

ความรู้สึกร่วมต่อการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก  
ที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์



นางสาวนาฏยพรรณ ภิญโญ

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

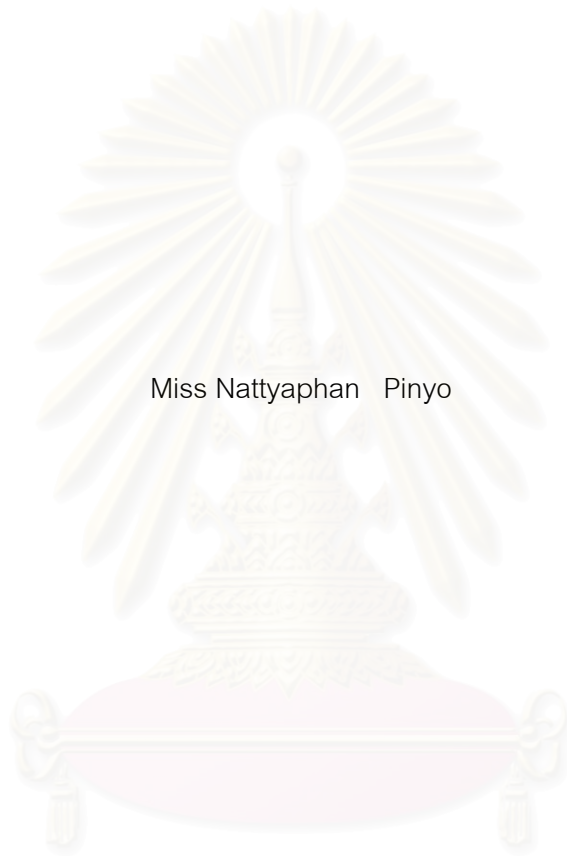
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-1702-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

BURDENS AND STRESS IN FATHER AND MOTHER OF CHILDREN WITH AUTISM AT INPATIENTS  
DEPARTMENT OF YUWAPRASATWITAYOPATUM HOSPITAL



Miss Nattyaphan Pinyo

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-1702-4

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความรู้สึกลึกต่อภาระการดูแลและความเครียดของบิดามารดา  
เด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยในโรงพยาบาล  
ยุวประสาทโศภิตโยปถัมภ์

โดย

นางสาวนาฏยพรรณ ภิญโญ

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

..... กรรมการ  
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นาฏยพรรณ ญาณุโณ: ความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดา  
เด็กออทิสติก ที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาท-  
ไวทโยปถัมภ์ (BURDENS AND STRESS IN FATHER AND MOTHER OF  
CHILDREN WITH AUTISM AT INPATIENTS DEPARTMENT OF  
YUWAPRASATWITAYOPATUM HOSPITAL )

อ.ที่ปรึกษา : แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร...142..หน้า

ISBN 974-17-1702-4

การวิจัยเชิงพรรณนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก, ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่าง 110 ราย เป็นผู้ปกครองของเด็ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (Thai Youth Checklists : TYC), แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม, แบบสอบถามระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก และแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกต่อภาวะการดูแล (Burden Interview : BI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยการคำนวณค่าไคสแควร์, Unpaired T-Test และ One - Way ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าความรู้สึกต่อภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ  $p < .01$  และจากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือโรคประสาทของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ  $p < .01$ , ส่วนปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม, ปัญหาพฤติกรรม, อายุ, การศึกษา, รายได้ของผู้ปกครอง, การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม, การเข้ากับเด็กคนอื่นได้ และรูปแบบการรักษา มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  ในด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ปกครองเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ในเรื่องปัญหาพฤติกรรมส่วนใหญ่เด็กออทิสติกมีปัญหาพฤติกรรมอยู่ในระดับมีปัญหา โดยส่วนใหญ่เป็นปัญหาแบบแสดงออกและปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน ขาดสมาธิ และยังพบว่าปัญหาพฤติกรรมส่งผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกในระดับปานกลาง และปัจจัยในด้านประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือโรคประสาทของบิดามารดาเด็กออทิสติก และการปฏิบัติตนต่อพ่อแม่ของเด็กออทิสติก พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ  $p < .01$  ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพสมรส, ความพอเพียงของรายได้, การมีสมาชิกหรือญาติมีประวัติป่วยเป็นโรค ออทิสซึม, อายุของผู้ป่วย, การเข้ากับเด็กคนอื่นได้ และระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ  $p < .05$  ขณะที่ปัจจัยอื่นไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ ลายมือชื่อผู้เขียน.....  
สาขาวิชา สุขภาพจิต ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....  
ปีการศึกษา 2545

##4475360830 MAJOR: MENTAL HEALTH

KEY WORDS : BURDENS / STRESS / CHILDREN WITH AUTISM.

NATTAYAPHAN PINYO : BURDENS AND STRESS IN FATHER AND  
MOTHER OF CHILDREN WITH AUTISM AT INPATIENTS DEPARTMENT  
OF YUWAPRASATWITAYOPATUM HOSPITAL.THESIS ADVISOR :  
SIRILUCK SUPPAPITIPORN, M.D. ; 142 pp. ISBN: 974-17-1702-4

The purposes of descriptive study was to find the burdens, the stress in father and mother of children with autism and to determine the relationships between related factors and burdens and stress in father and mother of children with autism at inpatients department of Yuwaprasatwitayopatum Hospital. The sample consisted of 110 parents. The instruments used in this study were the standard Thai Youth Checklist (TYC), The Personal Resource Questionnaire (PRQ Part II), The Stress In Parent Of Children With Autism Questionnaire and The Burden Interview (BI). The data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square test Unpaired T-Test and One - Way ANOVA . The results of this study were as following :

The burdens and stress of most father and mother of children with autism were at moderate degree and the burdens were significantly related to stress in parents of children with autism ( $p<.01$ ). Factors were significantly related to stress in father and mother of children with autism were the history of psychiatric illness ( $p<.01$ ), the social supporting system, behavioral problems, age, the level of education, income, participation in social activity, the interpersonal relationship and treatment pattern ( $p<.05$ ). The social supporting system of most father and mother of children with autism were at moderate degree. The behavioral problems of children with autism were higher behavioral problems degree. They also have higher externalizing scores in the attention problems. The behavioral problems as mention were significantly related to stress in father and mother of children with autism were at moderate degree. Factors were significantly related to burdens in father and mother of children with autism were the history of psychiatric illness and interaction of children with autism ( $p<.01$ ), the marital status, economic status, the history of autism illness, age of children, the interpersonal relationship and behavioral problems ( $p<.05$ ).

Department      Psychiatry      Student's Signature.....

Field of study      Mental health      Advisor's Signature.....

Academic year      2002

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่องมา โดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ประธาน กรรมการ และศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ, แพทย์หญิงศิริ ลักษณ์ ศุภปิติพร, แพทย์หญิงบุรณี กาญจนฉวีวงศ์, นายแพทย์ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล และนายแพทย์ ภัทร ทิพย์รัตน์เสถียร ที่ให้เกียรติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ในการตรวจความถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ของแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกเป็นภาระ (Burden Interview : BI)

ขอขอบพระคุณ บุคลากรของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผู้ปกครอง และเด็กๆ ที่ให้ความร่วมมือ และช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี บุคลากรภาควิชาจิต เวชศาสตร์ จุฬาฯ ที่ได้ให้คำแนะนำและความอนุเคราะห์ รวมถึงทุกท่านที่ได้ให้ข้อคิดเห็นในการทำ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์มาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ ผู้มีพระคุณที่ให้สิ่งดีงาม และ กำลังใจมาตั้งแต่ต้น ครูอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้ ตลอดจนเพื่อนๆ บริบูรณ์โท สาขาสุขภาพจิตรุ่น 2 (นอกเวลา) ทุกคนสำหรับน้ำใจ และมิตรภาพที่มีคุณค่ายิ่งจาก พี่นอ และ น้องที่ปรารถนาดี ช่วยเหลือดูแลด้วยความห่วงใย และเป็นกำลังใจ ตลอดเวลาในการศึกษา จน วิทยา-นิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดี

นางยุพรรณ ภิญโญ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
<b>บทที่</b>	
1    บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	10
กรอบแนวความในการวิจัย.....	11
2    เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
โรคอหิวาต์.....	12
ประวัติโรคอหิวาต์.....	12
คำจำกัดความ.....	13
ลักษณะของเด็กอหิวาต์.....	15
สาเหตุของปัจจัยส่งเสริมในการเกิดโรคอหิวาต์.....	16
การวินิจฉัยโรค.....	17
ระบาดวิทยา.....	19
การแสดงออกของเด็กอหิวาต์.....	20
การรักษาโรค.....	25
การดูแลเฉพาะสำหรับเด็กอหิวาต์.....	27

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
ความเครียด.....	30
ความหมายของความเครียด.....	30
ชนิดของความเครียด.....	31
สาเหตุของความเครียด.....	31
ระดับของความเครียด.....	32
ผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย.....	32
ความเครียดกับการเจ็บป่วย.....	33
ปฏิบัติการแสดงออกของผู้ปกครองที่เครียดเนื่องจากมีบุตรพิการ.....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความเครียด.....	36
การสนับสนุนทางสังคม	38
ความหมายการสนับสนุนทางสังคม	38
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม	39
ภาวะการดูแล.....	39
ความหมายของภาวะการดูแล.....	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแล.....	42
3	
วิธีดำเนินการวิจัย.....	45
รูปแบบการวิจัย.....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	45
ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
การรวบรวมข้อมูล.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	53



## สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
	ส่วนที่ 1    ข้อมูลทั่วไป.....	54
	ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	56
	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	62
	ข้อมูลของระดับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย	66
	ส่วนที่ 2    การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	69
	ส่วนที่ 3    ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	70
	ส่วนที่ 4    ระดับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็ก ออทิสติก.....	71
	ส่วนที่ 5    ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ .....	72
	-    ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็ก ออทิสติกกับความเครียดของบิดามารดา.....	72
	-    ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็ก ออทิสติกกับความรู้สึกต่อภาวะการดูแล.....	76
	-    ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกับความรู้สึก ต่อภาวะการดูแล.....	80
	-    ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกับ ความเครียดของบิดามารดา.....	83
	-    ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของปัญหาพฤติกรรมของผู้ ป่วยกับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดา.....	86
	ความเครียดของบิดามารดา	
	-    ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของปัญหาพฤติกรรมของผู้ ป่วยกับความเครียดของบิดามารดา.....	88

## สารบัญ (ต่อ)

### บทที่

4	(ต่อ)	
	-	ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดา..... 89
	-	ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความเครียดของบิดามารดา..... 90
	-	ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด กับ ความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดา..... 91
	-	ความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกต่อภาวะการดูแล กับ ปัจจัยข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา..... 92
	-	ความแตกต่างของคะแนนระดับความเครียด กับ ปัจจัยข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา..... 96
5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	100
	สรุปผลการวิจัย.....	100
	อภิปรายผลการวิจัย.....	109
	ปัญหาและอุปสรรคในการทำวิจัย.....	112
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	113
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	114
	รายการอ้างอิง.....	115
	ภาคผนวก.....	121
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	142

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ปกครอง (บาท/เดือน) ความเพียงพอของรายได้ต่อการดำเนินชีวิต ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม ระยะเวลาของการดูแลบุตร และการมีคนมาช่วยดูแลและประวัติการเจ็บป่วย.....	56
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วย จำแนกตาม อายุ เพศ ความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม, ระยะเวลาที่เป็นโรค, ระยะเวลาการรักษา และรูปแบบการรักษา.....	62
3	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	64
4	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	65
5	ระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมในทัศนะของผู้ปกครอง.....	66
6	ปัญหาพฤติกรรมรายชื่อ 10 อันดับแรกในทัศนะของผู้ปกครอง.....	67
7	ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ที่ผู้ปกครอง.....	68
8	ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	69
9	ข้อมูลระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	70
10	ข้อมูลระดับความรู้สึกต่อการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	71
11	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับความเครียด.....	72
12	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับความรู้สึกต่อการดูแล.....	76
13	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับความรู้สึกต่อการดูแล.....	80
14	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกับความเครียด.....	83
15	ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของปัญหาพฤติกรรมกับการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	86
16	ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของปัญหาพฤติกรรมกับการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	87
17	ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของปัญหาพฤติกรรมกับความเครียดของบิดามารดา.....	88

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
18	ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการดูแลของ บิดามารดาเด็กออทิสติก.....	89
19	ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของบิดา มารดา เด็กออทิสติก.....	90
20	ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับความรู้สึกล่อการดูแล ของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	91
21	ความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกล่อการดูแลกับปัจจัยเรื่อง ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือโรคประสาทของบิดามารดาเด็ก ออทิสติก.....	92
22	ความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกล่อการดูแลกับปัจจัยเรื่อง อายุของเด็กออทิสติก.....	93
23	ความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกล่อการดูแลกับปัจจัยเรื่อง ความเพียงพอของรายได้ของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	93
24	ความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกล่อการดูแลกับปัจจัยเรื่อง การเข้ากับเด็กคนอื่นๆ ได้.....	93
25	ความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกล่อการดูแลกับปัจจัยเรื่อง การปฏิบัติต่อพ่อแม่ของเด็กออทิสติก.....	94
26	ความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกล่อการดูแลกับปัจจัยเรื่อง ระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมเด็ก.....	94
27	ความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกล่อการดูแลกับปัจจัยเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	95
28	ความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกล่อการดูแลกับปัจจัยเรื่อง ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	95
29	ความแตกต่างของระดับความเครียดกับปัจจัยเรื่องประวัติการเจ็บป่วย ทางจิตหรือโรคประสาทของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	96
30	ความแตกต่างของระดับความเครียดกับปัจจัยเรื่องลักษณะของ ครอบครัว.....	96
31	ความแตกต่างของระดับความเครียดกับปัจจัยเรื่องรูปแบบการรักษา ของเด็กออทิสติก.....	97

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
32	ความแตกต่างของระดับความเครียดกับปัจจัยเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	97
33	ความแตกต่างของระดับความเครียดกับปัจจัยเรื่องรายได้ต่อเดือนของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	98
34	ความแตกต่างของระดับความเครียดกับปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	98
35	ความแตกต่างของระดับความเครียดกับปัจจัยเรื่องระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมเด็ก.....	99
36	ความแตกต่างของระดับความเครียดกับปัจจัยเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กออทิสติก.....	99

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรของประเทศไทยมีจำนวนมากกว่า 60 ล้านคน แต่มีประชากรบางส่วนที่ไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หรือไม่สามารถที่จะใช้ศักยภาพความสามารถของตนเองได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากมีความพิการหรือความบกพร่องทางร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ เป็นอุปสรรคที่ขัดขวางไม่ให้อาจจะทำในสิ่งที่ตนเอง ครอบครัวยุ ชุมชน รวมไปถึงสังคมคาดหวัง<sup>(1)</sup> ส่วนหนึ่งของประชากรที่มีความผิดปกติกลุ่มนี้เป็นกลุ่มของเด็กออทิสติก (Early Infantile Autism)

เด็กออทิสติก คือ เด็กที่มีความบกพร่องหรือมีความผิดปกติเกี่ยวกับพัฒนาการด้านสังคม การสื่อความหมาย และอารมณ์อย่างรุนแรง แสดงออกโดยเด็กไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ไม่สบตาคน ไม่สามารถสื่อความหมายกับบุคคลได้ เมื่อถึงวัยที่ควรจะเป็นเสียงหรือพูด อาจเปล่งเสียงได้บ้างแต่ไม่เป็นภาษา สามารถพูดเลียนแบบได้เป็นประโยคยาว ๆ ร้องเพลงได้ถูกต้องทั้งเนื้อร้องและทำนองจนจบเพลงโดยไม่รู้ความหมายเลย เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกายหรือได้รับความเจ็บปวด เด็กจะไม่รู้จักช่วยเหลือตนเอง ไม่รู้จักการต่อสู้ป้องกันตนเองจากภัยอันตรายต่าง ๆ เด็กออทิสติกจะมีหน้าตาเฉยเมย ไร้อารมณ์ แต่แววตาแฝงความเศร้า บางครั้งมีพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์ไม่สมเหตุสมผล เด็กออทิสติกจะไม่ยอมเปลี่ยนแปลงอะไรง่าย ๆ โดยเฉพาะกิจวัตรประจำวัน เช่น การกิน การนอน การขับถ่าย ชอบเล่นหรือสนใจบางสิ่งบางอย่างที่ซ้ำซาก เช่น ชอบเล่นเปิดปิดไฟ เล่นของเล่นที่หมุนได้ ชอบดูการหมุนของใบพัดลม ชอบดูโฆษณาทางโทรทัศน์ เด็กบางคนสามารถถอดใจโฆษณาได้ทั้งเรื่องหรือวาดภาพผลิตภัณฑ์สินค้าตามที่โฆษณาทางโทรทัศน์ หรือหนังสือต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ความผิดปกติทางพฤติกรรมทั้งหมดดังกล่าวข้างต้นนั้น จะพบได้ก่อนวัย 30 เดือน เด็กออทิสติกบางคนอาจจะมีปัญญาอ่อนร่วมด้วย ซึ่งจะทำให้ผลของการรักษาและการช่วยเหลือโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร (เพ็ญแข)<sup>(2)</sup> โดยสถิติ พบเด็กออทิสติกได้บ่อยในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง 4-5 คน ต่อ 10,000 คน

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยอาการต้องเริ่มก่อนอายุ 3 ขวบ โดยทั่วไปในช่วงอายุน้อย ๆ อาจไม่เห็นอาการผิดปกติ แต่พออายุขวบครึ่งถึงสองขวบ พ่อแม่จะสังเกตว่าเด็กมีความล่าช้าใน

ภาษาและไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเฉพาะพูดซ้ำและชอบเล่นคนเดียว ในเด็กจำนวนมาก เมื่อมองย้อนหลังไปจะพบว่า มีบางอย่างผิดปกติตั้งแต่ขวบปีแรก เช่น ไม่ค่อยมองตาเวลาที่แม่ให้นม หรือไม่คอยยิ้ม ไม่เฝ้าเข้าหาและไม่ร้องไห้เมื่อแม่เดินจากไป เป็นต้น อย่างไรก็ตามในเด็กที่อาการไม่รุนแรง ในช่วง 2-3 ปี แรกผู้ปกครองอาจมองไม่เห็นความผิดปกติใด ๆ แม้จะพูดซ้ำไปบ้าง ผู้ปกครองก็อาจคิดว่าเด็กเพียงแต่ “ปากหนัก” เท่านั้น<sup>(3)</sup>

โรคนี้พบได้ในทุกเชื้อชาติ ทุกระดับฐานะและการศึกษา นั่นคือ ไม่ว่าเชื้อชาติใด ฐานะใด หรือพ่อแม่มีการศึกษาแค่ไหน ลูกก็มีโอกาสเป็นโรคนี้เหมือนกันทั้งนั้น

ในอดีตโรคนี้พบเพียง 4-6 คนต่อประชากร 10,000 คนเท่านั้น แต่การศึกษาวิจัยในปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์ของโรคสูงขึ้น กลุ่มที่มีอาการรุนแรงพบในอัตรา 2 ต่อประชากร 10,000 คน แต่กลุ่มที่มีอาการน้อยพบ 1-2 คนต่อประชากร 1,000 คนหรืออาจมากกว่านั้น

กระทรวงศึกษาธิการของสหรัฐอเมริกา รายงานว่า ในช่วงปีการศึกษา 1992-1993 และปี 1997-1998 นั้น จำนวนเด็กที่เป็นออทิสติกเพิ่มขึ้นร้อยละ 173 และยังประมาณว่าทั่วประเทศมีนักเรียนที่เป็นโรคนี้ถึง 53,561 คน

เนื่องจากปัจจุบันความชุกของโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างมาก จึงเป็นที่สงสัยกันว่าเป็นเพราะอะไร ขณะนี้ยังหาข้อสรุปไม่ได้ แต่สันนิษฐานว่าอาจเนื่องมาจากปัจจัยบางประการ เช่น

- มีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การวินิจฉัย โดยรวมเอาผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงเข้าไว้ด้วย (แต่ก่อนนี้จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติกต่อเมื่อมีอาการรุนแรงมากเท่านั้น เช่น พูดไม่ได้และนั่งโยกตัวอยู่คนเดียว

- พ่อแม่สังเกตลูกมากขึ้นและมีความรู้มากขึ้น ทำให้ค้นพบเด็กที่มีความบกพร่องได้มากยิ่งขึ้น

- ทารกที่คลอดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักน้อยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น เพราะการแพทย์มีความก้าวหน้ามากกว่าเดิม ดังนั้นจำนวนเด็กที่มีความผิดปกติทางสมองแบบออทิสติกจึงมากขึ้น (ในเด็กที่คลอดก่อนกำหนด หรือน้ำหนักน้อยโอกาสที่จะเกิดความผิดปกติทางสมองมีมากกว่าปกติ)

- โรคนี้มีอัตราสูงขึ้น โดยอาจเนื่องมาจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมบางอย่าง เช่น มลภาวะที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น

ปัจจัยทั้งหมดนี้ทำให้โรคออทิสติกเป็นหนึ่งในความผิดปกติทางพัฒนาการที่พบบ่อยที่สุดในปัจจุบัน

โรคนี้พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงในอัตราส่วน 4 : 1

เด็กหญิงที่เป็นออทิสติกมักมีอาการมากกว่าเด็กชาย มีระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ต่ำกว่าและมีคลื่นสมองผิดปกติมากกว่า รวมทั้งอาการชักได้มากกว่าเด็กชาย

จากการให้ประวัติโดยมารดา พบว่า เด็กออทิสติก มักจะไม่ร้องไห้เหมือนเด็กทั่วไปที่จะร้องเวลาพบคนแปลกหน้าหรือเมื่อแม่จากไป ในทางตรงกันข้ามเด็กจะให้ความสำคัญหมกมุ่นเอาใจใส่กับวัตถุสิ่งของมากกว่า เด็กจะเอาเรื่องราวกับความมีระเบียบและยึดถือเคร่งครัดในการจัดวางข้าวของ ถ้าถูกรบกวนหรือเปลี่ยนแปลงจะแสดงอารมณ์โกรธ โมโหมากทันที หรือเป็นกังวลอย่างมาก เช่น เด็กนั่งโต๊ะจัดอาหารแบบนี้มา ถ้ามีการสับเปลี่ยนที่นั่งหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งของบนโต๊ะบางอย่าง เด็กจะแสดงอารมณ์ไม่พอใจอย่างมากจนถึงขั้นอาละวาดและแข็งขืน จะให้เป็นอย่างเดิมให้ได้<sup>(4)</sup> บ่อยครั้งจึงมักพบว่า เด็กออทิสติกทำร้ายตนเองเนื่องจากความรู้สึกผูกติดยึดมั่นกับวัตถุ อาทิเช่น การไขกัศรชะ การกัดแขนหรือขา เป็นต้น<sup>(5)</sup>

ลักษณะความผิดปกติทางพฤติกรรม ทางสังคม และการสื่อสาร รวมทั้งอาการทางจิตบางอย่างของเด็กออทิสติก เช่น ย้ำคิดย้ำทำ ดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้นก่อให้เกิดผลต่อบิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติกเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดาจะเต็มไปด้วยความวิตกกังวลและตั้งเครียดในการเลี้ยงดูและฝึกเด็ก เนื่องจากเด็กออทิสติกเป็นภาระในการเลี้ยงดูมากกว่าเด็กปกติ โดยเฉพาะเด็กที่มีลักษณะอยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว ทำให้สุขภาพจิตบิดามารดา มีความหวาดหวั่นว่าเด็กจะไปแสดงพฤติกรรมทำร้ายสมาชิกในครอบครัวที่อ่อนแอกว่าภาวะความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก จึงเป็นต้นตอของปัญหาต่าง ๆ ดังต่อไปนี้<sup>(6)</sup>

ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาได้รับความกระทบกระเทือน เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนมากในการดูแลบุตร จึงขาดโอกาสที่จะฟื้นฟูบรรยากาศเก่า ๆ หรืออาจมีการกล่าวโทษว่าเป็นความผิดของอีกฝ่าย บางครอบครัวพอลอยห่าง ทั้งภรรยาหันให้แม่เพียงฝ่ายเดียว หรือพ่อทุ่มเทกับงานมากขึ้น มีเมียน้อย ทอดทิ้งลูก ผลักภาระการดูแลช่วยเหลือเด็กไว้กับแม่เพียงลำพังจนลงเอยด้วยการหย่าร้างในที่สุด<sup>(7)</sup>

เมื่อบิดาหรือมารดาหรือทั้งสองเกิดความเครียด บรรยากาศในครอบครัวจึงเต็มไปด้วยความกดดัน ไม่สามารถสื่อสาร สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ ลูกคนอื่นอาจเกิดความรู้สึกถูกละเลย เกิดปัญหาอิจฉาระหว่างพี่น้อง เนื่องจากการให้ความสนใจในลูกออทิสติกมากเกินไป ลูกคนอื่นเกิดความรู้สึกน้อยใจในท่าทีของพ่อแม่จนเกิดการปฏิเสธพ่อแม่หันไปหาทางออกในแนวทางที่ไม่เหมาะสม เช่น ฆ่าตัวตาย ตัดยาเสพติดจนกลายเป็นปัญหาของสังคม

บิดาหรือมารดาเกิดความเครียดและซึมเศร้าเรื้อรัง กล่าวโทษว่าเป็นความผิดของตน ทำให้ลูกผิดปกติ มีความเสี่ยงต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย (suicide thought) โดยเฉพาะหาก



พ่อแม่มีความเข้มแข็งต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะจะมีความรุนแรงของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายได้มากกว่าแม่<sup>(7)</sup>

ปัญหาเศรษฐกิจ การงาน และอาชีพของบิดามารดา เนื่องจากขาดคนที่จะมาช่วยดูแลบุตร อาจด้วยหลายสาเหตุ เช่น หากคนดูแลไม่ได้ หรือหาได้แต่ไม่สามารถทนเด็กได้ มารดาต้องดูแลเด็กเอง ทำให้ไม่สามารถออกไปปฏิบัติอาชีพได้<sup>(6)</sup> ยิ่งไปกว่านั้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลช่วยเหลือเด็ก เช่น ค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล หรือค่าจ้างพี่เลี้ยง เป็นต้น เป็นปัญหาเศรษฐกิจ ของครอบครัวที่จำเป็นต้องคำนึงเพราะจะเป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งต่อการเพิ่มระดับความเครียดของบิดามารดาของเด็กออทิสติก

ความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก นอกจากจะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาโรคทางจิตเวช เช่น ซึมเศร้า ความคิดอยากฆ่าตัวตาย แล้วยังเป็นเสมือนวงจรเลวร้าย (vicious circle) เป็นอุปสรรคขัดขวางกระบวนการช่วยเหลือ ปรับพฤติกรรม และกระตุ้นพัฒนาการเด็ก เพราะบิดามารดาจะไม่สามารถให้ความร่วมมือกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ผู้ช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกยังส่งผลให้บรรยากาศในครอบครัวตึงเครียด กีดกันทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน มีความขัดแย้ง ไม่เข้าใจกัน สูดทำครอบครัวก็แตกร้าง หย่าร้าง ไม่เป็นสุข พ่อแม่ ลูก ต้องแสวงหาที่พึ่งพาทางใจแห่งใหม่ซึ่งอาจไม่เหมาะสม ซ้ำเติมความรุนแรงของปัญหาขยายลูกกลายมาเป็นปัญหาระดับครอบครัวและปัญหาสังคมในที่สุด

ออทิสติกเป็นปัญหาด้านพัฒนาการที่มีความยากลำบากในการช่วยเหลือแก้ไขพอสมควร อีกทั้งยังต้องใช้เวลาในนานเพื่อให้พัฒนาการของเด็กกลุ่มนี้เข้ารูปรอยของความผิดปกติ<sup>(8)</sup>

ผู้ปกครองที่มีบุตรหลานเป็นปัญหานี้มักจะมีอาการกังวลและทุกข์ใจมาก เพราะจำเป็นต้องรับภาระหนักในการดูแลบุตรหลายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนาน นอกเหนือจากภาระที่เต็มแน่นอยู่แล้วของสังคมในปัจจุบัน

ด้านการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาของเด็กกลุ่มนี้ในกลุ่มปัจจุบัน แม้ว่าจะมีหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือเยียวยาเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้นมากมาย แต่ก็ยังไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนของเด็กออทิสติกและระดับความยุ่งยากในการแก้ปัญหานี้

โดยทั่วไปแล้วพ่อแม่คือผู้ใกล้ชิดที่สุดในการรับผิดชอบเลี้ยงดูบุตร และเป็นหลักสำคัญในการที่จะทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ด้วยดีในทุก ๆ ด้าน การเลี้ยงดูลูกที่ปกติย่อมเป็นภาระอยู่แล้ว ถ้าลูกป่วยชนิดเรื้อรัง, รุนแรง และมีพฤติกรรมที่รบกวนร่วมด้วย ครอบครัวย่อมเกิด

สภาวะไม่สมดุลขึ้นอย่างแน่นอน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พ่อแม่ซึ่งเป็นหลักสำคัญของครอบครัวย่อมได้รับผลกระทบหลาย ๆ ด้าน

กษมา อุทัยภักตาทกุล<sup>(9)</sup> ครอบครัวที่มีลูกเป็นออทิสติกมักประสบความยุ่งยากขัดแย้งในหลาย ๆ ด้าน เช่น

- ด้านการเงิน แม่อาจต้องลาออกจากงาน เพราะหาคนเลี้ยงดูเด็กไม่ได้ หรือขาดงานบ่อยครั้งกว่าแม่ที่มีลูกปกติ

- ด้านอารมณ์และสุขภาพจิต พ่อแม่กังวลถึงเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก ถ้าเด็กมีอาการก้าวร้าวก็จะหวั่นวิตกว่าสมาชิกคนอื่นที่อ่อนแอกว่าจะถูกทำร้าย ผู้ปกครองโดยเฉพาะแม่มักผิดหวังวิตกกังวล และเศร้ากับพฤติกรรมของลูกที่เป็นออทิสติก

Morgan<sup>(10)</sup> ออทิสซึมเป็นปัญหาพัฒนาการที่รุนแรง ซึ่งมีอิทธิพลต่อระบบครอบครัวในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะผลต่อปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง และสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว ซึ่งบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะปรับตัวอยู่ด้วยกันได้

Schopler & Musibor<sup>(11)</sup> ได้กล่าวไว้ว่า ออทิสซึม ไม่เพียงแต่เป็นอาการที่แสดงถึงพฤติกรรมที่ผิดปกติที่รุนแรงที่สุดในเด็กเท่านั้น แต่ยังเป็นรูปแบบพัฒนาการที่ซับซ้อนมากที่สุดท้าย ในอดีตออทิสซึมนั้นคิดว่ามีสาเหตุมาจากครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาเหตุจากการเลี้ยงดูที่ผิดปกติของพ่อแม่ แต่การวิจัยปัจจุบันมีข้อบ่งชี้ที่เชื่อว่า มันมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพทางสมองมากกว่าสาเหตุจากการเลี้ยงดู ต่อมาจึงเริ่มมีการศึกษาครอบครัวของเด็กออทิสติกในหลาย ๆ ด้าน เช่น เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และผลกระทบต่าง ๆ ที่สมาชิกได้รับจากเด็กที่เป็นออทิสติก

Bocxly<sup>(12)</sup> ได้กล่าวถึง ทฤษฎีระบบ ซึ่งสรุปได้ว่า ครอบครัวก็คือระบบทางสังคมระบบหนึ่งซึ่งถือเป็นระบบรวม มีสมาชิกทุกคนเป็นระบบย่อย สมาชิกทุกคนย่อมมีความสำคัญเสมอภาคกัน และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเสมอ ฉะนั้นเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งป่วย สมาชิกคนอื่น ๆ คงได้ผลกระทบด้วยไม่มากก็น้อย

ความต้องการของครอบครัวเด็กออทิสติกนั้นแตกต่างจากครอบครัวที่มีเด็กปกติ เนื่องจากมีผลกระทบค่อนข้างมาก ยิ่งเมื่อไปปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อน โรงเรียน ฯลฯ ก็จะมีปัญหาเพิ่มขึ้น บริการของรัฐนั้นมิให้จำกัด บางบริการไม่มีให้ Helen & Kozloff ได้ให้ข้อสังเกตว่า ครอบครัวออทิสติกมักถูกละเลย ขาดโปรแกรมสำหรับ train หรือให้บริการแก่พ่อแม่

ในประเทศไทย มีโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เป็นโรงพยาบาลที่รักษาโรคนี้ อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2510

ผู้บุกเบิกคือ ศ.พญ.เพ็ญแข ลีมีศิลา และดำเนินการอย่างมั่นคงตลอดมา โดยมีการ พัฒนาแผนการรักษามาเป็นลำดับ<sup>(13)</sup>

จุดเปลี่ยนที่สำคัญ ๆ ตามแนวทางการพัฒนาการบำบัดของ ศ.พญ.เพ็ญแข ดังนี้

- ประมาณ ปี พ.ศ. 2510 – 2533 รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเป็นผู้ฝึกหลัก
- ประมาณปี พ.ศ.2533-2540 ผู้ปกครองต้องฝึกเด็กก่อน จึงรับเป็นผู้ป่วยใน ลด การนอนค้างในโรงพยาบาล เน้นการรักษาแบบเข้ามาเย็นกลับ
- ประมาณปี พ.ศ.2540-2544 เพิ่มการรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีผู้ปกครองเป็นผู้ฝึกหลัก โดยมีโรงพยาบาลจะเป็นผู้ฝึกให้ผู้ปกครอง เรียกวิธีการนี้ว่า “กลุ่มฝึกผู้ปกครอง”

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เป็นโรงพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ซึ่งเป็น โรงพยาบาลแห่งเดียวในประเทศไทยที่ดูแลรักษาเด็กออทิสติกแบบครบวงจร โดยให้การรักษาทั้ง แบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยเปิดให้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ.2510 รับรักษาโรคทางจิตเวชเด็กและ วัยรุ่นโดยเฉพาะโรคออทิสซึม จากสถิติเมื่อปี 2544 มี ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลยุวประสาท- ไทโยปถัมภ์ ทั้งสิ้น 423 คน เป็นเด็กออทิสติกที่มารับบริการในปี 2540-2544 มีจำนวนร้อยละ 6.15,7.06,5.20,5.18 และ 4.23 ตามลำดับซึ่งจากสถิตินี้พบว่ามียัตราลดลงทุกปี เนื่องจาก หลักเกณฑ์ในการรับเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะรับเมื่อเด็กออทิสติกมีอาการรุนแรงและเป็นภาวะวิกฤติของครอบครัว การรักษาจึงเน้นที่การดูแลไม่ให้เกิดอาการมากขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลสั้นลง เมื่อเด็กออทิสติกสามารถช่วยเหลือตนเอง ได้หรือมีทักษะในด้านสังคมบ้างก็จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ที่อยู่ในครอบครัวจะต้องทำ หน้าที่ดูแลเด็กออทิสติกต่อจากโรงพยาบาล ซึ่งไม่มีใครสามารถบอกได้ว่าเด็กออทิสติกจะสามารถ ทำกิจกรรมหรือมีพฤติกรรมใกล้เคียงกับเด็กที่มีพัฒนาการปกติเมื่อใด ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดเป็น บุคคลในครอบครัวโดยส่วนมากเป็น บิดา มารดา ของผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีหน้าที่ในการดูแลเด็กออทิ สติกเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังต้องทำหน้าที่ตามบทบาทของตนในครอบครัวด้วย

บิดามารดาจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อเด็กออทิสติกมากในการที่จะดูแลและฝึก เด็กออทิสติกปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อภาวะของผู้ดูแลได้แก่ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวเด็กออทิสติก เช่น หาก เด็กออทิสติก มีอาการหรือพฤติกรรมรุนแรง ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยควบคุมอาการต่างๆ และจัดการ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแล(บิดามารดา) มีภาระมาก ปัจจัยอีกด้านที่สำคัญต่อการดูแล คือ ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ดูแล(บิดามารดา) เช่น ประสบการณ์ในการดูแล จำนวนปีในการดูแล ลักษณะทาง

สังคมของครอบครัว การเผชิญปัญหาการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในกลุ่มสังคม ในด้านต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ แรงงานและบริการ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่มียุทธูปผลในการช่วยลดความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ในปัจจุบันการดูแลเด็กออทิสติกพบว่า ครอบครัวผู้ดูแลเด็กออทิสติกโดยเฉพาะผู้ปกครอง(บิดามารดา) เป็นผู้สนับสนุนที่สำคัญต่อการรักษา ดังนั้นถ้าหากผู้ปกครองเด็กออทิสติกเกิดความเครียดหรือความรู้สึกเป็นภาระมากจากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเป็นอันแน่แท้ ดังนั้นผู้ปกครองเด็กออทิสติกจึงเป็นกลุ่มที่พยายามหรือบุคคลากรในทีมสุขภาพควรให้ความสนใจและสนับสนุน ให้กำลังใจในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถช่วยเหลือถ้าหากพบว่าป่วยเป็นโรคเครียดได้แต่เริ่มแรก

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้สึกต่อภาระการดูแลและความเครียดของบิดามารดาออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ซึ่งยังไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อนและผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการค้นพบผู้ป่วยที่เริ่มมีภาวะความเครียดเบื้องต้น เพื่อช่วยในการวางแผนการรักษาและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป และช่วยในการวางแผนในเรื่องการดูแลลูกที่ป่วยเป็นโรคออทิสซึมรวมทั้งเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากโรคที่สามารถป้องกันได้อีกทางหนึ่งด้วย

### คำถามการวิจัย

1. บิดามารดาเด็กออทิสติก มีความรู้สึกต่อภาระในการดูแลเด็กออทิสติก หรือไม่ ระดับไหน
2. บิดามารดาเด็กออทิสติก มีความเครียดหรือไม่ ระดับไหน
3. ปัจจัยใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้อง ต่อความรู้สึกต่อภาระ และความเครียดของ บิดามารดาเด็กออทิสติก

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาของเด็กออทิสติก
2. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึก เป็นภาวะ และความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ได้แก่ ปัจจัยตัวบิดามารดา, ปัจจัยผู้ป่วย, การสนับสนุนทางสังคม, ระดับความเครียดบิดามารดาเด็กออทิสติก, ความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก

## สมมุติฐานการวิจัย

ไม่มี

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาของเด็กออทิสติกที่ถูกเข้ามารับการรักษาแบบ Day-care ที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 ราย ซึ่งระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2545 เป็นต้นไปจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบสำรวจปัญหาพฤติกรรมเด็ก (Thai Youth Checklists : TYC), แบบสอบถามวัดการสนับสนุนทางสังคม, แบบสอบถามระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก, แบบสอบถามความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดา (Burden Interviews : BI)

## วิธีดำเนินการวิจัย

- ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนรวบรวมวิชาการ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
- ขั้นตอนที่ 2 สร้างเครื่องมือ และตรวจสอบ
- ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการเก็บข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลไวทโยปถัมภ์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยใน

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนดำเนินการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

3. ทำการเก็บข้อมูลจากบิดาหรือมารดาเด็กออทิสติก โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเรื่องการเก็บปิดข้อมูลเป็นความลับ และขอความร่วมมือ  
ในการเข้าร่วมงานวิจัย ให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสำรวจปัญหา  
พฤติกรรมเด็ก แบบสอบถามวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามระดับความเครียดของบิดา  
มารดาเด็กออทิสติก แบบสอบถามภาวะการดูแลของบิดามารดา

#### ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนวิทยานิพนธ์

#### ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษา ครั้งนี้ บิดามารดา เด็กออทิสติก ได้แก่ บิดามารดาของเด็กออทิสติก ที่เข้ามา  
รับการบำบัดรักษาแบบ Day – Care ที่ตึกผู้ป่วยใน ที่ รพ. ยุวประสาท ไวทโยปถัมภ์

#### คำนิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะของบิดามารดา หมายถึง การรับรู้ถึงเวลาที่ใช้และความยากลำบากในการทำ  
กิจกรรมที่เกิดจากการดูแลเด็กออทิสติก ของบิดามารดาโดยประเมินจากคะแนนในแบบสัมภาษณ์  
ความรู้สึกต่อภาวะการดูแล BI (The Burden Interview)

ความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก หมายถึง ความรู้สึกของบิดามารดาเด็ก  
ออทิสติก ที่ต้องเผชิญกับลักษณะความผิดปกติ และพฤติกรรมของเด็กทำให้เกิดความกดดันทาง  
อารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความคับคั่งใจ ความสับสน ความสิ้นหวัง เป็นต้น

บิดามารดาเด็กออทิสติก หมายถึง บิดาหรือมารดาเด็กออทิสติกที่เป็นผู้ดูแลหลัก  
กล่าวคือ ใช้เวลาในการดูแลบุตรที่เป็นออทิสติกมากกว่า และเข้ามามีส่วนร่วมใน การบำบัดรักษา  
แบบ Day Care ที่ตึกผู้ป่วยในที่รพ. ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กที่มีความผิดปกติ หรือ มีความบกพร่องเกี่ยวกับพัฒนาการ  
ด้านสังคม การสื่อความหมายและอารมณ์ โดยแพทย์ ได้วินิจฉัยแล้ว

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

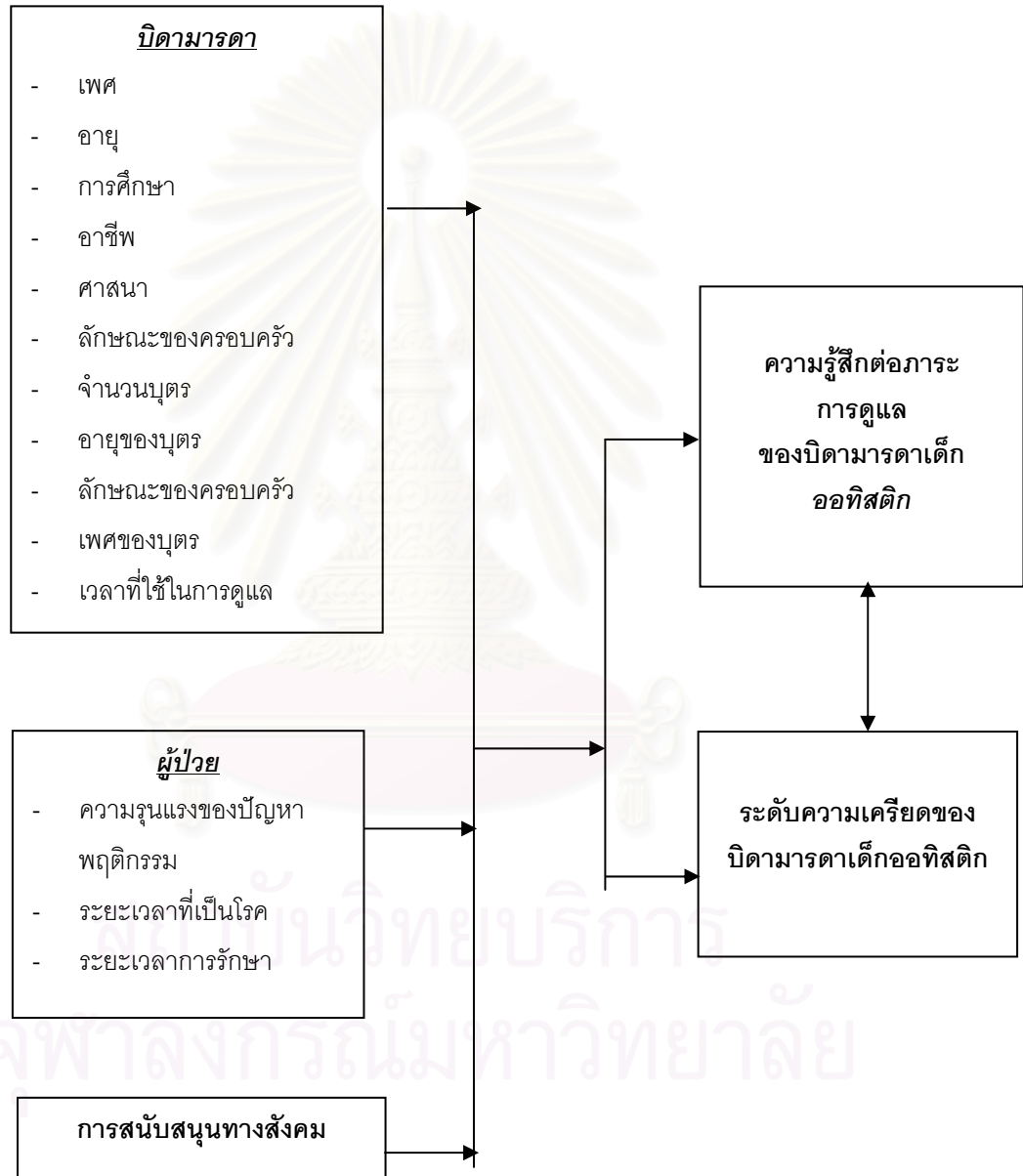
1. สามารถวางแผนให้การบริการรักษาผู้ที่มีความเครียดในระยะแรกเริ่ม
2. เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแก่เด็กออทิสติก ทั้งตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวและผลกระทบที่เกิดขึ้น เนื่องจากภาวะในการดูแลเด็ก ออทิสติก จะเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ และวางแผนการรักษา เพื่อช่วยลดหรือป้องกันปัญหา ด้านสุขภาพจิตของบิดามารดา
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด ภาวะและภาวะความเครียด
4. ช่วยให้ได้ข้อมูลในการปรับปรุงบริการด้านจิตเวชแก่พ่อแม่เด็กออทิสติก
5. ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการให้บริการหรือจัดโครงการต่าง ๆ สำหรับ ครอบครัวที่มีเด็กเป็นออทิสติก อันจะเป็นประโยชน์ในด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ ครอบครัว และช่วยให้การรักษาเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น
6. สามารถใช้ผลการศึกษาเป็นแนวทางในการรักษา, บริการให้กับครอบครัวที่มีความ ผิดปกติคล้ายคลึงกัน เช่น ครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อน เด็กป่วยเรื้อรัง เป็นต้น

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวความคิดการวิจัย

## ตัวแปรอิสระ

## ตัวแปรตาม





## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่เข้ามารับการบำบัดรักษาที่ตี๊กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. โรคออทิสซึม
2. ความเครียด
3. แรงสนับสนุนทางสังคม
4. ภาวะการดูแล
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### โรคออทิสซึม (Autism)

#### ประวัติของโรคออทิสซึม

โรคนี้มีมานานแล้ว ทั้งนี้จากรายชื่อนักวิทยาศาสตร์ชาวฝรั่งเศส เจ.เอ็ม.จี. ไอทาร์ด (J.M.G. Itard) ในปี 1799 ซึ่งเขียนเรื่องราวของเด็กชาย อายุ 12 ปี ชื่อ วิกเตอร์ ในหนังสือ “The Wild Boy of Avugron” ผู้ซึ่งอาศัยอยู่ตามชายป่า และมีความผิดปกติทางพฤติกรรมทางกาย โดยเฉพาะเรื่องภาษา และการเรียนรู้ นอกจากนี้ในปี 1919 ได้มีหนังสือที่เขียนถึงเรื่องราวของเด็กชายดอน อายุ 2 ขวบ 7 เดือน ซึ่งมีความบกพร่องในการรับรู้ การใช้ภาษา แยกตัว และมีพฤติกรรมแปลก ๆ โดยนักจิตวิทยา ชาวอเมริกัน ชื่อ ไลเนอร์ วิทเนอร์ ซึ่งเรื่องราวจากหนังสือนี้ได้กระตุ้นให้ผู้สนใจในเด็กกลุ่มนี้มากขึ้น

ในปี 1934 มีบทความเขียน โดย อูเกน บูลเลอร์ (Eugen Bleuler) กล่าวถึงลักษณะเด็กที่มีอาการขาดการติดต่อกับผู้อื่น หันเข้าหาตนเองและไม่แยแสต่อโลกภายนอกและตั้งชื่อว่า “Autism” ซึ่งมาจากรากศัพท์ ภาษากรีก ว่า Auto แปลว่าตนเอง (Self)<sup>(14)</sup>

ปี 1940 – 1944 ศาสตราจารย์ ฮานส์ แอส เพอเกอ (Prof. Hans Asperger) จิตแพทย์ชาวเยอรมัน ได้กล่าวถึงกลุ่มของเด็ก ออทิสติก ที่มีสติปัญญาดี พูดได้ แต่ก็มีสิ่งผิดปกติในน้ำเสียง (Tone) และมีการแสดงออกที่ผิดปกติ (Abnormal expression) มีการ

เคลื่อนไหวช้า ๆ ไม่สบตาคน มองดูอะไรไปเรื่อย ๆ บางครั้งดูเหมือนมองทะลุตัวบุคคลไป เขาเรียกเด็กพวกนี้ว่า “Asperger's Syndrome” และเขาได้เขียนบทความความเป็นภาษาเยอรมัน ปัจจุบันได้รวมเด็ก “Asperger's Syndrome” เข้าไว้ในกลุ่มเด็กออทิสติก เช่นเดียวกัน

ขณะเดียวกันในปี 1943 หรือเมื่อ 50 ปีที่แล้ว ศาสตราจารย์แคนเนอร์ (Dr. Leo Kanner) เป็นคนแรกที่ได้รวบรวมลักษณะอาการเฉพาะโรค โดยจัดกลุ่มโรคนี้ไว้เป็น เด็กพิเศษกลุ่มหนึ่งและแยกโรคนี้ออกจากกลุ่มโรคของเด็กที่มีความพิการอย่างรุนแรง (Severe mentally handicapped children)

ประมาณ 20 ปีต่อมา ในปี ค.ศ. 1962 ได้มีการจัดตั้งสมาคมของพ่อแม่นักวิชาการ หรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับเด็กออทิสติกในประเทศอังกฤษ และประเทศต่าง ๆ ในทวีปอเมริกา และยุโรป<sup>(15)</sup> โดยคนกลุ่มนี้ทำงานอย่างกว้างขวางในการรวบรวมปัญหา รวบรวมข้อมูลทางการแพทย์ และการศึกษาค้นคว้าต่าง ๆ ให้บริการแก่ครอบครัวที่เพิ่มค้นพบว่าลูกเป็นโรคและยังพยายามให้ความรู้กระจายออกสู่บุคคลทั่วไป

ในประเทศไทย ไม่มีประวัติว่าพบเด็กออทิสติกเมื่อใด แต่มีโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยทางจิตเวชเด็ก คือ โรงพยาบาลสำโรง ซึ่งตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2506 และได้รับอนุมัติจากกระทรวงสาธารณสุขให้เปลี่ยนชื่อเป็น “โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์” เมื่อ พ.ศ. 2519 และปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวที่รักษาเด็กออทิสติกอย่างจริงจัง

### คำจำกัดความ

ออทิสซึม (Autism) มาจากรากศัพท์ ภาษากรีกว่า Auto แปลว่า ตนเอง (self) หมายถึง การขาดการติดต่อกับผู้อื่น หันเข้าหาตนเอง และไม่แยแสต่อโลกภายนอก (Bleuler 1934) และยังมีนักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายของออทิสซึมไว้ ดังนี้

แมกซีน ฟิลด์ (Maxine)<sup>(16)</sup> กล่าวว่า เด็กออทิสติกเป็นเด็กที่มีพฤติกรรมแบบจำเพาะ แสดงออกทางด้านพัฒนาการที่ผิดปกติ และพบได้ในช่วงแรกของชีวิต (ก่อนอายุ 30 เดือน)

จิตติวัฒน์ พุกจินดา (อ้างจาก เพ็ญแข ลิมศิลา)<sup>(2)</sup> กล่าวว่า ออทิสซึม (autism) คือ อาการของโรคทางจิตเวชเด็ก ซึ่งมีความผิดปกติทางพฤติกรรมแบบจำเพาะ สำหรับเด็กออทิสติก (autistic children) คือ เด็กที่มีอาการ ออทิสซึม เด็กพวกนี้จะมีพฤติกรรมผิดปกติแบบจำเพาะ คือ มีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม ไม่สามารถควบคุมอารมณ์สูญเสียด้านการสื่อความหมาย ทั้งด้านภาษา และภาษาท่าทาง ขาดจินตนาการ มีการกระทำและสนใจซ้ำซาก แต่เด็กเหล่านี้มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อปกติ

แคนเนอร์ (Kanner)<sup>(17)</sup> ได้กำหนดลักษณะทั่วไปของออทิซึมไว้ ได้แก่ การไม่สามารถมีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับผู้อื่นตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของชีวิต ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นโดยใช้ภาษาได้ การมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ และต่อต้านการเปลี่ยนแปลง การหมกมุ่นกับวัตถุมากกว่าผู้อื่น และมีหลักฐานในเรื่องศักยภาพทางสติปัญญาที่ดี<sup>(18)</sup>

วอร์คมา แอนด์ คลิม (Volkmar & Klim) กล่าวว่า Autism disorder (childhood autism, infantile autism หรือ early infantile autism) อยู่ในกลุ่มความผิดปกติทางพัฒนาการที่รุนแรง (pervasive developmental disorders) ซึ่งมีความบกพร่องที่เด่นชัดและคงอยู่อย่างต่อเนื่องในด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความเปี่ยงเบนในด้านการสื่อสาร และมีรูปแบบพฤติกรรมและความสนใจซ้ำ ๆ หรือจำกัด โดยความผิดปกติในด้านต่าง ๆ เหล่านี้จะต้องเกิดขึ้นก่อนอายุ 3 ปี และประมาณ 70% ของบุคคลที่เป็นออทิสติกจะมีความสามารถอยู่ในระดับปัญญาอ่อน และภาวะปัญญาอ่อนเป็นความผิดปกติที่เกิดร่วมกับออทิซึมมากที่สุดในกรณีวินิจฉัย

เพ็ญแข ลิ้มศิลา<sup>(2)</sup> กล่าวว่า ออทิซึม เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมจำเพาะ ซึ่งปรากฏให้เห็นเป็นที่สังเกตได้ในระยะแรก ๆ ของชีวิต ฉะนั้น การวินิจฉัยจึงเป็นการสังเกตพัฒนาการทางด้านสังคมและการสื่อความหมายของเด็ก ซึ่งจะมีการล่าช้าไม่พัฒนาไปตามวัย และการตรวจพบความผิดปกติทางพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการสื่อความหมาย

วินัดดา ปิยะศิลป์<sup>(15)</sup> กล่าวว่า โรคออทิซึม คือ โรคที่มีความผิดปกติในพัฒนาการของเด็ก มีความย่อยหย่อนของประสาทการรับรู้และด้อยในพัฒนาการทางภาษา และแยกตัวออกจากสังคม ความย่อยหย่อนนี้จะขัดขวางหรือแปลผลข้อมูลที่ได้รับจากสายตา การได้ยิน และประสาทสัมผัสอื่น ๆ ผิดพลาดจากปกติ มีผลต่อพัฒนาการทางการพูดและการสื่อสารอย่างมาก

จากความหมายของ ออทิซึม ดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ออทิซึม เป็นโรคที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ผิดปกติ ส่งผลกระทบต่อการสื่อสาร ทั้งทางวาจา และท่าทาง รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อาการดังกล่าวปรากฏก่อนอายุ 30 เดือน หรืออาการจะแสดงให้เห็นก่อนและมีผลกระทบในทางลบต่อการศึกษาศึกษาของเด็กลักษณะอื่นที่ปรากฏ คือ การกระทำกิจกรรมซ้ำ ๆ หรือมีการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ต่อต้าน การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม เช่น กิจวัตรประจำวัน และตอบสนองที่ไม่ปกติต่อประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสต่าง ๆ

### ลักษณะของเด็กออทิสซึม <sup>(14)</sup>

โดยทั่วไปเด็กที่มีปัญหาทางจิต แบบออทิสติก ผู้ดูแลจะสังเกตพบความบกพร่องของการพัฒนาการของเด็กได้ เริ่มในขวบปีแรก โดยเด็กจะมีความบกพร่องทางด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เช่น ยิ้มช้าหรือไม่ยิ้ม ไม่แสดงปฏิกิริยาตอบสนองใดๆ ต่อบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดู เมื่อซึ่งผู้ดูแลพยายามพูด เรียก หรือเล่นด้วย เด็กจะเฉย แต่อาจจะทำเสียงเองตามลำพัง และส่งเสียงตามลำพังอยู่ได้เป็นเวลานานๆ โดยที่การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเป็นแบบไม่คงเส้นคงวา สม่่าเสมอ หรือไม่แสดงว่าจำหน้า มารดาหรือผู้ที่เลี้ยงดูได้ ซึ่งจะเห็นชัดว่าแตกต่างจากการพัฒนาการของเด็กทารกปกติ

ในช่วงขวบปีแรก การเลี้ยงดูเด็กจะไม่ใช่ปัญหาแต่อย่างใด ผู้ที่ดูแลอาจจะมองว่าเป็นเด็กเลี้ยงง่าย เช่นเด็กจะนั่งเฉยไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบใดๆ ไม่หันตามเสียงตบมือหรือเสียงเรียกชื่อของตนเอง เมื่อผู้เลี้ยงดูสอนให้เด็กเล่น หรือทำอะไรง่ายๆ เช่น ตบมือ โบกมือไปมา เด็กก็จะทำไม่ได้ แม้จะจับมือให้ตบพอปล่อยมือเด็กก็จะหยุดทำ แต่ในบางครั้ง มารดา หรือผู้เลี้ยงดูอาจรายงาน ว่า เด็กมีท่าที่รับรู้ต่อสิ่งเร้าได้บ้าง เช่น การเคาะพื้นเบาๆ หรือชูดแกรๆบนพื้น เป็นต้น

เด็กออทิสติกบางคนชอบแสงสว่างจ้า อาจจ้องมองดวงไฟหรือจ้องมองดวงอาทิตย์หรือดวงจันทร์เต็มดวงได้ครั้งละนานๆ นอกจากนี้ เด็กบางคนอาจจะแสดงอาการกลัวต่อสิ่งของบางอย่างที่ของเหล่านั้นไม่ได้เป็นอันตรายแต่อย่างใดและสิ่งของที่ได้กลัวจะแตกต่างกัน และอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตของเด็กแต่อย่างใด เช่นการกลัวต่อสีใดสีหนึ่งเป็นต้น ในบางกรณีสิ่งของที่ได้กลัวอาจเป็นสิ่งที่มีความหมายตรงตามประสบการณ์ของมารดาหรือผู้เลี้ยงดู บางกรณีเด็กอาจจะเล่นของเล่นบางอย่างได้หรือทำกิจกรรมบางอย่างได้สำเร็จเช่นการวางตัวต่อไม่เป็นรูปต่างๆ ได้อย่างน่าแปลกใจ จนบางครั้งทำให้ผู้ปกครองเข้าใจว่าเด็กฉลาด

เมื่อโตขึ้นอายุ 2-3 ปี ความผิดปกติด้านพฤติกรรมของเด็กจะเห็นเด่นชัดขึ้น โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวแบบแปลกๆ เช่นเด็กบางคนอาจเริ่มเดินด้วยท่าทางแปลกๆ เช่นเดินหรือวิ่งเขย่งปลายเท้า เดินแบบม้าย่อง หมุนตัวไปมา ปีนปายแบบไร้จุดหมาย แต่กลัวการขึ้นลงบันได

เด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะพูดออกเป็นเสียงคำๆ ไม่ได้ ในบางกรณีที่เด็กอาจเริ่มพูดเป็นคำๆ ได้บ้าง เช่นเด็กปกติ แต่แล้วการพูดหรือแบบแผนของการใช้เสียงจะหุดหายไป ส่วนการเติบโตและพัฒนาการทางด้านร่างกายจะไม่แตกต่างจากเด็กปกติ และเมื่อเข้าสู่วัยเตาะแตะ เด็กปกติจะใช้เวลาส่วนหนึ่งในการเล่นซึ่งเป็นการเล่นอาจใช้ของเล่นหรือเล่นโดยการนำของปกติหรือของที่มีอยู่รอบตัว ที่สำคัญในเด็กปกติจะเป็นการเล่นที่มีการเล่นสมมติหรือการเล่นที่มีการเลียนแบบการดำรงชีวิตจริงหรือสังคมจริง ส่วนการเล่นที่ผิดปกติในเด็กออทิสติก จะเป็นการเล่นที่

มีการหมกมุ่นกับสิ่งของบางสิ่งบางอย่าง ขาดการสมมติ ไม่มีความหมายจากการเล่น แต่เป็นการเล่นที่กระทำซ้ำๆ เล่นกับสิ่งของ หรือสิ่งของที่แปลกๆ มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผู้ดูแลยับยั้งหรือเปลี่ยนแปลงไม่ได้

สำหรับพัฒนาการทางสังคมและการใช้ภาษา เนื่องจากพัฒนาการของเด็กออทิสติกมีลักษณะและความหมายเฉพาะตัว แตกต่างไปในเด็กแต่ละคน การทักทายบุคคลแปลกหน้าจะเป็นไปอย่างแปลกประหลาด เช่น เมื่อพบเด็กคนอื่นอาจตรงเข้าไปตึงผม ตมมือ ตมรองเท้า หรือเขี่ยหน้า เป็นต้น เด็กจะแยกไม่ได้ว่า ที่ใด ของใดเป็นอันตราย บางคนเมื่อเห็นรถจะวิ่งไปลูบคลำรถ เมื่อเห็นรถวิ่งก็จะวิ่งเข้าไปหารถทันที โดยไม่รู้ ไม่เข้าใจว่าเป็นอันตราย เมื่อมารดาพาเข้าไปในครัว เด็กจะแยกไม่ได้ว่าของอะไร ให้อะไร เด็กจะหยิบจับของอย่างไม่มีจุดหมาย ซึ่งเป็นอันตรายกับเด็กมาก

ภาษาพูดของเด็กที่พูดเป็นคำ ๆ เด็กจะใช้คำที่มีความหมายของตนเอง และเด็กส่วนหนึ่งจะมีการพูดแบบเลียนแบบ เช่นเมื่อพบพยาบาล มารดาจะพูดว่า สวัสดี ชี ลูก เด็กก็จะพูดตามแต่อยู่เฉย หรือเมื่อถามเด็กว่า กินขนมไหม เด็กก็พูดตามว่า กินขนมไหม และอาจหยิบขนม หรือไม่หยิบก็ได้ เป็นต้น นอกจากนี้อาจพบเด็กที่ถามคำถามเดิม ๆ ที่เคยถูกถาม แล้วถามซ้ำ ๆ โดยไม่ฟังคำตอบ เด็กจะได้ตอบการสนทนาไม่ได้ สีหน้าเฉย ไม่แสดงอารมณ์ ไม่แสดงสีหน้า หรือสบตากับใคร หรืออาจมองจ้องบุคคลแต่เป็นการมองทะลุผ่านเลยบุคคลไปอย่างไม่มีจุดหมาย เด็กจะไม่หัวเราะ ยิ้ม และ ร้องไห้ไม่เป็น

ในเรื่องการรับประทานอาหาร เด็กจะรับประทานอาหารชนิดเดิม การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอน การขับถ่าย หรือกิจวัตรใด ๆ หากต้องมีการเปลี่ยนแปลง จะทำได้ยากมาก เด็กจะทำอะไร ซ้ำ ๆ เด็กจะปฏิเสธทุกสิ่งที่ไม่เหมือนเดิม

### สาเหตุของโรค <sup>(14)</sup>

ปัจจุบันนี้สาเหตุของโรคออทิสซึมยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัด แต่จากการศึกษาพบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคออทิสซึมสูงในประชากรที่มีประวัติมารดาเจ็บป่วยระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด หรือระยะหลังคลอด เช่นเป็นหัดเยอรมัน เยื่อหุ้มสมองอักเสบ วัณโรค infantile spasm, Phenylketouria Fragile X Syndrome

กล่าวโดยสรุป การศึกษาด้านสาเหตุของออทิสซึมนั้น มักไม่ได้เป็นการศึกษา เพื่อหาสาเหตุ แต่เป็นการหาปัจจัยที่พบร่วมกัน โดยสรุปไม่ได้ว่า เป็นเหตุหรือผลหรือกลไก การสรุปว่าเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นสาเหตุจึงเป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้อง จะต้องอาศัยการศึกษาข้อมูลอีกสักระยะหนึ่ง

## การวินิจฉัยโรค<sup>(2)</sup>

ความชุกของโรคออทิซึม คาดการณ์ว่า ถ้าวินิจฉัยโดยใช้ข้อบ่งชี้จากลักษณะพฤติกรรมที่ผิดปกติของ Kanner หรือ ข้อบ่งชี้ตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน จะพบเด็กออทิสติก 4 หรือ 5 คน ในประชากร 10,000 คน แต่ถ้าให้การวินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์ " ภาวะ Autistic Spectrum " ของ Dr.Laura Wing จาก National Autistic Society แห่งประเทศอังกฤษ จะสามารถวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติอันจะนำไปสู่โรคออทิซึม ได้ในขณะที่ยังเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ทำให้พบว่ามีความชุกเพิ่มขึ้นเป็น 21 ในเด็ก 10,000 คน

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน(American Psychiatric Association)<sup>(15)</sup> กล่าวถึงเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะออทิซึม ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้มีดังนี้

1. พบอาการทั้งหมดอย่างน้อย 6 ข้อย่อย หรือมากกว่าจากกลุ่มพฤติกรรมในกลุ่ม 1.1, 1.2 และ 1.3 ซึ่งต้องพบอาการอย่างน้อย 2 ข้อย่อย จากกลุ่ม 1.1 และอีกอย่างละ 1 ข้อย่อย จากกลุ่ม 1.2 และ 1.3

1.1 ความผิดปกติหรือสูญเสียของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างเหมาะสมตามวัย โดยมีอาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อย่อย ดังต่อไปนี้

1.1.1 มีความผิดปกติที่เห็นได้ชัดในการใช้พฤติกรรมที่ไม่ใช่ภาษาหลายอย่าง เช่น การจ้องตา การแสดงสีหน้า ท่าทาง และการเคลื่อนไหวของร่างกาย ระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

1.1.2 ไม่มีสัมพันธภาพที่เหมาะสมหรือมีความผูกสัมพันธ์กับเพื่อนตามระดับพัฒนาการของเด็ก

1.1.3 ขาดการตอบสนองทางอารมณ์ และทางสังคมอย่างเหมาะสม

1.2 มีความผิดปกติ หรือสูญเสียทางการสื่อความหมายอย่างเหมาะสมตามวัย ซึ่งจะต้องพบว่าอาการแสดงอย่างน้อย 1 ข้อจากข้อย่อยดังต่อไปนี้

1.2.1 พัฒนาการทางภาษาบกพร่อง หรือมีพัฒนาการในการใช้ภาษาพูดล่าช้าโดยไม่มี ความพยายามที่จะชดเชยการสื่อสาร โดยการสื่อสารทางเลือกเพื่อให้เกิดความเข้าใจให้ตรงกัน เช่น การใช้ท่าทาง หรือการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นต้น

1.2.2 ในเด็กที่มีพัฒนาการทางภาษาอย่างเหมาะสม เด็กจะไม่สามารถที่จะเริ่มต้น หรือรักษาการสนทนาให้ต่อเนื่อง หรือสนทนาได้ตอบกับผู้อื่นได้

- 1.2.3 มีการใช้ภาษาพูด หรือแสดงท่าทางซ้ำๆ ที่มีความเฉพาะของเด็กแต่ละคน ไม่สนใจว่าจะมีผู้สนใจ หรือมีผู้ฟังหรือไม่ก็ตาม
  - 1.2.4 มีการเล่นที่แตกต่างจากเด็กปกติในวัยเดียวกัน เช่น เล่นของเล่นหรือสิ่งของอย่างเดียว ไม่เปลี่ยนของเล่น มีการเล่นซ้ำๆ ไม่มีการเล่นสมมติ (Make believe play) หรือการเล่นที่มีการเลียนแบบการดำรงชีวิตหรือสังคมจริง (Social imitative play) นั่นคือ เด็กมีพัฒนาการการเล่นที่ไม่เหมาะสมตามวัย
- 1.3 มีความผิดปกติของแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ และการกระทำซ้ำๆ โดยจะต้องพบพฤติกรรมอย่างน้อย 1 ข้อจากข้อต่อไปนี้
- 1.3.1. มีการหมกมุ่นอยู่กับการให้ความสนใจ หรือการแสดงออกต่อสิ่งของสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างเด่นชัด ทั้งที่เป็นความผิดปกติของจุดสนใจ และความรุนแรงของความหมกมุ่น เช่น สนใจมองใบพัดของพัดลมที่หมกมุ่นอยู่ได้ทั้งวัน
  - 1.3.2. มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ หรือมีการทำกิจวัตรที่ไม่มีความหมาย โดยที่จะเปลี่ยนแปลง ยับยั้งหรือหยุดการกระทำไม่ได้หรือได้ยาก
  - 1.3.3. มีการเคลื่อนไหวของมือ หรือ การขยับนิ้วมือ หรือบิดนิ้วหรือการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อกลุ่มอื่นๆ ที่แปลกๆ และเป็นการทำซ้ำๆ เช่น หมุนมือหรือหมุนตัวไปรอบๆ เป็นต้น
  - 1.3.4. หมกมุ่นและใช้เวลาอยู่กับสิ่งของ หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของวัตถุ เช่น สนใจหมุนล้อของรถเด็กเล่น โดยไม่สนใจส่วนอื่นๆ ของของเล่นชิ้นนั้นเลย ความสนใจนั้นจะเป็นอยู่นาน
2. มีความผิดปกติของพัฒนาการ หรือมีพัฒนาการล่าช้า ที่เริ่มเห็นได้ชัด ก่อนอายุ 3 ปี อย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้
- 2.1 ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
  - 2.2 การสื่อความหมายด้วยภาษาพูด
  - 2.3 การเล่นที่มีความหมาย เล่นแบบสมมติ หรือการเล่นจากการสร้างจินตนาการที่เหมาะสมตามวัย

## ระบาดวิทยา

**อุบัติการณ์** การศึกษาด้านระบาดวิทยาครั้งแรกของออทิสซึม คือ การศึกษาของ Victor Lottor ในปี 1966 ซึ่งรายงานอุบัติการณ์ในอัตรา 4.5 ต่อเด็ก 10,000 คน ในระหว่างประชากรทั้งหมดที่อายุ 8 ถึง 10 ปี ของ Middlesex ซึ่งเป็นเมืองด้านตะวันตกเฉียงเหนือของ London ต่อมาได้มีการศึกษาทางระบาดวิทยาทั่วโลกซึ่งได้รายงานไว้ โดยมีการสำรวจเด็กมากกว่า 4,000,000 คน และระบุว่า มี 1545 คน ที่คิดว่าเป็นออทิสซึม อัตราของอุบัติการณ์จึงมีตั้งแต่ 0.7 ต่อ 10,000 ถึง 21.1 ต่อ 10,000 อุบัติการณ์เฉลี่ยคือประมาณ 4-5 ต่อ 10,000 ซึ่งสอดคล้องกับค่าของ Lottor ในตอนแรก ค่าที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา สะท้อนถึงเรื่องทางระเบียบวิธีวิจัย เช่น ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การให้คำจำกัดความของอาการ และแง่มุมในเรื่องการคัดกรองและการค้นหา ส่วนการศึกษาในสมัยใหม่ได้รายงานอุบัติการณ์ในอัตราที่สูงขึ้น ซึ่งเหตุผลที่อัตราสูงขึ้นอาจเนื่องจาก (1) การให้คำจำกัดความของออทิสซึมที่กว้างขึ้น (2) ประชากรเป้าหมายมีขนาดเล็กลง เนื่องจากโดยปกติ การศึกษาที่ขนาดเล็กกว่า ก็จะได้อัตราที่สูงกว่า และ (3) การตรวจพบผู้ป่วยที่ดีขึ้นในขอบเขตที่กว้างมาก (เช่น เด็กมีปัญหาอ่อนอย่างรุนแรง กับเด็กออทิสติกที่ไม่เป็นปัญหาอ่อน) บางการศึกษาได้รวมค่าประมาณของสภาวะออทิสติกที่มีอาการกว้างกว่าเข้าไว้ด้วย (spectrum) ถึงแม้ว่าจะยังมีข้อสงสัยในความหลากหลายของการค้นหาสภาวะที่เหมือนออทิสติกเพื่อการวินิจฉัย แต่ก็มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่ามีเด็ก 1 คน ในทุก ๆ 1000 คน อาจแสดงความผิดปกติทางสังคม ซึ่งเข้ากับอาการออทิสติกที่มีขอบเขตกว้าง (autistic spectrum)

**อัตราส่วนระหว่างเพศ** การศึกษาทั้งในทางคลินิกและในทางระบาดวิทยา พบว่าการเกิดโรคออทิสติกในเด็กผู้ชายสูงกว่าในเด็กผู้หญิง อัตราเสี่ยงที่รายงานไว้เฉลี่ยประมาณ 3.5 หรือ 4.0 ต่อ 1 อย่างไรก็ตาม อัตราส่วนนี้แปรเปลี่ยนไปได้ตามความสามารถของการทำงานทางสติปัญญา บางการศึกษารายงานอัตราส่วนสูงถึง 6.0 หรือมากกว่า ต่อ 1 ในบุคคลออทิสซึมที่ไม่มีภาวะปัญญาอ่อน ขณะที่อัตราส่วนที่ได้รายงานในกลุ่มที่มีภาวะปัญญาอ่อนระดับปานกลางถึงรุนแรง มีระดับต่ำเท่ากับ 1.5 ต่อ 1 ซึ่งสาเหตุที่พบผู้หญิงจำนวนน้อยในกลุ่มที่ไม่เป็นปัญญาอ่อนยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ความเป็นไปได้อย่างหนึ่งคือ ผู้ชายมีระดับการรับรู้ความผิดปกติของสมองในระดับต่ำกว่าผู้หญิงหรือในทางตรงข้ามคือ การเกิดออทิสซึมในผู้หญิงต้องมีความเสียหายของสมองที่รุนแรงมากกว่าตามทฤษฎีนี้ เด็กผู้หญิงที่เป็นออทิสซึม จึงมีแนวโน้มที่จะมีความบกพร่องทางความนึกคิดในระดับที่รุนแรงมากกว่า



**ระดับทางสังคม** ถึงแม้ว่าการศึกษาในระยะแรกจะสนับสนุนข้อคิดเห็นของ Kanner ว่ามีความเชื่อมโยงระหว่างออทิสซึมกับสถานะทางเศรษฐกิจสังคมระดับสูง แต่การศึกษาทางระบาดวิทยาโดย Wing, Schopler และคนอื่น ๆ ไม่พบความเชื่อมโยงดังกล่าว นอกจากความคิดในเรื่องพ่อแม่ที่ประสบความสำเร็จและมีการศึกษามากกว่าจะแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ครอบครัวที่มาจากพื้นฐานที่ไม่ดีก็ยังคงเป็นตัวแทนที่ต่ำกว่าความเป็นจริงในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในทางคลินิก จึงจำเป็นที่จะให้เด็กจากพื้นฐานทางเศรษฐกิจสังคมทุกระดับเข้าถึงบริการด้านการวินิจฉัยและการรักษาโดยเท่าเทียมกันทางคลินิก จึงจำเป็นที่จะให้เด็กจากพื้นฐานทางเศรษฐกิจสังคมทุกระดับเข้าถึงบริการด้านการวินิจฉัยและการรักษาโดยเท่าเทียมกัน

### การแสดงออกทางพฤติกรรมของเด็กออทิสติก(เพ็ญแข)<sup>(2)</sup>

#### ก. พฤติกรรมทางด้านสังคม และไม่สามารถมีปฏิริยาต่อสัมพันธ์ภาพของบุคคล

##### 1. แสดงพฤติกรรมไม่สนใจใคร เช่น

- เด็กจะแสดงอาการเฉยเมย ไม่สนใจใคร ทำเสมือนว่าเขาอยู่คนเดียว บางครั้งมารดาร้องให้เมื่อเล่าประวัติ เด็กไม่มีปฏิริยารับรู้ใด ๆ ทั้งสิ้น
- มีการกระทำต่อบุคคลหรือสิ่งมีชีวิตอื่นคล้ายสิ่งของ ไม่รู้ความแตกต่างระหว่างสิ่งมีชีวิตและสิ่งไม่มีชีวิต เช่น เมื่อเด็กกำลังเล่นรองเท้าของเขาอยู่คนเดียว โดยการยกขึ้นดม กัด และหมุนเล่นไปมา เมื่อเราเอาลูกบอลเล็ก ๆ เข้าไปให้เขาเล่น เพื่อทดแทน การเล่นรองเท้า นอกจากเขาไม่สนใจลูกบอลแล้ว เขายังทำเฉยเมย และลุกขึ้นมือหนึ่งถือลูกบอล อีกมือหนึ่งดึงมือผู้ให้ลูกบอลหลุดเดินออกไปจากที่เขา นั่งเล่น แล้วทิ้งลูกบอลและปล่อยมือผู้ให้ลูกบอลอย่างแรง เสมือนกับขว้างของทิ้ง พร้อมกับวิ่งไปเล่นรองเท้าเหมือนเดิม พฤติกรรมนี้เสมือนกับเขารู้สึกว่าบุคคลเป็นสิ่งของเขาไม่ต้องการเขาก็โยนทิ้งไป พฤติกรรมเช่นนี้อันตรายมาก ถ้าเด็กไปเล่นกับสุนัขหรือแมวที่มีชีวิต เพราะเด็กจะพยายามดึงหู ดึงหาง ดึงขา ดึงขน จนกระทั่งบางรายเด็กไปกัดจมูกหรือหูสุนัข ถ้ามันกลัวก็ตีไป ถ้ามันสู้แล้วอันตรายเกิดกับเด็กแน่นอน
- ไม่สามารถมีปฏิริยาต่อสัมพันธ์ภาพของบุคคล เช่น ถ้ากอดเด็ก เด็กจะกอดตอบไม่เป็นหรืออุ้มเด็ก เด็กจะทำตัวแข็งอ้อนไปมา ทำให้รู้สึกว่าการกอดเด็กตัวหนักมากกว่าที่ควร เนื่องจากเด็กไม่มีปฏิริยาตอบสนอง เด็กจะทำหน้าตาเฉยเมย และไม่รู้จักเอามือโอบกอดคอผู้อุ้มได้เหมือนเด็กปกติที่ป้องกันไม่ให้ตนเองตกลงมา

2. แสดงพฤติกรรมไม่รู้ร้อนรู้หนาว และไม่รู้จักรักช่วยตัวเองจากอันตรายต่าง ๆ เช่น เด็กออทิสติก ถูกเด็กคนอื่นตี กัด หรือจิกดม เด็กไม่สามารถปกป้อง หลีกเลียงหรือโต้ตอบได้ บางคนจะเฉยเมย บางคนจะร้องและส่งเสียงไม่เป็นภาษา เด็กบางคนถูกมัดแดงกั๊ดเต็มเท้า ก็ทำเสมือนไม่รู้สึกรู้เจ็บปวดเลย จะยืนเฉย และไม่สามารถปิดมุดออกจากเท้าได้ เด็กบางคนเปิดลิ้นซึก และถูกหนีบนิ้วไว้ ก็ไม่สามารถดึงนิ้วมือออกเองได้ จะร้องแต่ ซี้ด ๆ ๆ จนกว่าจะมีคนไปช่วยดึงออก เด็กกลุ่มนี้ควรระวังอันตราย และต้องอยู่ใกล้ชิดตลอดเวลา เพราะเด็กออทิสติกบางคน ชอบกัดเด็กออทิสติกที่อยู่ด้วยกัน ซึ่งก็ยอมให้ถูกกัดอยู่อย่างนั้นจนกว่าผู้ดูแลจะไปช่วยเหลือ ต้องระวังแม้กระทั่งอาการถ้าร้อนจัดไม่ควรวางให้เด็ก เด็กสามารถรับประทานอาหารได้แม้จะร้อน จนทำให้ปากพองได้

3. ไม่สามารถลอกเลียนแบบการกระทำของคนอื่นได้ เช่น การโบกมือบายบาย ถ้าสอนซ้ำ ๆ เด็กอาจลอกเลียนแบบได้โดยการกระทำที่ผิดแปลกไปกว่าปกติ คือ ในเด็กปกติจะทำท่า “บายบาย” โดยหันฝ่ามือออกนอกตัวแล้วโบกไปมา แต่เด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะทำท่าหันฝ่ามือเข้าหาตัว โดยที่นิ้วมืออาจชี้ขึ้นบนหรือชี้ลงล่าง บางรายจะหันฝ่ามือออกด้านนอกแต่นิ้วมือชี้ลงล่าง หรือในการส่งจูบ เด็กออทิสติกมักชอบเอาหลังมือแตะปาก เมื่อสอนให้เขายิ้มหรือหัวเราะ เด็กจะยิงฟันแล้วต้องเอามือแตะฟันของตัวเองทุกครั้ง เพื่อให้รู้ว่าทำตามได้แล้ว

4. เด็กออทิสติกจะเล่นกับใครไม่เป็น แม้จะเป็นการเล่นอย่างง่าย ๆ เช่น การโยนบอล และรับบอลกับเพื่อน เด็กไม่เคยได้เตะลูกบอล จึงรู้สึกไม่พอใจ จะวิ่งไปแย่งลูกบอลมากอดไว้คนเดียว โดยไม่ยอมให้ใครได้เตะลูกบอลอีกเลย บางคนอยากเล่นกับเพื่อน เช่น เห็นเพื่อนเล่นโดมิโน กันอยู่เด็กจะตรงเข้าไปแย่งตัวโดมิโนมาแล้ววิ่งหนี เพื่อให้เพื่อนวิ่งตามจนเพื่อนโมโหรู้มตีเด็ก เด็กจะหัวเราะชอบใจนี้กว่าเพื่อนเล่นด้วย

5. ไม่สนใจที่จะมีเพื่อน ไม่สามารถผูกมิตรกับใคร ขาดความสนใจการมีปฏิสัมพันธ์ในด้านสังคมกับเด็กอื่น ๆ เช่น กระตุ้นเด็กออทิสติก 5 คน ในวัยเดียวกัน โดยการนำเด็กให้ร่วมทำกิจกรรมกลุ่มง่าย ๆ ด้วยการให้ลูกบอลให้แกกันเป็นวงกลม เมื่อผู้ดูแลผลัดตัวออกไปภายใน 1 นาที เด็กจะผละออกจากกันคนละทิศละทาง แต่ละคนจะไปแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติในการเคลื่อนไหวที่ชอบทำเป็นประจำเมื่ออยู่ในโลกของตัวเอง แตกต่างกันไป โดยไม่สนใจใครเลย

## ข. พฤติกรรมทางการสื่อสารภาษา ทั้งด้านการพูด (Verbal) และการไม่ใช้คำพูด (Nonverbal) รวมทั้งไม่สามารถมีจินตนาการในการเล่นได้

1. ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมสื่อความหมายได้เลย เช่น ไม่มีการส่งเสียง อือออ ไม่มีการแสดงออกทางใบหน้า เช่น แสดงถึงการโกรธ การพอใจด้วยการยิ้มหรือหัวเราะ ไม่สามารถสื่อความหมายด้วยท่าทางได้เหมือนเด็กหูหนวก หรือเป็นใบ้ ถ้าเด็กขอทิสติกต้องการอะไรมักจะดึงมือที่อยู่ใกล้เคียงไปทำให้ เช่น ถ้าเด็กต้องการเปิดประตู ก็จะดึงมือที่อยู่ใกล้ไปที่ลูกบิดประตูเท่านั้น ไม่สามารถแสดงอาการลอกเลียนแบบได้ในการพูด และไม่สามารถสื่อภาษาในการพูดได้

2. การสื่อความหมายที่ไม่ใช้คำพูดนั้น มีความผิดปกติอย่างชัดเจน เช่น เด็กไม่มีการสบตากับบุคคลทั่วไป (eye to eye gaze) เด็กจะใช้การมองผ่านไปจนดูเหมือนตาแกว่งไปมา (eye dancing) หรือบางคนจะจ้องตาตอแต่ลักษณะเป็นแบบมองทะลุทะลวง (see through) ถ้าสังเกตให้ดีจะพบว่าม่านตาของเด็กจะหดและขยายไปมา คล้ายกับการปรับเลนส์ของกล้องถ่ายรูป หรือบางคนต้องการจะสบตากับบุคคล โดยการมองไปด้วยตาที่เอียงไปด้านข้าง ไม่หันหน้าตรงกับหน้าของบุคคลที่เด็กต้องการจะสบตา ลักษณะคล้ายการขำเลียงจนเด็กขอทิสติกบางรายตาเหล่ไป (squint eyes) เด็กขอทิสติกจะมีใบหน้าเฉยเมย ไม่สามารถแสดงออกทางสีหน้าได้ เมื่อมีอาการโกรธ พ้อใจ หรือไม่พ้อใจ มีการแสดงออกกิจกรรม หรือท่าทีที่ผิดปกติขณะที่มีปฏิริยาทางด้านสังคม เช่น ถ้าได้อุ้มเด็กขอทิสติก ไม่ว่าจะอายุเท่าใด เด็กจะทำตัวแข็งและแน่นไปมาไม่มีปฏิริยาสนองตอบโดยการกอดตอบ หรืออาการที่แสดงว่ากลัวจะตกจากการอุ้ม แม้แต่ผู้อุ้มทำท่าที่จะปล่อยมือเด็กก็จะเฉยเมย เด็กขอทิสติกจะไม่มองบุคคลไม่เข้าไป ทักทาย ไม่ยิ้มแยมตอบ ไม่สามารถทักทายพ่อแม่หรือบุคคลที่อยู่ใกล้เคียง เคยมีเด็กขอทิสติกหลายรายที่พลัดหลงจากพ่อแม่ขณะพาออกนอกบ้าน เด็กจะยอมให้คนที่ไม่รู้จักอุ้มได้อย่างหน้าตาเฉย จึงไม่ปรากฏว่าเด็กขอทิสติกหายเพราะผู้ที่อุ้มไปจะรีบไปส่งให้ตำรวจหรือปล่อยวางไว้จนผู้ปกครองตามจนพบ

3. เด็กขอทิสติกจะขาดจินตนาการในการเล่น เด็กปกติวัย 3 ขวบขึ้นไปสามารถเลียนแบบผู้ใหญ่ได้ เช่น การทำกับข้าว การขายของ การเล่นเป็นครอบครัว มีพ่อแม่ลูก เป็นต้น แต่เด็กขอทิสติกจะเล่นโดยการสมมติไม่เป็น เช่น เล่นละครสมมติให้เป็นสัตว์ต่าง ๆ การสร้างมโนภาพในการฟังนิทาน หรือการเล่นนิทานเด็กจึงไม่สนใจในการฟังนิทานที่เกี่ยวกับการสร้างจินตนาการ ฉะนั้นการสอนหรือการเล่นนิทานให้เด็กขอทิสติกฟังควรใช้แบบรูปธรรม เช่น การขีดหุ่นหรือการเล่นละครโดยใช้ตัวละครจริง มีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นชัดเจน เช่น ในการเล่น

โดยใช้ท่อนไม้เล็ก ๆ มาต่อกันและสมมติว่าเป็นรถไฟกำลังวิ่งโดยทำให้เคลื่อนที่ไป เด็กออทิสติก จะแสดงท่าทางงุนงง และบอกเป็นเสียงเดียวกันว่า ไม่ใช่รถไฟหรอก นี่มันเป็นไม้

4. มีความผิดปกติอย่างชัดเจนในการเปล่งเสียงพูด เกี่ยวกับความต้องการของเสียง (volume) ระดับเสียง (pitch) เสียงเน้น (stress) ความเร็วช้า (rate) จังหวะ (rhythm) และเสียงสูงต่ำ (intonation) ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจน เด็กออทิสติกหลายคนมีเสียงในระดับเดียวกัน (monotonous) บางคนจะทำเสียงสูงต่ำคล้ายเสียงดนตรี หรือในบางคนจะมีการพูดที่มีระดับเสียงสูงอย่างเดียว

5. มีความผิดปกติอย่างชัดเจนในรูปแบบและเนื้อหาของการพูด พูดซ้ำซากวนไปวนมาอย่างเดิม พูดเลียนแบบทันที (immediate echolalia) เช่น ถามว่า “หนูชื่ออะไร” พูดเลียนแบบโดยการจดจำจากโทรทัศน์ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบของการโฆษณาที่เด็กชอบดู หรือเลียนแบบเสียงจากภาพยนตร์การ์ตูนต่าง ๆ จนคุณพ่อของเด็กออทิสติกคนหนึ่งมีอาชีพเป็นกัปตันขับเครื่องบิน คิดไปว่าลูกชายของตนเป็นมนุษย์ต่างดาวมาเกิด เนื่องจากเด็กพูดได้ต่อเนื่องกันยาวมากแต่เป็นภาษาของตนเองที่ลอกเลียนมาจากมนุษย์ต่างดาวที่เด็กชอบดูโทรทัศน์นั่นเอง เด็กบางคนพูดคล้ายภาษาญวน ภาษาญี่ปุ่น ภาษาฝรั่งเศส ฯลฯ แต่ความจริงแล้วเป็นภาษาไม่มีความหมายเลย เด็กบางคนจะพูดความหมายของประธานผิดไป เช่น ถ้าเขาต้องการจะเปิดตู้เพื่อหยิบของเล่น เขาจะพูดว่า “ป่าหมอจะเปิดตู้ไซ้ไหมฮะ” ความจริงเข้าต้องการพูดว่า “ผมจะเปิดตู้” เด็กออทิสติก บางคนจะใช้คำพูดที่เป็นลักษณะเฉพาะของเขาเอง เช่น “กูก กูก กูก” หมายความว่าเขาต้องการจะรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ

6. ไม่มีความสามารถที่จะสนทนากับใครได้นาน มักจะพูดถึงแต่เรื่องที่ตนเองสนใจ เช่น ท่องหนังสือที่เรียนมาให้ฟังได้ทั้งเล่ม โดยไม่สนใจเลยว่าใครจะฟังหรือไม่ บางรายจะพรวดพราดแต่เรื่องของจรวดชนิดต่าง ๆ ไดโนเสาร์ชนิดต่าง ๆ หรือเรื่องต่าง ๆ ที่ตัวเองสามารถอ่านหรือจำมาจากเอนไซโคพีเดียของเด็ก ความสามารถเช่นนี้ทำให้คนพบเห็นจะเข้าใจผิดไปว่าเป็นเด็กอัจฉริยะ (genious) แต่ความจริงแล้วมิใช่

### ค. มีการกระทำและสนใจซ้ำซากอย่างเด่นชัด

1. มีการเคลื่อนไหวของร่างกายซ้ำ ๆ เช่น การเคาะมือเบา ๆ โบกมือไปมา หมุนตัวเองกระโดดขึ้นกระโดดลง ถีบสิ่งของเล็ก ๆ ในมือ เช่น เศษกระดาษ ใบไม้ หลอดดูดน้ำ หรือดินสอ โดยเอาสิ่งของอย่างใดอย่างหนึ่งหนีบอยู่ระหว่าง 2 นิ้ว อาจจะเป็นระหว่าง นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ บางรายชอบนอนคว่ำ และเลื้อยไปตามซาเก้าอี้เหมือนงู

2. คิดหมกมุ่นหรือสนใจส่วนหนึ่งส่วนใด เช่น ถีอรถยนต์เด็กเล่นไว้ในมือหนึ่ง อีกมือหนึ่งจะหมุนแต่ล้อรถเล่น หรือชอบดมสิ่งของ ชอบลูบไล้สิ่งของ เช่น เดินเอามือจะไปตามราวบันไดขึ้นและลงซ้ำ ๆ ซาก ๆ บางคนจะชอบถือหนังสือชนิดหนึ่งก็ได้ เปิดดูไปเรื่อย ๆ จนหมดเล่มและทำอย่างเดิมอีก

3. แสดงความคับข้องใจอย่างมาก ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว หรือที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่น มีการกินอาหารที่ซ้ำซาก เปลี่ยนแปลงยาก จนเด็กออกทิสติกหลาย ๆ คน ต้องได้อาหารเช่นเดียวกับเด็กอ่อน คือ อาหารเหลว เพราะไม่ยอมเคี้ยวอาหาร เด็กออกทิสติกหลาย ๆ คนชอบจัดของให้อยู่ที่เดิม เช่น การเรียงหนังสือ ของเล่น หรือแม้แต่ดินสอสี เปิดกล่องดูแล้ววางไว้อย่างไรเด็กก็จะต้องเรียงอย่างนั้นทุกครั้งที่จะบายสีเสร็จ ถ้าสิ่งของไม่อยู่อย่างเดิม เด็กจะแสดงอาการอึดอัด หรือร้องไห้ไม่หยุด จนกว่าจะหยิบของสิ่งนั้นมาไว้ที่เดิม

4. ต้องทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เคยทำเป็นประจำ โดยมีรายละเอียดเหมือนเดิม เช่น เด็กออกทิสติกที่พ่อแม่พาไปเดินซื้อของในห้างสรรพสินค้าแล้วครั้งหนึ่ง ในครั้งต่อไป ถ้าพาเด็กไปอีกเด็กจะต้องให้พาเดินไปซ้ำทางเก่าเสมอ หรือไปโรงเรียน เด็กจะต้องใช้ทางเดินทางเดิมทุกวัน แม้จะมีฝนตก น้ำท่วม อย่างไรก็ตามก็ไม่ยอมเปลี่ยนแปลงทางเดินใหม่

5. มีความสนใจในขอบเขตที่จำกัด และหมกมุ่นสนใจแต่ในสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น การลากเส้นตามขอบของวัตถุ หรือสนใจในรายละเอียด ในการวาดรูป เช่น ในการวาดรูป คน เด็กจะไม่สนใจในการวาดรายละเอียดของใบหน้า แต่จะเน้นที่สร้อยคอ หรือรายละเอียดของแบบเสื้อผ้ามากกว่า เด็กบางคนชอบดูรายละเอียดในแผนที่ บางคนชอบรวบรวมรายละเอียดเกี่ยวกับอนุกรมวิทยา

### โรคที่มีอาการคล้ายออทิสติก<sup>(3)</sup>

มีโรคหรือภาวะหลายอย่างที่คล้ายออทิสติก และจำเป็นต้องแยกให้ดีเพราะการดูแลรักษาแตกต่างกัน

1. ภาวะปัญญาอ่อน ภาวะปัญญาอ่อนกับโรคออทิสติกมีความแตกต่างกัน เด็กปัญญาอ่อนจะมีพัฒนาการแต่ละด้านล่าช้าพอ ๆ กัน แต่เด็กออทิสติกจะมีพัฒนาการล่าช้าอย่างมากในด้านภาษาและสังคม ส่วนสังคมอื่นอาจไม่มีปัญหา หากโดยทั่วไปเด็กปัญญาอ่อนจะเข้าหาคน เล่นกับคน รู้จักขอความช่วยเหลือ แต่เด็กออทิสติกจะไม่ทำเช่นนั้น อย่างไรก็ตามเด็กออทิสติกหลายคนมีปัญญาอ่อนร่วมด้วย และเด็กปัญญาอ่อนอย่างรุนแรงก็มักมีอาการคล้ายออทิสติกอยู่บ้างไม่มากนักน้อย

2. เด็กที่มีความบกพร่องทางภาษา เด็กที่มากความบกพร่องทางภาษาเพียงอย่างเดียว แต่สมองส่วนอื่นทำงานปกตินั้นจะมีพัฒนาการทางสังคมดี ไม่หนีสังคมและแยกตัวมากอย่างออทิสติก แต่อาจเป็นคนที่อายไม่ค่อยคุยเพราะพูดไม่คล่อง ในกลุ่มนี้หากได้มีการฝึกพูดและฝึกการอ่านการใช้ภาษามากขึ้น เด็กก็จะดีขึ้น

3. หูหนวก / ได้ยินผิดปกติ เด็กที่หูหนวกหรือหูตึง แม้จะมีความบกพร่องในทักษะสังคมบ้าง แต่ก็พยายามสื่อสารกับคน ไม่ถอยหนีหรือแยกตัว

4. เด็กที่มีปัญหาทางประสาทตา เด็กที่ตาไม่ดีและไม่ได้รับการกระตุ้นอย่างเพียงพออาจถอยหนี แยกตัว และมีอาการเคลื่อนไหวช้า ๆ หรือท่าทางแปลก ๆ แต่ภาษาพูดและการสื่อสารโดยใช้ท่าทางมักไม่มีปัญหา

5. ภาวะถูกทอดทิ้งหรือขาดการกระตุ้นอย่างรุนแรง การถูกทอดทิ้ง ขาดผู้เลี้ยงดู และขาดการกระตุ้นอย่างรุนแรงจะมีผลต่อการทำงานของสมอง เด็กจะมีพัฒนาการช้าและแยกตัวคล้ายออทิสติกได้ แต่อาการจะดีขึ้นเร็วหากมีคนเอาใจใส่และให้การกระตุ้นที่เหมาะสม

6. เด็กที่มีความพิการหลายอย่างร่วมกัน เช่น เด็กที่ตาบอด หูหนวก และมีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย อาจมีปัญหาในการตอบสนองต่อสิ่งรอบตัวและมีอาการคล้ายเด็กออทิสติก

7. โรคแอสเพอร์เกอร์ โรคแอสเพอร์เกอร์ (Asperger's syndrome) เป็นโรคที่จัดอยู่ในกลุ่ม PDD เหมือนโรคออทิสติก เด็กจะมีปัญหาทางสังคม ไม่เข้าใจความคิด ความรู้สึกของผู้อื่นเหมือนกัน แต่ภาษาและสติปัญญาของเด็กกลุ่มนี้จะดีกว่า

8. โรคทางสมองอื่น ๆ เช่น Landau-Kleffner syndrome เด็กจะมีอาการถดถอยทางภาษา มีอาการชักและคลื่นสมองผิดปกติ ส่วนในโรค Rett's syndrome สมองจะมีการเสื่อมถอย พัฒนาการที่เคยดีจะถดถอยลงไปและอาจมีอาการคล้ายออทิสติก

### การรักษา<sup>(2)</sup>

เนื่องจากยังไม่มีข้อสรุปได้ว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคออทิสติก เพราะยังขาดหลักฐานยืนยันที่แน่นอนในเรื่องของพยาธิสภาพทางสรีรวิทยาของออทิสซึม การรักษาเด็กออทิสซึมจึงจำเป็นต้องให้การรักษาดำเนินการตามอาการที่ปรากฏหรืออาการที่ตรวจพบเช่นเดียวกับเด็กปกติทั่วไป ทางโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พยายามพัฒนาด้านการรักษาเด็กออทิสติกมาเป็นเวลา 27 ปี ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ จึงขอสรุปเพื่อเป็นแนวทางดังต่อไปนี้

1. ทำการประเมินความผิดปกติของเด็ก จากประวัติที่ได้จากพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูจัดระดับพัฒนาการทางสังคม การสื่อความหมาย อารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติต่าง ๆ เปรียบเทียบกับเด็กในวัยเดียวกัน สังเกตพฤติกรรมของเด็ก แจ้งถึงการวินิจฉัย แนวทางในการรักษา พร้อมทั้งตอบปัญหาที่ผู้ปกครองสงสัย

2. ฝึกพ่อแม่ของเด็กให้มีความสามารถกระตุ้นพัฒนาการให้เด็กตามขั้นตอน ในระยะแรก โดยจัดอารมณ์ผู้ปกครองเป็นกลุ่มครั้งละไม่เกิน 10 ครอบครัว ให้ความรู้เรื่องออทิสซึม เพื่อให้ผู้ปกครองยอมรับถึงความผิดปกติของเด็กในแต่ละคน สอน แนะนำและสาธิตให้ผู้ปกครอง ฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือเด็กของแต่ละครอบครัวด้วยตนเองที่บ้านเป็นรายกรณี โดยมอบกิจกรรมต่าง ๆ พร้อมวิธีการประเมินผลการปฏิบัติด้วยวิธีง่าย ๆ และนัดมาเข้ากลุ่มเพื่อรายงานผลแก่ผู้รักษาภายใน 2 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน ส่วนเด็กจะได้รับการสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลที่ติดเด็ก เขียนรายงานเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับรายงานจากผู้ปกครองจึงร่วมกันวางแผนช่วยเหลือโดยการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองร่วมไปด้วย การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็กอย่างเหมาะสม จะก่อให้เกิดความมั่นใจ และส่งเสริมแรงจูงใจได้เป็นอย่างดี

3. พฤติกรรมบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ และพัฒนาการเรียนรู้ เมื่อเด็กเริ่มรับรู้ ปฏิบัติตามคำสั่งง่าย ๆ และเริ่มออกเสียงได้ก็จะรับไว้ในห้องเรียนเพื่อให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการเบื้องต้นในโรงพยาบาลเสมือนมาโรงเรียน โรงพยาบาลจะเป็นผู้ฝึกเด็กในการรับรู้ เรียนรู้พฤติกรรมบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ฝึกให้สามารถช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน ฝึกการเปล่งเสียง เมื่อเด็กมีความสามารถเพิ่มขึ้นก็ได้เลื่อนชั้นเรียนตามลำดับ ซึ่งยังคงเป็นชั้นเรียนในโรงพยาบาลสอนโดยพยาบาล เมื่อดีขึ้นอีกจึงส่งเรียนร่วมกับเด็กทั่วไปในระดับอนุบาล เด็กเล็ก ของโรงเรียนปกติเป็นบางวัน

4. อรรถบำบัด เมื่อเด็กเริ่มเปล่งเสียงได้ ก็จะได้รับฝึกฝนจากนักแก้ไขการพูด และการสื่อความหมาย

5. การศึกษาพิเศษ จัดชั้นการศึกษาพิเศษในโรงพยาบาลสอนโดยครูการศึกษาพิเศษ ซึ่งได้รับความช่วยเหลือจากกองการศึกษาพิเศษ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ตั้งแต่ระดับชั้นอนุบาลปีที่ 1 จนถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 เด็กที่มีความสามารถดีในการเรียนรู้จะถูกส่งไปเรียนร่วมกับเด็กปกติต่อไป

6. โครงการเรียนร่วมกับเด็กปกติ เด็กที่มีความสามารถในการเรียนรู้ดี และมีพฤติกรรมทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะส่งไปขอความช่วยเหลือจากอาจารย์กองการศึกษาพิเศษ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ เพื่อช่วยจัดหาโรงเรียนทั่วไปที่เหมาะสมให้

7. การรักษาทางยา จะให้ยาในเด็กออกฤทธิ์บางอย่างที่มีปัญหาทางด้าน การนอน หรือมีปัญหาทางด้านอารมณ์รุนแรง

8. การฝึกอาชีพ ควรฝึกอาชีพง่าย ๆ ตามความสามารถของเด็กแต่ละคน

น่าเสียดายที่การศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาวิธีรักษานั้นมีน้อยมาก ถ้าเทียบกับการวิจัยที่ใช้ อุปกรณ์และเครื่องมือทันสมัยเพื่อหาสาเหตุ ส่วนหนึ่งคงเป็นเพราะความยากในการออกแบบการวิจัย และอีกประการหนึ่งคงเป็นเรื่องเวลา ถ้าจะศึกษาวิจัยด้านการรักษานั้น จะต้องใช้เวลานานมาก

เนื่องจากออทิสติกเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และอาการต่าง ๆ มักทำให้พ่อแม่วิตกกังวล ได้มาก การรักษาบางวิธีได้ผลเฉพาะเด็กบางคน ผู้ปกครองควรเลือกวิธีการรักษามาใช้กับลูกให้เหมาะสมที่สุด

อาจกล่าวโดยสรุปว่า ในปัจจุบันยังไม่มียาที่รักษาโรคออทิสติกได้โดยตรงยาหรือสารต่าง ๆ ในกลุ่มที่ 2 ใช้กันเฉพาะในงานวิจัยและยังไม่สามารถให้ข้อสรุปถึงผลของยาอย่างชัดเจนดี ส่วนยาในกลุ่มแรกเป็นยาที่รักษาอาการบางอย่างให้ดีขึ้นเท่านั้น เช่น อาการก้าวร้าวหรืออยู่ไม่นิ่ง โดยทั่วไปผลของยามักไม่คงทน เมื่อหยุดยา ก็มักมีอาการกลับมาใหม่ การรักษาที่ได้ผลดีกว่าคือการกระตุ้นพัฒนาการและปรับพฤติกรรม

#### การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก

เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า โรคออทิสติก เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านพัฒนาการอย่างรุนแรง โดยมีความผิดปกติทางการรับรู้ การสื่อความหมาย ทางการเข้าสังคม ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันอย่างมาก และมักจะมีอาการผิดปกติได้ยาวนานตลอดชีวิตทั้ง ๆ ที่ส่วนหนึ่งก็มี การพัฒนาการให้ดีขึ้นอย่างช้า ๆ ก็ตาม การที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน จะพบอาการเมื่อเด็กคลอดแล้วตั้งแต่วัยทารก ทำให้ตรวจอาการขณะตั้งครรภ์ไม่ได้ จึงทำให้ไม่ทราบวิธีป้องกัน และรักษาที่ถูกต้อง แต่ก็ได้หมายความว่า จะช่วยเด็กไม่ได้เลย เด็กเหล่านี้ต้องการความช่วยเหลือเพื่อหาหนทางต่อสู้กับอุปสรรคภายในตัวเองด้วยวิธีการเฉพาะตัวทั้งที่บ้าน และที่โรงเรียน ด้วยการฝึกสอนทักษะในการดำรงชีพให้ได้ มีนักวิชาการได้เสนอแนวทางการ



ช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ไว้ อาทิ การสอนทักษะพื้นฐาน<sup>(16)</sup> พ่อแม่เปรียบเสมือนครูคนแรกของลูกในการฝึกสอนให้ลูกสามารถช่วยเหลือตัวเองและฝึกทักษะพื้นฐานที่จะอยู่ในสังคม แต่การฝึกเด็กออทิสติกย่อมแตกต่างจากเด็กปกติมากมาย เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้นอกจากจะไม่พูดด้วยแล้ว ยังไม่เข้าใจภาษาอีกด้วย การสอนทักษะง่าย ๆ กลับกลายเป็นเรื่องยุ่งยากขึ้นอย่างมาก พ่อแม่ต้องมีความอดทนสูง หลีกทั่ว ๆ ไป มีง่าย ๆ 3 ประการคือ

1. คนทั่วไปทั้งเด็กและผู้ใหญ่ทั้งที่ปกติ และที่เป็นออทิสติก ต่างชอบทำในสิ่งที่ทำแล้วได้รับความชื่นชม หรือได้รับรางวัลตอบแทน และจะทำพฤติกรรมบางอย่างลดลงเมื่อทำแล้วผลที่ได้รับคือความไม่สบายใจ หรือไม่มีความสุข

2. ทักษะใหม่ ๆ จะสอนได้ดี ถ้าแยกขั้นตอนให้ชัดเจน และง่ายในการปฏิบัติ

3. ระยะเวลาแรก ๆ จะสอนได้ดี พูดคุยไปด้วย และอาจทำไปพร้อม ๆ กับเด็กด้วย หลังจากนั้น ค่อยลดระยะห่างของการกระตุ้นลง

การเรียนรู้ของเด็กกลุ่มนี้ จะก้าวหน้าไปอย่างช้า ๆ ค่อย ๆ ให้ทักษะใหม่เข้าไปมีการใช้คำเพิ่มขึ้นและพัฒนาทั้งทางสังคมเพิ่มขึ้นได้ ต้องอาศัยการฝึกสอน การทำให้ดี การชี้แนะมาก่อนอย่างยาวนาน ซึ่งอัตราเร็วในการเรียนรู้ จะช้ากว่าเด็กปกติมาก แต่ไม่ได้หมายความว่า เด็กกลุ่มนี้จะเรียนรู้ไม่ได้ และถ้าเรียนรู้เข้าไปแล้วทักษะนั้น ๆ จะอยู่ยาวนาน

### การดูแลเฉพาะสำหรับเด็กออทิสติก

1. การยอมรับของพ่อแม่ จะทำให้มีความร่วมมือในการช่วยเหลือเด็ก ใช้ชีวิตร่วมกันกับเด็ก ซึ่งจะทำให้ชีวิตครอบครัวมีความสุขมากขึ้น

2. การช่วยเหลือเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม หวีผม รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต เด็กปกติจะเลียนแบบและถูกกระตุ้นจากพ่อแม่ให้ทำได้ เมื่อถึงวัยที่ควรทำได้ แต่สำหรับเด็กกลุ่มนี้จะต่อต้านการกระทำดังกล่าวทุกอย่าง การฝึกให้ช่วยเหลือตนเอง จึงดูเป็นเรื่องยุ่งยาก พ่อแม่จึงต้องทำไปพร้อม ๆ กับเด็กด้วย เช่น การติดกระดุม จะต้องเริ่มจากกระดุมเม็ดโต ๆ และรังดุมใหญ่ ๆ ก่อน ผู้ใหญ่ยืนอยู่หลังเด็กช่วยจับมือให้มาอยู่บริเวณกระดุม โดยเริ่มใส่กระดุมเข้าไปในรังดุมก่อนครึ่งหนึ่งแล้วจับมือให้เด็กถึงกระดุมผ่านรังดุมขึ้นมา เมื่อทำได้ให้ถอดชื่นชมเด็ก ถ้าเด็กหงุดหงิดให้ทำเฉย ๆ

3. การช่วยเหลือด้านพัฒนาการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะ ด้านภาษาและการสื่อความหมาย รวมทั้งทางด้านอารมณ์ และสังคมด้วย ซึ่งต้องใช้เวลาอันยาวนานเป็นปี พ่อแม่ต้องเข้าใจและอดทนอย่างมาก พ่อแม่บางคนไม่เข้าใจ บางครั้งเครียด จึงต้องให้สถาบัน เช่น โรงพยาบาล

ยุวประสาทฯ มาช่วยเหลือ ในตอนกลางวัน เมื่อเด็กเริ่มมีความสามารถในการสื่อความหมาย และพัฒนาการทางด้านสังคมดีขึ้นจึงจะส่งให้โรงเรียนที่มีความเข้าใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือเด็ก กลุ่มนี้ต่อไป

แต่อย่างไรก็ตาม ใน 3 สถาบันคือ สถาบันครอบครัว สถาบันสุขภาพ และ สถาบันการศึกษา ควรร่วมมือกันเพื่อเด็กออทิสติก ทั้งนี้ทั้งนั้นไม่ควรลืมสังคมที่สังคมรับรู้ หรือรู้จักเด็กออทิสติกมากขึ้น ย่อมทำให้ชีวิตของเด็กกลุ่มนี้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข นั่นเอง

### การดูแลเด็กที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ<sup>(19)</sup>

เด็กที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษนั้น เป็นเด็กที่มีความผิดปกติ แตกต่างจากเด็กปกติ อย่างแน่นอน เช่น เด็กปัญญาอ่อน เด็กมีความบกพร่องทางการได้ยิน การมองเห็น เด็กที่ปรับตัวลำบาก มีความพิการทางด้านร่างกาย ตลอดจนเด็กอัจฉริยะ เป็นต้น เด็กเหล่านี้ควร ได้รับการดูแลใน 5 ด้านด้วยกันคือ

1. การดูแลทั่วไป (General Care) โดยเน้นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา การดูแลต้องมี วัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ถูกต้องเหมาะสม สำหรับเด็กแต่ละคน เนื่องจากเด็กแต่ละคนมีความแตกต่างกันและมีข้อจำกัดในตนเอง

2. การดูแลเกี่ยวกับเครื่องมือ เครื่องใช้ในการช่วยเหลือตนเอง (Material Aid) เช่น เด็กที่ต้องใช้หูฟัง ไม่ค้ำในการเดิน แก้วน้ำเฉพาะ เตียงเฉพาะ หรือแม้แต่อาหารเสริมที่เหมาะสม เป็นต้น

3. การดูแลเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย (Housing) คือ จัดสถานที่ให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนไหวได้ดี และผู้ดูแลสามารถมองเห็นได้ชัดเจน ให้ความช่วยเหลือได้ทันเวลาที่

4. ความเข้าใจของพ่อแม่ (Parental Education) พ่อแม่ต้องเข้าใจเด็กทั้งทางการกระทำ และอารมณ์ ต้องเอาใจใส่ และแก้ไขได้ ตั้งแต่เด็กเริ่มลิ้มรสชาติโลกอย่างไรก็ตาม การมีบุตรผิดปกตินั้น ในช่วงแรกย่อมทำให้พ่อแม่วิตกกังวล ดังนั้นพ่อแม่เองควรได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคอง ดังนั้น คำแนะนำที่ให้แก่พ่อแม่ควรเป็นแต่ละบุคคล หรือแต่ละครอบครัวของเด็กแต่ละคน

5. ดูแลทางด้านพัฒนาการ (Development Care) การดูแลที่ดีที่ถูกต้องจะต้องเป็นส่วนส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก เช่นเดียวกับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้มีปัญหาก่อให้เกิด

ความล่าช้าทางพัฒนาการอย่างแน่นอน ถ้าเด็กมีความผิดปกติด้วยแล้วย่อมต้องการการดูแลเป็นพิเศษในการส่งเสริม หรือกระตุ้นพัฒนาการนั่นเอง เนื่องจากเขามีความผิดปกติในการเดิน การกิน การควบคุมตนเอง หรือการพูด ดังนั้นจึงมีความลำบากในการช่วยเหลือ พ่อแม่บางคนปกป้องลูกมากเกินไป เนื่องจากกลัวเกิดอันตรายกับเด็ก จนทำให้เด็กไม่ได้ช่วยเหลือตนเองเลย

## ความเครียด

### ความหมายของความเครียด

วีระ ไชยศรีสุข<sup>(19)</sup> กล่าวว่า ความเครียดคือ สถานการณ์ที่คับแคบที่มีผลทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ ความเครียดจะเกี่ยวพันกับความวิตกกังวล บางครั้งความเครียดอาจเกิดขึ้นกับร่างกาย เมื่อมีการใช้พลังงานมาก และมีการเปลี่ยนแปลงต่อขบวนการทางสรีรวิทยาของร่างกาย เช่น การอยู่ในสถานที่ที่มีอุณหภูมิสูงมาก ๆ หรืออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนาน ๆ จะเป็นตัวเร่งความเครียดให้เกิดขึ้น

นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์<sup>(20)</sup> กล่าวว่า ความเครียดคือ การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายในสิ่งแวดล้อมของบุคคลแล้วก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสมดุลในบุคคลนั้น ๆ ซึ่งถ้าบุคคลนั้น ๆ ปรับตัวปรับใจกับการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ก็จะเกิดผลเป็นความเจ็บป่วยหรือสิ้นหวัง

สุจริต สุวรรณชีพ (อ้างถึงใน อุไร ตั้งอุดมมงคล)<sup>(21)</sup> กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นภาวะของจิตใจที่ตื่นตัวเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์หรือความกดดันอย่างใดอย่างหนึ่ง อันไม่พึงประสงค์ ซึ่งคาดคิดว่าสถานการณ์หรือความกดดันนั้น ๆ หนักหนาหรือเกินกว่ากำลังความสามารถในยามปกติที่จะแก้ไขหรือขจัดปัดเป่าให้หมดสิ้นได้

Robert (อ้างถึงใน อัมพร โอตระภูด)<sup>(22)</sup> อธิบายความเครียดว่า หมายถึง กลุ่มพฤติกรรมตอบสนองที่เกิดขึ้นเมื่อมีความวิตกกังวล มีความคับข้องใจ มีความโกรธ ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์หรือมีความลำบากในการพิจารณาตัดสินใจ

โดยสรุป ความเครียด หมายถึง ภาวะของจิตใจที่ถูกคุกคามความสมดุลจากสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้น เป็นผลให้เกิดอาการทางร่างกายและทางจิตใจแสดงออกต่าง ๆ อาทิเช่น ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ความสับสน กระวนกระวายใจ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น

### ชนิดของความเครียด

Gallagher<sup>(23)</sup> ได้แบ่งชนิดของความเครียดเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความเครียดที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความทุกข์ “Distress” หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ และนำไปสู่ความรู้สึกคับข้องใจ
2. ความเครียดที่เกิดจากความสุข “Eustress” เป็นความเครียดเนื่องจากมีความสุขเพลิดเพลิน สนุกสนาน เต็มไปด้วยความยินดี

Miller and Claire (อ้างถึงใน ภัทรพงศ์ ประกอบผล) แบ่งความเครียดเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความเครียดด้านร่างกาย (Physical Stress)
  - 1.1 ความเครียดชนิดเฉียบพลัน (Emergency Stress) เป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตอย่างรุนแรง และเกิดขึ้นโดยกะทันหัน เช่น การได้รับบาดเจ็บ หรือประสบอุบัติเหตุที่ รุนแรง เป็นต้น
  - 1.2 ความเครียดชนิดต่อเนื่อง (Continuing Stress) เป็นสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตอย่างต่อเนื่อง เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความพิการ หรือทุพพลภาพ เป็นต้น
2. ความเครียดด้านจิตใจ (Psychological Stress) เป็นการตอบสนองความเครียดของร่างกายทันทีเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นให้ดุลยภาพของจิตใจเสียไป จนทำให้บุคคลนั้นเกิดความว้าวุ่นใจ และกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ

### สาเหตุของความเครียด

Engel (อ้างใน อัมพร โอตระกูล)<sup>(22)</sup> ได้แบ่งที่มาของความเครียดว่ามี 3 ทาง คือ

1. ความเครียดที่เกิดจากการสูญเสีย เป็นการสูญเสียสิ่งที่มีค่า สิ่งที่เป็นของรักหรือมีความสำคัญต่อตน หรือเป็นเพียงความรู้สึกหวั่นเกรงจะสูญเสียสิ่งที่มีค่า หรือทรัพย์สินสมบัติของตนก็ทำให้เกิดความรู้สึกเครียดขึ้นได้ ตัวอย่างการสูญเสียหรือเกรงว่าจะสูญเสีย ที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ การสูญเสียญาติมิตรสหาย การสูญเสียอวัยวะร่างกาย การสูญเสียหน้าที่การงาน และบทบาทในสังคม เป็นต้น
2. ความเครียดที่เกิดจากการได้รับอันตราย หรือเกรงว่าจะได้รับอันตราย เช่น การที่จะต้องอยู่ในภาวะสงคราม อยู่ในที่ซึ่งไม่คุ้นเคยหรือไม่ปลอดภัย การพบเหตุการณ์ที่น่าตกใจโดยไม่คาดคิด การต้องสอบแข่งขัน การต้องรับผิดชอบในหน้าที่ที่ไม่เคยทำมาก่อน

3. ความเครียดที่เกิดจากความคับข้องใจอันเนื่องมาจากความต้องการของสัญชาตญาณไม่สมปรารถนา โดยที่มนุษย์เรามีความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคมในการดำรงชีวิต เมื่อความต้องการเหล่านั้นไม่เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังก็จะเกิดความคับข้องใจ แสดงออกในรูปความเครียด เช่น ความหิว ความต้องการทางเพศ ความรัก ความอยากมีชื่อเสียง เป็นต้น

### ระดับของความเครียด

Janis (อ้างถึงใน อัมพร โอตระกูล)<sup>(22)</sup> ได้แบ่งระดับความเครียดไว้ 3 ระดับ ดังนี้

#### 1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress)

คือ มีความเครียดเกิดขึ้นน้อยมาก และหมดไปในระยะเวลาอันสั้นเพียงวินาที หรือภายในชั่วโมงเท่านั้น มักเกี่ยวข้องกับสาเหตุเพียงเล็กน้อย ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน เช่น ไปทำงานไม่ทันเวลา ฯลฯ

#### 2. ความเครียดระดับกลาง (Moderate stress)

ความเครียดระดับนี้รุนแรงกว่า โดยมีระยะเวลานานเป็นชั่วโมง หรือหลาย ๆ ชั่วโมง จนกระทั่งนานเป็นวันก็ได้ เช่น การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ความเครียดจากความกังวลมากเกินไป ความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

#### 3. ความเครียดระดับสูง (Severe Stress)

ความเครียดระดับนี้จะอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน เป็นปีก็ได้ เช่น การตายจากการเจ็บป่วยที่รุนแรง การเจ็บป่วยที่เรื้อรัง การสูญเสียของอวัยวะที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตต่อ

เมื่อมีความเครียดสูงมากและเกิดเป็นเวลานานถึงแม้ว่าคุณจะพยายามปรับตัวต่อสู้แล้วก็ตาม แต่ถ้าความเครียดอยู่นานและรุนแรงเกินไป ก็จะทำให้ความสามารถในการต่อสู้เหนื่อยล้าและหมดแรงได้ จะเกิดผลเสียนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ในที่สุด

### ผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย

นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์<sup>(20)</sup> กล่าวถึงผลกระทบของความเครียดว่า ความเครียดก่อให้เกิดความกังวลใจ และในระยะยาวจะก่อให้เกิดอาการเศร้า (Depression) อาการปวดหัวที่เกิดจากอารมณ์อันรุนแรง แก๊สในกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หอบ อาการตกใจ โรคผิวหนัง โรคไมเกรน หงุดหงิดไม่พึงพอใจกับงาน

อาการที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีความเครียดเกิดขึ้นแล้ว คือ

1. ปัสสาวะบ่อย
2. นอนไม่หลับ
3. ไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้
4. เบื่ออาหาร
5. ถ่ายท้อง
6. หัวใจเต้นแรง
7. รู้สึกอึดอัดที่หัวใจ
8. ความดันโลหิตสูง
9. มีอาการเวียนศีรษะ
10. กระวนกระวายใจ

ทางด้านอารมณ์ คนที่มีความเครียดจะรู้สึกว่าเขาปะติดปะต่ออะไรไม่ค่อยได้ จับต้นชนปลายอะไรไม่ถูก และคับข้องใจ รู้สึกเศร้าอย่างแรง ตัดสินใจไม่ได้ ช่วยตนเองไม่ได้ ทำอะไรไม่ได้ รู้สึกไร้ค่าภูมิใจ จุกจิกจู้จี้ แยกตัวไม่อยากจะข้องสัมพันธ์กับใคร ไม่ค่อยสนใจกับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว

#### ความเครียดกับการเจ็บป่วย

Anderson ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับความเครียดที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยไว้

#### 3 แนวทาง

1. ความเครียดเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย (Stress as a Course of illness)

#### 3 ทางด้วยกันคือ

1.1 ความเครียดมีผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพในสภาวะความ - เครียด ร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการทำงานร่วมกันระหว่างระบบประสาทอัตโนมัติ กับต่อมไร้ท่อ ประสาทซิมแพเทติก ทำให้แอดรีนอลเมดูลลา หลั่งแคทีคอลามีน อันมีผลทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้น เส้นเลือดหัวใจขยาย ความดันโลหิตถูกส่งไปยังกล้ามเนื้อต่าง ๆ ทำให้เกิดอาการเกร็งทางกล้ามเนื้อ หายใจถี่ขึ้น ระบบการย่อยลดลง ขณะเดียวกันอันแอดรีนอลคอเทกซ์ได้รับการกระตุ้นจากต่อมพิทูอิทารี ทำให้หลั่งคอร์ติโซล ซึ่งมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายความเครียดที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน ๆ (Chronic Stress) จะทำให้ระบบต่าง ๆ ดังกล่าวทำงาน

มากกว่าปกติ เป็นผลให้ร่างกายอ่อนแอเกิดโรคต่าง ๆ ได้เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง หรืออาการบางอย่าง เช่น เจ็บที่ข้อต่อและปวดศีรษะ เป็นต้น

1.2 ความเครียดสามารถทำให้เกิดความเจ็บป่วยจากพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ บุคคลที่เผชิญความเครียดอาจแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติด รวมทั้งการใช้ยากล่อมประสาทและยากดประสาทมากเกินไป นอกจากนี้บางคนยังสร้างนิสัยการกินที่ผิด ๆ กินมากเกินไป หรือไม่กินอาหาร ผลจากพฤติกรรมดังกล่าวเป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน ความอ้วนและความดันโลหิตสูง เป็นต้น

1.3 การแสดงออกบางอย่างเพื่อสนองตอบต่อภาวะความเครียด การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้เกิดการทำร้ายร่างกาย หรือการขับรถเร็ว ๆ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวถือว่าเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย นอกจากนี้ภาวะทางจิตที่เปลี่ยนไป ใสภาวะความเครียดอาจทำให้เกิดอาการทางกาย โดยไม่มีหลักฐานความผิดปกติทางร่างกายได้เช่นกัน ได้แก่ Hypochondriacal Reaction, Somatization disorder, Psychogenic Pain disorders และความผิดปกติอันเนื่องจากการกิน เช่น Anorexia และ Bulimia เป็นต้น

2. การเจ็บป่วยเป็นความเครียดอย่างหนึ่ง (illness as Stressor) การเจ็บป่วยเฉียบพลันจะเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาฉุกเฉิน (Emergency Reaction) พลังงานต่าง ๆ ถูกนำมาใช้ในการเผชิญกับความเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน ทำให้มีความเครียดสูงแต่มีช่วงความเครียดสั้น ส่วนการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องมีการปรับตัวระยะยาว จะมีผลต่อพฤติกรรมความคิด อารมณ์และความสัมพันธ์กับสังคม

3. ความเครียดกับการลดความเจ็บป่วย (Stress and The Reduction of Morbidity) การลดความเครียดจะช่วยลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้หรืออาจป้องกันการเกิดขึ้นใหม่ของการเจ็บป่วยเรื้อรังได้

#### ปฏิกิริยาการแสดงออกของผู้ปกครองที่เครียดเนื่องจากมีบุตรป่วยหรือพิการ

Friedman<sup>(24)</sup> ได้ศึกษาถึงเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิต 43 รายการ ของ โทม และราจ (Holmes & Rahe) พบว่า การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตครอบครัว ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดความเครียดขึ้นเป็นอันดับที่ 11

ดังนั้น เมื่อบุตรเกิดอาการเจ็บป่วยด้วยโรคออทิสซึม (Autism) ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการช่วยเหลือและรักษา บิดาและมารดาจะเกิดความเครียดมากถือเป็นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยบิดาและมารดาจะมีปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยของบุตร ดังนี้<sup>(7)</sup>

### 1. ช็อคและไม่เชื่อ (Shock and Denial)

พ่อแม่ไม่เชื่อว่าการสูญเสียหรือข่าวร้ายนั้นเป็นจริง ปฏิกริยาที่มี เช่น การซักถามถึงหลักฐานต่าง ๆ ทางกายภาพ การตระเวนเปลี่ยนแพทย์วินิจฉัยและรักษา การปฏิเสธการรักษา การผลักภาระให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบการบำบัดรักษา เป็นต้น

### 2. โกรธ (Anger)

รู้สึกโกรธ โกรธที่ตนเองต้องเผชิญกับความสูญเสีย ความโกรธนี้อาจทำให้เกิดการโทษกัน เกิดความแตกร้างของครอบครัวได้ บางครั้งความโกรธนี้อาจกระทบต่อผู้รักษาและเร้าให้เกิดความโกรธของทีมผู้รักษาได้

### 3. ต้อรอง (Bargain)

เป็นช่วงที่เกิดการต่อรองกับทุกสิ่งทุกอย่าง เช่น ต้อรองกับความรุนแรงของโรค ต้อรองรูปแบบการรักษา

### 4. เศร้า (Depression)

รู้สึกเศร้า เป็นช่วงสำคัญที่ผู้รักษาต้องสังเกต ส่วนใหญ่พ่อแม่ผู้ปกครองเด็กมักแสดงให้เห็นจากสีหน้า ท่าทาง มีความคิดเชิงลบ หรืออยากตาย บางรายอาจแสดงทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แต่บางรายอาจแสดงอาการหงุดหงิด วุ่นวายได้

### 5. ยอมรับ (Acceptance)

เป็นช่วงที่มีความพร้อมจะเผชิญหน้ากับชะตากรรม พฤติกรรมจะมีความเหมาะสมและยอมรับในสถานการณ์ พ่อแม่เด็กที่ยอมรับจะร่วมมือดูแลและกระตุ้นเด็กได้อย่างเต็มที่ตามคำแนะนำของทีมผู้รักษา

ปฏิกริยาทั้ง 5 ระยะ อาจมีการเปลี่ยนไปมาหรืออาจมีการกระโดดข้ามระยะ ความเร็วหรือซ้ำของการยอมรับขึ้นกับหลายปัจจัย

#### 1. ความคาดหวังเดิมในตัวเด็ก

หากพ่อแม่มีความคาดหวังเดิมสูง ครอบครัวมีค่านิยมหรือให้ความสำคัญกับความเก่งของเด็กจะยอมรับช้า

#### 2. ความรุนแรงของโรค

หากเด็กเป็นเด็กน้อยและมีแนวโน้มในการรักษาดี พ่อแม่จะยอมรับง่าย มีเด็กออทิสติกหลายรายอายุระหว่าง 2-3 ปี มาด้วยอาการพูดภาษาของตนเอง และไม่สบตา หลังการบำบัดตามโปรแกรม 1-2 เดือน เด็กสามารถสบตาและพูดเป็นคำ ๆ ได้ พ่อแม่เด็กแสดงการยอมรับและร่วมมือในการรักษามากขึ้น



### 3. บุคลิกภาพเดิมและปัญหาทางจิตของครอบครัว

หากพ่อแม่มีปัญหาทางบุคลิกภาพ (Personality Disorder) ไม่เป็นผู้ใหญ่พอ (Immature) จะยอมรับยาก และกลุ่มนี้มักสร้างปัญหาให้กับทีมผู้รักษา ครอบครัวที่แตกแยกและขาดการประทับประคองที่เหมาะสมก็มีผลต่อการยอมรับของสมาชิกในครอบครัวเช่นกัน

#### 4. ความมั่นใจของทีมผู้รักษา

หากแพทย์ผู้วินิจฉัยแสดงความไม่มั่นใจ หรือมีท่าทีไม่พร้อมจะช่วย จะทำให้ครอบครัวลังเล โกรธ และยอมรับยาก ครอบครัวเด็กออทิสติกหลายรายได้รับคำแนะนำเบื้องต้น ทำให้เต็มใจจะให้การช่วยเหลือ ตลอดจนได้รับความมั่นใจจากทีมผู้รักษา มักให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาเป็นอย่างดี ตั้งแต่ระยะแรกที่มา

#### 5. สิ่งแวดล้อม

ความไม่รู้หรือการไม่ยอมรับของบุคคลรอบข้าง ตลอดจนผู้เกี่ยวข้อง เช่น ครู อนุบาล เพื่อนของพ่อแม่ เพื่อนบ้าน หรือแม้แต่บุคคลทั่วไป เด็กออทิสติกส่วนใหญ่แล้วดูจากภายนอกจะเหมือนเด็กปกติ หลายโอกาสเมื่อเด็กอยู่นอกบ้าน เด็กจะแสดงอาการรุนแรง ก้าวร้าว หรือแสดงพฤติกรรมแปลก ๆ สังคมภายนอกมักจะแสดงอาการตำหนิพ่อแม่ คิดว่าเป็นเพราะพ่อแม่เลี้ยงดูไม่ดี พ่อแม่บางรายจะทนต่อการตำหนิไม่ได้ จึงจำกัดขอบเขตของเด็กเฉพาะในบ้าน ความรู้สึกถูกตำหนิส่งผลให้การยอมรับช้าลง นอกจากนี้ยังทำให้เด็กขาดโอกาสได้รับการกระตุ้นทางสังคมอีกด้วย

#### ภาวะความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก

Bristol ได้ทำการศึกษามารดาเด็กออทิสติก จำนวน 40 คน ซึ่งมีเด็กอายุตั้งแต่ 14-19 ปี พบว่า ระดับความเครียดนั้นเกี่ยวข้องกับอายุของเด็ก ถึงแม้ตัวแปรทางด้านอื่นจะถูกควบคุมไว้ เช่น อายุของมารดา ความเครียดปกติของครอบครัวและระดับความรุนแรงของโรคที่ถูกคุกคาม พบว่า เด็กชายที่เป็นออทิสติกทำให้เกิดผลกระทบกับมารดามากกว่าเด็กผู้หญิงที่เป็นออทิสติก เมื่อระดับความพึงพิงของเด็กมีความใกล้ชิดกัน

Holroyd and McArthur (อ้างถึงใน รุ่งฤดี วงศ์ชุม)<sup>(25)</sup> ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดจากมารดาเด็กออทิสติกกับเด็กดาวน์ซินโดรม (ปัญญาอ่อนชนิดหนึ่ง) และเด็กที่พบในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช ซึ่งพบว่า มารดาเด็กออทิสติกมีปัญหามากกว่ามารดาเด็กอื่น ๆ ถึงแม้ว่ามารดาของเด็กออทิสติกและเด็กดาวน์ซินโดรมจะมีปัญหาบางอย่างเหมือนกัน เช่น สุขภาพไม่ดี อารมณ์เศร้า เด็กต้องการเวลามากเกินไป เด็กพึ่งพิงมากเกินไป อดทนในแง่ร้ายเกี่ยวกับอนาคตของเด็ก และขีดจำกัดเรื่องโอกาสของครอบครัว แต่มารดาของเด็กออทิสติกยังมี

รายงานอีกว่ามักจะรู้สึกผิดหวัง อายมากกว่ามารดาของเด็กดาวน์ซินโดรม และมีปัญหายุ่งยากมากกว่า เช่น ในการพาเด็กออกไปตามสถานที่สาธารณะต่าง ๆ การบริการของชุมชนมีน้อยกว่า นอกจากนี้เด็กออทิสติกยังถูกมองว่าเป็นเด็กที่มีปัญหาด้านบุคลิกภาพมากกว่าเด็กดาวน์ซินโดรม และปัญหาต่อกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การไปเที่ยวนอกบ้านด้วยกันทั้งครอบครัว เด็กออทิสติกยังมีปัญหามากกว่าเด็กดาวน์ซินโดรมอีกด้วย

Murcus<sup>(26)</sup> กล่าวถึง สาเหตุความเครียดต่อเด็กออทิสติกที่น่าเหนื่อยหน่าย คือ การดูแลเอาใจใส่เด็กตลอดเวลา เพราะความพิการเรื้อรังของเด็ก นอกจากนี้มีสาเหตุเสริม คือ การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ทำให้เกิดการละเลยความต้องการของพ่อแม่ ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล และความต้องการด้านสังคมจิตใจ ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวเด็กออทิสติกอาจแยกตัวอยู่ตามลำพัง โดดเดี่ยว ว้าเหวได้

ศิริพร สุวรรณทศ<sup>(6)</sup> ได้ติดตามศึกษาเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสุขวิทยาจิต ในปี พ.ศ. 2522-2523 จำนวน 46 ราย เพศชาย 48 ราย เพศหญิง 3 ราย อายุตั้งแต่ 2-17 ปี พบว่า เด็กเรียนในชั้นเรียนปกติได้ 16 ราย เรียนในโรงเรียนปกติแต่เรียนในชั้นพิเศษ 5 ราย และเรียนในโรงเรียนพิเศษ 12 ราย อยู่บ้านและโรงพยาบาล 13 ราย มีผลการเรียนระดับปานกลาง 14 ราย และอ่อนมาก 11 ราย เด็กสามารถช่วยเหลืองานบ้านได้ตามที่สั่ง ร้อยละ 60.88 และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับพี่น้อง ร้อยละ 58.70 สามารถมีเพื่อน ร้อยละ 58.70 และเป็นเด็กลักษณะไม่ค่อยพูด ร้อยละ 41.30 บิดามารดายังไม่พอใจในความก้าวหน้าของเด็ก ร้อยละ 67.40 เนื่องจากอยากให้เด็กมีพัฒนาการมากกว่าที่เป็นอยู่

กัญญา ธัญม้นตา<sup>(27)</sup> ได้ศึกษาเรื่อง เด็กออทิสติกกับผลกระทบต่อพ่อแม่ พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติกจะได้รับผลกระทบในหลายด้าน เช่น ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสังคม ซึ่งผลกระทบด้านสุขภาพจิต บิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติกจะพบปัญหาความกังวลในอาการที่เด็กเป็นอยู่ และความกังวลด้านแหล่งบริการค่อนข้างสูง แสดงถึงการบริการสนับสนุน (Supportive service) แก่บิดามารดาเด็กออทิสติกยังไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมต่อความต้องการของพ่อแม่ ทำให้บิดามารดา รู้สึกว่าขาดความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องอาการที่เด็กเป็น และต้องการแหล่งบริการจากรัฐเพิ่มขึ้น เช่น บริการด้านการประกอบอาชีพ นักฝึกพูด เป็นต้น เพื่อสามารถแก้ปัญหาในด้านต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

รุ่งฤดี วงศ์ชุม<sup>(25)</sup> ศึกษาภาวะเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกมีระดับความเครียดโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับเครียดมาก โดยสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ การที่

บิดามารดาต้องดูแลบุตรให้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น การรักษาเด็กที่ต้องใช้ระยะเวลานาน การที่บิดามารดาต้องทำจิตใจให้เข้มแข็งในการต่อสู้หรือเผชิญปัญหาเกี่ยวกับความผิดปกติของบุตร

### การสนับสนุนทางสังคม

Norbeck (อ้างถึงในประเทือง อานันธิโก) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญทางจิตวิทยาสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพจิตของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนดังกล่าวอาจเป็นความใกล้ชิดให้การให้ความช่วยเหลือในรูปแบบของแรงงาน ข้อมูลข่าวสาร และความเป็นส่วนหนึ่งของสังคมส่วน Wallstone (อ้างถึงในประเทือง อานันธิโก)<sup>(34)</sup> กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้คำปลอบโยน การช่วยเหลือหรือการให้ข่าวสารต่อคนที่เป็นผู้รับโดยการติดต่ออย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการของบุคคลหรือกลุ่ม รวมทั้งกระบวนการที่มีคนปฏิสัมพันธ์กันแล้วมีผลในทางบวกต่อคน ๆ นั้นทั้งในด้านสังคม จิตใจ และร่างกายที่มีสุขภาพดี

งานวิจัยหลาย ๆ งานได้เสนอถึงรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมชนิดต่าง ๆ ซึ่งอาจอยู่ในรูปของความใกล้ชิดผูกพัน การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ในคุณค่าและประโยชน์ของการที่ตนเองเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นในสังคมและการได้รับการชี้แนะจากผู้อื่น ซึ่งอาจแสดงออกในรูปของการสนับสนุนทางอารมณ์ การยกย่องยอมรับและการให้ความสำคัญว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Cobb (Cobb)<sup>(28)</sup> กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่ใช่การรักษาโดยตรง แต่เป็นความรู้สึกเป็นเจตคติเป็นกริยาที่แสดงออกมาถึงความสนใจ เมตตา กรุณา ที่ได้รับจากครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงานซึ่งบุคคลเหล่านั้นให้ความช่วยเหลือและเกิดเป็นเครือข่ายของการสนับสนุนในสังคม

จากการศึกษาของ Frank P. และคณะ (อ้างถึงในประเทือง อานันธิโก) พบว่ามีความสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวจะเป็นส่วนส่งเสริมให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ที่สามารถลดภาวะซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งช่วยให้บุคคลผู้นั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ศิริวรรณ ศิริบุญ<sup>(29)</sup> ศึกษาพบว่า ในสตรีสูงอายุที่มีปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายจะมีภาวะซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิตได้บ่อย

ประเทือง อานันธิโก ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดภาคเหนือ จำนวน 300 คน ราย เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า การขาดบุคคลที่คอยช่วยเหลือด้านการเงิน และการขาดคนคอยเป็นกำลังใจให้เมื่อยามรู้สึกท้อแท้จะทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีบุคคลข้างเคียงคอยช่วยเหลือด้านการเงิน หรือคอยเป็นกำลังใจให้

โคเฮนและวิลส์ (Cohen and Wills)<sup>(30)</sup> ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจของมนุษย์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะมีผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรคให้สามารถทำงานได้ดีขึ้น ส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพร่างกายดี นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะวิกฤติของชีวิต โดยการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอนั้นมีส่วนช่วยลดภาวะวิกฤติได้ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลเกิดความเครียดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคทางกาย และเสี่ยงต่อสถานการณ์ที่บุคคลจะละเลยต่อการดูแลสุขภาพตนเอง แต่เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีคนห่วงใย เอาใจใส่ คอยช่วยเหลือ จะเป็นผลให้บุคคลมีกำลังใจที่จะเผชิญหน้าต่อปัญหาได้ดีขึ้น

แคปแลน (Caplan)<sup>(31)</sup> ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์จะช่วยลดผลของความเครียดที่มีต่อร่างกายและจิตใจ โดยจะช่วยให้บุคคลนั้นเพิ่มความอดทนต่อความเครียดได้มากขึ้น

คอบบ์ (Cobb) (อ้างถึงใน ฉวีวรรณ แก้วพรหม)<sup>(32)</sup> ได้ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกาย นอกจากนี้การที่บุคคลได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จะช่วยเสริมให้บุคคลมีแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาลด้วยสังคม ทำให้เกิดความบกพร่องด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ส่งผลต่อการปรับตัวที่ไม่ดี และทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจได้

จากวรรณกรรมและผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ แสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่า การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายสังคมด้วยกันนั้น มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต ช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์เครียดของบุคคล โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเครือข่ายทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยเสริมสร้างกำลังใจในการเผชิญกับความเครียดจากความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของร่างกายได้อย่างเหมาะสมในระยะเวลาที่เร็วขึ้น

## ภาระ (Burden)

ภาระที่ผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังเช่น

Platt<sup>(33)</sup> ให้ความหมายของภาระ ว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงปัญหา ความยุ่งยาก หรือเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแล

Oberst และ Hughes<sup>(34)</sup> กล่าวถึงภาระว่า เป็นความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลโดยที่งานหรือกิจกรรมที่ทำมักเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละโรคมีความแตกต่างกัน กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติในการให้การดูแลย่อมแตกต่างกันไป

Bull<sup>(35)</sup> กล่าวถึงภาระว่า ภาระเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Simmons<sup>(36)</sup> กล่าวถึงภาระว่า เป็นผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจะรวมถึงความบกพร่องในด้านภาวะสุขภาพ สังคม กิจกรรมส่วนตัว รายได้ และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการเลี้ยงดูบุตร

Pai & Kapur<sup>(37)</sup> แบ่งภาระที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตไว้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1) ภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) เช่น ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ งานประจำของครอบครัว กิจกรรมพักผ่อนของครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ภาวะสุขภาพ และผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิกในครอบครัว

2) ภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยว่าเป็นภาระที่หนักหน่วง

Montgomery<sup>(38)</sup> ได้ให้ความหมายของภาระไว้ 2 ลักษณะ เช่นกัน คือ

1) ภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลมีภาระงานที่จำเป็นจะต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และในขณะเดียวกันต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวัน อันจะเป็นผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหลาย ๆ ด้าน ของสมาชิกในครอบครัว

2) ภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) หมายถึง ทัศนคติ หรือปฏิกิริยาด้านอารมณ์ของญาติผู้ดูแลต่อการให้การดูแลผู้ป่วย

จากความหมายและแนวคิดที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า ภาระ (Burden) หมายถึง ผลกระทบในด้านลบที่เกิดขึ้นต่อญาติผู้ดูแลและครอบครัว จากการให้การดูแลผู้ป่วยทั้งที่เป็นผลกระทบในเชิงรูปธรรม (Objective burden) และผลกระทบในเชิงนามธรรม (Subjective burden)

คำว่า ภาระ (Burden) มีผู้ให้ความหมายที่แตกต่างกันไปมากมายตามแนวคิดของแต่ละบุคคล แต่ความหมายที่เข้าใจก็เป็นการอธิบายเกี่ยวกับภาระหรือ ผลกระทบ ความยากลำบาก หรือปัญหาที่เกิดจากการดูแล จากการศึกษานี้พบว่าการให้นิยามและแนวคิดเกี่ยวกับภาระแบ่งออกได้ 2 แนวคิด ประกอบด้วย

1. แนวคิดที่มองภาวะในลักษณะมิติเดียว ซึ่งเป็นการประเมินสถานการณ์การให้การดูแลอย่างเดี่ยว

บราวน์ (Brown) <sup>(39)</sup> กล่าวว่า ภาวะ หมายถึง ผลกระทบต่างๆ ที่ผู้ดูแลได้รับอันเกิดจากประสบการณ์ในการให้การดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความต้องการดูแลของผู้ป่วย

ซาริท ทอดด์ และซาริท (Zarit, Todd & Zarit) <sup>(40)</sup> ให้ความหมายว่า ภาวะ หมายถึง ปริมาณหรือขอบเขต (extent) ที่ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคมและสถานะเศรษฐกิจ ซึ่งผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย

พูลชอค และเดมลิง (Poulshock & Demling) <sup>(41)</sup> มองว่าภาวะของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลที่ไม่พึงปรารถนาอันเกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายหรือจิตใจซึ่งผลที่ไม่พึงปรารถนาดังกล่าวจะครอบคลุมผลที่ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติการดูแล และผลที่ไม่พึงปรารถนาจากผลกระทบของการดูแล โดยภาวะจะมีบทบาทอยู่ระหว่างความบกพร่องของผู้ป่วยและผลกระทบของการดูแลดังนี้

ความบกพร่องของผู้ป่วย  $\Pi$  ภาวะ  $\Pi$  ผลกระทบของการดูแล  
ซึ่งอธิบายได้ว่า ความบกพร่องของผู้ป่วย หมายถึง การขาดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือการขาดความสามารถด้านสติปัญญา จะเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดภาวะและภาวะจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในสังคม หน้าที่การงาน สุขภาพร่างกาย และสัมพันธภาพของครอบครัว

2. แนวคิดที่มองภาวะเป็นสองมิติ เป็นการมองในส่วนของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย และประเมินปฏิกริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลด้วย

โฮนิก และแฮมิลตัน (Hoeing & Hamilton อ้างจาก ไพรินทร์ กัณทนนะ) <sup>(42)</sup> เป็นนักวิจัยกลุ่มแรกที่ทำให้ความหมายชัดเจนในการแยกระหว่างภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัย โดยให้ความหมายของภาวะเชิงปรนัยว่า เป็นการจำแนกถึงบางสิ่งบางอย่างที่เกิดขึ้น เป็นเสมือนสิ่งทีก่อให้เกิดความยุ่งยากในชีวิตครอบครัวในการดูแลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 2 ชนิด คือ ชนิดแรกเป็นผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพของสมาชิกผลกระทบต่อเด็ก และชีวิตประจำวันของครอบครัว และชนิดที่สอง คือ เกิดขึ้นจากพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย ส่วนภาวะเชิงอัตนัยเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากภาวะนั้นๆ

แนวคิดของโฮนิก นั้นมีลักษณะคล้ายกับแนวคิด มอนรีโกเมอร์และคณะ (Montgomery et al) <sup>(38)</sup> ที่มองภาวะเป็นสองมิติ โดยเสนอแนวคิดว่าการมองภาวะแบบมิติเดียวอาจไม่ครอบคลุมประสบการณ์ยากลำบากจากการดูแลที่ให้เกิดภาวะได้ จึงควรมองเป็นสองมิติ

มิติแรกเป็นเชิงปรนัย(Objective Burden) เป็นการมองภาวะในส่วนองประสพการณื ความยากลำบากที่เกิดจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เช่น ผลของการดูแลที่มีต่อหน้าที่การงานของ ผู้ดูแล ความคิดมีอิสระที่ลดลง ถูกจำกัดในการเข้าสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิต หน้าที่การงานตลอดจนสุขภาพของผู้ดูแล

มิติที่สองเป็นภาวะเชิงอัตนัย(Subjective Burden) ซึ่งเป็นความรู้สึก ทศนคติ หรือ ปฏิกริยาการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสพการณืหรือความยากลำบากที่ไม่พึงปรารถนาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### บทบาทของญาติผู้ดูแล

Montgomery et al<sup>(38)</sup> ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้การดูแล และประสพการณืของภาวะในเชิงนามธรรม (Subjective burden) และภาวะในเชิงรูปธรรม (Objective burden) โดยศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการให้การดูแล ภาวะเชิงรูปธรรมและภาวะเชิงนามธรรม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 80 ราย เครื่องมือเครื่องใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบวัด Objective burden แบบวัด Subjective burden และแบบวัดการให้การดูแล ผลการวิจัยพบว่า การให้การดูแลในด้านการอาบน้ำ แต่งตัว การให้การพยาบาล การหัดเดิน การเดินทางและการทำธุระต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับภาวะที่เกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการศึกษาายังพบว่า ภาวะในเชิงรูปธรรม (Objective burden) มีความสัมพันธ์กับภาวะในเชิงนามธรรม (Subjective burden) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.34$ )

จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และรัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์ ได้ศึกษาบทบาทบิดาในการส่งเสริมสุขภาพจิตบุตรวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบิดาที่มีบุตรอายุ 13-20 ปี จำนวน 255 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับบทบาทของบิดาในการส่งเสริมสุขภาพจิตบุตรวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า บิดาแสดงบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิตวัยรุ่นมากที่สุดคือ บทบาทด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย รองลงมาคือ บทบาทด้านการให้คำปรึกษาแนะนำด้านสังคมและการปรับตัว บทบาทด้านอบรมสั่งสอนและส่งเสริมการเรียนรู้และบทบาทการสนับสนุนทางอารมณ์ ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า ชนิดของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ

บทบาทบิดาในการส่งเสริมสุขภาพจิตบุตรวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอายุบิดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิตบุตรวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ภาวะของญาติผู้ดูแล

Eakes <sup>(43)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ยากของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบิดามารดาของเด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเรื้อรัง จำนวน 10 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ Chronic Sorrow Questionnaire ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดาเกิดความรู้สึกเสียใจ โกรธ สับสน เศร้าใจ สิ้นหวัง และเกิดความยุ่งยากใจเป็นอย่างมาก นับตั้งแต่ทราบว่าบุตรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและความรู้สึกเหล่านี้ยังคงเกิดขึ้นกับตนเองตลอดเวลา อาจะลดน้อยลงไปบ้างแต่ก็ยังคงมีความรู้สึกอยู่บ้าง นอกจากนี้ยังพบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ของบิดามารดาที่ดูแลผู้ป่วย คือ ขาดการพักผ่อนที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไม่วันสิ้นสุด ขาดเวลาและพลังงาน การดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ภาวะเศรษฐกิจลดลงเรื่อย ๆ กับการใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

Greenberg et al <sup>(44)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของภาระในเชิงนามธรรม (subjective burden) ต่อภาวะสุขภาพของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) และความรู้สึกเป็นกังวล (Worry) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพร่างกายของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้สึกกลัว (Fear) และความรู้สึกสูญเสีย (Loss) ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านสุขภาพของมารดา

จรรยา วิทยะศุกร <sup>(45)</sup> ทำการศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองเชิงสาเหตุของภาระการดูแลในบิดามารดาฐานะผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบิดามารดาผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง จำนวน 74 ราย ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดารู้ถึงภาระการดูแลในระดับสูงปานกลาง ค่าเฉลี่ยในด้านปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลสูงกว่าค่าเฉลี่ยด้านความยากลำบากในการดูแล และจากการศึกษาายังพบว่า คุณภาพการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับแหล่งประโยชน์ครอบครัว พลังความสามารถในการดูแล และการเผชิญความเครียดในการดูแลได้ร้อยละ 57 แหล่งประโยชน์ครอบครัว พลังความสามารถในการดูแล และการเผชิญความเครียดในการดูแลมีอิทธิพลโดยตรงในทางลบกับภาระการดูแล และร่วมกันทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 30



Jill Camelon และคณะ<sup>(46)</sup> ได้ศึกษาความเครียดทางอารมณ์ และการถูกรบกวนของรูปแบบการดำเนินชีวิต ในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยทำการศึกษาใน 54 ครอบครัว ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผลปรากฏว่าส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์ และมีปัญหาในด้านอารมณ์โดยเฉพาะความตึงเครียด และอารมณ์เศร้า อีกทั้งยังพบว่าส่งผลกระทบต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตอีกด้วย

Andrew<sup>(47)</sup> ได้ศึกษาถึงภาวะการดูแล และอาการของความตึงเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยศึกษากับผู้ดูแล 30 คน ผลการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ของแบบประเมินความรู้สึกต่อภาระในการดูแลผู้ป่วย และอาการความตึงเครียดพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive) แบบตัดขวาง ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional) ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นบิดาหรือมารดา ที่มีลูกเป็นออทิสติกและนำลูกเข้ามารับการรักษาแบบ Day-Care ที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ

#### กลุ่มตัวอย่าง

มีข้อกำหนดในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาดังนี้

1. บิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลัก ที่มีลูกเป็นออทิสติก
2. บิดาหรือมารดา ที่ลูกได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นออทิสติก ตามหลักเกณฑ์ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Four Edition) ที่เข้ามารับการรักษาแบบ Day-Care ที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ ในช่วงตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2545 เป็นต้นไป จนครบตามจำนวน 110 ราย
3. บิดาหรือมารดายินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
4. สามารถฟังและอ่านภาษาไทยได้และเข้าใจ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ( Sample Size ) สูตรที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง คือ

$$\text{ใช้สูตร} \quad n = \frac{Z^2 \alpha / 2 PQ}{d^2}$$

โดยมี  $n$  = ขนาดตัวอย่าง

$Z\alpha$  = ค่าวิกฤติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 จากตารางการแจกแจง  
ค่าปกติซึ่งมีค่า เท่ากับ 1.96

$P$  = สัดส่วนความชุกของผู้ปกครองที่มีความรู้สึกเป็นภาระที่มีลูกเป็น  
ออทิสติกที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลยุวประสาท  
ไวทยูปถัมภ์ ในที่นี้กำหนดให้  $p = 0.5$

$Q$  =  $1 - p = 0.5$

$d$  = ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่จะพบโรค = 0.1

แทนค่า  $n = \frac{(1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(0.1)^2} = 96.04$

ขนาดตัวอย่าง = 96 คน

และเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่น 10% ดังนั้นผู้วิจัยจะเก็บขนาดตัวอย่างจำนวน 106 ราย

### การสุ่มตัวอย่าง

ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเนื่องจากผู้วิจัยจะเก็บผู้ปกครองที่เป็นออทิสติกที่ลูกเข้ามารับการ  
รักษาแบบ Day-Care ในตึกผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทยูปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ  
ทุกราย จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่าง คือ 110 ราย

### ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

#### ขั้นตอนที่ 1 ทบทวน รวบรวมวิชาการ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนและรวบรวมความรู้ทางวิชาการ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเด็ก  
ออทิสติก ความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก รวมทั้งสำรวจ  
จำนวนผู้ป่วยที่จะทำการศึกษาในขั้นตอนนี้เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน  
ปี 2545

## ขั้นตอนที่ 2 สร้างเครื่องมือและตรวจสอบ

เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกนั้น ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ ซึ่งการวัดนี้จะสามารถครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยต้องการ อันได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก แรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของบิดามารดา และความรู้สึกต่อภาวะการดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งบิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ที่ดูแลหลักได้รับจากลูกที่เป็นออทิสติก การสร้างแบบสอบถามจึงมีขั้นตอนย่อย ๆ คือ

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดาหรือมารดา ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ(ลักษณะงาน) ศาสนา ลักษณะของครอบครัว จำนวนบุตร ที่อยู่อาศัย/สภาพแวดล้อม รายได้ต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย/จิต อดีตและปัจจุบัน ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลบุตร

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับตัวเด็กออทิสติก ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ลำดับการเกิด ระยะเวลาที่มารับการรักษา ระยะเวลาที่เป็นโรค

### ส่วนที่ 2 แบบสำรวจปัญหาพฤติกรรมเด็ก (Thai Youth Checklist : TYC)<sup>(49)</sup>

เป็นแบบสำรวจมาตรฐานที่ได้รับการพัฒนาในการศึกษาวิจัย เป็นแบบสำรวจที่อาจารย์สมทรง สุวรรณเลิศ และอาจารย์วันชัย ไชยสิทธิ์ แห่งศูนย์สุขวิทยาจิต ได้ลิขสิทธิ์แปลและดัดแปลงมาจาก Child Behavior Checklist ของ Thomas M. Achenbach(1983) ใช้ในการประเมินปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของเด็กในทัศนะผู้ใหญ่ ได้มีการทดสอบหาความเชื่อถือได้ของแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กชุดนี้โดยใช้ Test-retest reliability ค่าความเชื่อถือได้ = 0.81 ( $p < 0.01$ ) และใช้ Inter-interviewer reliability ค่าความเชื่อถือได้ = 0.91 ( $p < 0.01$ ) ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กอายุ 6-11 ปี ชุดสำหรับผู้ปกครอง

ลักษณะของแบบสำรวจปัญหาพฤติกรรมเด็กประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ

2.1 ข้อมูลเบื้องต้นและพฤติกรรมทางสังคมของเด็ก ได้แก่ การทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ การเข้าสังคมของเด็กวัยเดียวกันและผู้ใหญ่ การเรียน ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ปกครองได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ

2.2 หัวข้อพฤติกรรม 143 ข้อคำถาม โดยมีหมายเลขหน้าข้อ 1-135 แต่ในข้อที่ 56 แบ่งเป็น ก-ฅ (9ข้อ) ข้อ 56 ซ และข้อ 121-134 เป็นปัญหาที่ได้จากการศึกษาวิจัยปัญหานำที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่นไทยที่ไปรับบริการจากหน่วยงานจิตเวชและสุขภาพจิต สำหรับผู้ตอบแบบ

สำรวจให้คะแนน 0,1,2 ตามความมากน้อยของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเท่าที่สังเกตเห็นจากเด็กในปัจจุบัน หรือในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

#### เกณฑ์การกำหนดคะแนน

คะแนน 0	หมายถึง	ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าวเลย
คะแนน 1	หมายถึง	มีพฤติกรรมดังกล่าวเพียงเล็กน้อยหรือบางครั้ง
คะแนน 2	หมายถึง	มีพฤติกรรมดังกล่าวอย่างมากหรือบ่อยครั้งมาก

#### เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนนรวมของแบบสำรวจปัญหาพฤติกรรมเด็ก (Total Scores) จากการรวมคะแนนรายชื่อที่ผู้ประเมินพฤติกรรมให้คะแนนข้อเหล่านั้นเป็น 1 หรือ 2 คะแนนรวมสูงสุดของแบบสำรวจเท่ากับ 284 คะแนน reliability ค่าความเชื่อถือได้ = 0.81 ( $p < .05$ ) แปลผลจากคะแนนรวมที่เด็กได้รับเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่ตรงกับเพศและอายุเดียวกัน ประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ใน 4 ระดับ ดังต่อไปนี้

#### ตารางแสดงเกณฑ์สำรวจมาตรฐานใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กอายุ 6-11 ปี ชุดสำหรับผู้ปกครอง

คะแนนรวม		การแบ่งระดับปัญหาพฤติกรรม
เด็กชาย	เด็กหญิง	
67 ขึ้นไป	66 ขึ้นไป	ระดับมีปัญหา (Clinical range)
58-66	57-65	ระดับเสี่ยงมีปัญหาปานกลาง (High-risk : moderate problem range )
49-57	48-56	ระดับเสี่ยงมีปัญหาเล็กน้อย (High-risk : mild problem range )
48 และต่ำกว่า	47 และต่ำกว่า	ระดับปกติ (Normal range )
หมายเหตุ เด็กชาย :	Mean=30, SD=18	
เด็กหญิง :	Mean=29, SD=18	

#### การวิเคราะห์ผล

นำผลคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ตาม t-score ในกลุ่มอาการของปัญหาแบบแสดงออก และในรูปแบบปัญหาแบบเก็บกด กลุ่มอาการของปัญหาแบ่งเป็น

- ปัญหาแบบแสดงออก (Externalizing Problem behavior) คือพฤติกรรมเด็กก้าวร้าว พฤติกรรมเกร / ทำผิดกฎระเบียบ พฤติกรรมอยู่ไม่สุข / หุนหันพลันแล่น / ปัญหาสังคม พฤติกรรมก้าวร้าว

- ปัญหาแบบเก็บกด (Internalizing Problem behavior) คือ อารมณ์วิตกกังวล มีความเจ็บป่วยที่ตรวจไม่พบความผิดปกติทางร่างกาย อารมณ์ซึมเศร้า และปัญหาด้านความคิด
- ปัญหาพฤติกรรมผสม (Mixed Problem behavior) คือพฤติกรรมที่ไม่สามารถจัดอยู่ในปัญหาแบบ Externalizing หรือ Internalizing แต่รวมอยู่ใน Syndrome scale คือปัญหาทางสังคม ปัญหาด้านความคิด ปัญหาด้านสมาธิ สนใจสิ่งใดได้ไม่นาน
- ปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ (Others) คือ ปัญหาการขี้ถ่าย ปัญหาการกิน / ดื่มสิ่งที่ไม่ใช่อาหาร ปัญหาทางเพศ และปัญหาการนอน เป็นต้น

การวิเคราะห์ผลจะทราบได้ว่า เด็กที่ได้รับการประเมิน มีปัญหาพฤติกรรมระดับความรุนแรงใดซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับปกติ ระดับเสี่ยง และระดับมีปัญหาซึ่งหมายความว่า เด็กมีปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติเพศและวัยเดียวกัน

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II ) ของแบรนต์และไวน์เนอร์ท (Beand and Weinert) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เป็น Self-rating scale 5 ระดับ พิจารณา 5 องค์ประกอบคือ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) 6,8,9,16,18 การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ (Assistance and Guidance) 4,14,15,22,25 การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity for Nurturance) 7,12,17,21,24 การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Self-worth) 2,3,5,13,23 ความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) 1,10,11,19,20

คำถามเชิงบวก (1,2,3,5,6,8,9,11,12,13,14,15,17,18,19,20,21,22,23,25) ให้คะแนนดังนี้ 0= ไม่จริงเลย, 1= เป็นจริงเล็กน้อย, 2 = เป็นจริงปานกลาง, 3 = เป็นจริงมาก, 4 = เป็นจริงมากที่สุด คำถามเชิงลบ (4,7,10,16,24) ให้คะแนนกลับกัน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

การสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนระหว่าง 25 – 175 คะแนนแบ่งระดับโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ซึ่งแบ่งเป็น

- แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คือ ผู้มีคะแนนแบบวัดแรงสนับสนุนทางน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัด ลบ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (25 – 63 คะแนน)
- แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คือ ผู้มีคะแนนแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดลบกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (64 – 93 คะแนน)

- แรงสนับสนุนทางสังคมสูง คือ ผู้มีคะแนนแบบวัดแรงสนับสนุนทางมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( 94 คะแนนขึ้นไป)

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ศศิธร แก้วนพรัตน์<sup>(50)</sup> นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับคนไทย และนำไปลองใช้กับบิดามารดาเด็กออทิสติกในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 20 ราย เนื่องจากมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่จะศึกษา และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Aipha Coefficient ) ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.86 แบบสอบถามระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก มีจำนวน 17 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก จำนวน 9 ข้อ คือ 1,2,6,8,10,11,13,16,17 ให้คะแนน 5 = เป็นความจริงมากที่สุด, 4 = เป็นความจริงมาก, 3 = เป็นความจริงปานกลาง, 2 = เป็นความจริงน้อย, 1 = เป็นความจริงน้อยที่สุด และคำถามเชิงลบ จำนวน 8 ข้อ คือ 3,4,5,7,9,12,14,15 ให้คะแนน 1 = เป็นความจริงมากที่สุด, 2 = เป็นความจริงมาก, 3 = เป็นความจริงปานกลาง, 4 = เป็นความจริงน้อย, 5 = เป็นความจริงน้อยที่สุด

#### การแปลผล

##### คะแนน

1.00 – 1.49	ระดับความเครียดมากที่สุด
1.50 – 2.49	ระดับความเครียดมาก
2.50 – 3.49	ระดับความเครียดปานกลาง
3.50 – 4.49	ระดับความเครียดน้อย
4.50 – 5.00	ระดับความเครียดน้อยที่สุด

**ส่วนที่ 5** แบบสัมภาษณ์ภาระการดูแล The Burden Interview. ( BI ) โครงสร้างโดย ( Zarit, S.H., Reeve, K.E., Bach-Peterson, J.(1980)<sup>(51)</sup> ประกอบด้วยคำถามจำนวน 22 ข้อ ผู้วิจัยนำมาแปลเป็นภาษาไทย และนำไปทดลองใช้กับบิดามารดาเด็กออทิสติกใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 20 ราย เนื่องจาก มีขนาดใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา และหาความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.929 และค่าความเที่ยงตรง = 0.75 โดยให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและภาษามาใช้ให้เหมาะสมกับคนไทย การให้คะแนนแบบวัดภาระการดูแล มีดังนี้ ข้อที่ 1 – 21 มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ เกือบทุกวัน คะแนน 4, ค่อนข้างบ่อย คะแนน 3, บางเวลา คะแนน 2, นานๆ ครั้ง คะแนน 1 และไม่เคย คะแนน 0 ส่วนข้อที่

22 มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด คะแนน 4, มาก คะแนน 3, ปานกลาง คะแนน 2, เล็กน้อย คะแนน 1 และ ไม่มี คะแนน 0

### การแปลผล

โดยแบ่งเป็น ความรู้สึกไม่เป็นภาระ กับความรู้สึกเป็นภาระ โดยความรู้สึกไม่เป็นภาระ (no burden) คือคะแนน 0 - 20 ส่วนความรู้สึกเป็นภาระ มีค่าคะแนนระหว่าง 21 - 88 คะแนนนำเครื่องมือไปทดสอบหาค่า Internal Reliability ค่าความเชื่อมั่นได้ = 0.929 ได้มีการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นได้ของแบบสัมภาษณ์ภาระการดูแลชุดนี้โดยใช้ Test-retest reliability ค่าความเชื่อมั่นได้ = 0.77 และค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ = 0.75

ในด้านความรู้สึกเป็นภาระได้แบ่งระดับเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ของ วิเชียร เกตุสิงห์<sup>(...)</sup> คือ

$$\text{อันตรายภาค} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$$

ซึ่งคำนวณจากคะแนนสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างโดย

$$\text{ระดับภาระต่ำ} = \text{ค่าคะแนนซึ่งอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุด ถึง คะแนนต่ำสุด} + \text{อันตรายภาค}$$

$$\text{ระดับภาระปานกลาง} = \text{ค่าคะแนนซึ่งอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุด ถึง คะแนนต่ำสุด} + \text{อันตรายภาค} \\ \text{ถึงคะแนนต่ำสุด} + 2 \text{ อันตรายภาค}$$

$$\text{ระดับภาระสูง} = \text{ค่าคะแนนซึ่งมากกว่าคะแนนต่ำสุด} + 2 \text{ อันตรายภาค}$$

$$\text{อันตรายภาค} = \frac{77 - 21}{3} = 18.67 \cong 19$$

$$\text{ระดับต่ำ} = 21 - 40 \text{ คะแนน}$$

$$\text{ระดับปานกลาง} = 41 - 60 \text{ คะแนน}$$

$$\text{ระดับสูง} = 61 - 77 \text{ คะแนน}$$

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ให้เหมาะสมกับคนไทย โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ มีดังนี้

1. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ  
ตำแหน่ง หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร  
ตำแหน่ง อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์  
ตำแหน่ง อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. อาจารย์นายแพทย์ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข
5. อาจารย์นายแพทย์ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร  
ตำแหน่ง นายแพทย์ ประจำฝ่ายจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### **ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล**

เพื่อนำแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทำการสอบถามบิดามารดาเด็กออทิสติก

#### **ขั้นตอนการเก็บข้อมูล**

1. ผู้ทำวิจัยชี้แจงจุดประสงค์และขอความร่วมมือให้บิดาหรือมารดาเด็กออทิสติกตอบแบบสอบถาม
2. การเก็บข้อมูล ถ้าบิดาหรือมารดาเด็กออทิสติกมีข้อสงสัย ผู้วิจัยพร้อมที่จะชี้แจงข้อสงสัย
3. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ
4. นำข้อมูลที่ได้มาให้คะแนน มาวิเคราะห์ผล

#### ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC ดังนี้

1. หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ของข้อมูลทั่วไป
  - ก. ข้อมูลเกี่ยวกับบิดาหรือมารดา
  - ข. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวเด็ก
2. ทดสอบหาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างกับความรับรู้ต่อการดูแลสุขภาพ และระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก โดยใช้ Chi-Square test, Pearson product correlation coefficient



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาที่เด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ บิดาหรือมารดาเด็กออทิสติกที่เข้ามารับการบำบัดรักษาที่เด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ในช่วงตั้งแต่เดือนตุลาคม 2545 เป็นต้นไป จนครบตามจำนวน 106 คน (ประมาณ 110 คน) ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

##### 1.1 ของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ได้แก่ เพศ, อายุ, การศึกษา, อาชีพ, เชื้อชาติ, ลักษณะของครอบครัว, จำนวนบุตร, ประวัติการเจ็บป่วย, ลักษณะของครอบครัว, รายได้, เวลาที่ใช้ในการดูแล, การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม, สถานภาพสมรส

##### 1.2 ข้อมูลของผู้ป่วย

ได้แก่ อายุ, เพศ, ความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม, ระยะเวลาที่เป็นโรค, ระยะเวลาการรักษา, รูปแบบการศึกษา, การเข้ากับพี่น้อง, การเข้ากับเด็กคนอื่น ๆ ได้, การปฏิบัติตนต่อพ่อแม่, การเคยสอบตกซ้ำชั้น, การขยันทำงานบ้าน, การขยันทำการบ้าน, การชอบกีฬาและงานอดิเรกของบุตร และระดับผลการเรียนที่โรงเรียน

#### ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กออทิสติก

#### ส่วนที่ 3 ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

#### ส่วนที่ 4 ระดับความรู้สึกรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก

#### ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกต่อภาวะและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

##### 5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับความเครียด

##### 5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับความรู้สึกต่อภาวะการดูแล

- 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกับความรู้สึกต่อภาวะการดูแล
- 5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก
- 5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก
- 5.6 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก
- 5.7 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกต่อภาวะของบิดามารดาของเด็กออทิสติก
- 5.8 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก
- 5.9 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด กับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก
- 5.10 ความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก กับปัจจัยข้อมูลทั่วไป
- 5.11 ความแตกต่างของคะแนนระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก กับปัจจัยข้อมูลทั่วไป

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

### 1.1 ของบิดามารดาเด็กออทิสติก

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ปกครอง (บาท/เดือน) ความเพียงพอของรายได้ต่อการดำเนินชีวิต ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม ระยะเวลาของการดูแลบุตร และการมีคนมาช่วยดูแล และประวัติการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (110 คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	36	32.7
หญิง	74	67.3
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>อายุ</b>		
20 – 25 ปี	3	2.7
26 – 30 ปี	5	4.5
31 – 35 ปี	17	15.5
36 – 40 ปี	30	27.3
41 – 45 ปี	35	31.8
มากกว่า 45 ปี	20	18.2
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>เชื้อชาติ</b>		
ไทย	104	94.5
มุสลิม	1	0.9
จีน	5	4.5
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (110 คน)	ร้อยละ
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	105	95.5
อิสลาม	2	1.8
ฮินดู	1	0.9
ศาสนาอื่น ๆ		
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	1	0.9
สมรส / อยู่ด้วยกัน	91	82.7
สมรส / แยกกันอยู่	10	9.1
หย่า / หม้าย	8	7.3
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	10	9.1
มัธยมศึกษา	25	22.7
อาชีวศึกษา / อนุปริญญา	26	23.6
ปริญญาตรี	33	30
ปริญญาโท	14	12.7
ปริญญาเอก	2	1.8
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้าง	28	25.5
เกษตรกรรม	2	1.8
รัฐวิสาหกิจ	5	4.5
ค้าขาย	26	23.6
รับราชการ	25	22.7
อื่น ๆ	24	21.8
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (110 คน)	ร้อยละ
<b>รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง</b>		
ต่ำกว่า หรือเท่ากับ 5,000 บาท	9	8.2
5,001 – 10,000 บาท	31	28.2
10,001 – 15,000 บาท	22	20
มากกว่า 15,000 บาท	48	43.6
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>ความเพียงพอของรายได้ต่อการดำรงชีวิต</b>		
เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	46	41.8
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน*	8	7.3
เพียงพอ มีหนี้สิน**	38	34.5
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	18	16.4
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>ลักษณะครอบครัว</b>		
ครอบครัวเดี่ยว (พ่อ แม่ และลูก)	69	62.7
ครอบครัวขยาย	41	37.3
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>จำนวนบุตรในครอบครัว</b>		
1 คน	48	43.6
2 คน	45	40.9
3 คน	12	10.9
4 คน	5	4.5
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม(การเข้าวัด, พบปะสังสรรค์)</b>		
1-2 ครั้ง/เดือน	88	80.0
3-4 ครั้ง/เดือน	13	11.8
5-6 ครั้ง/เดือน	2	1.8
มากกว่า 6 ครั้ง/เดือน	7	6.4
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (110 คน)	ร้อยละ
<b>การมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคจิต หรือโรคประสาทของผู้ปกครอง(โรคเครียด,วิตกกังวล ฯลฯ)</b>		
ไม่มี	105	95.5
มี	5	4.5
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>การมีโรคประจำตัวของผู้ปกครอง(โรคความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคกระเพาะอาหาร ฯลฯ)</b>		
ไม่มี	93	84.5
มี	17	15.5
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>การมีสมาชิกในครอบครัว หรือญาติมีประวัติป่วยเป็นโรคออทิซึม</b>		
ไม่มี	100	90.9
มี	10	9.1
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>ระยะเวลาในการดูแลบุตร</b>		
1-5 ปี	41	37.3
5 ปี 1 เดือน – 10 ปี	40	36.4
10 ปี 1 เดือน – 15 ปี	23	20.9
15 ปีขึ้นไป	6	5.5
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>การมีคนช่วยดูแลบุตรที่เป็นออทิสติก</b>		
ไม่มี	44	40.0
มี	66	60.0
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

\* ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน หมายถึง รายจ่ายมากกว่ารายรับแต่ยังไม่ได้ก่อให้เกิดหนี้สินผูกพัน

\*\* เพียงพอ มีหนี้สิน หมายถึง รายรับกับรายจ่ายพอๆกัน แต่มีหนี้สินผูกพันซึ่งเกิดจากเครื่องอุปโภค, อสังหาริมทรัพย์ที่ไม่มีความจำเป็นในชีวิตประจำวัน เช่น เครื่องใช้ไฟฟ้า, รถยนต์ เป็นต้น



จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาเด็กออทิสติกจำนวน 110 คน โดยเป็นมารดา จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 67.3 เป็นบิดา 36 คน คิดเป็นร้อยละ 32.7 บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 41-45 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.8 รองลงมาคือ 36-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.3 และกลุ่มอายุ 20-55 ปี พบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.7 บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีเชื้อชาติไทย ร้อยละ 94.5 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95.5

สถานภาพสมรส พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 82.7 รองลงมาคือ แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 9.1 และหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 7.3 ตามลำดับ ส่วนของระดับการศึกษา บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคือ การศึกษาอาชีวศึกษา/อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 23.6 และระดับการศึกษาของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่พบน้อยที่สุดคือ ระดับปริญญาเอก คิดเป็นร้อยละ 1.8

อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 25.5 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 23.6 และอาชีพของบิดามารดาที่พบน้อยที่สุดคือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 1.8 รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครองโดยส่วนมากอยู่ในช่วง มากกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.6 รองลงมาอยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 28.2 และรายได้ของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่พบน้อยที่สุด คือ ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 8.2 ด้านความเพียงพอของรายได้ต่อการดำรงชีวิต พบว่าส่วนใหญ่จะเพียงพอ ไม่มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 41.8 รองลงมาคือ อยู่ในสถานะเพียงพอ มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 34.5

ลักษณะของครอบครัว ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว (พ่อ แม่ และลูก) คิดเป็นร้อยละ 62.7 รองลงมาคือ ครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 37.3 บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีจำนวนบุตร 1 คน คิดเป็นร้อยละ 43.6 รองลงมาคือ มีจำนวนบุตร 2 คน คิดเป็นร้อยละ 40.9

การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม พบว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมสังคมอยู่ในช่วง 1-2 ครั้ง/เดือน คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาคือ อยู่ในช่วง 3-4 ครั้ง/เดือน คิดเป็นร้อยละ 11.8

ประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตหรือโรคประสาทของบิดามารดาเด็กออทิสติก พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 95.5 รองลงมาคือ มีประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตหรือโรคประสาท คิดเป็น

ร้อยละ 4.5 ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเป็นโรคเครียด และวิตกกังวล ส่วนประวัติการมีโรคประจำตัว พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 84.5 รองลงมาคือ มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 15.5 ส่วนใหญ่พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ โรคกระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน ส่วนประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติมีประวัติป่วยเป็นโรคอหิวาต์ พบว่าส่วนใหญ่ ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงมาคือ มีประวัติสมาชิกในครอบครัวหรือญาติมีประวัติป่วยเป็นโรคอหิวาต์ คิดเป็นร้อยละ 9.1

ส่วนระยะเวลาการดูแลบุตร พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 ปี – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.3 รองลงมาคือ อยู่ในช่วง 5 ปี 1 เดือน – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.4 ส่วนการมีคนช่วยดูแลบุตรที่เป็นอหิวาต์ ส่วนใหญ่มีคนช่วยดูแล คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 40.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1.2 ข้อมูลของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วย จำแนกตาม อายุ เพศ ความรุนแรงของ ปัญหาพฤติกรรม, ระยะเวลาที่เป็นโรค, ระยะเวลาการรักษา และรูปแบบ การรักษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (110 คน)	ร้อยละ
<b>อายุของบุตรที่เป็นออทิสติก</b>		
ต่ำกว่า 6 ปี	33	30.0
6 ปีขึ้นไป	77	70.0
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>เพศ</b>		
ชาย	94	85.5
หญิง	16	14.5
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>ระยะเวลาในการรักษา</b>		
น้อยกว่า 1 ปี	8	7.3
1ปี 1 เดือน - 5 ปี	56	50.9
5 ปี 1 เดือน - 10 ปี	30	27.3
10 ปี 1 เดือน - 15 ปี	15	13.6
15 ปีขึ้นไป	1	0.9
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>รูปแบบการรักษามุตรที่เป็นออทิสติก</b>		
รับประทานยาอย่างเดียว	39	35.5
ไม่ได้รับประทานยา	19	17.3
อื่น ๆ	52	47.3
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 2 พบว่า อายุของบุตรที่เป็นออทิสติก ส่วนใหญ่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาคือ มีอายุอยู่ในช่วงต่ำกว่า 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 ซึ่งเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มอายุได้ยึดหลักตามการแบ่งเด็กผู้ป่วยในการรับผู้ป่วยเข้าเป็นผู้ป่วยตึกผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ได้ใช้เกณฑ์อายุในการแบ่งเด็กว่าอยู่ในตึกเด็กเล็ก จะเป็นเด็กอายุระหว่าง ต่ำกว่า 6 ปี ถ้าอายุมากกว่า 6 ปีขึ้นไป ให้จัดเป็นเด็กโต

ส่วนมากผู้ป่วยออทิสติกที่เข้ามารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในจะเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 85.5 รองลงมาคือ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 14.5 ส่วนระยะเวลาในการรักษาเด็กออทิสติก ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงระยะเวลา 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.3 รองลงมาอยู่ในช่วงระยะเวลา 5 ปี 1 เดือน - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.3 รูปแบบการรักษานบุตรที่เป็นออทิสติก ส่วนใหญ่พบว่า รูปแบบการรักษามีหลายวิธี เช่น รับประทานยา กระตุ้นพัฒนาการ พฤติกรรมบำบัด ฝึกพูด กายภาพบำบัด คิดเป็นร้อยละ 47.3 รองลงมา รูปแบบการรักษาเป็นแบบรับประทานยาอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 35.5

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (110 คน)	ร้อยละ
<b>การชอบกีฬาหรืองานอดิเรกของบุตร</b>		
ไม่ชอบกีฬา หรืองานอดิเรก	32	29.1
ชอบกีฬา หรืองานอดิเรก	78	70.9
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>การมีเพื่อนสนิทของบุตร</b>		
ไม่มี	92	83.6
มี	18	16.4
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>การเคยสอบตกซ้ำชั้นของบุตร</b>		
ไม่เคย	34	30.9
เคย	18	16.4
ยังไม่เคยเข้าเรียน	49	44.5
เพิ่มเริ่มต้นเข้าเรียน	9	8.2
<b>รวม</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ชอบกีฬาหรืองานอดิเรก คิดเป็นร้อยละ 70.9 ส่วนใหญ่จะว่ายน้ำ, เล่นบด รองลงมา ไม่ชอบกีฬาหรืองานอดิเรก คิดเป็นร้อยละ 29.1 ส่วนในเรื่องการมีเพื่อนสนิทของบุตร ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยไม่มีเพื่อนสนิท คิดเป็นร้อยละ 83.6 ส่วนเรื่องการเรียนในเรื่องการเคยตกซ้ำชั้น พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าเรียน คิดเป็นร้อยละ 44.5 รองลงมา ไม่เคยสอบตกซ้ำชั้น คิดเป็นร้อยละ 30.9 (เรียนร่วมการศึกษา)

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (110 คน)	ร้อยละ
<b>การเข้ากักับพี่น้องได้</b>		
ไม่ดี	35	31.8
ปานกลาง	50	45.5
ดี	25	22.7
<b>การเข้ากักับเด็กคนอื่น ๆ ได้</b>		
ไม่ดี	63	57.3
ปานกลาง	44	40.0
ดี	3	2.7
<b>การปฏิบัติตนต่อพ่อแม่*</b>		
ไม่ดี	25	22.7
ปานกลาง	62	56.4
ดี	23	20.9
<b>การขยันทำงานบ้าน</b>		
ไม่ดี	63	57.3
ปานกลาง	42	38.2
ดี	5	4.5
<b>ระดับผลการเรียนที่โรงเรียน</b>		
ไม่ดี	77	70.0
ปานกลาง	32	29.1
ดี	1	0.9

\* การปฏิบัติตนต่อพ่อแม่ – ตามการรับรู้และความคิดเห็นของบิดามารดาเป็นการเปรียบเทียบกับบุตร

คนอื่นหรือเด็กคนอื่นในเรื่องของพฤติกรรม

จากตารางที่ 4 พบว่า เด็กออทิสติกส่วนใหญ่ เข้ากักับพี่น้องได้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.5 และเข้ากักับเด็กคนอื่นได้ พบว่าส่วนใหญ่ เข้ากักับเด็กคนอื่นได้ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 57.3 รองลงมา เข้ากักับเด็กคนอื่นได้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนในเรื่องการปฏิบัติตนกับพ่อแม่ พบว่า เด็กออทิสติกส่วนใหญ่ปฏิบัติตนกับพ่อแม่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.4 ในเรื่องการขยันทำงานบ้านพบว่า ส่วนใหญ่ เด็กออทิสติกขยันทำงานบ้าน ไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 57.3 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.2 เรื่องระดับผลการเรียนที่โรงเรียน พบว่าส่วนใหญ่ มีผลการเรียนไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 29.1

## ข้อมูลปัญหาพฤติกรรมในเด็กบกพร่องทางสติปัญญา

ตารางที่ 5 ระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมในทัศนะของผู้ปกครอง

ระดับของปัญหาพฤติกรรม	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมีปัญหา	45	38.2	6	5.5	51	46.4
ระดับเสี่ยงมีปัญหาปานกลาง	13	11.8	3	2.7	16	14.5
ระดับเสี่ยงมีปัญหาเล็กน้อย	10	9.1	2	1.8	12	10.9
ระดับปกติ	26	23.6	5	4.5	31	28.2
รวม Mean = 61.80, SD = 31.270						
เพศชาย Mean = 56.39, SD = 29.64						
เพศหญิง Mean = 64.43, SD = 31.89						

จากตารางที่ 5 แสดงข้อมูลจากแบบสำรวจปัญหาพฤติกรรมเด็ก(Thai Youth Checklist : TYC)ในทัศนะของผู้ปกครองพบว่า เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมีปัญหาร้อยละ 46.4 โดยเด็กชายมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมีปัญหาร้อยละ 38.2 และเด็กหญิงมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมีปัญหาร้อยละ 5.5 ในเด็กชายมีพฤติกรรมอยู่ในระดับเสี่ยงมีปัญหาปานกลางร้อยละ 11.8 ระดับเสี่ยงมีปัญหาเล็กน้อย ร้อยละ 9.1 ระดับปกติไม่มีปัญหาร้อยละ 23.6 เด็กหญิงมีพฤติกรรมอยู่ในระดับเสี่ยงมีปัญหาปานกลาง ร้อยละ 2.7 ระดับเสี่ยงมีปัญหาเล็กน้อยร้อยละ 1.8 ระดับปกติ ร้อยละ 4.5

ตารางที่ 6 ปัญหาพฤติกรรมรายชื่อ 10 อันดับแรกในทัศนะของผู้ปกครอง

ปัญหาพฤติกรรม	จำนวน (110 คน)	ร้อยละ
ขาดสมาธิ สนใจสิ่งใดไม่นาน	77	70
ปัญหาการพูด	68	61.8
ไม่อยู่นิ่ง ลูกลี้ลุกลอน อยู่ไม่สุข	68	61.8
ประพัตตินเด็กกว่าวัย	60	54.5
ปัญหาไม่ยอมพูด	56	50.9
ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซ้ำๆ	53	48.2
ปัญหาซุกซน	51	46.4
ปัญหาหมกมุ่นอยู่กับความคิดอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือ คิดซ้ำ ๆ เรื่องเดียว	51	46.4
ฟังพาผู้ใหญ่มากเกินไป	50	45.5
ใช้เงินไม่เป็น	46	41.8
คะแนนจากแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กที่ผู้ปกครองให้คะแนนเท่ากับ 2		

จากตารางที่ 6 แสดงข้อมูลปัญหาพฤติกรรมรายชื่อ 10 อันดับแรกที่ผู้ปกครองเห็นว่าเด็กมีปัญหาคือ ปัญหาขาดสมาธิ สนใจสิ่งใดได้ไม่นานมากที่สุด ร้อยละ 70 รองลงมา เป็นปัญหาปัญหาการพูด ร้อยละ 61.8 ปัญหาไม่อยู่นิ่ง ลูกลี้ลุกลอน อยู่ไม่สุข ร้อยละ 61.8 ปัญหาประพัตตินเด็กกว่าวัย ร้อยละ 54.5 ปัญหาไม่ยอมพูด ร้อยละ 50.9 ปัญหาทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซ้ำๆ ร้อยละ 48.2 ปัญหาซุกซน ร้อยละ 46.4 ปัญหาหมกมุ่นอยู่กับความคิดอย่างใดอย่างหนึ่งหรือคิดซ้ำๆเรื่องเดียว ร้อยละ 46.4 ปัญหาฟังพาผู้ใหญ่มากเกินไป ร้อยละ 45.5 และปัญหาใช้เงินไม่เป็น ร้อยละ 41.8



ตารางที่ 7 ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ที่ผู้ปกครองตอบคะแนน = 1 หรือ 2

ระดับของปัญหาพฤติกรรม	คะแนน = 1		คะแนน = 2		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขาดสมาธิ สนใจสิ่งใดได้ไม่นาน	32	29.1	77	70	109	99.1
ไม่อยู่นิ่ง ลุกี้ลุกลอน อยู่ไม่สุข	35	31.8	68	61.8	88	80
ฟังพาผู้ใหญ่มากเกินไป	42	38.2	50	45.5	92	83.6
ชอบอยู่ตามลำพัง	49	44.5	41	37.3	91	81.8
ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซ้ำๆ	35	31.8	53	48.2	88	80
จ้องมองโดยไร้จุดหมาย	58	52.7	30	27.3	88	80
ปัญหาการพูด	20	18.2	68	61.8	88	80
ประพุดิตนเด็กกว่าวัย	26	23.6	60	54.5	86	78.2
ซุกซน	35	31.8	51	46.4	86	78.2
เข้ากับเด็กคนอื่นไม่ได้	47	42.7	38	34.5	85	77.5
แคะจมูก แคะเกาผิวหนัง	52	47.3	29	26.4	81	73.6
ไม่ยอมพูด	25	22.7	56	50.9	81	73.6
ดื้อ บึ้งตึง ฉุนเฉียว	58	52.7	22	20	80	72.7
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	53	48.2	35	31.8	80	72.7

จากตารางที่ 7 แสดงข้อมูลปัญหาที่ผู้ปกครอง ตอบคะแนน = 1 หรือ 2 พบว่า ปัญหาพฤติกรรมรายชื่อที่ผู้ปกครอง เห็นว่า มีปัญหาอยู่บ้างหรือบ่อยครั้งมากที่สุดคือ ปัญหาขาดสมาธิ สนใจสิ่งใดได้ไม่นาน ร้อยละ 99.1 รองลงมาเป็นปัญหาไม่อยู่นิ่ง ลุกี้ลุกลอนร้อยละ 93.6 ปัญหาฟังพาผู้ใหญ่มากเกินไป ร้อยละ 83.6 ปัญหาชอบอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 81.8 ปัญหาจ้องมองโดยไร้จุดหมาย, ปัญหาการพูด และปัญหาทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซ้ำๆ ร้อยละ 80 ปัญหาประพุดิตนเด็กกว่าวัย, ปัญหาซุกซน ร้อยละ 78.2 ปัญหาเข้ากับเด็กคนอื่นไม่ได้ ร้อยละ 77.3 ปัญหาแคะจมูกแคะเกาผิวหนัง ร้อยละ 73.6 ปัญหาไม่ยอมพูด ร้อยละ 73.6 ปัญหาดื้อ บึ้งตึง ฉุนเฉียว ร้อยละ 72.7 และปัญหาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 72.7

## ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ตารางที่ 8 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ข้อมูล	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	4	3.6	12	10.9	16	14.5
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	24	21.8	50	45.5	74	67.3
การสนับสนุนทางสังคมสูง	8	7.3	12	10.9	20	18.2
รวม Mean = 78.51, SD = 15.18						
เพศชาย Mean = 78.69, SD = 18.23						
เพศหญิง Mean = 78.42, SD = 13.59						

จากตารางที่ 8 พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.3 รองลงมา ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 18.2

### ส่วนที่ 3 ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ตารางที่ 9 ข้อมูลระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ข้อมูล	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียดน้อยที่สุด	-	-	-	-	-	-
ระดับความเครียดน้อย	10	9.1	22	20	32	29.1
ระดับความเครียดปานกลาง	25	22.7	48	43.6	73	66.4
ระดับความเครียดมาก	1	0.9	4	3.6	5	4.5
ระดับความเครียดมากที่สุด	-	-	-	-	-	-
รวม Mean = 47.46 , SD = 6.82						
เพศชาย Mean = 47.08, SD = 7.04						
เพศหญิง Mean = 47.65, SD = 6.75						

จากตารางที่ 9 พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ มีระดับความเครียดปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.4 รองลงมา บิดามารดาเด็กออทิสติกมีระดับความเครียดน้อย 29.1

#### ส่วนที่ 4 ระดับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ตารางที่ 10 ข้อมูลระดับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ข้อมูล	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้สึกไม่เป็นภาระ	2	1.8	8	7.3	10	100
<b>รวม</b>	<b>2</b>	<b>1.8</b>	<b>8</b>	<b>7.3</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
รวม Mean =16.50 , SD = 3.06						
เพศชาย Mean = 18.50, SD = 0.71						
เพศหญิง Mean = 16, SD = .3.25						
ความรู้สึกเป็นภาระต่ำ	9	9	10	10	19	19
ความรู้สึกเป็นภาระปานกลาง	18	18	47	47	65	65
ความรู้สึกเป็นภาระสูง	7	7	9	9	16	16
<b>รวม</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>66</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
รวม Mean =42.54 , SD = 12.83						
เพศชาย Mean = 42.09, SD = .13.42						
เพศหญิง Mean = 42.77, SD = 12.62						

X = 40.17 , SD = 14.38

จากตารางที่ 10 พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกมีความรู้สึกไม่เป็นภาระ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 และพบว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมา บิดามารดาจะรู้สึกเป็นภาระการดูแลต่ำ คิดเป็นร้อยละ 19 และมีความรู้สึกต่อภาระการดูแลสูง คิดเป็นร้อยละ 16 ตามลำดับ

## ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกต่อภาวะและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

### 5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับความเครียด

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับความเครียด

ข้อมูลทั่วไป	ความเครียด น้อย		ความเครียด ปานกลาง		ความเครียด มาก		$\chi^2$	df	P- value
	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ			
<b>เพศ</b>									
ชาย	10	9.1	25	22.7	1	0.9	.476	2	.788
หญิง	22	20	48	43.6	4	3.6			
<b>อายุ</b>									
20-30 ปี	-	-	8	7.3	-	-	11.07	4	.026*
31-40 ปี	10	9.1	36	32.7	1	0.9			
มากกว่า 41ปี	22	20	29	26.4	4	3.6			
<b>สถานภาพสมรส</b>									
โสด	-	-	1	0.9	-	-	2.828	6	.830
สมรส / อยู่ด้วยกัน	28	25.5	59	53.6	4	3.6			
สมรส / แยกกันอยู่	2	1.8	8	7.3	-	-			
หย่า / หม้าย	2	1.8	5	4.5	1	0.9			
<b>ระดับการศึกษา</b>									
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	8	7.3	24	21.8	3	2.7	9.614	4	.047*
อนุปริญญา-ปริญญาตรี	15	13.6	43	39.1	1	0.9			
ปริญญาโท-ปริญญาเอก	9	8.2	6	5.5	1	0.9			
<b>อาชีพ</b>									
รับจ้าง, เกษตรกรรม	6	5.5	20	18.2	4	3.6	10.97	6	.089
รัฐวิสาหกิจ,ค้าขาย	13	11.8	18	16.4	-	-			
รับราชการ	7	6.4	17	15.5	1	0.9			
อื่นๆ	6	5.5	18	16.4	-	-			

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับความเครียด  
(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ความเครียด น้อย		ความเครียด ปานกลาง		ความเครียด มาก		$\chi^2$	df	P- value
	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ			
	<b>รายได้ต่อเดือนของ ผู้ปกครอง</b>								
ต่ำกว่า หรือเท่ากับ 5,000 บาท	1	0.9	7	6.4	1	0.9	10.00	4	.040*
5,001-15,000 บาท	10	9.1	40	36.4	3	2.7			
มากกว่า 15,000 บาท	21	19.1	26	23.6	1	0.9			
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>									
เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	18	16.4	27	24.5	1	0.9	8.34	6	.214
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	2	1.8	5	4.5	1	0.9			
เพียงพอ มีหนี้สิน	10	9.1	27	24.5	1	0.9			
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	2	1.8	14	12.7	2	1.8			
<b>ระยะเวลาในการดูแลบุตร</b>									
1-5 ปี	10	9.1	31	28.2	-	-	5.196	4	.268
5 ปี 1 เดือน – 10ปี	11	10	26	23.6	3	2.7			
10 ปีขึ้นไป	11	10	16	14.5	2	1.8			
<b>ลักษณะของครอบครัว</b>									
ครอบครัวเดี่ยว (พ่อ แม่ ลูก)	16	14.5	48	45.6	5	4.5	7.097	2	.029*
ครอบครัวขยาย	16	14.5	25	22.7	-	-			
<b>จำนวนบุตร</b>									
1 คน	10	9.1	37	33.6	1	0.9	6.750	4	.150
2 คน	15	13.6	28	25.5	2	1.8			
3-4 คน	7	6.4	8	7.3	2	1.8			
<b>การมีประวัติการเจ็บป่วย เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท ของผู้ปกครอง</b>									
ไม่มี	32	29.1	71	64.5	2	1.8	37.51	2	.00*
มี	-	-	2	1.8	5	4.5			

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับความเครียด  
(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ความเครียด น้อย		ความเครียด ปานกลาง		ความเครียด มาก		$\chi^2$	df	P- value
	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ			
	<b>การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม</b>								
1-2 ครั้ง/เดือน	20	18.2	63	57.3	5	4.5	12.42	4	.014*
3-4 ครั้ง/เดือน	-	-	2	1.8	-	-			
มากกว่า 4 ครั้ง/เดือน	12	10.9	8	7.3	-	-			
<b>การมีโรคประจำตัวของ ผู้ปกครอง</b>									
ไม่มี	28	25.5	62	56.4	3	2.7	2.528	2	.283
มี	4	3.6	11	10	2	1.8			
<b>การมีสมาชิกในครอบครัว หรือญาติมีประวัติป่วยเป็น โรคออทิสซึม</b>									
ไม่มี	28	25.5	68	61.8	4	3.6	1.614	2	.446
มี	4	3.6	5	4.5	1	0.9			
<b>การมีคนช่วยดูแลบุตรที่เป็น ออทิสติก</b>									
ไม่มี	12	10.9	29	26.4	3	2.7	.919	2	.632
มี	20	18.2	44	40	2	1.8			

\* Significant at level 0.05

\*\* Significant at level 0.01

จากตารางที่ 11 พบว่า อายุ, , ระดับการศึกษา, รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง, ลักษณะของครอบครัว, การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 และการมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือโรคประสาทของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .01 โดยปัจจัยอื่น ๆ คือ เพศ, อาชีพ, สถานภาพสมรส, ความพอเพียงของ

รายได้, และจำนวนบุตร,ระยะเวลาในการดูแลบุตร, การมีโรคประจำตัวของผู้ปกครอง, การมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติมีประวัติป่วยเป็นโรคอหิวาต์ และ การมีคนช่วยดูแลบุตรอหิวาต์ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความเครียด



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## 5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับความ ความรู้สึกต่อภาวะการดูแล

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับความความรู้สึก  
ต่อภาวะการดูแล

ข้อมูลทั่วไป	ไม่เป็นภาวะ		ภาวะต่ำ		ภาวะปานกลาง		ภาวะสูง		$\chi^2$	df	P-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
<b>เพศ</b>											
ชาย	2	1.8	16	14.5	15	13.6	3	2.7	1.17	3	.75
หญิง	8	7.3	27	24.5	33	30	6	5.5			
<b>อายุ</b>											
20-30 ปี	1	0.9	2	1.8	5	4.5	-	-	5.23	6	.502
31-40 ปี	3	2.7	21	19.1	21	19.1	2	1.8			
มากกว่า 41ปี	6	5.5	20	18.2	22	20	7	6.4			
<b>สถานภาพสมรส</b>											
โสด	-	-	-	-	1	0.9	-	-	17.7	9	.04*
สมรส / อยู่ด้วยกัน	8	7.3	38	34.5	39	35.5	6	5.5			
สมรส / แยกกันอยู่	-	-	5	4.5	5	4.5	-	-			
หย่า / หม้าย	2	1.8	-	-	3	2.7	3	2.7			
<b>ระดับการศึกษา</b>											
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	2	1.8	13	11.8	16	14.5	4	3.6	4.35	6	.629
อนุปริญญา-ปริญญาตรี	5	4.5	24	21.8	27	24.5	3	2.7			
ปริญญาโท-ปริญญาเอก	3	2.7	6	5.5	5	4.5	2	1.8			
<b>อาชีพ</b>											
รับจ้าง, เกษตรกรรม	3	2.7	11	10	14	12.7	2	1.8	5.12	9	.823
รัฐวิสาหกิจ,ค้าขาย	3	2.7	15	13.6	12	10.9	1	0.9			
รับราชการ	2	1.8	8	7.3	13	11.8	2	1.8			
อื่นๆ	2	1.8	9	8.2	9	8.2	4	3.6			

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับความความรู้สึก  
ต่อภาวะการดูแล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ไม่เป็นภาวะ		ภาวะต่ำ		ภาวะปานกลาง		ภาวะสูง		$\chi^2$	df	P-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
<b>รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง</b>											
ต่ำกว่า หรือเท่ากับ 5,000 บาท	1	0.9	2	1.8	5	4.5	1	0.9	8.33	6	.215
5,001-15,000 บาท	3	2.7	17	15.5	29	26.4	4	3.6			
มากกว่า 15,000 บาท	6	5.5	24	21.8	14	12.7	4	3.6			
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>											
เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	6	5.5	23	20.9	16	14.5	1	0.9	19.1	9	.024*
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	2	1.8	4	3.6	1	0.9	1	0.9			
เพียงพอ มีหนี้สิน	2	1.8	13	11.8	18	16.4	5	4.5			
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	-	-	3	2.7	13	11.8	2	1.8			
<b>ลักษณะของครอบครัว</b>											
<b>ครอบครัวเดี่ยว</b>											
(พ่อ แม่ ลูก)	4	3.6	27	24.5	30	27.3	8	7.3	4.84	3	.184
ครอบครัวขยาย	6	5.5	16	14.5	18	16.4	1	0.9			
<b>จำนวนบุตร</b>											
1 คน	4	3.6	20	18.2	21	19.1	3	2.7	3.54	6	.738
2 คน	4	3.6	16	14.5	19	17.3	6	5.5			
3-4 คน	2	1.8	7	6.4	8	7.3					

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับความความรู้สึ  
ต่อภาวะการดูแล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ไม่เป็นภาวะ		ภาวะต่ำ		ภาวะปานกลาง		ภาวะสูง		$\chi^2$	df	P-value
	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ			
	นวน (คน)	ละ	นวน (คน)	ละ	นวน (คน)	ละ	นวน (คน)	ละ			
<b>การเข้าร่วมกิจกรรม</b>											
<b>สังคม</b>											
1-2 ครั้ง/เดือน	7	6.4	33	30	41	37.3	7	6.4	8.09	6	.231
3-4 ครั้ง/เดือน	-	-	-	-	1	0.9	1	0.9			
มากกว่า 4 ครั้ง/เดือน	3	2.7	10	9.1	6	5.5	1	0.9			
<b>ระยะเวลาในการดูแลบุตร</b>											
1-5 ปี	3	2.7	10	9.1	26	23.6	2	1.8	11.5	6	.074
5 ปี 1 เดือน – 10ปี	3	2.7	19	17.3	14	12.7	4	3.6			
10 ปีขึ้นไป	4	3.6	14	12.7	8	7.3	3	2.7			
<b>การมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตหรือโรคประสาทของผู้ปกครอง</b>											
ไม่มี	10	9.1	41	37.3	48	43.6	6	5.5	19.9	3	.00*
มี	-	-	2	1.8	-	-	3	2.7			
<b>การมีโรคประจำตัวของผู้ปกครอง</b>											
ไม่มี	9	8.2	36	32.7	41	37.3	7	6.4	.593	3	.89
มี	1	0.9	7	6.4	7	6.4	2	1.8			

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับความ  
ความรู้สึกต่อภาวะการดูแล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ไม่เป็นภาวะ		ภาวะต่ำ		ภาวะปานกลาง		ภาวะสูง		$\chi^2$	df	P- Value
	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ			
การมีสมาชิกใน ครอบครัว หรือญาติมี ประวัติป่วยเป็นโรคออทิ ซึม											
ไม่มี	8	7.3	37	33.6	46	41.8	9	8.2	4.97	3	.02*
มี	2	1.8	6	5.4	2	1.8	-	-			
การมีคนช่วยดูแลบุตรออทิ สติก											
ไม่มี	3	2.7	14	12.7	22	20	5	4.5	2.99	3	.39
มี	7	6.4	29	26.4	26	23.6	4	3.6			

\* Significant at level 0.05

จากตารางที่ 12 พบว่า สถานภาพสมรส,ความพอเพียงของรายได้, ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตหรือโรคประสาทของผู้ปกครอง,การมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติมีประวัติป่วยเป็นโรคออทิซึม มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 โดยปัจจัยอื่น ๆ คือ เพศ, อายุ, ลักษณะของครอบครัว,ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง,ระยะเวลาในการดูแลบุตร , การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม, การมีโรคประจำตัวของผู้ปกครอง ,การมีคนช่วยดูแลบุตรออทิสติกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้สึกต่อภาวะการดูแล

### 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกับความรูู้สึกต่อภาวะการดูแล

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของเด็กออทิสติก(ผู้ป่วย)กับความรูู้สึกต่อภาวะการดูแล

ข้อมูลทั่วไป	ไม่เป็นภาวะ		ภาวะต่ำ		ภาวะปานกลาง		ภาวะสูง		$\chi^2$	df	P-value
	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ			
	นวน (คน)		นวน (คน)	ละ	นวน (คน)	ละ	นวน (คน)	ละ			
<b>เพศ</b>											
ชาย	8	7.3	39	35.5	40	36.4	7	6.4	1.79	3	.617
หญิง	2	1.8	4	3.6	8	7.3	2	1.8			
<b>อายุ</b>											
ต่ำกว่า 6 ปี	2	1.8	11	10	20	18.2	-	-	.784	3	.049*
6 ปีขึ้นไป	8	7.3	32	29.1	28	25.5	9	8.2			
<b>ระยะเวลาการรักษา</b>											
น้อยกว่า 5 ปี	3	2.7	21	19.1	26	23.6	6	5.5	3.86	6	.694
5 ปี 1 เดือน – 10 ปี	4	3.6	15	13.6	12	10.9	2	1.8			
15 ปี 1 เดือนขึ้นไป	3	2.7	7	6.4	10	9.1	1	0.9			
<b>รูปแบบการรักษา</b>											
รับประทานยาอย่างเดียว	2	1.8	14	12.7	19	17.3	4	3.6	4.05	6	.670
ไม่ได้รับประทานยา	3	2.7	8	7.3	8	7.3	-	-			
อื่น ๆ	5	4.5	21	19.1	21	19.1	5	4.5			

\* Significant at level 0.05

จากตารางที่ 13 พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับความรูู้สึกต่อภาวะการดูแล อย่างมีความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ  $p > .05$  ส่วน เพศ, ระยะเวลาการรักษาและรูปแบบการรักษาของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความรูู้สึกต่อภาวะการดูแลไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของเด็กออทิสติก(ผู้ป่วย)กับความความรู้สึก  
ต่อภาวะการดูแล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ไม่เป็น ภาวะ		ภาวะต่ำ		ภาวะปาน กลาง		ภาวะสูง		$\chi^2$	df	P- value
	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ			
<b>การเข้ากับพี่น้องได้</b>											
ไม่ดี	4	3.6	9	8.2	19	17.3	3	2.7	6.13	6	.408
ปานกลาง	4	3.6	21	19.1	22	20	3	2.7			
ดี	-	-	1	0.9	2	1.8	-	-			
<b>การเข้ากับเด็กคนอื่น ๆ ได้</b>											
ไม่ดี	6	5.5	18	16.4	30	27.3	9	8.2	12.6	6	.049*
ปานกลาง	4	3.6	24	21.8	16	14.5	-	-			
ดี	-	-	1	0.9	2	1.8	-	-			
<b>การปฏิบัติตนต่อพ่อ แม่</b>											
ไม่ดี	3	2.7	5	4.5	17	15.5	-	-	18.6	6	.00**
ปานกลาง	4	3.6	23	20.9	27	24.5	8	7.3			
ดี	3	2.7	15	13.6	4	3.6	1	0.9			
<b>การขยันทำงานบ้าน</b>											
ไม่ดี	5	4.5	24	21.8	38	34.5	7	6.4	9.56	6	.144
ปานกลาง	5	4.5	17	15.5	10	9.1	2	1.8			
ดี	-	-	2	1.8	-	-	-	-			
<b>ระดับผลการเรียนที่ โรงเรียน</b>											
ไม่ดี	7	6.4	28	25.5	33	30	7	6.4	2.00	6	.919
ปานกลาง	3	2.7	14	12.7	15	13.6	2	1.8			
ดี	-	-	1	0.9	-	-	-	-			

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของเด็กออทิสติก(ผู้ป่วย)กับความความรู้สึกร  
ต่อภาวะการดูแล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ไม่เป็นภาวะ		ภาวะต่ำ		ภาวะปานกลาง		ภาวะสูง		$\chi^2$	df	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)			
<b>การชอบกัฟ้าหรืองานอดิเรก</b>											
<b>ของบุตร</b>											
ไม่ชอบกัฟ้า หรืองานอดิเรก	2	1.8	15	13.6	22	20	5	4.5	3.72	3	.293
ชอบกัฟ้า หรืองานอดิเรก	8	7.3	28	25.5	26	23.6	4	3.6			
<b>การเคยสอบตกซ้ำชั้น</b>											
ไม่เคย	4	3.6	11	10	16	14.5	3	2.7	8.01	9	.532
เคย	1	0.9	11	10	5	4.5	1	0.9			
ยังไม่เคยเข้าเรียน	5	4.5	18	16.4	23	20.9	3	2.7			
เพิ่งเริ่มต้นเข้าเรียน	-	-	3	2.7	4	3.6	2	1.8			

\* Significant at level 0.05

\*\* Significant at level 0.01

จากตารางที่ 13 พบว่า อายุ, การเข้ากัเด็กคนอื่นมีความสัมพันธ์กับความความรู้สึกรต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0. และการปฏิบัติตนต่อพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับความความรู้สึกรต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 โดยปัจจัยอื่น ๆ คือ เพศ, การเข้ากัพี่น้องได้, การเคยสอบตกซ้ำชั้น, การขยันทำงานบ้าน, การชอบกัฟ้าหรืองานอดิเรก, ระดับผลการเรียนที่โรงเรียน, ไม่มีความสัมพันธ์กับความความรู้สึกรต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### 5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของเด็กออทิสติก(ผู้ป่วย)กับความเครียดของบิดามารดา

ข้อมูลทั่วไป	ความเครียดน้อย		ความเครียดปานกลาง		ความเครียดมาก		$\chi^2$	df	P-value																																																																																												
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ																																																																																															
	(คน)																																																																																																				
<b>เพศ</b>																																																																																																					
ชาย	28	25.5	61	55.5	5	4.5	1.169	2	.557																																																																																												
หญิง	4	3.6	12	10.9	-	-				<b>อายุ</b>										ต่ำกว่า 6 ปี	10	9.1	23	20.9	-	-	2.246	2	.325	6 ปีขึ้นไป	22	20	50	45.5			<b>ระยะเวลาการรักษา</b>										น้อยกว่า 5 ปี	11	10	43	39.1	2	1.8	6.22	4	.183	5 ปี 1 เดือน – 15 ปี	14	12.7	17	15.5	2	1.8	15 ปี 1 เดือนขึ้นไป	7	6.4	13	11.8	1	0.9	<b>รูปแบบการรักษา</b>										รับประทานยาอย่างเดียว	6	5.5	30	27.3	3	2.7	9.65	4	.047*	ไม่ได้รับประทานยา	10	9.1	9	8.2	-	-	อื่นๆ	16	14.5	34
<b>อายุ</b>																																																																																																					
ต่ำกว่า 6 ปี	10	9.1	23	20.9	-	-	2.246	2	.325																																																																																												
6 ปีขึ้นไป	22	20	50	45.5						<b>ระยะเวลาการรักษา</b>										น้อยกว่า 5 ปี	11	10	43	39.1	2	1.8	6.22	4	.183	5 ปี 1 เดือน – 15 ปี	14	12.7	17	15.5	2	1.8	15 ปี 1 เดือนขึ้นไป	7	6.4	13	11.8	1	0.9	<b>รูปแบบการรักษา</b>										รับประทานยาอย่างเดียว	6	5.5	30	27.3	3	2.7	9.65	4	.047*	ไม่ได้รับประทานยา	10	9.1	9	8.2	-	-	อื่นๆ	16	14.5	34	30.9	2	1.8																								
<b>ระยะเวลาการรักษา</b>																																																																																																					
น้อยกว่า 5 ปี	11	10	43	39.1	2	1.8	6.22	4	.183																																																																																												
5 ปี 1 เดือน – 15 ปี	14	12.7	17	15.5	2	1.8																																																																																															
15 ปี 1 เดือนขึ้นไป	7	6.4	13	11.8	1	0.9				<b>รูปแบบการรักษา</b>										รับประทานยาอย่างเดียว	6	5.5	30	27.3	3	2.7	9.65	4	.047*	ไม่ได้รับประทานยา	10	9.1	9	8.2	-	-	อื่นๆ	16	14.5	34	30.9	2	1.8																																																										
<b>รูปแบบการรักษา</b>																																																																																																					
รับประทานยาอย่างเดียว	6	5.5	30	27.3	3	2.7	9.65	4	.047*																																																																																												
ไม่ได้รับประทานยา	10	9.1	9	8.2	-	-																																																																																															
อื่นๆ	16	14.5	34	30.9	2	1.8																																																																																															

\* Significant at level 0.05

จากตารางที่ 14 พบว่า โดยปัจจัยอื่น ๆ คือ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, ความพอเพียงของรายได้, ลักษณะของครอบครัว และจำนวนบุตร และรูปแบบการรักษาของเด็กออทิสติก (ผู้ป่วย) ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของเด็กออทิสติก(ผู้ป่วย)กับความเครียดของบิดามารดา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ความเครียด น้อย		ความเครียด ปานกลาง		ความเครียด มาก		$\chi^2$	df	P- value
	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ			
<b>การเข้ากักับพี่น้องได้</b>									
ไม่ดี	10	9.1	24	21.8	1	0.9	2.47	4	.650
ปานกลาง	12	10.9	35	31.8	3	2.7			
ดี	10	9.1	14	12.7	1	0.9			
<b>การเข้ากักับเด็กคนอื่น ๆ ได้</b>									
ไม่ดี	13	11.8	48	43.6	2	1.8	11.74	4	.01*
ปานกลาง	18	16.4	24	21.8	2	1.8			
ดี	1	0.9	1	0.9	1	0.9			
<b>การปฏิบัติตนต่อพ่อแม่</b>									
ไม่ดี	5	4.5	18	16.4	2	1.8	8.65	4	.070
ปานกลาง	15	13.6	44	40	3	2.7			
ดี	12	10.9	11	10	-	-			
<b>การขยันทำงานบ้าน</b>									
ไม่ดี	16	14.5	54	49.1	4	3.6	6.25	4	.181
ปานกลาง	15	13.6	18	16.4	1	0.9			
ดี	1	0.9	1	0.9	-	-			
<b>ระดับผลการเรียนที่โรงเรียน</b>									
ไม่ดี	21	19.1	51	46.4	3	2.7	.983	4	.912
ปานกลาง	11	10	21	19.1	2	1.8			
ดี	1	0.9	1	0.9	-	-			
<b>การชอบกีฬาหรืองานอดิเรกของบุตร</b>									
ไม่ชอบกีฬา หรืองานอดิเรก	10	9.1	31	28.2	3	2.7	2.03	2	.361
ชอบกีฬา หรืองานอดิเรก	22	20	42	38.2	2	1.8			

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของเด็กออทิสติก(ผู้ป่วย)กับความเครียดของบิดามารดา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ความเครียด น้อย		ความเครียด ปานกลาง		ความเครียด มาก		$\chi^2$	df	P- value
	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ			
	การเคยสอบตกซ้ำชั้น								
ไม่เคย	11	10	21	19.1	2	1.8	6.02	8	.420
เคย	8	7.3	9	8.2	1	0.9			
ยังไม่เคยเข้าเรียน	12	10.9	36	32.7	1	0.9			
เพิ่งเริ่มต้นเข้าเรียน	1	0.9	7	6.4	1	0.9			

\* Significant at level 0.05

จากตารางที่ 14 พบว่า การเข้ากับเด็กคนอื่นได้ มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบิดามารดาโดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า .05 โดยปัจจัยอื่น ๆ คือ การเข้ากับพี่น้องได้, การเคยสอบตกซ้ำชั้น, การชอบกีฬาหรืองานอดิเรก,ระดับผลการเรียนที่โรงเรียน การปฏิบัติตนต่อพ่อแม่และการขยันทำงานบ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบิดามารดาโดยไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกับความรูสึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกับภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ข้อมูลทั่วไป	ความรู้สึกไม่ เป็นภาวะ		ภาวะต่ำ		ภาวะ ปานกลาง		ภาวะ สูง		$\chi^2$	df	P- value
	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
	<b>ระดับของปัญหา พฤติกรรม</b>										
ระดับมีปัญหา	5	4.5	14	12.7	11	10	1	0.9	12.8	9	.168
ระดับเสี่ยงมีปัญหา	-	-	3	2.7	8	7.3	1	0.9			
<b>ปานกลาง</b>											
ระดับเสี่ยงมีปัญหา	2	1.8	9	8.2	5	4.5	-	-			
<b>เล็กน้อย</b>											
ระดับปกติ	3	2.7	17	15.5	24	21.8	-	-			

\* Significant at level 0.05

จากตารางที่ 15 พบว่า ระดับของปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความรูสึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก

แตเมื่อนำระดับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลมาทำการจัดกลุ่มใหม่ เนื่องจากพบว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ มีคะแนนความรู้สึกไม่เป็นภาวะกับความรู้สึกภาวะต่ำใกล้เคียงกัน จึงได้จัดแบ่งกลุ่มระดับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลใหม่เป็น 2 ระดับ คือ ความรู้สึกไม่เป็นภาวะหรือภาวะต่ำ กับ ความรู้สึกต่อภาวะปานกลางหรือสูง ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกับภาวะการดูแลของ  
บิดามารดาเด็กออทิสติก

ข้อมูลทั่วไป	ความรู้สึกไม่เป็นภาวะ หรือภาวะต่ำ		ภาวะ ปานกลาง-สูง		$\chi^2$	df	P- value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
<b>ระดับของปัญหาพฤติกรรม</b>							
ระดับมีปัญหา	20	18.2	31	28.2	9.07	3	.028*
ระดับเสียมมีปัญหาปานกลาง	11	10	5	4.5			
ระดับเสียมมีปัญหาเล็กน้อย	3	2.7	9	8.2			
ระดับปกติ	19	17.3	12	10.9			

\* Significant at level 0.05

จากตารางที่ 16 พบว่า ระดับของปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับ  
ความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 5.6 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยกับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ข้อมูลทั่วไป	ความเครียด น้อย		ความเครียด ปานกลาง		ความเครียด มาก		$\chi^2$	df	P- value
	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ			
	<b>ระดับของปัญหาพฤติกรรม</b>								
ระดับมีปัญหา	10	9.1	36	32.7	5	4.5	13.6	6	.033*
ระดับเสี่ยงมีปัญหปานกลาง	5	4.5	11	10	-	-			
ระดับเสี่ยงมีปัญหาเล็กน้อย	2	1.8	10	9.1	-	-			
ระดับปกติ	15	13.6	16	14.5	-	-			

\* Significant at level 0.05

จากตารางที่ 17 พบว่า ระดับของปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก อย่างมีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

### 5.7 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ข้อมูลทั่วไป	ไม่เป็นภาวะ		ภาวะต่ำ		ภาวะปานกลาง		ภาวะสูง		$\chi^2$	df	P-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>											
ต่ำ	-	-	6	5.5	7	6.4	3	2.7	8.46	6	.206
ปานกลาง	7	6.4	26	23.6	36	32.7	5	4.5			
สูง	3	2.7	11	10	5	4.5	1	0.9			

จากตารางที่ 18 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 5.8 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ข้อมูลทั่วไป	ความเครียด น้อย		ความเครียด ปานกลาง		ความเครียด มาก		$\chi^2$	df	P- value
	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ	จำ นวน (คน)	ร้อยละ			
	<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>								
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	-	-	13	11.8	3	2.7	30.30	4	.00**
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	18	16.4	54	49.1	2	1.8			
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	14	12.7	6	5.5					

\*\* Significant at level 0.01

จากตารางที่ 19 พบว่า แรงสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 5.9 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ข้อมูลทั่วไป	ความรู้สึกไม่ เป็นภาวะ		ภาวะต่ำ		ภาวะ ปานกลาง		ภาวะสูง		$\chi^2$	df	P- value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
	<b>ระดับความเครียด</b>										
ความเครียดน้อย	8	7.2	17	15.5	6	5.5	1	0.9	28.9	6	.00**
ความเครียดปานกลาง	2	1.8	25	22.7	40	36.4	6	5.5			
ความเครียดมาก	-	-	1	0.9	2	1.8	2	1.8			

\*\* Significant at level 0.01

จากตารางที่ 19 พบว่า ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลเด็กออทิสติก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



### 5.10 ข้อมูลของความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกเป็นภาระของบิดามารดากับปัจจัยทั่วไป

**ตารางที่ 21** ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกต่อภาระของบิดามารดากับปัจจัยเรื่องประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตหรือโรคประสาทของบิดามารดาเด็กออทิสติก

การมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตหรือโรคประสาทของบิดามารดา	N	Mean	SD	T	P-Value
ไม่มี	105	1.476	.748	-1.461	.041*
มี	5	2.2	1.09		

จากตารางที่ 21 พบว่า ปัจจัยเรื่องประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตหรือโรคประสาทของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่ต่างกันนั้นมีคะแนนของความรู้สึกต่อภาระของบิดามารดาเด็กออทิสติกแตกต่างกัน อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05

**ตารางที่ 22** ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกต่อภาระของบิดามารดากับปัจจัยเรื่องอายุของเด็กออทิสติก(ผู้ป่วย)

อายุ	N	Mean	SD	F	P-Value
ต่ำกว่า 6 ปี	33	1.55	.616	4.647	.033*
6 ปีขึ้นไป	77	1.49	.837		

จากตารางที่ 22 พบว่า ปัจจัยเรื่องประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตหรือโรคประสาทของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่ต่างกันนั้นมีคะแนนของความรู้สึกต่อภาระของบิดามารดาเด็กออทิสติกแตกต่างกัน อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05

ตารางที่ 23 ตารางวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความรู้สึกต่อภาวะของบิดามารดากับปัจจัยเรื่องความเพียงพอของรายได้ ด้วยวิธี Scheffe

ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	เพียงพอ มีหนี้สิน	ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน
เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	-	-	-	-.683*
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	-	-	-	-
เพียงพอ มีหนี้สิน	-	-	-	-
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	-	-	-	-

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 23 พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีความเพียงพอของรายได้ในระดับเพียงพอ ไม่มีหนี้สิน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้สึกต่อภาวะของบิดามารดาเด็กออทิสติกแตกต่างจากกลุ่มบิดามารดาที่มีความเพียงพอของรายได้ในระดับไม่เพียงพอมีหนี้สิน อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05

ตารางที่ 24 ตารางวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความรู้สึกต่อภาวะของบิดามารดากับปัจจัยเรื่องการเข้ากับเด็กคนอื่น ๆ ได้ ด้วยวิธี Scheffe

การเข้ากับเด็กคนอื่น ๆ	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ไม่ดี	-	-3.93*	-
ปานกลาง	-	-	-
ดี	-	-	-

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 24 พบว่า เด็กออทิสติกที่เข้ากับเด็กคนอื่น ๆ ได้ในระดับไม่ดี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้สึกต่อภาวะของบิดามารดาเด็กออทิสติกแตกต่างจากกลุ่มเด็กออทิสติกที่เข้ากับเด็กคนอื่น ๆ ได้ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05

ตารางที่ 25 ตารางวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความรู้สึกต่อภาวะของบิดามารดากับปัจจัยเรื่องการปฏิบัติตนต่อพ่อแม่ ด้วยวิธี Scheffe

การปฏิบัติตนต่อพ่อแม่	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ไม่ดี	-	3.93*	-
ปานกลาง	-	-	-
ดี	-	-	-

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 25 พบว่า เด็กออทิสติกที่ปฏิบัติตนต่อพ่อแม่ในระดับไม่ดี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้สึกต่อภาวะของบิดามารดาเด็กออทิสติกแตกต่างจากกลุ่มเด็กออทิสติกที่ปฏิบัติตนต่อพ่อแม่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05

ตารางที่ 26 ตารางวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความรู้สึกต่อภาวะของบิดามารดากับปัจจัยเรื่องปัญหาพฤติกรรม ด้วยวิธี Scheffe

ระดับปัญหาพฤติกรรม	มีปัญหา	ปานกลาง	เล็กน้อย	ปกติ
มีปัญหา	-	.498*	-	.428*
ปานกลาง	-	-	-	-
เล็กน้อย	-	.645*	-	.575*
ปกติ	-	-	-	-

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 26 พบว่า เด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้สึกต่อภาวะของบิดามารดาเด็กออทิสติกแตกต่างจากกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมในระดับมีปัญหาและปกติ ส่วนเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมในระดับปกติ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้สึกต่อภาวะของบิดามารดาเด็กออทิสติกแตกต่างจากกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมในระดับมีปัญหาและเล็กน้อย อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05

**ตารางที่ 27** ตารางวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความรู้สึกต่อภาวะของบิดามารดากับปัจจัยเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ด้วยวิธี Scheffe

การสนับสนุนทางสังคม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ	-	-	.612*
ปานกลาง	-	-	-
สูง	-	-	-

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 27 พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้สึกต่อภาวะของบิดามารดาเด็กออทิสติกแตกต่างจากกลุ่มบิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05

**ตารางที่ 28** ตารางวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความรู้สึกต่อภาวะของบิดามารดากับปัจจัยเรื่องระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ด้วยวิธี Scheffe

ระดับความเครียด	น้อย	ปานกลาง	มาก
น้อย	-	-.684*	-1.2*
ปานกลาง	-	-	-
มาก	-	-	-

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 28 พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีระดับความเครียดในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้สึกต่อภาวะการดูแลแตกต่างจากกลุ่มบิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีระดับความเครียดในระดับปานกลางและมาก อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05

### 5.11 ข้อมูลของความแตกต่างของคะแนนความเครียดของบิดามารดากับปัจจัยทั่วไป

**ตารางที่ 29** ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระดับความเครียดของบิดามารดากับปัจจัยเรื่องประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตหรือโรคประสาทของบิดามารดาเด็กออทิสติก

การมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตหรือโรคประสาทของบิดามารดา	N	Mean	SD	T	P-Value
ไม่มี	105	2.71	.494	-3.548	.00**
มี	5	5	3.60	.548	

จากตารางที่ 29 พบว่า ปัจจัยเรื่องประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตหรือโรคประสาทของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่ต่างกันนั้นมีคะแนนของระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกแตกต่างกัน อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .01

**ตารางที่ 30** ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระดับความเครียดของบิดามารดากับปัจจัยเรื่องลักษณะของครอบครัวของเด็กออทิสติก

ลักษณะของครอบครัว	N	Mean	SD	F	P-Value
ครอบครัวเดี่ยว	69	2.84	.532	2.302	.024*
ครอบครัวขยาย	41	2.61	.494		

จากตารางที่ 30 พบว่า ปัจจัยเรื่องลักษณะของครอบครัวของเด็กออทิสติกที่ต่างกันนั้นมีคะแนนของระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกแตกต่างกัน อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05

**ตารางที่ 31** ตารางวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความเครียดของบิดา  
มารดา กับปัจจัยเรื่องรูปแบบการรักษาของเด็กออทิสติก  
ด้วยวิธี Scheffe

รูปแบบการรักษา	รับประทานยา อย่างเดียว	ไม่ได้ รับประทานยา	อื่นๆ
รับประทานยาอย่างเดียว	-	.45*	-
ไม่ได้รับประทานยา	-	-	-
อื่นๆ	-	-	-

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 31 พบว่า เด็กออทิสติกที่รักษาโดยวิธีการรับประทานยาอย่างเดียว มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของความเครียดแตกต่างจากกลุ่มเด็กออทิสติกที่ไม่ได้รับประทานยา อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05

**ตารางที่ 32** ตารางวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความเครียดของบิดา  
มารดา กับปัจจัยเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ด้วยวิธี Scheffe

การเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม	1-2 ครั้ง/เดือน	3-4 ครั้ง/เดือน	5-6 ครั้ง/เดือน	มากกว่า 6 ครั้ง/เดือน
1-2 ครั้ง/เดือน	-	.44*	-	-
3-4 ครั้ง/เดือน	-	-	-	-
5-6 ครั้ง/เดือน	-	-	-	-
มากกว่า 6 ครั้ง/เดือน	-	-	-	-

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 32 พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 1 - 2 ครั้ง/เดือน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของความเครียดแตกต่างจากกลุ่มบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 3-4 ครั้ง/เดือน อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05

**ตารางที่ 33** ตารางวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความเครียดของบิดามารดากับปัจจัยเรื่องรายได้ต่อเดือน(บาท) ด้วยวิธี Scheffe

รายได้ต่อเดือน(บาท)	≤ 5000	5001-10000	10001-15000	>15000
≤ 5000	-	-	-	.42*
5001-10000	-	-	-	.29*
10001-15000	-	-	-	.28*
>15000	-	-	-	-

\* p < .05

จากตารางที่ 33 พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 15000 บาท มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของความเครียดแตกต่างจากกลุ่มบิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีรายได้ต่อเดือน ≤ 5000 บาท, 5001-10000 บาท และ 10001-15000 บาท อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05

**ตารางที่ 34** ตารางวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความเครียดของบิดามารดากับปัจจัยเรื่องระดับการศึกษา ด้วยวิธี Scheffe

ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา - มัธยมศึกษา	อนุปริญญา - ปริญญาตรี	ปริญญาโท - ปริญญาเอก
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	-	-	.36*
อนุปริญญา-ปริญญาตรี	-	-	-
ปริญญาโท-ปริญญาเอก	-	-	-

\* p < .05

จากตารางที่ 34 พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา-มัธยมศึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของความเครียดแตกต่างจากกลุ่มบิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีระดับการศึกษาชั้นปริญญาโท-ปริญญาเอก อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05

**ตารางที่ 35** ตารางวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความเครียดของบิดามารดากับปัจจัยเรื่องปัญหาพฤติกรรม ด้วยวิธี Scheffe

ระดับปัญหาพฤติกรรม	มีปัญหา	ปานกลาง	เล็กน้อย	ปกติ
มีปัญหา	-	-	-	.39*
ปานกลาง	-	-	-	-
เล็กน้อย	-	-	-	-
ปกติ	-	-	-	-

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 35 พบว่า เด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมในระดับมีปัญหา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดแตกต่างจากกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมในระดับปกติ อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05

**ตารางที่ 36** ตารางวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความเครียดของบิดามารดากับปัจจัยเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ด้วยวิธี Scheffe

การสนับสนุนทางสังคม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ	-	.40*	.89*
ปานกลาง	-	-	-
สูง	-	-	-

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 36 พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของความเครียดแตกต่างจากกลุ่มบิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05



## บทที่ 5

### สรุปการวิจัยการอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความรู้สึกต่อภาวะการดูแลความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ รูปแบบการศึกษาเป็นแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive-Cross-Sectional Study) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก
2. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดของบิดา

มารดาเด็กออทิสติกได้ ปัจจัยต่างบิดามารดา, ปัจจัยเด็ก (ผู้ป่วย), การสนับสนุนทางสังคม, ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกและความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้คือ บิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลัก ที่มีลูกเป็นออทิสติกที่เข้ามารับการบำบัดรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 110 ราย สุ่มเจาะเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (TYC) ชุดอายุ 6-11 ปี สำหรับผู้ปกครอง ซึ่งเป็นแบบสำรวจมาตรฐาน ที่ได้รับการพัฒนาเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน และการศึกษาวิจัย เพื่อประเมินปัญหาพฤติกรรม+ปัญหาทางอารมณ์ของเด็กในทัศนะของผู้ใหญ่, แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม, แบบสอบถามระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก และแบบสัมภาษณ์ภาวะการดูแล ที่ผู้วิจัยพบมา แปลเป็นภาษาไทย และได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา และภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับคนไทย และได้นำมาทดลองใช้กับบิดามารดาเด็กออทิสติกในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 20 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ก่อนนำมาใช้จริง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน 2545 เป็นต้นไป จนครบตามจำนวน 110 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัญหาพฤติกรรม ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่าง ๆ ความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ใช้สถิติ Chi-Square test, Unpaired T-Test และ One - Way ANOVA ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของตัวแปรที่ศึกษา และทรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงข้อมูลทั่วไป ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปแบบของตาราง

2. วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาพฤติกรรม โดยรวมคะแนน และนำมาแจกแจงความถี่ระดับของปัญหาพฤติกรรม และปัญหาทางอารมณ์ ตามเกณฑ์มาตรฐานวิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบและประเภทของปัญหาพฤติกรรม โดยค่าคะแนน T-Score หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างกับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก โดยใช้ Chi-Square test , Unpaired T-Test และ One - Way ANOVA ดังนี้

### สรุปผลการวิจัย

#### 1. ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

##### 1.1 ปัจจัยด้านบิดามารดา (ผู้ปกครอง)

1.1.1 เพศ อายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (มารดา) ถึงร้อยละ 67.3 และเพศชาย (บิดา) ร้อยละ 32.7 ผู้ปกครองอายุอยู่ในช่วง 41-45 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 31.8) รองลงมาคือช่วง 36-40 ปี (ร้อยละ 27.3) อายุมากกว่า 45 ปี (ร้อยละ 18.2) อายุ 31-35 ปี (ร้อยละ 15.5) อายุ 26-30 ปี (ร้อยละ 4.5) และอายุ 20-25 ปี (ร้อยละ 2.7)

1.1.2 เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอต่อการดำรงชีวิตและลักษณะครอบครัว พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ เชื้อชาติไทย (ร้อยละ 94.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.5) ผู้ปกครองส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกันร้อยละ 82.7 พบว่ามีลักษณะของครอบครัวแบบครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 62.7 โดยมีพ่อ แม่ ลูก และพบครอบครัวขยาย (พ่อ แม่ ลูก และญาติฯ) ร้อยละ 37.3 และพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 43.6) รองลงมารายได้ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 28.2) มากที่สุด รองลงมาได้ 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 20) และต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 8.2 ตามลำดับ ในทัศนะผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นว่าเศรษฐกิจและรายได้ของครอบครัวเพียงพอ ไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 41.8) และเพียงพอ มีหนี้สิน (ร้อยละ 34.5) ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน (ร้อยละ 16.4) และไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 7.3

1.1.3 ระดับการศึกษา อาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ปกครองจะมีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 30 รองลงมาระดับอาชีวศึกษา/อาชีวปริญญา (ร้อยละ 23.6) มัธยมศึกษา (ร้อยละ 22.7) ปริญญาโท (ร้อยละ 12.7) ประถมศึกษา (ร้อยละ 9.1) และปริญญาเอก (ร้อยละ 1.8) ตามลำดับ อาชีพ พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 25.5) รองลงมาค้าขาย (ร้อยละ 23.6) รับราชการ (ร้อยละ 22.7) อื่นๆ (ร้อยละ 21.8) รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 4.5) และเกษตรกรรมร้อยละ 1.8 ตามลำดับ

1.1.4 จำนวนบุตร การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การมีคนช่วยดูแลบุตร พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปกครองจะมีบุตรคนเดียว (ร้อยละ 43.6) รองลงมาบุตร 2 คน (ร้อยละ 40.9) บุตร 3 คน (ร้อยละ 10.9) และบุตร 4 คน (ร้อยละ 4.5) ตามลำดับ ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ เข้าร่วมกิจกรรมสังคม 1-2 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาอยู่ในช่วง 3-4 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 11.8 การมีคนช่วยดูแลบุตรที่เป็นอาชีพติด พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีร้อยละ 60 ไม่มีร้อยละ 40 ตามลำดับ

1.1.5 ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตหรือโรคประสาทของผู้ปกครอง, โรคประจำตัวของผู้ปกครองและการมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติมีประวัติเป็นโรคออทิซึม

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท ร้อยละ 95.5 ส่วนด้านการมีโรคประจำตัวของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ไม่มีคิดเป็นร้อยละ 84.5 รองลงมาโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง ปวดหัว โรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 15.5 ส่วนประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติประวัติเป็นโรคออทิซึม พบว่าส่วนใหญ่ไม่มี (ร้อยละ 90.9) รองลงมา ร้อยละ 9.1 พบว่าเป็นพี่น้องที่มีประวัติโรคออทิซึม

## 1.2 ปัจจัยด้านเด็ก

1.2.1 เพศ อายุ รูปแบบการรักษา พบว่าส่วนใหญ่เป็นเด็กชาย มากกว่าเด็กหญิง โดยเป็นเด็กชาย ร้อยละ 85.5 เป็นเด็กผู้หญิง ร้อยละ 14.5 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 6 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 70) รูปแบบการรักษาพบว่า มีการรักษาหลายวิธี (อื่นๆ) เช่น การรับประทานยา, กายภาพบำบัด, พฤติกรรมบำบัด ผักพุด เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 47.3 รองลงมารักษาโดยวิธีการรับประทานยาอย่างเดียว ร้อยละ 35.5 และไม่ได้รับประทานยา ร้อยละ 17.3 ตามลำดับ

### 1.2.2 ข้อมูลพฤติกรรมทางสังคม

กิจกรรมที่เด็กทำ พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีงานอดิเรกที่ชอบ ทั้งเด็กชายและหญิง ชอบดูดนตรี ฟังเพลง ร้องเพลง มีการเล่นกีฬา เช่น วายน้ำ ขี่จักรยาน เล่นบาสเก็ตบอล คิดเป็นร้อยละ 70.9 รองลงมา ไม่ชอบเล่นกีฬา ร้อยละ 29.1

การมีส่วนร่วมในงานบ้าน พบว่า เด็กส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการช่วยทำงานบ้าน ร้อยละ 57.3 อีกทั้งในเรื่องปฏิบัติตนกับพ่อแม่พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 รองลงมาไม่ดี ร้อยละ 22.7

การมีเพื่อนสนิท ส่วนใหญ่ พบว่า เด็กไม่มีเพื่อนสนิท ร้อยละ 83.6 อาจจะเป็นเพราะพยาธิสภาพของโรค ที่เด็กออทิสติกมีความบกพร่อง ทางด้านทักษะทางสังคม และภาษา รองลงมามีเพื่อนสนิท ร้อยละ 16.4 ส่วนการเข้ากับพี่น้องได้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.5 รองลงมาเข้ากับพี่น้องไม่ได้ ร้อยละ 31.8 การเข้ากับเด็กคนอื่น ๆ ได้ พบว่าเด็กส่วนใหญ่ เข้ากับเด็กคนอื่นได้ไม่ค่อยดี ร้อยละ 57.3 เรื่องการขยันทำการบ้านพบว่า ร้อยละ 57.3 ไม่ค่อยขยันทำการบ้าน ประวัติการเคยสอบตก พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่เคยเข้าเรียน ร้อยละ 44.5 และไม่เคยสอบตกซ้ำชั้น ร้อยละ 30.9 ตามลำดับ

### 1.2.3 ข้อมูลระดับและรูปแบบของปัญหาพฤติกรรมในเด็ก

ระดับปัญหาพฤติกรรม พบว่า เพศชาย มีปัญหาพฤติกรรมมากกว่าเพศหญิง คือ มีปัญหาพฤติกรรมอยู่ในระดับคลินิก ร้อยละ 46.4 ระดับเสี่ยงไม่มีปัญหา ร้อยละ 28.2 ระดับเสี่ยงมีปัญหาปานกลาง ร้อยละ 14.5 ระดับเสี่ยงมีปัญหาเล็กน้อย 10.9

รูปแบบและประเภทของปัญหาพฤติกรรมในทัศนะของผู้ปกครอง พบว่า มีปัญหาแบบแสดงออก (Externalizing Problem Behavior) เป็นส่วนมาก โดยปัญหาที่พบมาก คือ มีปัญหาสนใจสิ่งใดได้ไม่นาน ขาดสมาธิ ร้อยละ 70 พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ลูกลี้ลุกนอน อยู่ไม่สุข ร้อยละ 61.8 ปัญหาการพูด ร้อยละ 61.8 และพฤติกรรมเด็กกว่าวัย ร้อยละ 54.5 ชุกชน ร้อยละ 46.4 และพบว่า มีปัญหาพึ่งพาผู้ใหญ่มากเกินไป ร้อยละ 45.5 นอกจากนี้ยังพบปัญหาอื่นๆ เช่น ดื้อ บึ้งตึง ขุนเฉียว ร้อยละ 52.7 รายละเอียดพฤติกรรมที่ผู้ปกครองตอบแบบสอบถาม มีดังนี้

- อาการเจ็บป่วยที่ไม่พบความผิดปกติทางกาย พบว่ามีพฤติกรรมแกะเกาผิวหนังจนเป็นแผล แคะจมูก ร้อยละ 73.6
- อารมณ์ซึ่มเศร้าและปัญหาด้านความคิด พบว่ามีปัญหาจ้องมอง โดยไร้จุดหมาย ไม่ยอมพูด ชอบอยู่ตามลำพัง แยกตนเอง เข้ากับเด็กคนอื่นไม่ได้ และกินอาหารได้น้อย คิดเป็นร้อยละ 31.3
- พฤติกรรมแยกตนเองจากสังคมมีคะแนนสูงถึงร้อยละ 81.8 จากปัญหาการพูด ทั้งพูดไม่ได้พูดไม่ชัด พูดเป็นคำๆไม่ชัดเจน พูดไม่เป็นประโยค ได้ตอบไม่ได้ พูดติดอ่าง พูดซ้ำๆ คำเดิม พูดล้นคืบปากจึงฟังไม่รู้เรื่อง ร้อยละ 61.8 ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ร้อยละ 71.8
- พฤติกรรมก้าวร้าว พบว่ามีอารมณ์รุนแรงโกรธง่าย เวลาโกรธจะกระแทกเท้า โวยวาย เกร็งตัว ร้องกรี๊ด ร้อยละ 45.5 และดื้อ บึ้งตึง ขุนเฉียว ร้อยละ 52.7

- พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ลูกลี้ลুকอน อยู่ไม่สุข พบว่าเด็กชน จับโน้นจับนี้ ไม่มีสมาธิสนใจสิ่งใดได้ไม่นาน เอาแต่ใจ ไม่เชื่อฟังเมื่ออยู่ที่บ้าน ร้อยละ 61.8 ช่วยเหลือตนเองไม่ค่อยได้ร้อยละ 80
- พฤติกรรมการกินสิ่งที่ไม่ใช่อาหาร พบว่ามีพฤติกรรมการกินอาหารมากเกินไป ร้อยละ 66.4 และมีปัญหาขับถ่ายและทะเลาะ ร้อยละ 20
- พฤติกรรมแปลกๆ พบว่า มีหมุนตัวและหลับตาเดิน ชอบเดินไปมา ทำท่าประหลาดเวลาดีใจ กระโดดแบบกระต่าย สะบัดหรือตบมือขึ้นลงซ้ำๆ กัดมือ เล่นมือ แก้วหรือตีหนังสือเล่น แคะอุจจาระ ร้องเสียงเหมือนนก ทำตาเหลือก ทำปากกระตุก แลบลิ้น ดึงผม ร้อยละ 50
- ปัญหาอื่นๆ เช่น ชุกชน ชอบป็นปาย เดินวิ่งตลอด สิ่งของเสียหายโยนของใช้ ชอบกระโดด และวิ่ง ร้อยละ 61.8

ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์รายข้อ พบว่า ปัญหารายข้อที่ผู้ปกครองตอบ คะแนน 2 หมายถึง ส่วนใหญ่เห็นว่าเด็กมีปัญหา ต้องการความช่วยเหลือแก้ไขมากที่สุด คือ ปัญหาขาดสมาธิ สนใจสิ่งใดได้ไม่นาน ร้อยละ 99.1 รองลงมาเป็นปัญหาไม่อยู่นิ่ง ลูกลี้ลুকอนร้อยละ 93.6 ปัญหาฟังพหูใหญ่มากเกินไป ร้อยละ 83.6 ปัญหาชอบอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 81.8 ปัญหาจ้องมองโดยไร้จุดหมาย,ปัญหาการพูด และปัญหาทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซ้ำๆ ร้อยละ 80 ปัญหาประพฤตินเด็กกว่าวัย, ปัญหาชุกชน ร้อยละ 78.2 ปัญหาเข้ากับเด็กคนอื่นไม่ได้ ร้อยละ 77.3 ปัญหาและจุกแคะเกาผิวหนัง ร้อยละ 73.6 ปัญหาไม่ยอมพูด ร้อยละ 73.6 ปัญหาดื้อ บึ้งตึง ฉุนเฉียว ร้อยละ 72.7 และปัญหาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 72.7

### 3. การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ผลการศึกษา พบว่า บิดามารดาออทิสติกได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.3 รองลงมา ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 18.2 และแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 14.5 แสดงถึงบิดามารดาเด็กออทิสติก ส่วนใหญ่จะได้รับความกำลังใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ รับฟังปัญหา เมื่อเกิดความรู้สึกอ่อนแอ หรือหมดกำลังใจ ที่จะต่อสู้กับปัญหาของบุตรออทิสติก และพบว่าบิดามารดาเด็กออทิสติก ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เรื่องข้อมูลความรู้ เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือบุตรออทิสติก ในปัจจุบันพบว่าข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคออทิสติก ได้มีการเผยแพร่ออกมาเป็นสิ่งที่สังคมรับรู้มากขึ้น

ฟังทางโทรทัศน์, Internet และตามหนังสือ ต่างๆ อีกทั้งปัจจุบันมีหน่วยงาน หรือองค์กร ไม่ว่าจะรัฐบาล หรือเอกชน ได้บริการอำนวยความสะดวกในการให้บริการตรวจรักษาบุตร ตลอดจนบริการติดต่อ จัดหา ประสานงานกับองค์กรที่จะช่วยเหลือบุตรออทิสติก และจากผลการศึกษายังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดามีผลต่อระดับความเครียด ทั้งส่วนใหญ่อยู่นีในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.4 และยังมีผลต่อความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติกในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65

#### 4. ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดาออทิสติกมีความเครียดคิดเป็นร้อยละ 66.4 อยู่ใน ระดับปานกลาง จากการพิจารณาเป็นรายข้อ คะแนนระดับความเครียดน้อยที่สุด คือ 14.5 แสดงถึง สถานการณ์ที่บิดามารดาเด็กออทิสติกรู้สึกสบายใจเมื่อได้รับคำแนะนำปรึกษาข้อสงสัยและวิธีการ ช่วยเหลือเด็กออทิสติกมีความรู้สึกที่ตัวเองอยู่ตามลำพังและโดดเดี่ยวน้อยที่สุด

ส่วนของสถานการณ์ที่ทำให้บิดามารดาของเด็กออทิสติกมีความเครียดอยู่ใน ระดับสูง คือ บิดามารดาวิตกกังวลกับพฤติกรรมของบุตร และท่าทีของคนรอบข้างต่อบุตรออทิสติก ทำให้บิดามารดารู้สึกมีทุกข์

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาและผู้ป่วย ระดับความ รุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคมกับระดับความเครียด พบว่า อายุ, การศึกษา, รายได้ต่อเดือน, การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม, ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือโรค ประสาทของผู้ปกครอง, รูปแบบการรักษา, การเข้ากับเด็กคนอื่นได้, ระดับของปัญหาพฤติกรรมและ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยอื่นๆ พบว่าไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### 5. ระดับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ผลการศึกษาพบว่าบิดามารดาเด็กออทิสติก มีความรู้สึกไม่เป็นภาวะการดูแล คิด เป็นร้อยละ 9.1 และบิดามารดาที่มีความรู้สึกต่อภาวะการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิด เป็นร้อยละ 65 รองลงมา มีความรู้สึกต่อภาวะการดูแลในระดับน้อย ร้อยละ 19 และความรู้สึกต่อ ภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติกในระดับสูง ร้อยละ 16 เมื่อพิจารณาพบว่าปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ต่อการรู้สึกรู้สึกต่อภาวะการดูแลที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สถานภาพ สมรส, ความเพียงพอของรายได้, การมีสมาชิกหรือญาติมีประวัติป่วยเป็นโรคออทิสซึม, ประวัติการ เจ็บป่วยทางจิตหรือโรคประสาทของผู้ปกครอง, อายุ, การเข้ากับเด็กคนอื่นได้, การปฏิบัติตนต่อพ่อ

แม้ ระดับของปัญหาพฤติกรรมและระดับความเครียดของบิดามารดา นอกนั้นพบว่าปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา, ผู้ป่วย, ระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### 6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกเป็นภาระต่อการดูแล และความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระต่อการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ คือ สถานภาพสมรส, ความเพียงพอของรายได้, การมีสมาชิกหรือญาติที่มีประวัติป่วยเป็นโรคออทิสซึม, อายุ, การเข้ากับเด็กคนอื่นได้, ระดับของปัญหาพฤติกรรม พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 ส่วนประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือโรคประสาทของผู้ปกครอง, การปฏิบัติตนต่อพ่อแม่ และระดับความเครียดของบิดามารดา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.01 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก คือ อายุ, การศึกษา, รายได้ต่อเดือน, การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม, รูปแบบการรักษา, การเข้ากับเด็กคนอื่นได้, ระดับของปัญหาพฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่น้อยกว่า 0.05 และการมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตหรือโรคประสาทของบิดามารดาเด็กออทิสติกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่น้อยกว่า 0.01

#### 7. ความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกต่อภาระการดูแลกับปัจจัยข้อมูลทั่วไป

ปัจจัยเรื่องประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตหรือโรคประสาทของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่ต่างกันนั้นมีคะแนนของความรู้สึกต่อภาระของบิดามารดาเด็กออทิสติกแตกต่างกัน อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05 อายุของเด็กออทิสติกที่ต่างกันนั้นมีคะแนนของความรู้สึกต่อภาระของบิดามารดาเด็กออทิสติกแตกต่างกัน อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05 บิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีความเพียงพอรายได้ในระดับเพียงพอ ไม่มีหนี้สิน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกต่อภาระของบิดามารดาเด็กออทิสติกแตกต่างจากกลุ่มบิดามารดาที่มีความเพียงพอรายได้ในระดับไม่เพียงพอ มีหนี้สิน อย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 เด็กออทิสติกที่เข้ากับเด็กคนอื่นได้ในระดับไม่ดี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกต่อภาระของบิดามารดาเด็กออทิสติกแตกต่างจากกลุ่มเด็กออทิสติกที่เข้ากับเด็กคนอื่นได้ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 เด็กออทิสติกที่ปฏิบัติตนต่อพ่อแม่ในระดับไม่ดี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกต่อภาระแตกต่างจากกลุ่มเด็กออทิสติกที่ปฏิบัติตนต่อพ่อแม่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 เด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกต่อภาระ

แตกต่างจากกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมในระดับมากและปกติ ส่วนเด็กออทิสติกที่มีปัญหา พฤติกรรมในระดับปกติ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกต่อภาวะแตกต่างจากกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีระดับปัญหาพฤติกรรมมากและเล็กน้อย อย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 บิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกต่อภาวะแตกต่างจากกลุ่มบิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง อย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 บิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีความเครียดในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกต่อภาวะการดูแลแตกต่างจากกลุ่มบิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีความเครียดในระดับปานกลางและมาก อย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05

#### 8. ความแตกต่างของคะแนนระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกกับปัจจัยทั่วไป

ปัจจัยเรื่องประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตหรือโรคประสาทของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่ต่างกัันนั้นมีคะแนนของระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกแตกต่างกัน อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .01 ลักษณะของครอบครัวของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่ต่างกัันนั้นมีคะแนนของระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกแตกต่างกัน อย่างมีนัยทางสถิติที่น้อยกว่า .05 เด็กออทิสติกที่รักษาโดยวิธีการรับประทานยาอย่างเดียว มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดแตกต่างจากกลุ่มเด็กออทิสติกที่ไม่ได้รับประทานยา อย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 บิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 1-2 ครั้ง/เดือน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดแตกต่างจากกลุ่มบิดามารดาที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 3-4 ครั้ง/เดือน อย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 บิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 15000 บาท มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดแตกต่างจากกลุ่มบิดามารดาที่มีรายได้ต่อเดือน  $\leq 5000$  บาท, 5001 – 10000 บาท และ 10001-15000 บาท อย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 บิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา - มัธยมศึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดแตกต่างจากกลุ่มบิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีระดับการศึกษาชั้นปริญญาโท - ปริญญาเอกอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05

เด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดแตกต่างจากกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมในระดับปกติ อย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 บิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดแตกต่างจากกลุ่มบิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางและสูง อย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05



## อภิปรายผล

การศึกษาถึงความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในเด็กผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ บิดามารดาเด็กออทิสติกทั้งหมดเป็นจำนวน 110 คน มีประเด็นที่น่าสนใจจะนำมาอภิปรายดังต่อไปนี้

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาของ Harding และ Higginson ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมักเป็นเพศหญิง ประมาณร้อยละ 66<sup>(52)</sup> ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ได้ผลใกล้เคียงกันคือพบว่า ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง(มารดา) ร้อยละ 67.3 ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากเพศหญิงมีบทบาททางสังคมในการรับผิดชอบ ดูแลงานบ้าน และในครอบครัว และเป็นเพศที่ถูกคาดหวังจากสังคมว่ามีความเหมาะสมในการรับบทบาทหน้าที่ดูแล มีลักษณะเป็นพยาบาลประจำบ้านที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวด้านงานบ้านและด้านสุขภาพอนามัย ทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย<sup>(53)</sup> ในส่วนของด้านรายได้ของผู้ปกครองและความเพียงพอของรายได้ ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระหรือความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ถึงแม้จะพบว่าส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีรายได้ 15,000 บาทขึ้นไป และความพอเพียงของรายได้อยู่ในระดับเพียงพอไม่มีหนี้สิน แต่ถึงกระนั้นรายจ่ายเกี่ยวกับการดูแลรักษาเด็กออทิสติก และค่าใช้จ่ายต่างๆ ของเด็กออทิสติกซึ่งสูงมากก็ย่อมส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระการดูแลได้ด้วยเช่นกัน ซึ่งทำให้สอดคล้องกับ Cantweel และ Baker (1984)<sup>(54)</sup> ซึ่งได้ตั้งข้อสังเกตว่าการศึกษา พบว่าความเครียดความกังวลเรื่องปัญหาการเงิน, การเลี้ยงดูจัดการกับชีวิตประจำวันของเด็กนั้นจะเป็นปัญหาในพ่อแม่เด็กออทิสติก และในส่วนของอาชีพ พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25.5 ซึ่งไม่ได้ส่งผลต่อความรู้สึกต่อภาระและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา<sup>(55)</sup> ที่พบว่าภาระของผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพรับจ้าง ที่ไม่ค่อยมั่นคงหรือมีรายได้ที่ไม่พอเพียง ส่งผลต่อการเกิดภาระการดูแลน้อยกว่า อาจจะเนื่องมาจากอาชีพรับจ้างที่มีการปฏิบัติงาน มีกำหนดเวลาที่แน่นอน อาจจะทำให้ผู้ดูแลมีเวลาจำกัดในการดูแลผู้ป่วยหรือเวลาในการพักผ่อน ทำให้เกิดความเป็นภาระได้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับอาชีพอื่นๆ เช่น แม่บ้าน หรือค้าขาย ที่มีการปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลาที่แน่นอน ซึ่งอาจสามารถจัดเวลาในการทำการและดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการพักผ่อนได้มากกว่า ส่วนปัจจัยด้านโรคประจำตัวของผู้ปกครองพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Holrayd และ McAnthlen (1976)<sup>(56)</sup> ซึ่งพบว่ามารดาเด็กออทิสติกและเด็กดาวน์ซินโดรมจะมีปัญหาบางอย่างเหมือนกัน คือ สุขภาพไม่ดีเป็นต้น ด้านปัญหาพฤติกรรมใน

เด็กออทิสติก พบว่า มีปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกมากกว่าปัญหาแบบอื่น โดยเฉพาะปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาการขาดสมาธิ ซุกซน สนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน ซึ่งได้สอดคล้องกับที่เฟเบอร์ (Faber : 1959)<sup>(57)</sup> พบว่าเด็กบกพร่องทางสติปัญญา เพศชายมีปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกมากกว่าเพศหญิง และโจน และคณะ (Jones et al. 1988)<sup>(58)</sup> ที่พบว่าเด็กที่เป็นผู้ป่วยในมีปัญหาทางสังคมและปัญหาแบบ Internalizing และ Externalizing มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยนอก และเด็กปกติ และยังพบว่าเด็กออทิสติก มีปัญหาการคิด ปัญหาขาดสมาธิ ไม่รวมมือ แยกตนเองจากสังคม ซึ่งไม่แตกต่างจากปัญหาในเด็กปกติ ที่ เบญจพร ปัญญา และอลิสรา วัชรสินธ์ (2541)<sup>(59)</sup> พบว่ามีปัญหาพฤติกรรมรวมไม่อยู่หนึ่งขอบโตเดียว ซุกซน และขาดสมาธิ สนใจในสิ่งใดได้ไม่นาน ในเรื่องพฤติกรรมซ้ำๆ ทำร้ายตนเอง ปัญหาการกิน การขับถ่ายและการนอน ลักษณะของปัญหาที่แตกต่างจากเด็กปกติ คือ การกินดื่มสิ่งที่ไม่ใช่อาหาร กลั้วสัตว์/สถานการณ์บางชนิด และปัญหาการพูด ส่วนปัญหาการนอนนั้น ในการทำวิจัยครั้งนี้พบน้อยมาก ทำให้ไม่สอดคล้องกับ เพียชชา และนิชเซอร์ (Piazza and Fisher : 1997)<sup>(60)</sup> พบปัญหาการนอนในเด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่มีปัญหาพฤติกรรม ส่วนปัญหาทางสังคมจากผลการวิจัยพบว่า เด็กมีปัญหาทางสังคมร้อยละ 62.7 และร้อยละ 43.6 ที่มีปัญหาการพูด กับปัญหาในเรื่องการเล่นกับผู้อื่นไม่เป็น เนื่องจากอาจจะเป็นเพราะพยาธิสภาพของโรคออทิสติกที่เด็กออทิสติกจะมีความบกพร่องทางด้านสังคม กับการสื่อสาร ทำให้มีปัญหาทางสังคมสูง ซึ่งได้สอดคล้องกับ เฮสลิต และคณะ (Hessl D et al. 2001)<sup>(61)</sup> ที่พบว่าเด็กมีปัญหาแยกตนเองออกจากสังคม ส่วน กริฟฟิท (Griffiths : 1994)<sup>(62)</sup> ทาลิ และมอลกา (Tali and Malka)<sup>(63)</sup> พบว่าเด็กบกพร่องทางสติปัญญา มีความยากที่จะสร้างมิตรภาพและรักษาไว้ซึ่งมิตรภาพเนื่องจากปัญหาสื่อสาร และขาดทักษะสังคมเนื่องจากเด็กต้องการฝึกและเลียนแบบอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอยู่ไม่สุข ไม่อยู่นิ่ง สนใจสิ่งใดได้ไม่นาน จากผลการวิจัยพบว่าเป็นปัญหาพฤติกรรมรายข้ออันดับที่ 2 (ร้อยละ 61.8) ที่ผู้ปกครองต้องการแก้ไข ทั้งถือว่าเป็นปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของเด็กเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับที่อาชีวิก และดองสัน (Lachiewicz and Dawson)<sup>(64)</sup> และเฮสลิต และคณะ (Hessl D et al : 2001)<sup>(61)</sup>

จากผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ซึ่งได้สอดคล้องกับที่ Marcus (1984)<sup>(65)</sup> กล่าวว่า ความเครียดที่นำไปสู่ความท้อแท้แยกตัวตามลำพังของครอบครัวนั้น เพราะขาดการสนับสนุน การละเลยต่อความต้องการของพ่อแม่ เช่น การดูแลสุขภาพ ความต้องการทางด้านสังคมและจิตใจและ Margan S. ยังกล่าวว่า การไม่มีแหล่งสนับสนุน (Support) ที่พอเพียงจะนำไปสู่อารมณ์เศร้าและท้อแท้ แต่อย่างไรก็ดี Margan S. ได้สรุปว่า วิจัยต่างๆที่มีอยู่นั้นผลที่ได้ไม่ได้สนับสนุนว่าเด็กออทิสติกเป็นสาเหตุของอาการเครียดหรือ

เป็นสาเหตุของปัญหาด้านจิตใจอย่างเรื้อรังในพ่อแม่ แต่จะเกิดความเครียดตามสถานการณ์ (Situational Stressor) มากกว่า และจากผลการวิจัยยังพบว่า ด้านภาวะเศรษฐกิจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเป็น ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ไม่ได้ส่งผลต่อความรู้สึกต่อภาวะการดูแลในกลุ่มบิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ ซึ่งได้สอดคล้องกับ Eaker<sup>(44)</sup> ที่พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ของบิดามารดาที่ดูแลผู้ป่วย คือ การขาดการพักผ่อน ที่จะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีวันสิ้นสุด ขาดเวลาและพลังงาน การดำเนินชีวิตครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ภาวะเศรษฐกิจลดลงเรื่อยๆ กับค่าใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท แต่ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับตัวเด็กออทิสติกก็มากเช่นกันไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันทำให้อาจจะส่งผลต่อความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก แต่ที่ไม่สอดคล้องกับ Eaker<sup>(44)</sup> ในเรื่องระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่รู้สึกเป็นภาระต่อการดูแล ร้อยละ 67.3 (ระดับปานกลาง) และผลการวิจัยยังได้สอดคล้องกับที่ จริญญา วันยะศุภกร<sup>(46)</sup> ที่ได้นำการรักษาเกี่ยวกับแบบจำลองเชิงสาเหตุของภาวะการดูแลในบิดามารดาฐานะผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง พบว่าบิดามารดารับรู้ถึงภาวะการดูแลในระดับสูงปานกลาง

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า นอกจากปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัญหาพฤติกรรม และข้อมูลทั่วไป คือ สถานภาพสมรส, ความเพียงพอของรายได้, การมีสมาชิกหรือญาติมีประวัติป่วยเป็นโรคออทิสซึม, อายุ, การเข้ากับเด็กคนอื่นได้, ระดับของปัญหาพฤติกรรม พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 ส่วนประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือโรคประสาทของผู้ปกครอง, การปฏิบัติตนต่อพ่อแม่ และระดับความเครียดของบิดามารดา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.01 นอกนั้นปัจจัยต่าง ๆ ที่ต้องการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเลย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ปกครองผู้ป่วยใน ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร มารับบริการมากกว่า 2 ปี ได้รับการดูแลบำบัดได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และได้รับการปรึกษาและนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ในการฝึกทักษะและส่งเสริมพัฒนาการ (กระตุ้นพัฒนาการ, พฤติกรรมบำบัด, ฝึกพูด เป็นต้น) มาระยะหนึ่ง จึงรู้สึกว่าปัญหาเบาบางลง ทำให้มีความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดลดลงแค่ระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการได้รับการปรึกษาและนำจากบุคลากร ซึ่งถือว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ที่มีความสำคัญต่อผู้ปกครองเด็กออทิสติก ไม่น้อยกว่าแรงสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ คิวทเนอร์ และคณะ<sup>(66)</sup> พบว่า แม่เด็กพิการมีสัมพันธภาพที่ดี ไว้วางใจ

บุคลากรวิชาชีพ ซึ่งให้การช่วยเหลือ และดูแลจิตใจไปพร้อมกันด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมนั้น โคเฮน และวัล (67) กล่าวว่า เป็นปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพจิต และมีผลต่อการมีสุขภาพที่ดีด้วย

### **ปัญหาและอุปสรรคในการทำวิจัย**

#### **1. เครื่องมือ มีข้อจำกัดในเรื่อง**

1.1 จำนวนข้อคำถามมาก (TYC) ผู้ปกครองอ่านได้ซ้ำหรืออ่านไม่ออก แก้ไขโดยการทำความเข้าใจก่อนและสัมภาษณ์ในรายที่อ่านได้ซ้ำ หรืออ่านไม่ออก รวมทั้งสัมภาษณ์ในรายที่ตอบไม่ครบทุกข้อ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์มากที่สุด

#### **2. การเก็บข้อมูล**

2.1 ผู้ปกครองบางท่านอยู่ต่างจังหวัดหรือไม่มารับเด็กด้วยตนเอง (ให้พี่เลี้ยงคอยรับ-ส่ง) จึงใช้เวลาในการติดตามเพื่อให้การดำเนินการวิจัยสมบูรณ์ที่สุด

2.2 ในช่วงเวลาการเก็บข้อมูล เป็นช่วงที่ทางตึกผู้ป่วยในเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาการติดตามผู้ป่วย และจำนวนผู้ป่วยในการมาโรงพยาบาลไม่แน่นอน

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่เด็กที่ได้รับบริการในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลามากกว่า 2 ปี โดยมีผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการวางแผนและการฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง จะพบว่ามีความก้าวหน้าของพัฒนาการและทักษะในด้านต่างๆตามลำดับ เพราะฉะนั้นควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและครอบครัว ในการดูแลและการฝึกการกระตุ้นพัฒนาการ อันจะนำมาซึ่งสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และเป็นแบบอย่างในการฝึกทักษะทางสังคมของเด็ก (การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคม) ซึ่งการกระตุ้นพัฒนาการเด็กออกทิสติก จะต้องมีการกระตุ้นและการฝึกอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่พ่อแม่ควรมีความรู้ ด้านพัฒนาการ และทักษะในการฝึก รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก ซึ่งมีข้อจำกัดของปัจจัยแตกต่างกัน ไม่เกี่ยวกับความรู้พื้นฐานในระดับการศึกษาของผู้ปกครองทุกคนสามารถเรียนรู้ได้ ดังนั้นกระบวนการกลุ่มเป็นบริการหนึ่งที่ต้องจัดอย่างต่อเนื่องคือการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการฝึกพร้อมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อที่จะได้ช่วยส่งเสริมความรู้, ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลเด็ก กลุ่มการให้การปรึกษาและกลุ่มผู้ปกครอง (กลุ่มช่วยเหลือกันเองของผู้ปกครอง) เพื่อแลกเปลี่ยนวิธีคิด วิธีการจัดการกับปัญหา ให้กำลังใจ และสนับสนุนเกื้อกูลกัน

2. กรมสุขภาพจิต ควรกำหนดนโยบายส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับเด็กออทิสติก ออกสู่สังคมให้มากขึ้น เพื่อเป็นการเฝ้าระวังโรค และหากพบว่าเด็กมีความผิดปกติจะได้รับการช่วยเหลือรักษาอย่างถูกต้องทันเวลาที่ นอกจากนั้นยังเป็นแนวทางในการประชาสัมพันธ์เพื่อดึงทรัพยากรทางสังคมทั้งภาครัฐและเอกชนให้ตระหนักถึงปัญหา และการช่วยเหลือเด็กออทิสติก (การสร้างเครือข่าย หรือ การดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม) ซึ่งจะนำไปสู่การสนับสนุนทางสังคม ด้านต่างๆ แก่ครอบครัวเด็กออทิสติกอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น โรงเรียนสำหรับเด็กออทิสติก รพ.ทั่วไปสามารถรักษาเด็กออทิสติกได้เป็นต้น เพื่อที่จะได้ช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (ความเครียด) ลงได้

3. ควรมีการจัดให้มีโครงการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจหรือการประทับประคอง รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัวเด็กออทิสติก โดยร่วมกับหน่วยงานทางการแพทย์ที่ทำงานด้านจิตเวชเด็ก เช่น โรงพยาบาล, ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยการทำงานร่วมกันกับทีมจิตเวช (สหวิชาชีพ) และผู้ปกครองเด็กออทิสติก เพื่อที่จะช่วยในการให้การช่วยเหลือได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างทีมจิตเวช และครอบครัวเด็กออทิสติก เพื่อให้เกิดการรับรู้มีตรงกันต่อการวางแผนช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการ ด้านต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือทำงานด้านจิตเวชเด็ก คงมีการประสานงานกับทรัพยากรในชุมชน (ผู้นำชุมชน) หรือ รพ.ศูนย์ต่างๆ (เครือข่าย) โดยอาจจะทำหน้าที่ส่งเสริมผ่านความรู้ความเข้าใจ และการดูแลรวมถึงวิธีการช่วยเหลือเด็กออทิสติก แก่บุคคลในโครงการร่างเครือข่ายทางสังคม เช่น ครูใน โรงเรียน., ผู้นำชุมชน, เจ้าหน้าที่ รพ.ทั่วไป เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และยอมรับ และสามารถประเมินได้ว่าเด็กมีความผิดปกติ หรือเป็นโรคออทิสซึม เพื่อที่จะได้รับการช่วยเหลือรักษาอย่างถูกต้อง และรวดเร็ว ที่สำคัญหรือให้ชุมชนเกิดการมีส่วนร่วม ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดภาระของหน่วยงานราชการส่วนกลาง (รพ.จิตเวช) โดยกระตุ้นชุมชน ให้ตระหนักต่อบทบาทการช่วยเหลือเด็กออทิสติกให้มากขึ้น

5. ควรมีการสร้างภาพลักษณ์ให้เกิดการยอมรับต่อเด็กออทิสติกมากกว่าการเกิดความรู้สึกสงสาร เวทนา นำไปสู่ความเข้าใจในศักยภาพของเด็กออทิสติกที่มีอยู่ เพื่อให้สังคมมีส่วนร่วมตั้งศักยภาพที่เกิดออทิสติก มีและพัฒนาเพื่อให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองและดำรงชีวิตในสังคมได้เหมือนเด็กปกติ โดยไม่ต้องเป็นภาระการดูแลของบิดามารดา และเป็นภาระต่อสังคม โดยทีมจิตเวชควรนำจะรับส่งเสริมความเข้าใจในโรคออทิสติก และสร้างภาพลักษณ์ใหม่ๆ แก่ชุมชนและสังคม

6. ผลการวิจัยนี้ควรนำไปใช้ในการจัดบริการที่จำเป็นแก่เด็กออทิสติก เช่น ควรให้มีการผลิตนักฝึกพูด ให้มากขึ้น เตรียมโรงเรียนพิเศษ สถานที่ฝึกอาชีพ และของเด็กออทิสติก สถานรักษาพยาบาลฝ่ายกาย เช่น คลินิกทันตกรรม เป็นต้น

7. ผู้ให้บริการด้านจิตเวช ควรให้ความรู้ ความเข้าใจหรือให้การประคับประคอง (Support) แก่บิดามารดาเด็กออทิสติกในแง่อาการที่เด็กเป็นให้มากขึ้น เนื่องจากบิดามารดายังมีระดับความเครียดสูงปานกลาง

8. ผู้ให้บริการด้านจิตเวช ควรกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีบทบาทมากขึ้นในการช่วยเหลือรับผิดชอบเด็กออทิสติก เช่น บิดา ที่น้องของเด็ก เป็นต้น แทนที่จะให้เด็กนั่งฟัง (depend) กับแม่หรือพี่เลี้ยง หรือญาติ เท่านั้น จากผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลัก และยังพบว่าความรู้สึกตัวภาวะการดูแลอยู่ในระดับสูงปานกลาง ดังนั้นในการกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กจะช่วยลดความรู้สึกต่อภาวะการดูแลของมารดาเด็กได้

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่เริ่มมารับบริการกับกลุ่มที่กำลังรับบริการว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร
2. ควรมีการศึกษาสุขภาพจิตของบิดามารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มที่เพิ่งเริ่มมารับบริการด้านจิตเวช เพื่อดูว่ามีความแตกต่างหรือไปกับกลุ่มที่มารับบริการนานแล้ว
3. ควรมีการศึกษาถึงผลการรวมกลุ่มกิจกรรมช่วยเหลือซึ่งกันและกัน(Supportive group) อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น การรวมกลุ่มของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นหรือฝึกเด็ก ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.ว่ามีผลต่อความเครียดหรือความรู้สึกต่อภาวะการดูแลเด็กออทิสติกอย่างไร



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

1. สุปราณี สนธิรัตน์. จิตวิทยาเด็กพิเศษ. ภาคจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร, 2529 : 1.
2. เพ็ญแข ลีมีศิลา. การวินิจฉัยโรคออทิสซึม. สมุทรปราการ : ช. แสงงามการพิมพ์, 2540.
3. อุมพร ตรังคสมบัติ. ช่วยลูกออทิสติก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. ศูนย์วิจัยพัฒนาครอบครัว, 2545.
4. วันเพ็ญ บุญประกอบ จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร : ชวนพิมพ์, 2520.
5. Cecelia Monal Taylor. (อ้างใน ศศิธร แก้วนพรัตน์). แรงบันดาลใจทางสังคม และทางเครือข่ายทางสังคมที่มีต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2543.
6. ศิริพร ตูวรรณทศ. การศึกษาเปรียบเทียบสัมพันธภาพในครอบครัวเด็กออทิสติก เด็กปัญญาอ่อน และเด็กปกติ. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
7. จอม ชุมช่วย. เอกสารประกอบคำบรรยายในการอบรม. "พัฒนาการบำบัดเด็กออทิสติกวัยต่ำกว่า 5 ปี. โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2538.
8. อัมพล สุอำพัน อ้างใน ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. พัฒนาการบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกตามแนวทางเป้าหมายเพ็ญแข. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร 2546.
9. กษมา อุทัยภักตกุล. ความยุ่งยากและความขัดแย้งในครอบครัวเมื่อสมาชิกเป็นออทิสติก. จุลสารศูนย์สุขวิทยาจิต 2 (2529) : 7-9.
10. Morgan, SB. The Autistic Child and Family Functioning : A Development – Family Systems Perspective. Journal of Autism and Development Disorders. 18 (1988) : 263-280.
11. Schopfer, E and Meistor, G.B. The effects of autism on the family. New York : Plenum Press, 1984.
12. Suxly, W. Sociology and Modern System Theory. Englewood Cliffs : N.J. Prentice-Hall, 1967.
13. เพ็ญแข ลีมีศิลา อ้างใน ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. พัฒนาการบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกตามแนวทางเป้าหมายเพ็ญแข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. 2546.



14. เพ็ญแข ลឹมศิลา. เด็กออทิสติก (Autistic Child). ใน : วันเพ็ญ บุญประกอบ และอัมพล  
สู่อำพันธ์ (บรรณาธิการ) จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์-  
ชวนพิมพ์, 2530 :276-283.
15. วินัดดา ปิยะศิลป์,(อ้างในเพ็ญแข ลឹมศิลา). การวินิจฉัยโรคออทิสซึม. สมุทรปราการ :  
ช. แสงงามการพิมพ์, 2540.
16. แมกซีน ฟิลด์. (อ้างในกัญญา ธัญม้นตา) เด็กออทิสติก กับผลกระทบต่อพ่อแม่. วิทยานิพนธ์  
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
17. Kanner L. Child Psychiatry, 4<sup>th</sup> ed.. : Illinois : Charlis C. Thomas, 1979.
18. Waterhove S. Appositive approach to Autism. London ; Jescika Kingsley.
19. วีระ ไชยศรีสุข. สุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร : แสงศิลป์การพิมพ์, 2539.
20. นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. การลดความเครียดและการเสริมสร้างสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร  
: สำนักพัฒนามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540 : 24.
21. สุจรีต สุวรรณชีพ (อ้างใน อุไร ตั้งอุดมมงคล). พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ปกครอง  
ที่มีบุตรสมองพิการในโรงเรียนศรีสังวาลย์. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540 : 26.
22. อัมพร โอตระกูล. สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : วิทยพัฒน์, 2538 : 50.
23. Gallagher J. Coping with Stress. Association Management. 1979.
24. Friedman, M.M. Family Nursing : Theory and Assessment. New York : Appleton-  
Ontury Crofts, 1981.
25. รุ่งฤดี วงศ์ชุม. ภาวะความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ามารับการบำบัดรักษาใน  
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยกถัมภ์. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์  
ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2539. 1.
26. Murcus LM. Pattern of Coping in Families of Psychotic children. American  
Journal of Oethopsychiatry 47 (1977) : 388-98.
27. กัญญา ธัญม้นตา. เด็กออทิสติก กับผลกระทบต่อพ่อแม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร-  
มหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
28. Cobb S. Social Support as a Moderator for life Stress. Psychosomatic Medicine,  
1976:38:300-12.

29. ศิริวรรณ ศิริบุญ. ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. โครงการเผยแพร่ผลงานวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
30. โคเฮน และวิลส์ (Cohen and Wills, Tomas A.) Stress, Support and the Buffering Hypethesis. Psychological Bulletin, 1985;98:310-57.
31. Caplam, RD. Cobb S. & French J.R., Relation of Cessation of Smoteing with job Stress, Personality and Social Support. Journal of Applied Psychology, 1975;60:211-9.
32. ฉวีวรรณ แก้วพรหม. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม ที่รับรู้กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร : วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์มหาบัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
33. Platt,C.C. et al. Burden and Coping Strategies of caregiver to Alzheimer's patients. Family Relations. 1985;34:27-33.
34. Oberst, M.T.et al. Caregiver demand and appraisal of stress among family caregiver. CANCER nursing 1989;12:20-25.
35. Bull, J.M. Factors Influencing family caregiver Burden And Health. Western Journal Of Nursing Search 1990;12(6): 758-777.
36. Simmans, S. Family Burden-What Does Psychiatric Illness Mean To Care? In community Psychiatric nursing. London; Chapman and Hall.1990.
37. Pai & Kapur, L.R.The Burden on the Family of a Psychiatric Patient ; Development of an interview schedule. British Journal of Psychiatric.1981 ; 138:332-335.
38. Mantgamery, V.J.R. et al. Caregiver and the experience of subjective and objective burden. Family relations, 1995;34:19-21.
39. Brown PL. The Burden Of Caring For A Burden Of Husbands With Alzheimer's Disease. Home Health Care Nurse, 1991; 9 ; 33-8.
40. Zarit HS,Todd AP, Zarit MJ. Subject Burden Of Husbands And Wives As Caregiver : A Longitudinal Study. Gerontologist, 1986 ; 260-6.
41. Poulshock SW, Deimling GT. Families Caring For Elders In Residence : Issues In Measurement o f Burden, 1990; 4:154-61.

42. ไพรินทร์ กันทนะ. ภาวะของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อ HIV. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
43. Eakes, G.G. Chronic Sorrow ; The Lived Experience Of Parent Of Chronic Mental Ill Individuals. Archives Of Psychiatric nursing April, 1995;9(2):77-84.
44. Grill berg, c., et al Monozygotic Female Twin with Autism and the Fragile X Syndrome, (AFRAX). Journal of Child Psychology and Psychiatry 1988;29:447-451.
45. จริญญา วิริยะศุกร. แบบจำลองเชิงสาเหตุของภาวะการดูแลในบิดามารดาฐานะผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหิดล, 2539.
46. Cameron JI, Franchc RL, Cheung AM, Stewart DE. Lifestyle Inference And Emotional Distress Family Caregiver Of Advanced Of Cancer Patients. Cancer, 2002; 94(2); 521-7.
47. Andrew SC. Caregiver Burden and symptom distress in people with cancer receiving hospice care. Oncol Nurs Forum, 2001; 28(9); 1469-74.
48. สมทรง สุวรรณเลิศ, อาจารย์ วันชัย ไชยสิทธิ์. แบบสำรวจปัญหาพฤติกรรมเด็ก (Thai Youth Checklist : TYC) สถาบันศูนย์สุขวิทยาจิตเด็กและวัยรุ่น, 2526.
49. ศศิธร แก้วนพรัตน์. แรงสนับสนุนทางสังคม และทางเครือข่ายทางสังคมที่มีต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2543.
50. Zarit, SH., Reeve, KE., Bach-Peterson, J. The Burden Interview. The Gerontologist. Vol. 20. 649-655; 1969, 179-186.
51. วิเชียร เกตุสิงห์. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : ข่าวสารการวิจัยการศึกษา, 18 (มีนาคม 2538) : 9-11.
52. Harding R, Higginson I. Working with ambivalence : informal caregivers of patients at the end of life. Support Care Cancer, 2001 ; 10 : 107 – 112.
53. Hoyert DL, Hopogain GA. Factor related to the well – being and life activities of family caregivers. Family relations, 1992 ; 71 : 74-81.

54. Cantweell, D.P., Baker, L. The effects of autism on the family, New York : Plenum Press, 1984.
55. Osenenkko P : Caregiver' s unmet needs its correlation with caregiver burden. AMERICAN Society of Clinical Oncology, 2002 ; 12 : 23-34.
56. Holroyd, J., et al. 1975. Stress in families of institutionalized autistic children. Journal of community Psychology. 1985;3: 26-31.
57. Faber A. Prevalence, behavior disorders and etiology. AM JMR 1987; 92:243-54.
58. Jones et al. The Child behavior Checklist : normative information for impatient. J AM child Adolesc Psychistry 1988; 27 : 632-5.
59. เบญจพร ปัญญาวยง และ อลิสา วัชรสินธุ. ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กในกรุงเทพมหานคร : ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหา. กรุงเทพมหานคร, 2541.
60. Piazza CC, Fisher WW, Sherer M. Treatment of Sleep problem in Children with intellectual disability. J Intellect Dev Disabil 2000; 25:147-61.
61. Hessel D et al. The influence of environmental and genetic factors on behavior-problem in boys and girls with fragile X Syndrome. Pediatrics 2001; 108 : 88.
62. Griffiths M. Transition to adulthood London : David Fulton, 1994.
63. Tali H, Malka M. Loneliness, depression and social skills among students with Mental retardation. J Spec Educ 1988; 32:154-64.
64. Lachiewicz AM, Dawson Dr. Behavior problems of young girls with fragile X Syndrome. AM J Med Genet 1994; 51:364-9.
65. Marcus, L.M. Pattern of coping in families of Psychiatric children. American Journal of Orthopsychistry 14 (1977) : 388-398.
66. Guittner AL, Glueckauf RL, Jackson DN. Chronic parenting Stress Moderating and mediating effects of social support. J Personal Soc Psychol 1990; 59:266-78.
67. Cohen S, Wills TA. Stress, social Support and the buffering hypothesis. J Psychol Bull 1985; 98: 310-57.
68. ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาคลินิกพิเศษ แนวคิดสมัยใหม่. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2543.

69. Hashino K, et al. A study of cognitive development and behavior problems in mentally retarded children. Psychiatry Clin Neurcsci 1997; 51:57-65.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

**การวิจัยเรื่อง** ภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

**เรียน** ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเกียรติจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึกเป็นภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการดูแลรักษาช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของบิดามารดาเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนส่งเสริมให้มีสุขภาพชีวิตที่ดีต่อไป

หากท่านตกลงที่จะร่วมการศึกษาวินิจฉัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสำรวจปัญหาพฤติกรรมเด็ก แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์ภาวะการดูแลสำหรับวิธีตอบแบบสอบถาม หากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหรือกรอกข้อมูลได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยยินดีจะอ่านให้ฟังและกรอกข้อมูลให้

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ

การเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใด ๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางสาวนาฏยพรรณ ภิญญูภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้นล่าง โทร. 01-3384343 ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

## ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

**การวิจัยเรื่อง** การระการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยใน  
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 2545

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านคำชี้แจงจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการดูแลรักษาบุตรซึ่งป่วยเป็นโรคออทิสซึม

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปของการสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่า จะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ในกรณีที่ผู้ยินยอมยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้  
อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

หมายเหตุ : ผู้ยินยอมมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้



## แบบสอบถาม

### การศึกษาความรู้สึกต่อภาระการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะสำรวจข้อมูลทั่วไปของท่านเอง โปรดเขียนเครื่องหมาย 3 ลงในเครื่องหมาย  และเติมข้อความลงในช่องว่างในสภาพความเป็นจริง

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. ปัจจุบันอายุ
 

<input type="checkbox"/> 20-25 ปี	<input type="checkbox"/> 35-40 ปี
<input type="checkbox"/> 26-30 ปี	<input type="checkbox"/> 40-45
<input type="checkbox"/> 30-35 ปี	<input type="checkbox"/> 45 ปีขึ้นไป
3. เชื้อชาติ
 

<input type="checkbox"/> ไทย	<input type="checkbox"/> จีน
<input type="checkbox"/> มุสลิม	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
4. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> โสด
<input type="checkbox"/> สมรส / อยู่ด้วยกัน
<input type="checkbox"/> สมรส / แยกกันอยู่
<input type="checkbox"/> หย่า / หม้าย
5. ศาสนา
 

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> คริสต์
<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> ฮินดู
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
6. ระดับการศึกษา
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา / อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> อุดมศึกษา.....ตรี.....โท.....เอก	

7. อาชีพของท่าน
- รับจ้าง  ค้าขาย
- เกษตรกรรม  รับราชการ
- รัฐวิสาหกิจ  อื่น ๆ ระบุ.....
8. รายได้.....บาท/เดือน
- ต่ำกว่า 5,000 บาท  5,001-10,000 บาท
- 10,001-15,000 บาท  มากกว่า 15,001 บาทขึ้นไป
9. รายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตอยู่
- เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน  เพียงพอ มีหนี้สิน
- ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน  ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน
10. ลักษณะของครอบครัวของท่าน
- ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก
- ครอบครัวขยาย ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก และญาติ ๆ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น
11. จำนวนบุตรทั้งหมดของท่าน.....คน
12. ปัจจุบันบุตรที่เป็นออทิสติกอายุ.....ปี.....เดือน
13. เพศของบุตรที่เป็นออทิสติก
- ชาย  หญิง
14. ระยะเวลาในการรักษา.....ปี.....เดือน (ตั้งแต่ทราบว่าบุตรเป็นออทิสติก)
15. รูปแบบการรักษาของบุตรของท่านที่เป็นออทิสติก
- รับประทานยาอย่างเดียว
- ไม่ได้รับประทานยา
- อื่น ๆ ระบุ .....
16. การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม เช่น ไปทำบุญ ไปร่วมกิจกรรมตามเทศกาลกับเพื่อนร่วมงาน (วันปีใหม่)
- 1-2 ครั้ง/เดือน  3-4 ครั้ง/เดือน
- 5-6 ครั้ง/เดือน  > 5-6 ครั้ง/เดือน
17. ท่านมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตหรือโรคประสาท
- ไม่มี
- มี (ป่วยเป็นโรค.....)
- เป็นมานาน.....วัน.....เดือน.....ปี

18. ท่านมีโรคประจำตัว

ไม่มี

มี (ป่วยเป็นโรค.....)

เป็นมานาน.....

ได้รับยา.....

19. สมาชิกในครอบครัวหรือเครือญาติของท่านและสามี/ภรรยา มีประวัติป่วยเป็นโรคออสติซึม

ไม่มี

มี ระบุ .....



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำหรับผู้ปกครอง

## แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก

วันที่ตอบแบบสำรวจ

วัน เดือน ปี เกิด .....	เพศของเด็ก <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	เชื้อชาติ	ศาสนา	ผู้ตอบแบบสำรวจ <input type="checkbox"/> พ่อ <input type="checkbox"/> แม่ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....
อายุ ..... ปี				

จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาของพ่อแม่ในแต่ละระดับ		ลักษณะอาชีพของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง (เช่น ช่างซ่อมรถยนต์ ครู พลดำรวจ เสมียน ผู้จัดการบริษัท พนักงานขับรถ หรืออื่น ๆ โปรดระบุ) พ่อ..... แม่..... ผู้ปกครอง.....	
	พ่อ		แม่
ประถมศึกษา	..... ปี		..... ปี
มัธยมศึกษา	..... ปี		..... ปี
อาชีวศึกษา	..... ปี		..... ปี
อุดมศึกษา	..... ปี	..... ปี	

- บุตรของท่านชอบกีฬาหรืองานอดิเรก เช่น ว่ายน้ำ เล่นฟุตบอล เล่นดนตรี สะสมแสตมป์ ฯลฯ หรือไม่?  
 ไม่ชอบ       ชอบ : ถ้าชอบโปรดระบุ : ก. ....  
 ข. ....  
 ค. ....
- โปรดระบุงานที่บุตรของท่านช่วยในบ้าน (เช่น ช่วยดูแลน้อง ช่วยรดน้ำต้นไม้ ฯลฯ)  
 ก. ....  
 ข. ....  
 ค. ....
- ก. บุตรของท่านมีเพื่อนสนิทหรือไม่?       ไม่มี       มี : ถ้ามี .....คน  
 ข. นอกเวลาเรียนบุตรของท่านพบปะสังสรรค์กับเพื่อนสนิทอาทิตย์ละ ..... คน
- เปรียบเทียบกับเด็กคนอื่นวัยเดียวกัน บุตรของท่าน :
 

	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
ก. เข้ากับพี่น้องได้ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข. เข้ากับเด็กคนอื่น ๆ ได้.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค. ปฏิบัติตนต่อพ่อแม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง. ช่วยทำงานบ้าน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จ. ช่วยทำงานบ้าน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฉ. มีผลของการเรียนที่โรงเรียน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- บุตรของท่านเคยสอบตกซ้ำชั้นหรือไม่?  
 ไม่เคย       เคย : ถ้าเคย ซ้ำชั้นอะไร .....  
 เคยสอบซ่อมวิชา..... เมื่ออยู่ชั้น .....

หัวข้อต่อไปนี้เป็นกรออธิบายถึงพฤติกรรมของเด็ก โปรดเขียนเครื่องหมายวงกลมตรงหมายเลขที่ท่านพิจารณาเห็นว่าหัวข้อ

นั้นอธิบายลักษณะพฤติกรรมของบุตรของท่านในขณะนี้หรือในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยวงกลมหมายเลข 2 ถ้าเห็นว่าเป็นเช่นนั้น  
 อย่างมากหรือบ่อยครั้งมาก ให้วงกลมหมายเลข 1 ถ้าเห็นว่าเป็นเช่นนั้นเล็กน้อยหรือเป็นบางครั้ง และให้วงกลมหมายเลข 0 ถ้า  
 เห็นว่าไม่เป็นเช่นนั้นเลย โปรดตอบทุกหัวข้อเท่าที่ท่านสามารถจะทำได้ ถึงแม้ว่าบางหัวข้อไม่อธิบายถึงพฤติกรรมของบุตรของท่าน  
 โดยตรงก็ตาม

ไม่เป็นเลย			เป็นเล็กน้อยหรือเป็นบางครั้ง			เป็นอย่างมากหรือบ่อยครั้งมาก					
0			1			2					
0	1	2	1.	ประพฤติดนเด็กกว่าวัย		0	1	2	30.	กลัวการไปโรงเรียน	
0	1	2	2.	มีอาการแพ้ (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง)		0	1	2	31.	กลัวว่าจะคิดหรือกระทำในสิ่งที่ไม่ดี	
0	1	2	3.	ชอบโต้เถียง		0	1	2	32.	รู้สึกว่าตนเองจะต้องมีอะไรบกร่าง	
0	1	2	4.	เป็นโรคหืด		0	1	2	33.	รู้สึกหรือบ่นว่าไม่มีใครรัก	
0	1	2	5.	ประพฤติดนเหมือนเพศตรงข้าม		0	1	2	34.	รู้สึกว่าคนอื่นคอยปองร้าย	
0	1	2	6.	ซบถ่ายไม่เป็นที่		0	1	2	35.	รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าหรือมีปมด้อย	
0	1	2	7.	ชอบคุยไม้ ไอ้พูด		0	1	2	36.	เจ็บตัวบ่อยหรือได้รับอุบัติเหตุบ่อย	
0	1	2	8.	ขาดสมาธิ สนใจสิ่งใดได้ไม่นาน		0	1	2	37.	มักมีเรื่องต่อสู้กับคนอื่น	
0	1	2	9.	หมกมุ่นอยู่กับความคิดอย่างใดอย่างหนึ่งหรือ คิดซ้ำๆอยู่เรื่องเดียว(โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง)		0	1	2	38.	ถูกล้อเลียนมาก	
0	1	2	10.	ไม่อยู่นิ่ง ลุกลิ่ลุกลอน หรืออยู่ไม่สุข		0	1	2	39.	มีวุ่นวายกับผู้อื่นที่ก่อเรื่องเดือนร้อน	
0	1	2	11.	พึ่งพาผู้ใหญ่มากเกินไป		0	1	2	40.	ได้ยินเสียงซึ่งไม่ได้มีอยู่จริง (โปรดอธิบายหรือ ยกตัวอย่าง) :	
0	1	2	12.	บ่นว่าเหงา							
0	1	2	13.	มีอาการสับสน		0	1	2	41.	ทำอะไรโดยไม่คิด	
0	1	2	14.	ร้องไห้พึมพายมาก		0	1	2	42.	ชอบอยู่ตามลำพัง	
0	1	2	15.	ใจร้ายต่อสัตว์		0	1	2	43.	พูดปดหรือขี้โกง	
0	1	2	16.	ใจร้ายหรือชอบรังแกผู้อื่น		0	1	2	44.	กัตเล็บ	
0	1	2	17.	ฝันกลางวันหรือหมกมุ่นกับความคิดของตนเอง		0	1	2	45.	ประหม่าหรือเครียด	
0	1	2	18.	ตั้งใจทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย		0	1	2	46.	มีอาการสั่นกระตุกตามร่างกายเมื่อประหม่า หรือ ตกใจกลัว (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	
0	1	2	19.	เรียกร้องความสนใจมาก							
0	1	2	20.	ทำลายสิ่งของของตนเอง							
0	1	2	21.	ทำลายสิ่งของของตนเอง							
0	1	2	22.	ไม่เชื่อฟังเมื่ออยู่โรงเรียน		0	1	2	47.	ฝันร้าย	
0	1	2	23.	ไม่เชื่อฟังเมื่ออยู่โรงเรียน		0	1	2	48.	ไม่เป็นที่ชอบพอของเด็กอื่น ๆ	
0	1	2	24.	กินอาหารได้น้อย		0	1	2	49.	มีอาการท้องผูก	
0	1	2	25.	เข้ากับเด็กคนอื่นไม่ได้		0	1	2	50.	กลัวหรือวิตกกังวลเกินไป	
0	1	2	26.	ไม่รู้สึกริษยาจากได้กระทำสิ่งไม่ควรไปแล้ว		0	1	2	51.	รู้สึกเวียนศีรษะ	
0	1	2	27.	ฉิวฉวยง่าย		0	1	2	52.	รู้สึกผิดมากเกินไป	
0	1	2	28.	กินหรือดื่มสิ่งที่ไม่ใช่อาหาร (โปรดอธิบายหรือ ยกตัวอย่าง)		0	1	2	53.	กินมากเกิน	
						0	1	2	54.	เหนื่อยง่าย	
						0	1	2	55.	น้ำหนักมากเกินไป	
0	1	2	29.	กลัวสัตว์บางชนิดสถานการณ์บางอย่างหรือสถานที่ ที่อื่นนอกเหนือจากโรงเรียน (โปรดอธิบายหรือ ยกตัวอย่าง)		0	1	2	56.	บ่นว่าไม่สบายถึงแม้ว่าเท่าที่ท่านทราบเด็ก คนนี้ได้เป็นอะไร	
						0	1	2	ก.	บ่นว่าปวดนั้นเจ็บนี้	
						0	1	2	ข.	บ่นปวดศีรษะ	
						0	1	2	ค.	บ่นว่าคลื่นไส้ ไม่สบาย	



ไม่เป็นเลย		เป็นเล็กน้อยหรือเป็นบางครั้ง	เป็นอย่างมากหรือบ่อยครั้งมาก
0		1	2
1	2	0	1
108.	บัสสาวะรดเวลากลางวัน	0	1
109.	บัสสาวะรดที่นอน	1	2
110.	อดอาหารด้วยความน้อยเนื้อต่ำใจ สงสารตัวเอง	2	
111.	อยากเป็นเพศตรงข้าม		
112.	แยกตัวเองไม่ยุ่งเกี่ยวกับผู้อื่น		
113.	กังวลใจ		
114.	ใจลอยหรือขี้หลงขี้ลืม		
115.	ตื่นเต้น		
116.	รู้สึกไม่สบายใจได้ง่าย		
117.	ถูกเด็กอื่นแกล้ง		
118.	สร้างมิตรสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ยาก		
119.	ใจแคบหรือไม่ชอบแบ่งปันสิ่งของแก่ผู้อื่น		
120.	ไม่มีใครสนใจสิ่งรอบ ๆ ตัว		
121.	เห็นแก่ตัวหรือเอาแต่ใจตนเอง		
122.	ไม่สนใจการเรียน		
123.	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	0	1
124.	ชอบออกไปนอกบ้าน	0	1
125.	ทำอะไรซ้ำ ๆ ซาก ๆ	0	1
126.	ไม่สุขภาพ ทยาบคายหรือไม่เคารพผู้ใหญ่		
127.	ไม่สุขภาพหรือทยาบคายต่อเด็กคนอื่น ๆ		
128.	ไม่มีความรับผิดชอบ (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :		
129.	ซุกซน (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :		
130.	ถอนใจ		
131.	เก็บกด ไม่แสดงความรู้สึก		
132.	ทำตัวแก่เกินวัย (แก่แดด)		
133.	ใช้เงินไม่เป็น		
134.	ออกจากบ้านไปเรื่อย ๆ โดยไร้จุดหมาย		
135.	โปรดเขียนเพิ่มเติมถ้าบุตรของท่านมีปัญหานี้ๆ นอกเหนือจากนี้ :		
		ก. ....	
		ข. ....	
		ค. ....	

ปัญหาแบบเก็บกด (Internalizing Problems)			ปัญหาแบบแสดงออก / ขาดการควบคุม (Externalizing Problems)				
วิตกกังวล (Anxiety)	การเจ็บป่วยที่ตรวจไม่พบ ความผิดปกติทางร่างกาย (Somatic Complaints)	ซึมเศร้า (Depression)	พฤติกรรมเด็กกว่าวัย (Immaturity)	เกเร / ทำผิดกฎระเบียบ (Delinquency)	อยู่ไม่สุข/หุนหันพลันแล่น/ ปัญหาทางสังคม(Hyperactivity/ Impulsivity /Social Problems)	พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Behavior)	
-17. ผันกลางวัน	-56. ข.ปนปวดศีรษะ	-65. ไม่ยอมพูด	-1. ประพฤติตนเด็กกว่าวัย	-81. ขโมยของในบ้าน	-93. พูดมากเกินไป	-57. ทำร้ายร่างกาย	
-35. รู้สึกไม่มีคุณค่า	-51. รู้สึกปวดศีรษะ	-42. ชอบอยู่ตามลำพัง	-61. เรียนไม่ได้	-82. ขโมยของนอกบ้าน	-74. ชอบอดตัว/ทำตลก	-95. ทำฤทธิ์ ลงมือลงเท้า	
-9. หมกมุ่นกับความคิด อย่างใดอย่างหนึ่งซ้ำ ๆ	-56. ค.ปนว่าคลื่นไส้ไม่สบาย	-75. ขี้อาย / กระดาก	-10. ไม่อยู่นิ่ง ลูกตี ลูกกลน	-43. พูดปด / ซี้โกง	-63. ชอบเล่นกับเด็กอายุมากกว่า	-86. ดื้อ บึ้งตึง จุนเจียว	
-113. กังวลใจ	-56. ก.ปนว่าปวดนั้นเจ็บนี้	-112. แยกตัวเอง	-11. ฟังหาผู้ใหญ่มากเกินไป	-39. มีวตุ้มกับผู้อื่นที่ก่อเรื่อง เดือดร้อน	-7. คุยไม่โอ้อวด	-16. ใจร้าย/รังแก	
-45. ประหลาดใจ	-56. ข.ปวด/มีอาการเกร็งในท้อง	-88. เคยไม่พูดจาเวลาโกรธ/ ไม่สบายใจ	-62. ทำทางจะงระงุ่มง่าม	-8. ขาดสมาธิ สนใจสิ่งใดได้ไม่นาน	-94. ชอบล้อเลียน	-87. อารมณ์เปลี่ยนแปลงกะทันหัน	
-89. ระวังสงสัย	-56. ข.ชอบอาย	-102. ไม่พอใจใครเคสื่อนไหวซ้ำ	-8. ขาดสมาธิ สนใจสิ่งใดได้ไม่นาน	-69. ทำอะไรหลวม ๆ ซอน ๆ ไม่แสดงให้คนอื่นรู้	-10. ไม่อยู่นิ่ง ลูกตีลูกกลน อยู่ไม่สุข	-20. ทำหลายสิ่งของ ๆ ตนเอง	
-33. รู้สึก/ปนว่าไม่มีใครรัก	-54. เห็นอชหน้าย	-80. ขาดความกระปรี้กระเปร่า	-23. ไม่เชื่อฟังเมื่ออยู่ในโรงเรียน	-106. ให้อา / สิ่งเสพติด	-41. ทำอะไรโดยไม่คิด	-97. ซ่มซู่ ทุรฉลุ	
-50. กลัว/วิตกกังวล	-56. ง.ปนว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา	-62. ทำทางจะงระงุ่มง่าม	-6. ขับถ่ายไม่เป็นที่	-7. คุยไม่โอ้อวด	-49. มีอาการท้องผูก	-21. ทำหลายสิ่งของผู้อื่น	
-12. บ่นว่าเหงา		-71. ระมัดระวังตนเองมากเกินไป	-14. ร้องให้พุ่มพ่ายมาก			-32. ไม่เชื่อฟัง เมื่ออยู่ที่บ้าน	
-13. มีอาการสับสน						-37. มักมีเรื่องต่อสู	
-54. เห็นอชหน้าย						-18. จงใจทำร้ายตนเอง	
-110. ออดอ้อนด้วยความน้อยเนื้อต่ำใจ	รวมคะแนน.....		รวมคะแนน.....	รวมคะแนน.....	รวมคะแนน.....	-25. เข้ากับเด็กอื่นไม่ได้	
-32. รู้สึกว่าต้องไม่มีอะไรนทพร้อง		-103. ไม่มีความสุข เสียใจ ซึมเศร้า		ปัญหาทางเพศ (Sex Problems)			-3. ชอบได้เตียง
-91. พูดถึงการทำลายชีวิตตนเอง		-25. เข้ากับเด็กคนอื่นไม่ได้		-5. ประพฤติตนเหมือนเพศตรงข้าม		-67. หนีออกจากบ้าน	
-103. ไม่มีความสุข เสียใจตนเอง		-24. กินอาหารได้น้อย		-96. คิดเกี่ยวกับเรื่องเพศมากเกินไป		-90. สบด / ให้อาหยาบ	
-52. รู้สึกผิดมากเกินไป		-50. กลัว/วิตกกังวลมากเกินไป		-73. ปัญหาทางเพศ		-48. ไม่เป็นที่ชอบพอของเด็กอื่น	
-99. พะวากับความเป็นระเบียบมากเกินไป				-111. ออกเป็นเพศตรงข้าม		-104. พูดจะงระงุ่มง่ามเกินควร	
				-60. ชอบเล่นชว้ชว้เพศของตนเอง		-91. พูดถึงการทำลายชีวิตตนเอง	
				-59. เล่นชว้ชว้เพศของตนเองในที่สาธารณะ		-106. ให้อา/สิ่งเสพติด	
						-88. ส่งเสียงร้องกรี๊ดกร๊าดบ่อย	
						-60. เล่นชว้ชว้เพศตนเอง	
						-101. หนีโรงเรียน	
						-19. เรียกเรื่องความสนใจมาก	
						-14. ร้องให้พุ่มพ่าย	
รวมคะแนน .....		รวมคะแนน.....	รวมคะแนน.....	รวมคะแนน.....	รวมคะแนน.....	รวมคะแนน.....	





## 4. ตาราง T-Score สำหรับเด็กชายอายุ 6-11 ปี (แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครอง)

คะแนนดิบ

SCORE							
						11	
75-	15		8	6		16	3
		5	11				
						10	
	14		7	5			
70-	***** 13 *****	4 *****	***** 10 *****	*****	*****	***** 15 *****	***** 2 *****
	12						
	11	3	9	6	4	9	14
67.5-	----- 10 -----						----- 13 -----
							1
						12	
65-	9	2	8			8	
				5			11
	8						
			7				10
						7	
	7				2		9
60-		1	6	4			
	6						8
			5			6	
57.5	5						7

1

ปัญหาแบบเก็บกด (Internalizing Problems)			ปัญหาแบบแสดงออก / ขาดการควบคุม (Externalizing Problems)				
วิตกกังวล (Anxiety)	การเจ็บป่วยที่ตรวจไม่พบ ความผิดปกติทางร่างกาย (Somatic Complaints)	ซึมเศร้า (Depression)	พฤติกรรมเด็กกว่าวัย (Immaturity)	เกเร/ ทำผิดกฎระเบียบ (Delinquency)	อยู่ไม่สุข/ หุนหันพลันแล่น/ ปัญหาทางสังคม (Hyperactivity/ Impulsivity /Social Problems)	พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Behavior)	ปัญหาทางเพศ (Sex Problems)

หมายเหตุ : CLINICAL RANGE \*\*\*\*\*

BORDERLINE CLINICAL RANGE -----

6. ตาราง T-Score สำหรับเด็กชายอายุ 6-11 ปี (แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครอง)  
คะแนนดิบ

-SCORE

75-	4	7	13	12	10	3	17
			12		9		
		6	11	11			
70-	*****3*****						*****10*****
		5			8		16
67.5-	-----2-----	4	10	9		2	-----15-----
			9	8			14
65-		3		7	6		13
			8				
					5		12
				6		1	
60-	1	2	7		4		11
			6		3		
57.5				5			10
			5				

ปัญหาแบบเก็บกด (Internalizing Problems)			ปัญหาแบบแสดงออก / ขาดการควบคุม (Externalizing Problems)			
การเจ็บป่วยที่ตรวจไม่พบ ความผิดปกติทางร่างกาย (Somatic Complaints)	ซึมเศร้า/ปัญหาด้านความ คิด (Depression/Thought Problems)	วิตกกังวล (Anxiety)	แยกตนเองจากสังคม (Social Withdrawal)	พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Behavior)	ทะเล / ทำผิดกฎระเบียบ (Delinquency)	อยู่ไม่สุข/หุนหันพลันแล่น/ ปัญหาทางสังคม(Hyperactivity/ Impulsivity /Social Problems)

หมายเหตุ : CLINICAL RANGE \*\*\*\*\*

BORDERLINE CLINICAL RANGE -----

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ จากครอบครัว เพื่อนๆ ตลอดผู้ใกล้ชิด เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวา ให้ตรงกับความเป็นจริง ตามความรู้สึกต่อการได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการสนับสนุน จากครอบครัวหรือเพื่อนในข้อความนั้นๆ

ข้อคำถาม	ไม่จริงเลย	จริงเล็กน้อย	จริงปานกลาง	จริงมาก	จริงมากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
1. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย						
2. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อกลุ่ม						
3. คนส่วนใหญ่บอกให้ฉันรู้เมื่อฉันทำงานดี						
4. ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องหรือเพื่อนเมื่อฉันมีปัญหา						
5. ฉันได้พบปะอย่างเพียงพอกับคนที่ทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่า						
6. ฉันให้เวลากับคนที่มีความสนใจตรงกับฉัน						
7. ฉันมีโอกาสน้อยที่จะได้ดูแลผู้อื่น						
8. มีคนบอกว่าเขาชอบที่จะทำงานร่วมกับฉัน						
9. ฉันมีบุคคลที่พร้อมจะช่วยเหลือฉันในระยะยาวได้ถ้าฉันต้องการ						
10. ไม่มีใครที่จะรับฟังความรู้สึกของฉันได้						
11. ในกลุ่มเพื่อนบ้านฉันเราชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน						
12. ฉันมีโอกาที่จะกระตุ้นผู้อื่นให้พัฒนาความสนใจและทักษะ						
13. คนในครอบครัวทำให้ฉันรู้ว่าฉันมีความสำคัญต่อครอบครัว						
14. ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะช่วยเหลือฉัน ถึงแม้ว่าฉันจะไม่สามารถตอบแทนเขาได้						
15. ฉันรู้สึกว่าไม่มีใครมีปัญหาเหมือนฉัน						

ข้อคำถาม	ไม่ จริง เลย	จริง เล็กน้อย	จริง ปาน กลาง	จริง มาก	จริง มาก ที่สุด
18. ฉันทราบว่าคนอื่นมีความซาบซึ้งในตัวฉัน					
19. ฉันมีบุคคลที่รักและเอาใจใส่ฉัน					
20. ฉันมีผู้ร่วมงาน เข้าสังคมและร่วมกิจกรรมรื่นเริงอื่น ๆ ด้วย					
21. ฉันรับผิดชอบ จัดการ ช่วยเหลือ เมื่อมีผู้ต้องการ					
22. ถ้าฉันต้องการคำแนะนำจะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือฉันให้ สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้น ๆ ได้					
23. ฉันรู้สึกว่ายังมีคนต้องการฉัน					
24. คนส่วนมากทำให้ฉันคิดว่าฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ควรจะเป็น					
25. ถ้าฉันเจ็บป่วย มีผู้ให้คำแนะนำแก่ฉัน ในการดูแลตนเอง					

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของตัวท่านมากที่สุด

	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านพูดคุยและปรับทุกข์กับบุคคลรอบข้าง ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจ					
2. ท่านได้รับกำลังใจจากคนใกล้ชิด					
3. ท่านรู้สึกว่าตนเองอยู่ตามลำพังและโดดเดี่ยว					
4. ทำทีของคนรอบข้างต่อบุตรออทิสติกทำให้ท่านรู้สึกมีทุกข์					
5. ท่านวิตกกังวลกับพฤติกรรมของบุตรออทิสติก					
6. ท่านมั่นใจว่าสามารถช่วยเหลือบุตรออทิสติกได้ โดยการสนับสนุนจากคนรอบข้าง					
7. ท่านรู้สึกสับสนไม่สามารถหาแนวทางการช่วยเหลือบุตรออทิสติกได้					
8. ท่านพร้อมที่จะเผชิญปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะปัญหานั้นจะมีความรุนแรงมากน้อยเพียงไร					
9. ท่านนอนไม่หลับเมื่อนึกถึงบุตรออทิสติก					
10. ท่านมีความหวังว่าบุตรออทิสติกจะได้รับการช่วยเหลือรักษาให้มีอาการดีขึ้น					
11. ท่านรู้สึกสบายใจเมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการช่วยเหลือรักษาบุตรออทิสติกจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์					
12. ท่านรู้สึกกังวลใจว่าบุตรออทิสติกจะไม่ได้เรียนหนังสือ					
13. บุคคลรอบข้างสนับสนุนให้ท่านมีจิตใจที่เข้มแข็ง					
14. ท่านคิดว่าบริการที่ท่านได้รับจากโรงพยาบาลจะช่วยแก้ไขปัญหาท่านได้					

	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
14. ท่านไม่ต้องการพูดคุยหรือได้ยินเรื่องราว เกี่ยวข้องกับบุตรออทิสติก					
16. ท่านรู้สึกสบายใจเมื่อได้รับคำแนะนำปรึกษาข้อ สงสัยและวิธีการช่วยเหลือบุตรออทิสติกจาก เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์					



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสอบถามภาวะการดูแล

**คำชี้แจง** ข้อความต่อไปนี้แสดงถึงความรู้สึกของท่านเมื่อดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคคอทิสซึ่ม กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด ซึ่งคำตอบในแต่ละข้อไม่มีความหมายในเชิงถูกหรือผิด

ข้อคำถาม	ไม่ เคย	ไม่ ค่อย บ่อย	บาง เวลา	ค่อนข้าง บ่อย	เกือบ ทุกวัน
1. ท่านรู้สึกว่าบุตรของท่านร้องขอความช่วยเหลือมากเกินไปจนต้องการจริง					
2. ท่านรู้สึกว่าต้องใช้เวลาในการดูแลบุตร จนทำให้ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง (ท่านใช้เวลาเกือบทั้งหมดในการดูแลบุตร)					
3. ท่านรู้สึกเครียดในระหว่างดูแล และเผชิญกับความลำบากที่พบจากรื่องความรับผิดชอบในครอบครัวและการทำงาน					
4. ท่านรู้สึกยุ่งยากใจในพฤติกรรมของบุตร					
5. ท่านรู้สึกไม่พอใจที่จะต้องดูแลบุตร					
6. ท่านรู้สึกว่าบุตรของท่านส่งผลต่อความสัมพันธ์ของท่านและสมาชิกในครอบครัว					
7. ท่านกลัวว่าท่านจะต้องดูแลบุตรเพียงคนเดียว					
8. ท่านรู้สึกว่าบุตรของท่านต้องพึ่งพาท่าน					
9. ท่านรู้สึกถูกบังคับ เมื่อต้องดูแลบุตร					
10. ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านแย่ลงเนื่องจากต้องดูแลบุตรซึ่งป่วย					
11. ท่านรู้สึกว่าท่านใช้เวลาเกือบทั้งหมดในการดูแลบุตร ทำให้ท่านไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว					
12. ท่านรู้สึกว่าภาระการดูแลบุตรส่งผลต่อการดำเนินชีวิตด้านสังคมของท่าน					
13. ท่านรู้สึกว่าท่านมีโอกาสไปเยี่ยมญาติพี่น้อง และเพื่อนน้อยลง เนื่องจากภาระในการดูแลบุตร					



ข้อคำถาม	ไม่ เคย	ไม่ ค่อย บ่อย	บาง เวลา	ค่อนข้าง บ่อย	เกือบ ทุกวัน
14. ท่านรู้สึกว่าคุณคาดหวังให้ท่านดูแลเขา เหมือนกับว่าเป็นคนที่คุณสามารถพึ่งได้					
15. ท่านรู้สึกว่าท่านมีปัญหาด้านการเงินในการดูแลบุตร					
16. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถดูแลบุตรในระยะที่ยาวนานได้					
17. ท่านรู้สึกว่าหากบุตรที่ท่านดูแลเสียชีวิต จะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของท่าน					
18. ท่านปรารถนาว่าจะมีคนดูแลบุตรของท่านแทนท่านได้					
19. ท่านรู้สึกไม่มั่นใจ เกี่ยวกับการให้การดูแลบุตร					
20. ท่านรู้สึกว่าท่านควรให้การช่วยเหลือบุตรมากกว่านี้					
21. ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถทำหน้าที่ในการดูแลบุตรดี แล้ว					

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความถาม	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
22. โดยรวมแล้วท่านรู้สึกว่าเป็นภาระมากน้อยเพียงใดในการดูแลบุตรของท่านซึ่งป่วยเป็นโรคออทิสซึม					



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนาถยุพรรณ ภิญโญ เกิดวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2520 จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสอง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรีชัยภูมิ ปีการศึกษา 2540 สำเร็จการศึกษาวิทยาศาสตร์บัณฑิต จากราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ปีการศึกษา 2542 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2544 ปัจจุบันรับราชการ ตำแหน่ง พยาบาลเทคนิค 4 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย