrating (and defending) your child's place in the world*. San Francisco: Jossey Bass.
- Stuart, G. W. (2014). *Principles and practice of psychiatric nursing-e-book*: Elsevier Health Sciences.
- Stuart, G. W., & Sundeen, J. S. (1983). *Principle and practice of psychiatric nurseing*. London: The C.V. Mosby.
- Suprajitno, S. (2017). Effect of family empowerment in enhancing the capabilities of children with autism. *Belitung Nursing Journal*, 3(5), 533-540.
- Tamanaha A. C., & J., P. (2014). Measures of time to speech and language therapy for children with autism spectrum disorder. *Audiol Commun Res.*, 19(3), 258-263.
- Tebbitt, B. V. (1993). Demystifying organizational empowerment. *Journal of Nursing*

*Administration*, 23(1), 18-23.

- Twoy, R., Connolly, P. M., & Novak, J. M. (2007). Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 19(5), 251-260.
- Videbeck, S. L. (2010). *Psychiatric-mental health nursing*. China: Lippincott Williams & Wilkins.
- Vivanti, G., Barbaro, J., Hudry, K., Dissanayake, C., & Prior, M. (2013). Intellectual development in autism spectrum disorders: new insights from longitudinal studies. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 354.
- Wakimizu, R., Yamaguchi, K., & Fujioka, H. (2017). Family empowerment and quality of life of parents raising children with developmental disabilities in 78 Japanese families. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(1), 38-45.
- Webster, M., & Whitmeyer, J. M. (2001). Applications of theories of group processes. *Sociological Theory*, 19(3), 250-270.
- White, S. W., Keonig, K., & Scahill, L. (2007). Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of the intervention research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(10), 1858-1868.
- Wong, D., Eaton, M., Winkelstein, M., Wilson, D., Ahman, E., & Thomas, P. (1999). *Nursing care of infants and children*: St. Louis: Mosby Company.
- Zablotsky, B., Black, L. I., Maenner, M. J., Schieve, L. A., & Blumberg, S. J. (2015). Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014 National Health Interview Survey. Retrieved from <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Zablotsky, B., Bramlett, M., & Blumberg, S. J. (2015). Factors associated with parental rating of condition severity for children with autism spectrum disorder. *Disability and Health Journal*, 8(4), 626-634.
- Zwaigenbaum, L. (2001). Autistic spectrum disorders in preschool children. *Canadian Family Physician*, 47(10), 2037-2042.
- กนิษฐา ถนัดกิจ. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- งานเวชระเบียนโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. (2560). สถิติจำนวนผู้ป่วยออทิสติก. Retrieved 20 ธันวาคม 2560, from โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ <http://ycap.go.th/th/index.php/about-us/stat-th>
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2544). การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. ในเอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2546). มาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็กออทิสติกสำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลจิตเวช. สมุทรปราการ: ช.แสงงามการพิมพ์.
- จิราพร ชมพิกุล และคณะ. (2552). สัมพันธภาพในครอบครัวไทย. ห้างหุ้นส่วนจำกัด แทนทองชินวัฒน์ การพิมพ์: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร ศรีเจริญกาญจน์. (2551). แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมออทิสซึม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์. (2545). รายงานการวิจัยการศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2550). การบำบัดทางเลือก ในเด็กพิเศษ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2555). คู่มือออทิสติก สำหรับผู้ปกครอง (พิมพ์ครั้งที่ 5 ed.). กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- นงพงา ลิ้มสุวรรณ. (2530). จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- นาถอนงค์ บำรุงชน. (2557). การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- นิชรา เรืองดารกานนท์. (2551). ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก (1 ed.). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง.
- ประคอง วรรณสุด. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพบรยา จิระอรุณ. (2550). การศึกษาการใช้สัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลแผนกผู้ป่วยใน. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พนารัตน์ เจนจบ. (2542). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์. (บัณฑิตวิทยาลัย สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรจิตร์ ศิริพานทอง. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรกลุ่มอาการดาวน์(ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญแข ลิ้มศิลา. (2550). 40 ปี โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. ใน 84 พรรษาพระบารมีที่ระลึก

- 40 ปีโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. สมุทรปราการ: ช.แสงงามการพิมพ์.
- เพ็ญแข ลิมศิลา. (2541). รวมเรื่องน่ารู้เกี่ยวกับออทิสซึม. สมุทรปราการ ช.แสงงามการพิมพ์.
- มณี คูประสิทธิ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดากับภาวะสุขภาพของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิชย์. (2552). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 3 ed.). กรุงเทพฯ: ปิยอน เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- วนาลักษณ์ เมืองมลณีรัตน์ และภัทรารักษ์ พุงคำปัน. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีวรรณ พูลสรรพสิทธิ์ และคณะ. (2548). การศึกษาภาวะออทิสซึมในประเทศไทยและการดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 13, 10-16.
- สกวรัตน์ พวงจันทร์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. (วิทยาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมคิด ตีรารักษ์. (2545). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัมพันธ์ มณีรัตน์. (2546). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 = *Population projections for Thailand 2010-2040* (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สุภาพร แนวบุตร. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว. . วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 8(4), 31-38.
- สุภาวดี ชุ่มจิตต์. (2547). การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดา โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาวดี ชุ่มจิตต์. (2555). ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถในการ

ดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 4. ed.). กรุงเทพฯ: วีพรีน.

อรรรรณ เล่าห์เรณู. (2551). ตำราพัฒนาการ และพฤติกรรมเด็ก (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิสซิ่ง.

อัจฉริยา ปทุมวัน. (2534). แร่งสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมป์โฟบลาส. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัญชรส ทองเพชร และคณะ. (2562). ผลของการบำบัดทางการพยาบาลระยะแรกต่อความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน. (พยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปัตร์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2549). การเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระบบบริการพยาบาล ในเอกสารการสอนชุด การพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล หน่วยที่ 10 - 15 (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. พญ.วิรัชพัชร กิตติธระระพันธ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น) โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
2. นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
3. นางสาววิมล เนติวิธวรกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN)
4. นางทัศนพร พรหมประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
5. นางอัญชรส ทองเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันราชานุกูล



ภาคผนวก ข

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้  
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัว

$$CVI = \frac{11}{11} = 1$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบประเมินความรุนแรงอาการของเด็กออทิสติก

$$CVI = \frac{71}{77} = 0.92$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบประเมินพลังอำนาจ

$$CVI = \frac{16}{20} = 0.8$$

4. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ คู่มือการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว สำหรับ  
พยาบาล

$$CVI = \frac{30}{30} = 1$$

5. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ คู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว

$$CVI = \frac{4}{4} = 1$$

### การตรวจสอบความเที่ยง

#### 1.แบบแบบประเมินอาการรุนแรงอาการออทิสติก

จากการใช้โปรแกรม SPSS

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

—

#### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
1. รู้จักชื่อของตนเอง	.37	.556	30
2. ตอบสนองต่อคำสั่งว่า “ไม่ ” หรือ “หยุด”	.63	.490	30
3.สามารถทำตามคำสั่งได้บ้าง	.63	.556	30
4. สามารถพูดได้ 1 พยางค์ต่อหนึ่งครั้ง	.53	.681	30
5. สามารถพูดได้ 2 พยางค์ติดต่อกันหนึ่งครั้ง	.80	.847	30
6. สามารถพูดได้ 3 คำติดต่อกันหนึ่งครั้ง	.97	.928	30
7. รู้จักคำตั้งแต่ 10 คำขึ้นไป	.87	.900	30
8. สามารถพูดประโยคที่มีตั้งแต่ 4 คำขึ้นไปได้	1.23	.858	30
9. บอกความต้องการได้	.97	.765	30
10. ถามคำถามที่มีความหมาย	1.40	.563	30
11.พูดเป็นคำที่มีความหมายและมีความเชื่อมโยง	1.17	.699	30
12. ใช้ประโยคสื่อสารได้สำเร็จบ่อย เช่น เมื่อเด็กออทิสติก	1.10	.759	30

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
13. สนทนาได้ดีพอใช้พูดโต้ตอบตรงตามสถานการณ์	1.30	.702	30
14. สามารถติดต่อสื่อสารได้ตามวัย	1.43	.626	30
1. มีโลกส่วนตัวเหมือนกับอยู่ในเปลือกหอย คุณไม่สามารถเข้าถึงได้	.73	.583	30
2. ไม่สนใจใคร	.77	.568	30
3. ไม่สนใจหรือสนใจเล็กน้อยต่อเสียงเรียก	.77	.504	30
4. ไม่ให้ความร่วมมือ/ต่อต้าน	1.03	.556	30
5. ไม่สบตา	.73	.640	30
6. ชอบอยู่ตามลำพัง	.63	.556	30
7. สีหน้าเฉยเมย...	.70	.596	30
8. ไม่สนใจที่จะทักทายผู้ดูแล	.53	.681	30
9. หลีกเลี่ยงการพูดคุย/เข้าหาคนอื่น	.80	.610	30
10. ไม่เลียนแบบ	.67	.547	30
11. ไม่ชอบให้คนอุ้มหรือกอดรัด	.60	.675	30
12. ไม่มีส่วนร่วมหรือแสดงออก	.73	.521	30
13. ไม่โบกมือบ้ายบาย	.37	.615	30
14. ไม่เห็นด้วย/ไม่ทำตาม	.80	.551	30
15. ลงนอนดิน	.73	.691	30
16. ไม่มีเพื่อน/ไม่เล่นกับเพื่อน	.70	.702	30
17. ยิ้มยาก	.43	.504	30
18. ไม่ไวต่อความรู้สึกของคนอื่น	.87	.629	30
19. ไม่สนใจต่อสิ่งที่เป็นอยู่	.73	.691	30
20. ไม่มีท่าทีเสียใจเมื่อพ่อแม่แยกจาก	.70	.750	30
1. ตอบสนองเมื่อเรียกชื่อ	.50	.630	30
2. ตอบสนองต่อคำชม	.50	.630	30
3. มองคนอื่นและสัตว์	.67	.606	30

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
4. ดูรูปภาพและโทรทัศน์	.53	.507	30
5. วาดรูป ระบายสี ทำงานศิลปะ	.97	.490	30
6. เล่นของเล่นได้อย่างเหมาะสม	.97	.615	30
7. แสดง (ความรู้สึก/อารมณ์) ออกทาง สีหน้าได้อย่างเหมาะสม	.67	.606	30
8. เข้าใจเรื่องราวในโทรทัศน์	1.27	.640	30
9. เข้าใจคำอธิบาย	1.07	.521	30
10. มีสติ/รู้เท่าทันสิ่งแวดล้อม	1.13	.629	30
11. มีสติรู้เท่าทันอันตราย	1.20	.664	30
12. แสดงออกถึงจินตนาการ	.93	.640	30
13. ริเริ่มกิจกรรม	1.10	.607	30
14. แต่งตัวได้เอง	1.07	.521	30
15. อยากรู้อยากเห็น	.87	.629	30
16. ผจญภัยค้นคว้า	1.17	.592	30
17. หมกมุ่นกับตัวเอง/ไม่สนใจสิ่งต่างๆ รอบตัว	1.30	.750	30
18. มองสิ่งที่คนอื่นกำลังมอง	.77	.626	30
1. ปัสสาวะรดที่นอน	.70	.794	30
2. ปัสสาวะรดกางเกงหรือผ้าอ้อม	.80	.761	30
3. อุจจาระใส่กางเกงหรือผ้าอ้อม	.83	.913	30
4. ท้องเสีย	.37	.490	30
5. ท้องผูก	.50	.572	30
6. มีปัญหาในการนอน	.53	.571	30
7. รับประทานอาหารมากหรือน้อย เกินไป	.97	.669	30
8. รับประทานอาหารค่อนข้างจำกัดมาก	.70	.794	30
9. เล่นตลอดเวลา	1.20	.551	30



Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
10. ง่วงเหงาหาวนอน	.57	.568	30
11. ตีหรือทำร้ายตนเอง	.43	.504	30
12. ตีหรือทำร้ายผู้อื่น	.73	.450	30
13. ทำลายข้าวของ	.57	.568	30
14. ไวต่อแสง สี เสียง สัมผัส	1.17	.531	30
15. วิดกกังวลหรือหวาดกลัว	1.03	.669	30
16. ไม่มีความสุขหรือร้องไห้	.43	.568	30
17. ซัก	.20	.551	30
18. พุดซ้าๆ	.70	.596	30
19. มีกิจวัตรตายตัว	.57	.504	30
20. ตะโกนหรือกรี๊ดร้อง	.57	.728	30
21. ชอบอะไรเดิมๆไม่ชอบเปลี่ยนแปลง	.90	.712	30
22. อยู่ไม่ติดที่เกือบตลอดเวลา	1.17	.592	30
23. ขาดความไวต่อความเจ็บปวด	.70	.702	30
24. ติดกับหรือยึดติดกับสิ่งของหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง	.70	.651	30
25. มีการเคลื่อนไหวซ้าๆ	.87	.629	30

CHULALONGKORN UNIVERSITY

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.956	77

## 2.แบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัว

จากการใช้โปรแกรม SPSS

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

—

### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
1.ท่านเชื่อว่าการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย	4.63	.615	30
2.ท่านมีเป้าหมายในการดูแล และพัฒนา ความสามารถ	4.50	.682	30
3.ท่านเชื่อว่าการฝึกกิจวัตรประจำวันให้เด็กออกที สติก	4.63	.669	30
4.ท่านเชื่อมั่นว่าเด็กออกทีสติกของท่านสามารถ บำบัดรักษา	4.63	.556	30
5.ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาแล้วรู้สึก สบายใจ	4.03	.890	30
6.ท่านสามารถปฏิบัติตามหน้าที่ตามบทบาทของ ครอบครัว	4.03	.765	30
7.ท่านรู้สึกว่ามีคุณค่าและมีความสำคัญต่อ สมาชิกในครอบครัว	4.43	.728	30
8.ท่านสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่อยู่ บางอย่าง	4.10	.759	30
9.ท่านเชื่อมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือมีสิ่งยึดเหนี่ยว จิตใจ	4.03	.850	30
10.ท่านรู้จักวิธีจัดการปัญหาพฤติกรรมของเด็ก ออกทีสติก	3.67	.758	30
11.ท่านมีความหวังในการใช้ชีวิตประจำวันได้ ตามปกติ	4.43	.679	30

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
12.ท่านมีความเชื่อมั่นว่าท่านสามารถดูแลเด็ก ออทิสติกได้ดีขึ้น	4.23	.774	30
13.ท่านเชื่อว่ายาช่วยลดปัญหาพฤติกรรมของ เด็กออทิสติกได้	3.63	.850	30
14.ท่านรู้เข้าใจอาการของโรคออทิสซึม	3.70	.915	30
15.ท่านสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ ตามปกติ	4.03	.964	30
16.ท่านยอมรับได้หากเด็กออทิสติกของท่านต้อง รับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี	4.00	.871	30
17.ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากสมาชิกใน ครอบครัว	3.87	.937	30
18.ท่านรู้ข้อจำกัดของท่านในการฝึกกิจวัตร ประจำวัน	3.90	.662	30
19.ท่านสามารถควบคุมการแสดงพฤติกรรมที่ เป็นปัญหา	3.50	.820	30
20.ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อน บ้าน	2.73	1.202	30

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.892	20

UNIVERSITY



ภาคผนวก ค

ตารางคะแนนอาการอหิสติกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนทดลอง และหลังทดลอง

**ตาราง** คะแนนอาการออกฤทธิ์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง(Pre-Test) หลังทดลอง (Post-test) จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร ด้านที่ 2 ด้านสังคม ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม

ครูที่	กลุ่มควบคุม											กลุ่มทดลอง										
	ก่อนทดลอง					หลังทดลอง						ก่อนทดลอง					หลังทดลอง					
	ด้านการพูด	ด้านสังคม	ด้านการรับรู้	ด้านสุขภาพ	รวม	ด้านการพูด	ด้านสังคม	ด้านการรับรู้	ด้านสุขภาพ	รวม	ผลต่าง	ด้านการพูด	ด้านสังคม	ด้านการรับรู้	ด้านสุขภาพ	รวม	ด้านการพูด	ด้านสังคม	ด้านการรับรู้	ด้านสุขภาพ	รวม	ผลต่าง
1	14	19	7	10	50	12	16	5	9	42	8	11	19	7	13	50	6	5	3	8	22	28
2	16	21	15	29	81	16	21	13	27	77	4	11	11	14	5	41	8	3	6	2	19	22
3	20	20	25	34	99	18	18	22	32	90	9	11	33	18	32	94	7	21	16	24	68	26
4	25	18	24	12	79	22	15	22	10	69	10	20	23	19	19	81	17	8	11	12	48	33
5	15	15	17	19	66	14	13	15	17	59	7	24	20	20	19	83	22	14	15	12	63	20
6	17	16	11	15	59	13	14	12	12	51	8	24	26	19	21	90	23	18	16	15	72	18
7	22	20	24	18	84	22	18	19	18	77	7	21	21	12	15	69	7	6	12	10	35	34
8	5	12	16	13	46	6	11	15	10	42	4	23	15	23	22	83	20	9	14	15	58	25
9	16	18	29	16	79	7	17	27	14	65	14	11	21	9	18	59	8	8	7	14	37	22
10	21	22	9	34	86	20	21	8	33	82	4	16	23	9	14	62	16	8	11	11	46	16
11	20	12	6	24	62	20	10	6	22	58	4	3	16	7	21	47	3	4	8	12	27	20
12	10	8	13	14	45	9	9	12	12	42	3	28	33	31	21	108	23	24	28	17	92	16
13	25	16	25	20	86	24	15	25	19	83	3	13	35	17	37	102	12	25	17	30	84	18
14	25	36	26	38	125	20	35	24	38	117	8	13	28	16	30	87	12	16	14	21	63	24
15	20	14	20	27	81	19	13	19	25	76	5	23	13	17	24	77	20	12	13	17	62	15
16	16	12	14	14	56	14	10	11	15	50	6	24	21	21	18	84	21	12	17	14	64	20
17	18	20	20	25	83	17	18	18	25	78	5	20	24	25	10	79	12	11	15	5	43	36
18	22	24	18	32	96	20	21	16	29	86	10	15	17	19	14	65	6	6	12	17	41	24
19	23	11	17	23	74	22	9	13	20	64	10	23	16	23	32	94	22	10	17	20	69	25
20	18	21	16	22	77	15	20	13	21	69	8	18	17	17	21	63	6	14	14	15	49	14
รวม	368	355	352	439	1514	330	324	315	408	1377	137	352	432	343	406	1518	271	234	266	291	1062	456
X̄	18.40	17.75	17.60	21.95	75.70	16.50	16.20	15.75	20.40	68.85	6.85	17.60	21.60	17.15	20.30	75.90	13.55	11.70	13.30	14.55	53.10	22.80
SD	5.092	6.051	6.549	8.268	19.515	5.176	5.996	6.197	8.407	1.508	2.907	6.410	6.707	6.209	7.881	18.393	6.939	6.408	5.232	6.337	19.812	6.305



### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
  - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัว
  - 1.2 แบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิสซึม
2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย
  - 2.1 โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว
  - 2.2 คู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบประเมินพลังอำนาจ



### 1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและครอบครัว

**คำชี้แจง** กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับเด็กและตัวท่านให้มากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  หรือเติมคําลงในช่องว่าง และ กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. เป็นบุตรลำดับที่.....ในจำนวน.....คน
4. การวินิจฉัยครั้งแรกอายุ (ระบุ).....ปี.....เดือน
5. การรักษาในปัจจุบัน  ไม่ได้รับยา  
 ได้รับ(ระบุยา และขนาดของยาที่ได้รับ).....

#### ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรสของบิดา/มารดา  
 คู่  หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา  
 ไม่ได้เรียน  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช.  
 อนุปริญญา/ป.ว.ส.  ปริญญาตรี  
 สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ  
 เกษตรกรรม  รับจ้าง  ค้าขาย  
 แม่บ้าน  รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ  อื่นๆ.....
6. ความสัมพันธ์ของครอบครัวผู้ดูแลเด็ก  
 บิดา  มารดา  ปู่ / ย่า  
 ตา / ยาย  ลุง / ป้า  น้ำ / อา  
 อื่นๆ (ระบุ).....
7. ระยะเวลาในการดูแลเด็ก.....(โปรดระบุเป็น เดือน หรือ ปี)



## 1.2 แบบประเมินความรุนแรงอาการของเด็กออทิสติก

**คำชี้แจง** ข้อคำถามในแบบประเมินนี้เป็นข้อคำถามที่ต้องการทราบถึงผลการรักษาเด็กออทิสติก แบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 77 ข้อโดยประเมินจากพัฒนาการของเด็กและความรุนแรงของโรค ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านให้มากที่สุด กรุณาตอบคำถามในแต่ละข้อต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงบนข้อที่อธิบายได้ตรงกับลักษณะของเด็กมากที่สุด

### ลักษณะคำตอบด้านที่ 1

ไม่จริง	หมายถึง	เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับตัวเด็กเลย
จริงบ้าง	หมายถึง	เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับตัวเด็กบ้าง
จริงมาก	หมายถึง	เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับตัวเด็กมาก

ด้านที่ 1 การพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร				
ข้อความ	ไม่จริง	จริงบ้าง	จริงมาก	
1. รู้จักชื่อของตนเอง				
2. ตอบสนองต่อคำสั่งว่า “ไม่ ” หรือ “หยุด”				
3. สามารถทำตามคำสั่งได้บ้าง				
4. สามารถพูดได้ 1 พยางค์ต่อหนึ่งครั้ง				
5. สามารถพูดได้ 2 พยางค์ติดต่อกันหนึ่งครั้ง				
6. สามารถพูดได้ 3 คำติดต่อกันหนึ่งครั้ง				
7. รู้จักคำตั้งแต่ 10 คำขึ้นไป				
8. สามารถพูดประโยคที่มีตั้งแต่ 4 คำขึ้นไปได้				
9. บอกความต้องการได้				
10. ถ้ามคำถามที่มีความหมาย				
11. พูดเป็นคำที่มีความหมายและมีความเชื่อมโยง				
12. ใช้ประโยคสื่อสารได้สำเร็จบ่อย เช่น เมื่อเด็กออทิสติกอยากกินขนม เด็กสามารถพูดบอกได้ว่า “หนูอยากกินขนมครับ/ค่ะ”				
13. สนทนาได้ดีพอใช้พูดได้ตรงตามสถานการณ์				
14. สามารถติดต่อสื่อสารได้ตามวัย				

### ลักษณะคำตอบด้านที่ 2 และ 3

ไม่มีลักษณะดังกล่าว หมายถึง เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับลักษณะของเด็กเลย  
 มีลักษณะดังกล่าวบ้าง หมายถึง เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับลักษณะของเด็กบ้าง  
 มีลักษณะดังกล่าวมาก หมายถึง เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับลักษณะของเด็กมาก

ด้านที่ 2 ด้านสังคม			
ข้อความ	ไม่มี ลักษณะ ดังกล่าว	มีลักษณะ ดังกล่าว บ้าง	มีลักษณะ ดังกล่าว มาก
1. มีโลกส่วนตัวเหมือนกับอยู่ในเปลือกหอย คุณไม่สามารถเข้าถึงได้			
2. ไม่สนใจใคร			
3. ไม่สนใจหรือสนใจเล็กน้อยต่อเสียงเรียก			
4. ไม่ให้ความร่วมมือ/ต่อต้าน			
5. ไม่สบตา			
6. ชอบอยู่ตามลำพัง			
7. สีหน้าเฉยเมย/ไม่มีการแสดงออกทางสีหน้า/มีการแสดงออกทางสีหน้าต่อสถานการณ์ที่ถูกต้องเพียงเล็กน้อย			
8. ไม่สนใจที่จะทักทายผู้ดูแล/คนในครอบครัว			
9. หลีกเลี่ยงการพูดคุย/เข้าหาคนอื่น			
10. ไม่เลียนแบบ			
11. ไม่ชอบให้คนอุ้มหรือกอดรัด			
12. ไม่มีส่วนร่วมหรือแสดงออก			
13. ไม่โบกมือบ้ายบาย			
14. ไม่เห็นด้วย/ไม่ทำตาม			
15. ลงนอนดิน			
16. ไม่มีเพื่อน/ไม่เล่นกับเพื่อน			
17. ยึดยาก			
18. ไม่ไวต่อความรู้สึกของคนอื่น			
19. ไม่สนใจต่อสิ่งที่เป็นอยู่			
20. ไม่มีท่าทีเสียใจเมื่อพ่อแม่แยกจาก			

ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้			
ข้อความ	ไม่มี ลักษณะ ดังกล่าว	มี ลักษณะ ดังกล่าว บ้าง	มีลักษณะ ดังกล่าว มาก
1. ตอบสนองเมื่อเรียกชื่อ			
2. ตอบสนองต่อคำชม			
3. มองคนอื่นและสัตว์			
4. ดูรูปภาพและโทรทัศน์			
5. วาดรูป ระบายสี ทำงานศิลปะ			
6. เล่นของเล่นได้อย่างเหมาะสม			
7. แสดง (ความรู้สึก/อารมณ์) ออกทางสีหน้าได้อย่างเหมาะสม			
8. เข้าใจเรื่องราวในโทรทัศน์			
9. เข้าใจคำอธิบาย			
10. มีสติ/รู้เท่าทันสิ่งแวดล้อม			
11. มีสติรู้เท่าทันอันตราย			
12. แสดงออกถึงจินตนาการ			
13. ริเริ่มกิจกรรม			
14. แต่งตัวได้เอง			
15. อยากรู้อยากเห็น			
16. พจณภัยคันคว่ำ			
17. ไม่หมกมุ่นกับตัวเอง/สนใจสิ่งต่างๆรอบตัว			
18. มองสิ่งที่คนอื่นกำลังมอง			

#### ลักษณะคำตอบด้านที่ 4

ไม่มีลักษณะดังกล่าว หมายถึง เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับลักษณะของเด็กเลย  
 มีลักษณะดังกล่าวบ้าง หมายถึง เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับลักษณะของเด็กบ้าง  
 มีลักษณะดังกล่าวมาก หมายถึง เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับลักษณะของเด็กมาก

ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม			
ข้อความ	ไม่มี ลักษณะ ดังกล่าว	มีลักษณะ ดังกล่าว บ้าง	มี ลักษณะ ดังกล่าว มาก
1. ปัสสาวะรดที่นอน			
2. ปัสสาวะรดกางเกงหรือผ้าอ้อม			
3. อุจจาระใส่กางเกงหรือผ้าอ้อม			
4. ท้องเสีย			
5. ท้องผูก			
6. มีปัญหาในการนอน			
7. รับประทานอาหารมากหรือน้อยเกินไป			
8. รับประทานอาหารค่อนข้างจำกัดมาก			
9. เล่นตลอดเวลา			
10. ง่วงเหงาหาวนอน			
11. ตีหรือทำร้ายตนเอง			
12. ตีหรือทำร้ายผู้อื่น			
13. ทำลายข้าวของ			
14. ไวต่อแสง สี เสียง สัมผัส			
15. วิดกกังวลหรือหวาดกลัว			
16. ไม่มีความสุขหรือร้องไห้			
17. ชัก			
18. พุดซ้าๆ			
19. มีกิจวัตรตายตัว			
20. ตะโกนหรือกรีดร้อง			
21. ชอบอะไรเดิมๆไม่ชอบเปลี่ยนแปลง			

ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม			
ข้อความ	ไม่มี ลักษณะ ดังกล่าว	มีลักษณะ ดังกล่าว บ้าง	มี ลักษณะ ดังกล่าว มาก
22. อยู่ไม่ติดที่เกือบตลอดเวลา			
23. ขาดความไวต่อความเจ็บปวด			
24. ติดกับหรือยึดติดกับสิ่งของหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง			
25. มีการเคลื่อนไหวช้าๆ			



## 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

### 2.1 โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

#### คู่มือการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก ของครอบครัว



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นางสาวสุชาวลี พันธุ์พงษ์

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 2.2 คู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว

# คู่มือการดูแลเด็กออทิสติก

## สำหรับครอบครัว



จัดทำโดย

นางสาวสุชาวลี พันธุ์พงษ์

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล

### 3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

#### แบบประเมินพลังอำนาจ

##### คำชี้แจง

โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าตรงกับการปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใดโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง และกรุณาตอบคำถามในแต่ละข้อต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่อธิบายได้ตรงกับลักษณะของท่านมากที่สุด

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านเชื่อว่าการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยจะช่วยให้การเรียนรู้ของเด็กออทิสติกดีขึ้น					
2. ท่านมีเป้าหมายในการดูแล และพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้เต็มศักยภาพประสิทธิภาพ					
3. ท่านเชื่อว่าการฝึกกิจวัตรประจำวันให้เด็กออทิสติกมีส่วนช่วยลดภาระในการดูแลของคนในครอบครัว					
4. ท่านเชื่อมั่นว่าเด็กออทิสติกของท่านสามารถบำบัดรักษาให้ดีขึ้นได้					
5. ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาแล้วรู้สึกสบายใจ					
6. ท่านสามารถปฏิบัติตามหน้าที่ตามบทบาทของครอบครัวได้ นอกเหนือจากการดูแลเด็กออทิสติก					
7. ท่านรู้สึกว่ามีคุณค่าและมีความสำคัญต่อสมาชิกในครอบครัว					
8. ท่านสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่อยู่บางอย่าง เพื่อลดความรู้สึกในด้านลบกับเด็กออทิสติก					
9. ท่านเชื่อมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้ท่านมีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรค					
10. ท่านรู้จักวิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกอย่างเหมาะสม					
11. ท่านมีความหวังในการใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ถึงแม้ว่าต้องดูแลเด็กออทิสติก					
12. ท่านมีความเชื่อมั่นว่าท่านสามารถดูแลเด็กออทิสติก					



ข้อความ	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
ได้ดีขึ้น					
13. ท่านเชื่อว่ายาช่วยลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกได้					
14. ท่านรู้เข้าใจอาการของโรคออทิสซึม					
15. ท่านสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ					
16. ท่านยอมรับได้หากเด็กออทิสติกของท่านต้อง รับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี					
17. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากสมาชิกใน ครอบครัวในการดูแลเด็กออทิสติกได้ หากท่านมีปัญหา เจ็บป่วยเกิดขึ้น					
18. ท่านรู้ข้อจำกัดของท่านในการฝึกกิจวัตรประจำวัน ให้กับเด็กออทิสติก					
19. ท่านสามารถควบคุมการแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ของเด็กออทิสติกได้					
20. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านในการ ดูแลเด็กออทิสติกได้ ถ้าท่านมีปัญหาการเจ็บป่วย					



**เอกสารชี้แจงการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย**  
(Information sheet)

**ชื่อโครงการวิจัย:** ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

**หัวหน้าโครงการวิจัยและทีมวิจัย :** นางสาวสุชาวลี พันธุ์พงษ์

**วัตถุประสงค์ของโครงการ:**

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**วิธีการวิจัย:** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design) โดยผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) กิจกรรมที่พยาบาลที่ให้บริการดูแลเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน และครอบครัวทุกรายตามวิธีที่ปฏิบัติเป็นประจำของแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การซักถามอาการ การประเมินพัฒนาการตามวัย การทำกลุ่มบำบัดเด็กออทิสติกโดยมีครอบครัวเป็นผู้ร่วมบำบัด มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีทักษะในการดูแลเด็กออทิสติก ผ่านกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมพัฒนาทักษะสังคม กิจกรรมพัฒนาทักษะการรับรู้ทางภาษา กิจกรรมพัฒนาทักษะการแสดงออกทางภาษา กิจกรรมพัฒนาทักษะด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และกิจกรรมพัฒนาทักษะการเล่น การเรียนรู้ โดยพยาบาลประจำคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวตามแนวคิดของ Miller (1992) ประกอบด้วย ทำกลุ่มบำบัดทั้งหมด 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง 6 กิจกรรม ซึ่งในการนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงคุณภาพและความเที่ยงตรงของกระบวนการบำบัดกับกลุ่มทดลอง โดยได้มีการปฏิบัติในแนวทางเดียวกันทุกขั้นตอน ดังนี้ ครั้งที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจ และความร่วมมือ กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริง ครั้งที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแลเด็ก กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนเอื้ออำนวยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก ครั้งที่ 3 ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5 การดำเนินการด้วยตนเอง และครั้งที่ 4 ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 6 การสร้างความมุ่งมั่นและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลเด็ก

ผู้วิจัยป้องกันความเสี่ยงและความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยระหว่างการดำเนินการวิจัยอาจส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความปลอดภัยของเด็กออทิสติกอย่างเคร่งครัดจึงจัดให้ผู้เข้าร่วมวิจัย และเด็กออทิสติกที่อยู่ในการดูแลอยู่ในห้องบำบัดที่มีความปลอดภัย โดยเป็นห้องที่ใช้ในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยของโรงพยาบาล หากเกิดอันตรายสามารถขอความช่วยเหลือได้ทันที ภายใต้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล และในการดำเนินกลุ่มผู้วิจัยได้จัดให้มีผู้ช่วยวิจัยที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กออทิสติกเข้าร่วมกลุ่มด้วยจำนวน 1 ท่าน สำหรับการรับบริการตรวจรักษาของโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะประสานลำดับการตรวจกับทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและเด็กออทิสติกได้รับการบริการของโรงพยาบาลตามปกติ เมื่อถึงลำดับการตรวจหรือการรับบริการผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถเข้ารับบริการได้ตามปกติ

ผู้วิจัยได้ป้องกันความลับของข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-สกุลในแบบสอบถาม และผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่พึงได้รับตามปกติ ถ้าท่านประสบปัญหาเกี่ยวกับการศึกษาสามารถติดต่อผู้ศึกษาได้ทันทีตามที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ดังต่อไปนี้

**กรณีมีเหตุจำเป็น หรือ ฉุกเฉินผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถติดต่อ**

ชื่อ นางสาวสุชาวลี พันธุ์พงษ์

ที่อยู่ 67/296 หมู่ 9 ซอยมิตรไมตรี 14 ถนนสุขุมวิท ตำบลบางเมืองใหม่ อำเภอบางเมือง  
สมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

โทรศัพท์ 090-962-5821

E-mail Suchawalee.peung2@gmail.com

**หนังสือยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย**  
(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวต่ออาการออทิสติก  
ของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ผู้ปกครองของ (ด.ช./ด.ญ/นาย/นางสาว).....

ขอทำหนังสือนี้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผลของโปรแกรม  
เสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน  
ซึ่งผู้วิจัย คือ นางสาวสุชาวลี พันธุ์พงษ์ ที่อยู่ 67/296 หมู่ 9 ซอย มิตรไมตรี 14 ถนนสุขุมวิท  
ตำบล บางเมืองใหม่ อำเภอ เมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์ 090-962-5821

ข้าพเจ้าสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดย  
ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวต่ออาการ  
ออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง  
เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการ  
ถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จน  
ข้าพเจ้าพอใจ และ จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะรูปที่  
เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้  
เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว  
ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า  
สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลยุวประสาทไวท  
โยปถัมภ์

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และยินยอมให้ผู้เยาว์ และหรือ  
บุคคลไร้ความสามารถเข้าการวิจัยได้ จึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ในกรณีที่การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้ผู้เยาว์และหรือบุคคลไร้ความสามารถมีส่วนร่วมในการวิจัย ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจในสิทธิและหน้าที่ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกประการและยินยอมให้ผู้เยาว์ และหรือ บุคคลไร้ความสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้แทน/ผู้ปกครอง/ญาติ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





๖๑ ถนนสุขุมวิท ตำบลปากน้ำ  
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ๑๐๒๗๐

โทร. ๐๒ ๓๘๔ ๓๓๘๑-๓ ต่อ ๗๒๑๐๖  
โทรสาร. ๐๒ ๓๘๐ ๐๖๙๖

หมายเลขผู้ขอทำวิจัย  
๑๐๓./๖๒  
(ที่เข้าประชุม)

คณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์  
เอกสารรับรองโครงการ

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของ  
เด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ) The effect of enhancing family care giving ability program on autistic  
symptoms among autistic preschoolers

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานสังกัด นางสาวสุชาวดี พันธุ์พงษ์ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

สถานที่ทำวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

เอกสารที่รับรอง

๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย
๒. เอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet)
๓. หนังสือแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent)
๔. คู่มือการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกของครอบครัว สำหรับพยาบาล
๕. คู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว

วันหมดอายุ : ๒๔ มกราคม ๖๓

คณะกรรมการจริยธรรมการในงานวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการ  
ให้การรับรองโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki , The  
Belmont , CIOMS Guidelines และ The International Conference on Harmonization in good Clinical  
Practice (ICH - GCP)

ลงนาม.....*วิภา*.....  
(นางรินสุข งามอาจสกุลมัน)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย

( ๒๔ มกราคม ๖๓ )  
วันที่

ลงนาม.....*วิภา*.....  
(นางนพวรรณ ศรีวงศ์พานิช)  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ วิชาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

( ๒๔ มกราคม ๖๓ )  
วันที่



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวสุชาวลี พันธุ์พงษ์
วัน เดือน ปี เกิด	29 มกราคม 2534
สถานที่เกิด	กรุงเทพฯ
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
ที่อยู่ปัจจุบัน	67/296 หมู่ 9 ซอยมิตรไมตรี14 ถนนสุขุมวิท ตำบล บางเมืองใหม่ อำเภอ เมืองสมุทรปราการ จังหวัด สมุทรปราการ 10270



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY