การศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

นางมนัสวี จำปาเทศ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2546
ISBN 974-17-5885-5
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF STRESS APPRAISAL, COPING AND ADAPTATIONAL OUTCOMES OF MOTHERS CARING FOR AUTISTIC CHILDREN

Mrs Manatsawee Jampated

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-5885-5

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก
โดย	นางมนัสวี จำปาเทศ
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มนัสวี จำปาเทศ: การศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก (A STUDY OF STRESS APPRAISAL, COPING AND ADAPTATION OUTCOMES OF MOTHERS CARING FOR AUTISTIC CHILDREN) อ.ที่ปรึกษา: รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, 178 หน้า. ISBN 947-17-5885-5

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการ และการสนับสนุนของสามี กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก และศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด และการเผชิญความเครียดของมารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวแตกต่างกัน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 เป็นมารดาที่มีบุตรเป็นเด็กออทิสติก อายุ 3-5 ปี จำนวน 130 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มที่ 2 คือมารดาของเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ 1 ที่มีผลลัพธ์การปรับตัวสูงจำนวน 10 คน และผลลัพธ์การปรับตัวต่ำจำนวน 10 คน รวมทั้งหมด 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการ แบบสอบถามเรื่องการสนับสนุนของสามี แบบวัดผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก และแนวทางการสัมภาษณ์การประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก แบบสอบถามทั้งหมดนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาตำรา งานวิจัยและการสัมภาษณ์มารดาของเด็กออทิสติก มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89, .92, และ .83 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า

1. มารดามีผลลัพธ์การปรับตัวโดยเฉลี่ยในระดับปานกลาง โดยพบว่าด้านการดำรงบทบาทหน้าที่ต่างๆ สูงสุด และมีการปรับตัวด้านขวัญกำลังใจต่ำสุด

2. ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ของครอบครัว การรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนของสามีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (r = .48, .31, .71 และ .44) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวนบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .16) โดยที่อายุของมารดานั้นไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา

3 มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวแตกต่างกัน มีการประเมินสถานการณ์ความเครียด และการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต……..

ปีการศึกษา 2546 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา……..

4377584336: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING
KEY WORD: ADAPTATION OUTCOMES/ PERSONAL FACTORS/ LEVEL OF SYMPTOM/ HUSBAND SUPPORT/ STRESS APPRAISAL/ COPING/ MOTHERS CARING FOR AUTISTIC CHILDREN

MANATSAWEE JAMPATED: A STUDY OF STRESS APPRAISAL, COPING AND ADAPTATION OUTCOMES OF MOTHERS CARING FOR AUTISTIC CHILDREN. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 178 pp. ISBN 974-17-5885-5

The purposes of the study were to examine the relationships between personal factors, level of symptom, husband support and adaptation outcomes of mother caring for autistic children. In addition, to explore stress appraisal and coping level of mothers who had different level of adaptation outcomes. Sample adopted by recruited 130 mothers who brought autistic children age 3-5 year to the out patient department at Yuwaprasardvithayopratam Psychiatric Hospital, Samut Prakan Province, were randomly selected by purposive sampling. Content validity and reliability of the research instrument; husband support questionnaires, level of symptom, adaptation outcomes questionnaires, stress appraisal and coping inteview using the Cronbach's alpha coefficients were .89, .92, and .83, respectively.

The major findings were as follow:

1. Total mean score of adaptation outcomes of mothers caring for autistic children were moderate level.

2. Saraly of family, perception of symptom, level of symptom, and husband support were positive significantly related to adaptation outcomes of mother, at the .05 level.

3. Mothers who had different level of adaptation outcomes perceived own stress appraisal and coping level differently.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of study..Mental Health and Psychiatric Nursing.. Student's signature……...…

Academic year……...…2003…….. Advisor's signature……..

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้วิจัยคิดพิจารณาสิ่งต่างๆ ด้วยเหตุผลและให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา ซึ่งผู้วิจัยซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ.ที่นี้ ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิสาร ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดจนคำแนะนำต่างๆ เพื่อให้การศึกษาครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เจ้าหน้าที่พยาบาลและบุคลากรในโรงพยาบาลทุกท่านที่กรุณาเอื้อเฟื้อในการเก็บข้อมูล ขอบคุณมารดาเด็กออทิสติกทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถามและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์เป็นอย่างดี ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยที่กรุณาให้ทุนบางส่วนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี และอาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชทุกท่านที่เป็นกำลังใจและเอื้อเฟื้อเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ พี่ชายและน้องสาว ที่รักยิ่งที่ให้การสนับสนุนแรงกายและพลังใจ และที่ขาดไม่ได้ขอพระคุณ คุณปิยะพล จำปาเทศ ที่อยู่เคียงข้างคอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ และสุดท้าย ขอขอบคุณ ด.ญ. นงนภัส และ ด.ช. ภคภูมิ จำปาเทศ บุตรสาวและบุตรชายที่ทำให้ช่วงเวลาของการศึกษาเป็นช่วงเวลาที่มีความสุขช่วงหนึ่งของชีวิต

มนัสวี จำปาเทศ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
ออทิสติกและครอบครัว.....	15
การพยาบาลเด็กออทิสติก.....	42
ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman.....	54
ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา.....	68
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา.....	73
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	79
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	85
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	85
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	87
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	96
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	99
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	100
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	103

บทที่	หน้า
5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ…….	130
สรุปผลการวิจัย……..	131
อภิปรายผลการวิจัย……	132
ข้อเสนอแนะ…….	142
รายการอ้างอิง……..	144
ภาคผนวก……	150
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ……..	151
ภาคผนวก ข คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และตัวอย่างบทสัมภาษณ์……...	152
ภาคผนวก ค ผลการวิเคราะห์ความเที่ยง และค่าความสัมพันธ์รายข้อของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย…….	162
ภาคผนวก ง ตัวอย่างแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย…….	168
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์…….	178

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ผลการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือนำไปทดลองใช้ (Try out) และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก……	98
2	จำนวนและร้อยละของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร……...	104
3	จำนวนและร้อยละของระดับความรุนแรงของอาการ ที่ประเมินโดยผู้วิจัย……...	105
4	คะแนนเต็ม พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนการสนับสนุนของสามี……	106
5	ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก……..	107
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ด้านการดำรงบทบาทต่างๆ ของบุคคล……	108
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ด้านความพึงพอใจในสัมพันธภาพของบุคคล…….	109
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ด้านการประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหา……...	110
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ด้านขวัญกำลังใจ…….	111
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ด้านสุขภาพร่างกาย……..	113
11	ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของอาการ และการสนับสนุนของสามี กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก…….	114

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ออทิซึม (Autism) เป็นศัพท์ทางจิตวิทยาที่หมายถึง การแยกตัวและหมกมุ่นครุ่นคิดถึงตนเองเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่มีความรุนแรง การให้การช่วยเหลือและการรักษาพยาบาลจะมีความซับซ้อนและใช้เวลานาน เรียกเด็กที่มีอาการดังกล่าวว่า เด็กออทิสติก (autistic child) เป็นกลุ่มอาการผิดปกติของพัฒนาการแบบแพร่กระจาย (Pervasive Development Disorder) ซึ่งเป็นความผิดปกติของพัฒนาการอย่างรุนแรงในทุกๆด้าน โดยเฉพาะด้านการสื่อภาษาและสังคม (เพ็ญแข ลิ่มศิลา 2530:276) ประกอบด้วยลักษณะที่แสดงถึงความผิดปกติทางพฤติกรรม 4 ด้าน ที่จะมีได้เหมือนกันหมดในเด็กออทิสติกทุกชาติทุกภาษา ประการแรก มีความผิดปกติด้านภาษา การพูด การสื่อความหมาย ประการที่สอง มีความผิดปกติด้านการเข้าสังคมกับผู้อื่น ประการที่สามมีพฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ และประการสุดท้ายคือ อาการเริ่มปรากฏตั้งแต่ก่อนอายุ 30 เดือน เด็กกลุ่มนี้จะมีพัฒนาการทางด้านกล้ามเนื้อเป็นปกตินอกจากจะมีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย ซึ่งจะทำให้อาการยิ่งรุนแรงมากขึ้น แต่ในเด็กออทิสติคที่ไม่มีภาวะปัญญาอ่อนร่วม ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมก่อนอายุ 5 ปี จะกลายเป็นบุคคลปัญญาอ่อนไปในที่สุด (เพ็ญแข ลิ่มศิลา 2530:280)

การวินิจฉัย โรคออทิสติก ตามข้อบ่งชี้ของ ลีโอ แคนเนอร์ หรือ คู่มือการวินิจฉัยและสถิติของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 จะพบเด็กออทิสติก 4 หรือ 5 คน ในประชากรเด็ก 10,000 คน หากวินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์ ภาวะออทิสติก สเปคตรัม ของ ดร.ลอร์น่า วิง จะสามารถวินิจฉัยเด็กในขณะที่เด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ทำให้พบว่ามีความชุกเพิ่มขึ้นเป็น 21 คนในเด็ก 10,000 คน และถ้าวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการแอสเปอเจอร์ (Asperger's syndrome) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของโรคออทิซึม ที่มีอาการไม่รุนแรง จะมีความชุกถึง 36 คนใน 10,000 คน (เพ็ญแข ลิ่มศิลา 2540:11) ในอดีตโรคนี้พบเพียง 4 – 6 คน ต่อประชากร 10,000 คน เท่านั้นแต่การศึกษาวิจัยในปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์ของโรคสูงขึ้น โดยกลุ่มที่มีอาการรุนแรงพบในอัตรา 2 คน ต่อ ประชากร 10,000 คน แต่กลุ่มที่มีอาการน้อยพบ 1-2 คน ต่อ ประชากร 1,000 คน หรืออาจมากกว่านี้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ: 2543) และนอกจากนี้กระทรวงศึกษาธิการของสหรัฐอเมริการายงานว่าในช่วงปีการศึกษา 1992 – 1993 และปี 1997 – 1998 นั้นจำนวนเด็กที่เป็นออทิสติกเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 173 และยังประมาณว่าทั่วประเทศมีนักเรียนเป็นโรคนี้ถึง 53,561 คน รายงานจากประเทศอังกฤษพบเด็กออทิสติก 57.9 และ

26.1 ต่อประชากรเด็ก 10,000 คน (จอม ชุมช่วย, 2545) นอกจากนั้นได้มีผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กออทิสติกคาดการณ์ความชุกของโรคนี้ว่าจะเพิ่มขึ้นอีกในทุกๆ ปี (Arvidsson, 1997)

สำหรับในประเทศไทยนั้นอยู่ในระหว่างการสำรวจกลุ่มประชากร แต่จากการรายงานของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ในปี 2546 (ตุลาคม 2545-กันยายน 2546) พบว่าผู้ป่วยนอกกลุ่ม Pervasive Developmental Disorder มีจำนวน 3,047 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยนอกรายใหม่จำนวน 389 รายและเป็นผู้ป่วยในกลุ่มอาการ Pervasive Developmental Disorder เป็นอันดับ 1 จำนวน 2,178 รายจากผู้ป่วยทั้งหมด 2,631 ราย นอกจากนี้พบว่าเป็นเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง ในปัจจุบันยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัดถึงสาเหตุของการเกิดโรค แต่จากการศึกษาพบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคออทิสติกสูงในประชากรที่มีประวัติมารดาเจ็บป่วยระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด หรือระยะคลอด เช่น เป็นหัดเยอรมัน, เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, วัณโรค, infantile spasm, phenylketonuria และ fragile X syndrome (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544) นอกเหนือจากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดกับตัวผู้ป่วยแล้ว ยังมีการศึกษาที่พบว่าเด็กออทิสติกจำนวนถึงร้อยละ 60 ที่ต้องพึ่งพาผู้ปกครองของตนไปตลอดชีวิต (Knapp, 1997) ในขณะที่มีเด็กออทิสติกจำนวนเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาใคร (APA, 1994) และยังมีรายงานว่าเด็กออทิสติกบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปัญญาอ่อน โรคลมชัก และพัฒนาการล่าช้า เป็นต้น (Weiss, 1991) ด้วยอาการความผิดปกติที่ซับซ้อนของโรคออทิสติกทำให้เด็กเหล่านี้มีความต้องการการดูแลและการช่วยเหลือในชีวิตประจำวันจากบิดามารดา และคนใกล้ชิดมากเป็นพิเศษกว่าเด็กปกติ (Kaplan & Sadock; Lovaas, 1987) ซึ่งมีผลกระทบต่อบิดามารดาโดยตรง ดังรายงานการศึกษาที่พบว่าการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวมีผลกระทบทางอารมณ์ต่อบุคคลในครอบครัว เมื่อครอบครัวประเมินว่า การเจ็บป่วยนั้นเป็นการคุกคาม หรือการสูญเสียที่รุนแรง ครอบครัวก็จะเกิดความรู้สึกเครียด และ ซึมเศร้า (Danielson, Hamel-Bissell & Winstead-Fry, 1993) และครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคมในการเลี้ยงดูและค่ารักษาพยาบาล ที่ต้องใช้เวลายาวนานและต่อเนื่องในการรักษา จึงมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ส่งผลกระทบให้เกิดความยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิตขาดอิสระ และการบริหารเวลาถูกรบกวน (Bull, 1990) จากการศึกษาที่ผ่านมาทำให้ทราบถึง อาการที่เกิดกับผู้ป่วยนั้นส่งผลกระทบต่อพ่อแม่ ผู้ปกครองและรวมไปถึงครอบครัว ที่มีบทบาทในการเลี้ยงดูผู้ป่วย เนื่องจากโรคออทิสติกเป็นโรคที่ไม่พบบ่อย และมีอาการความผิดปกติที่มีลักษณะเฉพาะ ทำให้พ่อแม่และครอบครัวที่ต้องดูแลเด็กออทิสติกต้องประสบปัญหาต่าง ๆ มากมาย นับตั้งแต่รับรู้ว่า บุตรเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หาย เช่น เกิดความรู้สึกสูญเสีย ไม่ยอมรับความ

จริง ผิดหวัง เศร้า เสียใจ ท้อแท้ อับอาย โกรธ สงสาร วิตกกังวล เป็นต้น รวมทั้งภาระต่าง ๆ ในการดูแลเด็กออทิสติกที่เกิดตามมาด้วย

การเกิดอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัวเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียด (อุมาพร ตรังคสมบัติ,2540:21) ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Home,I.H and Rahe, R.H. (1967) พบว่า การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นอันดับที่ 11 และมีการเปลี่ยนแปลงถึง 40 หน่วย (Life Change Unit = LCU Value) ซึ่งถือเป็นระดับความเครียดที่ค่อนข้างสูง (Davidson and More,1996:394) นอกจากนี้ Gray (1994) ศึกษาถึงเรื่องการเผชิญปัญหาของครอบครัวเด็กออทิสติค พบว่า จากการที่อาการของผู้ป่วยโรคออทิซึมเป็นความผิดปกติที่รุนแรง เพราะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหลายด้าน ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน ทำให้ครอบครัวต้องให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานหลายปีหรือตลอดไป ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียดในระดับสูง

โดยทั่วไปบุคคลที่มีความเครียดจะมีการตอบสนองต่อความเครียดและมีการปรับตัวต่อความเครียดซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ทั้งชั่วคราวและถาวร การเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นได้ทั้งด้านสรีรวิทยา อารมณ์ และพฤติกรรม (Luckmann & Sorensen, 1987:31) ดังที่ Montgomery (1992:4-5) ได้กล่าวไว้ว่าเมื่อบุคคลเกิดความเครียดบุคคลจะใช้กระบวนการทางสติปัญญาในการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการจัดการด้วยวิธีการต่อสู้หรือถอยห่างอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อลดความไม่สบายใจจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและปรับตัวเองให้อยู่ในภาวะสมดุล สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ แต่ในกรณีที่บุคคลไม่สามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้หรือใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้เกิดภาวะไม่สมดุล และเกิดเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตขึ้นได้ และนอกจากนี้ ความเครียดที่มีความรุนแรงมากและเกิดในระยะยาวจะทำให้บุคคลเกิดการ เปลี่ยนแปลงความคิด สติปัญญา อารมณ์และทัศนคติ จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาในเรื่องผลลัพธ์การปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลเด็กออทิสติก โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาที่พบว่าได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงและมากที่สุดในครอบครัวเมื่อทราบว่าบุตรเป็นเด็กออทิสติก (Dunn et al., 2001; Weiss, 1991) และตามมาด้วยปัญหาความบาดหมางใน คู่สมรส การถูกทอดทิ้ง การใช้ความรุนแรงในครอบครัวรวมถึงความรุนแรงต่อเด็กออทิสติกด้วย (Bouma & Schweitzer, 1990; Wolf et al., 1989) เห็นได้ว่ามารดาของเด็กออทิสติกต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต และความยากลำบากต่างๆ มากมายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากมารดามีการจัดการกับปัญหาต่างๆ หรือผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดีก็จะทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ต่อตัวมารดา เช่น

ความ วิตกกังวล อาการซึมเศร้า หรือปัญหาการฆ่าตัวตาย ยังพบว่าส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนด้วย เช่น ปัญหาความรุนแรงภายในครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2543) จากผลกระทบที่กล่าวมาจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่ามารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกเป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต อันเนื่องมาจากมารดาเป็นบุคคลที่สังคมกำหนดภารกิจที่สำคัญ เช่น บทบาทการทำหน้าที่แม่ ภรรยา และภาระด้านการงานต่างๆ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543) ที่นอกจากผลลัพธ์การปรับตัวที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อมารดา ครอบครัวและสังคมโดยตรงแล้วมีผลกระทบต่อการดูแลเด็ก ออทิสติก ดังรายงานการศึกษาที่พบว่ามารดาต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกตลอดเวลา ทำให้มารดาที่ดูแลเด็ก ออทิสติกมีความเปราะบางต่อภาวะซึมเศร้า ไม่มีสังคม ไม่พึงพอใจในชีวิตสมรส และส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกลดลง (Rodrigue, Morgan & Geffen as cited in Dunn et al., 2001) อันจะมีผลต่ออาการของโรคออทิสติกที่มีรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นอีกด้วย

ถึงแม้ว่า เรายังไม่พบ การศึกษาในเรื่องผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกโดยตรง แต่การศึกษาดังกล่าวนั้นก็เชื่อมโยงทำให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาการปรับตัวของมารดาอันเกิดจากการจัดการกับความเครียดในการดูแลบุตรที่มีความผิดปกติ ที่มีลักษณะคล้ายกันกับเด็กออทิสติก เช่น ความบกพร่องด้านพัฒนาการ ความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การติดต่อสื่อสาร ได้อย่างชัดเจน

ในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชซึ่งใช้กระบวนการพยาบาล และตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด ในเรื่องการประเมินปัญหา การดูแล การช่วยเหลือ และการให้คำปรึกษาแก่เด็กออทิสติก ที่ครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กออทิสติก โดยเฉพาะมารดาที่มีหน้าที่หลักในการดูแลเด็กออทิสติก พยาบาลจึงเป็นวิชาชีพผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงปัญหาที่แท้จริงและให้การช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการมากที่สุด เพื่อให้สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้เต็มตามศักยภาพของตนเอง รวมไปถึงสามารถป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจที่จะเกิดกับผู้ดูแล ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของเด็กออทิสติกที่เกิดจากการขาดการดูแล ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา โดยเลือกที่จะศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร ระดับความรุนแรงของอาการ ปัจจัยด้านการรับรู้ต่อเหตุการณ์ (Perception of the event) ได้แก่ การรับรู้อาการบุตร และปัจจัยด้านระบบเกื้อหนุนค้ำจุน (Situational Support) ได้แก่ การสนับสนุนของสามี และศึกษาถึงการประเมินสถานการณ์ความเครียด และการเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก โดย

เลือกศึกษาในมารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวแตกต่างกันออกไป ภายใต้แนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่ยังไม่พบว่ามีผู้ทำการศึกษา เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจถึงลักษณะผลลัพธ์การปรับตัว การประเมินสถานการณ์ความเครียด และการเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็ก ออทิสติกในประเทศไทยให้มีความชัดเจน และสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้มารดาสามารถปรับตัวต่อความความเครียดที่เกิดจากการดูแลบุตร และสามารถดูแลบุตรเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. มารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกมีผลลัพธ์การปรับตัวอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการบุตร และการสนับสนุนของสามี มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างไร
3. มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวแตกต่างกัน จะมีการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการดูแลเด็กออทิสติกอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการบุตร และการสนับสนุนของสามี กับ ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก
3. ศึกษามารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกที่มีผลลัพธ์การปรับตัวสูงและต่ำมีการประเมินสถานการณ์ความเครียด และการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน

แนวเหตุผลและสมมุติฐาน

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) เป็นแนวทางในการศึกษา ที่มีมโนทัศน์สำคัญคือ ความเครียด การประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัว โดยให้ความหมายของความเครียด (Stress) ว่า เป็นภาวะที่บุคคลประเมินสถานการณ์ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลัง เพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้น การเผชิญความเครียด (Coping) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งในรูปของการกระทำ (Behavior) และความนึกคิด

(Cognitive) เพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรืออาจต้องดึงแหล่งประโยชน์จากภายนอกเข้ามาช่วยเหลือเพิ่มเติม ซึ่งจะมีผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวในด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Function) ด้านขวัญกำลังใจ (Morale) และด้านสุขภาพกาย (Somatic Health) จากแนวคิดดังกล่าวทำให้ได้แนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกและการศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของมารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกัน โดยการกำหนดสมมติฐานดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual determinants)

ในมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกนั้น มารดาจะพบกับปัญหาและความยุ่งยากในการดูแล ทำให้ความรู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่คุกคามความสมดุลของจิตใจ มารดาก็จะใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ จัดการกับสิ่งที่คุกคามต่อความสมดุลของจิตใจ โดยใช้ความพยายามทั้งด้านความคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ โดยใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในตัวของมารดาเอง จากสังคมรอบข้างและสิ่งที่เกิดขึ้นออกมาเป็นผลลัพธ์การปรับตัว ปัจจัยส่วนบุคคลจึงเป็นทรัพยากรที่มีอยู่ในตัวมารดา ดังที่ Aguilera & Messick (1982: 63-64) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลย์ทางอารมณ์ ได้แก่ การใช้กลไกในการเผชิญความเครียด (Coping Mechanism) ซึ่งในการเผชิญความเครียดที่บุคคลใช้นั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล ดังที่ Rowland (1989:44) กล่าวถึงปัจจัยส่วนบุคคลว่ามีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด อันได้แก่ พัฒนาการส่วนบุคคล อายุ ความชำนาญของบุคคล คุณค่าและความเชื่อ ซึ่งรวมถึงการเจ็บป่วยในอดีต และความเชื่อทางศาสนา นอกจากนี้พบว่ามีผู้ศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคล อันได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของมารดา โดยจะทำให้มารดาแสดงพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่เป็นผลลัพธ์การปรับตัว ที่แตกต่างกันออกไป สรุปได้ดังนี้

อายุ อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดผลลัพธ์การปรับตัวของบุคคล ทั้งนี้ Mercer (1981:74-75) กล่าวว่าอายุเป็นส่วนหนึ่งที่แสดงถึงการมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และมีผลโดยตรงต่อการปรับตัวต่อเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ Lazarus (1984) ได้กล่าวว่า การได้ผ่านประสบการณ์และมีวุฒิภาวะสูงขึ้นจะทำให้บุคคลเลือกใช้การเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น เมื่อบุคคลมีการเลือกใช้การเผชิญความเครียดต่างกันจึงมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ซ้ำ ซึ่งทำให้ผลลัพธ์การปรับตัวของบุคคลแตกต่างกันด้วย จึงสรุปได้ว่า อายุที่ต่างกันทำให้

ประสบการณ์ที่มีต่อความเครียดแตกต่างกัน ทำให้มีการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเลือกวิธีการเผชิญความเครียด และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นแตกต่างกันด้วย

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลมีวุฒิภาวะสูงขึ้น (สมยศ นาวีการ,2538) ทำให้บุคคลรับทราบและเข้าใจถึงปัญหา ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า สามารถใช้การเรียนรู้ในอดีตและใช้พฤติกรรมที่เคยใช้ประสบผลสำเร็จมาแล้ว มาเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Jalowice & Power, 1981: 10-15) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ralp (1981: 75) ที่ศึกษาพบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการปรับตัวดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ ดังนั้นระดับการศึกษาจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาทั้งทางตรงและทางอ้อม

รายได้ของครอบครัว รายได้ของครอบครัวหรือฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นตัวเสริมแรงที่มีต่อภาวะจิตใจของมารดา ต่อระดับความเครียด เนื่องจากเศรษฐกิจเป็นสิ่งที่สำคัญของครอบครัว พบว่ามารดาที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจที่ไม่มั่นคง มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จะทำให้มารดามีความสามารถในการปรับตัวสู่ภาวะปกติได้ลดลง (Jensen, 1977: 138-140)โดยมารดาจะมีความคิดว่า การเกิดของบุตรเป็นสิ่งที่ทุกข์ใจ ยุ่งยาก และอาจทำให้มารดาไม่ต้องการดูแลบุตรของตนเอง (Jensen, Bensen and Bobak,1981:705) ดาราวรรณ กำเสียงใส (2538) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จำนวนบุตร จำนวนบุตรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา เพราะ มารดาที่มีบุตรจำนวนน้อย ไม่ต้องรับบทบาทในการดูแลบุตรคนอื่น ๆ ทำให้มีเวลาเต็มที่กับบุตรมากกว่ามารดาที่มีบุตรหลายคน ที่ต้องมีบทบาทในการดูแลบุตรคนอื่น ๆ และรวมไปถึงภาระงานบ้านที่มีเพิ่มมากขึ้น (Turner & Helms,1983:364) จากการศึกษาของ Mirr (1991:232) โดยการสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัวที่มีสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็พบว่าในครอบครัวที่กล่าวว่ายังมีบุตรคนอื่น ๆ ที่อยู่ที่บ้าน ที่ต้องการการดูแลและเอาใจใส่ และมี 3 ครอบครัวที่กล่าวว่าบุตรที่อยู่ที่บ้านมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในบิดามารดามากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาต่อความเครียดได้ไม่ดี

การรับรู้อาการบุตร การรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยของบุตรเป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่มีต่ออาการเจ็บป่วยของบุตรทำให้มารดาแต่ละคนมีการปรับตัวที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้เพราะการรับรู้เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยสมองจะตีความหรือแปลความหมายข้อมูลที่ได้รับจากความรู้สึกทางประสาทสัมผัสของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้าทำให้บุคคลทราบว่าสิ่งเร้าที่มาสัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร (Garrison & Magoon, 1972:637) องค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเพื่อ

คงไว้ซึ่งภาวะสมดุลย์คือ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ (Perception of the event) เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น หากบุคคลรับรู้เหตุการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ก็สามารถช่วยให้บุคคลนั้นหาหนทางที่จะแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง และโดยทางอ้อม Alquilera & Messick (1974) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด ที่สำคัญคือการรับรู้ต่อเหตุการณ์ เมื่อบุคคลรับรู้ต่อเหตุการณ์ถูกต้องตรงความเป็นจริงจะสามารถแก้ปัญหาเพื่อลดความเครียดได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม แต่ถ้ารับรู้เหตุการณ์ผิดการแก้ปัญหาก็จะไม่สำเร็จ ความเครียดจะยังคงมีต่อไป ดังนั้นการรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยในตัวบุตร ซึ่งเกิดจากการประเมินสถานการณ์ของมารดาตามความเป็นจริง จะมีผลถึงการเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวด้วยเช่นกัน

2. ระดับความรุนแรงของอาการ

ในเด็กออทิสติกที่มีความผิดปกติ และความล่าช้าทางด้านสังคม ด้านการสื่อความหมายและการจินตนาการนั้น ทำให้เด็กออทิสติกแตกต่างจากเด็กปกติอย่างชัดเจน ความแตกต่างนี้ส่งผลให้บิดามารดา หรือผู้ดูแลเกิดความเครียดและวิตกกังวลกับอาการผิดปกติดังกล่าว และพบว่าระดับความเครียดที่เกิดจากการดูแลนั้นมีความสัมพันธ์กับอาการความผิดปกติในเด็กออทิสติกโดยที่เด็กออทิสติคที่มีความผิดปกติแต่ละด้านที่มีความรุนแรงมาก หรือมีอาการแทรกซ้อนเช่น การได้รับบาดเจ็บทางกาย ภาวะปัญญาอ่อน จะส่งผลต่อระดับความเครียดของบิดามารดาในการที่จะจัดการกับความผิดปกตินั้น ๆ (e.g., Belsky, Spanier, & Rovine, 1983; McBride, 1989; B. Miller & Solbie, 1980; Ventura, 1987) นอกจากนี้ Steinhauer (1974) ได้ทำการศึกษา ปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่มีต่อความเครียดของมารดา พบว่าปฏิกิริยามากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคของบุตร พบว่าอาการอ่อนเพลียจากการเจ็บป่วยและการพยากรณ์ที่ไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดีมาก่อนจะทำให้มารดามีความเครียดมากขึ้น และนอกจากระดับความรุนแรงของความผิดปกติที่เกิดกับบุตรโดยตรงแล้ว อาการความผิดปกติที่รุนแรงทำให้ต้องใช้ระยะเวลาการรักษานานและมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ด้านความต้องการกับแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ และพบว่าความต้องการมีมากกว่าแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนก็จะเกิดความความเครียดอย่างรุนแรง ส่งผลให้การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม และเกิดผลลัพธ์การปรับตัวที่เป็นอันตรายต่อตัวมารดา จากแนวคิดในเรื่องระดับความรุนแรงของอาการความผิดปกตินั้นมีผลโดยตรงต่อกระบวนการเผชิญความเครียดของมารดาที่แตกต่างกันด้วย

3. การสนับสนุนของสามี

จากความผิดปกติของบุตรออทิสติกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้านกับมารดา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มารดาจะรู้สึกว่าเครียดจากสภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงนั้น โดยอาจเป็นความรู้สึกเศร้า แยกตัว รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าไม่มีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม ทำให้มารดาต้องการความรัก และการเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะจากสามี เพราะสามีมีความใกล้ชิดสนิทสนมเป็นผู้ที่มารดามีความไว้วางใจมากที่สุด (Lieberman, 1983) เป็นความรักความผูกพัน ความเข้าใจ มีการแบ่งปัน และการพึ่งพาซึ่งกันและกันเป็นพื้นฐาน ทำให้มารดารู้สึกว่าตนไม่ถูกทอดทิ้ง เดียวดาย มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิตสมรส ซึ่งมีผลทำให้ระดับความเครียดลด ความรุนแรงลง เนื่องจากการสนับสนุนจากสามีทำให้มารดารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่รักและต้องการของสามี ดังที่ Aguelera & Messick (1982:63-64) กล่าวถึงระบบเกื้อหนุนค้ำจุน (Situational Support) อันได้แก่ญาติพี่น้อง สามี แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลที่มีความสำคัญกับบุคคล หากสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนค้ำจุนมีเพียงพอจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความหวังซึ่งจะเป็นแรงสนับสนุนให้มารดาเผชิญความเครียดโดยพยายามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถปรับตัวต่อการปรับตัวที่เกิดขึ้นต่อไปอย่างเหมาะสม (weiss cited in Diamond & Jone,1983:146) และยังส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์การปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลบุตร (Hrulock,1980:324)

จากเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

1. อายุของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก
2. ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวก กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก
3. รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวก กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก
4. จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์ กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก
5. การรับรู้อาการบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวก กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก
6. ระดับความรุนแรงของอาการบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบ กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก
7. การสนับสนุนของสามีมีความสัมพันธ์ทางบวก กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาหน้าที่มีหน้าที่ดูแลบุตรอายุ 3-5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติก เป็นเวลานานอย่างน้อย 1 ปี

2. ตัวแปรที่ศึกษามีดังนี้

2.1 ผลลัพธ์การปรับตัว

2.2 อายุ

2.3 ระดับการศึกษา

2.4 รายได้ของครอบครัว

2.5 จำนวนบุตร

2.6 การรับรู้อาการบุตร

2.7 ระดับความรุนแรงของอาการ

2.8 การสนับสนุนของสามี

2.9 การประเมินสถานการณ์ความเครียด

2.10 การเผชิญความเครียด

คำจำกัดความในการวิจัย

ผลลัพธ์การปรับตัว หมายถึง ผลลัพธ์ของกระบวนการประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกที่เกิดจากการดูแลบุตรโรคออทิสติก ซึ่งมี 3 ด้าน ได้แก่

1. ผลลัพธ์การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถของมารดาเด็กออทิสติกในการแสดงบทบาทที่ตนดำรงอยู่ในสังคม เช่น บทบาทการทำงานอาชีพ บทบาทการทำงานบ้าน และความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพทางเพศ สัมพันธภาพกับญาติ สัมพันธภาพในสังคม และประสิทธิภาพของการประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหาเป็นต้น

2. ผลลัพธ์การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ หมายถึง ภาวะอารมณ์ของมารดาเด็กออทิสติกที่เกิดจากความพึงพอใจในการกระทำของตนเอง และการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เช่น ความรู้สึกไม่สุขสบายทางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนเอง เป็นต้น

3. ผลลัพธ์การปรับตัวด้านสุขภาพกาย หมายถึง ภาวะสุขภาพกายของมารดาเด็กออทิสติกที่เป็นผลมาจากการดูแลบุตร เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคทางด้านร่างกายทั่วไป การกำเริบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวที่มีอยู่เดิม เป็นต้น

อายุ หมายถึง อายุของนักศึกษานับหน่วยจำนวนเต็มเป็นปี

ระดับการศึกษา หมายถึง ระยะเวลาที่มารดาใช้ศึกษาในสถาบันการศึกษาจนจบการศึกษาสูงสุดนับจำนวนเต็มเป็นปี

รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายรับเฉลี่ยของบุคคลในครอบครัวของเด็กออทิสติกรวมกันในการใช้จ่ายต่อเดือน แบ่งรายได้ของครอบครัวออกเป็น โดยกำหนดเป็นความพอเพียงในการใช้จ่าย และการเก็บออม

จำนวนบุตร หมายถึง จำนวนบุตรมีชีวิตที่มารดาเป็นผู้ให้กำเนิด และต้องใช้บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของมารดาในการอบรมเลี้ยงดูตั้งแต่แรกเกิด โดยในจำนวนนี้ต้องรวมถึงเด็กออทิสติกด้วย

การรับรู้อาการบุตร หมายถึง ผลการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับอาการความผิดปกติของบุตรโรคออทิสติก ถึง ระดับความรุนแรง ที่เกิดจากอาการของโรค อาการแทรกซ้อน ต่าง ๆ ที่เกิดจากความผิดปกติของโรคออทิสติค โดยที่การรับรู้นั้นเกิดจาก ประสบการณ์ในการดูแลบุตรและการได้รับข้อมูลจากบุคคลอื่น ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เพื่อน ในด้าน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การควบคุมอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการสื่อภาษา แบ่งการรับรู้ความรุนแรงตามอาการของบุตรเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. มีความรุนแรงของอาการออทิสติกสูง หมายถึง การรับรู้ของมารดาที่มีต่ออาการความผิดปกติของบุตรว่ามีอาการความรุนแรงสูงมากโดยที่มารดาไม่สามารถให้การช่วยเหลือหรือจัดการกับสถานการณ์ความรุนแรงนั้นได้เลย

2. มีความรุนแรงของอาการออทิสติกปานกลาง หมายถึง การรับรู้ของมารดาที่มีต่ออาการความผิดปกติของบุตรว่ามีอาการความรุนแรงในระดับปานกลางโดยที่มารดาสามารถให้การช่วยเหลือบุตรหรือสามารถจัดการกับความผิดปกติของบุตรได้บางส่วน

3. มีความรุนแรงของอาการอาการออทิสติกต่ำ หมายถึง การรับรู้ของมารดาที่มีต่ออาการความผิดปกติของบุตรว่ามีอาการความรุนแรงน้อยโดยที่มารดาสามารถให้การช่วยเหลือบุตรหรือสามารถจัดการกับความผิดปกติของบุตรได้ในทุก ๆ สถานการณ์

ระดับความรุนแรงของอาการ หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการความผิดปกติของโรคออทิสติก จากพฤติกรรมและการเรียนรู้ ประเมินจากแนวทางการจำแนกอาการความผิดปกติด้วย DSM IV และ ออทิสติก สเปคตรัม (เพ็ญแข ลิ่มศิลา,2540) การประเมินประกอบด้วย 4 หัวข้อใหญ่ ดังนี้

1. การสูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
2. การสูญเสียการสื่อความหมายทางสังคม
3. การสูญเสียจินตนาการ
4. อาการความผิดปกติที่พบร่วมและอาการแทรกซ้อนต่างๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการด้วยตนเอง จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจร่างกายจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

การสนับสนุนจากสามี หมายถึง การสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมที่มารดาของเด็กออทิสติกได้รับจากสามี ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์หรือติดต่อสื่อสาร ในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น ได้รับคำแนะนำ ได้รับข้อมูล ได้รับกำลังใจ ตลอดจนแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ซึ่งจะทำให้มารดาเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีอารมณ์มั่นคง เกิดความรู้สึกมั่นใจ สามารถแก้ปัญหาได้ตรงตามความต้องการของมารดา ตลอดจนร่วมในการช่วยเหลือดูแลบุตรที่เป็นเด็กออทิสติก

การประเมินสถานการณ์ความเครียด หมายถึง การที่มารดาของเด็กออทิสติกพิจารณาตัดสินเหตุการณ์การดูแลบุตรโรคออทิสติกว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง ก่อให้เกิดความเครียด ที่เป็นการรับรู้ของมารดาว่าทำให้ตนเองรู้สึก กังวลใจ เครียด ไม่สบายใจ หรือยุ่งยากใจมากที่สุด รวมถึงสถานการณ์นั้นทำให้มารดารู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายและสถานการณ์นี้อาจจะเป็นอันตราย แต่มีทางควบคุมได้ หรือมีแนวทางที่จะทำให้สถานการณ์นั้นดีขึ้น หรือ เป็นสิ่งคุกคามที่มารดารู้สึกว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจจะมีอันตรายหรือสูญเสียเกิดขึ้นในอนาคต หรือ เป็นสิ่งอันตรายหรือสูญเสียที่มารดารู้สึกว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความเสียหายกับชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ถึงทางเลือก หรือแหล่งประโยชน์ที่มารดาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์การดูแลบุตรโรคออทิสติก ถึงลักษณะปริมาณและความเพียงพอ

การเผชิญความเครียด หมายถึง กระบวนการที่มารดาของเด็กออทิสติกพยายามทั้งการกระทำ และความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการประเมินตัดสินสถานการณ์

ความเครียดที่เกิดจากการดูแลเด็กโรคออทิสติก ซึ่งความพยายามนี้จะต้องใช้แหล่งประโยชน์เกินกว่าธรรมดา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ผลการวิจัยที่ได้เป็นพื้นฐานและแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงในการช่วยเหลือ มารดา ให้สามารถเผชิญกับความเครียดในการดูแลบุตรออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการของ มารดา อย่างแท้จริง
2. เป็นพื้นฐานการทำวิจัยในเรื่องความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการบุตร และการสนับสนุนของสามี กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก และศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของมารดาที่ผลลัพธ์การปรับตัวแตกต่างกัน จึงทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ออทิสติกและครอบครัว
   1.1 โรคออทิซึม
   1.2 ครอบครัวเด็กออทิสติก
2. การพยาบาลเด็กออทิสติก
3. ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman
   3.1 การประเมินสถานการณ์ความเครียด
   3.2 การเผชิญความเครียด
   3.3 ผลลัพธ์การปรับตัวต่อความเครียด
4. ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ออทิสติคและครอบครัว

1.1 โรคออทิซึม

ออทิซึม (Autism / Autistic disorder) เป็นโรคที่ได้รับการรายงานครั้งแรกโดยจิตแพทย์ชาวอเมริกัน แห่ง Johns Hopkin University Leo Kanner (1943) โดย Kanner ได้อธิบายถึงความผิดปกติของเด็กจำนวน 11 คน ที่เขาพบว่ามีอาการแปลก ๆ เช่น การเลียนเสียง พูดช้า ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ แสดงกิริยาซ้ำ ๆ ไม่สนใจผู้อื่น เล่นคนเดียวและไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง จากนั้น เขาได้ติดตามอาการผิดปกติของเด็กเหล่านี้อยู่เป็นเวลา 5 ปี พบว่าเด็กเหล่านี้มีลักษณะแตกต่าง จากเด็กปัญญาอ่อน โดยมีอาการแยกตัว ไม่สนใจผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม จนเหมือนมีโลกของตนเอง Kanner เรียกอาการของเด็กเหล่านี้ว่า ออทิสซึม (Autism) ซึ่ง หมายถึง แยกตัว โดยเน้นความผิดปกติที่เป็นความบกพร่องด้านสังคม (Social defects of the disorder) ซึ่งจะแตกต่างจากอาการแยกตัวในโรคจิตเภท (Schizophernia) (Schreibman,1988:31;olley,1992:3;ศุภรัตน์ เอกอัศวิน,2534:1)

ต่อมาในปี 1964 Rimland ได้เขียนหนังสือเรื่อง Early Infantile Autism : The Syndrome and Its Implication for a Natureral Theory of Behavior ซึ่งเป็นหนังสือที่เขาเขียนขึ้นจากประสบการณ์ตรงจากการที่เขามีลูกชายเป็นออทิซึม เขาพบหลักฐานที่เป็นสาเหตุของออทิซึมว่าไม่ได้เกี่ยวข้องกับความผิดปกติด้านจิตใจหรือทางจิตเวชศาสตร์ ทำให้ Rimland เริ่มให้ความสนใจค้นคว้าด้านระบบประสาทวิทยา (Olley,1992:5) นอกจากนี้ในปี 1967 Bruno Bettleheim ยังได้ค้นพบและสร้างทฤษฎีธรรมชาติของเด็กออทิสติกว่ามีสาเหตุส่วนใหญ่จากการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีอารมณ์เฉยเมย เย็นชา ไม่เอาใจใส่ในตัวบุตร ซึ่งสอดคล้องกับสิ่งที่ Kanner ได้เคยศึกษากับพ่อแม่ของเด็กออทิสติกที่เป็นคนชั้นกลางที่มีการศึกษาและฐานะค่อนข้างดีว่ามีลักษณะการเลี้ยงดูลูกเข้มงวดและเฉยชาเช่นกัน (Schreibman,1998:13;Olley,1992:5) นับเป็นเวลากว่า 50 ปี ตั้งแต่ศาตราจารย์ Kanner รายงานถึงโรคออทิซึม แพทย์และนักวิชาการต่างพยายามศึกษารายละเอียดต่างๆ ของโรค ทั้งด้านสาเหตุ พฤติกรรม พัฒนาการทางสติปัญญาและการบำบัดรักษา จากการศึกษาที่ผ่านมา จะพบว่า เด็กจะมีความผิดปกติตั้งแต่เด็ก คือ ก่อนอายุ 3 ปี และความผิดปกติของเด็กแต่ละคน จะมีความรุนแรง ไม่เท่ากัน (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน,2539:1)

1.1.1 การวินิจฉัยโรคออทิซึม

การวินิจฉัยอาการของโรคออทิซึม เป็นการอธิบายลักษณะความผิดปกติของพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตอาการ (observation) โดยศาสตราจารย์ แคนเนอร์ ปี 1943 และส่งผลให้มีแพทย์และนักวิชาการหลายท่าน เช่น Rimland (1964) Wanar และ Ruttenbeg (1976) ,Rutterr (1978) และ Schopler และ คณะ (1980) ได้ทำการศึกษา โดยพยายามที่จะอธิบายและให้คำจำกัดความ เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิซึมมากขึ้น (Schreibman,1988:Volkmar,1991,Olley,1992) ต่อมาในปี 1987 ได้มีการรอบรวมศึกษาลักษณะพฤติกรรมที่ผิดปกติของเด็กออทิสติคเพื่อเป็นข้อบ่งชี้ ให้เหมือนกันทั่วโลกโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatrie Association) ซึ่งใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัย ตาม DSM III – R (The Revision of The Third edition of the Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder) โดยได้จำแนกให้ออทิสซึมอยู่ในกลุ่มความผิดปกติด้านการพัฒนาแบบแผ่กระจาย (Pervasive Developmental Disorder = PDD'S) เพื่อแยกออกจากสภาวะปัญญาอ่อน พัฒนาการผิดปกติด้านภาษา การขาดความสามารถในการเรียนรู้แบบจำเพาะ โรคจิตเภท รวมทั้งความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบเก็บตัว (เพ็ญแข ลิ่มศิลา. 2538 ; Scheribman , 1988 ; Volkmar, 1991 ; Olley, 1992)

ในปี ค.ศ.1996 ได้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกัน โดยใช้ DSM – IV (The Diagnostic and Satistical Manual of Mental Disorder, 4 edition) เพื่อให้สามารถเพิ่มความน่าเชื่อถือของการตัดสินการวินิจฉัยโรคโดยบ่งถึงลักษณะที่ชัดเจนของความผิดปกติของกลุ่มอาการต่าง ๆ และมีข้อบ่งชี้สำหรับการวินิจฉัยอาการผิดปกติของโรคออทิซึม (Autistic Disorder) ซึ่งนายแพทย์ปราโมทย์ สุดพิชย์ และนายแพทย์มาโนช หล่อตระกูล ได้แปลและเรียบเรียงจาก Desk Reference to the Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder, 4 edition (DSM - IV) ดังนี้

A เข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ 6 ข้อ หรือมากกว่า จากหัวข้อ (1) (3) (3) โดยอย่างน้อยต้องมี 2 ข้อจาก หัวข้อ (1)และจาก หัวข้อ (2) และ (3) อีกหัวข้อละ 1 ข้อ

(1) มีคุณลักษณะในการเข้าสังคมที่ผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 2 ข้อ ต่อไปนี้

(ก) บกพร่องอย่างชัดเจนในการใช้ท่าทางหลายอย่าง เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า กิริยาหรือท่าทางประกอบการเข้าสังคม

(ข) ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับที่เหมาะสมกับอายุได้

(ค) ไม่แสดงความอยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงานให้เกิดความสำเร็จ

(ช) ไม่มีอารมณ์ หรือสัมพันธภาพตอบสนองต่อสังคม

(2) มีคุณลักษณะในการสื่อสารผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้

(ก) พัฒนาการในการพูดช้า หรือไม่มีเลย (โดยไม่แสดงออกว่าอยากใช้การสื่อสารวิธีอื่นมาทดแทน เช่น การแสดงท่าทาง)

(ข) ในรายที่มีการพูดได้ ก็ไม่สามารเริ่มพูดหรือสนทนาต่อเนื่องกับคนอื่นได้

(ค) ใช้คำพูดซ้ำ หรือใช้ภาษาที่ไม่มีใครเข้าใจ

(ง) ไม่มีการเล่นสมมุติที่หลากหลาย คิดเองตามจินตนาการ หรือการเล่นเลียนแบบสิ่งต่าง ๆ ตามสมควรกับพัฒนาการ

(3) มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด ใช้ซ้ำ ๆ และลักษณะเป็นเช่นเดิม โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้

(ก) หมกมุ่นกับพฤติกรรมซ้ำ ๆ (Sterotyped) ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป และความสนใจในสิ่งต่าง ๆ มีจำกัด ซึ่งเป็นภาวะที่ผิดปกติทั้งในแง่ของความรุนแรง หรือสิ่งที่สนใจ

(ข) ติดกับกิจวัตร หรือย้ำทำกับบางสิ่งบางอย่างที่ไม่มีประโยชน์โดยไม่ยืดหยุ่น

(ค) ทำกิริยาซ้ำ ๆ (Menerism) เช่น เล่นสะบัดมือ หมุน โยกตัว

(ง) สนใจ หมกมุ่นกันเพียงบางส่วนของวัตถุ

B. มีความช้า หรือผิดปกติด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ ก่อนอายุ 3 ปี (1) ปฏิสัมพันธ์กับสังคม (2) ภาษาที่ใช้สื่อสารกับสังคม หรือ (3) เล่นสมมุติหรือเล่นตามจินตนาการ

การวินิจฉัย “ภาวะออทิสติค สเปคตรัม” ซึ่งแพทย์หญิงเพ็ญแข ลิ่มศิลาได้แปลและเรียบเรียงจาก Autistic spectrum disorders : an aid to diagnosis ประกอบด้วย 4 หัวข้อใหญ่ ดังต่อไปนี้

การสูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

1 ในรายที่มีระดับความรุนแรงอย่างมาก จะเห็นลักษณะของเด็กที่แยกตัวจากผู้อื่นอย่างเด่นชัด และไม่แสดงความสนใจต่อบุคคลทั่วไปอาจพบเด็กออทิสติคบางคนมีความต้องการที่จะได้รับการสัมผัสทางร่างกายบ้างจากผู้ที่เคยใกล้ชิดเด็กเท่านั้น แต่เป็นความต้องการจากการกระทำที่ซ้ำ ๆ ยอมให้เกามือ เกาเท้า เกาหลังขณะก่อนนอนเท่านั้น เด็กบางคนจะแสดงลักษณะการติดผู้ใหญ่

ที่ใกล้ชิดและเป็นผู้เลี้ยงดูเท่านั้น แต่จะไม่สนใจเด็กอื่น ๆ ที่อยู่ในวัยเดียวกันเลย ไม่สนใจคนแปลกหน้า อาจจะยอมให้คนแปลกหน้าอุ้มได้โดยไม่แสดงอาการหวาดกลัว ในรายที่มีความรุนแรงน้อย เด็กจะแสดงอาการเฉยเมย ไม่โต้ตอบเมื่อมีคนมาทักทาย บางครั้งอาจจะแสดงท่าทางว่ามีความพอใจบ้าง แต่ไม่เข้าไปหาหรือเข้าไปใกล้คนที่เขาพอใจ

เด็กออทิสติกบางรายอาจจะเข้าไปหาคนอื่น ๆ ในลักษณะที่แปลก ๆ ไม่สมเหตุสมผล ทำแบบซ้ำ ๆ โดยไม่แสดงความสนใจต่อปฏิกิริยาของคนที่เด็กเข้าไปหาเลย เช่น เด็กจะวิ่งเข้าไปหาคนแปลกหน้าและใช้มือไปแตะกระเป๋าถือ หรือเอามือไปลูบกระโปรง หรือก้มลงดูรองเท้า โดยไม่สนใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลนั้นเลย

2 เด็กออทิสติกวัยรุ่น หรือเมื่อเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสามารถดี จนอยู่ในสังคมได้ ก็อาจพบว่าเขายังไม่มีความสามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เหมาะสม แม้แต่กับคนในครอบครัว หรือกับเพื่อนที่เคยเรียนด้วยกันมาเป็นระยะเวลาหลายปี โดยการแสดงท่าทีเหมือนกับยังเป็นคนแปลกหน้ากันอยู่

การสูญเสียการสื่อความหมายทางสังคม

1 ม่สามารถสื่อความหมายกับผู้อื่นได้ แม้แต่เด็กออทิสติกที่สามารถพูดได้มากแล้ว เขาก็ยังพอใจเพียงแต่จะพูดเท่านั้น โดยไม่สนใจว่าจะมีใครฟังเขาหรือไม่ เขาไม่สนใจที่จะโต้ตอบหรือไม่สามารถสนทนากับผู้อื่นได้

2 ไม่สามารถเข้าใจว่า ภาษานั้นเป็นสื่อสำหรับการเข้าสังคมและการแสดงออกทางอารมณ์ได้ เด็กจะมุ่งสนใจแต่ความต้องการของตัวเองเท่านั้น โดยไม่สนใจและไม่เข้าใจในความคิดอารมณ์หรือการแสดงออกของบุคคลอื่นเลย

3 มีความสามารถน้อยมากที่จะเข้าใจการสื่อความหมายโดยการใช้ท่าทาง การแสดงออกทางสีหน้า การแสดงท่าทางล้อเลียนการเปล่งเสียง

4 บางรายอาจจะแสดงออกทางท่าทางได้แต่ก็จะมีลักษณะที่แปลกประหลาดและไม่สมเหตุสมผลในการที่จะสื่อความหมายกับคนอื่น

5 ในรายที่มีความสามารถเข้าใจและใช้คำศัพท์จนพูดเป็นประโยคได้อย่างถูกต้อง ก็มักจะพูดถึงแต่สิ่งที่ตนสนใจเท่านั้น ไม่สามารถใช้เป็นสื่อเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้

การสูญเสียการจินตนาการ

1 ไม่สามารถเล่นโดยใช้จินตนาการ หรือเล่นโดยการสมมุติใช้สิ่งของหรือของเล่นหรือแม้แต่กับบุคคล เช่น ผู้เขียนพยายามจะชักจูงให้เด็ก ออทิสติกอายุ 5 ปี เล่นโดยเทาท่อนไม้เล็ก ๆ มาต่อเป็นรถไฟ เด็กจะไม่เข้าใจและเล่นไม่เป็น

2 มีความโน้มเอียงที่จะเลือกสนใจแต่ในสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือสิ่งที่ไม่ใช่ส่วนสำคัญของสิ่งของที่พบอยู่ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก มากกว่าการเข้าใจความหมายของภาพรวมทั้งหมดของสิ่งของนั้น ๆ จากการจินตนาการ เช่น สนใจแต่กระดุมเสื้อของตุ๊กตาแทนที่จะสนใจเล่นตุ๊กตาทั้งตัว สนใจล้อรถไฟของเล่นมากกว่ารถไฟทั้งขบวน สนใจแต่การปิดเปิด สวิทซ์ของวิทยุแทนเครื่องวิทยุ มีปฏิกิริยากลัวแต่เข็มฉีดยา โดยไม่สนใจหรือกลัวพยาบาลที่ถือเข็มฉีดยาเลย

3 เด็กออทิสติกบางคน จะมีพฤติกรรมที่แสดงออกจากการสร้างจินตนาการในขอบเขตที่จำกัด ส่วนใหญ่จะเป็นการลอกเลียนแบบมาจากละครในโทรทัศน์ที่เด็กสนใจดูซ้ำ ๆ เด็กมักจะกระทำซ้ำ ๆ เช่น การเปิดดูหนังสือบางประเภทโดยเฉพาะ แบบเปิดดูไปเรื่อย ๆ หรือมีความสนใจอยู่ในวงแคบและจำกัดที่ซ้ำซาก

4 เด็กออทิสติคจะขาดความสนใจในจุดมุ่งหมายของการใช้คำที่ต่อเนื่องกันอย่างซับซ้อน เช่น การใช้คำมาประกอบกันเพื่อการสนทนา นอกจากนี้ยังขาดแรงจูงใจที่จะทำความเข้าใจในความคิดและการกระทำของบุคคลอื่น

การกระทำซ้ำ ๆ

1 การกระทำซ้ำ ๆ แบบที่เห็นได้ง่ายและไม่ซับซ้อน เช่น การกระดิกนิ้วมือไปมา หมุนสิ่งของ ชอบมองสิ่งของที่กำลังหมุน ของเคาะ ขูด แกะ เกา หรือลูบไล้ไปตามพื้นหรือตามสิ่งของ ชอบสำรวจตรวจตราขณะเดิน ชอบใช้มือลูบเนื้อผ้าบางอย่าง มีการโยกตัวไปมา กระโดด แกะเกาตามตัว โขกศีรษะหรือทำร้ายตนเอง กัดฟันหรือกรีดร้องเป็นเวลานาน ๆ

2 การกระทำซ้ำ ๆ ที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับวัตถุ เด็กออทิสติกจะติดสิ่งของอย่างใดอย่างหนึ่งมาก โดยไม่มีจุดมุ่งหมายเด่นชัด หลงไหลสิ่งของอย่างเดิม เสียงเดิม ชอบจัดสิ่งของให้มีระเบียบ ชอบสะสมของให้มีจำนวนมาก ๆ

3 การกระทำซ้ำ ๆ ที่ซับซ้อนในกิจวัตรประจำวัน เด็กออทิสติกส่วนใหญ่ต้องเดินไปตามทางเดินที่เคยเดินไปในครั้งแรก ต้องเข้านอนตรงเวลา มิฉะนั้นจะมีพฤติกรรมแสดงออกว่าไม่สบายใจ

4 การกระทำซ้ำ ๆ ทางการพูดหรือแบบนามธรรม เด็กออทิสติกจะหลงไหลกับหัวข้อใดหัวข้อหนึ่ง เช่น เรื่องของไฟฟ้า ดาราศาสตร์ ชอบถามแต่คำถามซ้ำ ๆ และต้องการฟังคำตอบที่ซ้ำ ๆ เช่นกัน

ข้อสังเกต การกระทำซ้ำ ๆ นั้น ยังมีความแตกตามไปกว่านี้อีกมากโดยไม่มีที่สิ้นสุดและนอกจากนี้อาการความผิดปกติของโรคออทิซึมยังมีลักษณะของพฤติกรรมผิดปกติที่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปได้ตามพัฒนาการของเด็กออทิสติกที่พบได้ดังนี้

ปัญหาด้านภาษา

1 มีปัญหาในการเข้าใจเกี่ยวกับการพูด ซึ่งอาจจะมีตั้งแต่ไม่สามารถเข้าใจได้เลย

2 มีความผิดปกติในการพูด เช่น

- ไม่พูดเลยแม้แต่คำเดียว ได้แต่ส่งเสียงที่ไม่เป็นภาษา

- พูดลอกเลียนแบบทันทีเมื่อเด็กได้ยินคล้ายนกแก้นกขุนทอง เช่น ถ้าถามว่า “ หนูชื่ออะไร” เด็กพูดตามทันทีว่า “หนูชื่ออะไร”

- พูดลอกเลียนแบบที่เคยได้ยินมานานแล้ว ทำให้เด็กพูดภาษาของตัวเองจนฟังเหมือนภาษานก ภาษากา ภาษาต่างดาว เป็นต้น

- พูดซ้ำซาก ซึ่งอาจจะเป็นการพูดเป็นคำหรือวลีหรือประโยคเดิมซ้ำไปมาโดยไม่สนใจว่าจะมีผู้ฟังหรือไม่

- พูดไม่ถูกต้องตามไวยากรณ์ การพูดเป็นคำหรือวลีหรือประโยคเดิมซ้ำไปซ้ำมาโดยไม่สนใจว่าจะมีผู้ฟังหรือไม่

- พูดไม่ถูกต้องตามไวยากรณ์ การพูดเรียงประโยคไม่ถูกต้อง เช่น พูดว่า “ ฟ้าบินบนนก “ แทนการพูดว่า “ นกบินบนฟ้า “ เป็นต้น

- มีความสบสนในคำที่ออกเสียงคล้ายกัน เช่น ถามเด็กว่า “ ไอศครีมที่หนูกำลังรับประทานรสอะไร “ เด็กตอบทันทีว่า “ รถโตโยต้า “ เป็นต้น

- มีปัญหาในการใช้สรรพนามบุรพบท หรือคำอื่น ๆ ที่สามารถเปลี่ยนความหมายได้

3 ไม่สามารถควบคุมการส่งเสียงของตัวเองได้ เช่น เสียงสูงต่ำ เสียงดังค่อย และการเน้นเสียงได้

ความผิดปกติของการสบตาและการมอง

1 เด็กชอบมองไปมาด้านข้างมากกว่ามองตรง ๆ มักจะมองผ่านไปมามากกว่าการมองจับจ้องทั้งคนและสิ่งของ

2 มองบุคคลและสิ่งของด้วยการชำเลืองอย่างรวดเร็วมากกว่าที่จะมองจ้อง

3 มองบุคคลและสิ่งของแบบจับจ้องนานจนเกินไป เหมือนจะมองให้เห็นทะลุปรุโปร่ง มักจะพบในเด็กโตมากกว่า

ปัญหาเกี่ยวกับการลอกเลียนแบบการเคลื่อนไหวของร่างกาย

1 มีความยากลำบากในการลอกเลียนแบบการเคลื่อนไหวแม้แต่การเคลื่อนไหวง่าย ๆ เช่น การโยกตัวตามแบบอย่าง บางรายอาจจะมีการพัฒนาในด้านการลอกเลียนแบบการเคลื่อนไหวของร่างกายนี้ได้เมื่ออายุมากขึ้น

2 มีความสับสนในเรื่องการเรียนรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวตามคำสั่ง เช่น การโยกตัวไปมาทางซ้าย ขวา หน้า หลัง บน ล่าง เป็นต้น

ปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย

1 ถ้าเด็กออทิสติกมีอาการตื่นเต้นหรือรู้สึกวิตกกังวล เด็กมักจะควบคุมตัวเองไม่ได้เลย จะพบว่ามีการกระโดดขึ้น ๆ ลง ๆ หรือโบกมือไปมา หรือกระดิกนิ้วมือซ้ำ ๆ หรือโยกตัวไปมา หรือโคลงศีรษะไปมา หรือแสยะหน้า หรือวิ่งไปมาโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย เป็นต้น

2 เด็กออทิสติกบางรายชอบเดิน เขย่ง และแกว่งแขนไม่ไปตามกัน

3 ลักษณะท่าทางแปลก ๆ ที่พบได้บ่อย ขณะเด็กออทิสติก อยู่ในโลกของตัวเอง คือ การนอนคุดคู้อยู่ใต้เตียง ใต้โต๊ะ หรือในตู้ที่เปิดไว้ หรือมักจะยืนนิ่ง ก้มศีรษะงอแขนบริเวณข้อศอกและทำข้อมือตก

4 เด็กออทิสติกบางรายจะมีการเคลื่อนไหวที่ไม่น่าจะเป็นไปได้ด้วยตนเอง โดยไม่ได้เรียนรู้มาจากใคร เคยพบเด็กโรงเรียนยุวประสาทไวทโยปถัมป์ สามารถตีลังกาได้โดยไม่เป็นอันตราย หรือเด็กใช้มือเดินแทนเท้าได้เป็นเวลานาน ๆ หรือเด็กสามารถทรงตัวโดยใช้มือข้างเดียวยันที่พื้นตั้งตัวตรงขาชี้ฟ้าอยู่ได้เป็นชั่วโมง โดยไม่แสดงอาการเหนื่อยล้า หรือเด็กสามารถโหนรายของเล่นและแกว่งตัวจนเป็นวงกลม หรือเด็กสามารถลอดใต้โต๊ะเรียนและเก้าอี้ที่วางต่อกันเป็นระยะยาวได้จนมองดูเหมือนงูเลื้อยไปตามพื้น

การตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางความรู้สึกอย่างผิดปกติ

เด็กออทิสติกจะแสดงความไม่สนใจหรือแสดงความไม่สบายใจหรือแสดงว่ามีความผูกพันเมื่อได้ยินเสียงใดเสียงหนึ่ง หรือมองเห็นภาพใดภาพหนึ่ง อาจจะไม่แสดงความเจ็บปวดเมื่อกัดมือตัวเองจนเลือดออก หรือโขกศีรษะตัวเองจนศีรษะแตกเป็นแผลลึก เด็กจะไม่รับรู้ว่าร้อนหรือเย็นตน บางครั้งรับประทานของร้อนจัดจนปากพอง เด็กออทิสติกจะไม่ชอบความสกปรก หรือความเหนียวเหนอะหนะบนมือ จึงมักจะปฏิเสธกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องใช้มือ เช่น การปั้นแป้งโด เด็กออทิสติกบางรายจะผูดพันกับรสใดรสหนึ่งหรือกลิ่นใดกลิ่นหนึ่งโดยเฉพาะเด็กไม่ชอบการถูกสัมผัสจากบุคคลอื่น การตอบสนองต่อสิ่งเร้าอาจจะแตกต่างจากบุคคลทั่วไป เช่น การเอามือปิดตาเมื่อไม่ชอบเสียงที่ได้ยินแทนการปิดหู

การแสดงออกทางอารมณ์ไม่สมเหตุสมผล

เด็กออทิสติกบางรายไม่กลัวในสิ่งที่เป็นอันตราย เช่น ถ้าเด็กเห็นสุนัขจรจัดบนถนน เด็กจะตรงเข้าไปหาทันที ทั้ง ๆ ที่สุนัขกำลังเห่ากรรโชก หรือจะกลัวสิ่งของที่ไม่เป็นอันตราย เช่น เด็กจะกรีดร้องเมื่อเห็นโคมไฟฟ้า หรือจะตกใจกลัวสถานการณ์ที่ไม่ความกลัว เช่น การพาเด็กไปเล่นเครื่องเล่นตามห้างสรรพสินค้าต่าง ๆ เป็นต้นการแสดงออกทางอารมณ์ไม่สมเหตุสมผล เช่น เด็กหัวเราะเมื่อเห็นเด็กคนอื่นบาดเจ็บ ปฏิกิริยาเหล่านี้มีผลมาจากเด็กไม่สามารถเข้าใจความหมายในความรู้สึกและการกระทำของบุคคลอื่น

มีความผิดปกติของหน้าที่ และพัฒนาการทางกายภาพ

1 แบบแผนในการนอนหลับเบี่ยงเบน เด็กออทิสติกบางคนจะนอนหลับในตอนกลางวันแทนกลางคืน นอนหลับช่วงเวลาสั้น ๆ เด็กออทิสติกส่วนมากจะทนต่อผลของยานอนหลับ และการสะกดจิต

2 ในการรับประทานและการดื่มเบี่ยงเบนไป เช่น การรับประทานอาหารไม่รู้จักอิ่ม รับประทานมากเกินไปจนปวดท้องและอาเจียน การดื่มน้ำเป็นจำนวนมาก เป็นต้น

3 ไม่มีความรู้สึกหรือแสดงอาการว่าเวียนศีรษะเลยหลังจากเด็กหมุนตัวเองไปรอบ ๆ เป็น

ระยะเวลานาน ถ้าสังเกตให้ดีจะเห็นว่าเด็กออทิสติคที่หมุนตัวไปมารวดเร็วและเป็นเวลานาน เมื่อหยุดทันทีจะไม่แสดงอาการมึนงงและลักษณะโงนเงนเลย

4 มีลักษณะพฤติกรรมแสดงอย่างเด่นชัดถึงภาวะที่มีวุฒิภาวะไม่สมวัย และการแสดงออกทางสีหน้าที่ไม่สอดคล้องกับอารมณ์

มีความสามารถพิเศษเฉพาะอย่างที่เห็นเด่นชัด

1 ความสามารถพิเศษที่ไม่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางด้านภาษา เช่น มีความสามารถพิเศษในการเล่นหรือฟังดนตรี การคิดคำนวณ การถอดและการประกอบเครื่องมือจักรกล หรือเครื่องใช้ไฟฟ้า การประกอบภาพตัวต่อ หรือการเล่นของเล่นที่สร้างสรรค์ เช่น การประกอบแผ่นพลาสติกให้ต่อกันจนเป็นรูปร่างสวยงามได้เป็นอย่างดี หรือการวาดรูปตามแบบที่เด็กสนใจ เป็นต้น

2 มีความจดจำที่ดีเลิศจนดูว่าผิดปกติ เปรียบเสมือนเครื่องคอมพิวเตอร์ ที่มีหน่วยความจำจำนวนมาก เช่น สามารถจำข้อความในหนังสือบทเรียนได้ทั้งเล่ม สามารถจำโคลง ฉันท์ กาพย์ กลอนที่ได้เคยฟังหรืออ่านเพียงครั้งเดียวได้โดยไม่ผิดเลย มีความสามารถในการจำพระนามของพระมหากษัตริย์ราชวงจักรีได้ทุกพระองค์สามารถพูดตามข่าวต่าง ๆ จากโทรทัศน์ สามารถจำทางจากบ้านไปโรงเรียนได้ดี

ปัญหาทางด้านพฤติกรรม

เด็กออทิสติกมีการกระทำที่แสดงออกถึงวุฒิภาวะที่ไม่สมวัยมีท่าทางที่ไร้เดียงสาไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้เลย เด็กออทิสติกบางรายจะไม่รู้จักความอาย

<u>ตัวอย่าง</u> ความผิดปกติทางพฤติกรรมมีดังนี้

- เด็กดูดนมได้ไม่ดี เหมือนกับไม่มีแรงดูด กลืนน้ำนมไม่เป็น ทำให้น้ำนมไหลออกมาทางมุมปากทั้งสองข้าง ในช่วงสัปดาห์แรก ๆ บางรายอาจจะมีความผิดปกติเช่นนี้ได้เป็นเดือน
- เด็กที่มีพฤติกรรมเงียบเฉย เป็นเด็กดีจนเกินไป ไม่เคยเรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้นเมื่อเวลาหิว หรือเวลาปัสสาวะ หรือถ่ายอุจจาระเปรอะเปื้อน หรือในทางตรงกันข้ามเด็กอาจจะกรีดร้องเสียงดังโดยไม่ยอมหยุดและหาสาเหตุของการร้องไห้ไม่ได้
- เด็กแสดงท่าทีไม่ชอบและไม่สนใจที่จะให้คนอุ้มหรือกอดรัด
- เด็กแสดงพฤติกรรมไม่ชอบอย่างมากถ้าถูกเปลี่ยนผ้าอ้อมหรืออาบน้ำ หรือสระผม

- เด็กแสดงความไม่สนใจคนที่มาดูแลเด็กทุกคน ไม่ว่าจะเป็นพ่อ แม่ พี่เลี้ยง เด็กจะชอบการอยู่คนเดียวมากกว่า แต่อาจจะมีการติดใครคนใดคนหนึ่งได้บ้าง แต่เป็นลักษณะการติดบุคคลที่ไม่เหมือนเด็กปกติทั่วไปในวัยเดียวกัน

- เด็กไม่มองตาแม่ หรือบุคคลอื่นแม้แต่ขณะที่อุ้มให้ดื่มนม

- เด็กไม่แสดงกิริยาท่าทางหรือส่งเสียงเพื่อให้คนเลี้ยงเข้ามาหา

- ถ้าเด็กเห็นคนเลี้ยงเข้าใกล้ จะมองเลยไปไม่แสดงปฏิกิริยาอยากจะให้อุ้ม เช่น ไม่ยกแขนขึ้นและแอ่นตัวเหมือนเด็กปกติ

- เด็กไม่มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ เช่น ยิ้ม หรือ หัวเราะเมื่อคนเลี้ยงเล่นด้วย

- เด็กไม่สามารถลอกเลียนแบบได้ แม้แต่การกระทำง่าย ๆ เช่นการตบมือ

- เด็กไม่ส่งเสียงอ้อแอ้ อาจจะมีบ้างแต่ก็น้อยมาก

- เด็กไม่โต้ตอบ โดยการส่งเสียงคุยแบบเด็กทารกกับคนเลี้ยงดู

- ถ้าเด็กต้องการอะไรจะชี้นิ้วไปที่สิ่งนั้นไม่เป็น ได้แต่จับมือบุคคลที่อยู่ใกล้ไปที่สิ่งนั้นแทน

- เด็กไม่สามารถดึงคนเลี้ยงดูให้สนใจในสิ่งของที่เด็กกำลังสนใจหรือให้สนใจของเล่น ทำท่าทางเฉยเมย

- เด็กไม่สามารถแสดงอาการดีใจ หรือโบกมือทักทายคนที่คุ้นเคยหรือใกล้ชิดกับเด็ก

- เด็กจะมีความผูกพันอย่างมากกับสิ่งของบางอย่าง เช่น หลอดดูดน้ำ เชือกเส้นเล็ก ๆ ใบไม้เพียงใบเดียว แสงไฟสว่าง รูปแบบในกระดาษติดผนัง สวิทซ์ไฟ ชอบการปิดเปิดไฟฟ้า วิทยุโทรทัศน์ หรือก๊อกน้ำซ้ำ ๆ การกดชักโครกซ้ำ ๆ เป็นต้น

- ความรู้สึกของคนเลี้ยงดู สามารถจะบอกได้ถึงความแปลกประหลาดหรือการแตกต่างของพฤติกรรมของเด็กจากเด็กปกติอื่น ๆ ในวัยเดียวกัน

1.1.2 ลักษณะของโรคออทิซึม

ออทิซึม (Autism) เป็นกลุ่มอาการผิดปกติที่แสดงพฤติกรรม ให้เห็นว่าเด็กไม่สามารถพัฒนาด้านสังคม การพูด การใช้ภาษา และการสื่อความหมายตามวัยอย่างเหมาะสม เด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะมีลักษณะภายนอกที่ดูเหมือนเด็กปกติทั่วไป เด็กส่วนใหญ่จะมีหน้าตาน่ารัก ในช่วงวัยทารกจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เป็นปกติ ไม่ว่าจะเป็น ส่วนสูง น้ำหนักตัว การยิ้ม การคว่ำ การนั่ง และการเดิน แต่ก็มีลักษณะที่สามารถสังเกตในทารกที่มีอาการออทิซึม โดยมีลักษณะความผิดปกติที่แสดงให้เห็น 2 ลักษณะ คือ เด็กที่ร้องกวนมาก ส่งเสียงกรีดร้องทั้งกลางวันและกลางคืน ไม่ว่าอุ้ม ปลอบอย่างไรก็ไม่หยุดร้อง เวลาอุ้มก็จะทำตัวแข็งขืน และจะร้องมากขึ้น ในเวลา

อาบน้ำหรือเปลี่ยนผ้าอ้อม เด็กจะต่อต้านทุกสิ่งทุกอย่างซึ่งทำให้พ่อแม่จะรู้สึกเหนื่อยล้ากับการเลี้ยงดูลูกลักษณะนี้ ในทางตรงข้าม ความผิดปกติที่สามารถสังเกตได้อีกลักษณะ คือ เด็กจะนอนนิ่งเงียบไม่ร้องกวน ไม่ว่าจะรู้สึกหิว หรือเปียก จนดูเหมือนเป็นเด็กเลี้ยงง่าย แต่พ่อแม่ก็จะเริ่มวิตกกังวล ต่อลักษณะความเฉยเมยของเด็กว่าลูกมีความผิดปกติหรือเปล่า และในช่วงขวบปีแรกนี้ สิ่งที่พ่อแม่สามารถสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน คือ การที่เด็กไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง ไม่ว่าจะเป็นการสัมผัสของแม่จากการอุ้มหรือกอดรัด เด็กจะไม่ซุกตัว หรือโอบกอดตอบ เด็กจะไม่แสดงความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นผู้คนหรือ สัตว์ที่ผ่านไปมานอกจากนี้ เด็กจะไม่มองหน้าหรือสบตาพ่อแม่ ไม่มองตามเสียงเรียก ไม่แสดงอาการอยากรู้อยากเห็นสิ่งใด จะมองไปรอบ ๆ ตัวแบบไร้จุดหมาย นอกจากจะเป็นสิ่งที่ถูกใจ เช่น แสงไฟระยิบระยับ หรือพัดลมที่หมุน โดยจะใช้เวลาจ้องมองวัตถุนั้น ๆ เป็นเวลานาน (รจนา ทรรทานนท์,2527 : 21-22 ; เพ็ญแข ลิ่มศิลา ,2538 : 364 – 365 ; ชูศักดิ์ จันทยานนท์ , 2540 : 28)

ช่วงอายุที่สามารถสังเกตพฤติกรรมที่เรียกว่าแบบออทิซึมได้อย่างชัดเจนจะเป็นช่วงระยะ 2 –3 ปี เพราะเป็นช่วงที่เด็กจะมีพัฒนาการการแสดงออก การเรียนรู้ ความอยากรู้อยากเห็นความซุกซนมาก โดยเฉพาะ การพูด การใช้ภาษา และการสื่อความหมาย เด็กวัยนี้จะเริ่มพูด เริ่มเข้าใจความหมาย การเล่น การเข้าสู่สังคม พ่อแม่จะพบว่าลูกที่เป็นเด็กออทิสติก จะไม่แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ เด็กจะยังคงเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เล่นคนเดียว ที่สังเกตได้ชัดคือ การที่เด็กยังไม่พูด จนพ่อแม่คิดว่าลูกพูดช้าเอง หรือมีปัญหาทางการได้ยิน แต่เป็นเพราะเด็กไม่สามารถพูดหรือสื่อภาษาได้ เด็กจะไม่เข้าใจความหมายของภาษาที่พูดออกไป จะเป็นการพูดโดยเลียนเสียง ในบางรายที่สามารถพูดได้ก็จะมีภาษาพูดเฉพาะของตนเอง ที่คนอื่นไม่สามารถเข้าใจได้ ทำให้เด็กไม่สามารถพูดโต้ตอบหรือบอกความต้องการของตนเองได้ เด็กออทิสติกจะเริ่มมีการแสดงออกทางอารมณ์ ในช่วงอายุ 4 – 5 ปี เด็กบางคนจะแยกตัวอยู่ในโลกของตนเองอย่างชัดขึ้น มีลักษณะท่าทางแปลก ๆ ชอบทำอะไรซ้ำ ๆ เช่นการนั่งโยกตัวไปมาเป็นเวลานาน ๆ กรอบลูกตาไปมา นั่งจ้องมองแสงไฟนาน ๆ หรือการวิ่งไปมาโดยใช้ปลายเท้าเป็นเวลานาน ๆ เด็กออทิสติกบางคนที่มีอาการรุนแรงอาจมีการทำร้ายตนเองหรือสิ่งของ เอะอะอาละวาด แต่เด็กพวกนี้จะไม่สามารถปกป้องตนเองจากอันตรายจากการถูกรังแก หรือถูกทำร้ายร่างกายได้ ซึ่งพ่อแม่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และจากการที่เด็กยังไม่สามารถพูด หรือ บอกความต้องการของตนเองได้ ทำให้ต้องเป็นภาระของพ่อแม่ในการที่จะต้องให้การดูแลเด็กแทบทุกเรื่อง นับตั้งแต่การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเล่น ซึ่งเด็กออทิสติกจะช่วยเหลือตนเองได้น้อย เมื่อเทียบกับเด็กปกติในวัยเดียวกัน และในการช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันของเด็กออทิสติคก็จะต้องปฏิบัติให้เหมือนเดิมทุกวัน เด็กจะไม่ยอมให้มีการเปลี่ยนแปลง เช่น จะต้องนั่งเก้าอี้ตัวเดิมทุกครั้งเวลา

รับประทานอาหาร แม้แต่อาหารที่รับประทานก็จะต้องเป็นชนิดเดิม เด็กออทิสติกจะเริ่มหงุดหงิด โมโห อาละวาด ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจะวันนอกจากนี้ พฤติกรรมในช่วยอายุ 4 – 5 ปี ของเด็กที่จะสามารถพบเห็นความผิดปกติได้อีกลักษณะหนึ่ง คือ การเล่น ซึ่งในเด็กปกติจะมีการเล่น โดยใช้จินตนาการ การเล่นบทบาทสมมุติ เช่น เล่นเป็น พ่อ – แม่ ครู – นักเรียน การเล่นขายของ เล่นกับของเล่น เช่น เอาตุ๊กตามาเล่นเป็นลูก ซึ่งจะสามารถเล่นได้กับเด็กในวัยเดียวกัน หรือเล่นกับผู้ใหญ่ แต่ในเด็กออทิสติกจะไม่สามารถเล่นโดยใช้จินตนาการได้ ลักษณะการเล่น จะเป็นการวิ่งไปมา เล่นคนเดียว เล่นน้ำ เล่นทราย เด็กจะไม่รู้จักวิธีการเล่นกับคนอื่น มีความสนใจเพียงสั้น ๆ หรือถ้าต้องการของเล่นในขณะที่เด็กคนอื่นเล่นอยู่ เด็กออทิสติกก็จะเข้าไปแย่ง หรือผลักออกจากของเล่นนั้น เพราะเด็กออทิสติกจะไม่รู้จักการขอหรือรอคอย จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการโดยไม่สนใจผู้อื่น (รจนา ทรรทานนท์, 2527 ; เพ็ญแข ลิ่มศิลา , 2538 ; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน , 2539 ; ชูศักดิ์ จันทยานนท์ , 2540)

เด็กออทิสติกเมื่อโตขึ้น หรืออายุเกิน 5 ปี จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะด้านอารมณ์และสังคม เด็กจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้น โดยเด็กจะเริ่มมีการตอบสนอง ต่อการแสดงความรักของพ่อแม่ พ่อแม่จะรู้สึกว่า ลูกมีความน่ารัก รู้เรื่องและเข้าใจสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น โดยเฉพาะถ้าเด็กออทิสติกได้รับการช่วยเหลือ ปรับพฤติกรรม หรือฝึกการใช้ภาษาก็จะทำให้เด็กสามารถสื่อสารกับพ่อแม่ได้ดีขึ้น ฉะนั้นในการที่เด็กออทิสติก จะได้รับการช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในช่วงเวลาที่เหมาะสม หรือไม่อย่างไรขึ้นอยู่กับความใกล้ชิดเอาใจใส่จากพ่อแม่ ในการที่จะค้นพบความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับลูก และการได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะมีผลอย่างยิ่งต่อความรู้สึกและการตัดสินใจของพ่อแม่ เพราะจะหมายถึงการเริ่มขึ้นของการบำบัดรักษา ส่งผลต่ออนาคตและการพยากรณ์โรคของเด็กออทิสติก (รจนา ทรรทานนท์, 2527 ; เพ็ญแข ลิ่มศิลา, 2538)

1.1.3 ระดับสติปัญญาของเด็กออทิสติก

ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ในเด็กออทิสติกพบว่า พ หรือ ร้อยละ 80 ของเด็กออทิสติกมักจะมีภาวะทางปัญญาอ่อนร่วมด้วย คือที่ระดับ IQ น้อยกว่า 70 และระดับ IQ นี้ จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงอนาคตของเด็กออทิสติก (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2539 : 3, Volkmar, 1991 : 502) ซึ่งจากการศึกษาของ Ritvo และ Freeman ในปี 1978 ถึงระดับ IQ ของเด็กออทิสติกพบว่า ร้อยละ 60 จะมีระดับ IQ ต่ำกว่า 50 ร้อยละ 20 จะมี IQ อยู่ระหว่าง 50 – 70 และอีก ร้อยละ 20 วัดระดับ IQ ได้ 70 ขึ้นไป (Schreibman, 1988: 25) นอกจากนี้การศึกษาของ National Society for Autistic Children (NSAC) นอกจากนั้นยังพบว่าร้อยละ 80 ของเด็กออทิสติก มักมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กปกติ และ อีก

ร้อยละ 20 จะมีปัญหาด้านการพูด การใช้ภาษา ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม และปัญหาการเรียนรู้อื่น ๆ ซึ่งส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อพฤติกรรมการปรับตัว (Olley, 1992 : 4) สำหรับเด็กออทิสติกที่มีระดับสติปัญญาปกติ บางคนจะมีความสามารถหรือมีทักษะพิเศษ (special skills) เด็กบางคนมีความจำที่ดีมาก เช่น การจำตัวเลขต่าง ๆ ที่มีจำนวนมาก ๆ เด็กจะมีความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับตัวเลขได้ดีกว่าคำพูด สามารถบวกเลขในใจได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง บางคนมีทักษะทางด้านดนตรี สามารถร้องเพลงได้ดี สามารถจดจำสถานที่ต่าง ๆ ได้อย่างแม่นยำ จดจำของเล่นของตนเองได้ทุกชิ้น ซึ่งความจำเหล่านี้ไม่เกี่ยวข้องกับความสามารถ หรือความเข้าใจในเรื่องของการพูดและการใช้ภาษา (รจนา ทรรทานนท์, 2527 ; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน , 2539)

1.1.4 อุบัติการณ์และความชุกของโรค

การศึกษาทางระบาดวิทยาของเด็กออทิสติก ที่เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายที่สุดคือการศึกษาของ Lotter ในปี 1966 โดยการสำรวจเด็กระหว่าง 8-10 ปี ที่เมืองมิดเดลเซ็ก (Middlesex) ในประเทศอังกฤษ พบความชุกของโรคในเด็กออทิสติก 4-5 คน ต่อ 10,000 คน (Schreibman, 1988 : 36-37 ; Volkmar, 1991 : 500 ; Olley, 1992 : 8) และต่อมามีผลการศึกษาที่สนับสนุนข้อมูลของ Lotter ได้แก่ การศึกษาในประเทศเดนมาร์ค ของ Barsk และผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ของ While Trefert ในปี 1970 ซึ่ง พบความชุกของการเกิดออทิซึม 3 : 1 ต่อ 10,000 คน โดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง ในอัตรา 4 : 1 ถึง 5 : 1 และพบว่าถ้าเป็นในเด็กหญิงจะมีอาการรุนแรงกว่า (พยอม อิงคตานุวัฒน์, 2524 : 122-123 ; Schreibman, 1988 : 37 ; Zahmer and Pauls cited in Volkmar, 1991 : 500)

สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีรายงานการศึกษาทางระบาดวิทยา นอกจากรายงานจำนวนผู้ป่วยเด็กออทิสติคที่เข้ารับบริการตามโรงพยาบาลหรือสถานบริการต่าง ๆ ที่แสดงจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี และจากการศึกษาของแพทย์หญิง เพ็ญแข ลิ่มศิลา ในปี 2538 รายงานการพบอัตราการเกิดออทิซึม ของเด็กที่มารับบริการ ของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ในเด็กชาย : เด็กหญิง เป็น 3.3 : 1 (เพ็ญแข ลิ่มศิลา, 2538 : 365)

1.1.5 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดโรคออทิซึม

ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ในระยะแรกของการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคออทิซึมเชื่อว่าสาเหตุเกิดจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีลักษณะอารมณ์เย็นชาเฉยเมย ทำให้เด็กเกิดความบกพร่องในการพัฒนาความผูกพันทางอารมณ์และสังคม ต่อมามีแนวคิดว่าเกิดจากการมีพยาธิสภาพในสมอง และจากการศึกษาที่ผ่านมาของนักวิจัย / นักทฤษฎี ที่ให้ความสนใจถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความ

ผิดปกติและปัญหาของโรคออทิซึม ได้ข้อค้นพบสรุปถึงปัจจัยหรือกลไกพื้นฐานหลัก 3 ประการที่น่าจะเป็นสาเหตุของอาการโรคออทิซึม คือ ปัจจัยอิทธิพลของสังคม และสิ่งแวดล้อม (Environmental and social Influences) ความบกพร่องหรือความผิดปกติของสติปัญญาและการเรียนรู้ (Cognitive dificits and Abnormalitis) และปัจจัยทางชีววิทยา (biological factors) (Schreibman, 1988 : 48 ; Romanzyk dt,al, ; Tsai and Ghaziuddin, 1992)

อิทธิพลของสังคมและสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาของ Kanner (1943) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างเด็กออทิสติก และสิ่งแวดล้อมทางสังคม ที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติ Kanner อธิบายว่าสาเหตุเกิดจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่ อย่างเย็นชา ห่างเหิน ครอบงำ และการขาดอารมณ์และความรู้สึกที่อบอุ่น Kanner ยังได้ตั้งข้อสังเกตลักษณะของพ่อแม่เหล่านั้นว่า ส่วนใหญ่จะมีสติปัญญาดี มีการศึกษาสูงโดยที่บิดามักมีอาชีพเป็นแพทย์ นักวิชาการ หรือทนายความ ส่วนมารดาก็มีการศึกษาระดับปริญญาและมักมีบุคลิกภาพแบบเฉยเมย มีลักษณะของนักวิชาการ เจ้าระเบียบ เก็บตัว ไม่ค่อยชอบยุ่งเกี่ยวกับคนอื่นและไม่มีอารมณ์ขัน ซึ่งบุคลิกภาพแบบนี้ทำให้ไม่ค่อยมีพฤติกรรมที่อบอุ่น หรือการแสดงความรักใคร่เอ็นดูแก่ลูก ๆ เด็ก ๆ มักจะได้รับการเลี้ยงดูแบบครอบครัวที่เหนือกว่าครอบครัวอื่น ๆ แยกตัวจากสังคมทั่วไป จนเกิดการขนานนามว่า เป็นพ่อแม่ที่เย็นชาแบบตู้เย็น (refrigerator parents) และอีก 12 ปีต่อมา Kanner ก็ยังยืนยันถึงลักษณะของพ่อแม่เด็กออทิสติก ว่ามักจะเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาและ สติปัญญาดี รวมทั้งสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดี ซึ่งงานของเขาเป็นข้อถกเถียงวิพากย์วิจารณ์ของนักวิจัยหลายท่านอีกต่อมาว่า ค่อนข้างมีอคติจากการเก็บข้อมูล (พะยอม อิงคตานุวัฒน์, 2524 : 122-123 ; Schreibman, 1988 : 49-52 ; Volkmar, 1991 : 503) อย่างไรก็ตาม Kanner ก็เชื่อว่าน่าจะมีปัจจัยอื่น นอกจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่เป็นสาเหตุของความผิดปกติ จนกระทั่งในปี 1954 เขาได้ตั้งข้อสงสัยว่า โรคออทิซึมเป็นปรากฏการณ์ชีวสังคม (biosocial phenomenon) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาระหว่าง แนวโน้มของพยาธิสภาพ กับเงื่อนไขทางสังคม หรือเด็กออทิสติกได้รับผลความเจ็บปวดของครอบครัวที่มีแนวโน้มจะแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งทำให้เขาคิดว่าอาการออทิซึมน่าจะเป็นแต่แรกเดิดและมีปัจจัยทางพยาธิสภาพซึ่งมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมบางอย่างที่เกิดขึ้น ที่ทำให้พัฒนาไปเป็นอาการของโรคออทิซึม (Schreibman, 1988 : 49)

ในการศึกษาของ Baker, Rutter และคณะ ในระหว่างปี 1970-1978 ถึงปัจจัยที่น่าจะเป็นสาเหตุของอาการของโรคออทิซึม พบว่าการที่เด็กปฏิเสธหรือต่อต้านพ่อแม่เป็นการตอบสนองต่อพ่อแม่ที่มีบุคลิกภาพเบี่ยงเบน ครอบครัวมีความแตกแยกมีความเครียด ครอบครัวมีรูปแบบการสื่อสารที่บกพร่อง ผิดปกติ หรือจากการที่เด็ก ๆ ได้รับการกระตุ้นที่ไม่เพียงพอ ซึ่งผลการศึกษานี้

สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ Bettelheim ได้ทำการศึกษาไว้ในปี 1967 ถึงขั้นตอนการแสดงอาการโรคออทิซึม ว่าเกิดจากการที่เด็ก ๆ มักจะมีความไวต่อการรับรู้ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่ผิดปกติ และเด็กมักมีพ่อแม่ที่ไม่มีความเต็มใจ หรือไม่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกได้ ทำให้เด็ก ๆ แสดงปฏิกิริยาแยกตัว เงียบเฉย เพื่อเป็นการป้องกันตนเองจากปฏิกิริยาต่าง ๆ ของพ่อแม่ เขาเชื่อว่าปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่เด็กได้รับจากพ่อแม่ในสัปดาห์แรกของชีวิตจะมีผลต่อการเกิดอาการโรคออทิซึมในเด็ก (Schreibman, 1988)

ถึงแม้ว่าสมมุติฐานทางจิตวิทยา ในเรื่องทางการศึกษาหาสาเหตุของออทิซึม จะเชื่อว่าบุคลิกภาพของพ่อแม่ แบบแผนการเลี้ยงดู และความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูก น่าจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความบกพร่องหรือความผิดปกติต่าง ๆ แต่สมมุติฐานเหล่านี้ก็อยู่บนเงื่อนไขที่ซึ่งเป็นนัย (implicit assumption) ที่ไม่สามารถพิสูจน์ให้เห็นได้ประจักษ์ชัดเจน ในทางวิทยาศาสตร์ได้ เช่น ในเรื่อง การตีความ และแรงจูงใจของทารก (infant interpretation and motivation) ซึ่งอย่างไรก็ตามเมื่อมีการปรับปรุงข้อบ่งชี้สำหรับการวินิจฉัยอาการออทิซึม (DSM –III -R) ของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาในปี 1987 และมีการรับรองผลงานวิจัยต่าง ๆ ก็พบว่า โรคออทิซึมพบไม่มากในครอบครัวที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ แต่ Freeman และ Ritvo เคยสรุปไว้ในปี 1988 ว่า โรคออทิซึมสามารถพบได้ทั่วไป ในทุกส่วนของโลก ทุกเชื้อชาติ ทุกสีผิว และพบได้ในครอบครัวทุกประเภท (Schreibman, 1988 : 48-55 ; Bristal and Schopler, 1989 : 250)

ความบกพร่องหรือความผิดปกติของสติปัญญาและการเรียนรู้

ปัจจัยพื้นฐานที่จะแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการด้านการเรียนรู้และสติปัญญาของเด็กคือความสามารถในการใช้ภาษาและการแสดงออกทางสังคม ในระยะแรก ๆ Kanner เชื่อว่า เด็กออทิสติกจะมีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพราะจากการสังเกต เขาพบว่า เด็กเหล่านี้มีลักษณะท่าทางและหน้าตาเป็นปกติ แต่จากการศึกษาในระยะต่อมาพบว่า พ หรือร้อยละ 80 ของเด็กออทิสติกมักจะมีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2539 : 3 ; Olley, 1991 : 4) โดยในการทดสอบระดับสติปัญญา (IQ test) ของเด็กออทิสติก เด็กจะสามารถทำแบบทดสอบที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมได้ดีกว่าการตอบคำถาม หรือการใช้คำพูด และยังพบว่าเด็กออทิสติกจะมีความยากลำบากในเรื่องความเข้าใจ ความคิดที่เป็นนามธรรม การใช้จินตนาการ การลำดับเรื่องราว ขั้นตอน ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่ได้เห็นหรือได้ยินมา แต่จะมีทักษะที่ดีในเรื่องความจำที่เป็นแบบท่องมากกว่าความเข้าใจ (Volkmar, 1991 : 502 Romanizyk และคณะ , 1992 : 24)

ในปี 1983 Rutter ได้ศึกษาถึงความบกพร่องด้านการเรียนรู้ในเด็กออทิสติก ซึ่งพบว่าความผิดปกติที่เหมือน ๆ กัน ในเด็กออทิสติกทุกราย คือ ความผิดปกติด้านสังคมและการพูด โดยจะมี

ความผิดปกติในด้านการใช้ภาษาหรือการสื่อสารที่ชัดเจนแตกต่างจากเด็กปัญญาอ่อน หรือเด็กพิการอื่น ๆ รวมทั้งการไม่สามารถใช้ภาษาท่าทาง ในการสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ ซึ่งการมีความผิดปกติหรือความบกพร่องในการพัฒนาการด้านภาษา จะส่งผลต่อพัฒนาการด้านการเรียนรู้ และ ระดับสติปัญญาเป็นอย่างมาก และยังเป็นสิ่งที่สำคัญในการทำนายอาการหรือการพยากรณ์ของโรค (Schreibman, 1988 : 65 ,Volkmar, 1991 : 506) นอกจากนี้ Prior ยังได้ศึกษาถึงความบกพร่องในการรับรู้ของเด็กออทิสติกในปี 1984 พบว่า เกิดจากความผิดปกติของการเรียนรู้และความเข้าใจเรื่องสัญลักษณ์ ในเด็กออทิสติกที่มีระดับสติปัญญาปกติ จะสามารถเข้าใจและใช้ภาษาในเรื่องที่เป็นรูปธรรมได้แต่ไม่สามารถที่จะเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นสัญญลักษณ์ไปสู่พฤติกรรมได้ (Schreibman,1988 : 65)

ในขณะที่การสืบสวนหาสาเหตุของโรคซึ่งคงดำเนินต่อไป ขณะยังไม่อาจระบุได้อย่างชัดเจนว่า ความบกพร่อง และความผิดปกติที่เกิดขึ้นที่เป็นสาเหตุของโรคออทิซึมมีขบวนการเป็นอย่างไร เพราะในเรื่องของการพูดและการใช้ภาษามีความสลับซับซ้อน นอกจากนี้ ปัจจัยในเรื่องสิ่งแวดล้อม ธรรมชาติของอวัยวะในร่างกาย และการพัฒนาการของตัวเด็กเอง ล้วนมีอิทธิพลต่อการพัฒนาของอาการโรคออทิซึมที่เกิดขึ้น

ปัจจัยทางชีววิทยา

สาเหตุของโรคออทิซึมยังไม่ทราบชัดเจน แต่การศึกษาถึงปัจจัยทางชีววิทยา และกระแสใหม่ในการสืบสวนหาสาเหตุของโรค ซึ่งเชื่อว่าจะเป็นสาเหตุที่สำคัญเพราะจากหลักฐานต่าง ๆ ที่ปรากฏพบว่า โรคออทิซึมไม่ใช่อาการผิดปกติทางจิตใจ ที่เป็นผลมาจากปัจจัยแวดล้อมของครอบครัวแต่พบว่า เด็กออทิสติกมีความผิดปกติของระบบประสาท ระบบชีวเคมีในร่างกายและความ ผิดปกติบางอย่างทางพันธุกรรม (Schreibman, 1988 : 66, Volkmar, 1991 : 503) ซึ่งทำให้นักวิจัยให้ความสนใจ ค้นคว้า ถึงปัจจัยทางชีววิทยา ที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคออทิซึม ว่าน่าจะไม่ได้เกิดจากเพียงสาเหตุเพียงสาเหตุเดียว (single cause) จากการศึกษาทางชีววิทยา พบข้อบ่งชี้ที่เป็นสาเหตุของอาการโรคออทิซึมว่าเกี่ยวข้องกับ (1) ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด (pregnacy and birth) (2) ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factors) (3) ความสัมพันธ์กับระบบประสาท (neuologecal correlates) และ (4) ขบวนการทางชีวเคมี (biochemical processes) (ศุภรัตน์ เอกอัศวินม 2539 : 4 ; Schreibman,1988 : 66 ; Tsai and Ghaziudden,1992)

(1) ปัญหาระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด จากการศึกษาประวัติของเด็กออทิสติกมักพบปัญหาความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับมารดาระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด เช่น ความผิดปกติของระบบเลือด (Rh. Incompatibility) ภาวะครรภ์เป็นพิษ การมีเลือดออกทางช่อง

คลอดระหว่างตั้งครรภ์ และการที่มารดามีภาวะความเจ็บป่วยระหว่างการตั้งครรภ์ รวมทั้งมารดาที่มีปัญหาการคลอดยาก (Mesibov and Dawson อ้างใน Schreibman, 1988 : 66) นอกจากนี้ยังพบในเด็กที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ (hypothyrodism) มารดาที่มีประวัติของภาวะการมีบุตรยากหรือการแท้งเฉียบพลัน การติดเชื้อไวรัสต่าง ๆซึ่งส่งผลให้เด็กมีความพิการอื่นร่วมด้วย เช่น ตาบอด หูหนวก และโรคหัวใจแต่กำเนิด จากการศึกษาของ Gillberg ถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของออทิซึม ในปี 1980 พบข้อสรุปที่เหมือนกับกลุ่มอาการ Down' s syndrome คือ อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคออทิซึมจะสูงขึ้น เมื่อพ่อหรือแม่มีลูกเมื่ออายุมาก (Schreibman, 1988 : 67)

(2) ปัจจัยทางพันธุกรรม Kanner ได้กล่าวถึงสาเหตุของโรคออทิซึม เมื่อเขาค้นพบโรคนี้ครั้งแรกในปี 1943 ว่า สาเหตุส่วนหนึ่งเชื่อว่า เกิดจากพันธุกรรมที่ทำให้เกิดความผิดปกติของการพัฒนาการ ต่อมาได้มีการศึกษาทางพันธุกรรมของครอบครัวเด็กออทิสติกโดย Bartah, Rutter และ Cox ในปี 1975 จากการศึกษาครอบครัวของเด็กออทิสติกนี้พบว่า ร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่าง มีประวัติการพูดช้ากว่าปกติ (delay speech) และจากการสำรวจกลุ่มเด็กออทิสติกของ Ritvo และคณะในปี 1989 พบ ร้อยละ 2-6 จะมีญาติพี่น้องเป็นโรคออทิซึม และผลการศึกษาของ Rutter และ Garmesy ในปี 1983 และสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาในปี 1987 พบอัตราการเกิดโรคออทิซึมในพี่น้องจากพ่อแม่เดียวกันสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 50 เท่า (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน,2531 : 4 ; Schreibman, 1988 : 67 ; Tsai and Ghaziaddin, 1982 : 54) นอกจากนี้ในการศึกษาถึงการเกิด โรคออทิซึมในฝาแฝดของ Rutter ในปี 1977 โดยการศึกษาฝาแฝดเพศเดียวกัน จำนวน 21 คู่ พบว่า ร้อยละ 36 เป็นฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน (Schreibman, 1988 : 68 ; Tsai and Ghaziuddin, 1992 : 54)

การศึกษาสาเหตุทางพันธุกรรม โดยการศึกษาถึงโครงสร้างของยีนส์ที่พบในเด็กออทิสติก โดยการศึกษาของ Levitas และคณะในปี 1983 การศึกษาของ August และ Lockhart ในปี 1984 และการศึกษาของ Brown และคณะ ในปี 1986 พบว่าเด็กออทิสติกแต่ละคนจะมีลักษณะเฉพาะของโครงสร้างของยีนส์ คือมีโครโมโซม X อ่อนแอ (fragile - X) หรือมีลักษณะที่ผิดปกติซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวก็ยังไม่สามารถอธิบาย ได้ว่า ความผิดปกติของ X โครโมโซม มีความสัมพันธ์อย่างไรกับอาการของโรคออทิซึม ซึ่งถ้าผลการศึกษาต่าง ๆ สามารถอธิบาย ถึงสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรมได้อย่างชัดเจนกว่านี้ ก็จะส่งผลต่อการบำบัดรักษาที่ได้ผลดี โดยวิธียีนส์บำบัด (gene therapy) นอกจากนี้จะใช้วิธีรักษาอาการโรคออทิซึมแล้วยังสามารถป้องกันการเกิดโรคนี้ได้เป็นอย่างดี (Schreibman, 1988 : 67-68 ; Tsai and Ghazirddin, 1992 : 55-57 ; Volkmar, 1991 : 503)

(3) ความสัมพันธ์กับระบบประสาท มีการศึกษาที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของอาการ

ออทิซึมกับโรคหรืออาการแสดงที่เป็นผลมาจากการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) รวมทั้งภาวะปัญญาอ่อน ซึ่งพบว่ามากกว่าร้อยละ 75 ของเด็กออทิสติกมักมีการพัฒนาการที่ผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งเห็นได้จากอัตราการเกิดภาวะการเกิดภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วยนอกจากนี้ ยังพบในโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด โรคหัดเยอรมันแต่กำเนิด โรคลมชักโรคทูเบอร์สเคอโรซิส โรคพีนิวคีโตนูเรีย อาการดาวน์ซินโดรม และอาการศีรษะโตหรือเล็ก ในเด็ก (Schreibman, 1988 : 70-71) พยาธิสภาพของระบบประสาทจะแสดงอาการผิดปกติปรากฏให้เห็น คือ ระบบประสาทต่าง ๆ จะทำงานไม่ประสานกัน มีการเคลื่อนไหวของมือและเท้า หรือศีรษะตลอดเวลา มีอาการเดินเขย่งด้วยปลายเท้า จากการศึกษาของ DeMyer และคณะ ในปี 1973 พบว่าเด็กออทิสติกถึงร้อยละ 40 มีปัญหาทางระบบประสาท ทั้งนี้ โดยการศึกษาด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองของเด็ก (electroencephalograms=EEG) พบความผิดปกติถึงร้อยละ 65 ซึ่งจากการที่มีคลื่นไฟฟ้าในสมองผิดปกตินี้มีรายงานถึงอุบัติการณ์การเกิดอาการชักในเด็กซึ่ง Deykin และ MacMalon (1979) พบว่า เด็กออทิสติก จะมีอาการชักเพิ่มขึ้น เมื่ออายุ 10 ปีขึ้นไปจนเข้าสู่ระยะวัยรุ่น (Schreibman,1988 : 71 ; Volkmar, 1991 : 503)

ในการศึกษาถึงการทำงานของระบบประสาท นอกจากการตรวจโดยใช้ EEG แล้ว ยังมีเครื่องมือต่าง ๆ เช่น CT Scan (Computerized Tomographic) คือการใช้เทคนิคด้านรังสีโดยใช้คอมพิวเตอร์เอ็กซเรย์ผ่านเข้าไปในสมองคนที่ยังมีชีวิตอยู่ เพื่อดูความผิดปกติของส่วนต่าง ๆ ของสมอง ซึ่งบางครั้งอาจใช้ร่วมกับวิธีการตรวจโดย MRI (Magnetic Resonance Imagin) เป็นเทคนิคใหม่ที่ใช้ในการตรวจหาความผิดปกติของเนื้อสมองส่วนต่าง ๆ ได้มากกว่า สามารถใช้เพื่อการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดร่วมด้วย นอกจากนี้ ยังมีเทคนิคใหม่ ๆ ที่ใช้ในการศึกษาการทำงานของสมอง ที่เรียกว่า PET (Positron Emission Tomography) ทำให้สามารถศึกษาถึงขบวนการทางชีวเคมีต่าง ๆเช่น พลังงานสมอง ขบวนการเผาผลาญในสมอง ปริมาณของเลือดที่ไหลไปเลี้ยงสมอง ระดับของยาในเนื้อเยื่อ และการทำงานของเซลประสาท แต่การศึกษาโดยใช้ PET Scanในเด็กจะทำเพียงเล็กน้อยเพราะเป็นการเสี่ยงต่อรังสี (Tsai and Ghaziuddin, 1992 : 58-62)

จากการศึกษาเนื้อเยื่อสมองในคนที่เป็นโรคออทิซึม โดย Bauman และ Kemper ในปี 1985 โดยการศึกษาเปรียบเทียบกับคนปกติ ตัวอย่างของเนื้อเยื่อสมองของเด็กออทิสติกได้จากชายอายุ 29 ปีที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ โดยการผ่าเนื้อสมองออกเป็นชิ้นบาง ๆ และดูด้วยกล้องจุลทรรศน์พบว่าความแตกต่าง ของเนื้อสมองส่วนที่เรียกว่า Cerebellum ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมการทำงานของระบบกล้ามเนื้อให้สัมพันธ์กันและการรับความรู้สึก และโครงสร้างของ Limbic System ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์และความจำ โดยส่วนของ Cerebellum ในคนที่เป็นโรคออทิซึมจะมีการสูญเสียของ Purkinje cell ซึ่งเป็น cell ที่ทำหน้าที่หลั่งสารชีวเคมีในสมอง (neurotransmitters) เพื่อ

ยับยั้งการทำงานของเซลประสาท และในส่วนของ Limbic System จะพบจำนวนเซลที่มีขนาดเล็กกว่าปกติอัดกันอยู่แน่น เป็นจำนวนมากกว่าในสมองที่ปกติ จะเหมือนเนื้อเยื่อสมองในเด็ก ผลการศึกษาทำให้เกิดข้อบ่งชี้ว่า มีความไม่สมบูรณ์หรือความผิดปกติของสมองในคนที่เป็นโรคออทิซึม (Schreibman, 1988 : 74-75 ; Tsai and Ghaziuddin, 1992 : 58 ; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2539 : 4)

ในประเทศไทย มีการศึกษาของ นงพงา ลิ้มสุวรรณ และคณะ ในปี 2540 โดยการศึกษาเด็กหญิงฝาแฝดจากไข่ใบเดียวกัน อายุ 8 ปี ที่มีอาการผิดปกติที่มีลักษณะเข้าได้กับโรคออทิซึม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบความผิดปกติ ที่เข้ากันได้กับโรคสมองอักเสบ เด็กฝาแฝดมีอาการผิดปกติทางจิตในเวลาไล่เลี่ยกัน ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนว่า โรคออทิซึม อาจเกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมอง (นงพงา ลิ้มสุวรรณ , 2540 : 133-141)

(4) ขบวนการทางชีวเคมี การศึกษาของขบวนการทางชีวเคมี และปัจจัยในการเผาผลาญในสมอง โดยศึกษาถึงสารชีวเคมีในสมอง ที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคออทิซึม คือ ซีโรโตนิน (Serotonin) ซึ่งสามารถตรวจวัดได้จากกระแสเลือด ระดับของสารนี้จะมีความสัมพันธ์กับอายุ กล่าวคือ ระดับซีโรโตนิน จะสูงเมื่ออยู่ในระยะวัยทารก และจะค่อย ๆ ลดต่ำลง เมื่อเข้าสู่วัยเด็ก โดยจะมีระดับคงที่สม่ำเสมอเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ จากการศึกษาของ Mesibov และ Dawson ในปี 1986 พบว่าร้อยละ 30-40 ของคนที่เป็นโรคออทิซึมจะมีระดับของซีโรโตนินสูงตลอดชีวิต (hyperserotonemic) แม้เมื่ออายุมากขึ้นก็ไม่ลดลง ซึ่งในปี 1976 Campbell และคณะ ได้เคยศึกษาถึงผลของระดับซีโรโตนินที่สูงอยู่ตลอดว่า จะมีผลต่อระดับสติปัญญา ทำให้มีสติปัญญาต่ำ และยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม (Schreibman, 1988 : 69 ; Tsai and Ghaziuddin,1992 : 63)

สารชีวเคมีในสมองที่พบว่ามีระดับสูงในคนที่เป็นโรคออทิซึม คือโดปามีน (Dopamine) เป็นสารที่อยู่ในเซลสมอง ในสมองส่วนกลาง มีความสำคัญกับการทำงานที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย พฤติกรรมการดื่มและการรับประทานอาหาร รวมทั้งพฤติกรรมทางเพศ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาถึงการทำงานที่คาบเกี่ยวกันของสาร Epinephrin , Norepinephrin และ CNS ซึ่งสารเหล่านี้จะมีระดับที่ไม่ผิดปกติในโรคออทิซึม ซึ่งในการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ของสารเหล่านี้ก็เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการรักษาอาการโรคออทิซึม โดยการใช้ยาที่เกี่ยวข้องเพื่อยับยั้งการทำงานของสารชีวเคมีในสมองที่ผิดปกติทั้งหลาย เพราะเชื่อว่าจะช่วยลดอาการโรคออทิซึมลงได้ (Schreibman, 1988 : 64-70 ; Tsai and Ghaziuddin, 1992 : 64-66)

1.1.6 การรักษา

ออทิซึมเป็นกลุ่มอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในเด็กแต่ละคนคล้าย ๆ กัน แต่ระดับของความรุนแรงของแต่ละอาการจะไม่เท่ากัน จึงจำเป็นต้องมีการประเมินถึงพัฒนาการของเด็กเป็นรายบุคคล

ก่อนที่จะให้การบำบัดรักษา แม้จะยังไม่ปรากฏว่าโรคออทิซึมเป็นโรคที่รักษาได้หายขาดได้ ก็ไม่ได้หมายความว่า จะไม่สามารถแก้ไข หรือทำอะไรเสียหาย เด็กบางคนมีความผิดปกติหรือความพิการอื่นร่วมด้วย ก็จะยิ่งทำให้มีอาการรุนแรง มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปกว่าปกติมาก ดังนั้น นอกจากในการประเมินเด็กเป็นรายบุคคลแล้ว ปัจจัยสำคัญอีกประการคือ ครอบครัว (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน , 2539 : 13) เพราะครอบครัวเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่สำคัญยิ่งสำหรับเด็กออทิสติก ในการบำบัดรักษาเด็กออทิสติก พ่อแม่ จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน วางเป้าหมายอย่างจริงจังและใกล้ชิด ซึ่งเนื้อหาของเป้าหมายจะประกอบไปด้วย (1) เป้าหมายระยะสั้น คือ เพื่อลดพฤติกรรมปัญหาและกระตุ้นพัฒนาการตามวัย (2) เป้าหมายระยะยาว คือ ทักษะในการดูแลตนเอง การสร้างมนุษยสัมพันธ์ การเรียน การศึกษาและการประกอบอาชีพ

จะเห็นว่ารูปแบบการรักษาโรคออทิซึม จะครอบคลุมทุกส่วนของชีวิตเด็ก จึงจำเป็นจะต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากหลายวิชาชีพร่วมกันทำงานเป็นทีม นับตั้งแต่จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักวิชาการการศึกษาพิเศษ นักสังคมสงเคราะห์ นักแก้ไขการพูด นักอาชีวบำบัด และนักดนตรีบำบัด นักวิชาชีพเหล่านี้ จะร่วมมือกันวางแผนในการปฏิบัติงาน โดยอาศัยเทคนิคต่าง ๆ เพื่อจัดรูปแบบการรักษา เช่น การจัดให้ผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมรักษา การสอนเด็กในชั้นเรียนพิเศษ การให้คำปรึกษาต่อพ่อแม่รายบุคคล กลุ่มพ่อแม่/ ผู้ปกครองช่วยเหลือกัน การฝึกครูเพื่อการสอนเด็กออทิสติก และการประสานงานกับโรงเรียนและสถานศึกษาต่าง ๆ (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2539 : 14 ; ชูศักดิ์ จันทยานนท์, 2540 : 29)

แต่เดิมในการรักษาเด็กออทิสติก ได้มีการเอาวิธีทางจิตบำบัด และจิตวิเคราะห์มาใช้เพราะเชื่อว่า ออทิสติกมีสาเหตุมาจากการเลี้ยงดูแบบ “ เย็นชา “ ของพ่อแม่ แต่ก็ไม่ปรากฏผลวิธีการนี้สามารถรักษาโรคนี้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือทำให้อาการผิดปกติของเด็กลดน้อยลง (รจนา ทรรทานนท์, 2527 : 49 ; Schreibman, 1998 : 79-82) และจากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอาการโรคออทิซึมในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ทำให้ค้นพบปัจจัยที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของอาการโรคออทิซึมได้มากขึ้น ทำให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษา ตามสาเหตุที่พบ เพราะเชื่อว่าจะสามารถลดอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลงได้ โดยมีรูปแบบและเทคนิคในการรักษา คือ (1) การจัดการศึกษา (2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3) การฝึกภาษาและการสื่อสาร (4) การรักษาโดยการใช้ยา (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2539 : 13-20 ; เพ็ญแข ลิ่มศิลา, 2538 : ชูศักดิ์ จันทนานนท์, 2540 ; Schreibman, 1988 ; Berkelll, 1992)

1) จัดการศึกษาของเด็กออทิสติก เป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่ง ที่ใช้ได้ผลในระยะยาว โดยเนื้อหาจะเน้นการเตรียมความพร้อม เพื่อให้เด็กสามารถใช้ชีวิตประจำวันจริง ๆ ได้ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครู พ่อแม่ ผู้รักษา เพื่อรับรู้ถึงจุดเด่น จุดด้อย และความสนใจของเด็ก

รูปแบบการสอนจะมีลักษณะการกำหนดจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ที่ง่ายไม่สับสนเพื่อให้เด็กสามารถนำทักษะที่ได้จากชั้นเรียนไปใช้ในชีวิตจริงได้ คือการสื่อความหมาย การสร้างมนุษยสัมพันธ์ การช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน วิธีการสอนจึงมีทั้งแบบตัวต่อตัวและแบบกลุ่ม

2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เด็กออทิสติกจะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแสดงออกอยู่ตลอดเวลา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ส่งเสริมพฤติกรรมาที่เหมาะสม และสร้างพฤติกรรมใหม่ (Volkmar, 1991 : 505) เพราะหลักของพฤติกรรมบำบัดเชื่อว่า พฤติกรรมส่วนมากของคนเราได้มาจากการเรียนรู้ การลองผิดลองถูก การให้รางวัลหรือความพึงพอใจ หลังแสดงพฤติกรรมเป็นหัวใจของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการสร้างพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

3) การฝึกภาษาและการสื่อสาร เด็กออทิสติกมีปัญหาสำคัญที่การพูด และการสื่อความหมาย ซึ่งข้อบกพร่องนี้ส่งผลต่อการเรียนรู้และระดับสติปัญญาของเด็กโดยตรง ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาในเรื่องภาษา และการสื่อสารก็คือ สามารถมีทักษะการสื่อสารได้สูงที่สุดตามวัย สามารถสื่อสารกับคนอื่นได้ ทั้งโดยวิธีการใช้คำพูด หรือการแสดงออกทางกาย หรือวิธีการอื่น ๆ เพื่อให้สามารถเข้าใจได้ทั้งตัวเด็กเองและผู้ที่สื่อสารด้วย

4) การรักษาโดยการใช้ยา ปัจจุบันรูปแบบการรักษาเด็กออทิสติก จะเน้นที่การแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเพราะยังไม่ปรากฏหลักฐานว่ามียาตัวใดสามารถใช้ในการรักษาอาการโรคออทิซึมให้หายขาดได้ แต่ความจำเป็นในการใช้ยาก็ยังมีความสำคัญสำหรับเด็กออทิสติกบางราย (Volkmar,1991 : 505) เพราะการใช้ยาในโรคออทิซึมก็เพื่อช่วยควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาบางอย่างเช่น อาการซนมาก อยู่ไม่นิ่ง ทำพฤติกรรมซ้ำ ๆ มากจนขัดขวางการฝึกประจำวัน มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง อาละวาด หรืออาการแยกตัวไม่สนใจใคร และในการใช้ยาในเด็กแต่ละคนก็จะได้ผลแตกต่างกัน บางคนสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ดี บางคนใช้ยาไม่ได้ผล และยังต้องระมัดระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ อาจทำให้เด็กมีอาการรุนแรงขึ้น จึงต้องมีการประเมินอาการเป็นระยะ ๆ อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่า การใช้ยาร่วมกับการฝึกพฤติกรรมด้านอื่น ๆ ไปพร้อม ๆ กันจะช่วยการเรียนรู้ของเด็กดีขึ้น (Campbell , 1989 : 226-228)

1.1.7 การพยากรณ์โรคออทิซึม

จากการที่โรคออทิซึม เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลายด้าน โดยที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการและยังมีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุและพัฒนาการของเด็ก อีกทั้งยังเป็นโรคที่ยังไม่มีตัวยาใดรักษาให้หายได้ จึงทำให้เป็นการยากที่จะสามารถทำนาย หรือพยากรณ์โรคออทิซึมได้ ซึ่งในระยะแรกที่มีการค้นพบโรคนี้ ก็มักจะสรุปการพยากรณ์โรคว่ามีพยากรณ์โรคที่เลว (extremely poor) จากการศึกษาของ Rimland ในปี

1964 พบว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นเล็กน้อย เด็กเหล่านี้มักมีชีวิตอยู่ในความว่างเปล่าและหมดหวัง ทั้งในบ้านหรือในสถานบริการ (Schreibman , 1988:144) และในปี 1985 Schwartz และ Johnson ได้สรุปผลการศึกษาของเขาว่า เด็กออทิสติก จะมีชีวิตอยู่ด้วยความหวังเพียงเล็กน้อยเพราะเป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้และยังทำให้เกิดความพิการหรือไร้ความสามารถ นอกจากนี้ยังมีข้อสงสัยว่าเด็กออทิสติคได้รับการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ก็จะทำให้อาการหรือพยากรณ์ของโรคเลวลงไปอีก ซึ่งจากการศึกษาของ DeMyer และคณะในปี 1973 โดยการติดตามเด็กออทิสติก จำนวน 85 คน เป็นเวลา 7 ปี พบว่าเด็กจำนวนน้อยที่สามารถพูดได้ ส่วนใหญ่เด็กจะมีปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม และยังพบว่าเด็กออทิสติกจะมีพยากรณ์ของโรคที่เลวร้ายที่สุด ถ้ายังไม่สามารถพูดได้ก่อนอายุ 5 ปี (Schreibman, 1988 : 144 ; Howlin & Rutter , 1987 : 124)

จากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านเช่น Rutter (1968) , DeMyer และคณะ (1973) และ Lotter (1974) ต่างก็ได้ข้อสรุปที่ตรงกันว่าสิ่งสำคัญที่สุดที่จะเป็นตัวบ่งชี้การพยากรณ์ของเด็กออทิสติก คือ ความสามารถในการใช้ภาษา (Language ability) (Schreibman , 1988 : 147) ซึ่ง Ruttenberg และ Wolf (1967) เห็นว่าในการพัฒนาการของการใช้ภาษาควรจะเกิดขึ้นไปพร้อมกับการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ในขณะที่ Fish และคณะ (1968) เสนอว่าความสามารถในการใช้ภาษาจะพัฒนาได้โดยควบคู่กับการรักษาโดยใช้ยา จากการศึกษา Rutter และคณะ , Lotter ในปี 1967 สิ่งสำคัญที่สามารถใช้ในการพยากรณ์โรคได้อีกคือสติปัญญา (IQ) ซึ่งเป็นการพยากรณ์โรคได้ในระยะยาวกว่าการใช้ภาษา เพราะคะแนนจากการวัดระดับ IQ ที่สูงจะเป็นการแสดงว่า เด็กมีการสื่อสารทางด้านการพูดและการแสดงออกที่เหมาะสม

ในการศึกษาพยากรณ์โรค นอกจากตัวชี้วัดในเรื่องความสามารถในการใช้ภาษา และดับสติปัญญาแล้ว การที่จะมีการพยากรณ์ของโรคที่ดีจะต้องสัมพันธ์กับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพราะเด็กออทิสติคแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน ในเรื่องของระดับสติปัญญา ความสามารถในการเรียนรู้ คุณสมบัติเฉพาะตัว และลักษณะความบกพร่องของระบบประสาท จึงได้มีความพยายามที่จะพัฒนากลวิธี ในการรักษาอาการโรคออทิซึม โดยให้ความสำคัญทั้งในด้านเทคนิคและความต่อเนื่องในการรักษา แต่การที่จะทำให้การรักษาได้ผลดีเพียงไร ก็ยังต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านอายุของเด็ก เพราะเด็กออทิสติกได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่อายุน้อย ๆ ก็มีแนวโน้มว่าจะได้รับประโยชน์จากการรักษาได้มากกว่าเด็กที่เริ่มรักษาเมื่ออายุมาก (Schreibman,1988: 148)

1.1.8 แนวทางของโรคออทิซึม

จากการศึกษาติดตามวิถีชีวิตของเด็กออทิสติกโดย DeMyer และคณะ ในปี 1981 , Lotter ในปี 1978 และ Rutter ในปี 1970 พบว่าเด็กออทิสติกเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ 2/3 จะมีความพิการที่รุนแรง

ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ บางรายต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานบำบัด ต่อมา 1/3 ยังพบความผิดปกติ แต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสามารถทำงานด้วยตนเองได้ในระดับหนึ่ง และพบว่า ร้อยละ 1-2 สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องพึงพาผู้อื่น ตัวชี้วัดสำคัญ ที่บอกถึงผลที่จะเกิดขึ้นเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ก็คือ ระดับสติปัญญาและความสามารถในการใช้ภาษา เด็กออทิสติกที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่า 50 มักจะมีผลกระทบที่รุนแรงเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ (Volkman, 1991 : 506) จากการศึกษาของ Orniz และ Ritro ในปี 1970 โดยการรวบรวมผลการศึกษาต่าง ๆ พบว่าร้อยละ 75 ของเด็ก ออทิสติกจะมีลักษณะปัญญาอ่อนตลอดชีวิต และร้อยละ 7-28 ของเด็กเหล่านี้จะเกิดอาการชักร่วมด้วยเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น DeMyer และคณะ ยังพบว่าจะมีการแสดงออกถึงความบกพร่องทางสังคมและปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างรุนแรงประกอบกับปัญหาทางด้านการสื่อสาร ทำให้โรคออทิซึมที่โตเป็นผู้ใหญ่มักมีปัญหาในเรื่องการปรับตัวและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม (Schreibman,1988:145-147; Volkmar,1991:506)

ถึงแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ อย่างมากมาย สำหรับเด็กออทิสติคเมื่อโตขึ้นการเปลี่ยนแปลงบางอย่างจะเป็นไปในทางที่ดีขึ้น และมีบางอย่างเลวลง ในเด็กออทิสติกที่สติปัญญาดีจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม ควบคู่ไปกับการพัฒนาการของเด็ก แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ออทิสติกที่สามารถมีความสัมพันธ์ทางเพศหรือได้แต่งงานยังมีอยู่น้อยมาก เพราะจากความบกพร่อง ด้านสติปัญญา และความสัมพันธ์ทางสังคม มักจะทำให้เด็กออทิสติกมีการปรับตัวไม่ดี จึงเป็นที่น่าสังเกตว่าปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับเด็กออทิสติกเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่เป็นผลสะท้อนที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่ออยู่ในวัยเด็ก (Volkmar,1991:506)

จากการที่ออทิซึมเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติที่เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็กที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นวัยที่ต้องอยู่ในความดูแลของพ่อ แม่ และครอบครัว การค้นพบความบกพร่องหรือความผิดปกติ จะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับขบวนการเลี้ยงดู ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกในการดำเนินชีวิตของพ่อ แม่ และสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งยังเป็นความผิดปกติที่ยากจะหายเป็นปกติ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและอนาคตของเด็กเป็นอย่างมาก แต่ความบกพร่องและความผิดปกติดังกล่าวก็มิใช่ว่าจะไม่สามารถแก้ไขได้เลย เพราะจากรูปแบบและเทคนิคทางการรักษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่า กระบวนการต่าง ๆ ล้วนเกี่ยวข้องกับครอบครัวทั้งสิ้น พ่อและแม่เป็นเสมือนผู้ร่วมในการรักษา (parent as cotherapist) (Bristal and Schopler,1980 : 250) การตระหนักและยอมรับถึงปัญหาทีเกิดขึ้นในครอบครัว ความร่วมมือร่วมใจ ตลอดจนสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัวจะเป็นพื้นฐานสำคัญในการที่จะทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของการบำบัดรักษา ทั้งนี้จากการศึกษาครอบครัวของเด็กออทิสติคที่เข้ามารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวท

โยปถัมป์ พบว่าหากครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจถึงความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาอย่างจริงจังและต่อเนื่อง อีกทั้งการได้เริ่มการรักษา ตั้งแต่เด็กยังอายุน้อย จะสามารถช่วยให้เด็กมีพัฒนาการต่าง ๆ ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (จอม ชุ่มช่วย , 2539 : 11) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญที่สุดในการให้ความช่วยเหลือการบำบัดรักษา รวมทั้งการเป็นผู้กำหนดอนาคตของเด็กออทิสติก

1.2 ครอบครัวเด็กออทิสติก

เด็กออทิสติกเป็นเด็กที่มีความบกพร่องหรือผิดปกติ เกี่ยวกับพัฒนาการด้านสังคมและการสื่อความหมายอย่างรุนแรง ครอบครัวเป็นสังคมแรกและเป็นสังคมที่สำคัญที่สุดสำหรับเด็ก หากครอบครัวช่วยในการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมและทันท่วงที จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสังคมดีขึ้น

ปฏิกิริยาของครอบครัวเด็กออทิสติก

พบว่าการที่พ่อแม่ทราบว่าลูกเป็นเด็กออทิสติคย่อมสั่นคลอนความคาดหวังอย่างรุนแรง นับว่าเป็นการสูญเสีย หรือเป็นข่าวร้ายชนิดหนึ่ง ซึ่งมีผู้ศึกษาปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการสูญเสียหรือต่อข่าวร้ายต่าง ๆ ที่สำคัญคือ Kubler-Ross (อ้างถึงใน จอม ชุมช่วย,2539)ซึ่งได้แบ่งปฏิกิริยาของการสูญเสียไว้ดังนี้คือ

1. Denial (shock) พ่อแม่ไม่เชื่อว่าการสูญเสียหรือข่าวร้ายนั้นเป็นจริงปฏิกิริยาที่มี เช่น การซักถามถึงหลักฐานต่าง ๆ ทางการแพทย์ การตระเวนเปลี่ยนแพทย์วินิจฉัยและการรักษา การปฏิเสธการรักษา การผลักภาระให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบการบำบัดรักษา
2. Anger รู้สึกโกรธ ที่ตนเองต้องเผชิญกับความสูญเสียความโกรธนี้อาจทำให้เกิดการโทษกัน เกิดความแตกร้าวของครอบครัวได้ บางครั้งความโกรธนี้อาจกระทบต่อผู้รักษาและเร้าให้เกิดความโกรธของทีมผู้รักษาได้
3. Bargain เป็นช่วยที่เกิดการต่อรองกับทุกสิ่งทุกอย่าง เช่น ต่อรองกับความรุนแรงของโรค ต่อรองกับรูปแบบการรักษา
4. Depression รู้สึกเศร้า เป็นช่วงสำคัญที่ผู้รักษาต้องสังเกต ส่วนใหญ่พ่อแม่ผู้ปกครองของเด็กมักแสดงให้เห็นจากสีหน้าท่าทางมีความคิดเชิงลบ หรืออยากตาย บางรายอาจแสดงอาการทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แต่บางรายอาจแสดงอาการหงุดหงิด วุ่นวายได้
5. Acceptance เป็นส่วนที่มีความพร้อมเผชิญหน้ากับชะตากรรม พฤติกรรมจะมีความ

เหมาะสมและยอมรับในสถานการณ์ พ่อแม่เด็กที่ยอมรับ จะร่วมมือดูแลและกระตุ้นเด็กได้อย่างเต็มที่ตามคำแนะนำของทีมผู้รักษา

ปัญหาและผลกระทบของครอบครัวเด็กออทิสติก

แม้ส่วนใหญ่ของครอบครัวที่พบเด็กออทิสติก จะไม่พบปัญหาที่เด่นชัด แต่หลายครอบครัวมีปัญหาเกิดขึ้น นอกจากเกิดจากปฏิกิริยาของการสูญเสียและรูปแบบการเลี้ยงดูที่เบี่ยงเบน แล้วยังมีปัจจัยจากระบบครอบครัวที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย ครอบครัวถึงเป็นระบบหนึ่งและอยู่ในสมดุลหนึ่งการมีวิกฤติการณ์เกิดขึ้นจะสั่นคลอนสมดุลเดิม (family disequilibrium) การมีบุตรเป็นออทิสติกถือเป็นวิกฤตการณ์ที่ครอบครัวต้องจัดการ (crisis task) เพื่อให้สู่สมดุลอันใหม่หลายครอบครัวจัดการโดยพ่อแม่หันหน้าเข้าหากันมากขึ้นปลอบโยนทางอารมณ์ซึ่งกันและกัน เกิดเป็นสมดุลใหม่ของครอบครัว

กษมา อุทัยภัตตากูร (2529) ได้กล่าวถึง ปัญหาของผู้ปกครองเด็กออทิสติกไว้ดังนี้

1. ปัญหาด้านการเงิน แม่อาจต้องลาออกจากงานประจำ เพราะหาคนเลี้ยงดูเด็กออทิสติกไม่ได้หรือขาดงานบ่อยครั้งกว่าแม่ที่มีลูกปกติ

2. ปัญหาด้านอารมณ์และสุขภาพจิต พ่อแม่จะมีความกังวลตึงเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก ถ้าเด็กมีอาการก้าวร้าว ก็หวั่นวิตกว่าสมาชิกที่อ่อนแอกว่าจะถูกทำร้าย ผู้ปกครองโดยเฉพาะแม่มักผิดหวังวิตกกังวล และเศร้ากับพฤติกรรมของบุตรออทิสติก

จอม ชุ่มช่วย (2539) ได้จำแนกปัญหาของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกไว้ดังนี้

1. พ่อถอยห่าง แม่รับภาระหนัก (F-disengage,M-workload) อาจเป็นเพราะพ่อยังปฏิเสธ (denial) บางครอบครัวพ่อกล่าวโทษว่าเป็นความผิดของแม่ที่เลี้ยงลูกไม่ดีบางครอบครัวลงเอยด้วยการหย่า มีเมียน้อย พ่อทุ่มเทกับงานมากขึ้น ส่วนแม่เมื่อมีภาระหนักขึ้นมักมีปัญหาทางอารมณ์ตามมา

2. ทั้งพ่อและแม่ถอยห่าง (family withdrawal) ตกเป็นภาระของปู่ ยา ตา ยาย หรือญาติคนอื่น มักเกิดจากการปฏิเสธ (denial) ของทั้งพ่อและแม่ หรือเกิดต่อเนื่องจากปัญหาแรก

3. ลูกคนอื่นถูกละเลย เนื่องจากพ่อแม่ให้ความสนใจกับลูกออทิสติกมากเกินไป ในลูกคนโตมักถูกคาดหวังให้ต้องรับผิดชอบเกินวัย เกิดปัญหาพี่อิจฉาน้อง นอกจากนี้ยังพบปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมในลูกคนอื่นได้

4. ปัญหาโรคทางจิตเวชในพ่อแม่ ทั้งพ่อและแม่มีความเสี่ยงต่อภาวะเครียดและซึมเศร้า

ได้สูง พบ homicide thought ได้สูงในพ่อแม่ที่ซึมเศร้า หากพ่อมีความซึมเศร้าต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะจะมีความรุนแรงของ homicide หรือ suicide ได้มากกว่าแม่

ซึ่งหากพบปัญหาดังกล่าวข้างต้น ถือได้ว่าเป็นความล้มเหลวในการทำหน้าที่ของครอบครัวตามมุมมองที่ครอบครัวเป็นระบบ (family as a system) และนอกจากปัญหาของผู้ปกครองแล้ว ยังพบปัญหาระหว่างเด็กออทิสติกกับพี่น้องก็เกิดขึ้นได้ เช่นเดียวกับครอบครัวเด็กปกติ ระหว่างพี่น้องมักมีการทะเลาะเบาะแว้ง รังแก และอิจฉากัน ซึ่งเด็กออทิสติกมักถูกพี่น้องอิจฉาว่าพ่อแม่เอาใจใส่และตามใจมากกว่า ดังนั้นพ่อแม่จึงต้องรับภาระหนักในการรักษาความสมดุลโดยพยายามยึดความยุติธรรมเป็นหลัก (พวงแก้ว กิจธรรม,2540)

ศรีสมร กสิวัฒน์ (2537) ได้จำแนกถึงกระบวนการทางจิตวิทยาที่มักพบในกลุ่มผู้ปกครองเด็กออทิสติคดังนี้

1. เมื่อแรกคลอดและทราบว่าลูกเป็นเพศใด หน้าตา รูปร่างอย่างไร อาจผิดหวังเพราะยังคงยึดติดอยู่กับเด็กในอุดมการณ์หรือภาพพจน์เดิม (ideal) ซึ่งส่วนมากต้องการลูกที่น่ารักสวยงาม เก่ง แข็งแรง ฉลาด
2. ต่อมาเริ่มยอมรับลูกในฐานะของเด็กปกติ (Normal) แม้จะไม่สวยหรือเก่งก็ดี
3. เมื่อเด็กเติบโตมาอีกระยะหนึ่งและเริ่มแสดงอาการไม่รับรู้ทางภาษา ผู้ปกครองจะเริ่มคิดว่าลูกอาจมีความบกพร่องทางหูเป็นประการแรก
4. เมื่อผู้ปกครองพบแพทย์และได้คำตอบว่าลูกไม่ได้บกพร่องทางหู มักจะรอต่อไปอีกพักหนึ่ง ก็จะพบว่าลูกแสดงอาการล่าช้า อาจทำใจยอมรับว่าลูกคงมีพัฒนาการล่าช้าบางด้านแต่ยังไม่แน่ใจว่าล่าช้าด้านใดบ้าง (Delayed development)
5. ผู้ปกครองบางรายอาจพบว่าลูกมีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน ก็จะได้คำตอบว่าลูกเป็นปัญญาอ่อน แต่บางรายก็อาจติดอยู่ในขั้นต่าง ๆ และพยายามจะตระเวนไปหาคำตอบจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่มีผู้แนะนำ (Shopping around) ทำให้เสียเวลานานมาก กว่าบุตรจะได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม
6. ผู้ปกครองที่ผ่านกระบวนการทางความคิดและการตรวจสอบมาแล้วทั้ง 5 ขั้นก็ อาจพบว่าลูกของตนเองไม่ใช่บกพร่องด้านใดด้านหนึ่ง ก็จะเริ่มหาคำตอบว่าลูกเป็นออทิสติกในขั้นนี้เอง

อิชยา เขื่อนมั่น (2546) ได้แบ่งผลกระทบที่มีต่อครอบครัวจากการดูแลเด็กออทิสติกออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคออทิสติกในครอบครัวนี้นส่งผลกระทบทางด้านร่างกายต่อสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก เช่น บิดา มารดาจะเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย (กัญญา ธัญมันตา, 2535)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ การดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคออทิสติกในครอบครัวนั้น ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งบิดาและมารดาของเด็กออทิสติกที่พบว่า เมื่อรับรู้ว่าบุตรเป็นโรคออทิสติกตนเองจะเกิดความรู้สึกผิด รู้สึกสับสน ยอมรับต่อการเจ็บป่วยของบุตรหรือสมาชิกไม่ได้ รู้สึกเจ็บปวด และสิ้นหวัง และบางครั้งรู้สึกเหมือนถูกตำหนิว่าเป็นบุคคลที่ทำให้บุตรเป็นเช่นนี้ (Nickel, 2000) จนทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และมีปัญหาสุขภาพจิต (Dunn et al., 2000)

3. ผลกระทบด้านสังคม ผลกระทบที่พบในครอบครัวที่มีเด็กออทิสติกนั้นจะพบได้ตั้งแต่ผลกระทบในพี่น้องจนถึงในชุมชน คือ ทำให้บรรยากาศและการปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์กับญาติและเพื่อน และการนำเด็กออทิสติกไปที่สาธารณะลดลง (กัญญา ธัญมันตา, 2535)

นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลเด็กออทิสติกมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวมารดาทางด้านร่างกายที่พบว่ามารดาส่วนใหญ่สุขภาพทรุดโทรม รู้สึกอ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อยและอ่อนล้ามากกว่าภาวะความเป็นมารดาของเด็กปกติทั่วไป และเด็กออทิสติกไม่มีโอกาสพัฒนาบุคลิกภาพของตนเองอย่างที่มารดาของเด็กปกติได้ทำ (กษมา อุทัยภัตตรากูร, 2529)

จะเห็นได้ว่า บิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก เป็นบุคคลที่น่าเห็นใจ และให้การช่วยเหลือเนื่องจากได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เกิดจากสาเหตุความผิดปกติของบุตร สิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยเหลือคือการ ดูแลด้านจิตใจ โดยการเตรียมพ่อแม่และสมาชิกของครอบครัวยอมรับความผิดปกติของเด็กออทิสติคและพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้รักษาอย่างจริงจัง เพื่อให้เด็กออทิสติกมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ ความคิด สติปัญญา อารมณ์ และการสื่อสารกับผู้อื่นได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุดและเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

2. การพยาบาลเด็กออทิสติก

กระบวนการพยาบาล

ในบทบาทของพยาบาลจิตเวชที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็กนั้น พยาบาลจะต้องมีทักษะในการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดโดยสามารถใช้ความรู้ในด้านการพยาบาลโดยตรงและความรู้ในด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น พัฒนาการของเด็กแต่ละช่วงวัย การเล่นเพื่อการบำบัด การให้คำปรึกษา มาใช้ประกอบการให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว กระบวนการพยาบาลจึงเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

ก. การรวบรวมข้อมูล

ในการรวบรวมข้อมูลนั้นพยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม ทั้งในด้านตัวของเด็กและครอบครัว ดังนี้

1. ข้อมูลจากตัวเด็ก

โดยทั่วไปเด็กที่มีปัญหาทางจิต แบบออทิสติก ผู้ดูแลจะสังเกตพบความบกพร่องของการพัฒนาการของเด็กได้ เริ่มในขวบปีแรก โดยเด็กจะมีความพร่องทางด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างดังเช่น ยิ้มช้าหรือไม่ยิ้ม ไม่แสดงปฏิกิริยาตอบสนองใด ๆ ต่อบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดู เมื่อผู้ดูแลพยายามพูด เรียก หรือเล่นด้วย เด็กจะเฉย แต่อาจทำเสียงเองตามลำพัง และส่งเสียงตามลำพังอยู่ได้เป็นเวลานานๆโดยที่การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเป็นแบบไม่คงเส้นคงวาๆไม่สม่ำเสมอหรือไม่แสดงว่าจำหน้ามารดาหรือผู้ที่เลี้ยงได้ซึ่งจะเห็นชัดว่าแตกต่างจากพัฒนาการของเด็กทารกปกติ

ในช่วงขวบปีแรก การเลี้ยงดูเด็กจะไม่เป็นปัญหาแต่อย่างใด อาจจะเป็นเด็กที่ผู้กดูแลเรียกว่าเป็นเด็กเลี้ยงง่าย เช่นเมื่อจัดเด็กนั่งตักมารดาในขณะที่มารดาสนทนากับผู้อื่น เด็กจะนั่งเฉยอยู่บนตักโดยไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบใดๆ แม้จะมีผู้อื่นมายิ้ม เล่นหยอกเย้า ใช้นิ้วจี้ที่เอว รักแร้ หรือที่ท้องเด็กก็ไม่โต้ตอบแต่อย่างใด ไม่หันตามเสียงตบมือ หรือเสียงเรียกชื่อของตนเอง เมื่อผู้เลี้ยงดูสอนให้เด็กเล่นหรือทำอะไรง่าย ๆ เช่น ตบมือ โบกมือไปมา เด็กก็จะทำไม่ได้ แม้จะจับมือให้ตบพอปล่อยมือเด็กก็จะหยุดทำ แต่ในบางครั้ง มารดา หรือผู้เลี้ยงดูอาจรายงานว่า เด็กมีทีท่ารับรู้ต่อสิ่งเร้าได้บ้าง เช่น การเคาะพื้นเบาๆ หรือขูดแกรกๆ บนพื้น เป็นต้น

เด็กออทิสติก บางคนชอบแสงสว่างจ้า อาจจะมองจ้องดวงไฟ หรือจ้องดวงอาทิตย์เต็มดวงได้ครั้งละนานๆ นอกจากนี้ เด็กบางคนอาจแสดงอาการกลัวต่อสิ่งของบางอย่างทั้งๆ ที่ของเหล่านั้น

ไม่เป็นอันตรายแต่อย่างใด และสิ่งของที่เด็กแต่ละคนกลัวจะไม่เหมือนกัน และอาจไม่มีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตของเด็กแต่อย่างใด เช่นกลัวต่อสีใดสีหนึ่ง เป็นต้น ในบางกรณี เด็กอาจจะเล่นของเล่นบางอย่างได้ หรือทำกิจกรรมบางอย่างได้สำเร็จเช่นการวางตัวต่อไม้เป็นรู้ต่างๆ ได้อย่างน่าแปลกใจ จนทำให้มารดา หรือผู้เลี้ยงเข้าใจผิดว่าเด็กทำได้เพราะความฉลาดของเด็ก

เมื่อเด็กโตขึ้น อายุ 2 – 3 ขวบ ความผิดปกติด้านพฤติกรรมเด็กจะเห็นเด่นชัดขึ้น โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวแบบแปลกๆ ดังเช่น เด็กบางคนอาจเริ่มเดินด้วยท่าแปลกๆ เช่นเดิน หรือวิ่งเขย่งด้วยปลายเท้า เดินแบบม้าย่อง หมุนตัวไปมา ปีนป่ายแบบไร้จุดหมาย แต่กลัวการขึ้นลงบันได

เด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะพูดออกเสียงเป็นคำๆ ไม่ได้ ในบางกรณีที่เด็กอาจเริ่มพูดเป็นคำๆ ได้บ้าง ดังเช่นเด็กปกติ แต่แล้วการพูดหรือแบบแผนของการใช้เสียงจะหยุดหายไป ส่วนการเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายจะไม่แตกต่างจากเด็กปกติ และเมื่อเข้าสู่วัยเตาะแตะ เด็กปกติจะใช้เวลาส่วนหนึ่งในการเล่น ซึ่งจะเป็นการเล่นที่อาจใช้ของเล่นหรือเล่นโดยใช้ของใช้ปกติหรือของที่มีอยู่รอบตัว ที่สำคัญในเด็กปกติจะเป็นการเล่นที่มีการสมมุติ (Make believe play) หรือการเล่นที่มีการเลียนแบบการดำรงชีวิตหรือสังคมจริง (Social imitative play) ส่วนการเล่นที่ผิดปกติในเด็กออทิสติกจะเป็นแบบการเล่นที่มีการหมกมุ่นกับสิ่งของบางสิ่งบางอย่าง ขาดการสมมุติไม่มีความหมายจากการเล่น แต่เป็นการเล่นที่เป็นการกระทำซ้ำๆ เล่นกับสิ่งของ หรือสิ่งของที่แปลกๆ มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผู้ดูแลยับยั้ง หรือเปลี่ยนแปลงไม่ได้

สำหรับพัฒนาการของสังคม และการใช้ภาษา เนื่องจากพัฒนาการของเด็กออทิสติกมีลักษณะและความหมายเฉพาะตัว แตกต่างกันไปในเด็กแต่ละคน การทักทายบุคคลแปลกหน้าจะเป็นไปอย่างแปลกประหลาด เช่น เมื่อพบเด็กคนอื่นอาจตรงเข้าไปดึงผม ดมผม ดมรองเท้า หรือเขี่ยหน้า เป็นต้น เด็กจะแยกไม่ได้ว่า ที่ใด ของใดที่เป็นอันตราย บางคนเมื่อเห็นรถจะวิ่งไปลูบคลำรถ เมื่อเห็นรถวิ่งก็จะวิ่งเข้าไปหารถทันทีโดยไม่รู้ไม่เข้าใจว่าเป็นอันตราย เมื่อมารดาพาเข้าไปในครัว เด็กจะแยกไม่ได้ว่าของอะไร ใช้ทำอะไร เด็กจะหยิบจับของอย่างไม่มีความหมาย ซึ่งเป็นอันตรายกับเด็กมาก

ภาษาพูดของเด็กที่พูดเป็นคำๆ เด็กจะใช้คำที่มีความหมายของตนเอง และเด็กส่วนหนึ่งจะมีการพูดแบบเลียนแบบ เช่นเมื่อพบพยาบาล มารดาจะพูดว่า สวัสดี ซิ ลูก เด็กก็จะพูดตามแต่อยู่เฉย หรือเมื่อถามเด็กว่า กินขนมไหม เด็กก็จะพูดตามว่า กินขนมไหม และอาจหยิบขนม หรือไม่หยิบก็ได้ นอกจากนี้อาจพบเด็กที่ถามคำถามเดิมๆ ที่เคยถูกถามแล้วถามซ้ำๆ โดยไม่ฟังคำตอบ เด็กจะโต้ตอบการสนทนาไม่ได้ สีหน้าเฉย ไม่แสดงอารมณ์ ไม่แสดงสีหน้า หรือสบตากับใคร หรืออาจมองจ้องบุคคลแต่เป็นการมองทะลุผ่านเลยบุคคลไปอย่างไร้จุดหมาย เด็กจะไม่หัวเราะ ยิ้ม และร้องไห้ไม่เป็น

ในเรื่องการรับประทานอาหาร เด็กจะรับประทานอาหารชนิดเดิม การเปลี่ยนแปลงใดๆ ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอน การขับถ่าย หรือกิจวัตรประจำวันใดๆ หากต้องมีการเปลี่ยนแปลงจะทำได้ยากมาก เด็กจะทำอะไรซ้ำๆ เด็กจะปฏิเสธทุสิ่งที่ไม่เหมือนเดิม

พยาบาลจึงต้องทำการประเมินพฤติกรรมของเด็ก ทั้งในเรื่องลักษณะของพฤติกรรมความถี่ของการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้ว และที่อาจจะเกิดขึ้นจากการกระทำที่ผิดปกติ ต่อตัวเด็กเอง ต่อบิดา มารดา ต่อพี่น้อง และบุคคลในครอบครัว

เด็กออทิสติกที่มีอาการอยู่ไม่สุข ก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจะได้รับการรักษาด้วยการใช้ยารักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาตามอาการ ดังที่ เพ็ญแข ลิ่มศิลา (2541) อธิบายไว้ ดังนี้

- การใช้ยากระตุ้นการทำงานของระบบประสาท (CNS Stimulant) ได้แก่ Methylphenidate HCL (Ritalin 10 mg) และ Dextroamphetamine (Dexedrine 5 mg) ใช้ในเด็กที่เริ่มมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ โดยเริ่มเรียนรู้ได้แต่เพียงระยะสั้นๆ ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง ลุกขึ้นจากที่นั่งบ่อย วิ่งไปวิ่งมา ยานี้จะไม่ใช้ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี
- การใช้ยากันชัก (Anticonvulsant) ได้แก่ Carbamazepine และ Sodium Valproate โดยใช้ในเด็กที่มีอาการชักร่วมด้วย
- การใช้ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic or neuroleptic) Haloperidol, Thioridazine, Trifluperazine โดยใช้ในเด็กออทิสติก ที่ต้องมีการควบคุมอาการอยู่ไม่นิ่ง หงุดหงิดมาก มีการเคลื่อนไหวแบบซ้ำๆ ที่อาจเป็นอันตราย ก้าวร้าว และเด็กที่ไม่ยอมเข้าสังคม ยานี้จะไม่ใช้ร่วมกับยากันชัก การที่เด็กได้รับยานี้จะต้องระวังฤทธิ์ข้างเคียงประเภท Tradive dyslinesia
- การใช้ยาต้านอาการซึมเศร้า (Antidepressant) ในเด็กที่มีอาการซึมเศร้า ได้แก่ Imipramine, Desipramine และ Fluoxetine ส่วนในเด็กที่มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงเมื่อมีความไม่สบายใจ จะได้รับยาประเภท Tricyclic antidepresssant และในเด็กที่มี อาการอยู่ไม่นิ่งและมีอาการก้าวร้าวร่วมด้วย หรือมีพฤติกรรมคล้าย Mania จะได้รับ Lithium carbonate และ Carbamazeparm
- การใช้ยาคลายกังวล (Anxiolytics) ได้แก่ Buspirone และ Lorazepam ในเด็กออทิสติกที่ปรับตัวยาก เพื่อลดความวิตกกังวลเมื่อต้องมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมที่เคยทำ หรือเคยเป็น หรือเพื่อการเรียนรู้การเข้าสังคม
- การใช้ยา Fenflyramine ประเภท Sympathomimetic amine ในบางรายซึ่งเชื่อกันว่าช่วย

ให้เด็กมีอาการดีขึ้นในด้านสติปัญญา ช่วยให้มีการปรับตัวในสังคมให้ดีขึ้นได้ในบางราย และการใช้ยาประเภท Naltrexone (Trexan) ในเด็กที่มีการทำร้ายตนเองอย่างรุนแรง เพราะยาตัวนี้จะไปลดระดับของ endogeneous endrophins

2. ข้อมูลจากผู้ปกครอง

ข้อมูลส่วนนี้เกี่ยวข้องกับ ประวัติความเป็นมาของเด็ก พัฒนาการและการเจริญเติบโตในด้านต่างๆ สภาพครอบครัว ทัศนคติของบิดามารดาต่อเด็ก รวมถึงปัญหา และอาการทางจิตของเด็กจากคำบอกเล่าของผู้ปกครอง ซึ่งแบ่งเป็นข้อมูลที่ควรรวบรวมได้ ดังนี้

2.1 ประวัติส่วนตัวของเด็ก (personal history) ได้แก่ การตั้งครรภ์ของมารดา การคลอด ภายหลังคลอดเด็กเป็นอย่างไร และเมื่อเด็กโตขึ้นพัฒนาการของเด็กเป็นอย่างไร ทั้งพัฒนาการทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม โดยกล่าวถึงพัฒนาการที่สำคัญ เช่น เด็กมีอุปนิสัยโดยรวมอย่างไรเลี้ยงยากหรือเลี้ยงง่าย ถ้าเด็กเข้าโรงเรียน ควรมีข้อมูลถึงปฏิกิริยาต่อการไปโรงเรียน ทัศนคติต่อการไปโรงเรียน และถ้าได้สอบถามครูที่ดูแลเด็กจะช่วยให้ข้อมูลน่าเชื่อถือมากขึ้น

2.2 ประวัติการเจ็บป่วย (medical history) เด็กเคยได้รับบาดเจ็บ หรือไม่อย่างไร โดยเฉพาะบริเวณศีรษะ ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือการเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น ไข้สูง การชัก และเคยตัวเขียว รวมถึงการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

2.3 โครงสร้างของครอบครัว (family functioning) การรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้มีข้อควรตระหนักหลายประการ เพราะผู้ปกครองมักรู้สึกต่อต้าน และอาจไม่อยากเล่าให้ฟัง ฉะนั้นพยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้ปกครอง ให้เขารู้สึกไว้วางใจ และรู้สึกว่าไม่ถูกตำหนิ ข้อมูลที่สำคัญในส่วนนี้ ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว โดยเฉพาะสัมพันธภาพของบิดามารดา กับบุคคลในครอบครัว รวมถึงพี่น้องคนอื่นๆ ในด้านอารมณ์ ความรักใคร่ ความผูกพัน ความร่วมมือกันอาจรวมถึงสัมพันธภาพกับเด็กอื่น โดยเฉพาะเพื่อนของบุตร ในด้านสัมพันธภาพของบิดามารดากับบุตรพิจารณาในด้านการปฏิสัมพันธ์ต่อกัน การมีกิจกรรมสันทนาการร่วมกัน วิธีการเลี้ยงดูบุตร วิธีตอบสนองความต้องการของบุตร และควรประเมินรูปแบบการสื่อสารต่อกันในครอบครัว เช่น การโต้ตอบกัน กิริยาท่าทีปฏิบัติต่อกัน รวมถึงทัศนคติต่อปัญหาของเด็ก และแนวทางที่ใช้ในการแก้ปัญหา

ข. การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อมูลที่รวบรวมได้จากเด็กแต่ละคน ซึ่งเด็กแต่ละคนมีความแตกต่างกันมาก สำหรับพยาบาลจิตเวช การระบุว่าเด็กคนใดมีปัญหาอย่างไร เพื่อว่าจะได้พิจารณาให้การพยาบาลให้เหมาะสมนั้น พยาบาลควรนำข้อมูลที่รวบรวมได้ ไปเปรียบเทียบกับปัญหาทางจิตเวช ที่อาจพบได้ในเด็กแต่ละกลุ่มอายุ พยาบาลทำการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาในการดำรงชีวิตของเด็กออทิสติกในครอบครัว และทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหาเพื่อการวางแผนการพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรงของอาการของเด็กแต่ละคนตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่

- เสี่ยงต่ออันตราย บาดเจ็บ หรือบกพร่องในการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางกายเกี่ยวข้องกับการขาดการดูแล ถูกทอดทิ้ง และการมีความผิดปกติทางระบบประสาท
- ขาดพัฒนาการทางสังคมเกี่ยวข้องกับการขาดการดูแลที่เหมาะสม ไม่สามารถมีความไว้วางใจ และการมีความผิดปกติทางระบบประสาท
- ขาดความสามารถในการสื่อความหมาย เกี่ยวข้องกับการหมกมุ่นอยู่กับตนเอง การขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม และการมีความผิดปกติทางระบบประสาท
- พัฒนาการของตัวตน (Self) ล่าช้า เกี่ยวกับการหยุดยั้งของการพัฒนาการในเด็กการขาดการดูแลที่เหมาะสม และการขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม

จากการวินิจฉัยข้างต้น พยาบาลกำหนดเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลดังตัวอย่างเช่น

- เด็กปลอดภัยจากการเป็นอันตราย หรือการบาดเจ็บ
- เด็กมีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับผู้ดูแลอย่างน้อยหนึ่งคน
- เด็กพัฒนาความไว้วางใจผู้ดูแลอย่างน้องหนึ่งคน
- เด็กสื่อความหมายความต้องการของตนได้กับผู้ดูแลอย่างน้อยหนึ่งคน
- แสดงพฤติกรรมที่บ่งชี้ว่าเริ่มต้นกระบวนการการพัฒนาตัวตน

ค. การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลโดยกำหนดวิธีการดูแล ช่วยเหลือ หรือการบำบัดทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และต้องคำนึงถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็ก ตลอดกระบวนการ รวมทั้งจัดประสบการณ์ให้ ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ

และมีความสามารถในการร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือดูแลเด็กออทิสติก โดยมุ่งหวังให้ครอบครัวสามารถเลี้ยงดู และช่วยเหลือเด็กออทิสติก เมื่อเด็กกลับสู่ครอบครัว รวมทั้งการช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถจัดการกับความวิตกกังวล ความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากภาระการดูแลเด็กออทิสติก

กิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือ และบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำคัญในออทิสติก ได้แก่

1. พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการดูแลเด็กรายบุคคลเพื่อพัฒนาความไว้วางใจ ตลอดจนการจัดระบบการดูแลเพื่อการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของเด็กเป็นรายบุคคลในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านการดูแลตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ซึ่งเด็กจะมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน การดูแลแบบที่พยาบาลรับผิดชอบเด็กเป็นรายบุคคลและมีความต่อเนื่อง เช่น การดูแลแบบเจ้าของไข้ จะมีความเหมาะสม

2. พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดในการป้องกันการบาดเจ็บ อันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งกับตัวเด็กเอง และที่อาจเกิดกับเด็กอื่น การรู้จักเด็กเป็นรายบุคคล เพื่อการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของเด็กที่มักจะเกิดขึ้นก่อนที่เด็กจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดเมื่อเด็กมีระดับของความวิตกกังวลสูงขึ้น พยาบาลต้องจัดการช่วยเหลือเด็กให้สามารถเผชิญกับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การช่วยเหลือเด็กในเรื่องนี้ และการช่วยเหลือเด็กเมื่อเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์เช่นนี้ พยาบาลต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง โดยใช้เทคนิคการบำบัดที่เหมาะสมกับลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น

3. พยาบาลจะดูแลช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการทางสังคมได้ต้องเริ่มจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความไว้วางใจ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและประคับประคองเด็กให้มีความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ใช้เทคนิคการให้รางวัล เมื่อเด็กเริ่มแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะมีการประสานสายตา ซึ่งสำคัญมากในการสร้างความผูกพันทางสังคม หรือเมื่อเด็กเริ่มมองสิ่งของ หรือบุคคลอย่างมีเป้าหมาย เป็นต้น เมื่อเด็กมีพัฒนาการในการสร้างสรรค์จึงเปลี่ยนจากการใช้รางวัลเป็นการให้แรงเสริมทางสังคม เช่น การกอดรัด การสัมผัส การยิ้มหัวเราะ หรือชมเชยด้วยคำพูด เป็นต้น

4. พยาบาลใช้การดูแล ช่วยเหลือเป็นรายบุคคลระยะยาวในการพัฒนาการความสามารถของเด็กในการสื่อความหมายความต้องการของตนให้ผู้อื่นทราบ โดยพยาบาลคาดการณ์ความต้องการของเด็กให้ถูกต้อง และช่วยให้เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นอย่างเต็มที่ จะช่วยให้เด็กเริ่มต้นพัฒนาความสามารถในการสื่อความหมาย ความต้องการของตนให้ผู้อื่นทราบได้ การทำความเข้าใจ และการตรวจสอบว่าพยาบาลเข้าใจความต้องการของเด็กอย่างถูกต้องเป็นเรื่อง

จำเป็นการใช้เทคนิคการให้แรงเสริมแบบการให้รางวัล ใช้ได้ผลดีในเด็กออทิสติก และที่สำคัญพยาบาลต้องสำนึกไว้เสมอว่า เด็กที่ได้รับการดูแลด้วยความรัก ความอบอุ่น อย่างเต็มที่เท่านั้น จึงจะมีความไว้ใจสิ่งแวดล้อมพอที่จะสื่อความหมายความต้องการของตนให้ผู้อื่นได้

5. พยาบาลต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็กออทิสติก โดยการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุรวมทั้งเพื่อให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นพัฒนาการของเด็กที่เหมาะสม ตามระดับสติปัญญาและระดับพัฒนาการของเด็ก ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับเด็กออทิสติกโดยสังเขปคือ จัดสิ่งแวดล้อมต้องไม่มีของมีคม หรือของใช้แตกหักง่าย ในกรณีที่เด็กมีอาการชักร่วมด้วย สภาพแวดล้อมและของใช้ในห้องพักหรือในหอผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องมีการบุนวมตามความจำเป็น และในกรณีของเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากการป้องกันข้างต้น พยาบาลต้องป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นด้วยการเรียนรู้แบบแผนการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หาอาการนำของการเกิดพฤติกรรม ก้าวร้าวให้ได้ แล้วจึงดำเนินการเฝ้าระวัง

6. พยาบาลต้องช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการของกระบวนการพัฒนาตนเองโดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีความอบอุ่นและไว้วางใจ ช่วยให้เด็กรับรู้ความเป็นตัวตน พัฒนาความรู้จักตนเอง ดังเช่น เรียนรู้การเรียกชื่ออวัยวะต่างๆ แล้วแยกว่าอะไรคือของตนเอง อะไรคือของคนอื่น ด้วยการมองตนในกระจก ในระยะแรกเด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะกลัวการเห็นตนเองในกระจก ต่อเมื่อเด็กมีพัฒนาการในทางที่เหมาะสม การมองกระจกจะช่วยให้เด็กเรียนรู้ตนเองได้มากขึ้น ซึ่งเด็กจะแสดงออกโดยสามารถชี้ปาก จมูกตนเองได้ ตลอดจนรับรู้ความเป็นเจ้าของของใช้ส่วนตัว การพัฒนาความเป็นตัวตนนี้ พยาบาลจะพัฒนาควบคู่ไปกับการกระทำกิจวัตรประจำวัน

7. พยาบาลที่ดูแลเด็กออทิสติกต้องให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือพ่อแม่ให้เข้าใจและยอมรับว่าลูกมีความผิดปกติรวมทั้ง มีความคาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็กตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจศักยภาพของเด็กออทิสติก และมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลเด็กออทิสติกช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เต็มตามศักยภาพ นอกจากนี้ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติกซึ่งต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเลี้ยงดูเด็กและเผชิญกับความเครียด ความกังวล และความรู้สึก คับข้องใจ ให้มีความรู้ ความสามารถดังกล่าวข้างต้นได้นั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ (Johnson, 1995) กลยุทธ์ที่สำคัญที่พยาบาลควรใช้เช่นเดียวกับการช่วยเหลือครอบครัว ผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่

- การกระตุ้นให้ครอบครัวมีการระบายอารมณ์
- ช่วยเหลือให้ครอบครัวลดความรู้สึกผิด
- สนับสนุน ประคับประคองให้ครอบครัวได้ผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศก
- กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวด้วยกัน ให้โอกาสครอบครัว

ในการซักถามจนได้คำตอบที่พอใจ

- กระตุ้นให้ครอบครัวมีการรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง
- เน้นการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจมีกำลังใจในการดูแลเด็ก
- ร่วมกันกำหนดเป้าหมายอนาคตของเด็กอย่างเหมาะสม
- สอนการมีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม
- ให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับสิทธิของเด็กและความรับผิดชอบของครอบครัว
- สร้างเครือข่ายกับชุมชน

ทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นแนวทางที่พยาบาลควรนำมาปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก นอกจากนี้ยังมี ความรู้และความเข้าใจในหลายประเด็น ที่พยาบาลควรให้ความสนใจ เช่น ทักษะในการสื่อสารกับเด็ก กิจกรรมเพื่อการบำบัดสำหรับเด็ก และการเล่นเพื่อการบำบัด

ทักษะในการสื่อสารกับเด็ก

การที่จะติดต่อสื่อสารกับเด็กได้เหมาะสมตามวัย พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการทางสติปัญญา และพัฒนาการทางภาษาของเด็กเพื่อช่วยประเมินระดับพัฒนาการของเด็ก การสื่อสารของเด็กแตกต่างจากการสื่อสารของผู้ใหญ่

1. ด้านขั้นตอนการสื่อสาร

ก. ผู้สื่อสาร (sender) ถ้าผู้ส่งข่าวสารเป็นเด็ก โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี เมื่อเด็กจะพูดเด็กจะไม่สนใจว่าเขากำลังพูดกับใคร และควรพูดอย่างไร เด็กอาจเล่าเหตุการณ์ต่างๆ หรือพูดบางสิ่งบางอย่าง ตามที่เขากำลังสนใจและที่เขาจำได้ ในขณะที่ผู้ฟังอาจไม่เคยรู้เรื่องราวต่างๆ ของเด็กมาก่อน และถ้าผู้ฟังพยายามจะใช้คำถาม เพื่อให้เด็กอธิบายเพิ่มเติม เด็กอาจจะหยุดพูด หรือแสดงให้เห็นว่า ไม่สามารถอธิบายรายละเอียดตามที่ผู้ฟังต้องการได้

ข. ด้านข่าวสาร (message) สำหรับเด็กข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่สื่อสารออกมา โดยการโต้ตอบเป็นคำพูดอาจไม่ชัดเจนเท่า กิริยาท่าทาง หรือภาษาที่ไม่ใช้คำพูด (non - verbal) เพราะเด็กจะแสดงความรู้สึก ด้วยกิริยาท่าทีมากกว่าเป็นคำพูด ฉะนั้นจึงควรสังเกตพฤติกรรมเด็ก เช่นในกิจกรรมการเล่นของเด็ก จะช่วยให้เข้าใจเด็กได้มากขึ้น

ค. ผู้รับข่าวสาร (receiver) เด็กจะรับข่าวสารหรือรับฟัง สิ่งที่ผู้ใหญ่พูดได้แค่ไหน ขึ้นอยู่กับระดับของพัฒนาการ ว่าเด็กสามารถเข้าใจข้อมูลได้แค่ไหน เด็กเองอาจรับข่าวสารได้ไม่ตรงตามที่ผู้ใหญ่ต้องการ

ง. การตรวจสอบ / การป้อนกลับ (feedback) ในการประเมินว่าเด็กเข้าใจข่าวสาร อย่างที่ผู้ใหญ่อธิบายหรือไม่ กระทำได้ยากกว่าการประเมินในผู้ใหญ่ด้วยกัน วิธีประเมินที่เหมาะสม ควรเป็นการสังเกตพฤติกรรม ที่บ่งชี้ว่าผู้ฟังเข้าใจ สับสน หรืองุนงง สำหรับเด็กที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตมักมีความบกพร่องในด้านการรับ - ส่งข่าวสารแอบแฝงอยู่แล้ว เช่น เด็กอาจไม่สบตาหรือไม่มองผู้พูดหรือเด็กอาจทำทีท่าเหมือนฟังผู้พูด แต่จริงๆ เด็กได้ยินเสียงอื่นอยู่ ฉะนั้นพยาบาลจำเป็นต้องหยุดพูดและถามเด็กเป็นระยะๆ ว่าเด็กได้ยิน หรือกำลังฟังสิ่งที่พยาบาลพูดอยู่หรือเปล่า เพื่อประเมินว่าเด็กเข้าใจอย่างไร แค่ไหน ซึ่งกิริยาท่าทาง (non - verbal) ของเด็กเป็นข้อบ่งชี้ได้ดีมากกว่าคำพูด

2. ด้านการสื่อสารกับเด็กในแต่ละสถานการณ์

รูปแบบในการสื่อสารต้องใช้แตกต่างกันไปในหลายสถานการณ์ ขึ้นอยู่กับระดับพัฒนาการของเด็กและวัตถุประสงค์ วิธีการหรือแนวทางที่ความปฏิบัติในแต่ละสถานการณ์มีดังนี้

ก. ภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วน พยาบาลอาจต้องใช้การสื่อสาร ในสถานการณ์ เช่นนี้บ่อยครั้ง เมื่อเห็นเด็กแสดงพฤติกรรมที่กำลังเกิดอันตราย พยาบาลจะต้องรีบยับยั้ง และหยุดพฤติกรรมนั้นทันที ฉะนั้นข้อความที่สื่อสารต้องใช้เป็นคำสั่งโดยตรง เป็นข้อความง่ายๆ และสั้น เช่น หยุดก่อนหรือเรียกชื่อเด็กโดยตรง เพื่อให้ความสนใจหันกลับมาทันที แล้วต่อจากนั้น จึงควรบอกเด็กว่าเขาควรต้องปฏิบัติหรือทำอะไรต่อไป

ข. การชักจูงหรือชี้แนะ การสื่อสารเพื่อให้คำแนะนำหรือชี้แนะ ไม่ควรอยู่ในสถานการณ์ที่เร่งรีบ การสื่อสารควรมีการตระเตรียม เช่น การชี้แนะให้เด็กปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ได้แก่ การแต่งตัว การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ การรับประทานอาหาร รวมถึงกิจกรรมอื่นๆ ในสิ่งแวดล้อมที่ต้องการให้เด็กมีความเข้าใจหรือมีทักษะมากขึ้น ซึ่งการชี้แนะ ควรกระทำโดยเปิดโอกาสให้เด็กได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ เพื่อให้เด็กได้เป็นตัวของตัวเอง (sense of autonomy) ให้เขาได้เลือก ได้ตัดสินใจเอง เด็กจะได้เรียนรู้ว่าเข้าต้องการอะไร และให้เขาได้พึ่งตนเอง สำหรับวิธีการเปิดโอกาสให้เด็กเลือก พยาบาลควรมีข้อควรปฏิบัติให้เด็กได้เลือกในหลายๆ ทางแต่ในหลายๆ ทางนั้น ควรเป็นทางที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาตามมา เช่น เมื่อถึงเวลากินข้าว ถ้าพยาบาลบอกให้เด็กเลือกว่าจะกิน ไม่กินและเด็กเลือกว่าไม่กินข้าว ทำให้เกิดปัญหาตามมา ในกรณีเช่นนี้ พยาบาลควรบอกว่า “เวลานี้ถึงเวลาที่เราต้องไปรับประทานอาหารเย็นแล้ว” หรืออาจเป็นการเตือนเด็กล่วงหน้า เช่น “อีก 5 นาที เราจะเลิกเล่นตรงนี้และเราจะไปอาบน้ำกัน”

ค. การจำกัดขอบเขตของพฤติกรรม การช่วยให้เด็กเรียนรู้ การแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นวัตถุประสงค์ของการพยาบาล โดยเฉพาะเด็กที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต โอกาสที่เด็กจะแสดงพฤติกรรมแปรปรวนไปนั้นมีได้สูง เด็กควรเรียนรู้ในเรื่องเวลา ที่ควรมารับประทานอาหาร การอาบน้ำ การเข้านอน การเรียนรู้เวลาที่ควรเล่น การกินยา และการแสดงออกของความรู้สึก

บางอย่างจุดมุ่งหมายในการจำกัดขอบเขตของพฤติกรรม (limit-setting) ก็เพื่อช่วยให้เด็กเรียนรู้การควบคุมตนเอง โดยที่พยาบาลต้องมีความเข้าใจในอารมณ์ และความรู้สึกของเด็ก เปิดโอกาสให้เด็กได้ระบายออกอย่างเหมาะสม และพิจารณาว่าควรให้เด็กทำอะไร เมื่อพฤติกรรมบางอย่างถูกยับยั้ง พยาบาลความมีความสม่ำเสมอ ในกิจกรรมและพฤติกรรมที่ต้องการยับยั้ง การควบคุมเด็ก โดยการจับไปไว้ในห้องแยกไม่ควรกระทำ เพราะไม่ช่วยให้เกิดความปลอดภัย และไม่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางด้านจิตใจให้ดีขึ้น

ง. การอธิบาย การจะอธิบายเรื่องราวบางอย่างให้เด็กฟัง พยาบาลต้องรู้ระดับพัฒนาการของเด็กก่อน เด็กบางคนเล็กเกินไปที่จะเข้าใจ หรือเด็กบางคนอยู่ในสภาพไม่พร้อมต่างๆ เช่น กลัว กังวล ร้องไห้ หิว เด็กก็จะไม่ฟังที่พยาบาลพูด สำหรับเด็กเล็ก การอธิบายสิ่งต่างๆ ทำได้ด้วยการนำเด็กเข้าไปในห้องเล่นของเด็ก และอธิบายสิ่งที่ต้องการให้เด็กรู้ โดยใช้การเล่นเป็นสื่อ เช่น อธิบายวิธีผ่าตัด

จ. การแสดงความคิดและความรู้สึก การแสดงความคิดเห็นของเด็กด้วยการถามคำถามโต้ตอบโดยตรงทำได้ยาก พยาบาลควรจัดสถานการณ์ให้เด็กได้พูดอย่างอิสระ โดยเฉพาะในสิ่งที่เด็กอยากพูด หรือในสิ่งที่เด็กสนใจก่อน ในบางครั้งอาจใช้วิธีคาดเดานำมาก่อนว่าเด็กคิดเช่นที่เราคาดเดาหรือไม่ ส่วนการสื่อสารด้านความรู้สึกกับเด็กนั้น พยาบาลที่ทำงานกับเด็กต้องสามารถแสดงความรู้สึกของตนเองให้เด็กเห็นก่อน โดยเฉพาะความรู้สึกที่ดีต่อกัน เช่น ถ้าพยาบาลจะแสดงว่ารักเขาก็ต้องเข้าไปกอดเขา จูงมือเขา พูดคุยกับเขา และให้เวลาอยู่กับเขา ในเด็กการสัมผัสต่อกัน (physical contact) เป็นสิ่งจำเป็น เมื่อเด็กรับรู้ถึงความรู้สึกเช่นนี้ได้ เด็กก็จะสื่อสารความรู้สึกของตนได้เช่นกัน นอกจากนี้อาจกระตุ้นให้เด็กแสดงความรู้สึก โดยการเล่านิทานให้เด็กฟังเป็นการนำและชักจูงให้เด็กร่วมแสดงความรู้สึก

ฉ. การแสดงการยอมรับ ผู้ป่วยเด็กต้องการการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง เช่นเดียวกับบุคคลกลุ่มอื่นๆ เด็กต้องการให้พยาบาลยอมรับเขาเป็นบุคคลคนหนึ่ง ซึ่งการแสดงการยอมรับควรมุ่งที่ตัวเด็กไม่ใช่พฤติกรรมของเด็ก การยอมรับทำได้โดย การพยายามทำความเข้าใจในตัวเด็ก การให้เวลาในการฟังในการร่วมทำกิจกรรมหรือเล่นกับเด็ก การให้เวลาเวลาในการฟังในการร่วมทำกิจกรรมหรือเล่นกับเด็ก การให้ความสนใจในความต้องการพื้นฐานของเด็ก และความต้องการอื่นๆ ตามขั้นพัฒนาการ โดยที่การกระทำของการยอมรับนี้ ควรกระทำอย่างสม่ำเสมอ มีความจริงใจ และเปิดเผย เพื่อให้เด็กสามารถรับรู้ได้

กิจกรรมเพื่อการบำบัดสำหรับเด็ก

พยาบาลมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าใจ และเห็นคุณค่าในการจัดกิจกรรมต่างๆ ให้เด็กการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดผลในการรักษาต้อง จัดให้ตรงตามธรรมชาติของเด็ก เช่น เด็กในแต่ละวัยสนใจอะไร และเล่นอะไร ประโยชน์ของกิจกรรมหรือการเล่นของเด็ก

- ช่วยพัฒนาการด้านทักษะของการเคลื่อนไหว
- ช่วยพัฒนาการด้านสังคม
- ช่วยพัฒนาการด้านภาษา
- ได้ระบายออกของความคิดและจินตนาการ (fantasy) ต่างๆ
- ได้ระบายความเครียดหรือความรู้สึกขัดแย้งภายใน
- การเล่นของเด็กช่วยให้ผู้ใหญ่เข้าใจและรู้จักเด็ก

กิจกรรมที่ควรสนใจ

ก. กิจกรรมทางศิลปะ (art) การวาดรูป การระบายสี การร้องเพลง และการเล่นดนตรี เป็นกิจกรรมที่ใช้ได้ดี ในเด็กทุกวัย เพราะเด็กจะได้ระบายอารมณ์ผ่านมาทางศิลปะต่างๆ

ข. กิจกรรมออกกำลังกาย (physical exercise) การเล่นกีฬาที่ใช้กำลังช่วยให้เด็กได้ระบายพลังงาน และยังช่วยในการใช้กล้ามเนื้อ ควรจัดให้มีการเล่นในสนามเป็นกีฬากลางแจ้ง เช่น ว่ายน้ำ ฟุตบอล แบดมินตัน

ค. กิจกรรมการเล่น (play) เป็นกิจกรรมอิสระที่ให้ความสนุกสนาน อาจเป็นการเล่นที่ไม่มีกฎเกณฑ์ เช่น เล่นดิน เล่นทราย หรือเป็นการเล่นที่มีกฎเกณฑ์ เช่น กิจกรรมเข้าจังหวะต่างๆ

ง. กิจกรรมประจำวัน (daily routines) สำหรับเด็กที่ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลประสบการณ์ในการรักษา ควรช่วยเปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้ กิจกรรมประจำวันในการดำเนินชีวิตและกระตุ้นให้เด็กรู้ว่า ถ้าอยู่บ้านเขาต้องทำอะไรบ้าง เช่น การแต่งกาย การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ การรับประทานอาหาร และการเข้านอน

การเล่นเพื่อการบำบัด (play therapy)

การเล่นช่วยในการบำบัดได้อย่างไร โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชเด็ก เพื่อความเข้าใจการบำบัดโดยการเล่น ต้องเข้าใจว่าเด็กเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้อย่างไร “A child’s play is his work” เด็กทารก (infants) เรียนรู้ เกี่ยวกับวัตถุและบุคคลในสิ่งแวดล้อม โดยการสัมผัสและการสำรวจตรวจค้น

เมื่อเด็กโตขึ้นการเล่นที่สร้างสรรค์ (creative play) จะช่วยให้เด็กค้นพบสิ่งใหม่ๆ ในโลกและความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ

ดังนั้นการเล่นคือ ปรากฏการณ์โดยธรรมชาตินำไปสู่การเรียนรู้ กล่าวกันว่าการเล่นคือ การทำงานของเด็ก เป็นจินตนาการที่เกี่ยวข้องกับความเป็นจริง การเล่นส่งเสริมและสะท้อนให้เห็นความซับซ้อน ของแบบแผนของพัฒนาการด้านอารมณ์ การเล่นทำให้เด็กได้แสดงออก ซึ่งความรู้สึก จินตนาการ ความกลัว และความขัดแย้งต่างๆ ได้มีผู้นำการเล่นของเด็ก มาใช้ในการบำบัดโดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก ที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ เพราะเด็กเล็กยังไม่สามารถอธิบายความคิด ความรู้สึก ความปรารถนา และความกลัวต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้ผู้อื่นเข้าใจได้ การใช้ของเล่นให้เด็กเล่น ช่วยเป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างเด็ก และผู้ให้การบำบัด โดยมีเป้าหมายเพื่อ

- ช่วยให้เด็กรับรู้และเข้าใจ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมต่างๆ ของตนเอง
- ช่วยให้เด็กได้ระบายความรู้สึกของความกลัว ความกังวลต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และช่วยให้เด็กหาทางแก้ปัญหาของตนเอง

ห้องเล่นจะต้องมีของเล่นต่างๆ ให้เด็กเลือกเล่นได้ โดยเฉพาะต้องมี บ้านตุ๊กตา และตุ๊กตาพ่อแม่ เพื่อให้เด็กสมมุติหรือสร้างจินตนาการ เด็กบางคนชอบงานศิลปะควรมีสีต่างๆ ให้เด็กได้เลือก ให้ได้วาดภาพ ผู้บำบัดจะได้เรียนรู้ว่า เด็กเลือกสีอะไร และวาดรูปอะไรเมื่อเริ่มต้นใช้การเล่นเพื่อการรักษา พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพกับเด็กเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ ให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจกัน ในระหว่างนี้พยาบาลจะเป็น ผู้สังเกตปฏิกิริยาของเด็ก ต่อพยาบาลหรือผู้บำบัดอื่นๆ และปฏิกิริยาของเด็กต่อของเล่นชนิดต่างๆ ในห้องเล่น โดยที่เด็กจะแสดงถึงจินตนาการกับของเล่น กับนิทานที่เด็กได้ยิน หรือกับเหตุสมมุติต่างๆ ที่จัดให้เกิดมีขึ้น อันจะช่วยให้รู้จักลักษณะบุคลิกภาพของเด็ก ความขัดแย้ง ความสามารถในการจัดการปัญหา การควบคุมตัวเองและความภาคภูมิใจในตนเอง ในขณะที่สังเกตเด็ก ฟังเด็กพูด พยาบาลอาจสอบถามการเล่นของเด็ก เช่นเมื่อสังเกตเห็นเด็ก ทุบตุ๊กตาตัวสีดำอย่างแรง พยาบาลอาจมีคำถามว่าเขาคิดอย่างไรเขาเห็นตุ๊กตาเป็นอะไร เพื่อให้เด็กบอกถึงการกระทำ หรือเด็กที่มีความก้าวร้าวในขณะเล่น การสอบถามหรือพูดคุยเป็นการให้รู้ว่า ในการกระทำนั้นมีอะไรอยู่เบื้องหลัง นอกจากนี้เมื่อเด็กมีคำถามให้เราตอบพยาบาลอาจเพิ่มเติมทัศนคติที่เหมาะสมให้เด็ก เป็นการให้คำปรึกษาร่วมไปในการเล่นแต่ละครั้ง

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

พยาบาลประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยเน้นการประเมินความปลอดภัยของเด็กจากการบาดเจ็บ อุบัติเหตุ การพัฒนาความสามารถในการสื่อความหมาย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใน

การที่สร้างสรรค์ สู่การเจริญเติบโต และมีพัฒนาการตามวัยของเด็กในทุกด้าน นอกจากนี้ต้องให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความสามารถของครอบครัว หรือผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแล เด็กออทิสติกไปพร้อมๆ กัน

สำหรับการพยาบาลจิตเวชเด็ก ดำเนินตามขั้นตอนการพยาบาล โดยเริ่มด้วยการรวบรวมข้อมูลจากตัวเด็ก และจากผู้ปกครองหรือผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ สำหรับบทบาทของพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่กิจกรรมด้าน การป้องกัน การส่งเสริมและการฟื้นฟู ซึ่งบทบาททั้งหมดนี้พยาบาลต้องมีความรู้ในการให้การช่วยเหลือเด็กเป็นรายบุคคล การช่วยเหลือครอบครัว และการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัดในกรณีเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงพยาบาลควรมีทักษะในการสื่อสารกับเด็กซึ่งมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่ การจัดกิจกรรมเพื่อการบำบัดสำหรับเด็ก และการเล่นเพื่อการบำบัด

3. ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman

3.1 การประเมินสถานการณ์ความเครียด

Lazarus ได้เสนอทฤษฎีความเครียดในปี ค.ศ. 1966 โดยกล่าวถึง การประเมินสถานการณ์ความเครียดว่าหมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้ปัญญาตีความสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นว่ามีผลต่อตนเองอย่างไรบ้าง ซึ่งการประเมินค่าทางปัญญานั้นมีผลต่อความผาสุกในชีวิต มีผลต่อแหล่งพลังงานในร่างกาย ที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ และแบ่งกระบวนการประเมินสถานการณ์ความเครียดของบุคคลต่อสถานการณ์ออกเป็น 3 ระดับคือ

1. การประเมินค่าทางปัญญาต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมในระดับปฐมภูมิ (primary appraisal) แบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

1.1 สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นไม่มีผลต่อตนเอง (irrelevant) คือเมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม แล้วพบว่าไม่ได้ทำให้ความผาสุกในชีวิตของตนเองเปลี่ยนแปลงไป บุคคลจะมีการประเมินสถานการณ์ความเครียดว่าไม่มีผลต่อตนเอง

1.2 สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นทำให้เกิดผลดีต่อตนเอง (benign positive) คือเมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมแล้วพบว่ามีประโยชน์ต่อตนเอง ทำให้มีความสุขในชีวิตเกิดอารมณ์สนุกสนาน บุคคลจะมีการประเมินค่าทางปัญญาต่อสถานการณ์นั้นว่าเกิดผลดีกับตนเอง

1.3 สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นก่อให้เกิดความเครียดต่อตนเอง (stressful) เมื่อ

บุคคลมีการประเมินว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียด จะแบ่งลักษณะการมองสถานการณ์เป็น 3 ลักษณะ คือ สูญเสีย/เป็นอันตราย (loss/harm) คุกคาม (threat) และ ท้าทาย (challenge)

2. การประเมินสถานการณ์ความเครียดของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมในระดับทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินค่าทางปัญญาของบุคคลว่า ความสามารถแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในตนเองมีมากน้อยเพียงใด และพิจารณาทางเลือกที่จะจัดการกับสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์กับตนเอง

3. การประเมินสถานการณ์ความเครียดของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมซ้ำอีกครั้ง (reappraisal) เป็นการประเมินซ้ำ โดยใช้ข้อมูลใหม่ที่ได้จากการเผชิญความเครียดครั้งก่อน สภาพแวดล้อมหรือบุคคล

การประเมินสถานการณ์ความเครียดของบุคคลทั่วไป สามารถเกิดขึ้นต่อเนื่องกันได้ตลอดเวลาโดยใช้ข้อมูลที่ได้รับจากบุคคล สิ่งแวดล้อม หรือการประเมินสถานการณ์ความเครียดครั้งก่อน ซึ่งการประเมินทั้งสามระดับเกิดขึ้นได้พร้อม ๆ กัน และจะดำเนินไป จนกว่าสถานการณ์นั้นจะสิ้นสุดลง

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ความเครียดหมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลประเมินว่าจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง คือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นความเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้นจะประเมินว่าเครียดเมื่อความต้องการมากกว่าแหล่งสนับสนุน และการตัดสินภาวะเครียดของบุคคลต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิดหรือการประเมินด้วยสติปัญญา การประเมินสถานการณ์ความเครียด คือ การพิจารณาตัดสินความหมาย หรือความสำคัญของสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การประเมินสถานการณ์แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ (Lazarus & Launier, 1978; Lazarus & Cohen, 1977; Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2536: 107) คือ 1) การประเมินชนิดปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญของเหตุการณ์นี้ จะออกมาใน 3 ลักษณะ คือ ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) มีผลดีกับตนเอง (Benign positive) และเป็นความเครียด (Stressful) ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียดนั้นจะมี 3 ลักษณะคือ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm and Loss) คุกคาม (Threat) และท้าทาย (Challenge) 2) การประเมินชนิดทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์ และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น ๆ การประเมินชนิดทุติยภูมิ ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นหลักการประเมินชนิดปฐมภูมิ แต่อาจจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันก็ได้ 3) การประเมินตัดสินใหม่ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อ

ได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ หรือการให้ความหมายของเหตุการณ์เสียใหม่ เพื่อลดความเครียดลงซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 อย่าง ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านตัวบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระดับของความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ สำหรับปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ ข้อผูกพันที่มีต่อเหตุการณ์ ความเชื่อในความสามารถควบคุมเหตุการณ์ และสติปัญญาของบุคคล

จากความหมายของการประเมินสถานการณ์ความเครียดที่ได้กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า ความเครียดหมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่าง ๆ โดยบุคคลจะใช้ความสามารถทางปัญญาในการพิจารณาตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่ามีผลต่อสวัสดิภาพ ทำให้บุคคลรู้สึกถึงอันตราย คุกคามหรือท้าทาย รวมถึงการรับรู้ถึงทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ในลักษณะปริมาณและความเพียงพอ

การประเมินสถานการณ์ความเครียดของมารดา

Friedman (1981:146) ได้กล่าวถึง การประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรที่ต้องใช้เวลารักษานานของมารดา ว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งจะทำให้มารดามีปฏิกิริยาต่อความเจ็บป่วยของบุตรดังนี้

1) ช๊อคและไม่เชื่อ (Shock and disbelief) ถึงแม้ว่ามารดาหลายรายจะพอทราบอยู่บ้างว่าบุตรมีความผิดปกติ แต่เมื่อได้รับการบอกเล่าจากแพทย์จริง ๆ มารดาก็จะช๊อคและไม่เชื่อว่าเป็นความจริง (Glasscock,1982,p.502) อาการช๊อคและไม่เชื่อนั้นแสดงออกมากและเป็นเวลานาน เมื่อเด็กนั้นไม่เคยมีอาการผิดปกติมาก่อน (Johnson,1986,p. 160) และในขณะช๊อคและไม่เชื่อจะมีความวิตกกังวลสูง ซึ่งเป็นช่วงที่ยากที่จะให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่มารดา

2) โกรธ (Anger) เมื่อรู้ว่าเด็กป่วยจริงมารดาจะโกรธ โดยมารดาอาจจะโกรธแพทย์พยาบาลหรือสิ่งที่มองไม่เห็น ความโกรธจะทำให้มารดาตั้งคำถามอยู่ตลอดเวลาว่า ทำไมต้องเป็นบุตรของตน หรือมารดาอาจจะโกรธตัวเอง หรือสามีที่ไม่สามารถให้กำเนิดบุตรที่มีสุขภาพสมบูรณ์ได้ มารดาบางรายจะโกรธบุตรที่ป่วย ซึ่งบางครั้งจะทำให้มารดาเกิดความรู้สึกผิดภายในใจขึ้นได้ (Guilt)

3) ความรู้สึกผิดบาป (Guilt) มารดาบางรายคิดว่าที่เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เกิดขึ้น

เพราะพระเจ้าลงโทษ (Steinhauer, 1974,p. 834) ซึ่งมารดาจะรู้สึกเศร้าสลดใจ Fostel (1978:57) กล่าวว่า ความรู้สึกผิดนั้นเกิดจากมารดามีจิตสำนึกที่อยากให้บุตรตาย หรืออาจเกิดจากเมื่อมารดาทราบว่าโรคที่บุตรเป็นนั้นต้นเหตุมาจากตน เช่น โรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ (Glasscock,1982,p. 509) ถ้ามารดาไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกผิดได้ จะทำให้มีผลต่ออัตมโนทัศน์ของตัวมารดาเอง (Chinn Winn and Walter ,1978, p. 22) ทำให้มีความตึงเครียดและทำให้มารดามีพฤติกรรมที่ปกป้องบุตรมากเกินไป

4) ซึมเศร้าและท้อใจ (Depression and discouragement) ความซึมเศร้าและท้อใจของมารดาจะพบเห็นอยู่เป็นประจำ มารดาจะซึมเศร้าเมื่อพบว่า ความเจ็บป่วยของบุตรไม่สามารถปฏิเสธได้อีกต่อไป เกิดความท้อใจ เมื่อไม่สามารป้องกันความก้าวหน้าของโรคที่เกิดแก่บุตรได้ มารดา จะมีอาการพูดน้อยลงหรือไม่พูด รับประทานอาหารได้น้อยลง ชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ตาเหม่อลอย นอนไม่หลับ

5) ความรู้สึกเศร้าโศก (Grief) ปฏิกิริยาเศร้าโศก พบได้เป็นปกติของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความเศร้าโศกเกิดจากมารดามีความรู้สึกสูญเสียความคิดฝันหรือจินตนาการไว้ว่า บุตรของตนจะต้องสวยงาม มีความสามารถและสืบทอดตระกูลได้ Olshansky , 1982 กล่าวว่า มารดาบางรายมีภาวะเศร้าเป็นระยะเวลายาวนานอาจจะตลอดชีวิตของเขา แต่ความมากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ บุคลิกภาพ ศาสนา ระดับชั้นทางสังคม มารดา จะแสดงปฏิกิริยาออกมาโดยการร้องไห้ นอนไม่หลับ หรือมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ซึ่งบางคนอาจแสดงออกมาอย่างชัดเจน แต่บางคนพยายามปิดบัง

6) ความกลัว (Fear) มารดาที่บุตรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะมีความกลัวว่าบุตรจะตาย หรือมีอาการหนักกว่านี้ และมักจะกลัวในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น มารดามักจะถามว่า สาเหตุการเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุอะไร และถ้ามีบุตรอีกจะเป็นอย่างนี้อีกไหม จะดูแลบุตรอย่างไร เป็นต้น Chinn Winn and Walter (1978: 22) กล่าวว่า ความกลัวจะลดลงเมื่อมารดาได้ข้อมูลอย่างเพียงพอ

7) ปฏิกิริยาต่อชุมชนในสังคม (Reaction to Extended Community) การมีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง จะทำให้มารดามีความอับอาย ลดความสนใจในสิ่งแวดล้อม แยกตัวออกจากญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง การต้องรับภาระการดูแลบุตร เป็นเหตุผลอันหนึ่งที่มารดาใช้อ้างเมื่อไม่ประสบความสำเร็จในอาชีพ (Steinhauer, 1974:835)

ปฏิกิริยาต่าง ๆ ของมารดาที่กล่าวมาแล้วจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (Steinhauer,1974:831)

1) ความรุนแรงของโรคของบุตร อาการอ่อนเพลียจากการเจ็บป่วยและการพยากรณ์ที่ไม่

ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดีมาก่อนจะทำให้มารดามีความเครียดมากขึ้น

2) ธรรมชาติของความเจ็บป่วย โรคที่เด็กเจ็บป่วยนั้นเกิดตั้งแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลัง ถ้าโรคที่เกิดขึ้นนั้นเป็นมาตั้งแต่กำเนิดจะทำให้มารดามีความรู้สึกผิดและมีความรับผิดชอบ

3) อายุของบุตรเมื่อเริ่มเป็นโรคหรืออายุเมื่อได้รับการวินิจฉัย การได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่แรกเกิด มารดายังไม่เคยรับรู้ความปกติของเด็ก แต่ถ้าการวินิจฉัยหรือภาวะของโรคเกิดเมื่อเด็กโตขึ้น จะทำให้มารดามีความรู้สึกสูญเสียและซึมเศร้า

4) ความไม่สมดุลทางอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว ปัญหาทางด้านจิตสังคมของบุคคลในครอบครัวจะเกิดขึ้นเมื่อภาวะของโรคเรื้อรังรบกวนสถานภาพของครอบครัว

5) ธรรมชาติและผลของความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยหรือการได้รับการรักษาที่ยุ่งยากซึ่งมีผล ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อเด็กจะทำให้มารดามีความรู้สึกผิดมากขึ้น

6) โปรแกรมการรักษาที่บ้าน และความจำกัดของวิถีชีวิตของครอบครัว กิจกรรมการดูแลที่บ้านเช่น การฉีดยา การเคาะปอดเพื่อขับเสมหะ จะทำให้เด็กไม่พึงพอใจ เศร้าโศก มีผลให้เกิดปฏิกิริยาต่อต้าน สิ่งเหล่านี้จะเพิ่มงานและความตึงเครียดแก่มารดา เด็กอาจจะมีอำนาจต่อรองเหนือมารดา ทำให้เกิดพฤติกรรมพึ่งพา พัฒนาการผิดปกติ มีผลทำให้เกิดความเศร้าโศกทั้งมารดาและตัวเด็ก เกิดผลกระทบถึง สัมพันธภาพ ระหว่างมารดากับบุตร และกับสมาชิกภายในครอบครัว

7) การมีหรือไม่มีพี่น้องที่ผิดปกติ การมีบุตรคนอื่นที่มีสุขภาพปกติอยู่ในครอบครัวทำให้มารดามีความเครียดลดลง ในครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วยมากกว่าหนึ่งคน หรือมีบุตรเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังจะทำให้มารดาปรับตัวได้ยาก

8) การที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำ และการได้รับการผ่าตัดหลายอย่าง เช่น โรคไตเรื้อรังหรือแผลน้ำร้อนลวก จะเพิ่มความกดดันแก่มารดา มารดาจะเห็นว่าบุตรทุกข์ทรมานแต่ไม่สามารถช่วยได้

9) ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สำหรับครอบครัวที่มีรายได้จำกัด และต้องเสียค้าใช้จ่ายในการรักษาบุตร จะทำให้มารดามีความวิตกกังวล มารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน หรือทำงานพิเศษ เพื่อหารายได้ ซึ่งจะส่งผลถึงสัมพันธภาพของคู่สมรส ทำให้อัตราการแตกแยกในครอบครัวสูง

3.2 การเผชิญความเครียด

การศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดนั้น ถือเป็นมาตราฐานและหลักเกณฑ์ในการดูแลบุคคล เนื่องจากในบิดามารดาที่ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาที่มีอยู่ได้สำเร็จ จะทำให้เกิดความผิดปกติด้านจิตสังคม ซึ่งมีผลต่อความผิดปกติของร่างกายและจิตใจ ทั้งตัวบิดา มารดา และบุตร แต่ถ้าหากบุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่มีอยู่ได้สำเร็จ จะทำให้การพยากรณ์โรคของบุตร และคุณภาพชีวิตดีขึ้น สำหรับแนวคิดการเผชิญความเครียดนั้นได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ต่อไปนี้

Harris (1989:14) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่าเป็นสิ่งสุดท้ายที่บุคคลใช้ในการปรับตัว และเป็นการประนีประนอมของมนุษย์กับสถานการณ์ที่มาคุกคามทำลายหรือท้าทาย การเผชิญความเครียดเป็นการพิจารณาแนวทางแก้ไขปัญหาที่จะทำให้บุคคลมีความปลอดภัยและเกิดความผาสุกมากที่สุด การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการซ่อนเร้นภายในหรือเป็นกฎระเบียบภายในตนเองของแต่ละบุคคลที่จะให้จัดการกับสถานการณ์ความเครียด

Hinsie & Camphell (1970:163) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่า เป็นการปรับตัวที่ประสบความสำเร็จ และกระบวนการเผชิญความเครียด (Coping mechanism) เป็นวิธีการทุกอย่างที่บุคคลใช้ในการปรับตัวต่อความต้องการของสิ่งแวดล้อม โดยไม่รบกวนจุดประสงค์หรือเป้าหมาย

Antonovsky (1987) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่า หมายถึง รูปแบบพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการเผชิญปัญหา หรือ สถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตของแต่ละคน โดยการเผชิญความเครียดในทฤษฎีความผาสุกในชีวิต จะเป็นแหล่งประโยชน์หรือตัวกันชนสำหรับความเครียด

Yager (1989) กล่าวถึง การเผชิญความเครียดว่าเป็นการใช้ความพยายามด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และพฤติกรรม เพื่อจัดการกับความต้องการภายในและภายนอกบุคคลที่มากเกินกว่าแหล่งประโยชน์ธรรมดาของบุคคล ซึ่งในการเผชิญความเครียดบุคคลต้องมีการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ ว่างแผนที่จะมีการกระทำ มีการแก้ปัญหาและประเมินสิ่งที่ได้กระทำลงไป การเผชิญความเครียดจะประสบความสำเร็จได้บุคคลต้องมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ในการที่จะสามารถรับรู้ จำแนก วางแผนและตัดสินใจได้

Barry (1989) กล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่าเป็นวิธีการต่าง ๆ ของจิตใจส่วนอีโก้ (Ego) ที่พยายามรักษาความสมดุลของจิตใจในขณะที่เกิดความเครียดซึ่งวิธีการต่าง ๆ นั้นมีวิธีการที่เกิดในระดับจิตสำนึก เช่น การพูดระบายความรู้สึก การวิ่งออกกำลังและ วิธีการที่เกิดในระดับจิตใต้สำนึกโดยใช้กลไกการป้องกันทางจิต

Ignatavecius & Bayne (1991:92-93) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่าหมายถึง พฤติกรรมหรือความคิดที่บุคคลใช้เพื่อควบคุมสาเหตุของปัญหาหรือควบคุมความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้นจากปัญหานั้น บุคคลจะใช้สติปัญญาในการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้แล้วประสบความสำเร็จในอดีต ถ้ากลวิธีนี้ใช้แล้วไม่ประสบความสำเร็จบุคคลก็จะคัดเลือกวิธีอื่นไปตามแนวความคิดนี้ จะหมายถึงว่าบุคคลส่วนใหญ่ไม่ยอมให้ความเครียดหรือเหตุการณ์เครียดนั้นเกิดขึ้นมากกว่าที่เขาจะมีการตอบสนองต่อความเครียด การตอบสนองต่อความเครียดเป็นการกระตุ้นเตือนให้บุคคลหากลวิธีในการเผชิญความเครียดซึ่งอาจเป็นได้ทั้งการแก้ไขสถานการณ์หรือเปลี่ยนแปลงอารมณ์ตนเอง

Miller (1992) เป็นนักวิชาการพยาบาล ที่ให้ความสนใจการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยเรื้อรัง ให้นิยามการเผชิญความเครียดว่า เป็นการจัดการกับสิ่งที่รับรู้ว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือสิ่งท้าทายเพื่อแก้ไขความรู้สึกไม่สบายต่าง ๆ โดยผู้ป่วยเรื้อรังจะมีรูปแบบการเผชิญปัญหา 3 แบบ คือ 1) แบบหันหน้าเข้าหาปัญหา 2) แบบหลีกหนีปัญหา และ 3) แบบเป็นกลางคือผสมผสานระหว่างการหันหน้าเข้าหาปัญหา และการหลีกหนีปัญหา

Cassmeyer, Mitchess & Betrus (1995:169) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่าเป็นกระบวนการทางสติปัญญาและทักษะที่แต่ละบุคคลใช้เมื่อพบกับสถานการณ์ที่ไม่ธรรมดา เป็นความพยายามที่บุคคลใช้แก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่บุคคลได้ใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างสูงสุดแล้ว กระบวนการเผชิญความเครียดเราสามารถเรียนรู้ได้จากสถานการณ์ที่ผ่านมาในอดีต และได้กล่าวถึงคุณลักษณะของการเผชิญความเครียดว่า

1. การเผชิญความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์
2. การเผชิญความเครียดสามารถเปลี่ยนแปลงรูปแบบได้
3. การให้ข้อมูลข่าวสาร จะมีผลทำให้บุคคลมีการเลือกใช้การเผชิญความเครียดในรูปแบบต่าง ๆ
4. บุคคลจะมีการนำผลของการเผชิญความเครียดไปคิดพิจารณาใหม่

5. การเผชิญความเครียดนำมาซึ่งความเป็นสุขสงบของสังคมหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับบุคคลใช้วิธีการเผชิญความเครียดเหมาะสมหรือไม่

6. โดยทั่วไปมนุษย์จะมีการพัฒนารูปแบบของการเผชิญความเครียดและเลือกใช้กลวิธีที่ตนเองใช้แล้วประสบความสำเร็จในอดีต

Lazarus & Folkman, 1984: 187 ให้ความหมายของ การเผชิญความเครียดว่า เป็นความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งความพยายามนี้จะต้องใช้แหล่งประโยชน์เกินกว่าธรรมดา การเผชิญความเครียดนี้ ถือเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และจะไม่มีการตัดสินก่อนว่า วิธีการเผชิญความเครียดวิธีใดมีประสิทธิภาพ เพราะจะขึ้นอยู่กับบริบท (Context) บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดีคือ บุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะคือ 1) การมุ่งแก้ปัญหา (Problem – focused coping) เป็นการเผชิญกับความเครียด โดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม เพื่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียดหรือจัดการกับตนเองโดยการมุ่งแก้ปัญหา 2) การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional – focused coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคล นั้นคือบุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การปฏิเสธเมื่อเป็นโรคร้ายแรงเพื่อไม่ให้ตนเองเป็นทุกข์ จนไม่สามารถจะทำอะไรได้ (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2536: 107)กลายเป็นสิ่งตอบแทนที่ดีหรือรางวัลโดยคำจำกัดความนี้ประกอบด้วยหลักสำคัญ 3 ประการคือ

1) จะต้องมีการตระหนักว่ามีปัญหาเกิดขึ้นจากการที่บุคคลหาทางที่จะบรรเทาหรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ

2) การที่บุคคลกระทำหรือไม่กระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อจัดการกับปัญหานั้น ๆ จะเป็นการแสดงถึงวิธีที่บุคคลใช้ในการเผชิญ

3) จะต้องมีผลอันเนื่องมาจากการเผชิญปัญหา แต่วิธีเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพในระยะสั้น ไม่จำเป็นต้องมีประสิทธิภาพในระยะยาวเสมอไป

นอกจากนี้ยังกล่าวถึง วิธีการเผชิญความเครียดที่พบนี้ เมื่อจัดกลุ่มวิธีการที่มีเนื้อหา และความหมายคล้ายคลึงเข้าด้วยกันพบว่าสามารถแบ่งได้ 5 ด้าน ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้จิตวิญญาณของตนเอง การควบคุมสถานการณ์ และการยอมจำนนต่อสถานการณ์ วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 5 ด้านนี้ มีความสอดคล้องกับแนวคิดการเผชิญความเครียด

ตามทฤษฎี Lazarus & Folkman ที่แบ่งเป็น 2 วิธี คือ การจัดการกับอารมณ์ และการมุ่งแก้ปัญหา (Lazarus & Folkman,1984: 150-152) ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดในแต่ละวิธีดังนี้

1. การมองโลกในแง่ดี (Optimistic) การใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการมองโลกในแง่ดีในสถานการณ์ความเครียดพบว่ามักช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวต่อภาวะเครียดได้ดีขึ้น (Gurklis & Menke, 1988;Herth, 1989; Srivastava,1988 cited by Jalowiec, 1993: 71) ซึ่ง Jalowiec ได้วิเคราะห์วิจารณ์ว่าอาจจะสัมพันธ์กับทฤษฎี การกระทำด้วยเหตุและผลของFishbein' Expectancy theory ที่กล่าวว่าถ้าบุคคลคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในทางที่ดี ก็จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลสร้างพฤติกรรมให้ไปสู่ผลสำเร็จนั้น (Jalowiec,1993:71) ในขณะที่ Lin & Peterson ได้ตั้งข้อสังเกตว่าบุคคลที่มองโลกในแง่ร้ายจะมีความเฉื่อยชาในการเผชิญปัญหา ในทางกลับกัน คนที่มองโลกในแง่ดี จะมีสมาธิและสร้างความพยายาม เพื่อให้แน่ใจว่าสิ่งที่กำลังจะก่อให้เกิดผลดี เช่น เขาจะกระตือรือร้นในการเผชิญปัญหามากกว่าการมีความรู้สึกท้อแท้ และมองว่าตนเองไม่สามารถจะทำอะไรได้ในสถานการณ์นี้ ยิ่งไปกว่านั้นการมองโลกในทางที่ดีมักจะทำให้บุคคลมีใจที่เปิดกว้าง และเปิดโอกาสที่จะเลือกวิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยทำให้สถานการณ์นั้นดีขึ้น (Lin & Peterson,1990 cited by Jalowiec,1993:71) King ได้สรุปลักษณะของการมองโลกในแง่ดี ที่มักพบในผู้ป่วยโรคหัวใจว่ามีดังนี้ การพยายามตั้งใจที่จะคิดแต่สิ่งที่ดี ๆ การคาดหวัง และการมองสถานการณ์ในทางที่ดี (King,1985 cited by Jalowiec,1993:65)

การพยายามมองโลกในแง่ดี จึงสอดคล้องกับ วิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ ตามแนวคิดการเผชิญความเครียดตามทฤษฎีของ Lazarus ซึ่งเป็นการปรับหรือเปลี่ยนแปลงอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข โดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริง ด้วยการใช้กระบวนการทางความคิดซึ่งเปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ใหม่ มีความหมายคล้ายกับการประเมินสถานการณ์ซ้ำอีกครั้ง (Cognitive reappraisal) ซึ่งอาจเป็นการแปลความหมายที่อยู่บนความเป็นจริง โดย กระบวนการทางความคิด เช่น การเปรียบเทียบที่ให้ผลทางบวก การค้นหาคุณค่าในทางบวกจากสถานการณ์นั้นใหม่ หรืออาจเป็นการใช้กลไกทางจิต (Defensive reappraisal) เช่น การปฏิเสธความจริง ซึ่งบิดเบือนความเป็นจริงและเป็นการหลอกลวงตนเอง เพื่อดำรงรักษาความหวัง และมองโลกในแง่ดี (Lazarus & Folkman,1984; 150-152) ดังนั้นการมองโลกในแง่ดีจึงเป็นกระบวนการใช้ กลไกทางจิต (Intrapsychic process) ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้เพื่อควบคุมความรู้สึกต่าง ๆ ที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองนั่นเอง

2. การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็น

วิธีการเผชิญความเครียด (Coping mode) วิธีหนึ่งภายใต้ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus เป็นการแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่ายรอบข้าง (Lazarus & Folkman,1984) จากรายงานวิจัยพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีความเครียดมักจะใช้แรงสนับสนุนทางสังคม และมักจะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ (Mininger, 1963 cited by Jalowiec,1993:73) Antonovsky เรียก “ความตั้งใจที่จะใช้” แรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็น “แหล่งป้องกันของบุคคล” (Antonovsky,1972 cited by Jalowiec,1993:73) อย่างไรก็ตาม Cohen & Syme ได้ตั้งข้อคำถามที่น่าสนใจว่า การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผลลัพธ์การเผชิญความเครียดของบุคคลดีขึ้นนั้น เนื่องจากการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจริง ๆ หรือบุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีแรงสนับสนุนทางสังคมเพียงพอพร้อมที่จะใช้ถ้าจำเป็น ถึงแม้ว่าอาจจะไม่ได้ใช้ก็ตาม (Cohen & Syme, 1985 cited by Jalowiec, 1993:73) และได้สรุปแนวทางของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การระบายความรู้สึก การแสวงหาข้อมูลข่าวสาร การแสวงหาสิ่งของที่ต้องการ และการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ การช่วยแบ่งเบาภาระงาน และความรับผิดชอบ (Cohen & Syme, 1985 cited by Jalowiec,1993:67)

การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นการผสมผสานของการเผชิญความเคียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ เนื่องจากแนวทางของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cohen ซึ่งได้แก่ การระบายความรู้สึก การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง สอดคล้องกับการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ ตามแนวคิดของ Lazarus ซึ่งกล่าวว่า เป็นการปรับหรือเปลี่ยนแปลงอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข โดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริงด้วยการใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรม ได้แก่ การระบายอารมณ์โกรธ และการแสวงหาข้อมูลข่าวสาร การแสวงหาสิ่งของที่ต้องการ แสวงหาความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ และการแสวงหาการช่วยแบ่งเบาภาระงาน และความรับผิดชอบ (Cohen & Syme, 1985 cited by Jalowiec,1993:67) มีความสอดคล้องกับการเผชิญความเครียดแบบการมุ่งปัญหา โดยการมุ่งแก้หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งแสดงออกโดย การแสวงหาข้อมูลเพิ่ม การพัฒนาพฤติกรรมใหม่และพยายามเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ (Lazarus & Folkman,1984:152-153) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นการผสมผสานของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์

3. การใช้จิตวิญญาณของตนเอง (Spiritual) จิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของมนุษย์ โดยที่จะซึมซับอยู่ในทุกส่วนของชีวิต ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อเจตคติ ความเชื่อ และสุขภาพของมนุษย์ เป็นส่วนที่จำเป็นต่อการฟื้นหายจากความเจ็บป่วย และความผาสุกของบุคคล กระบวนการฟื้นหายจะไม่เกิดขึ้น ถ้าความต้องการทางด้านจิตวิญญาณมิได้รับการตอบสนอง (Heriot, C S.,1992 Horman LM.,et al.,1989 Koening HG., etal.,1988 อ้างในสายพิณ เกษมกิจ

วัฒนา ,2539:5) แนวคิดจิตวิญญาณมีความหมายกว้างกว่าการคำนึงถึงศาสนา เพียงอย่างเดียว กล่าวได้ว่าศาสนาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณ โดยที่จิตวิญญาณเน้นที่การให้ความหมายของชีวิตและแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคล ส่วนศาสนาเป็นระบบความเชื่อที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล ดังนั้นศาสนาและจิตวิญญาณจึงไม่ใช่คำ ๆ เดียวกัน (Heriot,C.S., 1992 อ้างใน สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2539: 5) องค์ประกอบของจิตวิญญาณ ได้แก่ การค้นหาความหมาย และเป้าหมายให้กับชีวิต (Miller, 1995 Nagai-Jacobson,1983 อ้างใน สายพิณ เกษมกิจวัฒนา,2539:5) การเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือพลังลี้ลับ (Fryback,1991) พลังของความเชื่อมั่นและศรัทธาที่แรงกล้า เป็นที่มาของการมีความหวังและปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ (Sethi & seligman ,1993 cited by Debra et al.,1996:280-281)

การใช้จิตวิญญาณของตนเอง จึงเป็นการผสมผสานของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ เนื่องจากเป็นการค้นหาความหมายของชีวิต โดยใช้แหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคล แนวทางนี้จะสอดคล้องกับวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ที่มีเป้าหมายมุ่งแก้ไขตนเอง หรือเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงการคิดรู้ เช่น การลดความต้องการ ลดความอยากได้ ลดอัตตา ลดความมุ่งมั่นในชีวิตลง และเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองใหม่ (Lazarus & Folkman,1984:152) ซึ่งหนทางดังกล่าวนี้สามารถใช้หลักศาสนาเป็นแนวทางปฏิบัติให้ไปสู่จุดมุ่งหมายได้ แต่ถ้าหากบุคคลใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวหรือมีที่พึ่งทางใจ ซึ่งจะเป็นที่มาของการมีความหวัง และปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ (Jourard,1971 อ้างใน สายพิณ เกษมกิจวัฒนา,2539:5; Martinson & Martinson,1996) ก็จะเป็นการใช้การเผชิญแบบจัดการกับอารมณ์ โดยใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรมด้วยวิธีแสวงหาความเชื่อมั่นศรัทธาจากภายนอก หรือการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น (Lazarus & Folkman,1984:150-152) ดังนั้นการใช้จิตวิญญาณของตนเอง จึงเป็นวิธีการเผชิญที่ครอบคลุมทั้งการเผชิญแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญแบบการจัดการกับอารมณ์

4. การควบคุมสถานการณ์ (Control) ในทฤษฎีประสบการณ์การเรียนรู้ถึงภาวะหมดหนทางช่วยเหลือของ Maier & Seligman กล่าวถึงการควบคุมว่าหมายถึง การที่บุคคลสามารถควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมในเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดได้ (Maier & Seligman,1976:18) โดยทั่วไปเหตุการณ์ของความเจ็บป่วยหรือการต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการควบคุมตนเอง หรือไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (Cohen & Lazarus,1983:621) โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่มีระยะเวลายาวนานเช่น โรคมะเร็ง การรับรู้ต่อการควบคุมตนเองก็จะลดลงตามระยะเวลาตามไปด้วย (Lewis,1982:113) การเผชิญความเครียดด้านควบคุมสถานการณ์จึงหมายถึงพฤติกรรมของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับความคิดและการกระทำต่อสิ่งแวดล้อม ที่กำลังเผชิญ

อยู่ เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกสามารถควบคุมสุขภาพตนเองได้ (Personal control over one' s health) การสูญเสียความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเอง จะเป็นสาเหตุให้บุคคลมีความเครียดในระดับสูงได้ (Lewis,1982:117) ความรู้สึกควบคุมได้ มักจะตรงกันข้ามกับ ความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ (Helplessness) และความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) (Baldree,et al.,1982 cited by Jalowiec,1993:7) จากรายงานการวิจัยพบว่า เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะพยายามเพิ่มความรู้สึกควบคุม โดยการแสดงพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษามากขึ้น (Eichel,1986; Kurklis & Menke,1988: McCubbin, 1984; Miller,et al,1989) การใช้วิธีเผชิญหน้ากับปัญหา (Gurklis & Menkle,1988) และการกระตือรือร้นให้ความร่วมมือในการรักษา (King,1985) ซึ่งสอดคล้องกับการแบ่งความสามารถในการควบคุมตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ (Averil,1973 cited by Dennis, 1990: 162) ดังนี้ การแสวงหาข้อมูลเป็นการควบคุมพฤติกรรม (Behavioral control) การมีจิตใจที่ต่อสู้เป็นการควบคุมการคิดรู้ (Cognitive control) และการกระตือรือร้นให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นการควบคุมการตัดสินใจ (Decision control)

ดังนั้นวิธีการเผชิญความเครียดด้านการควบคุมสถานการณ์ สอดคล้องกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยมีเป้าหมายมุ่งแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ พฤติกรรมที่มักพบ คือ การแสวงหาข้อมูล (Information seeking) ซึ่งเป็นความพยายามที่จะเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาเพื่อหาทางแก้ไข และการเผชิญหน้าโดยตรง (Direct action) ซึ่งเป็นการแสดงพฤติกรรมเพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่ตัดสินหรือประเมินว่าเป็นสถานการณ์ความเครียด (Khan cited by Jazarus & Folkman,1984:150-152)

5. การยอมจำนนต่อสถานการณ์ (Passive Acceptance) หมายถึงการที่บุคคลยอมรับว่าตนกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ หรือยอมรับสถานการณ์ เพราะคิดว่าเป็นชะตากรรม (Jalowiec,1987) หรือเชื่อในโชคชะตา โดยยอมรับว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของโชคชะตาที่หลีกเลี่ยง ไม่ได้ จะนิ่งเฉย ไม่แสดงปฏิกิริยาสะทกสะท้าน ต่อผลของการรักษา เพราะคิดว่าคงจะฝืนชะตาตนเองไม่ได้ (Weisman,1979:34-35,51)

ดังนั้นวิธีการเผชิญความเครียดด้านการยอมจำนนต่อสถานการณ์ จึงสอดคล้องกับวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman คือเป็นการหยุดยั้งการกระทำ (Inhibition of action) ซึ่งเป็นวิธีที่มีลักษณะคือการไม่กระทำอะไรเลยหรือการหยุดการกระทำในกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตราย (Lazarus & Folkman,1984:150-152)

จากการให้ความหมายของนักวิชาการหลายท่าน สามารถสรุปความหมายของการเผชิญความเครียดว่า หมายถึง กระบวนการที่บุคคลได้ใช้ความพยายามทั้งด้านพฤติกรรมการกระทำ และ

ความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการประเมินสถานการณ์ เพื่อควบคุมสถานการณ์ความเครียด หรือลดความไม่สบายใจ โดยที่บุคคลใช้แหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดนั้นเกินกว่าธรรมดา

การเผชิญความเครียดของมารดา

การที่บุตรเป็นโรคออทิสติคเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อมารดาเป็นอย่างมาก โดยมีผู้ให้ความสนใจศึกษาถึงการเผชิญความเครียดของมารดาดังนี้

LaMontagne & Pawlak (1990:416-424) ได้ทำการศึกษาพบว่า มารดาที่มีบุตรได้รับความเจ็บป่วยจะใช้กลวิธีในการเผชิญความเครียดทั้งการมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์และการมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์ประกอบด้วยการประเมินซ้ำในทางที่ดี การควบคุมตนเอง การหลีกหนี การยอมรับและการลดความสำคัญของเหตุการณ์ ส่วนการมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นประกอบด้วยการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหา

อรสิริ ภิเศก (2542) ได้ศึกษาแบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัวเด็กออทิสติคในครอบครัวของเด็กออทิสติคที่นำลูกมาฝึกพฤติกรรมในแผนก โรงพยาบาลกลางวันของศูนย์สุขวิทยาจิต กรุงเทพมหานคร จำนวน 104 ครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวเด็กออทิสติกร้อยละ 52.9 และร้อยละ 47.1 มีการใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัวในระดับปานกลางและระดับสูงตามลำดับ โดยใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบการคงไว้ซึ่งความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบการเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพในระดับสูง แต่ใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบการสร้างความเข็มแข็งแห่งตนเอง ในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัว พบว่า ความยืดหยุ่นของครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรของการใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาโดยรวมของครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.002) โดยอธิบายได้ ร้อยละ 13.93 จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรได้มีการสนับสนุนให้ครอบครัวมีความกลมเกลียวเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและมีความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนบทบาทของสมาชิกในครอบครัว

Whaley & Wong (1983) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนี้

1. ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของบุตร
2. ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. การรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ
4. แหล่งช่วยเหลือสนับสนุน
5. ลักษณะความเข้มแข็งของจิตใจ
6. ความสามารถในการเผชิญความเครียดครั้งก่อน
7. ความเครียดอื่น ๆ ในครอบครัว
8. ลักษณะประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อ

การติดต่อสื่อสารกันภายในครอบครัว

3.3 ผลลัพธ์การปรับตัวต่อความเครียด

การปรับตัวเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของสิ่งมีชีวิต ธรรมชาติบังคับให้มนุษย์ต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อการมีชีวิตอยู่รอด การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจากสภาพธรรมชาติที่อยู่รอบตัวมนุษย์ หรือภายในตัวมนุษย์ก็ตามล้วนเป็นสิ่งรบกวนทำให้สภาพสมดุลที่เคยเป็นอยู่เสียไป ทำให้มนุษย์ทุกคนต้องพยายามปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของชีวิตไว้ (Han Selye, 1976) สำหรับแนวคิดการปรับตัวนั้น ได้มีนักวิชาการให้ความหมายไว้มากมายดังต่อไปนี้

ลออ หุตางกูร (2534 : 88-91) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่าหมายถึง กระบวนการตอบสนองของระบบมีชีวิตต่อสิ่งเร้า ที่ก่อความจำเป็นให้ระบบต้องปรับกระบวนการเพื่อรักษาดุลยภาพของชีวิต สิ่งเร้าที่เรียกร้องการปรับตัวได้แก่ สิ่งเร้าที่รบกวน หรือคุกคามดุลยภาพ หรือก่อให้เกิดความเครียดต่อระบบของร่างกาย การปรับตัวของบุคคลนั้น เป็นการปรับตัวของ “ คนทั้งคน “ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบด้าน กายจิต สังคม เมื่อเกิดการล้มเหลวในการปรับตัวด้านใดด้านหนึ่ง จะก่อผลกระทบต่อ “ คนทั้งคน “ การปรับตัว จึงเป็นการทำหน้าที่อย่างเป็นเอกภาพของชีวิตโดยรวม

Rambo (1984) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า หมายถึงการตอบสนองทางด้านบวกที่จะเปลี่ยนแปลงทั้งภายในตัวบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมภายนอกเพื่อที่จะคงไว้ซึ่งบรูณาการของชีวิต

Krohne & Laux (1982 : 169) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า หมายถึงกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่บุคคลใช้กับสิ่งที่คุกคามต่อความสมดุลของจิตใจ ซึ่งเป็นได้ทั้งปฏิกิริยาที่แสดงออกต่อสิ่งเร้าภายนอก เช่น การหลีกหนี การต่อสู้ หรือปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายในต่ออารมณ์และกระบวนความคิด ได้แก่ การให้ความหมายใหม่ หรือการปฏิเสธความจริง

Selye (1976) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการทที่ประกอบด้วยภาวะสมดุลย์ของแรงที่เข้ามากระทำและแรงต่อต้านของบุคคลการปรับตัวเป็นสิ่งสำคัญยิ่งของชีวิตเพื่อคงความเป็นอิสระและเอกลักษณ์ของตนเองหากชีวิตขาดการปรับตัวนั่นคือความตายดังนั้นการปรับตัวและการดำรงอยู่ของชีวิตเป็นสิ่งที่คู่กันเสมอในมนุษย์ทุกคน

Merry and Zentner (1975:46) กล่าวว่าการปรับตัวมีความหมายใกล้เคียงกับการมีสุขภาพ (health) การมีสุขภาพของมนุษย์คือ กระบวนการปรับตัวของสรีระร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่มีต่อสิ่งกระตุ้นจากภายในและภายนอกตัวบุคคล จุดหมายปลายทางของการปรับตัว เพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งความสมบูรณ์ มั่นคงและสุขสบายของบุคคล

Christensen & Kockrow (1995) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นความสามารส่วนบุคคลในการปรับเปลี่ยนเพื่อรับกับสถานการรณ์ของชีวิตที่เปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงนั้นอาจกระทบเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดของแบบแผนการดำเนินชีวิต สาเหตุอาจจะเกิดจากความเจ็บป่วยหรือปัญหาในครอบครัว บุคคลจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมซึ่งอาจจะเป็นไปในทางบวกหรือลบ

Potter & Perry (1995) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการการเปลี่ยนแปลงของบุคคลที่ตอบสนองต่อภาวะเครียดต่าง ๆ ซึ่งความเครียดนี้เกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอกบุคคล การปรับตัวเป็นการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ

Ericson, Tomlin and Swain (1994) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของแต่ละบุคคลต่อความเครียดทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ และถือว่าเป็นการพัฒนาความก้าวหน้าโดยตรงของบุคคล (Growth – directed manner) การปรับตัวนั้นจะเกี่ยวข้องกับความสามารถในการนำแหล่งประโยชน์ ทั้งภายในและภายนอกมาจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

Roy (อ้างในจินตนา ยูนิพันธุ์,2537) การปรับตัวเป็นกระบวนการของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพื่อรักษาความมั่นคงของบุคคลทั้งทางร่างกาย สรีระ จิตใจ และสังคม

Lazarus (1976) ได้กล่าวว่า แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวเริ่มจากวิชาชีววิทยาโดย Darwin เป็นผู้ริเริ่มใช้คำว่าการปรับตัวในทฤษฎีว่าด้วยวิวัฒนาการของเขาใน ค.ศ.1859 โดยได้สรุปความคิดการปรับตัวทางชีววิทยามาใช้ โดยใช้คำว่า “adjustment” แทน “adaptation” โดยเน้นด้านการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของจิตใจของแต่ละบุคคล เน้นการศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ในด้านที่เกี่ยวกับการปรับตัวให้เป็นไปตามแรงขับ สิ่งมีชีวิตที่สามารถปรับตัวเจ้ากับสิ่งแวดล้อมของโลกที่เต็มไปด้วยภยันตรายได้เท่านั้นซึ่งจะดำรงชีวิตอยู่ได้ต่อมานักจิตวิทยาได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับแรงผลักดัน 2 อย่าง ดังนี้ 1) แรงผลักดันภายนอกเกิดจากการที่มนุษย์ต้องอยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมและการที่มนุษย์ต้องอยู่ร่วมกันต้องผูกพันกับผู้อื่น ดังนั้น คนเราต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม สังคมหรือวิธีการในการปรับตัวจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลอาจเป็นการปรับตัวที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวก็ได้ 2) แรงผลักดันภายในเป็นความต้องการภายในของบุคคลเองซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากความต้องการทางสรีรวิทยาของบุคคลอื่นได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำและความอบอุ่นเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุขสบายและอีดส่วนหนึ่งเกิดความต้องการทางจิตใจอันเป็นผลจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ทางสังคมในชีวิตที่ผ่านมา เช่นความต้องการความอบอุ่นใจความต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคมและความต้องการความสำเร็จเป็นต้น

Mishel (1988 : 231) มองการปรับตัววาเป็นพฤติกรรมทางด้านร่างกาย และจิตสังคม (Biopsychosocial Behavior) จากการเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน (Uncertainty Event) ซึ่งประกอบด้วย 1) การปรับตัวทางด้านชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Adjustment) 2) ภาวะสุขภาพ (Health) และ 3) คุณภาพชีวิต (Life Quality) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้มาจากแนวคิดหลักของ Lazarus & Folkman (1984: 181) แต่เน้นเฉพาะการปรับตัวจากการเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอนเท่านั้น

Lazarus & Folkman (1984:181) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่าเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้า และว่างแผนหรือหาทางเลือก ในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ความพยายามทางความคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ ในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่จากตัวบุคคลเอง จากสังคมรอบข้างและสิ่งที่เกิดขึ้น ออกมาเป็นผลลัพธ์การปรับตัว 3 ด้าน 1) ด้านการ

ทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) 2) ด้านขวัญและความพึงพอใจ (Moral or life Satisfaction) 3) ด้านสุขภาพของร่างกาย (Somatic Health) มีรายละเอียดต่อไปนี้ (Lazarus & Folkman,1984 อ้างในสมจิต หนุเจริญกุล 2536 : 112)

1. การทำหน้าที่ด้านสังคม (Social function) หมายถึง การดำรงบทบาทต่าง ๆ ของบุคคล ความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประสิทธิภาพของการประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียด จะเป็นตัวกำหนดการรักษาไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ตลอดจนสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2. ขวัญและกำลังใจ (Morale) เป็นผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว ซึ่งผลในระยะสั้นคืออารมณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะในเหตุการณ์ที่เผชิญ และอารมณ์จะแปรเปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ ส่วนขวัญและกำลังใจ คือ ความพึงพอใจในการกระทำของตนเอง และการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

3. ภาวะสุขภาพกาย (Somatic health) การประเมินตัดสิน การเผชิญกับความเครียดจะมีผลต่อสุขภาพ ซึ่ง Selye (1976) ได้ชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและฮอร์โมนต่าง ๆ ในภาวะเครียด ซึ่งมีโอกาสทำให้บุคคลเกิดการเจ็บป่วยได้

ผลลัพธ์การปรับตัวทั้ง 3 ด้านนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สิ่งสำคัญที่จะต้องตระหนัก คือ การมีผลลัพธ์การปรับตัวด้านใดด้านหนึ่งได้ดี ไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้น จะมีผลลัพธ์การปรับตัวโดยรวมดี ในการพิจารณาผลลัพธ์การปรับตัว จึงต้องพิจารณาโดยรวมทุกด้าน (Lazarus & Folkman,1984:225) ดังนั้นแนวคิดผลลัพธ์การปรับตัว จากทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman จึงสะท้อนความเป็นองค์รวม หรือคุณภาพชีวิต เนื่องจากให้ความสำคัญกับการปรับตัวโดยรวมทุกด้านของบุคคลนั้นเอง

จะเห็นได้ว่านักวิชาการบางท่านมากการปรับตัวว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ลออ หุตางกูรม2534; Ericson, Tomlin and Swain,1994; Krohne & Laux,1982) มองการปรับตัว เช่นนี้ มีความคล้ายคลึงกับการให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนอง (Stress viewed as response) แตกต่างจากการมองการปรับตัวว่าเป็นผลลัพธ์ ของกระบวนการการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman,1984; Mishel,1988) ซึ่งจะแยกความแตกต่างระหว่างแนวคิดของความเครียด และแนวคิดการปรับตัวออกจากกัน ทำให้สามารถศึกษาได้ว่า การประเมินสถานการณ์ความเครียดแต่ละชนิดและการเผชิญความเครียดแต่ละวิธี ส่งผลต่อการปรับตัวเป็นอย่างไร สรุปได้ว่า การปรับตัว หมายถึง ผลลัพธ์ของกระบวนการตัดสินและการเผชิญความเครียดของบุคคลโดยการแสดงออกทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

4. ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา

จากปัญหาของมารดาที่ดูแลบุตรออทิสติกที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากในการเลี้ยงดูบุตรออทิสติกนั้นมีปัจจัยต่าง ๆ ทั้งที่เกิดจากตัวบุตร ตัวของมารดาเองและสังคมสิ่งแวดล้อมนั้นทำให้มารดาได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของมารดาเพื่อเข้าสู่ภาวะปกติ ทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวคิด หรือการศึกษาในเรื่องการปรับตัวของมารดาที่มีบุตรออทิสติก และการปรับตัวของมารดาที่มีบุตรทุพพลภาพ ได้แก่เด็กที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองพิการ ปัญญาอ่อนระดับปานกลาง กลุ่มอาการดาวน์ และกลุ่มอาการสมองอักเสบ ในแต่ละบทบาทของมารดา

แนวคิดของ Whiesman & Brutwel (1989) มีดังนี้

1. การปรับตัวต่อบทบาทด้านหน้าที่การงาน มารดาบางรายประกอบอาชีพนอกบ้านอาจมีเวลาประกอบอาชีพลดลง หรือต้องหยุดประกอบอาชีพ (Futcher,1988:383;Marcenko & Meyers,1991:186) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Trute (1990:294) ที่ศึกษามารดา 88 ราย ที่มีบุตรทุพพลภาพพบว่ามารดาจำนวน 44 ราย ประกอบอาชีพนอกบ้านในจำนวนนี้ร้อยละ 23 ต้องเลิกประกอบอาชีพ ร้อยละ 41 ประกอบอาชีพลดลง ส่วนมารดาที่เป็นบ้านก็ได้รับผลกระทบจากภาวะทุพพลภาพของบุตร

2. การปรับตัวต่อบทบาทด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจ มารดาที่มีบุตรทุพพลภาพบางรายรู้สึกอับอาย ไม่กล้าพาบุตรออกสังคม จึงมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมลดลง บางรายขาดการพักผ่อนหย่อนใจและความบันเทิงต่าง ๆ ไม่มีเวลาทำงานอดิเรก (Popper,1984 cited in Futcher,1988:383) ประกอบกับความเชื่อในสังคมไทยที่มีมาแต่โบราณว่าผู้ที่มีบุตรพิการหรือทุพพลภาพเป็นผู้ที่ทำบาปกรรมไว้แต่ชาติก่อน มารดาจึงรู้สึกว่าถูกมองอย่างเหยียดหยาม จึงพยายามปิดบังหรือหลบหนีไปจากสังคม มารดาบางรายจึงมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น แยกตัวออกจากสังคม มีเพื่อนฝูงน้อย บางรายไม่ยอมรับบุตร หรือปกป้องตามใจบุตรมากเกินไป

มารดาบางรายมีการปรับตัวที่ดีจะไม่รู้สึกอายและสามารถพาบุตรเข้าสังคมได้ ดังเช่นการศึกษาของ Strauss & Munton (1985:373) โดยการสัมภาษณ์มารดาที่มีบุตรทุพพลภาพ จำนวน 16 ครอบครัว มารดารายหนึ่งให้สัมภาษณ์ว่า ไม่รู้สึกอายที่จะต้องปกปิดบุตร ส่วน Longo & Bond

(1984:61) ได้ศึกษาการดูแลบุตรของบิดามารดาจำนวนหนึ่งที่มีบุตรทุพพลภาพ จำนวน 177 คน พบว่าบิดามารดาไม่ได้แยกตัวออกจากสังคม การดูแลบุตรที่ทุพพลภาพไม่แตกต่างจากบุตรคนอื่นในครอบครัว และการพาเข้าสังคมในโอกาสอันควร

3. การปรับตัวต่อบทบาทด้านความสัมพันธ์กับญาติพี่น้อง การมีบุตรทุพพลภาพทำให้มารดามีภาระมากขึ้น ทำให้มารดามีการติดต่อสัมพันธ์กับญาติพี่น้องน้อยลง ดังที่ Strauss & Munton (1985:373) ได้ศึกษาในครอบครัวที่มีบุตรทุพพลภาพ 16 ครอบครัว พบเพียง 2 ครอบครัวเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับญาติพี่น้อง ทำให้ได้รับความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

4. การปรับตัวต่อบทบาทด้านความสัมพันธ์กับสามี มารดาบางรายมุ่งให้ความสนใจแต่บุตรที่ทุพพลภาพจนบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ของภรรยา ทำให้เกิดปัญหาในชีวิตสมรสได้ (Futcher,1988:383)ในบางรายประสบปัญหาไม่สามารถปรับตัวได้ จนถึงกับมีการหย่าร้าง (Kazak & Marvin,1984:68; Longo & Bond, 1984:59) จากการศึกษาของ Commings (1976:246) ในครอบครัวที่มีบุตรพัฒนาการผิดปกติ พบว่ามีอัตราการหย่าร้างสูงกว่าครอบครัวปกติถึง 9 เท่า โดยสาเหตุเกิดจากความอาการผิดปกติของบุตร ทำให้ภรรยาทุ่มเทเวลาส่วนใหญ่ในการดูแลบุตรจนมีเวลาให้สามีลดน้อยลง และในสามีภรรยาบางรายที่สามารถปรับตัวในชีวิตสมรสได้ดี ดังเช่น การศึกษาของ Mc Andrew (1976) ในครอบครัวที่มีบุตรปัญญาอ่อน พบว่าสามีภรรยามีความผูกพันใกล้ชิดกัน ช่วยเหลือกันและกันมากขึ้น และการศึกษาของ Waisbren (1980:345) ในครอบครัวที่มีบุตร ทุพพลภาพพบว่าหลังจากให้กำเนิดบุตรทุพพลภาพ สามีภรรยามีการปรับตัวในชีวิตสมรสไม่แตกต่างไปจากเดิม

5. การปรับตัวต่อบทบาทด้านการเป็นมารดา มารดาที่มีบุตรทุพพลภาพบางรายไม่สามารถทำหน้าที่มารดาได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งต่อบุตรที่ทุพพลภาพ และบุตรคนอื่น ๆ เช่น ไม่สามารถให้การดูแลบุตรได้อย่างทั่วถึง บางรายขาดความสนใจบุตรคนอื่น ๆ ที่ปกติ ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของบุตร เช่น กิจกรรมในโรงเรียน การเล่นของบุตร และขาดการติดต่อกับบุตร เป็นต้น (Longo & Bond,1984:62)

6. การปรับตัวต่อบทบาทด้านหน่วยครอบครัวและเศรษฐกิจของครอบครัว ครอบครัวที่มีบุตรผิดปกติจะเป็นครอบครัวที่ขาดความสุข ขาดความปรองดอง มีการกล่าวโทษกันและกัน ในด้านเศรษฐกิจก็จะมีปัญหาเนื่องจากบุตรมักจำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จากการศึกษาวิจัยของ Mc Cubbin (1989:106) ในครอบครัวที่มีบุตรผิดปกติ ที่มีบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว (single parent) จำนวน 27 ครอบครัวและครอบครัวที่มีทั้งบิดามารดา จำนวน 27 ครอบครัว พบว่า

ครอบครัวทั้งสองแบบมีปัญหาด้านเศรษฐกิจเหมือนกันคือมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าดูแลสุขภาพฟัน ค่าอาหาร เสื้อผ้า และการจัดบ้านเรือนให้เหมาะสมกับบุตร เป็นต้น

จากการทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะพบว่าการปรับตัวต่อปัญหา มีความสำคัญมาก และในการปรับตัวของมารดานั้นจะขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัย และยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลบุตรออทิสติค ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลมารดาที่มีบุตรออทิสติคต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของมารดา

Aguilera & Messick (1982:63-64) กล่าวถึงองค์ประกอบที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลย์ทางอารมณ์ดังนี้

1. การรับรู้ต่อเหตุการณ์ (Perception of the event) เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น หากบุคคลรับรู้เหตุการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ก็สามารถช่วยให้บุคคลนั้นหาหนทางที่จะแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง ความเครียดก็จะหายไป

2. ระบบเกื้อหนุนค้ำจุน (Situational Support) ซึ่งได้แก่ญาติพี่น้อง แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย (Significant person) หากสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนค้ำจุนมีเพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะเครียดหรือปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การใช้กลไกในการเผชิญความเครียด (Coping Mechanism) เป็นวิธีการขจัด หรือลดภาวะเครียดของแต่ละบุคคล บุคคลจะเรียนรู้จากการเผชิญปัญหาทุกด้านในชีวิตประจำวัน และเกิดเป็นประสบการณ์ สามารถแก้ปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้น วิธีที่ใช้บ่อยมี 2 วิธีคือ วิธีการแก้ปัญหาและกลไกป้องกันทางจิต (Defense mechanism)

จากการรายงานปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาดังกล่าว พบว่า การเผชิญความเครียดอาจมีผลต่อการปรับตัวโดยตรง เช่น ภาวะสุขภาพกาย ความผาสุก หรือคุณภาพชีวิตของบุคคลได้ 3 แนวทางคือ (Aldwin,1994)

1. การมีผลทางตรง (direct effects) จากผลของการวิจัย Aldwin พบว่าการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น ถ้าผู้ป่วยมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามากขึ้นเท่าใดผู้ป่วยก็จะมีความเครียด และความอ่อนแอทางร่างกายน้อยลงเท่านั้นตัวอย่างเช่น ความวิตกกังวลลดลง ความดันโลหิตลดลง ระยะเวลาของการรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นลงเป็นต้น

2. การมีผลทางอ้อม (Indirect effect) เป็นการเผชิญความเครียดที่ไม่มีผลโดยตรง แต่ผ่านตัวแปร หรือปัจจัยอื่น (mediating effects) เช่น การเผชิญความเครียดโดยการควบคุมอาหารหรือออกกำลังกาย มีผลทำให้ระดับโคเลสเตอรอลลดลง และสุขภาพดีขึ้น เป็นต้น

3. การเป็นเกราะป้องกัน หรือดูดซับความเครียด (moderate or buffer) เป็นการเผชิญความเครียด โดยใช้แหลงปัจจัยส่งเสริมอื่น ๆ ในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การใช้การสนับสนุนทางสังคม บุคลิกลักษณะของบุคคลเป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหา และความเครียดได้ดีขึ้น

ดังนั้นปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด จึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาได้เช่นเดียวกัน ดังที่ Burke & Flaherty (1993) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลทำให้การเผชิญความเครียดของบุคคลแตกต่างกัน สรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะของเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นในทันทีทันใดหรือค่อยเป็นค่อยไป ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ ระยะเวลาที่เกิด และเป็นเหตุการณ์เพียงเรื่องเดียวหรือหลายเรื่องพร้อมกัน โดยทั้งหมดจะมีผลต่อการรับรู้ของบุคล และทำให้การเผชิญความเครียดแตกต่างกัน

2. ประสบการณ์ในอดีต บุคคลจะนำการเผชิญความเครียดรูปแบบเดิมที่เคยใช้ได้ผลมาจัดการกับปัญหาซึ่งถ้าไม่ประสบผลสำเร็จก็จะหาวิธีใหม่ (Ingatavicius & Bayne, 1991) ในขณะเดียวกันประสบการณ์ในอดีตจะเพิ่มความทนต่อความเครียดให้กับบุคคลด้วย (Roberts, 1987)

3. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด ระดับการศึกษาที่สูงกว่าทำให้บุคคลเลือกใช้วิธีการ และวิเคราะห์เหตุการณ์ได้เหมาะสม (Jalowiec & Powers,1981)

4. อายุ อายุที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้มีความรอบคอบในการพิจารณ์และมีประสบการณ์ในการจัดการกับความเครียด

5. ภาวะสุขภาพ และพลังงานในร่างกาย บุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงจะมีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่สุขภาพอ่อนแอ

6. ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถในการนำเอาความรู้ประสบการณ์มาใช้เผชิญกับความเครียด

7. ทักษะทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่หรือบทบาทในสังคม เช่น การขอความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้สะดวกในการจัดการกับปัญหา

8. แรงสนับสนุนทางสังคม อาจเป็นความรู้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การให้กำลังใจความช่วยเหลือหรือความร่วมมือต่าง ๆ

9. แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ ได้แก่ เงิน สิ่งของ แหล่งอำนวยความสะดวก หากแหล่งประโยชน์มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีทางเลือกและมีความพร้อมที่จะเผชิญความเครียดได้ (Lazarus & Folkman,1984)

10. ค่านิยมและความเชื่อ ความเชื่อในทางที่ดีทำให้บุคคลเกิดความหวังและมีความพยายามที่จะต่อสู่หรือเผชิญความเครียดได้

จอม ชุ่มช่วย (2539) กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวเพื่อยอมรับบุตรออทิสติกว่าจะมีการปรับตัวที่เหมาะสม ใช้ระยะเวลาเร็วหรือช้าขึ้นกับหลายปัจจัยอันได้แก่

1. ความคาดหวังเดิมในตัวเด็ก หากพ่อแม่มีความคาดหวังเดิมสูง ครอบครัวมีค่านิยมหรือให้ความสำคัญกับความเก่งของเด็ก จะยอมรับได้ช้า

2. ความรุนแรงของโรค หากเด็กมีอาการความผิดปกติเพียงเล็กน้อย และมีแนวโน้มในการรักษาดี พ่อแม่จะยอมรับง่าย เด็กออทิสติกหลายรายอายุระหว่าง 2-3 ปี มาด้วยอาการพูดภาษาของตนเอง และไม่สบตาหลังการบำบัดตามโปรแกรม 1-2 เดือน เด็กสามารถสบตา และพูดเป็นคำ ๆ ได้ พ่อแม่เด็กแสดงการยอมรับและร่วมมือในการรักษามากขึ้น

3. หากพ่อแม่ที่ปัญหาทางบุคลิกภาพ หากพ่อแม่มีปัญหาทางบุคลิกภาพ (personality disorder) ไม่เป็นผู้ใหญ่พอ (immature) จะยอมรับยากและกลุ่มนี้มักสร้างปัญหาให้กับทีมผู้รักษา ครอบครัวที่แตกแยกและขาดการประคับประคองที่เหมาะสมก็มีผลต่อการยอมรับของสมาชิกในครอบครัวเช่นกัน

4. ความมั่นใจของทีมผู้รักษา หากแพทย์ผู้วินิจฉัยแสดงความไม่มั่นใจ หรือมีท่าทีไม่พร้อมจะช่วย จะทำให้ครอบครัวลังเล โกรธและยอมรับยาก ครอบครัวเด็กออทิสติกหลายรายที่ผ่านกุมารแพทย์และจิตแพทย์ที่ให้เวลาและความมั่นใจในการวินิจฉัย ตลอดจนข้อแนะนำเบื้องต้น เมื่อมารักษาครอบครัวจะให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาเป็นอย่างดี ตั้งแต่ระยะแรกที่มา

5. สิ่งแวดล้อม ความไม่รู้หรือการไม่ยอมรับของบุคคลรอบข้างตลอดจนผู้เกี่ยวข้อง เช่น

ครูอนุบาล เพื่อนของพ่อแม่ เพื่อนบ้าน หรือแม้แต่บุคคลทั่วไป เด็กออทิสติกส่วนใหญ่แล้วดูจากภายนอกจะเหมือนเด็กปกติ หลายโอกาสเมื่อเด็กอยู่นอกบ้านเด็กจะแสดงอาการรุนแรง ก้าวร้าว หรือแสดงพฤติกรรมแปลก ๆ สังคมภายนอกมักจะแสดงอาการตำหนิพ่อแม่ คิดว่าเป็นเพราะพ่อแม่เลี้ยงดูไม่ดี พ่อแม่บางรายจะทนต่อการตำหนิไม่ได้ จึงจำกัดขอบเขตของเด็กเฉพาะในบ้าน ความรู้สึกถูกตำหนิส่งผลให้การยอมรับช้าลง นอกจากนี้เด็กยังขาดโอกาสได้รับการกระตุ้นทางสังคมอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่มีผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่มีหน้าที่ในการดูแลบุตรในหลายกลุ่มอาการความผิดปกติ และนอกจากนี้การปรับตัวยังมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับมารดาที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข รวมถึงให้การดูแลบุตรและครอบครัวโดยไม่เกิดปัญหาคุกคาม ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะเลือกศึกษาทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่มีหน้าที่ดูแลเด็กออทิสติค เพื่อให้ความช่วยเหลือมารดาได้ตรงกับความต้องการจากปัจจัยดังนี้

อายุ อายุเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่างๆ ของบุคคล ซึ่งอิทธิพลต่อการเกิดผลลัพธ์การปรับตัวของบุคคล วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีทั้งความรู้และประสบการณ์ มีอารมณ์มั่นคง สามารถประกอบกิจกรรมได้สำเร็จด้วยความยืดหยุ่น สามารถสร้างและดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีความรับผิดชอบ ยอมรับการสูญเสียและผิดหวังได้ (กรมสุขภาพจิต, 2543ก)ทั้งนี้ Mercer (1981:74-75) กล่าวว่าอายุเป็นส่วนหนึ่งที่แสดงถึงการมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และมีผลโดยตรงต่อการปรับตัวต่อเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ Lazarus (1984) ได้กล่าวว่า การได้ผ่านประสบการณ์และมีวุฒิภาวะสูงขึ้นจะทำให้บุคคลเลือกใช้การเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น เมื่อบุคคลมีการเลือกใช้การเผชิญความเครียดต่างกันจึงมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ซ้ำ ซึ่งทำให้ผลลัพธ์การปรับตัวของบุคคลแตกต่างกันด้วย จากการศึกษาของสุภัควนิช (2543) ได้พบว่าผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะมีความสามารถในการปรับตัว สามารถแยกแยะ และจัดการการปัญหาได้ดีทำให้ไม่มีความผิดปกติทาง จิตเวช จึงสรุปได้ว่า อายุที่ต่างกันทำให้ประสบการณ์ที่มีต่อความเครียดแตกต่างกัน ทำให้มีการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเลือกวิธีการเผชิญความเครียด และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นแตกต่างกันด้วย

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลมีวุฒิภาวะสูงขึ้น (สมยศ นาวีการ ,2538) ทำให้บุคคลรับทราบและเข้าใจถึงปัญหา ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า สามารถใช้การเรียนรู้ในอดีตและใช้พฤติกรรมที่เคยใช้ประสบผลสำเร็จมาแล้ว มาเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Jalowice & Power, 1981: 10-15) และจากแนวคิดของ Orem (1985) เชื่อว่าการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลได้พัฒนาทักษะความรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองและบุคคลที่อยู่ในการดูแล เช่นเดียวกับ Whetstone & Olow Hansson (1986) บุคคลที่มีการศึกษามากสามารถประยุกต์ความรู้สำหรับการดูแลตนเองที่มีอยู่มาใช้ได้ง่าย สามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่า มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล เข้าใจถึงแผนการรักษานอกจากนี้ยังสามารถใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้มากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ralp (1981: 75) ที่ศึกษาพบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการปรับตัวดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ ดังนั้นระดับการศึกษาจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาทั้งทางตรงและทางอ้อม

รายได้ของครอบครัว รายได้ของครอบครัวหรือฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นตัวเสริมแรงที่มีต่อภาวะจิตใจของมารดา ต่อระดับความเครียด เนื่องจากเศรษฐกิจเป็นสิ่งที่สำคัญของครอบครัว พบว่ามารดาที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจที่ไม่มั่นคง มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จะทำให้มารดามีความสามารถในการปรับตัวสู่ภาวะปกติได้ลดลง (Jensen, 1977: 138-140)โดยมารดาจะมีความคิดว่า การเกิดของบุตรเป็นสิ่งที่ทุกข์ใจ ยุ่งยาก และอาจทำให้มารดาไม่ต้องการดูแลบุตรของตนเอง (Jensen, Bensen and Bobak,1981:705) ดาราวรรณ กำเสียงใส (2538) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังที่ อัมพร โอตระกูล (2540) กล่าวว่า รายได้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของบุคคล ฐานะเศรษฐกิจ ความเพียงพอ ความพึงพอใจ รายได้มีความสำคัญเพื่อใช้ในการตอบสนองความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ส่งผลถึงความผาสุกในชีวิตได้ เมื่อรายได้ไม่เพียงพอ หรือไม่เป็นไปตามที่ต้องการอาจทำให้ผู้นั้นเกิดความไม่เป็นสุขไม่สบายใจ หรืออาจก่อให้เกิดความคับข้องใจจนมีอาการทางประสาทได้ ดังได้มีผู้ทำการศึกษา มารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีรายได้น้อยมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ามารดาที่มีรายได้สูง (บุษกร อินทรวิชัย, 2539) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McCabe, Thomas, Brazier & Coleman (1996) ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้แน่นอนมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ทำงานแบบชั่วคราว หรือคนที่ว่างงาน จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านรายได้นั้นมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ที่เป็นผลมาจากมาประเมินปัญหาการเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องตลอดจน ผลลัพธ์การปรับตัว ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ารายได้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว

จำนวนบุตร จำนวนบุตรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา เพราะ มารดาที่มีบุตรจำนวนน้อย ไม่ต้องรับบทบาทในการดูแลบุตรคนอื่น ๆ ทำให้มีเวลาเต็มที่กับบุตรมากกว่ามารดาที่มีบุตรหลายคน ที่ต้องมีบทบาทในการดูแลบุตรคนอื่น ๆ และรวมไปถึงภาระงานบ้านที่มีเพิ่มมากขึ้น (Turner & Helms,1983:364) จากการศึกษาของ Mirr (1991:232) โดยการสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัวที่มีสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็พบว่าในครอบครัวที่กล่าวว่ายังมีบุตรคนอื่น ๆ ที่อยู่ที่บ้าน ที่ต้องการการดูแลและเอาใจใส่ และมี 3 ครอบครัวที่กล่าวว่าบุตรที่อยู่ที่บ้านมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในบิดามารดามากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาต่อความเครียดได้ไม่ดี

การรับรู้อาการบุตร การรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยของบุตรเป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่มีต่ออาการเจ็บป่วยของบุตรทำให้มารดาแต่ละคนมีการปรับตัวที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้เพราะการรับรู้เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยสมองจะตีความหรือแปลความหมายข้อมูลที่ได้รับจากความรู้สึกทางประสาทสัมผัสของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้าทำให้บุคคลทราบว่าสิ่งเร้าที่มาสัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร (Garrison & Magoon, 1972:637) องค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลย์คือ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ (Perception of the event) เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น หากบุคคลรับรู้เหตุการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ก็สามารถช่วยให้บุคคลนั้นหาหนทางที่จะแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง และโดยทางอ้อม Alquilera & Messick (1974) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด ที่สำคัญคือการรับรู้ต่อเหตุการณ์ เมื่อบุคคลรับรู้ต่อเหตุการณ์ถูกต้องตรงความเป็นจริงจะสามารถแก้ปัญหาเพื่อลดความเครียดได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม แต่ถ้ารับรู้เหตุการณ์ผิดการแก้ปัญหาก็จะไม่สำเร็จ ความเครียดจะยังคงมีต่อไป ดังนั้นการรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยในตัวบุตร ซึ่งเกิดจากการประเมินสถานการณ์ของมารดาตามความเป็นจริง จะมีผลถึงการเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวด้วยเช่นกัน

ระดับความรุนแรงของอาการ ในเด็กออทิสติกที่มีความผิดปกติ และความล่าช้าทางด้านสังคมด้านการสื่อความหมาย และการจินตนาการนั้น ทำให้เด็กออทิสติกแตกต่างจากเด็กปกติอย่างชัดเจน ความแตกต่างนี้ส่งผลให้บิดามารดา หรือผู้ดูแลเกิดความเครียดและวิตกกังวลกับอาการผิดปกติดังกล่าว และพบว่าระดับความเครียดที่เกิดจากการดูแลนั้นมีความสัมพันธ์กับอาการความผิดปกติในเด็กออทิสติกโดยที่เด็กออทิสติดที่มีความผิดปกติแต่ละด้านที่มีความรุนแรงมาก หรือมีอาการแทรกซ้อนเช่น การได้รับบาดเจ็บทางกาย ภาวะปัญญาอ่อน จะส่งผลต่อระดับความเครียด

ของบิดามารดาในการที่จะจัดการกับความผิดปกตินั้น ๆ (e.g., Belsky, Spanier, & Rovine, 1983; McBride, 1989; B. Miller & Solbie, 1980; Ventura, 1987) นอกจากนี้ Steinhauer (1974) ได้ทำการศึกษา ปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่มีต่อความเครียดของมารดา พบว่าปฏิกิริยามากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคของบุตร พบว่าอาการอ่อนเพลียจากการเจ็บป่วยและการพยากรณ์ที่ไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดีมาก่อนจะทำให้มารดามีความเครียดมากขึ้น และนอกจากระดับความรุนแรงของความผิดปกติที่เกิดกับบุตรโดยตรงแล้ว อาการความผิดปกติที่รุนแรงทำให้ต้องใช้ระยะเวลาการรักษานานและมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ด้านความต้องการกับแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ และพบว่าความต้องการมีมากกว่าแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนก็จะเกิดความความเครียดอย่างรุนแรง ส่งผลให้การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม และเกิดผลลัพธ์การปรับตัวที่เป็นอันตรายต่อตัวมารดา จากแนวคิดในเรื่องระดับความรุนแรงของอาการความผิดปกตินั้นมีผลโดยตรงต่อกระบวนการเผชิญความเครียดของมารดาที่แตกต่างกันด้วย

การสนับสนุนของสามี จากความผิดปกติของบุตรออทิสติกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้านกับมารดา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มารดาจะรู้สึกว่าเครียดจากสภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงนั้น โดยอาจเป็นความรู้สึกเศร้า แยกตัว รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าไม่มีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม ทำให้มารดาต้องการความรัก และการเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะจากสามี เพราะสามีมีความใกล้ชิดสนิทสนมเป็นผู้ที่มารดามีความไว้วางใจมากที่สุด (Lieberman, 1983) เป็นความรักความผูกพัน ความเข้าใจ มีการแบ่งปัน และการพึ่งพาซึ่งกันและกันเป็นพื้นฐาน ทำให้มารดารู้สึกว่าตนไม่ถูกทอดทิ้ง เดียวดาย มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิตสมรส ซึ่งมีผลทำให้ระดับความเครียดลด ความรุนแรงลง เนื่องจากการสนับสนุนจากสามีทำให้มารดารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่รักและต้องการของสามี ดังที่ Aguelera & Messick (1982:63-64) กล่าวถึงระบบเกื้อหนุนค้ำจุน (Situational Support) อันได้แก่ญาติพี่น้อง สามี แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลที่มีความสำคัญกับบุคคล หากสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนค้ำจุนมีเพียงพอจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความหวังซึ่งจะเป็นแรงสนับสนุนให้มารดาเผชิญความเครียดโดยพยายามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถปรับตัวต่อการปรับตัวที่เกิดขึ้นต่อไปอย่างเหมาะสม (weiss cited in Diamond & Jone,1983:146) และยังส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์การปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลบุตร (Hrulock,1980:324)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่อง การศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ยังไม่มีผู้ใดได้ศึกษามาก่อนทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ แต่มีงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องบ้าง ดังนี้

Cantwell and Baker (1984) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบเกี่ยวกับเด็กออทิสติกที่มีอิทธิพลต่อสภาวะจิตสังคมของบิดามารดา พบว่าปัญหาของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่พบได้แก่ อารมณ์เศร้า กลัว วิตกกังวล ความยากลำบากในการจัดการเรื่องกิจวัตรประจำวันของเด็ก ความเบื่อหน่าย ความกังวลเรื่องปัญหาการเงิน และความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องแหล่งอาชีพ และการศึกษา สำหรับเด็กออทิสติกเองและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเด็กเติบโตขึ้น

Spanier (1976) ได้ศึกษาเปรียบเทียบบิดามารดาเด็กออทิสติก กับครอบครัวที่มีลูกปกติ โดยใช้ Dyadic Adjustment Scale ดูการปรับตัวในชีวิตสมรสพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีผลใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ Koegel และคณะยังอ้างถึง Moos, Insel และ Humphrey (1974) ซึ่งได้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของสมาชิกในครอบครัว โดยใช้ Family Environmental Scale พบว่าคะแนนใน 10 ข้อย่อยไม่แตกต่างกันมากนักจากคะแนนของกลุ่มปกติ

Holroyd and McArthur (1976) ได้ศึกษา รายงานความเครียดของมารดาของเด็กออทิสติกกับ โรคดาวน์ซินโดรม และเด็กที่พบในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิคจิตเวช ซึ่งเขารายงานว่ามารดาของเด็กออทิสติก มีปัญหา มากกว่ามารดาเด็กอื่น ๆ ถึงแม้ว่ามารดาของเด็กออทิสติกและเด็กดาวน์ ซินโดรม จะมีปัญหาบางอย่างเหมือนกัน เช่น สุขภาพไม่ดี อารมณ์เศร้า เด็กต้องการเวลามากเกินไป อคติในแง่ร้ายเกี่ยวกับอนาคตของเด็ก และขีดจำกัดเรื่องโอกาสของครอบครัว แต่มารดาของเด็กออทิสติก ยังรายงานอีกว่ามักจะรู้สึกผิดหวัง อาย มากกว่ามารดาของเด็กดาวน์ซินโดรม และมีปัญหายุ่งยากมากกว่า เช่น ในการพาเด็กออกไปตามสถานที่สาธารณะต่าง ๆ การบริการของชุมชนและแหล่งบริการมีน้อยมาก เป็นต้น นอกจากนี้เด็กออทิสติคยังถูกมองว่าเป็นเด็กที่มีบุคลิกภาพที่มีปัญหามากกว่า เด็กดาวน์ซินโดรม และ เด็กออทิสติกยังทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว มีความยุ่งยากมากกว่าเด็กดาวน์ซินโดรม

Holroyd ,et al (1975) พบว่าไม่มีความแตกต่างที่เด่นชัดในเรื่องระดับความเครียดระหว่างครอบครัวที่มีลูกออทิสติคอยู่ในสถานบำบัด และครอบครัวที่มีลูกออทิสติกอยู่ที่บ้าน อย่างไรก็ดี พวกเขาได้พบความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างความเครียด (Stress) และ อายุของเด็กในครอบครัวที่มีเด็กออทิสติกอยู่ในบ้าน

Bristol (1980) ได้ศึกษามารดาเด็กออทิสติก จำนวน 40 คน ซึ่งมีเด็กอายุตั้งแต่ 4- 19 ปี พบว่า ระดับความเครียดนั้นเกี่ยวข้องกับอายุของเด็กถึงแม้ว่าตัวแปรทางด้านอื่นจะถูกควบคุมไว้ เช่น อายุของมารดา ความเครียดปกติของครอบครัวและระดับความรุนแรงของโรคที่คุกคาม พบว่าเด็กชายที่เป็นออทิสติคทำให้เกิดผลกระทบกับมารดามากกว่าเด็กผู้หญิงที่เป็นออทิสติค เมื่อระดับความพึ่งพิงของเด็กมีความใกล้เคียงกัน

Bristol and Schpler (1983) รายงานว่า ความเครียดของพ่อแม่ทำให้พ่อแม่รู้สึกเหนื่อยหน่าย พ่อแม่รู้สึกว่าเข้าทำมากแต่เด็กอาการไม่ดีขึ้น และรัฐไม่มีบริการที่เหมาะสมให้ และ Murcus (1984) กล่าวถึงตัว ที่ทำให้เกิด ความเครียดมากที่สุดซึ่งนำไปสู่ความเหนื่อยหน่ายก็คือการดูแลเอาใจใส่เด็กอย่างไม่หยุดหย่อน เพราะความพิการเรื้อรังของเด็กเอง นอกจากนี้สาเหตุเสริมคือ การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมทำให้เกิดความละเลยความต้องการของพ่อแม่ อันได้แก่ด้าน การรักษาสุขภาพ และความต้องการด้านสังคมและจิตใจ ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวอาจแยกตัวอยู่ตามลำพัง โดดเดี่ยว ว้าเหว่ได้

Bristol (1984) ได้รายงานเกี่ยวกับความก้าวหน้า ทางด้านพัฒนาการของความเครียดในครอบครัวว่า ความเครียดดำเนินการมาจากจุดเริ่มต้น คืออิทธิพลทางลบของเด็กออทิสติกต่อครอบครัว และความอยู่รอดของเด็กในชุมชน ขณะที่เด็กยังเล็กมารดาจะกังวล เรื่องการดูแลที่เด็กไม่รู้จักอันตราย เมื่อโตขึ้นความกังวลของพ่อแม่ จะเปลี่ยนไปสู่การฝึกฝน ให้เด็กรู้จัก ช่วยเหลือตนเอง การจัดการกับพฤติกรรมในที่สาธารณะ และกังวลกับการที่จะพยายามรักษาสถานภาพ ของครอบครัวไว้ และในวัยหนุ่มสาวพ่อแม่จะเริ่มกังวลเกี่ยวกับปัญหาเรื่องเพศ เช่นการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การดูแลตนเองในช่วงมีระดู และกลัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

Koegel (1983) ได้ศึกษาแง่มุมต่าง ๆ ของการทำหน้าที่ของมารดาและบิดาจำนวน 49 คน ของเด็กออทิสติกตั้งแต่อายุ 2.1-9.75 ปี อายุเฉลี่ย 5.75 ปี ผลการศึกษาพบว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกมีชีวิตสมรสที่มีความสุขเท่า ๆ กับครอบครัวที่ปกติสุขทั่วไป นอกจากนี้ยังมีการปรับตัวในชีวิต

สมรสที่ดีกว่ากลุ่มที่มีการหย่าร้าง ไม่พบความเครียดทั่วไป (General Stress) สูง ปรากฏในบิดามารดาเด็กออทิสติก เมื่อเปรียบเทียบกับบิดามารดาของเด็กกลุ่มปกติ

Akerly (1984) ได้ทำการศึกษาจากกลุ่มบิดามารดาใน Nation Society for Autistic Chlidren (NSAC) ได้ยืนยันว่าอัตราการหย่าในครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นออทิสติคต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของแต่ละ ประเทศและชี้ให้เห็นว่า บางกรณีการมีลูกออทิสติกอยู่ในครอบครัวช่วยให้สัมพันธภาพการสมรสใน ครอบครัวแข็งแกร่งขึ้นมากกว่าการจะทำลาย ซึ่งการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างคือ พ่อแม่ที่เข้าร่วม NSAC เพียงกลุ่มเฉพาะ ซึ่งไม่ใช้ตัวแทนของพ่อแม่ทั้งหมด

กัญญา ธัญมันตา (2534) ได้ศึกษาเรื่องเด็กออทิสติกกับผลกระทบต่อพ่อแม่ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 ราย เป็นบิดา จำนวน 29 ราย มารดา 41 ราย ที่พาบุตรมารับการรักษาที่ศูนย์สุขวิทยาจิต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามาธิบดี ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ในด้าน สุขภาพกายพบว่า ร้อยละ 7.14 ของบิดามารดามีอาการทางกายสูงกว่าปกติ ในด้านสุขภาพจิตแบ่งเป็น ความกังวลทั่วไป พบว่า บิดาและมารดามีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปกติ ส่วนความกังวลเฉพาะ พบว่า บิดามารดามีความกังวลมากในเรื่องอาการของเด็กและในเรื่องแหล่งบริการต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ ความต้องการนักฝึกพูด สถานที่เรียนในอนาคต และคลีนิคทันตกรรม เป็นต้น และด้านอารมณ์เศร้า พบว่า ร้อยละ 10 ของทั้งบิดามารดามีอารมณ์เศร้าสูงกว่าปกติ และสุดท้ายด้านสังคม พบว่า คะแนนที่ได้มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าปกติที่ใช้วัดทุกด้าน

อรทัย ทองเพ็ชร (2545) ได้ศึกษาเรื่องภาระการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก โดยศึกษาในมารดาเด็กออทิสติกจำนวน 136 ราย ที่พาบุตรมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จ. สมุทรปราการ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ค่าเฉลี่ยของภาระการดูแลของมารดาเด็กออทิสติกโดยรวมอยู่ในระดับน้อย และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าภาระการดูแลด้านความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลาย และภาระการดูแลด้านความยากลำบากอยู่ในระดับน้อย

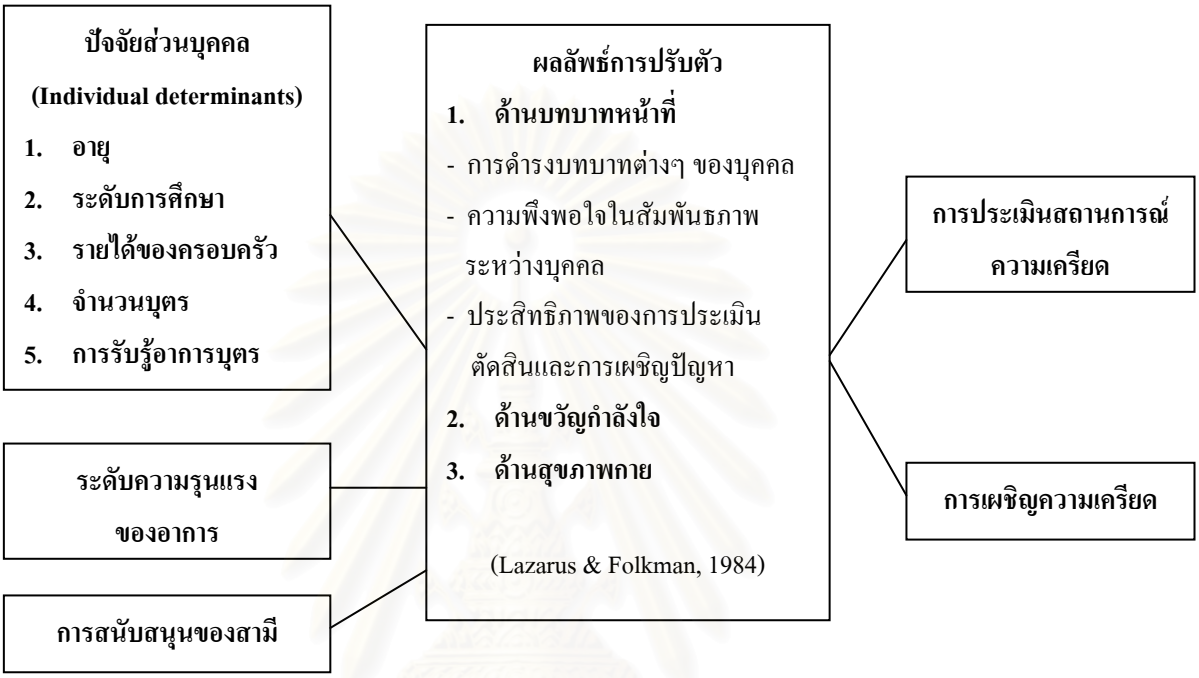
อิชยา เขื่อนมั่น (2545) ได้ศึกษาเรื่อง สุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก โดยศึกษาในมารดาเด็กออทิสติกจำนวน 72 ราย ที่พาบุตรมารับบริการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนของมารดาเด็กออทิสติกที่มีภาวะสุขภาพจิตดีเท่ากับมาดาที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี มารดามีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้อง

พึ่งพาในระดับสูง และสุขภาพจิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .46, p < .01$)

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีผู้ให้ความสนใจที่จะศึกษาถึงความเครียดและการเผชิญความเครียดของมารดาในการดูแลเด็กออทิสติก มากพอสมควร ผลการวิจัยที่ได้จะตอบได้ถึงระดับความเครียด ชนิดและวิธีการที่มารดาใช้จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งยังไม่ครอบคลุม กับแนวคิดที่ว่าความเครียดเป็นกระบวนการ ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้วิจัยเพิ่มตัวแปรที่ศึกษาให้ครบกระบวนการนั้นคือ ผลลัพธ์การปรับตัว โดยเริ่มต้นศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการ และ การสนับสนุนของสามี จากนั้นจึงทำการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิดในเรื่องการประเมินสถานการณ์ความเครียด และการเผชิญความเครียด ของมารดาที่ดูแลบุตรออทิสติกที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงลักษณะความเครียดของมารดาในบริบทของสังคมไทยได้อย่างชัดเจนขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก และการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของมารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ประเภทการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการบุตร และการสนับสนุนของสามี กับผลลัพธ์การปรับตัว และ 2) ศึกษาถึงการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกที่มีผลลัพธ์การปรับตัวแตกต่างกัน มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็น มารดาที่ทำหน้าที่ในการดูแลบุตร อายุ 3-5 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคออทิสติก มีจำนวนมารดาที่พาบุตรที่เป็นเด็กออทิสติก อายุ 3-5 ปี มารับการรักษาจำนวน ทั้งหมด 1,020 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 มารดาที่มีบุตรโรคออทิสติก อายุ 3–5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในลักษณะผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตติยภูมิของกรมสุขภาพจิต ซึ่งขณะนี้มี 1 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ รวมทั้งสิ้นจำนวน 130 คน จากทั้งหมด 1,020 คน ในช่วงปี 2545 –2546 กลุ่มที่ 2 คือ มารดาของเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ 1 ที่มีผลลัพธ์การปรับตัวสูงจำนวน 10 คน และมีผลลัพธ์การปรับตัวต่ำสุด จำนวน 10 คน รวมทั้งหมด 20 คน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเป็นไปตามขั้นตอนดังนี้

1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 เพื่อตอบคำถามการวิจัยข้อที่ 1 คือหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการบุตร และการสนับสนุนของสามี กับผลลัพธ์การปรับตัว คำนวณโดยใช้

สูตร Thorndike (อ้างใน ธวัชชัย วรพงศธร,2538:141) ได้จำนวนมารดาที่มีบุตรออทิสติกจำนวน 130 คน โดยการคำนวณตามสูตร

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 10K + 50
โดยที่ K คือ จำนวนตัวแปรอิสระ
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = (10 (8) + 50
= 130 คน

กลุ่มที่ 2 เพื่อตอบคำถามการวิจัยข้อที่ 2 คือ ทราบถึงการประเมินสถานการณ์ความเครียด และการเผชิญความเครียด ของมารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกัน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลมากพอและให้มีความเป็นไปได้ในการรวบรวมข้อมูลเนื่องจากใช้การวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกมารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวสูงสุด 10 คนและต่ำสุด 10 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน

2 การสุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีวิธีการดังนี้

กลุ่มที่ 1 มีการสุ่มตัวอย่างจากการดำเนินการสำรวจมารดาที่พาบุตรมารับการรักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. มีสถานภาพสมรส คู่ และอยู่ด้วยกันกับสามี
3. มีบุตรอายุ 3-5 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติก ตามหลักเกณฑ์ของ DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition) และ Autistic Spectrum เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี
4. ทำหน้าที่หลักในการดูแลบุตรออทิสติก ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกระตุ้นพัฒนาการ การทำพฤติกรรมบำบัด และการฝึกพูด ฯ เป็นต้น ทั้งที่เป็นมารดาที่มีงานประจำนอกบ้านหรือมมารดาที่ทำหน้าที่แม่บ้านก็ได้ แต่ต้องอาศัยอยู่กับเด็กออทิสติกในบ้านเดียวกันน ในกรณีมารดามีงานประจำ โดยในเวลาที่มารดาทำงาน จะมีพี่เลี้ยง หรือ ใช้บริการสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เพื่อช่วยเหลือในการดูแลบุตร ส่วนนอกเวลาทำงานประจำมารดาจะทำหน้าที่ดูแลบุตรเช่นเดียวกับมารดาที่อยู่บ้านประจำ

5. ไม่มีประวัติหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่มีความพิการทางกายและโรคจิตซึ่งเป็นอุปสรรคในการทำหน้าที่ดูแลเลี้ยงดูบุตรออทิสติกและสามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจ

6. ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มที่ 2 เลือกจากมารดากลุ่มที่ 1 ภายหลังการทำแบบวัดผลลัพธ์การปรับตัวจำนวน 130 มาคิดคะแนนรวม และเลือกมารดาที่มีคะแนนการทำแบบวัดสูงสุด 10 คน และต่ำสุด 10 รวมทั้งสิ้น 20 คน มาทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในเรื่องการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดในสถานการณ์การดูแลเด็กออทิสติก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 5 ฉบับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยนี้ ได้แก่

ฉบับที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบเติมคำและเลือกตอบ ที่ให้ข้อมูลในด้าน อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการของบุตร จำนวน 5 ข้อ

ฉบับที่ 2 แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการ

ฉบับที่ 3 แบบสอบถามเรื่องการสนับสนุนของสามี

ฉบับที่ 4 แบบวัดผลลัพธ์การปรับตัว

ฉบับที่ 5 แนวทางการสัมภาษณ์การประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

การสร้างและลักษณะของเครื่องมือ

ฉบับที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และฉบับที่ 2 แบบประเมินการรับรู้อาการบุตรและระดับความรุนแรงของอาการ มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับอาการและการวินิจฉัยโรคออทิสติกของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (The Diagnostic and Satistical Manual of Disorder, 4 edition หรือ DSM IV) และการวินิจฉัย “ภาวะออทิสติกสเปกตรัม” (Autistic spectrum disorder: an aid to diagnosis)

2. กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของตัวแปรที่ประกอบด้วยอาการหรือพฤติกรรมของโรคออทิสติกใน 3 ระดับความรุนแรง คือ ความรุนแรงระดับต่ำ ความรุนแรงระดับปานกลาง และความรุนแรงระดับสูง ที่มีเนื้อหาครอบคลุมความผิดปกติตามการวินิจฉัยโรคออทิสติก 4 ด้าน ดังนี้

1) การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4 และ 5 จำนวน 5 ข้อ
2) การสื่อความหมายทางสังคม ได้แก่ ข้อ 6,7,8 และ 9 จำนวน 4 ข้อ
3) การกระทำซ้ำๆ ได้แก่ ข้อ 10,11 และ 12 จำนวน 3 ข้อ
4) อาการแทรกซ้อนและอาการความผิดปกติที่พบร่วม ได้แก่ ข้อ13

เครื่องมือมีลักษณะเป็นแบบประเมินแบบเลือกตอบ มีคำตอบและคะแนน 3 ช่วงดังนี้

คะแนน	ความรุนแรง	ความหมาย
3	น้อย	พฤติกรรมนั้นตรงกับอาการความผิดปกติของโรคออทิสติกน้อย
2	ปานกลาง	พฤติกรรมนั้นตรงกับอาการความผิดปกติของโรคออทิสติกปานกลาง
1	มาก	พฤติกรรมนั้นตรงกับอาการความผิดปกติของโรคออทิสติกมาก

การกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับอาการความรุนแรงของบุตรที่เป็นเด็กออทิสติกใช้ค่าความหมายของคะแนนเฉลี่ย มี 3 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
2.51-3.00	อาการความรุนแรงของโรคออทิสติกในระดับน้อย
1.51-2.50	อาการความรุนแรงของโรคออทิสติกในระดับปานกลาง
1.00-1.50	อาการความรุนแรงของโรคออทิสติกในระดับสูง

ฉบับที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนของสามี มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนของสามี

2. การสร้างโครงสร้างของแบบวัดกระทำโดย ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์แนวลึก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก อายุ 3-5 ปี ที่นำบุตรมารักษาที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

2.2 ชนิดและการสร้างแบบสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์ทีใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ในการสร้างแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมากำหนดเป็นกรอบในการเขียนคำสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามหลักจำนวน 2 ข้อ ดังนี้

1) สามีช่วยเหลือท่านในการดูแลบุตรที่เป็นเด็กออทิสติกอย่างไร

2) สิ่งในที่สามีปฏิบัติต่อท่านแล้วทำให้ท่านรู้สึกสุขใจ สบายใจ หรืออบอุ่นใจ

2.3 วิธีการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเองอย่างไม่เป็นทางการ โดยการติดต่อล่วงหน้า ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ให้สัมภาษณ์ทราบถึงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากผู้ให้สัมภาษณ์ที่จะให้ข้อมูลต่างๆ ในขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะบันทึกเทปพร้อมทั้งกล่าวทบทวนในข้อมูลที่สำคัญเพื่อตรวจสอบดูว่าผู้วิจัยมีความเข้าใจตรงกับผู้ให้สัมภาษณ์

2.4 สถานที่ สถานที่ที่จะใช้สัมภาษณ์นั้นผู้ให้สัมภาษณ์และผู้วิจัยได้ตกลงร่วมกันตามความสะดวก โดยคำนึงถึงสภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสัมภาษณ์ เช่น ห้องตรวจโรค โต๊ะนั่งพักผ่อน เป็นต้น ซึ่งอยู่ในบริเวณโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

2.5 เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์จะใช้เวลาว่างของผู้ให้สัมภาษณ์ ขณะรอตรวจ หรือหลังจากพบแพทย์แล้ว ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ ½ - 1 ชั่วโมง

เมื่อการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ถอดเทปและจับประเด็นสำคัญของเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่านตรวจความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการจับประเด็นเนื้อหา ตัวอย่างผลการสัมภาษณ์อยู่ในภาคผนวก

3. ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาในแบบวัด โดยใช้เนื้อหาที่วิเคราะห์ได้จากแบบสัมภาษณ์สร้างเป็นแบบสอบถาม

4. การยกร่างแบบวัด รวบรวมแนวคิดจากการศึกษาจากตำรา เอกสารต่างๆ ผลที่

ได้จากการสัมภาษณ์และตรวจสอบในข้อ 2 และ ข้อ 3 มาจัดเป็นหมวดหมู่ในการวิจัยนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Thoits (1986: 417) ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนของสามีออกได้เป็น 3 ด้านคือ

4.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

4.2 ด้านเครื่องมือ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ปกติ

4.3 ด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่างๆ การชี้แนะแนวทางในการจัดการกับปัญหา และการเป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิต

และจากการสัมภาษณ์มารดาพบประเด็นด้านการประเมิน ที่เพิ่มจากกรอบแนวคิดเดิม คือ

4.4 ด้านการประเมิน หมายถึง การบอกถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคล เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงตนเอง และ/หรือการคงอยู่ต่อไป

ดังนั้นแบบสอบถามเรื่องการสนับสนุนของสามี จึงประกอบไปด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ดังนี้

1) ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1-5
2) ด้านการประเมิน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 6-10
3) ด้านเครื่องมือ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 11-15
4) ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 16-20

เครื่องมือมีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็น 2 ระดับดังนี้

	คะแนน	**การแปลความหมาย**
ใช่	1	ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากสามี
ไม่ใช่	0	ข้อความนั้นไม่ตรงกับพฤติกรรมความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากสามี

ฉบับที่ 4 แบบวัดผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การปรับตัวต่อความเครียด

2. การสร้างโครงสร้างของแบบวัดกระทำโดย ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์แนวลึก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก อายุ 3-5 ปี ที่นำบุตรมารักษาที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

2.2 ชนิดและการสร้างแบบสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์ทีใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ในการสร้างแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมากำหนดเป็นกรอบในการเขียนคำสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามหลักจำนวน 2 ข้อ ดังนี้

1) จากการดูแลบุตรออทิสติกที่ผ่านมา ท่านประเมินพบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวท่านอย่างไร

2) มีสิ่งใดบ้างเกี่ยวกับตัวท่าน ที่ท่านประเมินพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากการดูแลบุตรโรคออทิสติก

2.3 วิธีการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยวิธีและขั้นตอนเดียวกับการสร้างแบบสอบถามฉบับที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนของสามี

2.4 สถานที่ สถานที่ที่จะใช้สัมภาษณ์นั้นผู้ให้สัมภาษณ์และผู้วิจัยได้ตกลงร่วมกันตามความสะดวก โดยคำนึงถึงสภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสัมภาษณ์ เช่น ห้องตรวจโรค โต๊ะนั่งพักผ่อน เป็นต้น ซึ่งอยู่ในบริเวณโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

3. การยกร่างแบบวัด รวบรวมแนวคิดจากการศึกษาจากตำรา เองสารต่างๆ ผลที่ได้จากการสัมภาษณ์และตรวจสอบในข้อ 2 และ ข้อ 3 มาจัดเป็นหมวดหมู่ในการวิจัยนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดผลลัพธ์การปรับตัวต่อความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ซึ่งได้แบ่งผลลัพธ์การปรับตัวเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม จำแนกเป็นข้อย่อยได้ดังนี้

1.1) การดำรงบทบาทต่างๆ ของบุคคล

1.2) ความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

1.3) ประสิทธิภาพของการประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหา

2) ด้านขวัญและกำลังใจ เป็นผลทางอารมณ์ซึ่งมักจะเกิดขึ้นเป็นความพึงพอใจในการกระทำของตนเองและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

3) ด้านสุขภาพกาย คือการประเมินตัดสิน และการเผชิญกับความเครียดจะมีผลต่อสุขภาพ หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและฮอร์โมนต่างๆ ในภาวะเครียด ซึ่งมีโอกาสทำให้บุคคลเกิดการเจ็บป่วยได้

แบบวัดผลลัพธ์การปรับตัว จัดแบ่งแบบวัดผลลัพธ์การปรับตัวออกเป็น 3 ด้าน จำนวน 86 ข้อ ดังนี้

ด้าน/เรื่อง	ข้อคำถาม		จำนวนรวม (ข้อ)
	ด้านบวก	ด้านลบ	
ด้านบทบาทหน้าที่			
1. การดำรงบทบาทต่างๆ	1-5 ,7-14	6	14
2. ความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	15-25	-	10
3. ประสิทธิภาพของการประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหา	26-30,32-39	25-31	15
ด้านขวัญกำลังใจ	42-49, 51, 52, 55-61, 63-65, 67-69	40, 41, 50, 53, 54, 62, 66	30
ด้านสุขภาพร่างกาย	70-74, 76, 77, 79-86	6 และ 9	17

เครื่องมือเป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบเลือกตอบจากคำตอบที่เป็นอัตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert rating scale) 5 ระดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การให้คะแนนและความหมายของแบบวัดผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาในข้อคำถามด้านบวก

คะแนน	คำตอบ	ความหมาย
5	มากที่สุด	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรม การกระทำมากที่สุด
4	มาก	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรม การกระทำมาก
3	ปานกลาง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรม การกระทำปานกลาง
2	น้อย	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรม การกระทำน้อย
1	น้อยที่สุด หรือไม่ตรง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงหรือตรงกับความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมการกระทำน้อยที่สุด

การให้คะแนนและความหมายของแบบวัดผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาในข้อคำถามด้านลบ

คะแนน	คำตอบ	ความหมาย
1	มากที่สุด	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรม การกระทำมากที่สุด
2	มาก	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรม การกระทำมาก
3	ปานกลาง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรม การกระทำปานกลาง
4	น้อย	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรม การกระทำน้อย
5	น้อยที่สุด หรือไม่ตรง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงหรือตรงกับความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมการกระทำน้อยที่สุด

กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ใช้ค่าความหมายของคะแนนเฉลี่ย มี 5 ระดับ (ประคอง กรรณสูต : 2542 : ดังนี้)

การแปลผลคะแนนแบบวัดผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

คะแนนเฉลี่ย	**ความหมาย**
4.50-5.00	มารดามีผลลัพธ์การปรับตัวต่อความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกในระดับมากที่สุด
3.50-4.49	มารดามีผลลัพธ์การปรับตัวต่อความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกในระดับมาก
2.50-3.49	มารดามีผลลัพธ์การปรับตัวต่อความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกในระดับปานกลาง
1.50-2.49	มารดามีผลลัพธ์การปรับตัวต่อความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกในระดับน้อย
1.00-1.49	มารดามีผลลัพธ์การปรับตัวต่อความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกในระดับน้อยหรือไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกเลย

<u>ตอนที่</u> 5 แนวคำถามที่ใช้ในการศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียด

2. สร้างคำถามปลายเปิด โดยสังเคราะห์จากแนวทางการศึกษาแนวคิดการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดในทฤษฎีความเครียดของ Lasarus & Folkman (1984 : 314-317) ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. การประเมินสถานการณ์ความเครียด ประกอบด้วย 3 หมวดคือหมวด

1.1 ประเภทของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หมายถึง ปัจจัย สิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าทำให้ตนเองรู้สึก กังวลใจ เครียด ไม่สบายใจ หรือยุ่งยากใจมากที่สุด เช่น อาการบุตร การรักษา อาการแทรกซ้อน การบริการ ฯลฯ

1.2 หมวดประสบการณ์ความเครียด หมายถึง ข้อมูลที่สะท้อนความคิด

ความรู้สึกต่อสถานการณ์ความเครียด ตามรหัส (Coding) ดังนี้ ท้าทาย คุกคาม และเป็นอันตรายหรือสูญเสีย

1.3 หมวดทางเลือกของผู้ป่วย หมายถึง ข้อมูลที่สะท้อนการรับรู้เกี่ยวกับทางเลือกหรือแหล่งประโยชน์ ในการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ตนเอง ตามรหัส (Coding) ดังนี้ ทางเลือกมาก ทางเลือกปานกลาง และทางเลือกน้อยหรือไม่มีเลย

2. การเผชิญความเครียด ประกอบด้วย 5 ด้านคือ

2.1 การเผชิญความเครียดด้านการมองโลกในแง่ดี หมายถึง ข้อมูลที่บ่งบอกถึงพฤติกรรมทางด้านความคิดที่มารดาใช้ เพื่อควบคุมความรู้สึกต่าง ๆ ที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง

2.2 การเผชิญความเครียดด้านการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ข้อมูลที่มารดาบ่งบอกถึงการแสวงหาความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่าย

2.3 การเผชิญความเครียดด้านการใช้จิตวิญญาณของตนเอง หมายถึง ข้อมูลที่มารดาบอกถึงพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับความคิดและการกระทำ เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกสามารถควบคุมชีวิตตนเองได้

2.4 การเผชิญความเครียดด้านการควบคุมสถานการณ์ หมายถึง ข้อมูลที่มารดาบอกถึงพฤติกรรมของตนเองที่เกี่ยวกับความคิดและการกระทำ เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกสามารถควบคุมสุขภาพตนเองได้

2.5 การเผชิญความเครียดด้านการยอมจำนนต่อสถานการณ์ หมายถึง ข้อมูลที่มารดาบอกถึงพฤติกรรมของตนที่เกี่ยวกับความคิดและการกระทำ ที่ยอมรับว่าสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

จากการศึกษาแนวคิดของการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียด นำมาสร้างเป็นแนวคำถามได้ดังนี้

1. ท่านมีเรื่องอะไรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กออทิสติก ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจหรือความยุ่งยาก ลำบาก หรือกังวลใจ ต่อตัวท่านและครอบครัวบ้าง

2. เรื่องหรือเหตุการณ์ดังกล่าว ทำให้ท่านรู้สึกยุ่งยาก หรือลำบากใจอย่างไร

3. ท่านคิดว่าท่านมีกำลังที่จะต่อสู้ หรือจัดการกับความยุ่งยาก หรือลำบากที่เกิดจากการดูแลเด็กออทิสติกมากน้อยเพียงใด

4. ท่านมีทางเลือกในการจัดการกับเหตุการณ์ความเครียด ที่กำลังเผชิญอยู่ มากน้อยเพียงใด

5. ขณะที่ท่านรู้สึกยุ่งยากไม่สบายใจ ยุ่งยาก ลำบากหรือกังวลใจ ท่านมีคิด และ/หรือกระทำ อย่างไรเพื่อให้สบายใจขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1. ความตรงเชิงประจักษ์ (Face Validity) ผู้วิจัยทำการถอดเทปและจับประเด็นสำคัญของเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่านตรวจความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการจับประเด็นเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่านมีคุณสมบัติดังนี้ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิต 1 ท่าน และจิตเวช อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 1 ท่าน ตัวอย่างการสัมภาษณ์อยู่ในภาคผนวก ข

2. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 5 ชุดได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติก แบบสอบถามการสนับสนุนของสามี แบบวัดผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก และแนว คำถามเรื่องการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียด ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อพิจารณาเนื้อหา และความครอบคลุมแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ความตรง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของคะแนนที่ใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน มีคุณสมบัติ ดังนี้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออทิสติก 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช3 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน

ตัดสินโดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ใน 6 ท่าน ผลการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิได้แก้ไข ปรับปรุงความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รวมข้อรายการที่คล้ายคลึงเข้าด้วยกันและแยกข้อรายการออกเพื่อวัดได้อย่างครอบคลุม และมีการย้ายข้อรายการบางข้อไปอยู่ด้านอื่นและเสนอแนะให้ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการประเมินระดับความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติก เพื่อป้องกันความคลาดเลื่อนจากอคติของผู้ประเมิน

เมื่อผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อรายการต่างๆ ของแบบสอบถามทั้ง 5 ฉบับ

3. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 5 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการบุตร แบบสอบถามการสนับสนุนของสามี และแบบวัดผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ไปทดลองใช้กับมารดา ที่มีบุตร 3-5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กออทิสติก ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 30 คน และหาความเที่ยงด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เกณฑ์ 0.7 ขึ้นไป (Jocobson, 1988: 6; Burns and Grove, 1997: 327; Selby-Harrington et al, 1994 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2544: 205) และนำมาวิเคราะห์

หาความสัมพันธ์รายข้อด้วยวิธี Item-Total Correlation เพื่อคัดเลือกข้อรายการที่มีความสัมพันธ์อยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ คือ มากกว่า .20 ขึ้นไป

ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .8962

ฉบับที่ 2 การสนับสนุนของสามี

ผลการวิเคราะห์ พบว่า การสนับสนุนของสามีมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .9224

ฉบับที่ 3 แบบวัดผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก โดยวิเคราะห์เป็นรายด้านดังนี้

ด้านการดำรงบทบาทต่างๆ ของบุคคล

ผลการวิเคราะห์พบว่า มีข้อรายการที่มีค่าความสัมพันธ์รายข้อต่ำกว่า .20 จำนวน 7 ข้อ จึงได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาตัดข้อรายการออก ผลการปรึกษาให้ตัดข้อรายการที่มีค่าความสัมพันธ์เป็นลบออกเพียง 1 ข้อ จากทั้งหมด 3 ข้อ และปรับภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม (รายละเอียดข้อรายการที่ตัดออกอยู่ในภาคผนวก) ทั้งนี้เนื่องจากถ้าตัดข้อรายการที่ต่ำกว่า .20 ออกทั้งหมดจะไม่ครบเนื้อหาตามโครงสร้างของแบบวัดชุดนี้ ได้ค่าความเที่ยง 0.7641

ด้านความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ผลการวิเคราะห์พบว่า มีข้อรายการที่มีค่าความสัมพันธ์รายข้อมากกว่า .20 ทุกข้อ และ ได้ค่าความเที่ยง 0.7989

ด้านประสิทธิภาพของการประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหา

ผลการวิเคราะห์พบว่า มีข้อรายการที่มีค่าความสัมพันธ์รายข้อมากกว่า .20 ทุกข้อ และ ได้ค่าความเที่ยง 0.8463

ด้านขวัญกำลังใจ

ผลการวิเคราะห์พบว่า มีข้อรายการที่มีค่าความสัมพันธ์รายข้อมากกว่า .20 ทุกข้อ และ ได้ค่าความเที่ยง 0.9080

ด้านสุขภาพกาย

ผลการวิเคราะห์พบว่า มีข้อรายการที่มีค่าความสัมพันธ์รายข้อต่ำกว่า .20 จำนวน 5 ข้อ จึงได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาตัดข้อรายการออก ผลการปรึกษาให้ตัดข้อรายการที่มีค่าความสัมพันธ์เป็นลบออก 3 ข้อ จากทั้งหมด 5 ข้อ (รายละเอียดข้อรายการที่ตัดออกอยู่ในภาคผนวก) และได้ปรับภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม เข้าใจได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจากถ้าตัดข้อรายการที่ต่ำกว่า .20 ออกทั้งหมดจะไม่ครบเนื้อหาตามโครงสร้างของแบบวัดชุดนี้ ได้ค่าความเที่ยง 0.7729

จากนั้นจึงได้นำเครื่องมือที่มีคุณภาพนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 130 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงและหาความสัมพันธ์รายข้อใหม่อีกครั้ง ได้ค่าความเที่ยงดังตารางที่ 1 และค่าความสัมพันธ์รายข้อในภาคผนวก

ตารางที่ 1 ผลการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ นำไปทดลองใช้ (Try out) และเมื่อใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกอายุ 3-5 ปี

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ	
	กลุ่มทดลองใช้ (n = 30)	กลุ่มตัวอย่างจริง (n = 130)
แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการ	0.8963	0.9236
แบบสอบถามการสนับสนุนของสามี	0.9224	0.9355
แบบวัดผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา		
ด้านสังคม		
- การดำรงบทบาทต่างๆ ของบุคคล	0.7641	0.7724
- ความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	0.7989	0.8291
- ประสิทธิภาพของการประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหา	0.8463	0.7186
ด้านขวัญกำลังใจ	0.9080	0.8820
ด้านสุขภาพร่างกาย	0.7729	0.7221

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เพื่อของเก็บรวบรวมข้อมูลกับมารดาของเด็กออทิสติกที่พาบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

2. ผู้วิจัยส่งหนังสือของอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยผู้วิจัยนำส่งด้วยตนเอง

3. เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้วผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานด้วยตนเอง โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์และแบบสอบถามไปติดต่อประสานงานกับพยาบาลที่รับผิดชอบเรื่อง การสนับสนุนการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา การเลือกกลุ่มตัวอย่าง และกำหนดการเก็บรวบรวมข้อมูล และของรายละเอียดของการให้บริการของโรงพยาบาลเพื่อขอข้อมูลการนัดผู้ป่วยที่มารับบริการจากแผนกต่างๆ และดำเนินการติดต่อกับบุคลากรในแผนกต่างๆ ดังนี้ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกกระตุ้นพัฒนาการ แผนกอรรตถบำบัด แผนกฝึกพูดเบื้องต้น แผนกกิจกรรมบำบัด และตึกเด็ก 2 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความร่วมมือในการใช้สถานที่เพื่อให้มารดาตอบแบบสอบถามและการประเมินระดับความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติก โดยได้รับความอนุเคราะห์ให้ใช้ห้องกระตุ้นพัฒนาการ 1 เป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาจัดทำตารางวันและเวลานัดหมายที่ผู้ป่วยมาเข้ารับบริการ โดยจัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติก อันได้แก่ ของเล่น แผนภาพ อุปกรณ์เครื่องใช้ในชีวิตประจำวันไว้ก่อนทุกครั้ง

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลขั้นที่ 1 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามกับกลุ่มมารดาของเด็กออทิสติกทราบ เมื่อมารดาตกลงให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามพร้อมกัน 3 ชุด โดยจัดลำดับ ดังนี้ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนของสามี และแบบวัดผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ในระหว่างมารดาตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเริ่มทำการประเมินระดับความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติกด้วยการศึกษาจากแฟ้มประวัติ และการประเมินจากเด็กออทิสติกโดยตรง โดยการสร้างสัมพันธภาพกับตัวเด็ก การเล่นและการฝึกที่ใช้อุปกรณ์ที่เตรียมไว้เป็นเครื่องมือ พร้อมกับสังเกตพฤติกรรม และอาการต่างๆ ในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อความหมาย พฤติกรรมซ้ำๆ พัฒนาการด้านร่างกายและอาการแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการประเมิน เมื่อมารดาตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจึงรับแบบสอบถามคืนทันทีและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หากได้รับข้อมูลไม่ครบจะชี้แจง

เพื่อให้มารดาตอบได้จนครบสมบูรณ์ จากนั้นจึงขอสถานที่และเบอร์โทรศัพท์ของมารดาในกรณีที่ต้องเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ต่อไปในกรณีที่มารดาอยู่ในกลุ่มที่ผู้วิจัยต้องข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการสัมภาษณ์

5. ผู้วิจัยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ฉบับละ 30 นาทีเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นที่ 1 เป็นเวลา 7 สัปดาห์ คือ ตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม 2547 - 20 กุมภาพันธ์ 2547 แล้วทำการตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามที่ได้รับคืนมา 130 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามทั้งหมด 130 ฉบับ และได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามพบว่า เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 130 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

6. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลขั้นที่ 2 โดยทำการสัมภาษณ์มารดาที่มีคะแนน ผลลัพธ์การปรับตัวในการดูแลเด็กออทิสติก สูงสุด 10 คน และต่ำสุด 10 คน โดยติดต่อเพื่อขอนัดสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในเรื่องการประเมินสถานการณ์ความเครียด และการเผชิญความเครียด ตามขั้นตอน ดังนี้

6.1 แนะนำตัวกับมารดา อธิบายรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมงานวิจัย (ภาคผนวก ข)

6.2 นัดหมายสถานที่ที่จะใช้สัมภาษณ์ซึ่งเป็นส่วนตัวและสะดวกในการเดินทางของมารดา โดยอธิบายช่วงเวลาของการสัมภาษณ์ประมาณ 1ชั่วโมง 30 นาที และลงนามยินยอมในการให้สัมภาษณ์

6.3 ขณะสัมภาษณ์เริ่มสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ โดยซักถามพูดคุยเรื่องทั่วไปจากตัวมารดา ผู้วิจัยขออนุญาตทำการบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ความเครียด และการเผชิญความเครียดของมารดา รวมเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้มารดาซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ตลอดระยะเวลาที่ใช้สัมภาษณ์ รวมระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 3 สัปดาห์ 5 วัน คือ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2547 – 2 6 มีนาคม 2547

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 ขั้นจนครบเป็นเวลา 10 สัปดาห์ 5 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นตอนที่ 1 โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 11.0 (Statistical Package for Social Science for Windows) ดังนี้

1. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก และแบ่งระดับตามเกณฑ์ในการแบ่งระดับตามเกณฑ์ในการแบ่งระดับค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

2. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการ และการสนับสนุนของสามี

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการ และการสนับสนุนของสามี กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก โดยวิเคราะห์สัมประสิทธิความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 เทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิสหสมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ (อ้างใน ประคอง กรรณสูต ,2538)ดังนี้

ค่า r	**ระดับความสัมพันธ์**
.70-1.00	สูง
.03-.69	ปานกลาง
.29 และต่ำกว่า	ต่ำ

ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธ์ โดยการทดสอบค่าที (t - test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นที่ 2 ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากแนวข้อคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกมาถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcipt) แล้วตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลเหล่านั้นอีกครั้ง โดยเปรียบเทียบจากการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ

2. ผู้วิจัยอ่านคำบรรยายนั้นๆ ในแต่ละบทสนทนา (transcript) ซึ่งจะถูกอ่านหลายรอบ (3-4 รอบ) เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และทำการวิเคราะห์เนื้อหา(Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ตามรหัส (Coding) ตามคำจำกัดความเชิงทฤษฎีของ Lazarus (1984) ในเรื่องการประเมิน

สถานการณ์ความเครียดที่ประกอบด้วย 3 หมวดคือ การประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ประสบการณ์ความเครียดที่เป็นการท้าทาย คุกคาม และสูญเสีย และทางเลือกของมารดาที่มีมากปานกลางและน้อย ในเรื่องการเผชิญความเครียดที่ประกอบด้วยกัน 5 ด้านคือ การมองโลกในแง่ดี การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้จิตวิญญาณของตนเอง การควบคุมสถานการณ์ และการยอมจำนนต่อสถานการณ์ ในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพที่ไม่สามารถแยกเข้าหมวดหมู่และให้รหัส (Coding) ตามคำจำกัดความเชิงทฤษฎีของ Lazarus นั้นจะถือว่าเป็นข้อมูลที่ให้แนวคิดที่เกิดขึ้นใหม่ (An emergent theme) ผู้วิจัยจะให้รหัสใหม่ (Coding) จากการพิจารณาความหมายของแนวคิดขึ้นใหม่นี้ ตามหลักการวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Miles & Huberman,1984:6)

3. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ไปตรวจสอบกับมารดาเพื่อยืนยันความถูกต้องของเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์มารดา และนำผลลัพธ์ของการวิจัยให้อาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งเปรียบเสมือนผู้ทรงคุณวุฒิได้อ่านและตรวจสอบ จากนั้นผู้วิจัยทำการแก้ไขข้อบกพร่องตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งเสมือนการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องและมั่นใจในเนื้อหา และประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการบุตรและการสนับสนุนของสามี กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา และศึกษาถึงการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกัน

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ระดับความรุนแรงของอาการบุตรที่เป็นเด็กออทิสติก และการสนับสนุนของสามี

ตอนที่ 2 ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของอาการบุตรและการสนับสนุนของสามี กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

ตอนที่ 4 การประเมินสถานการณ์ความเครียด และการเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

ผู้วิจัยเสนอรายละเอียดของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีบุตรเป็นเด็กออทิสติกได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n = 130) ดังแสดงไว้ในตารางที่

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร

ตัวแปร		จำนวน (n =130)	ร้อยละ
อายุ/ปี	18 - 24	8	6.2
	25 - 34	59	45.3
	35 - 44	61	47
	45 - 54	2	1.5
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	2.3
	ประถมศึกษา	25	19.2
	มัธยมศึกษา	43	33.1
	อนุปริญญา	13	10.0
	ปริญญาตรี	39	30.0
	สูงกว่าปริญญาตรี	7	5.4
รายได้ของครอบครัว			
1. ความเพียงพอของรายรับรายจ่าย			
	สำหรับการรักษาและการเลี้ยงดูบุตรและการสันทนาการ	43	33.1
	สำหรับรักษาและเลี้ยงดูบุตร	38	29.2
	สำหรับใช้จ่ายขั้นพื้นฐาน	36	27.7
	ไม่เพียงพอ	13	10.0

ตัวแปร	จำนวน (n =130)	ร้อยละ
2. การเก็บออม		
ไม่เหลือเก็บ	64	49.2
เหลือเก็บ	66	50.8
จำนวนบุตร (คน)		
1 คน	48	36.9
2 คน	66	50.8
3 คนขึ้นไป	16	12.3
การรับรู้อาการบุตรประเมินโดยมารดา		
- มีความรุนแรงของอาการโรคออทิซึมสูง	57	43.8
- มีความรุนแรงของอาการโรคออทิซึมปานกลาง	55	42.3
- มีความรุนแรงของอาการโรคออทิซึมน้อย	18	13.8

ตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกส่วนใหญ่อายุระหว่าง 21 - 47 ปี เฉลี่ย 33.98 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.1 รองลงมาได้รับการศึกษาในระดับปริญญาตรีร้อยละ 30 รายได้ของครอบครัวในด้านความเพียงพอของรายรับรายจ่าย ส่วนใหญ่มีเพียงพอสำหรับการสันทนาการ/ เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการส่วนตัวร้อยละ 33.1 ด้านการเก็บออม ส่วนใหญ่มีเหลือเก็บร้อยละ 50.8 มารดาส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 50.8

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของความรุนแรงของอาการประเมินโดยผู้วิจัย

อาการโรคออทิสติก	ความรุนแรงของอาการ	
	จำนวน	ร้อยละ
รุนแรงน้อย	40	30.8
รุนแรงปานกลาง	88	67.7
รุนแรงมาก	2	1.5

จากตารางที่ 3 แสดงว่า มารดามีการรับรู้อาการบุตรว่ามีความรุนแรงของอาการโรคออทิสติกสูงคิดเป็นร้อยละ 43.8ระดับความรุนแรงของอาการบุตรที่เป็นเด็กออทิสติกส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรุนแรงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.7 ค่าเฉลี่ย 2.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .414

ตารางที่ 4 คะแนนเต็ม พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนการสนับสนุนของสามี

การสนับสนุนของสามี	คะแนนเต็ม	พิสัย	$\overline{X}$	S.D.
ด้านอารมณ์	5	0-5	4.20	1.53
ด้านการประเมิน	5	0-5	3.88	1.36
ด้านเครื่องมือ	5	0-5	3.88	1.36
ด้านข้อมูลข่าวสาร	5	0-5	3.31	1.23
คะแนนรวม	20	1-19	3.86	4.22

จากตารางที่ 4 มารดาที่มีบุตรเป็นเด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยของการได้รับการสนับสนุนจากสามีมีค่าเท่ากับ 3.86 แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าได้รับการสนับสนุนจากสามีในด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านเครื่องมือ และด้านข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20, 3.88, 3.88 และ 3.31 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

ตารางที่ 5 คะแนนเต็ม พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผลลัพธ์การปรับตัวมารดาที่มีบุตรเป็นเด็กออทิสติกโดยจำแนกเป็นรายด้าน

ผลลัพธ์การปรับตัว	คะแนนเต็ม	X	S.D.	การแปลความหมาย
การดำรงบทบาทต่างๆ ของบุคคล	70	3.62	0.48	มาก
ประสิทธิภาพของการประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหา	75	3.37	0.43	ปานกลาง
ความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	50	3.37	0.48	ปานกลาง
ด้านสุขภาพร่างกาย	85	3.36	0.46	ปานกลาง
ด้านขวัญกำลังใจ	150	3.02	0.48	ปานกลาง
รวม	330	3.22	0.47	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกสูงที่สุดในด้านการดำรงบทบาทหน้าที่ต่างๆ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และพบว่าในด้านบทบาทขวัญและกำลังใจปรับตัวที่ต่ำสุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ด้านการดำรงบทบาทหน้าที่ เรื่องการดำรงบทบาทต่าง ๆ ของบุคคล

ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา	X	S.D.	ระดับ
บุตรทุกคนเป็นสิ่งสำคัญและมีความหมายกับชีวิต	4.72	0.67	มากที่สุด
ให้ความรักความใส่ใจบุตรทุกคนเท่าเทียมกัน	4.05	0.85	มาก
เสียสละประโยชน์และความสุขส่วนตัวของท่าน	3.89	0.83	มาก
ปรับปรุงตนเองเมื่อได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น	3.78	1.19	มาก
ทำหน้าที่แม่ได้อย่างสมบูรณ์	3.77	0.79	มาก
พร้อมที่จะให้การช่วยเหลือผู้อื่นตามความสามารถของท่าน	3.76	1.15	มาก
เลือกทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น	3.68	0.83	มาก
ใส่ใจกับความรู้สึกของผู้อื่น	3.56	0.89	มาก
มีเวลาให้กับครอบครัวน้อยลง	3.55	1.42	มาก
สำรวจข้อบกพร่องของตนเองเสมอ	3.44	1.03	ปานกลาง
ทำหน้าที่ภรรยาได้อย่างไม่มีข้อบกพร่อง	3.35	1.21	ปานกลาง
มีเวลาส่วนตัวอยู่กับสามี	3.15	1.36	ปานกลาง
พูดคุยหยอกล้อกับสามีเป็นประจำ	3.08	1.40	ปานกลาง
รู้สึกชื่นชมและมีความสุขทางเพศอย่างสม่ำเสมอ	3.03	1.32	ปานกลาง
การดำรงบทบาทต่าง ๆ ของบุคคลโดยรวม	3.62	0.48	มาก

จากตารางที่ 6 ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกด้านการดำรงบทบาทหน้าที่ ในเรื่องการดำรงบทบาทต่าง ๆ ของบุคคล โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาแต่ละข้อพบว่าข้อบุตรทุกคนเป็นสิ่งสำคัญและมีความหมายกับชีวิตท่านอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือให้ความรักความใส่ใจบุตรทุกคนเท่าเทียมกัน และข้อที่ท่านมีเวลาส่วนตัวอยู่กับสามีและพูดคุยหยอกล้อกับสามีในระดับปานกลาง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกด้านการดำรงบทบาทหน้าที่ เรื่อง ความพึงพอใจในสัมพันธภาพของบุคคล

ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา	X	S.D.	ระดับ
บุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน	3.86	0.72	มาก
ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น	3.71	1.00	มาก
ได้รับกำลังใจจากผู้อื่นเมื่อท้อแท้หรือมีปัญหา	3.55	0.93	มาก
พบปะพูดคุยกับผู้อื่น	3.49	0.85	ปานกลาง
สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อมีปัญหา	3.32	1.21	ปานกลาง
มีบุคคลใกล้ชิดที่สามารถระบายปัญหาส่วนตัวให้ฟังได้	3.25	1.38	ปานกลาง
มีเครือข่ายของเพื่อนและคนที่สนิท	3.07	1.09	ปานกลาง
ได้ให้และได้รับความรักความเอาใจใส่จากบุคคลอื่น	3.06	0.89	ปานกลาง
ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือได้รับคำแนะนำทางวิชาชีพเมื่อถึงเวลาจำเป็น	2.98	.88	ปานกลาง
หาเวลาพบปะหรือพูดคุยกับเพื่อนและคนที่สนิทสม่ำเสมอ	2.88	1.00	ปานกลาง
ความพึงพอใจในสัมพันธภาพของบุคคลโดยรวม	3.37	0.57	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกด้านการดำรงบทบาทหน้าที่ เรื่องความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า บุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (X = 3.86) รองลงมาคือข้อยอมรับฟังความคิดเป็นของผู้อื่น และในข้อหาเวลาพบปะหรือพูดคุยกับเพื่อนและคนที่สนิทสม่ำเสมอมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (X = 2.88) ลองลงมาคือข้อ ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อหรือได้รับคำแนะนำทางวิชาชีพเมื่อถึงเวลาจำเป็น

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ ดูแลเด็กออทิสติกในด้านการดำรงบทบาทหน้าที่ เรื่องประสิทธิภาพของการประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหา

ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา	X	S.D.	ระดับ
รู้สึกพึงพอใจที่ได้ปฏิบัติต่อบุตรตามคำแนะนำด้านการรักษา	4.15	0.87	มาก
ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ทำให้มีความเข้มแข็ง อดทน	3.99	1.08	มาก
งานและครอบครัวมีความสำคัญเท่าเทียมกัน	3.73	0.90	มาก
ท่านมีการวางแผนการทำงานทุกครั้ง	3.42	0.89	ปานกลาง
ประเมินความสามารถของตัวเองในการเผชิญปัญหา	3.38	0.76	ปานกลาง
บริหารเวลาในการทำงานต่างๆ ได้อย่างลงตัว	3.38	1.13	ปานกลาง
พอใจในผลงานที่เกิดจากการกระทำของท่าน	3.35	0.87	ปานกลาง
จัดลำดับความสำคัญของปัญหาก่อนและให้การแก้ไขตามลำดับ	3.29	4.64	ปานกลาง
เรียนรู้วิธีการคลายเครียดจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาใช้	3.29	0.91	ปานกลาง
ทบทวนถึงปัญหาและพบวิธีแก้ปัญหาของท่านอยู่เสมอ	3.29	0.82	ปานกลาง
เรียนรู้ที่จะอยู่ในสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความเครียด	3.28	1.20	ปานกลาง
มีความรู้ที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น	3.23	0.74	ปานกลาง
มีการประเมินผลการทำงานของตนเอง	3.12	.872	ปานกลาง
ปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำ	3.01	1.24	ปานกลาง
มีภาระความรับผิดชอบมากขึ้น	2.00	0.98	น้อย
การประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหาโดยรวม	3.37	0.43	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกด้านการดำรงบทบาทหน้าที่ เรื่องการประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหา ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า รู้สึกพึงพอใจที่ได้ปฏิบัติต่อบุตรตามคำแนะนำด้านการรักษาค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (X = 4.15) รองลงมาคือปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ทำให้มีความเข้มแข็ง อดทน และในข้อมีภาระความรับผิดชอบมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (X = 2.00) รองลงมาคือข้อปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำ

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกในด้านขวัญกำลังใจ

ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา	X	S.D.	ระดับ
ใช้ความรักความผูกพันในครอบครัวเป็นกำลังใจ	4.12	0.78	มาก
มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญกับปัญหาและความทุกข์ใจ	4.06	1.10	มาก
พร้อมที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น	4.01	1.12	มาก
มีความพยายามที่ทำให้ปัญหาต่าง ๆ คลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น	3.92	0.71	มาก
ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น	3.89	0.76	มาก
เราคือต้นเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น	3.88	1.21	มาก
เข้าใจความรู้สึกของตนเอง	3.82	0.75	มาก
ชีวิตมีคุณค่ากับผู้อื่น	3.82	1.03	มาก
ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต	3.80	1.31	มาก
ภาคภูมิใจในตนเอง	3.63	1.16	มาก
พอใจตนเองในเรื่องความสามารถในการแก้ไขปัญหา	3.51	1.03	มาก
มีความคาดหวังอย่างเหมาะสมและเป็นไปได้	3.50	0.75	มาก
มีวิธีปฏิบัติที่ทำให้ตนเองสบายใจ	3.49	1.05	ปานกลาง
รู้สึกว่าชีวิตของท่านไม่มีความสุข	3.45	0.97	ปานกลาง
มีวิธีคิดที่ทำให้ตนเองสบายใจ	3.41	1.04	ปานกลาง
สำรวจความรู้สึกของตนเอง	3.37	0.99	ปานกลาง
มีความมั่นใจในตนเอง	3.37	0.78	ปานกลาง
เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์ในอดีต	3.38	0.88	ปานกลาง
เชื่อมั่นว่าได้รับสิ่งที่ดีที่สุด	3.28	1.15	ปานกลาง
รู้สึกไม่สบายใจ / ท้อแท้ใจ / หดหู่ใจ / อึดอัดใจ ตลอดเวลา	3.27	1.02	ปานกลาง
รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย	3.25	0.84	ปานกลาง
สามารถเก็บอารมณ์ที่ไม่พอใจและใช้การแสดงออกที่เหมาะสม	3.23	0.78	ปานกลาง
มีช่วงเวลาของความสุขน้อยลง	3.23	1.02	ปานกลาง
ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น	3.14	0.85	ปานกลาง
มีความรู้สึกสุขสงบอยู่ในจิตใจ	2.95	0.92	ปานกลาง
คิดถึงเรื่องที่ทำให้ท่านไม่สบายใจซ้ำๆ	2.72	1.01	ปานกลาง

ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา	X	S.D.	ระดับ
สวดมนต์ ไหว้พระ และ/ หรือนั่งสมาธิ	2.65	1.33	ปานกลาง
อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย	2.53	0.92	ปานกลาง
วิตกกังวลใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต	2.26	1.10	น้อย
มองปัญหาเป็นเรื่องตลก	2.08	1.15	น้อย
ด้านขวัญกำลังใจ	3.02	0.48	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกด้านขวัญกำลังใจ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ใช้ความรักความผูกพันในครอบครัวเป็นกำลังใจค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (X = 4.12) รองลงมาคือมนุษย์ทุกคนต้องเผชิญกับปัญหาและความทุกข์ใจ และในข้อมองปัญหาเป็นเรื่องตลกมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (X = 2.08) รองลงมาคือข้อวิตกกังวลใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกในด้านสุขภาพร่างกาย

ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา	X	S.D.	ระดับ
ต้องกินยาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยบางอย่าง	4.00	1.27	มาก
งดเว้นการดื่มสุราและสิ่งเสพติดต่างๆ	3.54	1.53	มาก
มีปัญหาความเจ็บป่วยทางสุขภาพ	3.42	1.19	ปานกลาง
เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และถูกหลักโภชนาการ	3.38	0.90	ปานกลาง
ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ	3.32	0.92	ปานกลาง
ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 – 10 แก้ว	3.15	1.20	ปานกลาง
สำรวจความผิดปกติของร่างกาย	3.10	0.93	ปานกลาง
รู้สึกพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง	3.10	0.89	ปานกลาง
รับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	3.06	1.09	ปานกลาง
สามารถใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์กับตนเอง	2.96	0.98	ปานกลาง
ทำกิจกรรมให้ตลกอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง	2.96	1.43	ปานกลาง
รักษาน้ำหนักตัวให้สมดุลกับส่วนสูง	2.85	1.30	ปานกลาง
ไม่มีปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์	2.84	1.33	ปานกลาง
ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ	2.79	0.94	ปานกลาง
หาเวลาในการพักผ่อนร่างกายเสมอ	2.62	0.88	ปานกลาง
ได้ทำงานอดิเรก / สิ่งที่สนใจเป็นประจำ	2.50	1.42	ปานกลาง
ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	1.92	0.98	น้อย
ด้านสุขภาพร่างกายโดยรวม	3.36	0.46	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกด้านสุขภาพร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละข้อพบต้องกินยาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยบางอย่างมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (X = 4.00) รองลงมาคืองดเว้นการดื่มสุราและสิ่งเสพติดต่างๆ และในข้อออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (X = 1.92) รองลงมาคือข้อได้ทำงานอดิเรก / สิ่งที่สนใจเป็นประจำ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร การรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการ และการสนับสนุนของสามี กับผลลัพธ์การปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกโดยเสนอผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญที่คำนวณได้โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร การรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการ และการสนับสนุนของสามี กับผลลัพธ์การปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

ตัวแปร	r	p-value
อายุ	.048	.293
ระดับการศึกษา	.311	.000
รายได้ของครอบครัว	.454	.000
จำนวนบุตร	-.173	.024
การรับรู้อาการบุตร	.165	.030
ระดับความรุนแรงของอาการ	.717	.000
การสนับสนุนของสามี	.440	.030

จากตารางที่ 11 พบว่าผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.48$, $P<0.00$) ระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .311$, $P< .01$) อาการความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .717$, $P< .000$) การสนับสนุนของสามีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .440$, $P< .030$) และการรับรู้อาการบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .165$, $P< .030$)

ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวนบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.173$, $P< .024$)

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเรื่อการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำศึกษาถึงเรื่องการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกันการเก็บรวบรวมข้อมูลมารดาที่ดูแลเด็ก ออทิสติกด้วยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 20 ราย โดยคัดเลือกมารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวสูงสุด 10 คน และต่ำสุด 10 คนมาสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ด้วยแนวคำถามปลายเปิดเพื่อศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียด ในการนำเสนอผลการวิจัยโดยแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ความเครียด

ส่วนที่ 2 การเผชิญความเครียด

การประเมินสถานการณ์ความเครียด

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ด้วยแนวคำถามปลายเปิด เพื่อศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งผู้วิจัยเริ่มต้นจากคำถามว่า “ในระยะนี้มีเรื่องใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กออทิสติกที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ ยุ่งยาก ลำบากใจ หรือกังวลใจบ้าง” มีมารดาบางรายไม่เข้าใจให้อธิบายใหม่ ผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนข้อคำถามใหม่ดังนี้ “ในการที่ท่านดูแลลูกที่เป็นเด็กออทิสติก มีเรื่องอะไรที่ทำให้ท่านไม่สบายใจ หรือกลุ้มใจมากที่สุด” พบว่าสถานการณ์ที่มารดาตัดสินว่าเป็นความเครียดหรือสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลและห่วงใยมีดังนี้

1. **การรักษาและอาการบุตร**

ผู้ป่วยส่วนหนึ่งสะท้อนความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับความหมายของโรค การรักษา ผลการรักษา โดยการสะท้อนความรู้สึกนึกคิด ดังตัวอย่างต่อไปนี้

มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดี	มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดี
“รู้อยู่ว่าโรคออทิสติกเป็นแล้วไม่หาย แต่เราก็ต้องทำให้มันดีที่สุด เลี้ยงเค้าให้ดีที่สุดที่เหลือก็แล้วแต่บุญกรรมที่ทำมาแต่ละบุคคล”	“โรคนี้เด็กเค้าเป็นแล้วไม่หาย หมอเค้าก็บอกเราทุกครั้งที่มาหาหมอ เราจะทำอะไรก็ทำไม่ได้เพราะเค้าไม่หายใช่ไหม แล้วถ้าเราตายไปซักคนแล้วลูกจะอยู่ได้อย่างไร”
“หมอที่ไหนเค้ามีตรวจ มีกระตุ้น พี่จะพาลูกไปหมดไม่ให้เสียโอกาส เราต้องพยายามทุกวิถีทางให้ลูกดีขึ้นเอาเขียดมาตบปากให้ลูกพูดพี่ก็ทำแล้ว”	“พาลูกไปทุกครั้งที่หมอนัด แต่ถ้าจะไปอย่างคนอื่นที่พาลูกไปรักษาก็ไปไม่ถูก แต่ถ้าจะสอนลูกเองก็ไม่รู้ว่าจะสอนอะไรแล้วก็ทำได้ไม่ดีเท่าที่หมอทำ”
“ตอนนี้ลูกอายุสี่ขวบแล้ว ต้องมองหาต้องติดต่อโรงเรียนให้เค้าถ้าเรียนไม่ได้ก็ไม่เป็นไร อย่างน้อยก็ได้รู้จักคนอื่นนอกจากพ่อกับแม่”	“เลี้ยงเค้าทั้งวันแม่ก็เหนื่อย แม่ต้องทำงานบ้านด้วย ลูกก็ซนเป็นลิง อยากให้เค้าไปโรงเรียนแม่จะได้พักผ่อนบ้าง ตอนนี้นะอารมณ์เสียทั้งวันอยากให้เค้าได้ไปโรงเรียนแต่ก็กลัวว่าเค้าจะไม่รับ”

2. การปฏิบัติบทบาท

มารดาส่วนหนึ่งได้สะท้อนความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ต่างๆ ดังนี้ บทบาทการเป็นมารดา บทบาทการทำงาน และบทบาทการเป็นภรรยา โดยการสะท้อนความรู้สึกนึกคิดดังตัวอย่างต่อไปนี้

มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดี	มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดี
“แม่กับพ่อทำหน้าที่ในการดูแลลูกเท่าๆ กัน ต้องแบ่งหน้าที่กันเลย จนเวลาที่เคยมีให้กันไม่เหลือแม้แต่วินาทีเดียว แต่ก็ยังรักเค้านะ ถ้าอยากให้เค้ากอดก็จะบอก พ่อเค้าก็จะกอดแล้วตอนนั้นน่ะจะรู้ว่าเค้าก็รักไม่เปลี่ยน”	“ทำอะไรให้เค้าไม่ได้เลย ไม่ว่าจะสอน ก.ไก่ หนีบไม้หนีบ ร้องไห้อย่างเดียวไม่ฟังอะไรทั้งนั้น ร้องจนต้องยอมแพ้คิดดูซิแล้วเมื่อไรถึงจะดีอย่างคนอื่นเค้า”
“เป็นคนหารายได้หลักให้กับครอบครัว ส่วนแฟนเค้าทำธุรกิจเล็กๆ รายได้ไม่แน่นอน แต่สามารถหยุดงานได้เมื่ออยากหยุด	“ยังไงก็ต้องทำงาน พ่อกับแม่ต้องสลับกันพามาหาหมอ บางทีก็ต้องเลือกงานก่อนแล้วก็โทรเลื่อนนัดหมอไปก่อนเป็นลูกจ้างเค้าให้ทำอะไรก็ต้องทำ”

มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดี	มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดี
ก็เลยให้เค้าทำหน้าที่เป็นแม่บ้านแทน" "ต้องลางานบ่อย พาลูกมาหาหมอ ก็ต้องบอกหัวหน้าบอกที่ทำงานล่วงหน้าเค้าจะได้เข้าใจ แต่ก็ต้องทำงานหนักงานต้องผิดพลาดไม่ได้เราต้องแสดงให้เห็นว่าเรามีความสามารถมีความรับผิดชอบ เพราะถ้าไม่ได้ทำงานลูกต้องลำบากแน่ๆ" "เวลาที่มีให้กันมันน้อยลงมากเราต่างคนต่างทำงาน เย็นมาต้องมาสู้รบกับลูกจนเหนื่อยครอบครัวนี้ก็เลยต้องใช้โทรศัพท์คุยกันตลอดเค้ากลัวว่าจะเครียดมาก"	"พอเราบอกว่าจะลาพาลูกไปหาหมอ รู้สึกว่าเค้าจะมองเราแปลกๆ สงสัยคิดว่าเราโกหกหรือไม่ก็ไม่รู้จักโรคออทิสติก" "ถ้าพูดถึงเรื่องงานเราก็ทำงานได้เท่าเดิม แต่คุณภาพอาจจะไม่เท่าเดิม ทำงานช้ากว่าเดิม ไม่ค่อยมีสมาธิมันมีเรื่องให้ต้องคิดเยอะแยะ" "ลูกซนมากๆ ซนจริง จริง พาไปโรงพยาบาลไม่รู้ตั้งกี่ครั้งกี่หนก็ได้แค่นี้ อยู่บ้านเป็นห้องแถวต้องขังไว้ในบ้านกลัวว่าออกไปข้างนอกจะถูกรถชน จะไปเข้าบ้านคนอื่นทำข้าวของเค้าพังเสียหาย อยากจะตายไปพร้อมๆ กับลูกจะได้ไม่เป็นภาระกับคนอื่น" "แฟนทำงานคนเดียวเลี้ยงคนสี่คน กลับมาถึงบ้านก็เหนื่อยเค้าก็อยากพักผ่อน เราก็อยากพักผ่อนจะได้คุยกันน้อยมาก"

3. **ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรและรักษาพยาบาล**

มารดาส่วนหนึ่งได้สะท้อนความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับค่ารักษาพยาบาลโดยการสะท้อนความรู้สึกนึกคิดดังตัวอย่างต่อไปนี้

มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดี	มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดี
"ต้องลาออกมาเลี้ยงลูกมีเวลาอีกหนึ่งปีก่อนลูกจะห้าขวบ ให้พ่อเค้าทำงานคนเดียว เงินทองที่มีใช้จ่ายก็น้อยลง เราก็ต้องใช้เงินอย่างประหยัดต้องวางแผนการใช้จ่ายแบบรัดเข็มขัดนะ แต่ไม่เคยนึกเสียใจเลยที่ลาออกเพราะสามารถทำให้ดูแลลูกได้อย่างเต็มที่"	"พาลูกมารักษาที่นี่ได้ปีแล้ว มาอยู่ที่นี่ต้องแยกครอบครัวออกมา ค่าใช้จ่ายก็มากขึ้น กรุงเทพนะอะไรนิดหน่อยก็ต้องใช้เงิน ขนาดรักษาที่นี่ที่เดียวยังไม่พอจะจ่ายค่าหมอแล้ว"

มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดี	มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดี
“โรคนี้ไม่ต้องกินยา แต่ต้องฝึกพูดกระตุ้นพัฒนาการค่าใช้จ่ายครั้งหนึ่งก็ไม่เกินหนึ่งห้าร้อยบาท เดือนนึงก็หนึ่งพันห้าร้อยถึงสองพันบาท ก็โอเคนะจ่ายได้ไม่แพง” “ค่าใช้จ่ายของลูกต่อเดือนก็เยอะพอดูไหนจะค่าหมอ ค่ายา ค่าของเล่นที่มันจำเป็นแบบที่เราทำให้เค้าเล่นไม่ได้นะ ทำยังไงได้เงินหามาก็ต้องใช้ไปถ้าเก็บเงินเก่งแต่ลูกเป็นเด็กปัญญาอ่อนขอเลือกไม่มีเงินเก็บ มีหนี้สินจะดีกว่า”	“ลูกคนนั้นเค้าดีขึ้นเพราะเค้ามีเงินพาลูกไปไหนก็ได้ สงสารลูกเราพ่อแม่ไม่มีเงินอยากจะให้ก็ให้ไม่ได้”

4. **การเดินทาง**

มารดาส่วนหนึ่งสะท้อนความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง โดยสะท้อนความคิดและความรู้สึกดังตัวอย่างต่อไปนี้

มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดี	มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดี
“งานของใครยุ่งน้อยกว่าจะต้องเป็นคนพาลูกมาหาหมอ ส่วนใหญ่จะแยกกันพาลูกมามาพร้อมกันไม่ได้จะได้ประหยัดค่ารถ(หัวเราะ)” “ขับรถมาจากชลบุรีค่ะ ใช้วิธีมาหาโรงแรมค้างตั้งแต่เมื่อคืนลูกจะได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ถือว่าได้ฝึกให้เค้าปรับตัวกับสถานที่ใหม่ๆด้วย เราเองจะได้ไม่ต้องเหนื่อยตื่นแต่เช้า ตัวเราก็ไม่เครียดเห็นไหมได้ประโยชน์หลายต่อ”	“เดินทางมาจากราม รถติดมาก ขับมาก็หงุดหงิดรถก็เยอะ ลูกก็วุ่นวายอยู่ในรถ เครียดสุดๆไม่เอาแล้ว คราวหน้าต้องหาคนมานั่งเป็นเพื่อน” “กว่าจะพาลูกมาถึงโรงพยาบาลก็แย่แล้ว นั้งรถเมย์มาก็นั่งไม่เป็นไม่รู้สายไหนไปไหนนั่งได้ก็เมารถกันทั้งแม่ทั้งลูก จะนั่งแท็กซี่ก็สิ้นเปลือง แย่นะ”

5. การห่วงใยอนาคตของบุตร

มารดาส่วนหนึ่งสะท้อนความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับอนาคตของบุตร โดยสะท้อนความคิดและความรู้สึกดังตัวอย่างต่อไปนี้

มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดี	มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดี
"เป็นห่วงไม่รู้ว่าอนาคตข้างหน้าจะเป็นอย่างไร จะได้เรียนหนังสือกับเค้าไหมนี่ ทำมาหากินอะไรได้ค่ะลูก คิดแล้วแม่ก็ท้อใจ รู้ทั้งรู้ว่าคิดมากก็จะท้อแต่คนเป็นแม่ก็อดไม่ได้ ผู้ปกครองน้อง.....บอกว่าอย่าไปคิดเรื่องพรุ่งนี้ ให้คิดแค่วันนี้พอจะได้ไม่เครียด ถ้าเรามีลูกปกตินะแม่จะไม่ห่วงเลยอย่างน้อยก็ขอทานเค้าได้"	"ทำไมลูกไม่ยอมพูดไม่รู้ มาฝึกตั้งหลายครั้งแล้ว ชอบพูดภาษาตัวเอง แล้วเมื่อไรจะได้ไปโรงเรียนกับเค้านะ อายุ 5 ขวบแล้วคนอื่นเค้าไปโรงเรียนเล่นกับเพื่อนสนุกกันแล้วนะลูก ถ้าโรงพยาบาลไม่หาทางช่วยเด็กพวกนี้นะ อนาคตต้องแย่แน่ ดูแต่ละคนซิค่ะเรียนไม่ได้ทำงานไม่ได้จะทำอย่างไร แล้วยิ่งเป็นเด็กผู้หญิงจะโดนคนอื่นรังแกได้" "ครอบครัวเราก็มีกันแค่นี้ ถ้าแม่เป็นอะไรไปต้องแย่แน่ๆ ลูกจะอยู่กับใคร ใครจะดูแลพูดคุยอะไรกับใครเค้าก็ไม่ได้"

6. แหล่งบริการ / การช่วยเหลือทางสังคม

มารดาส่วนหนึ่งสะท้อนความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับแหล่งบริการ / การช่วยเหลือทางสังคม โดยสะท้อนความคิดและความรู้สึกดังตัวอย่างต่อไปนี้

มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดี	มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดี
"ลูกพี่มาหาคุณหมอบ่อย เพราะพี่เป็นคนเจ้าปัญหา และคุณหมอแต่ละคนก็มีเทคนิควิธีการรักษาต่างกัน แต่บางทีก็รอนานไปหน่อยอย่างพวกเรารอได้นะนานแค่ไหนก็ได้แต่เด็กพวกนี้เค้ารอนานก็จะเริ่มละหงุดหงิดไม่ยอมให้ตรวจให้คุย คุณหมอก็จะประเมินได้ไม่ตรงนัก"	"โรงพยาบาลที่เก่งๆ แบบนี้ก็มีน้อย ที่รู้จักก็ที่นี่ที่เดียว ทำให้ต้องเดินทางไกลบ้านอยู่จังหวัดอุทัยเหนื่อยมาก เดินทางเป็นวันเพื่อมาตรวจ ครึ่งชั่วโมง" " โรงพยาบาลเอกชนเดี่ยวนี้เค้าพัฒนานะมีการรักษาเด็กออทิสติกหลายโรงพยาบาล

มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดี	มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดี
	เลยที่รู้จักก็มี...แต่โรงพยาบาลรัฐบาลที่รักษาแบบนี้มีน้อยเกินไป เพราะเราก็สู้ราคาไม่ไหว" "เวลาแม่ต้องไปทำงานก็จะไปฝากที่บ้านพี่สาว แต่ก็อดเป็นห่วงลูกไม่ได้ เค้าแยกแยะอันตรายไม่ได้กลัวว่ารถจะชน ไม้จะหล่นมาทับ ถ้าเป็นไปได้อยากให้มีที่เลี้ยงเด็กเฉพาะเด็กแบบนี้พ่อแม่จะได้ไม่ห่วงตั้งใจทำงานได้" "น่าจะมีโทรศัพท์ที่สามารถโทรถามปัญหาเรื่องลูกได้ตลอด 24 ชั่วโมง เด็กออทิสติกมีปัญหามาก คนเลี้ยงจะได้ระบายปัญหา ถามปัญหาอะไรแบบนี้"

ในการศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกจะเห็นว่ามารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกันส่วนใหญ่มีการประเมินสถานการณ์ที่แตกต่างกัน และเมื่อใช้คำถามต่อเนื่องคือ "ท่านรู้สึกอย่างไรกับเหตุการณ์/ ปัญหานี้ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เมื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและจัดหมวดหมู่ตามดัชนี พบว่า มารดามีประสบการณ์ความเครียด 3 ชนิด คือ สู้ กลัว และเสียใจ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์เนื้อหาพบว่าสอดคล้องกับคำจำกัดความเชิงทฤษฎีของลาซารัส นั้นคือ "สู้" สอดคล้องกับ ท้าทาย "กลัว" สอดคล้องกับ คุกคาม และ "เสียใจ" สอดคล้องกับ สูญเสีย และพบว่ามารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดีมีประสบการณ์ความเครียดชนิดท้าทายและคุกคาม และมารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดีมีประสบการณ์ความเครียดชนิดสูญเสีย โดยประสบการณ์ความเครียดแต่ละชนิด มีรายละเอียดของข้อมูลที่สะท้อนจากมารดาดังต่อไปนี้

ประสบการณ์ชนิดท้าทาย

มารดาบรรยายความรู้สึกนึกคิดทางบวกต่อสถานการณ์ความเครียดนั้นโดยคิดว่าเป็นรุนแรงแต่มีทางควบคุมได้หรือมีแนวทางที่จะทำให้สถานการณ์ดีขึ้น ความเครียดชนิดนี้คือ ประสบการชนิดท้าทาย โดยพบว่ามารดามีการสะท้อนความคิดและความรู้สึกดังตัวอย่างต่อไปนี้

"ตอนแรกที่รู้ก็ร้องไห้นานหลายวัน แต่ตอนนี้ก็ทำใจได้แล้วไม่ว่าเค้าจะเป็นยังไงก็เป็นลูกของเราจะปกติหรือผิดปกติแม่ก็จะรักและดูแลเค้าให้ดีที่สุด"

“ถ้ามัวแต่มานั่งเสียใจ มันก็ไม่มีอะไรดีขึ้น เราต้องสู้ต้องทำเพื่อลูก ต้องคุยกับหมอพยาบาลให้ทราบว่าเราต้องทำอะไรลูกถึงจะดีขึ้นได้”

“ตอนแรกไม่เชื่อว่าลูกเป็นออทิสติกไม่เคยรู้จักไม่เคยได้ยินชื่อ แต่พอมารักษาได้พบพ่อแม่คนอื่นเห็นว่าลูกเราเป็นโรคเดียวกับเค้า แต่ของเค้าเก่งพูดได้คุยรู้เรื่อง ก็ทำให้เราฮึดสู้ขนาดลูกเค้าดีได้ทำไมเราจะทำให้ลูกเราดีขึ้นไม่ได้”

“ตกใจมากที่รู้ว่าลูกเป็นเด็กออทิสติก มันคิดไม่ถึง ทั้งที่ก็รู้จักโรคนี้จากทีวี แต่ก็แปลกนะที่ไม่ได้เสียใจเลยเชื่ออยู่ว่าปัญหาทุกอย่างมันต้องมีทางออกของมันเอง”

“เสียใจซิค่ะบรรยายเป็นคำพูดไม่ได้ เราคาดหวังกับลูกไว้สูงมาก ขนาดชื่อก็มีความหมายว่าพรจากพระเจ้า เสียใจที่ทำไมพระเจ้าให้พรแบบนี้หรือท่านต้องการพิสูจน์เราและครอบครัว ก็เลยพยายามทำแต่สิ่งที่ดีเลือกสิ่งที่ดีให้ลูกจะได้พิสูจน์ตัวเราและครอบครัวให้พระเจ้าได้เห็นความตั้งใจจริง ความอดทนต่อความทุกข์ยาก ขอให้พระเจ้าประธานพร”

ประสบการณ์ชนิดคุกคาม

มารดาบรรยายความรู้สึกว่าสถานการณ์ความเครียดนั้นอาจจะมีอันตรายหรือการสูญเสียเกิดขึ้นในอนาคตซึ่งจากทฤษฎีของลาซารัส ความเครียดชนิดนี้คือ ประสบการณ์ชนิดคุกคาม โดยพบว่ามารดามีการสะท้อนความคิดเห็นและความรู้สึกดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ลูกพูดไม่ได้ บอกอะไรไม่ได้เค้าไม่เข้าใจ เรื่องเรียนหนังสือไม่ต้องพูดถึงแต่พูดไม่ได้ก็อดตายแล้ว กลุ้มใจถ้าเราไม่อยู่สักคน ลูกจะอยู่ได้อย่างไร คงไม่มีใครรักเค้าเท่าแม่อีกแล้ว ชีวิตที่เหลืออยู่ก็จะทำให้เค้าเท่าที่ทำให้ได้”

“ลูกเป็นโรคนี้ไม่รู้ว่าจะไปโรงเรียนเหมือนเด็กคนอื่นได้ไหม พูดถึงถ้าไปโรงเรียนไม่ได้เรียนอะไรก็ไม่ได้เค้าจะไปทำมาหากินอะไรได้จริงไหม เราคงไม่ได้อยู่เลี้ยงเค้าได้ตลอดไป”

“ลูกเล่นไม่เหมือนกับคนอื่น เล่นกับใครไม่เป็นบางทีก็ไปรังแกคนอื่น บางทีก็โดนแกล้งบ้าง อันตรายก็แยกไม่ได้เราก็ให้เค้าอยู่แต่ในบ้าน กลัวว่าออกไปนอกบ้านเราเผลอจะไปโดนรถชนโดนหมากัด คิดห่วงสารพัด ถ้าเลือกได้ถ้าเราต้องตายอยากให้ลูกตายไปพร้อมกับเรา”

ประสบการณ์ชนิดสูญเสีย

มารดาส่วนหนึ่งบรรยายความรู้สึกว่าสถานการณ์ความเครียดนั้น ทำให้เกิดการเสียหายขึ้นกับชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง ซึ่งจากทฤษฎีของลาซารัส ความเครียดชนิดนี้คือ ประสบการณ์ชนิดสูญเสีย โดยพบว่า มารดาสะท้อนความคิดและความรู้สึกดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เวลาลูกร้องไห้ อาระวาททำร้ายตัวเองมากๆ ข้าวของเสียหายต้องทำความสะอาด เราทั้งเหนื่อยทั้งเครียด (ร้องไห้) ใครก็ช่วยเราไม่ได้เสียใจมากลูกไม่น่ามาเป็นแบบนี้เลย”

“ลูกคนอื่นเค้าปกติหน้าตาน่ารักเรียกพ่อได้แม่ได้ แต่ลูกเราก็เหมือนเค้าทุกอย่างแต่ทำไมไม่เรียกแม่บ้าง”

“เคยทำงานได้เองอยากได้อยากใช้อะไรก็สบาย ตอนนี้ต้องลาออกมาเลี้ยงลูกพอจะใช้อะไรก็ต้องขอจากพ่อเค้า เหมือนตัวเราไม่มีค่าอะไรเป็นภาระให้เค้าเพิ่มขึ้นอีก”

“บ้านเราจน หากินยังจะไม่พอ ลูกก็มาเป็นแบบนี้อีกคน คงไม่มีใครแย่ไปกว่านี้อีกแล้ว”

“ตอนที่เรียนอาจารย์ก็สอนนะจำได้ว่าเรื่องเด็กออทิสติกนี่แน่นอน แต่ไม่คิดไม่นึกเลยว่าลูกจะเป็น เราก็ทำแต่ความดีมาตลอดทำไมไม่เกิดกับคนที่ไม่ดี ทำไมต้องเกิดขึ้นกับเรามันแย่มากที่สุดแล้วใจชีวิตนี้”

“บ้านที่เคยเงียบสงบ มีแต่ความสุขเดียวนี้ไม่มีอีกแล้ว เลี้ยงลูกคนเดียวมันก็ทำให้เราทุกข์ทรมานไม่อยากทำอะไร ไม่อยากสนใจใครอีกแล้ว”

ในการศึกษาทางเลือกหรือแหล่งประโยชน์ ในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ ผู้วิจัยใช้คำถามที่ต่อเนื่องจากการศึกษาประสบการณ์ความเครียดของมารดาคือ “ท่านคิดว่าท่านสามารถต่อสู้หรือจัดการกับปัญหานี้มากน้อยเพียงใด” ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เมื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่ามารดามีทางเลือกในระดับต่างๆ กันโดยมารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดีคิดว่าตนมีทางเลือกหรือแหล่งประโยชน์มาก และปานกลาง ในการจัดการกับปัญหาของตน แต่มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดีจะคิดว่าตนมีทางเลือกหรือแหล่งประโยชน์น้อยหรือไม่มี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ทางเลือกมาก

มารดาบรรยายการรับรู้เกี่ยวกับทางเลือก หรือแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ตนเองมีมากและเพียงพอ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มทางเลือกมากโดยสะท้อนความคิดและความรู้สึกดังต่อไปนี้

“รู้ว่าลูกเป็นเด็กออทิสติกว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย แต่ลูกจะเป็นมากเหมือนเด็กปัญญาอ่อนถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ ก็เลยไปร้านหนังสือ มีกี่เล่มก็ซื้อมาอ่านหมด จะได้รู้ได้เข้าใจจะได้จัดการกับปัญหาของลูกได้ ถ้าอ่านไม่เข้าใจก็จะถามหมดไม่ว่าจะเป็น หมอ ครู หลายๆ คน ผู้ปกครองเด็กคนอื่นก็ถาม อะไรที่จะทำให้ลูกดีลูกหายเราทำได้หมดทุกอย่าง และก็เป็นโชคดีนะที่เราได้เจอแต่คนที่ดีที่จะคอยช่วยเหลือเรา”

“ถ้าเราเหนื่อยมากหรือเครียดมากๆ พ่อเค้าก็จะมาช่วยเอาลูกออกไปห่างจากเรา ทีนี้ก็จะมีเวลาได้พักได้ผ่อนคลายได้ทำอะไรที่อยากทำ แต่ก็ทำอยู่ในบ้านนะ พอได้ทำอย่างอื่นก็ดีขึ้นหายอารมณ์เสียทีนี้ก็จะฝึกสอนลูกได้”

“เราต้องยอมรับนะว่าตอนนี้เราเป็นคนที่สำคัญที่สุดสำหรับลูก ลูกต้องการเรามากที่สุด ถ้าเรามัวแต่ท้อ หรือเหนื่อยเราหยุดสอนไปหนึ่งวันก็เท่ากับว่าเรายอมให้ลูกเดินห่างออกไปจากเรา และถ้าเราไม่ทำให้ลูกเลยลูกจะต้องเป็นภาระของสังคมในวันข้างหน้า ต้องเอาความรู้ที่ได้มาฝึกลูกให้ได้มากที่สุด”

“ลูกไปโรงเรียนแถวๆ ดินแดงได้แล้ว ที่นี่ดีมากเป็นโรงเรียนสำหรับเด็กพิเศษ ครูเค้าก็จบทางด้านนี้มาเฉพาะช่วยประเมินลูกและสอนให้แม่เลี้ยงลูกได้อย่างถูกต้อง”

“พาลูกมาโรงพยาบาลนี้ที่เดียวก็คุ้มแล้วไม่ต้องพาไปที่อื่นหรอก เพราะที่นี่เค้าเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านเด็กออทิสติก”

“ที่ที่จะทำให้ลูกดีขึ้นมีเยอะแยะ ลูกก็หาหมออยู่สามสี่ที่ ก็รวมทั้งกระตุ้นพัฒนาการและฝึกพูดด้วยนะ เราจะได้แนวทางการรักษาหรือเคล็ดลับดีๆ เอามาช่วยลูกได้ดียิ่งขึ้น”

“แม่นี้แหละที่ดีที่สุด ไม่ต้องไปแสวงหาหมอเก่งๆ ครูเก่งๆ หรอก เชื่อซิแม่ทุกคนทำได้หมดพยาบาลแนะนำอะไรแล้วกลับไปทำที่บ้านนะลูกดีขึ้นได้ทั้งนั้นดูลูกซิ ดีขึ้นมากเพราะเราตั้งใจฝึกเค้า”

ทางเลือกปานกลาง

มารดาบรรยายความรู้สึกว่าสถานการณ์ความเครียดนั้น ตนมีแนวทางที่พอจะจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่ตนเผชิญอยู่ได้บ้างหรือยังไม่ค่อยมั่นใจว่าจะทำได้หรือไม่ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มทางเลือกปานกลาง โดยสะท้อนความคิดและความรู้สึกดังต่อไปนี้

“เราต้องทำงาน จะเป็นห่วงก็แต่ลูกพาเค้าไปด้วยก็ไม่ได้ ฝากให้ญาติช่วยดูก็ไม่ได้เค้าก็อยู่ต่างจังหวัดกันหมดมีอยู่ที่กรุงเทพก็ทำงานกัน ตอนนี้จำเป็นจริงๆ ก็ฝากคนข้างบ้านไวให้ช่วยเลี้ยงก็ต้องเสียค่าจ้าง เค้าก็ไม่ได้ว่าอะไรแต่เราไม่สบายใจเพราะเค้ารับเลี้ยงเด็กไว้หลายคนคงดูแลลูกเราได้ไม่ดีนัก”

“แม่ทุกคนก็เสียใจอยู่แล้วที่เห็นลูกไม่สบาย พอไม่สบายก็ต้องพอไปหาหมอไปโรงพยาบาลบางทีก็ไปแบบไม่มีเงิน คิดแต่ว่าให้ลูกได้มารักษา ส่วนค่ายาค่าหมอก็คุยกับเค้าบอกเค้าว่าเราไม่มีเงินจริงๆ เค้าก็ช่วยเราได้”

“เราทำได้แต่นี้ได้พาลูกมารักษาตามที่เค้านัดจะนานหน่อยก็ไม่เป็นไร ไม่ว่ารู้ว่าที่นี่คนไข้เค้าเยอะ แต่ก็อยากให้นัดเรากว่านี้อีกก็จะดีเพราะบางทีเราก็มีปัญหาอยากรู้อยากถามเป็นไปได้ก็น่าจะสองสามอาทิตย์มาสักครั้ง”

“ถ้าอยู่บ้านแม่จะเป็นคนฝึก กับสอน ก.ไก่ ลูกเอง ก็ทำอย่างที่ครูเค้าบอก แต่ก็ไม่ค่อยแน่ใจว่าจะทำได้ดีเพราะเราก็ไม่ได้เรียนมาทางนี้เป็นไปได้อยากให้ลูกมาเรียนที่นี่เลยจะดีกว่า”

“จะว่าไปที่ที่รักษาเด็กออทิสติกก็มีหลายที่นะ แต่พาไปไม่ไหวมันไกลมาก ไม่มีคนไปส่งก็ไปได้เท่าที่ไป”

“เราอยู่กันแต่พ่อแม่ลูกสองคน มันก็เหนื่อยแล้ว กลับจากทำงานก็ต้องทำกับข้าวทำความสะอาดบ้าน ถ้าต้องไปโรงพยาบาล ก็ต้องผลัดกันลา พ่อส่งลูกคนโต แม่ก็ต้องไปกับคนเล็ก หรือสลับกันแล้วแต่ความจำเป็นที่ทำงาน มันก็ทำได้แต่ถ้ามีคนมาช่วยอีกสักคนก็จะดีเพราะตอนนี้เหนื่อยมาก”

ทางเลือกน้อยหรือไม่มี

มารดาบรรยายความรู้สึกว่าสถานการณ์ความเครียดนั้น ตนไม่มีทางจัดการได้แน่นอน หรือคิดว่ามีทางเลือกน้อยมากในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มมีทางเลือกน้อยหรือไม่มี โดยสะท้อนความคิดและความรู้สึกดังต่อไปนี้

“เราจะไปไหนได้แต่กินอยู่ยังลำบาก ลูกก็มาเป็นแบบนี้ ช่วยลูกไม่ได้เลย เค้าน่าจะไปเกิดเป็นลูกคนรวยๆ จะได้ไม่ต้องมาลำบากแบบนี้”

“ความรู้ก็น้อยจะให้สอนลูกแบบหมอก็ทำไม่ได้ จะสอนก็ร้อง ดื้อมาก ตอนนี้ก็ตอบปล่อยไปตามเวรตามกรรม”

“ถ้าเค้าไม่ดีขึ้น อยู่ไปก็ทำให้คนอื่นเค้าต้องเดือดร้อน เราก็จะตายไปพร้อมกันทั้งแม่ทั้งลูก”

การเผชิญความเครียด

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ด้วยแนวคำถามปลายเปิด เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งผู้วิจัยเริ่มต้นจากคำถามว่า “ท่านใช้วิธีใดบ้างในการจัดการ / กำจัดความรู้สึกไม่สบายใจ ยุ่งยาก ลำบากใจ หรือกังวลใจ จากสถานการณ์การดูแลเด็กออทิสติก” มีมารดาบางรายไม่เข้าใจให้อธิบายใหม่ ผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนข้อคำถามใหม่ดังนี้ “ท่านมีวิธีใดบ้างที่ทำให้ตนเองสบายใจเมื่อรู้สึกเครียดจากการดูแลเด็กออทิสติก” ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เมื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและจัดกลุ่มวิธีการที่มีเนื้อหา และความหมายคล้ายคลึงเข้าด้วยกันพบว่าสามารถแบ่งได้ 5 ด้าน ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้จิตวิญญาณของตนเอง การควบคุมสถานการณ์ และการยอมจำนนต่อสถานการณ์ ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียด

ทั้ง 5 ด้านนี้ มีความสอดคล้องกับแนวคิดการเผชิญความเครียดตามทฤษฎีลาซารัสและโฟล์คแมนที่แบ่งเป็น 2 วิธี คือการจัดการกับอารมณ์และการมุ่งแก้ปัญหา (LAZARUS & FOLKMAN,1984:150-152) พบว่ามีรายละเอียดของข้อมูลที่สะท้อนจากมารดาดังต่อไปนี้

1. การมองโลกในแง่ดี (OPTIMISTIC)

มารดาส่วนหนึ่งได้สะท้อนความรู้สึกนึกคิดในเรื่องการเผชิญความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการมองโลกในแง่ดี โดยการสะท้อนความรู้สึกนึกคิดดังตัวอย่างต่อไปนี้

มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดี	มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดี
“ถ้าคิดมากมัวแต่นั่งท้อแท้ มันก็ไม่มีอะไรดีขึ้น ไม่ต้องไปคิดมากอย่างน้อยลูกก็สอนให้แม่เป็นคนที่อดทนอดกลั้น เป็นคนมีเหตุผล ใช้อารมณ์น้อยลงกว่าเมื่อก่อน ถึงไม่ใช้ 100 % ก็เถอะ”	“จำไม่ได้ว่าเคยเรียนเรื่องโรคนี้มาก่อน พอลูกเป็นก็ยิ่งแย่เข้าไปใหญ่หาหนังสือมาอ่าน แล้วก็ย้ายมาที่นี่ ลำบากลำบนเคยแต่อยู่ที่บ้านจะไปไหนก็มีแฟนไปรับไปส่ง ทำไมเรื่องเลวร้ายต้องมาเกิดแต่กับเราก็ไม่รู้”
“ลูกเป็นเด็กออทิสติกก็ยังดีกว่าเป็นเด็กปัญญาอ่อน หรือเป็นโรคติดต่อที่คนอื่นรังเกียจดูซิลูกหน้าตาน่ารักจะตาย”	“คุณว่าน้อง.....เป็นอย่างไรบ้าง พี่ว่าไม่เห็นเค้าจะดีขึ้นเลย ก็ทำตามที่แนะนำทุกอย่าง สงสัยคงจะได้แค่นี้”
“ลูกทำให้ครอบครัวเป็นครอบครัวรู้มั้ยว่าบ้านเราอบอุ่นมากญาติพี่น้องมาคอยให้กำลังใจ มาช่วยเหลือเรา ผิดจากเมื่อก่อนที่ได้พบกันไม่บ่อยเท่านี้ ก็พึ่งรู้ว่าทุกคนรักเราเป็นห่วงเราโดยเฉพาะตากับยายย้ายมาอยู่กับเราบอกว่าจะช่วยดูลูก (ร้องไห้)”	“ไม่รู้ว่าลูกเป็นแบบนี้ได้อย่างไร ทั้งที่เตรียมตัวเองมาอย่างดีแล้วบำรุงจนไม่รู้จะบำรุงอย่างไรแล้ว ความรู้เราก็มีสูงทั้งพ่อทั้งแม่ต่อไปนี้จะไม่วางแผนจะไม่ตั้งใจทำอะไรอีกแล้วกลัวเป็นแบบนี้อีก”

2. การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

มารดาส่วนหนึ่งได้สะท้อนความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดในเรื่องการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการสะท้อนความรู้สึกนึกคิดดังตัวอย่างต่อไปนี้

มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดี	มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดี
"พอตั้งตัวได้ก็เข้าห้องสมุดค้นหนังสือทุกเล่มที่เกี่ยวกับโรคออทิสติกมาอ่าน เล่มไหนอ่านแล้วเข้าใจก็ไปซื้อที่ร้านหนังสือมาเก็บไว้ เพราะยังไงเราก็ต้องใช้ทุกวัน บางครั้งก็ได้จากอินเตอร์เนตที่เพื่อนส่งมาให้บ้าง แต่ที่ดีที่สุดคือคุยกับพยาบาลเพราะ เค้าให้เวลาเราบอกอย่างละเอียดทำให้ดู เค้าเก่งที่ทำให้เข้าใจได้"	"อยู่กันแค่พ่อแม่ลูก ก็ไม่รู้จะไปเล่าระบายให้ใครฟัง คุยได้กับแฟนเค้าก็รับฟังแต่เค้าเป็นคนเฉยๆ ไม่ได้พูดอะไร"
"ส่วนมากจะคุยกับพี่สาว คุยกับแม่ เล่าเรื่องลูกให้เค้าฟัง ทุกคนตั้งใจฟังแล้วก็ให้กำลังใจ ถ้าเป็นคนอื่นจะพูดเรื่องนี้น้อยเพราะเค้าคงไม่เข้าใจเราเหมือนคนในครอบครัว"	"อยากให้ลูกได้ไปโรงเรียนจะได้มีเวลาพักบ้าง ไปติดต่อโรงเรียนรัฐเค้าก็บอกว่าให้มาได้แต่แม่ต้องไปเฝ้านะไม่อย่างนั้นจะรบกวนเด็กคนอื่น ก็เท่ากับว่าเราต้องเหนื่อยกว่าเดิม ส่วนโรงเรียนเอกชนไม่กล้าไปติดต่อหลอกเพราะเราไม่มีเงินจ่ายค่าเทอมเห็นเค้าว่าค่าเทอมเป็นหมื่น"
"สามีนี่สำคัญที่สุดเป็นคนคนเดียวกันเข้าใจเรามากที่สุด เข้าใจลูกมากที่สุด โชคดีที่เค้าเข้าใจใจเย็น เรามีเรื่องที่ไม่สบายใจกันเค้าทำให้เราหายได้เลยนะ ผู้ชายคงจะไม่คิดมากคิดเล็กคิดน้อยเหมือนเรา หรือถ้าเรากำลังหงุดหงิดเรื่องลูกเค้าก็จะมาพอลูกออกจากเรานะ แต่พอเราอารมณ์ดีแล้วเค้าจะดุเราเหมือนกันว่าเป็นธรรมชาติของโรคไม่ให้เราใช้อารมณ์กับลูก (หัวเราะ)"	"แฟนเค้าเห็นเราร้องไห้บ่อยๆ เค้าก็สงสารนะ บางทีเค้ากลับมาจากทำงานก็มาช่วยเราทำงานบ้านช่วยเลี้ยงลูก แต่ถ้าเหนื่อยมากเค้าก็นอนหลับไปเลย"
"ถ้าไม่ลาออกจากงานสักคนลูกคงไม่ดีเท่านี้ มันก็ลงตัวดีนะได้ดูแลลูกอย่างใกล้ชิดแม่ก็สบายใจพ่อก็สบายใจไม่ต้องเป็นห่วงเหมือนอยู่กับคนอื่น เป็นแม่บ้านก็มีความสุขไปอีกแบบ"	

3. การใช้จิตวิญญาณของตนเอง (Spiritual)

มารดาส่วนหนึ่งได้สะท้อนความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดในเรื่องการใช้จิตวิญญาณของตนเอง โดยการสะท้อนความรู้สึกนึกคิดดังตัวอย่างต่อไปนี้

มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดี	มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดี
“ครอบครัวพี่นับถือพระเจ้า พอรู้ว่าลูกเป็นเด็กออทิสติกก็โกรธพระเจ้านะว่าทำไมถึงไม่ช่วยครอบครัวเรา แต่พอมาสำรวจตัวเองก็พบว่าพระเจ้าคงต้องการสอนเราที่เราเองก็บกพร่องมัวแต่ทำงานไม่ได้ อธิฐาน ไม่ได้ไปโบส์ถ” “ที่ไม่ค่อยจะเครียดเพราะคิดว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม อดีตเราและลูกไปทำอะไรร่วมกันมาก่อนก็ไม่รู้ ปัจจุบันเลยต้องมาร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน คิดแบบนี้ก็เลยทำตามหน้าที่ของแม่ให้ดีที่สุด สวดมนต์ไหว้พระ ทำตามที่หมอแนะนำทำทุกอย่างให้ดีนอกเหนือจากนี้ก็ให้เป็นเรื่องของเวรกรรม” “เมื่อก่อนทำงานหนักมาก อยากเก็บเงินไว้ให้ลูกตอนที่เค้าโต พอลูกมาเป็นแบบนี้สาเหตุหนึ่งก็น่าจะมาจากเราที่ไม่มีเวลาให้กับเค้า มาถึงตอนนี้เงินทองก็ไม่สำคัญแล้วเพราะตายไปเราก็เอาไปไม่ได้ ที่ทำได้ตอนนี้ก็คือทุมเทแรงกายแรงใจ แรงทรัพย์ให้ลูกหมดคิดว่าถ้าไม่มีพ่อแม่ลูกจะได้หาเลี้ยงชีพได้ไม่เป็นภาระของสังคม”	“สวดมนต์ไหว้พระ ขอพรท่านให้ลูกหาย เค้าว่าที่ไหนพระเก่งก็จะพาลูกไปกราบไปรด น้ำมนต์” “พระท่านว่ามนุษย์มีกรรมเป็นเครื่องกำหนด ถึงเราจะพยายามเท่าไรเราก็ไม่สามารถลบล้างกรรมที่ทำมาได้” “เมื่อก่อนก็นับถือศาสนาพุทธ แต่พ่อน้อง.....เป็นอิสลามหลังแต่งงานก็เปลี่ยนตามเค้า เค้าบอกว่าพระเจ้าต้องการพิสูจน์เรา เมื่อเราผ่านการพิสูจน์จากพระเจ้าเราจะได้รับพรที่ยิ่งใหญ่ ฟังแล้วเราก็สบายใจขึ้น”

4. การควบคุมสถานการณ์

มารดาส่วนหนึ่งได้สะท้อนความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดในเรื่องการควบคุมสถานการณ์ โดยการสะท้อนความรู้สึกนึกคิดดังตัวอย่างต่อไปนี้

มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดี	มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดี
“ลูกเป็นยิ่งกว่าชีวิตถ้าเรามัวแต่ท้อแท้มันก็ไม่มีอะไรดีขึ้น พอคิดแบบนี้ก็เลิกเสียใจแล้วก็พยายามทำทุกวิถีทางให้ลูกดีขึ้นให้เค้าออกจากโลกของเค้ามาอยู่ในโลกของเรา” “รู้ว่าออทิสติกเป็นโรคที่รักษาไม่หายแต่จะว่าดื้อก็ได้นะ เพราะไม่เชื่อหลอกว่าไม่หายเชื่อว่ามันต้องหายได้ดูซิบอกใครก็ไม่มีใครเชื่อว่าลูกเป็นเด็กออทิสติก” “เมื่อไหร่ที่หมอนัดจะต้องพาลูกมาให้ได้ไม่ว่ามันจะเกิดอะไรขึ้น หิมะตกก็จะมาไม่รู้ว่าคนอื่นจะคิดอย่างไร แต่เราให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก มันเป็นเวลาทองที่จะได้ถามปัญหาแล้วหาทางแก้ไขได้จากคนที่เค้าเก่ง”	“เราไม่รู้เทคนิคการสอนลูกเลย มาที่นี่เห็นครูเค้าฝึกได้แต่พอเราไปทำที่บ้านนะมันไม่ยอมท่าเดียวร้องไห้จนเรายอมแพ้ไม่ฝึกก็ไม่ฝึกจะไปไหนก็ไป สู้ไม่ไหว” “ที่นี่ก็ดีแล้วแต่อยากให้ลูกได้ไปรักษาที่อื่นบ้าง ไปหลายๆ ที่จะได้หายเร็วๆ แต่ก็มีปัญหาหลายเรื่องเหมือนกัน อย่างเรื่องค่าใช้จ่ายเรื่องการเดินทาง” “ได้นัดไม่บ่อยเพราะหมอบอกว่าน้อง.....เก่งแล้วให้คุณแม่ฝึกเองที่บ้าน แต่บางทีนัดมาฝึกพูด ครึ่งชั่วโมง หนึ่งวัน อีกวันมากระตุ้นพัฒนาการ คือมันก็มาได้นะแต่เสียเวลาตั้งสองวัน อยากให้นัดมาวันเดียวกันเลยจะดีกว่า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. การยอมจำนนต่อสถานการณ์ (Passive Acceptance)

มารดาส่วนหนึ่งได้สะท้อนความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดในเรื่องการยอมจำนนต่อสถานการณ์ โดยการสะท้อนความรู้สึกนึกคิดดังตัวอย่างต่อไปนี้

มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดี	มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดี
"รู้ว่าน้อง.....เป็นออทิสติกตอนแรก นะคุณแม่ทำใจไม่ได้ ร้องไห้นานมากเป็นเดือนๆ เลยนะคิดเข้าข้างตนเองว่าลูกไม่ได้เป็นน่า หน้าตาก็เหมือนเด็กทั่วไป จนวันหนึ่งมันคิดได้เองว่าเป็นก็เป็นซิไม่เห็นต้องไปกลัว เป็นก็ต้องรักษาลูกคนอื่นเค้าเป็นก็ตั้งเยอะตั้งแยะ"	"รู้ว่าลูกเป็นโรคนี้ก็ทำอะไรไม่ถูกแล้วงงไปหมด จับต้นชนปลายไม่ได้ว่าต้องทำอะไร ความรู้ก็ไม่มีติดตัว ความจำก็ไม่ดี"
"ผู้ปกครองทุกคนต้องยอมรับค่ะว่าลูกเราเป็นเด็กออทิสติก เมื่อเรายอมรับก็จะทำให้เรามีความพยายามมีความตั้งใจจริงที่จะช่วยเหลือลูก"	"พอกลับไปอ่านหนังสือที่ซื้อมาก็มั่นใจว่าลูกเป็นโรคนี้จริงๆ แต่ก็อดเสียใจไม่ได้มันมืดแปดด้านไม่รู้ว่าจะทำอะไรก่อน ไม่รู้จะหาใครมาช่วยเราได้"
"เมื่อรู้ว่าลูกเป็นเด็กพิเศษก็เอาแต่ร้องไห้ คิดแล้วก็ร้องไห้ พอร้องจนไม่มีน้ำตาทีนี้ก็กลับมาสู้ต่อได้แล้ว เพราะฉะนั้นใครอยากร้องไห้ก็ร้องไปเลย ไม่มีใครร้องไห้ได้เป็นปีๆ หลอก"	

จากการสัมภาษณ์มารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกพบว่ามารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกันแบบเจาะลึกในเรื่องการประเมินสถานการณ์ความเครียด และการเผชิญความเครียดพบว่ามารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกันจะมีการประเมินสถานการ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ประเภทการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการบุตร และการสนับสนุนของสามี กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก และศึกษาถึงการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกัน โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ศึกษาผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการบุตร และการสนับสนุนของสามี กับผลลัพธ์การปรับตัว
3. ศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียดการเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่สูงและต่ำ

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก
2. ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก
3. รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก
4. จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก
5. การรับรู้อาการบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก
6. ระดับความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

7. การสนับสนุนของสามีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

ประชากร

มารดาที่มีบุตรอายุ 3-5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กออทิสติก ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 12 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Coefficient)

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการบุตรและการสนับสนุนของสามี กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกและศึกษาถึงการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า มารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 35-44 ปี จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 47 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 33.1 รายได้ของครอบครัวในเรื่องความเพียงพอของรายรับรายจ่ายส่วนมากมีความเพียงพอสำหรับการรักษาการเลี้ยงดูบุตรและการสันทนาการจำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 62.3 ในเรื่องการเก็บออมพบว่ามีเหลือเก็บจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 50.8 มารดาที่ศึกษามีจำนวนบุตร 2 คน จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 50.8 และการรับรู้อาการบุตรพบว่ามารดามีการรับรู้อาการบุตรว่ามีความรุนแรงของอาการโรคออทิซึมสูงจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 43.8

2. ระดับความรุนแรงของอาการที่เป็นเด็กออทิสติกส่วนมากมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 67.7

3. การสนับสนุนของสามี มารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกได้รับการสนับสนุนจากสามีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าได้รับการสนับสนุนจากสามีในด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านเครื่องมือ และด้านข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20, 3.88, 3.88 และ 3.31 ตามลำดับ

4. ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกสูงที่สุดในด้านการดำรงบทบาทต่างๆ ของบุคคล และพบว่าในด้านขวัญและกำลังใจมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของอาการบุตรและการสนับสนุนของสามี กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนของสามี มีความสัมพันธ์ทางบวก กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (r = 0.48, .311, .717 และ .440)

การรับรู้อาการบุตรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.5 (r = .165)

จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.173)

จากการศึกษาตัวแปรทั้งหมด 7 ตัว พบว่า มีตัวแปรหนึ่งตัวที่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งได้แก่ตัวแปรในเรื่องอายุของมารดา

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอเรียงตามลำดับวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ

1. การศึกษาผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ที่เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียดของมารดาที่เกิดจากการดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งมี 3 ด้านคือ การทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วย การดำรงบทบาทต่างๆ ของบุคคล ความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และและประสิทธภาพของการประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหาด้านขวัญกำลังใจ และด้านสุขภาพร่างกาย จากการศึกษาพบว่ามารดา มีการปรับตัวในด้านการดำรงบทบาทต่างๆ ของบุคคลสูงสุด อันเนื่องมาจากการดำรงบทบาทของมารดานั้นเกิดจากความรักความผูกพันที่มีต่อบุตร จึงเกิดแรงเสริมให้มารดามีความพยายามที่กระทำบทบาทหน้าที่ของตนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในตัวบุตรที่มีเป้าหมายให้บุตรมีอาการดีขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วยอัน

เป็นเป้าหมายสูงสุดของมารดา ทั้งในบทบาทของการเลี้ยงดูบุตร และการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นต่างๆ นอกจากนี้อาการความผิดปกติของโรคออทิสติกที่มีลักษณะเฉพาะและมีความซับซ้อนทำให้มารดาต้องให้การดูแลบุตรมากกว่าเด็กปกติ และเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องโดยไม่มีวันหยุด ทำให้มารดาต้องเป็นผู้ร่วมในการบำบัดรักษาเพื่อให้เด็ก ออทิสติกได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอในทิศทางเดียวกันทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่ามารดามีผลลัพธ์การปรับตัวในด้านขวัญกำลังน้อยที่สุด เนื่องจากโรคออทิสติกเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การดูแลเด็กออทิสติกนั้นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ใช้ระยะเวลานาน ทำให้มารดามีโอกาสในการได้รับการพักผ่อนน้อยลง นอกจากนี้การประเมินถึงการเปลี่ยนแปลงของเด็กออทิสติกนั้นเป็นไปอย่างช้าๆ ทั้งนี้อาจไม่เป็นไปอย่างที่มารดาวางแผนหรือคาดหวัง ทำให้มารดาต้องเผชิญกับปัญหาซ้ำๆ ผ่อนซึ่งมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกของมารดา ทำให้มารดาเกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ จึงเป็นสาเหตุให้มารดามีการปรับตัวด้านขวัญกำลังใจน้อยที่สุดนั้นเอง

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และการรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการบุตร และการสนับสนุนของสามี กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

2.1.1 อายุ

จากผลการวิจัย พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า อายุที่ต่างกันของแต่และบุคคลนั้นจะแสดงถึงการมีประสบการณ์ในการพบกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด การจัดการกับความเครียด และผลลัพธ์ปรับตัวที่ต่างกันออกไป ดังที่ Mercer (1981:74-75) กล่าวว่า อายุเป็นส่วนหนึ่งที่แสดงถึงการมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และมีผลโดยตรงต่อการปรับตัวต่อเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ Lazarus (1984) ได้กล่าวว่า การได้ผ่านประสบการณ์และมีวุฒิภาวะสูงขึ้นจะทำให้บุคคลเลือกใช้การเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น เมื่อบุคคลมีการเลือกใช้การเผชิญความเครียดต่างกันจึงมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ซ้ำซึ่งทำให้ผลลัพธ์การปรับตัวดีไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับตัวเอง แต่ผลการวิจัยพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะสถานการณ์ของการดูแลบุตร ดังนั้นปัญหาที่เกิดการดูแลเด็กออทิสติกนั้นเป็นปัญหาเฉพาะที่มารดาต้องมีทั้งความรู้ความเข้าใจในลักษณะของโรค อายุของมารดาที่

แสดงถึงประสบการณ์และวุฒิภาวะในการเผชิญความเครียดในเรื่องต่างๆ ที่ผ่านมาจึงไม่มีผลกับสถานการณ์ในการดูแลเด็กออทิสติก ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนไปมากทำให้อายุเฉลี่ยของผู้หญิงแต่งงานและมีบุตรสูงขึ้น ทำให้เกิดความพร้อมทั้งในด้านการศึกษา และรายได้ ทำให้มารดามีความคาดหวังในตัวบุตรสูงจากการเตรียมพร้อมในการมีบุตร และเมื่อพบว่าบุตรเป็นเด็กออทิสติกจึงทำให้มารดาเกิดความรู้สึกผิดหวัง เสียใจสูงตามไปด้วย ดังนั้นอายุของมารดาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาในการศึกษาครั้งนี้

1.1.2 ระดับการศึกษา

จากผลการวิจัย พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาบ่งบอกถึงการมีวุฒิภาวะที่สูงขึ้น ทำให้บุคคลทราบและเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าและยังสามารถใช้การเรียนรู้ในอดีตและใช้พฤติกรรมการแก้ปัญหาที่เคยใช้ประสบผลสำเร็จมาแล้วมาเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Jalowice & Power. 1981: 10-15) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ralp (1981: 75) ที่ศึกษาพบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการปรับตัวได้ดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ การศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญาใฝ่รู้และมีเหตุผลเมื่องเผชิญกับความเจ็บป่วยเหรือปัญหาต่างๆ จะพยายามแสวงหาความรู้เพื่อนค้นหาคำตอบที่ต้องการ อีกทั้งผู้ที่มีการศึกษาดีจะมีการใช้เหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาได้ดีรู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ มากขึ้น (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, 2537: 35) การศึกษาจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งจะทำให้ความเครียดลดลง มารดาที่มีการศึกษาต่ำทำให้ขาดความรู้ในด้านสุขภาพไม่ทราบสาเหตุการเจ็บป่วยของบุตร และจากการศึกษาต่ำทำให้มีอุปสรรคในการค้นหนังสือเพื่อหาข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการดูแลบุตร ทำให้เกิดความเครียด คับข้องใจจากการไม่ทราบข้อมูลข่าวสารและส่งผลต่อการปรับตัวในการดูแลบุตรได้ จากการศึกษาของ Ralph (1977 citer invMerur 1981: 75) พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการปรับตัวดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

จะเห็นว่าระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัว โดยมารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีเหตุผล สามารถทำความเข้าใจกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยวิถีทางต่างๆ จากประสบการณ์ การค้นคว้าหาความรู้เพื่อนำมาจัดการปัญหาให้หมดไปซึ่งจะส่งผลทางตรงกับผลลัพธ์การปรับตัวของบุคคลได้ดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

1.1.3 รายได้ของครอบครัว

จากผลการวิจัย พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวก กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ารายได้ของครอบครัวเป็นตัวบอกถึงแรงเสริมที่มีผลต่อภาวะจิตใจของมารดา ต่อระดับความเครียด จากการศึกษาของ Jensen (1977, 138-140) พบว่ามารดาที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจที่ไม่มั่นคง มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จะทำให้มารดามีความสามารถในการปรับตัวสู่ภาวะปกติได้ลดลง สอดคล้องกับ Zussman (1980: 792-800) ที่พบว่ามารดาที่มีรายได้น้อยจะเกิดความเครียดเนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายภายในบ้าน ทำให้เกิดความบกพร่องในงานที่รับผิดชอบ และการศึกษาในประเทศไทย ดาราวรรณ กำเสียงใส (2538) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ จุไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532: 70) ที่พบว่าคู่สมรสของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังมีรายได้ของครอบครัวสูงจะมีภาวะสุขภาพจิตดีปรับตัวได้ง่ายไม่เกิดความทุกข์หรือความเครียดจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ

จะพบว่ารายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้มารดาสามารถแสวงหาสิ่งต่างๆ ที่เป็นประโยชน์และเอื้ออำนวยต่อการดูแลบุตรได้และเหมาะสมรวมถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตที่ตอบสนองความต่องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ดังนั้นมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวสูงจึงไม่เครียดทำให้ส่งผลทางอ้อมต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

1.1.4 จำนวนบุตร

จากผลการวิจัย พบว่า จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ามารดาที่มีบุตรจำนวนน้อยนั้นไม่ต้องรับบทบาทในการดูแลบุตรคนอื่นๆ ทำให้มีเวลาเต็มที่กับบุตรมากกว่ามารดาที่มีบุตรหลายคนที่ต้องมีบทบาทในการดูแลบุตรคนอื่นๆ รวมไปถึงภาระงานบ้านที่มีเพิ่มมากขึ้น (Turner & Helms, 1983: 364) บุตร แต่ละคนย่อมมีความต้องการการดูแลเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งผู้ที่เป็นบิดามารดาต้องคอยดูแลและตอบสนองความต้องการนั้นๆ แต่เมื่อบุตรคนใดคนหนึ่งเกิดความผิดปกติต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษทำให้บิดามารดาต้องคอยดูแลเอาใจใส่บุตรที่มีความผิดปกติแล้ว ยังมีความกังวลเกี่ยวกับบุตรคนอื่นๆ ที่อาจมีปัญหาและต้องการการดูแลเอาใจใส่ด้วย (Hazinski, 1992: 232) ซึ่งถ้ามีบุตรหลายคนภาระต่างๆ และความกังวลก็จะมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mirr (1991:232) โดยการสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัวที่มีสมาชิกคนหนึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าครอบครัวกล่าวว่ายังมีบุตรอยู่ที่

บ้านที่ต้องการการดูแลและเอาใจใส่ และมี 3 ครอบครัวที่กล่าวว่าบุตรที่อยู่ที่บ้านมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปซึ่งสิ่งนี้จะก่อให้เกิดความเครียดในบิดามารดาได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วินิตา ยืนยง (2537) ว่าสถาบันครอบครัวมีหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานแก่บุตรซึ่งในครอบครัวที่มีบุตรหลายคน บิดามารดาย่อมมีหน้าที่สนองตามความต้องการาด้านร่างกาย ด้านอารมณ์แก่สมาชิกทุกคน (Friedman,1986:4) ในมารดาที่มีบุตรป่วยและบุตรที่มีสุขภาพดี ที่ต้องรับภาระในครอบครัวหลายคนภาระที่ต้องรับผิดชอบดูแลบุตรที่เจ็บป่วยคือ ต้องทราบถึงวิธีปฏิบัติต่อบุตรเมื่ออยู่ที่บ้าน และในขณะเดียวกันก็ต้องตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและอารมณ์บุตรคนอื่น ซึ่งบางครั้งมารดาอาจเกิดความเครียดขึ้นทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาท รวมไปถึงผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

จะเห็นว่า จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก เมื่อมารดามีจำนวนบุตรน้อยทำให้มารดาไม่ต้องรับบทบาทในการดูแลบุตรคนอื่นๆ สามารถทุ่มเทเวลาให้กับบุตรที่เจ็บป่วยได้อย่างเต็มที่ ไม่เกิดความเครียดและสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ดีกว่ามารดาที่มีบุตรจำนวนมากที่ทำให้มารดามีภาระจากการดูแลบุตรจำนวนมากที่ทำให้มารดาเกิดความเหนื่อยและเครียดทั้งในเรื่องปริมาณงานและบทบาทความเป็นมารดา

1.1.5 การรับรู้อาการบุตร

จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้อาการบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยของบุตรและความจำเป็นต้องได้รับการรักษาซึ่งสะท้อนการรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของบุตรของตนเองโดยรวมในขณะรับการวินิจฉัยโรค ขณะรักษาว่าได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยรุนแรงมากน้อยเพียงใด เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาเพราะการรับรู้เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์นั้นๆ แตกต่างกันไป (Garrison & Magoon, 1972: 637) ซึ่งการมีบุตรที่มีความผิดปกติมารดามักจะกลัวสูญเสียบุตรทั้งที่ไม่สัมพันธ์กับการพยากรณ์โรค (Youngblut & Jay,1991) และบุคคลสองคนที่เผชิญเหตุการณ์ในลักษณะเดียวกันอาจจะรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เผชิญแตกต่างกันซึ่งจะก่อให้เกิดปฏิกิริยา และการตอบสนองรวมทั้งการเผชิญกับเหตุการณ์นั้นแตกต่างกันไป (Claus,1980:11) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการรับรู้อาการของบุตรต่อเหตุการณ์นั้นๆ นอกจากนี้ Aguilera & Messick (1982:63-64) กล่าวถึงองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลย์คือ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ (Perception of the event) เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น หากบุคคลรับรู้เหตุการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ก็สามารถช่วยให้บุคคลนั้นหาหนทางที่จะแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องและโดยทางอ้อม

Alquilera & Messick (1974) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด ที่สำคัญคือการรับรู้ต่อเหตุการณ์ เมื่อบุคคลรับรู้ต่อเหตุการณ์ถูกต้องตรงความเป็นจริงจะสามารถแก้ปัญหาเพื่อลดความเครียดได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

จะเห็นว่า การรับรู้อาการบุตรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก เมื่อการรับรู้อาการบุตรตรงกับความเป็นจริงทำให้มารดาไม่เกิดความเครียด ก็จะส่งผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา

1.2 ระดับความรุนแรงของอาการ

จากผลการวิจัย พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เด็กออทิสติกมีความผิดปกติ และความล่าช้าทางด้านสังคม ด้านการ สื่อความหมาย และการจินตนาการนั้น ทำให้เด็กออทิสติกแตกต่างจากเด็กปกติอย่างชัดเจน ความแตกต่างนี้ยังส่งผลให้มารดา หรือผู้ดูแลเกิดความเครียดและความวิตกกังวลกับอาการความผิดปกติดังกล่าวและพบว่าระดับความเครียดาที่เกิดจากการดูแลนั้นมีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติในเด็กออทิสติกโดยที่เด็กออทิสติกที่มีความผิดปกติแต่ละด้านที่มีความรุนแรงมากหรือมีอาการแทรกซ้อน เช่น การได้รับบาดเจ็บทางกาย ภาวะปัญญาอ่อน จะส่งผลต่อระดับความเครียดของบิดามารดาในการจัดการกับความผิดปกตินั้นๆ (e.g.,Belsky Spanier & Rovine, 1983; McBride,1989:B. Miller & Solbie, 1980; Ventura,1987) นอกจากนี้ Steinhauer (1974) ได้ทำการศึกษาปฏิกิริยาต่างๆ ที่มีต่อความเครียดมารดา พบว่าปฏิกิริยาที่แสดงออกมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคของบุตร พบว่าอาการอ่อนเพลียจากการเจ็บป่วยและการพยากรณ์ที่ไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดีมาก่อนจะทำให้มารดามีความเครียดมากขึ้น และนอกจากระดับความรุนแรงของความผิดปกติที่เกิดกับบุตร โดยตรงแล้วอาการความผิดปกติที่รุนแรงทำให้ต้องใช้ระยะเวลาการรักษานานและมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ด้านความต้องการกับแหล่งสนับสนุน และพบว่าความต้องการมีมากกว่าแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนก็จะเกิดความเครียดอย่างรุนแรง ส่งผลให้การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม และเกิดผลลัพธ์การปรับตัวที่เป็นอันตรายต่อตัวมารดา การสนับสนุนของสามี

จะเห็นว่า ระดับความรุนแรงของอาการบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก เมื่อมีระดับความรุนแรงมากก็ทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง ส่งผลให้การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม และเกิดผลลัพธ์การปรับตัวที่เป็นอันตรายต่อมารดา

1.3 การสนับสนุนของสามี

จากผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนของสามีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า จากการดูแลบุตรที่เป็นเด็กออทิสติกทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมทำให้รู้สึกเครียดจากสภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงทำให้มารดารู้สึกเศร้า ไม่มีคุณค่า ทำให้มารดาต้องการความรักความเข้าใจและการเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะสามี เพราะสามีมีความใกล้ชิดสนิทสนมเป็นผู้ที่มารดาไว้วางใจมากที่สุด (Lieberman, 1983) การได้รับความรัก ความผูกพัน ความเข้าใจมีการแบ่งบัน และการพึ่งพาซึ่งกันและกันทำให้มารดารู้สึกว่าตนไม่ถูกทอดทิ้ง มีความปลอดภัยและมีความมั่นคงในชีวิตสมรส ซึ่งจะทำให้ระดับความเครียดลดลง เนื่องจากการสนับสนุนจากสามีทำให้มารดารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่รักและต้องการจากสามี ดังที่ Aguelera & Messick (1982:63-64) กล่าวถึงระบบเกื้อหนุนค้ำจุน (Situational Support) อันได้แก่ญาติพี่น้อง สามี แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลที่มีความสำคัญกับบุคคล หากสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนมีเพียงพอจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความหวังซึ่งจะเป็นแรงสนับสนุนให้มารดาเผชิญความเครียดโดยพยายามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะส่งผลให้มารดามีผลลัพธ์การปรับตัวที่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองได้เช่นกัน

จะเห็นว่าการสนับสนุนของสามีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก เมื่อได้รับการสนับสนุนจากสามีที่ดี มารดาจะรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยและมีคุณค่าในตัวเองทำให้มีความพยายามที่จะเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลไปถึงผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดีด้วยเช่นกัน

ศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียดการเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกที่มีผลลัพธ์การปรับตัวแตกต่างกัน จำนวน 20 คน จำแนกเป็นมารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวสูงสุด 10 คน และต่ำสุด 10 คน สัมภาษณ์ในเรื่อง การประเมินสถานการณ์ความเครียด และการเผชิญความเครียด นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จัดหมวดหมู่ตามรหัส (Coding) ตามคำจำกัดความเชิงทฤษฎีลาซารัส และในส่วนที่ไม่สามารถแยกเข้าหมวดหมู่และให้รหัสตามคำจำกัดความ จะถือว่าเป็นข้อมูลที่ให้แนวคิดขึ้นใหม่ (Anemergent Theme) ผู้วิจัยจะให้รหัสใหม่ (Coding) จากการ

พิจารณาความหมายของแนวคิดขึ้นใหม่ตามหลักการวิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Miles & Huberman,1984:6) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำให้เกิดความเข้าใจการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดได้ผลดังนี้

การประเมินสถานการณ์ความเครียด

มารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกได้ความหมายของการประเมินสถานการณ์ความเครียดประกอบด้วย 3 หมวดคือ 1) หมวดประเภทของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด 2) หมวดประสบการณ์ความเครียด และ 3) หมวดทางเลือกของมารดา

หมวดที่ 1 ประเภทของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หมายถึง ปัจจัย สิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ที่มารดาประเมินว่าทำให้ตนเองรู้สึก กังวลใจ เครียดไม่สบายใจหรือยุ่งยากใจจากการดูแลบุตรที่เป็นเด็กออทิสติกมากที่สุด ได้แก่

1) การรักษาและอาการของบุตร
2) การปฏิบัติหน้าที่
3) ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรและการรักษาพยาบาล
4) การเดินทาง
5) ความห่วงใยอนาคตบุตร

หมวดที่ 2 ประสบการณ์ความเครียด หมายถึง ข้อมูลที่สะท้อนความคิด ความรู้สึก ต่อสถานการณ์การดูแลบุตรที่เป็นเด็กออทิสติกตามรหัสดังนี้ 1) ท้ายทาย 2) คุกคาม และ 3) เสียใจหรือสูญเสีย

<u>หมวดที่ 3</u> การประเมินทางเลือกของมารดา หมายถึง ข้อมูลที่สะท้อนการรับรู้เกี่ยวกับทางเลือกหรือแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ตนเองตามรหัสดังนี้ 1) ทางเลือกมาก 2) ทางเลือกปานกลาง และ 3) ทางเลือกน้อยหรือไม่มีเลย

การเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกเป็นความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียดจากการสัมภาษณ์พบว่ามารดาใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ประกอบด้วย 5 ด้านดังนี้ 1) การมองโลกในแง่ดี 2) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม 3) การใช้จิตวิญญาณของตนเอง 4) การควบคุมสถานการณ์ และ 5) การยอมจำนนต่อสถานการณ์

การอภิปรายผล

การประเมินสถานการณ์ความเครียด

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาถึงการประเมินสถานการณ์ความเครียดของจากสถานการณ์การดูแลเด็กออทิสติกของมารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกัน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในเรื่องสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ประสบการณ์ความเครียด และการประเมินทางเลือกในการจัดการกับความเครียด พบว่าหมวดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของมารดาจากการสัมภาษณ์แบ่งได้เป็น 6หมวด คือโรคและการรักษา บทบาทหน้าที่ ค่ารักษาพยาบาล การเดินทาง อนาคต และแหล่งบริการและแหล่งสนับสนุนทางสังคม หมวดประสบการณ์ความเครียดนั้นมารดาบรรยายความรู้สึก จำแนกได้3 ประเด็น ว่าสถานการณ์ความเครียดนั้นอาจเป็นอันตรายแต่มีทางควบคุมได้ หรือมีแนวทางที่ทำให้เหตุการณ์นั้นดีขึ้น อาจจะมีอันตรายหรือสูญเสียเกิดขึ้นในอนาคต แต่พอที่จะทำหรือหาแนวทางทำให้เหตุการณ์นั้นดีขึ้น และเป็นความรู้สึกว่าเกิดความเสียหายขึ้นกับชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง จัดเข้าตามรหัสได้เป็น การท้าทาย คุกคามและอันตรายหรือสูญเสีย และสุดท้ายคือหมวดการประเมินทางเลือกในการจัดการกับความเครียดได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งหมด 3 ประเด็น คือ มีโรงพยาบาลหรือแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมเพียงพอที่จะจัดการกับปัญหาหรือความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กออทิสติก มีโรงพยาบาลหรือแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมในการจัดการกับปัญหาความยุ่งยากได้ปานกลาง และมีโรงพยาบาลหรือแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมในการจัดการกับปัญหาความยุ่งยากน้อยหรือไม่มีเลย ซึ่งจำแนกตามรหัสได้เป็น ทางเลือกมาก ทางเลือกปานกลาง ทางเลือกน้อยหรือไม่มีเลย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Holrayd and McArthur (1978) ที่ศึกษาความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกและโรคดาวน์ซินโดรม พบว่า มารดาของเด็กออทิสติกมีความรู้สึกผิดหวัง อาย และมีปัญหายุ่งยากมากกว่า เนื่องจากเด็กออทิสติกมีบุคลิกภาพที่เป็นปัญหามากกว่า และมีแหล่งบริการด้านการช่วยเหลือดูแลน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cantwell and Baker (1984) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบเกี่ยวกับเด็กออทิสติกที่มีอิทธิพลต่อสภาวะจิตสังคมกับบิดามารดา พบว่า บิดามารดามีความยากลำบากในการจัดการเกี่ยวกับเรื่องกิจวัตรประจำวันของเด็ก ความกังวลเรื่องปัญหาการเงิน และความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องแหล่งอาชีพและการศึกษาของเด็กในอนาคต นอกจากนี้ Bristol and Schpler (1983) ได้รายงานว่า ความเครียดของพ่อแม่ที่เกิดขึ้นนี้มาจากความเหนื่อยหนายจากอาการเด็กที่ไม่ดีขึ้นและรัฐไม่มีบริการที่เหมาะสมให้ และ Murcus (1984) ได้กล่าวถึงสาเหตุเสริมที่ทำให้เกิดความเครียดคือการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม อันได้แก่ การรักษาสุขภาพ และความต้องการทางด้านจิตใจ และสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ

กัญญา ธัญมันตา (2534) ที่ศึกษาเรื่องเด็กออทิสติกกับผลกระทบต่อพ่อแม่ พบว่าบิดามารดามีความวิตกกังวลมากในเรื่องอาการเด็กและเรื่องแหล่งบริการต่างๆ ได้แก่ ความต้องการนักฝึกพูด สถานที่เรียนในอนาคต และคลินิกทันตกรรม เป็นต้นปัญหาการดูแลเด็กออทิสติกถือว่าเป็นความล้มเหลวในการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามมุมมองที่ครอบครัวเป็นระบบ (family as a system) ดังนั้นพ่อแม่จึงต้องรับภาระหนักในการปรับบทบาทหน้าที่เพื่อรักษาความสมดุลให้เกิดขึ้นในครอบครัว (พวงแก้ว กิจธรรม, 2540)

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวแตกต่างกัน ทั้งในกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำได้บรรยายในหมวดเรื่อง ประเภทของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้เหมือนกันคือ 1) โรคและการรักษา 2) บทบาทหน้าที่ 3) ค่ารักษาพยาบาล 4) การเดินทาง 5) อนาคต และ 6) แหล่งบริการ / การช่วยเหลือทางสังคม เนื่องจากเด็กออทิสติกมีอาการความผิดปกติที่คล้ายคลึงกัน รวมไปถึงเรื่องการบริการด้านการรักษาพยาบาลเฉพาะทางด้านเด็กออทิสติกมีจำนวนไม่มากนัก จึงทำให้มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกันบรรยายถึงประเภทของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้เหมือนกัน และพบว่าแตกต่างของมารดาในกลุ่มผลลัพธ์การปรับตัวสูงในหมวดประสบการณ์ความเครียด และหมวดการประเมินทางเลือก ที่มารดาให้ข้อมูลที่จัดอยู่ในรหัสท้าทายและคุกคาม และมีทางเลือกมากและปานกลางในการจัดการกับสถานการณ์ทีก่อให้เกิดความเครียดแก่ตนว่ามีเพียงพอ หรือมีน้อยแต่ช่วยเหลือได้ครอบคลุมความต้องการ ส่วนมารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวต่ำบรรยายความรู้สึกในหมวดประสบการณ์ความเครียดว่าเป็นเรื่องที่อันตรายมากหรือสูญเสียอย่างรุนแรง และประเมินทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดว่าน้อยหรือไม่มีเลย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ามารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกันมีประสบการณ์ความเครียดและการประเมินทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่างกัน

การเผชิญความเครียด

การสัมภาษณ์เชิงลึก มารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกัน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีคะแนนผลลัพธ์การปรับตัวสูงสุด และ กลุ่มที่มีคะแนนผลลัพธ์การปรับตัวต่ำสุด พบว่ามารดาใช้วิธีการเผชิญความเครียดเหมือนกัน 5 ด้าน คือ การมองโลกในแง่ดี การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้จิตวิญญาณของตนเอง การควบคุมสถานการณ์ และการยอมจำนนต่อสถานการณ์ มีความสอดคล้องกับแนวคิดการเผชิญความเครียดตามทฤษฎี Lazarus & Folkman (1984: 150-152) ที่แบ่งเป็น 2 วิธี คือการจัดการกับอารมณ์ (Emotional – focused coping) และการมุ่งแก้ปัญหา (Problem – focused coping) เช่นเดียวกับ LaMontage & Pawlak (1990: 416-424) ที่ศึกษาพบว่า

มารดาที่มีบุตรได้รับการเจ็บป่วยจะใช้กลวิธีในการเผชิญความเครียดทั้งการมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์และการมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์ประกอบด้วย การประเมินซ้ำในทางที่ดี การควบคุมตนเอง การหลีกหนี การยอมรับและการลดความสำคัญของเหตุการณ์ ส่วนการมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหา ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเผชิญความเครียดของมารดาไม่มีความแตกต่างกันในมารดาที่มีคะแนนผลลัพธ์การปรับตัวสูงและมารดาที่มีคะแนนผลลัพธ์การปรับตัวต่ำ

สรุปผลการศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของมารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกัน พบว่า การประเมินสถานการณ์ความเครียดในหมวดประสบการณ์ความเครียด และการประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นต่างกันในกลุ่มของมารดา และมารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวที่แตกต่างกัน มีการเผชิญความเครียดที่เหมือนกัน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาเป็นพื้นฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่เกิดจากสถานการณ์การดูแลเด็กออทิสติกของมารดา ที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปปรับเข้าร่วมกับบริการพยาบาลอย่างครอบคลุมเพื่อให้มารดาสามารถมีผลลัพธ์การปรับตัวที่ดีในทุกด้าน อันจะส่งผลให้สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเต็มศักยภาพ

2. พัฒนาการสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเข้าใจ ยอมรับ และมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นการช่วยลดความเครียดของมารดาที่ส่งผลต่อการดูแลเด็กออทิสติก

3. นำไปพัฒนาบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ควรให้ความสำคัญกับความต้องการของมารดาอย่างครอบคลุมและตรงความต้องการเพื่อให้มารดามีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ที่จะให้การช่วยเหลือดูแลเด็กออทิสติกตามบทบาทของมารดา

4. พัฒนาบริการพยาบาลให้มารดาเกิดความเข้าใจการรักษา และเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถช่วยเหลือดูแลเด็กออทิสติกได้ด้วยตนเอง ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือดูแลเด็ก ออทิสติกควบคู่กับการให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์

5. ทำให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเกิดทัศนคติที่ดีต่อการช่วยเหลือมารดาเพื่อลดความเครียดที่เกิดจากการดูแลเด็กออทิสติก ที่นำไปสู่ความเข้าใจมารดาและให้การสนับสนุนความช่วยเหลือแก่มารดาให้สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการดูแลเด็กออทิสติกอย่างเต็มความสามารถ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่มารดาที่มีบุตรเป็นเด็กออทิสติกให้สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลเด็กออทิสติก ที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์การปรับตัวที่ดี ให้มารดาเกิดความพร้อมที่จะดูแลเด็กออทิสติกอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาอิทธิพลของ การประเมินสถานการณ์ความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกเพื่อพัฒนาความรู้ที่อธิบายปรากฏการณ์ความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกให้มีความชัดเจนมายิ่งขึ้น

3. ความมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ที่เกี่ยวกับการดูแล หรือการให้คำปรึกษาทางการพยาบาล เป็นต้น เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาอย่างครอบคลุม

6. ควรมีการศึกษาความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก ในระยะแรกที่ทราบการวินิจฉัย

7. จากแพทย์โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจปัญหา ความรู้สึกและความต้องการความช่วยเหลือของมารดา เพื่อเป็นพื้นฐานในการพยาบาลมารดาที่เป็นภาวะวิกฤตในบริบทของสังคมไทย

8. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาแบบประเมินอาการความรุนแรงของโรคออทิสติกให้สามารถนำไปใช้ได้กับทุกช่วงอายุ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ และดารณี สายะวัน. 2529. **คู่มืออบรม และเลี้ยงดูเด็กเล็ก**. กรุงเทพ: เทพรัตน์การพิมพ์.

กษมา อุทัยภัตตรากูร. 2539. ความยุ่งยากในความขัดแย้งในครอบครัวเมื่อสมาชิกเป็นออทิสติก. **จุลสารศูนย์สุขวิทยาจิต** 9(2): 7-10

กันยา สุวรรณแสง. 2532. **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บำรุงสารส์น.

กัลยา วิริยะ. 2539. **การรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติค และการดูแลบุตรออทิสติคในมารดาที่มีบุตรออทิสติก.**วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

จอม ชุมช่วย. 2538. ครอบครัวของเด็กออทิสติก: **เอกสารประกอบการอบรมพัฒนาการบำบัดในเด็กออทิสติกอายุต่ำกว่า 5 ปี**. โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

จินตนา ยูนิพันธุ์. **ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้**. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 3. สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช,2538: 142-169.

จำรัส ปิ่นเงิน. 2536. **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการกับระดับพัฒนาการตามวัยของเด็กวัยทารกและวัยเตาะแตะ**.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชนิกา ตู้จินดา. 2526. **คู่มือการเลี้ยงลูก วารสารรักลูก ฉบับรวมเล่ม**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทแปลนพับสิชชิ่ง จำกัด.

ชะไมพร พงษ์พานิช. การเตรียมพร้อมเด็กออทิสติคก่อนเข้าเรียนร่วมกับเด็กปกติ. **วารสารยุวประสาทไวทโยปถัมป์** 37(5): 19-23.

ทัศนา บุญทอง.การพยาบาลองค์รวมกับการดูแลสุขภาพตนเอง_ **สารสภาพยาบาล**. 36: 8-14.

บุษกร อินทรวิเชียร.2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ตติกจ์. 2536. **การศึกษาเชิงคุณภาพ: เทคนิคการวิจัยภาคสนาม**. นครปฐม: โครงการเผยแพร่ช่วยสารและการศึกษาด้านประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์. 2542. **กระบวนการการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญ**

ความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างการเข้ารับรังสีรักษา. วิทยาพนธ์ พยาบาลศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์. 2537. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในสตรีไทยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับรังสีรักษา. **รายงานวิชาวิจัยเชิงคุณภาพ** (NSID 669: Qualitative Research).หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผ่องศรี ศรีมรกต. ประสบการณ์การศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาของนักศึกษาไทยในมหาวิทยาลัยมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา. **วารสารวิจัยทางการพยาบาล** 42(3): 61-75.

พรนิภา ชัยโกศล. 2536**. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติค.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาล. มหาวิทยาลัยมหิดล

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. 2538. **จิตวิทยาครอบครัว**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พะยอม อยู่สวัสดิ์. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ: การศึกษาเชิงคุณภาพ. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 1 เรื่องการวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติ.** ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพมหานคร.

พิมพ์ทอง เจ๊กจันทึก. 2543. บทบาทแม่ใน ค.ศ.2000. ข่าวสารกรมสุขภาพจิต. 7(10): 4.

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณและคณะ. 2538. **วิธีวิจัยในงานสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก.

เพ็ญแข ลิ่มศิลา. 2530. **จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

เพ็ญแข ลิ่มศิลา. 2338. **จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

เพ็ญแข ลิ่มศิลา. การวินิจฉัย ออทิสติค โดยใช้ DSM III R. **วารสารยุวประสาทฯ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมป์** 2537(4): 1-7.

เพ็ญแข ลิ่มศิลา. 2541. **รวมเรื่องน่ารู้เกี่ยวกับออทิสซึม**. พิมพ์ครั้งที่ 2 สมุทรปราการ: ช.แสงงามการพิมพ์

มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะกรรมการจัดการวิจัย. **เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การวิจัยเชิงคุณภาพสำหรับคณาจารย์** คณะสาธารณสุขศาสตร์22 –24 มีนาคม 2543.

มณี คูประสิทธิ์. 2539. **ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดากับภาวะสุขภาพของเด็กวัย 5ขวบปีแรก**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล

เด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุวดี ฤาชา และ คณะ. 2534. **วิจัยทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร: สยามศิลปะการพิมพ์

รจนา ทรรทรานนท์. 2527.**เด็กออทิสติค: คำแนะนำสำหรับบิดามารดาและนักวิชาการ**. กรุงเทพมหานคร.

รุจา ภู่ไพบูลย์ และคณะ. 2540. **รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนกิจ และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติพัฒนกิจของครอบครัวในการดูแลบุตรตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยรุ่น**.กรุงเทพ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุจา ภู่ไพบูลย์. 2541. **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพ: วี เจ พริ้นติ้ง.

วันเพ็ญ บุญประกอบ. 2539. **ปัญหาปวดหัวเจ้าตัวน้อย**. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: บริษัทแปลน พริ้นท์ติ้ง จำกัด

วินัดดา ปิยะศิลป์. 2537. **คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเด็กออทิสติค**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทแปลนพับลิชชิ่งจำกัด.

วีณา จีระแพทย์. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม: แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก. **วารสารพยาบาล**. 2533(39): 216-227.

ศรีเรือน แก้วกังวาน. 2540.**จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัยเล่ม 2**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สกาวรัตน์ พวงจันทร์. 2538.**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

สมจิต หนุเจริญกุล. 2540. **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพ: วี เจ พริ้นติ้ง

สายฤดี วรกิจโภดากร. 2536. การศึกษาเฉพาะกรณีใน เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ตติกจ์ **การศึกษาเชิงคุณภาพ: เทคนิคการวิจัยภาคสนาม**. นครปฐม: โครงการเผยแพร่ข่าวสาร และการศึกษาด้านประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สุภางค์ จันทวานิช. 2542. **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภางค์ จันทวานิช. 2540. **การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์

โครงการตำราคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมภพ เรืองตระกูล. 2542. **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ที่โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สุวดี ศรีเลณวัติ. 2530. **จิตวิทยากับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก**. กรุงเทพมหานคร: ฟิสิกส์เซ็นเตอร์การพิมพ์

อคิน รพีพัฒน์ และคณะ. 2536.**การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการพัฒนา**. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อังคณา จิราจินต์. 2530.**การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง**."วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

อำนวย กิฐาพันธ์ .เมื่อข้าพเจ้ามีเป็นลูกออทิสติค. **วารสารรักลูก**. 2535(10): 128-130.

อิชยา เขื่อนมั่น. 2545. **สุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก**. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาษาอังกฤษ

Aldwin,C.M. 1994.Stress,Coping and Development : An Integrative Perstective.New York: The Guilford Press

American Psychiatric Association. 1994. **Diagnostic and statistical manual of mental disorder .Washington** DC: Author.

Ann W. Barchrach.et,al. **Developmental Therpy for Young Children with Autistic Characteristics**. Texas: Austin,1978

Artinian,N.T. Resources: Factors that Mediate the Stress-Outcome Relationship. In J.S. Barnfather& B.L.Lyon(Eds.),**Stress and Coping : Stage of the Science and Implication for Nursing Theory, Research and Practice**.(pp.95-111). Inlianapolis, Inliana:Center Nursing Press of Sigma Theta Tau International,1993.

Benner,P. **Interpretive Phenomenology**. California: Sage Publications, 1994.

Bouma, R., & Schweitzer, R. 1990. The impact of chronic childhood illness on family stress: A comparison between autism and cystic fibrosis. **Journal of clinical Psychology**. 46

(6):722-730

Bull, M.J. 1990. Factors influencing family caregiver burden and health and health. **Western Journal of Nursing Research**. 12(6): 756-776

Cambridge University. **Autism and Asperger syndrome**. New York : Cambridge University press, 1993.

Center for Disease Control and Prevention. 1997. **http://www.autism-society.org**

Cowles,K.V. Issue in qualitative research on sensitive topics. **Wdstern Journal of Nursing Research** 11(1988):163-179.

Davies J. **The role of the specialist for families with autistic children**_. Nursing standard Vol 11 , no 3 (1996): 36-40.

Denise F. Polit. **Nursing Research : Principles and Methods.Philadelphia** : J.B. Lippincott Company, 1995.

Donovan, A.M. 1988. Family stress and ways of coping with adolescents who have handicap: Maternal perceptions. **American Jonrnal on Mental Retardation**. 92 (6): 502-509

Dunn, M.E.,Burbine, T., Bowers, C.A., & Tantleff-bunn, S. 2001. Moderators of stress in parents of children with autism. **Community Mental Health Journal**. 37 (1): 39-51

Eric J. Mash & Ressell A. Barkley. **Treatment of Childhood Disorders**. New York : The Guilford Press,1998.

Friedman, M.M. 1986. **Family Nursing: theory and assessment**. Norwalk: appleton Century-Crofts.

Gates,K.M. The Experience of Caring for a Loved one: A Phenomenological Study . **Nursing Sceince Quarterly**_ 13 (January 2000): 54-58.

Geri LoBiondo-Wood.**Nursing Research : methods,critical appraisal, and utilization**. Missouri : R.R. Donnelly & Sons Company , 1997.

Glaser,B.& Strauss,A. **The Discovery of Guounded Theory: Strategies for Qualitative Research.** New York: Aldine, 1967.

Hurlock,E.B. **Child development**. 6 ed.New York: McGraw-Hill,1978.

Jacob A. Burack and Fred R. Volkmar. “development of low and High Functinging Autistic Children.” **In Association fpr Child Psychology and Psychiatry**.1992:

607-614.

Koegel, R.L., Schreibman, L., Loos, L.M. 1992. Consistent stress profiles in mothers of children with autism. **Journal of autism and Developmental Disorder**. 22(2): 205-216

Lazarus & Folkman. **Stress, appraisal and coping**.New York: Springer,1984.

Lazarus,R.S. **Emoting and Adaptation**. New York: Oxford University press,1991.

Margarete S. **Sample Size in Qualitative Research**. Research in Nursing & Health 18 (1995):179-183.

Phyllis K. **Phenomenological Research**. Western Journal of Nursing Research.6 (1984) : 107-115.

Platt, S. 1985. **The Impact of Chronic illness upon the family of chronic illness**. In M.McCarthy & P. Millard (pp.57-65). London: The Pitman Press.

Reingard, S.C. 1994. Living with mental illness: Effect of profressional support and personal control on caregiver burden. **Research in Nursing & Health.** 17: 79-88

Rita J. & Glenys J. **Meeting the Needs of Children with Autistic Spectrum Disorder.** London : Ormond House,1999.

Trinnity College, Dublin. 2001.**http: //www.iol.ie/~cbweb/coulthard1.htm.** Irelan: Patricia Coulthard & Michale Fiyzgerald.

Walters A.J. **The phenomenological movement : implications for nursing research**. 22(1995) : 791-799.

Wing, L. 1980. **Autistic children:A guide for parents and professional**. New Jersey: Citadel Press Adivision of Lyle Stuart.

Wong Frances,K.Y., et al. A Phenomenological study of early nursing experiences in Hong Kong. **Journal of Advanced Nursing** 31 (2000): 1509-1574.

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. ดร.วัชราภรณ์ อภิวัชรางกูร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
2. คุณเพชรี คันธสายบัว	โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา
3. อาจารย์เพ็ญพรรณ ขจรศิลป์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
4. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. อาจารย์ลักษณา พงษ์ภุมมา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
6. นายแพทย์จอม ชุ่มช่วย	โรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

1. คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย
2. แนวทางสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
3. ตัวอย่างบทสัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและการคุ้มครองสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ มนัสวี จำปาเทศ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขณะนี้กำลังทำวิจัยเรื่อง การศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการใช้วางแผนการพยาบาลมารดาที่มีบุตรเป็นเด็กออทิสติกให้มีสุขภาพจิต สุขภาพกายที่ดีและสามารถดูแลบุตรได้อย่างเต็มศักยภาพ

คุณเป็นท่านหนึ่งที่สามารถให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ ดิฉันจะขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิดความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการดูแลบุตรที่เป็นเด็กออทิสติก ในระหว่างสัมภาษณ์ ดิฉันขออนุญาตบันทุกเสียง ทั้งนี้เพื่อความสมบูรณ์และถูกต้องของเนื้อหา ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำมาวิเคราะห์ และเสนอผลโดยไม่ทำความเสียหายใด ทั้งต่อตัวคุณและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เทปการสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับ และจะทำลายเมื่อการศึกษาสิ้นสุด

หากคุณมีข้อสงสัยใดๆ ที่เกี่ยวข้องการงานวิจัยครั้งนี้ ดิฉันมีความยินดีจะตอบให้คุณเข้าใจ คุณมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และถึงแม้คุณจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว คุณก็ยังจะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่คุณต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลายเซ็น…...…….

(……)

วัน/เดือน/ปี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: แนวทางในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

แนวคำถามในการเก็บข้อมูล สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัย มีประเด็นและตัวอย่างคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ท่านมีเรื่องอะไรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กออทิสติก ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ หรือยุ่งยากใจลำบาก หรือกังวลใจ ต่อตัวท่านและครอบครัวบ้าง
2. เรื่องหรือเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้ท่านรู้สึกยุ่งยากหรือลำบากใจอย่างไร
3. ท่านคิดว่าท่านมีกำลังที่จะต่อสู้หรือจัดการกับความยุ่งยากหรือลำบากที่เกิดจากการดูแลเด็กออทิสติกมากน้อยเพียงใด
4. ท่านมีทางเลือกในการจัดการกับเหตุการณ์ความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่มากน้อยเพียงใด
5. ขณะที่ท่านรู้สึกยุ่งยาก ไม่สบายใจ ลำบากหรือกังวลใจท่านมีวิธีการคิดหรือกระทำอย่างไรเพื่อให้สบายใจขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างบทสัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทสนทนา	ประเด็น
: คุณแม่คะรู้สึกอย่างไรบ้างคะที่ต้องดูแลลูกที่เป็นเด็กออทิสติค	
: **คือถ้าลูกดื้อมากนี้เราก็บอกก็สอนอะไรเค้าไม่ได้ เค้าไม่อยู่นิ่งเลย ทุกวันนี้เราก็ไม่มีเวลาดูอยู่แล้วต้องหาเลี้ยงเค้าสองคน ต้องให้คนอื่นช่วยดู ต้องให้ไปหาญาติกันนี้แหละช่วยดู คือเค้าก็มีงานทำ ทำเป็นกะเช้าช่วงเช้า ก็ให้ทำงานทำการบ้านที่คุณครูให้ไป แต่ช่วงเย็นนี้ไม่เอาแล้ว หก ห้า หกโมงนี้ไม่เอาแล้ว จะยอมก็ช่วงก่อนเที่ยง พอหลังเที่ยงจะดูทีวีอย่างเดียว จะเฝ้าอยู่ตลอด**	# อาการความผิดปกติของลูกทำให้ไม่สบายใจ
: คุณแม่ให้ดูทีวี	
:ก็ให้ดูนะคิดว่ามันก็มีประโยชน์เค้าก็พูดตามทีวีนะได้ เค้าจำได้ มันก็มีประโยชน์บ้างมันก็มีทั้งได้ทั้งเสียบ้างไม่ได้ให้ดูตลอด เมื่อก่อนดูตลอดเพราะว่าเมื่อก่อนเค้าพูดไม่ได้แล้วเค้านั่งเฉย ๆ เราก็ไม่รู้ว่าเค้ารู้เรื่องอะไร แต่เค้าพูดตามได้เพราะเค้าจำได้อะไรแบบนี้แสดงว่าความจำเค้าใช้ได้ แต่เค้าก็ไม่ได้ดูทุกรายการนะ เค้าเลือกดูเฉพาะโฆษณาเด็ก ๆ ของเด็กอะไรแบบนี้เค้าชอบไม่งั้นก็ไม่ดู ไม่ได้ตั้งหน้าตั้งตาดูตลอดรายการ ถ้าไม่ใช่โฆษณาเค้าไม่ดู (เงียบ)	
: รู้สึกอย่างไรบ้างคะที่ต้องทำงานและดูแลลูกพร้อมๆ กัน	
: **ก็หนักนะ หนังเรื่องค่าใช้จ่าย คนโตก็อายุ 16 ปี ค่าใช้จ่ายเยอะ แล้วไหนคนเล็กก็ไม่ใช่เด็กปกติค่าใช้จ่ายค่ารักษาก็เยอะหลายเรื่อง**	# กังวลใจในเรื่องค่าใช้จ่าย
:(เงียบ)	
:(เงียบ)	
: นอกจากนี้มีเรื่องอื่นอีกไหมคะ	
: **อึม....เรื่องการพูด แม่วิตกกังวลเรื่องการพูดนะ กลัวเค้าจะพูดไม่ได้อย่างเดียว** (เงียบ)	# รู้สึกกังวลใจในเรื่องอาการความผิดปกติของโรคออทิสติก
: การพูดของน้อง	
: คะตอนนี้เค้าพูดไม่ได้ พูดตามอย่างเดียวอย่างเราถามเค้า เค้าก็จะถามตามเราไม่ตอบ คือเหมือนว่าเค้าไม่เข้าใจสิ่งที่เรา **กลัวว่าโตขึ้นมาเค้าจะลำบากจะอยู่ในสังคมไม่ได้ คุยกับคนอื่นไม่รู้เรื่อง** บอกคนอื่นตามที่เค้าต้องการหรืออยากได้ ไม่ได้ เวลาเราพูดอะไรเค้าทำตามไม่	# กังวลเรื่องการดำเนินชีวิตในอนาคตของบุตร

บทสนทนา	ประเด็น
ได้เลย เค้าไม่เข้าใจที่เราพูดเลย สื่อสารไม่ได้ เราห้ามนี้ก็ไม่หยุด พยักหน้าอืออาที่แสดงออกว่ารู้เรื่องว่าเข้าใจก็ไม่ได้	
: **จะว่าไปแล้วมันขึ้นอยู่กับกำลังใจของแต่ละคน อย่างแม่คิดอยู่เสมอว่าลูกไม่ได้เป็นถึงขั้นนี้** (เงียบ)	# ใช้การคิดในแง่ดี เพื่อให้สบายใจ
: ไม่เป็นถึงขั้นนี้หมายความว่าอย่างไรคะ	
: **หมายความว่าเราไม่คิดว่าลูกเราจะเป็นออทิสติคเต็มตัวแค่พฤติกรรมอะไรเบี่ยงเบนเท่านั้น มันก็ทำให้เรามีกำลังใจยิ่งขึ้น เราคิดว่าต่อไปลูกเราคงหายอะไรแบบนี้** อ้อ! แล้วที่แม่ไม่สบายใจอีกอย่างคือที่เค้าชอบดิ้นไม่ยอมลงไปนอนแถกกับพื้นแค่นั้นแหละ แต่เป็นบางคน ไม่ได้ทำแบบนี้กับทุกคน	
: คุณแม่สังเกตไหมคะว่าน้องเค้าแสดงตอนไหน ที่ไหน	
: ส่วนมากมักชอบแสดงนอกบ้าน ส่วนมากมักไปที่ห้าง	# การเดินทาง
: แล้วคุณแม่รู้สึกอย่างไร คนอื่นมองบ้างไหมคะ	
: **คนอื่นเค้าก็มองธรรมดาแม่ก็เฉย ๆ ไม่ได้อาย เพราะเวลานั่งรถเมย์เค้าก็คุยคนเดียวตลอดทางไม่ได้อาย ก็นั่งรถเมย์มานี้ ทุกวันนี้นั่งรถเมย์มาไม่ได้นั่งแท็กซี่ เห็นคนอื่นเค้านั่งแท็กซี่ แต่นี่นั่งรถเมย์ ไม่ได้คิดเลยว่าตัวเองด้วยกว่าคนอื่น**	# การเดินทาง
: รู้สึกยุ่งยากในเรื่องการเดินทางไหมค่ะ	
:**ก็มีบ้างที่บ้านไม่รถส่วนตัวพี่เองขับไปเป็นแล้วก็คงไม่กล้าขับด้วย ต้องเดินทางด้วยรถเมย์** ลูกก็ต้องมาแบบนี้คงไม่ลำบากหลอกพาทำแบบนี้ตั้งแต่เด็กห่วงอย่างเดียวตอนรถเมย์จะวิ่งไปขึ้นมันซะทุกคัน (หัวเราะ)	# การเดินทาง
:ที่นี่ไกลจากบ้านมากไหมคะ	
:**ไกลเหมือนกันพี่อยู่บางกะปิถ้าหมอนัดตอนเช้าช่วงแปดโมงพี่ต้องออกกันแต่เช้ามาถึงที่นี่ก่อนเจ็ดโมงถ้าหลังจากนี้นะรถติดมากเลยนะมาไม่ทันแน่ๆ แล้วค่อยมาหาอะไรทานที่นี่แทน พาลูกมาหาหมอทีหนึ่งต้องลาหยุดกันเลยเสียเวลาไปหนึ่งวันกลับไปทำงานไม่ทัน**	# ภาระหน้าที่ทางการงาน
:**แล้วรู้สึกยังไงคะที่ต้องหยุดงาน**	

บทสนทนา	ประเด็น
:เกรงใจเค้านะเพราะน้องที่เค้าโสดเค้าทำงานได้เต็มที่ไม่เคยได้ลาหยุด หัวหน้าพี่ก็ดีนะเค้าไม่ได้ว่าอะไรพอกลับไปทำงานเค้าก็ถามว่าเป็นยังไงหมอว่ายังไงบ้าง ยิ่งเค้าไม่ว่าเราก็ต้องทำงานให้หนักขึ้นเค้าให้ช่วยอะไรเราต้องรีบรับมาทำไม่อย่างนั้น มีปัญหาอะไรขึ้นมาครอบครัวจะลำบาก ลูกสาวคนโตก็กำลังเรียนหนังสือค่าใช้จ่ายก็สูงอีกคนก็เป็นออทิสติกอีกก็มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเราจ่ายเองเบิกไม่ได้ ต้องลางานบ่อยกับเรื่องพาลูกพาลูกมาหาหมอ พี่จะบอกหัวหน้าบอกน้องที่ทำงานล่วงหน้าจะได้เข้าใจ **คือพี่ก็ต้องทำงานหนักพยายามไม่ให้เกิดการผิดพลาดผิดพลาดไม่ได้ต้องแสดงให้เห็นว่าเรามีความสามารถมีความรับผิดชอบ**เพราะถ้าไม่ได้ทำงานลูกต้องลำบากแน่ๆ **สงสารเค้าคนโตเค้าก็อยากเรียนพิเศษแบบเพื่อนเค้าเรียนกันละนะ ไม่ค่อยได้มีเวลาคุยกับเค้าให้เวลาลูกคนโตน้อยมากกลัวเค้าน้อยใจคิดว่าแม่ไม่รัก เค้าเป็นลูกคนโตนะเรารักอยู่แล้วละหวังพึ่งเค้านี่นะคนเล็กเป็นแบบนี้พึ่งไม่ได้อยู่แล้ว พูดยังพูดไม่ได้เลย** พี่ไม่รู้จะทำยังไงให้เค้าดีได้นะ หาหมอก็แล้วโรงพยาบาลก็มีน้อยที่นี่ก็เก่งที่สุดคนก็มาเยอะเราก็ได้คิวนานๆ ครั้ง หมอให้แม่กลับไปฝึกต่อที่บ้าน น้องช่วยให้พี่ได้นัดบ่อยหน่อยได้ไหมค่ะ :ที่คุณหมอนัดนานๆ ครั้งไม่บ่อยก็เพราะเห็นว่าเด็กดีแล้วมีแนวโน้มที่จะฝึกกิจกรรมต่างๆ หรือกระตุ้นพัฒนาการได้ ก็จะสอนให้คุณแม่กลับไปทำให้ลูกนะคะ เพราะแม่จะเป็นคนเลี้ยงดูและเข้าใจธรรมชาติของลูกได้ดี และได้ฝึกทุกวัน เพราะความสม่ำเสมอนี่สำคัญนะคะ หรือว่าถ้าอยากได้ถี่ขึ้นหน่อยในช่วงนี้เพราะเจอพฤติกรรมที่มีปัญหามากๆ ก็คุยกับหมอได้เลยนะคะ พยาบาลก็ได้คะทุกคนยินดีช่วยอยู่แล้ว :พี่รู้สึกอย่างไรที่ลูกเป็นเด็กออทิสติก : **มันก็มีปนกันนะ ทั้งเสียใจที่เค้าไม่เหมือนคนอื่น ไม่น่าจะเกิดขึ้นกับเรา ทั้งกังวลว่าจะพูดไม่ได้ (ร้องไห้) แต่ก็จะไม่พยายามท้อแท้มากถ้าแม่ท้อแท้ยิ่งไปกันใหญ่ แม่จะพยายามพูดกับลูกเล่นกับลูก**	# การทำงานตามบทบาทหน้าที่ # บทบาทความเป็นแม่ # กังวลเรื่องอาการโรค # ความรู้สึกคุกคาม # ควบคุมสถานการณ์

บทสนทนา	ประเด็น
ช่วยเหลือเค้า : **การพูดนี้แม่ห่วงมาก กลัวเค้าพูดไม่ได้ กลัวว่าโตขึ้นถ้าเค้าไม่พูด ถ้าพี่ไม่อยู่แล้วกลัวคะ เค้าไม่พูดกลัวคนอื่นไม่มีใครเอา คือต้องรักษาลูกให้ได้** : ถ้าเปรียบเทียบความสามารถความพยายามในการดูแลน้องที่คุณแม่มีเป็นพละกำลังคุณแม่คิดว่าคุณแม่มีกำลังมากน้อยแค่ไหน อย่างไร : หมายถึงกำลังใจหรือคะ : คะทั้งกำลังกายและกำลังใจที่คุณแม่มีทั้งหมด : ก็เต็มที่ถ้ามีเงินก็หมดตัว ทำได้ทุกอย่างได้หมดที่จะทำให้เค้าดีขึ้น ไม่ท้อแท้ใจสู้จนตัวแม่ไม่อยู่แต่ขอให้เค้าหาย แม่ยอมตายได้ : คุณแม่ได้รับความช่วยเหลือในการดูแลน้องจากไหนอย่างไรบ้าง : หมายถึงมาช่วยเลี้ยงดูหรือคะ : คะหมายถึงทุกสิ่งทุกอย่างอะไรก็ได้ที่เข้ามาช่วยคุณแม่ในการดูแลน้องทั้งหมดที่ผ่านมา : ก็มีโรงพยาบาลอย่างเดียว ที่คอยบอกว่าเราต้องทำอย่างไร ที่อื่นก็ไม่เห็นมี : คุณแม่พอใจไหมคะ : จริง ๆ **แล้วน่าจะมีเยอะกว่านี้นะเท่าที่รู้ก็มีที่เดียว บางทีเค้าก็แนะนำให้เรากลับไปทำแต่เราไม่มีเวลามันก็เลยช่วยลูกได้ไม่เต็มที่ ถ้ามีหลาย ๆ ที่ก็ดี อย่างโรงเรียน หรือที่เลี้ยงเฉพาะเด็กแบบนี้ ให้เค้าช่วยฝึกช่วยดูลูกจะได้หายเร็ว ๆ** : เวลาที่คุณแม่ไม่สบายใจคุณแม่ทำอย่างไรคะ เพื่อที่จะให้ตัวคุณแม่สบายใจขึ้น : ก็ไม่ได้ทำอะไรนะ มันไม่ค่อยมีเวลา : (เงียบ) : บางทีพี่ก็มานั่งคิดเรื่องแก้บน ว่าตัวเองไปบนอะไรไว้แล้วไม่ได้แก้บนหรือเปล่า แต่ก็ไม่ได้บนอะไรเลย พี่เชื่อว่ามันเป็นเรื่องของกรรม ทั้งที่เราก็ไม่ได้บนอะไรเลย ทีแรกก็คิดว่าจะไปบนเหมือนกัน แต่มันเป็นเรื่องกรรม อาจจะเป็นกรรมของเราก็เลยไม่บน	# กังวลในเรื่องอนาคต

บทสนทนา	ประเด็น
: คิดแบบนี้แล้วทำให้คุณแม่รู้สึกอย่างไร	#ใช้จิตวิญญาณ
: ก็ดีขึ้นนะ สบายใจ พอคิดว่ามันเป็นกรรมของเราที่มีลูกแบบนี้ เราก็ต้องทำไปเพื่อชดใช้กรรม ไม่ได้คิดว่าเป็นกรรมของลูก	
: การมองแบบนี้ทำให้พี่สบายใจขึ้น	
: ใช่นะเพราะว่ามันทำให้เราต้องยอมรับว่าเป็นเพราะเราทำอะไรไม่ดีไว้เลยต้องมามีลูกเป็นแบบนี้ **ที่ผ่านมาเราก็แก้ไขอะไรไม่ได้แน่ๆ แต่ต่อไปนี้ต้องทำแต่สิ่งที่ดี กรรมที่ทำมาจะได้น้อยลงเค้าจะได้พูดได้ซักที**	# ใช้จิตวิญญาณ
: การทำสิ่งที่ดีๆ ที่พี่พูดถึงคือการทำอะไรบ้างช่วยยกตัวอย่างด้วยค่ะ	
: ก็ไม่ได้ทำอะไรมากนะที่บ้านไม่มีเวลาไปทำบุญไปวัดนะ งานมันเยอะลูกก็ดื้อมาก **ก็คือคิดแต่สิ่งที่ดี ทำดี ไม่ทำให้ใครเค้าต้องเดือดร้อยทุกข์ใจเพราะเราเป็นสาเหตุ ไปซื้อของที่ห้างก็จะทำบุญในตู้รับบริจาคที่ทำแล้วครอบครัวไม่เดือนร้อนนะ แล้วอย่างใครเค้ามาถามเรื่องลูกที่เป็นเด็กออเราก็จะคุย ให้กำลังใจเค้าบ้างถ้ามีโอกาสได้คุย**	# ใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม
: มีอะไรอีกไหมค่ะที่ทำแล้วเรารู้สึกสบายใจ	
: ที่ไม่สบายใจก็เรื่องลูกนั้นแหละ **ถ้าทำแล้วสบายใจก็คือได้พาลูกมาหาหมอตามที่เค้านัด ได้ถามว่าลูกดีขึ้นหรือเปล่าแล้วจะให้แม่ทำอะไรได้อีก ถ้าหมอบอกว่าดีขึ้น แม่ก็จะเออ....มีกำลังใจ** แต่ถ้าครั้งไหนไปแล้วเค้าอาระวาดหมอก็จะบอกแล้วว่าอารมณ์เด็กไม่ดีนะแม่ต้องฝึกอีก หมอเค้าก็ไม่ได้ว่าแต่เราจะรู้สึกเองว่า แม่ยังทำให้เค้าไม่ดี ยังแก้ปัญหาไม่ได้	
: แล้วรู้สึกอย่างนี้นานไหมคะ	
: ก็ไม่นานวันสองวันก็ดีแล้ว ก็คิดว่าครั้งหน้าไปจะต้องดีขึ้น ต้องทำใหม่ ก็จะมาฝึกเค้าดูเค้ามากกว่าเดิมอีกหน่อยคะ	#ใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม
: เล่าให้ใครฟังไหมคะว่าคุณหมอพูดถึงอาการลูกยังไง	
: เล่าเหมือนกัน เค้าจะได้รู้ว่าต้องแก้ไขตรงไหน	# ยอมจำนน
: พี่เล่าให้ใครฟังบ้างคะ	
: ก็คุณยาย กับน้องสาวซะเป็นใหญ่เพราะเค้าดูลูกตอนกลางวัน	

บทสนทนา	ประเด็น
: เล่าแล้วพี่รู้สึกอย่างไร : ก็สบายใจขึ้นเพราะเค้าก็จะอยู่ข้างเรานะ ว่าแม่ก็ทำแล้วไม่ใช่ไม่ทำ **แต่ที่ทำไม่ได้ดีก็เพราะว่าลูกด้วย** : มีอีกไหมคะที่ทำแล้วสบายใจ คิดแล้วสบายใจ (เงียบ): **ออกไปทำงานก็สบายใจนะเพราะว่าเราใช้เวลาในการทำงานไม่ต้องมานั่งคิดกังวลว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต** คือถ้าอยู่กับลูกเห็นเค้าทั้งวันเราเครียดมากเพราะเค้าซน ดื้อพูดไม่รู้เรื่องสารพัด ก็ทำให้เราเหนื่อย ถ้าเป็นวันหยุดก็ให้พ่อเค้าดูไป เราก็หางานอื่นๆ ทำให้มันเพลินไป : งานที่ทำเป็นงานอะไรหรือคะ : **จัดบ้าน ทำความสะอาด ดูต้นไม้ อ่านหนังสือ อะไรที่ทำได้ก็ทำ** **: หนังสืออะไรคะที่พี่อ่าน** : ก็หลายอย่างนะที่ที่บ้านมี **หนังสือเรื่องออทิสติกก็อ่าน** หนังสือพิมพ์ การ์ตูนก็อ่าน (หัวเราะ) ถ้ามันเครียดมากก็ยืมลูกสาวอ่าน : (เงียบ) : หมดแล้วละที่พี่ทำแล้วสบายใจแล้วถ้ามีวิธีอื่นอีกพี่จะโทรมาบอกดีไหม หรือน้องจะมีวิธีอื่นที่ดีกว่าของพี่บอกพี่แนะนำพี่ได้นะคะ : ค่ะก็ต้องยอมรับก่อนว่าเป็นปัญหา ทำความเข้าใจค่ะว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจะกระทบอะไรบ้าง แก้ไขอย่างไร แล้วก็ต้องมีคนช่วยด้วยนะคะ ถ้าจมอยู่กับปัญหาคนเดียวก็จะยิ่งทำให้ความเครียดมันรุนแรงมากอาจเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ : โรคจิตหรือ : อาจไม่ถึงขนาดนั้น แต่มันจะทำให้เราเห็นโลกไม่สดใส หดหู่ใจอะไรแบบนี้คะ :ต้องขอขอบคุณพี่มากนะคะที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอบคุณคะ	# ควบคุมสถานการณ์

ภาคผนวก ค

ผลการวิเคราะห์ความเที่ยง และค่าความสัมพันธ์รายข้อของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบวัดผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก
ด้านการดำรงบทบาทต่างๆ ของบุคคล

ข้อที่	ความสัมพันธ์รายข้อ
1	.24
2	.33
3	.40
4	.33
5	.31
6	.46
7	.52
8	.69
9	.52
10	.27
11	.37
12	.23
13	.53
14	.45

ค่าความเที่ยงเท่ากับ .7641

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้านความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ข้อที่	ความสัมพันธ์รายข้อ
1	.38
2	.29
3	.54
4	.29
5	.40
6	.66
7	.55
8	.69
9	.31
10	.63

ค่าความเที่ยงเท่ากับ .8463

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้านขวัญและกำลังใจ

ข้อที่	ความสัมพันธ์รายข้อ	ข้อที่	ความสัมพันธ์รายข้อ
1	.97	16	.88
2	.82	17	.76
3	1.02	18	.68
4	1.10	19	.77
5	.80	20	.69
6	1.14	21	.79
7	.65	22	1.07
8	.84	23	1.08
9	.81	24	.97
10	.67	25	.99
11	1.03	26	1.18
12	.87	27	.86
13	.99	28	.88
14	.86	29	.98
15	.81	30	.86

ค่าความเที่ยงเท่ากับ .9080

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้านสุขภาพร่างกาย

ข้อที่	ความสัมพันธ์รายข้อ
1	.78
2	.85
3	.93
4	.92
5	.83
6	.97
7	.73
8	.81
9	1.08
10	.88
11	.99
12	1.49
13	1.18
14	1.13
15	1.23
16	1.26
17	.92

ค่าความเที่ยงเท่ากับ .7729

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้านประสิทธิภาพในการประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหา

ข้อที่	ความสัมพันธ์รายข้อ
1	.06
2	.50
3	.65
4	.61
5	.70
6	.53
7	.18
8	.72
9	.57
10	.69
11	.42
12	.55
13	.40
14	.69
15	.59

ค่าความเที่ยงเท่ากับ .8463

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามเรื่อง
ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงผลลัพธ์การปรับตัวที่เกิดจากกระบวนการประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียดของมารดา ที่เกิดจากการดูแลเด็กออทิสติก

คำตอบของท่าน จะไม่เป็นคำตอบที่ถูกหรือผิด เนื่องจากมารดาแต่ละคนย่อมมีความรู้สึกหรือความคิดที่แตกต่างกัน และการตอบแบบสอบถามนี้จะไม่มีผลต่อท่าน ฉะนั้นจึง ของให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความคิดและความรู้สึกตามสภาพที่เป็นจริงของท่านให้มากที่สุด และคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาพยาบาลต่อไป โดยแบบสอบถามนี้แบบออกเป็น 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ฉบับที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนของสามี
ฉบับที่ 3 แบบวัดผลลัพธ์การปรับตัว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือ

ฉบับที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติค

คำชี้แจง กรุณาเติมคำตอบลงใน "……..." และทำเครื่อง √ ลงในช่อง ( ) ให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

ปัจจัยส่วนบุคคล

1. ปัจจุบันท่านอายุ……..ปี
2. ท่านใช้เวลา…….ปีในการศึกษาในสถาบันการศึกษา (เริ่มนับตั้งแต่การศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1)
3. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวรายเดือน

   ความเพียงพอของรายรับและรายจ่าย

   ( )1. เพียงพอสำหรับการสันทนาการ / เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการส่วนตัว

   ( )2. เพียงพอสำหรับการรักษาและเลี้ยงดูบุตร

   ( )3. เพียงพอสำหรับใช้จ่ายขั้นพื้นฐาน

   ( )4. ไม่เพียงพอ

   การเก็บออม

   ( )1. ไม่เหลือเก็บ

   ( )2. เหลือเก็บ
4. ท่านมีบุตรทั้งหมด……คน
5. ความรุนแรงของอาการบุตรตามความรู้สึก / การรับรู้ของมารดา (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

   ( )1. มีความรุนแรงของอาการออทิสติกมาก

   ( )2. มีความรุนแรงของอาการออทิสติกปานกลาง

   ( )3. มีความรุนแรงของอาการอาการออทิสติกน้อย

ฉบับที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนของสามี

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับท่านหรือไม่ ในสถานการณ์ของการดูแลบุตรที่เป็นเด็กออทิสติก โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกผิด

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับท่านจริง

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับท่าน

ข้อที่	การสนับสนุนของสามี	ใช่	ไม่ใช่
	ด้านอารมณ์		
1	สามีเป็นผู้รับฟังเมื่อท่านระบายความทุกข์		
2	สามีไว้วางใจท่านในเรื่องการดูแลบุตร		
3	สามีทำให้ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า		
4	สามีเป็นผู้ปลอบโยนและให้กำลังใจท่าน		
5	สามีแสดงความรักและเอาใจใส่ดูแลท่าน		
	ด้านการประเมิน		
6	สามีแสดงการยอมรับตัวท่านในเรื่องการดูแลบุตร		
7	สามียกย่องชมเชยท่านในการดูแลบุตร		
8	สามีคอยเตือนถึงความบกพร่องต่างๆ ของท่าน		
9	สามีเป็นผู้ให้คำชี้แนะแก่ท่าน		
10	สามีของท่านรับทราบถึงความกังวลใจในการดูแลบุตรของท่าน		
	ด้านเครื่องมือ		
11	สามีให้การช่วยเหลือท่านในการดูแลบุตร		
12	สามีของท่านให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลบุตร		
13	สามีของท่านจัดหาเครื่องอุปโภค / บริโภคและสิ่งของจำเป็น		
14	สามีของท่านช่วยเหลืองานบ้าน		
15	สามีของท่านให้การอำนวยความสะดวกในการพาบุตรไปรับการรักษา		
	ด้านข้อมูลข่าวสาร		
16	สามีของท่านช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการดูแลบุตร		
17	สามีให้คำแนะนำเรื่องโรค การรักษาและอาการแทรกซ้อนต่างๆ		
18	สามีให้คำชี้แนะเมื่อท่านดูแลบุตรไม่ถูกต้อง		
19	สามีของท่านสอบถามปัญหาและให้การช่วยเหลือท่านในการดูแลบุตร		
20	สามีของท่านแสวงหาความรู้ในการดูแลบุตรจากแหล่งต่างๆ		

ฉบับที่ 3 แบบวัดผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา

คำชี้แจง จงทำเครื่องหมาย✓ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในการดูแลเด็กออทิสติกที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อาการหรือความคิดเห็นและความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 5 ตัวเลือกคือ

ไม่เลย	หมายถึง	เมื่อท่านประเมินเหตุการณ์ อาการหรือความคิดเห็นและความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับท่านเลย
น้อย	หมายถึง	เมื่อท่านประเมินเหตุการณ์ อาการหรือความคิดเห็นและความรู้สึกนั้นตรงกับท่านน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านประเมินเหตุการณ์ อาการหรือความคิดเห็นและความรู้สึกนั้นตรงกับท่านปานกลาง
มาก	หมายถึง	เมื่อท่านประเมินเหตุการณ์ อาการหรือความคิดเห็นและความรู้สึกนั้นตรงกับท่านมาก
มากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านประเมินเหตุการณ์ อาการหรือความคิดเห็นและความรู้สึกนั้นตรงกับท่านมากที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อ	ข้อความ	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	การดำรงบทบาทต่างๆ ของบุคคล					
1	ท่านทำหน้าที่แม่ได้อย่างสมบูรณ์					
2	ท่านเลือกทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น					
3	ท่านสำรวจข้อบกพร่องของตนเองเสมอ					
4	ท่านปรับปรุงตนเองเสมอเมื่อได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น					
5	ท่านเสียสละประโยชน์และความสุขส่วนตัวของท่าน					
6	ท่านมีเวลาให้กับครอบครัวน้อยลง					
7	ท่านทำหน้าที่ภรรยาได้อย่างไม่มีข้อบกพร่อง					
8	ท่านพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือผู้อื่นตามความสามารถของท่าน					
9	ท่านใส่ใจกับความรู้สึกของผู้อื่น					
10	ท่านมีเวลาส่วนตัวอยู่กับสามี					
11	ท่านให้ความรักความใส่ใจบุตรทุกคนเท่าเทียมกัน					
12	ท่านรู้สึกชื่นชมและมีความสุขทางเพศอย่างสม่ำเสมอ					
13	ท่านพูดคุยหยอกล้อกับสามีเป็นประจำ					
14	บุตรทุกคนเป็นสิ่งสำคัญและมีความหมายสำหรับชีวิตท่าน					
	ความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล					
1	ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อท่านมีปัญหา					
2	ท่านยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น					
3	ท่านมีเครือข่ายของเพื่อนและคนที่ท่านสนิท					
4	การพบปะพูดคุยกับผู้อื่นทำให้ท่านสบายใจ					
5	บุคคลในครอบครัวของท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน					
6	ท่านได้รับกำลังใจจากผู้อื่นเมื่อท่านรู้สึกท้อแท้หรือมีปัญหา					
7	ท่านหาเวลาพบปะหรือพูดคุยกับเพื่อนและคนสนิทอย่างสม่ำเสมอ					
8	ท่านมีบุคคลใกล้ชิดที่สามารถระบายปัญหาส่วนตัวให้ฟังได้					
9	ท่านได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือได้รับคำแนะนำทางวิชาชีพเมื่อถึงเวลาจำเป็น					
10	ท่านได้ให้และรับความรักความเอาใจใส่จากบุคคลอื่น					
	ประสิทธิภาพของการประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหา					
1	ปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำของท่าน					
2	ท่านจัดลำดับความสำคัญของปัญหาก่อนและให้การแก้ไขตามลำดับ					
3	ท่านมีการวางแผนการทำงานทุกครั้ง					

ข้อ	ข้อความ	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
4	ท่านพอใจผลงานที่เกิดจากการกระทำของท่าน					
5	ท่านประเมินความสามารถของตัวท่านเองในการเผชิญปัญหา					
6	ท่านเรียนรู้วิธีการคลายเครียดจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาใช้					
7	ท่านมีภาระความรับผิดชอบมากขึ้น					
8	ท่านมีการประเมินผลการทำงานของตนเอง					
9	ทานมีความรู้ที่จะใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น					
10	ท่านทบทวนถึงปัญหาและพบวิธีแก้ปัญหาของท่านอยู่เสมอ					
11	งานและครอบครัวมีความสำคัญต่อท่านเท่าเทียมกัน					
12	ท่านเรียนรู้ที่จะอยู่ในสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความเครียด					
13	ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้ปฏิบัติต่อบุตรตามคำแนะนำด้านการรักษา					
14	ท่านบริหารเวลาในการทำงานต่างๆ ของท่านได้อย่างลงตัว					
15	ปัญหาและอุปสรรค์ต่างๆ ทำให้ท่านมีความเข้มแข็ง อดทน					
	การปรับตัวด้านขวัญกำลังใจ					
1	ท่านวิตกกังวลใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต					
2	ท่านคิดถึงเรื่องที่ทำให้ท่านไม่สบายใจซ้ำๆ					
3	ท่านสำรวจความรู้สึกของตนเอง					
4	ท่านมีวิธีคิดที่ทำให้ตนเองสบายใจ					
5	ท่านพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น					
6	ท่านสวดมนต์ ไหว้พระ และ/หรือนั่งสมาธิเป็นประจำ					
7	มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญกับปัญหาและความทุกข์ใจ					
8	ท่านใช้ความรักความผูกพันในครอบครัวเป็นกำลังใจ					
9	ท่านพอใจตนเองในเรื่องความสามารถในการแก้ไขปัญหา					
10	ท่านมีความคาดหวังอย่างเหมาะสมและเป็นไปได้					
11	อารมณ์ของท่านเปลี่ยนแปลงง่าย					
12	ท่านสามารถเก็บอารมณ์ที่ไม่พอใจและใช้การแสดงออกที่เหมาะสม					
13	ท่านเรียนรู้วิธีแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์ในอดีต					
14	ท่านรู้สึกไม่สบายใจ /ท้อแท้ใจ /หดหู่ใจ /อึดอัดใจ ตลอดเวลา					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านไม่มีความสุข					
16	ท่านมีความมั่นใจในตนเอง					
17	ท่านยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของท่าน					
18	ท่านมีความพยายามที่ทำให้ปัญหาต่างๆ คลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น					

ข้อ	ข้อความ	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
19	ท่านมีวิธีปฏิบัติที่ทำให้ตนเองสบายใจ					
20	ท่านยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น					
21	ชีวิตของท่านมีคุณค่ากับผู้อื่น					
22	ท่านเข้าใจความรู้สึกของตัวท่านเอง					
23	ท่านยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของท่าน					
24	ชีวิตของท่านเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น					
25	ท่านมองเป็นหาเป็นเรื่องตลก					
26	ท่านเชื่อมั่นว่าท่านได้รับสิ่งที่ดีที่สุด					
27	ท่านมีช่วงเวลาของความสุขน้อยลง					
28	ท่านรู้สึกสุขสงบภายในจิตใจ					
29	ท่านรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย					
30	ท่านมีความภาคภูมิใจในตนเอง					
	ด้านสุขภาพร่างกาย					
1	ท่านได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ					
2	ท่านสามารถใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์กับตนเอง					
3	ท่านตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ					
4	ท่านสำรวจความผิดปกติของร่างกายเสมอ					
5	ท่านหาเวลาในการพักผ่อนร่างกายเสมอ					
6	ท่านมีปัญหาความเจ็บป่วยทางสุขภาพ					
7	ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และถูกหลักโภชนาการ					
8	ท่านรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย					
9	ท่านต้องกินยาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยบางอย่าง					
10	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง					
11	ท่านได้ทำงานอดิเรก / สิ่งที่ท่านสนใจเป็นประจำ					
12	ท่านรักษาน้ำหนักตัวให้สมดุลกับส่วนสูง					
13	ท่านงดเว้นการดื่มสุราและสิ่งเสพติดต่างๆ					
14	ท่านทำกิจกรรมให้หัวเราะอย่างน้อยสัปดาห์และ 1 ครั้ง					
15	ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 8-10 แก้ว					
16	ท่านไม่มีปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์					
17	ท่านรู้สึกพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง					

แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติก ในช่วงอายุ 3 – 5 ปี (ประเมินโดยผู้วิจัย)

คำชี้แจง แบบประเมินฉบับนี้สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของโรคออทิสติก โดยการประเมินพฤติกรรมอาการของโรคออทิสติกในแบบประเมินว่าตรงกับพฤติกรรมของเด็กใน 4 ด้าน คือ

1. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
2. การสื่อความหมายทางสังคม
3. การกระทำซ้ำๆ
4. อาการแทรกซ้อนและอาการความผิดปกติร่วม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อ	ความรุนแรงระดับต่ำ	ความรุนแรงระดับปานกลาง	ความรุนแรงระดับสูง
1	☐ แสดงความสนใจ หรืออยากเข้าไปเล่นกับเด็กคนอื่น	☐ แสดงความสนใจที่จะเข้าไปเล่นกับเด็กคนอื่นแต่เล่นไม่เป็น	☐ แยกตัวจากบุคคลอื่นอย่างเด่นชัด
2	☐ มีการมองหน้าสบตากับผู้ร่วมสนทนา	☐ มองหน้าสบตากับผู้ร่วมสนทนาในระยะเวลาสั้น (น้อยกว่า 5 วินาที)	☐ ไม่มองหน้าสบตาผู้ร่วมสนทนา
3	☐ มีความพอใจเมื่อมีคนทักทายยอมให้อุ้มหรือเข้าใกล้ได้บ้าง	☐ แสดงอาการเฉยเมยเมื่อมีคนทักทาย ไม่เข้าใกล้บุคคลอื่น	☐ ไม่โต้ตอบแสดงอาการหวาดกลัวต่อต้านเมื่อบุคคลอื่นทักทาย
4	☐ ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม(การเข้ากลุ่ม)ได้มากกว่า 2 ข้อ	☐ ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคมได้ 1-2 ข้อ	☐ ไม่สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบสังคม
5	☐ มีพฤติกรรมการเล่นโดยใช้จินตนาการตามการชักจูงได้ในระยะเวลาสั้น ๆ	☐ มีพฤติกรรมการเล่นโดยใช้จินตนาการแต่ไม่เข้าใจ (เล่นไม่เป็น)	☐ ไม่มีพฤติกรรมการเล่นโดยใช้จินตนาการ
6	☐ แสดงออกถึงอาการความไม่สบาย ความเจ็บปวด และรู้จักขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเมื่อได้รับบาดเจ็บหรือไม่สบาย	☐ แสดงความเจ็บปวดเมื่อได้รับบาดเจ็บแต่ไม่เข้าไปขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น	☐ ไม่แสดงความเจ็บปวดเมื่อได้รับบาดเจ็บและไม่ขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น
7	☐ สามารถหันตามเสียงเรียก	☐ หันตามเสียงเรียกเมื่อได้รับการกระตุ้น 1-5 ครั้ง	☐ ไม่หันตามเสียงเรียกแม้ได้รับการกระตุ้นมากกว่า 5 ครั้ง
8	☐ สามารถพูดเพื่อสื่อความหมายกับและโต้ตอบกับผู้อื่นได้เป็นประโยค	☐ พูดเพื่อสื่อความหมายกับผู้อื่นถึงสิ่งที่ตนเองต้องการได้เป็นคำๆ	☐ ไม่พูด หรือ พูดแต่ไม่สามารถสื่อความหมายกับผู้อื่นได้
9	☐ สามารถทำตามคำสั่ง และแสดงออกให้ผู้ใกล้ชิดทราบความต้องการของตนเองได้โดยใช้ภาษาท่าทาง	☐ สามารถเข้าใจและแสดงออกโดยใช้ท่าทางได้แต่มีลักษณะแปลกประหลาด ไม่สมเหตุสมผล	☐ ไม่สามารถสื่อความหมายโดยใช้ท่าทางได้เลย

ข้อ	ความรุนแรงระดับต่ำ	ความรุนแรงระดับปานกลาง	ความรุนแรงระดับสูง
10	☐ มีการกระทำซ้ำ ๆ แบบที่เห็นได้ง่าย 1-2 ครั้งภายใน 1 วัน หรือไม่พบเลย	☐ มีการกระทำซ้ำ ๆ แบบที่เห็นได้ง่าย 2-5 ครั้ง	☐ มีการกระทำซ้ำ ๆ แบบที่เห็นได้ง่ายมากกว่า 5 ครั้ง และทำติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน
11	☐ สนใจภาพรวมของการเล่น (การเล่นของเล่น)มากกว่า 1 นาที	☐ สนใจภาพรวมของการเล่นน้อยกว่า 1 นาที	☐ ไม่สนใจภาพรวมของการเล่น สนใจในส่วนเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ไม่สำคัญของการเล่น
12	☐ แสดงถึงความไม่พอใจ เช่น โกรธ ร้องไห้ ต่อต้าน ที่ไม่รุนแรงในระยะเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ทำอยู่เป็นประจำ	☐ แสดงถึงความไม่พอใจ เช่น โกรธ ร้องไห้ ต่อต้าน ทำร้ายตนเอง ที่ไม่รุนแรงในระยะเวลานานกว่า 1 ชั่วโมง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ทำอยู่เป็นประจำ	☐ แสดงถึงความไม่พอใจ เช่น โกรธ ร้องไห้ ต่อต้าน ทำร้ายตนเอง ที่รุนแรงในระยะเวลานานกว่า 1 ชั่วโมง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ทำอยู่เป็นประจำ
13	☐ ไม่พบอาการความผิดปกติร่วม เช่น ความพิการ ปัญญาอ่อน สมาธิสั้น พัฒนาการล่าช้า	☐ พบอาการความผิดปกติร่วม 1 อาการในระดับที่ไม่รุนแรง	☐ พบอาการความผิดปกติร่วม 1 อาการในระดับปานกลาง – รุนแรง หรือ พบอาการความผิดปกติร่วมมากกว่า 1 อาการ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางมนัสวี จำปาเทศ เกิดวันที่ 31 พฤษภาคม 2518 จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ปี 2540 ปัจจุบัน รับราชการในตำแหน่งวิทยาจารย์ ระดับ 5 ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย