

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาโครงการศึกษาอิสระครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ที่มีต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาเด็กออทิสติก โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติก
 - 1.1 ความหมาย ลักษณะอาการของเด็กออทิสติก
 - 1.2 การรักษา
 - 1.3 ผลกระทบของครอบครัวเด็กออทิสติก
 - 1.4 การพยาบาลเด็กออทิสติก
2. ความเครียด การปรับตัวของมารดาเด็กออทิสติก
 - 2.1 ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman
 - 2.2 การจัดการกับความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก
 - 2.3 การปรับตัวต่อความเครียด
 - 2.4 ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาเด็กออทิสติก
3. สัมพันธภาพบำบัด
 - 3.1 ความหมายของสัมพันธภาพบำบัด
 - 3.2 ทฤษฎีสัมพันธภาพบำบัด ของ Peplau
 - 3.3 กระบวนการสร้างสัมพันธภาพบำบัด
 - 3.4 การสร้างสัมพันธภาพบำบัดในมารดาเด็กออทิสติก
4. โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดสำหรับมารดาเด็กออทิสติก
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติก

1.1) ความหมาย ลักษณะอาการของเด็กออทิสติก

1.1.1) ความหมาย

ออทิสซึม (Autism) มาจากรากศัพท์ภาษากรีกว่า Auto แปลว่า ตนเอง (Self) หมายถึง การขาดการติดต่อกับผู้อื่น หันเข้าหาตนเอง และไม่แยแสต่อโลกภายนอก (Bleuler 1934 อ้างใน นาฏยพรรณ ภิญโญ, 2545)

เพ็ญแข ลิมศิลา (2540) กล่าวว่า ออทิสซึม (Autism) คืออาการของโรคทางจิตเวชเด็ก ซึ่งมีความผิดปกติทางพฤติกรรมแบบจำเพาะ สำหรับเด็กออทิสติก (autistic children) คือ เด็กที่มีอาการออทิสซึม เด็กพวกนี้จะมีพฤติกรรมผิดปกติแบบจำเพาะ คือ มีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ สูญเสียด้านการสื่อความหมาย ทั้งด้านภาษาและภาษาท่าทาง ขาดจินตนาการ มีการกระทำและสนใจซ้ำซาก แต่เด็กเหล่านี้มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อปกติ

วินัดดา ปิยะศิลป์ (2540) กล่าวว่า โรคออทิสซึม คือ โรคที่มีความผิดปกติในพัฒนาการของเด็ก มีความอ่อนแอของประสาทการรับรู้ และด้อยในพัฒนาการทางภาษาและแยกตัวออกจากสังคม ความอ่อนแอนี้จะขัดขวางหรือแปลผลข้อมูลที่รับรู้จากสายตา การได้ยิน และประสาทสัมผัสอื่น ๆ ผิดพลาดจากปกติ มีผลต่อพัฒนาการทางการพูดและการสื่อสารอย่างมาก

แคนเนอร์ (1979) ได้กำหนดลักษณะทั่วไปของออทิสซึมไว้ ได้แก่ การไม่สามารถมีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับผู้อื่น ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของชีวิต ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่น โดยใช้ภาษาได้ การมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ และต่อต้านการเปลี่ยนแปลง การหมกมุ่นกับวัตถุมากกว่าผู้อื่น และมีหลักฐานในเรื่องศักยภาพทางสติปัญญาที่ดี

แมกซีน ฟิลด์ (อ้างใน ภัณฑุญา รัชมณคาร, 2534) กล่าวว่า เด็กออทิสติกเป็นเด็กที่มีพฤติกรรมแบบจำเพาะ แสดงออกทางด้านพัฒนาการที่ผิดปกติ และพบได้ในช่วงแรกของชีวิต (ก่อนอายุ 30 เดือน)

จากความหมายของออทิสซึมดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ออทิสซึมเป็นโรคที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ผิดปกติ ส่งผลกระทบต่อการสื่อสาร ทั้งทางวาจาและท่าทาง รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อาการดังกล่าวปรากฏก่อนอายุ 30 เดือน หรืออาการจะแสดงให้เห็นก่อน และมีผลกระทบในทางลบต่อการศึกษาของเด็ก ลักษณะอื่นที่ปรากฏ คือ การกระทำกิจกรรมซ้ำ ๆ หรือมีการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม เช่น กิจวัตรประจำวัน และตอบสนองที่ไม่ปกติต่อประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสต่าง ๆ

1.1.2) ลักษณะอาการของเด็กออทิสติก

ออทิสซึม (Autism) เป็นกลุ่มอาการผิดปกติที่แสดงพฤติกรรมให้เห็นว่าเด็กไม่สามารถพัฒนาด้านสังคม การพูด การใช้ภาษา และการสื่อความหมายตามวัยอย่างเหมาะสม เด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะมีลักษณะภายนอกที่ดูเหมือนเด็กปกติทั่วไป เด็กส่วนใหญ่จะมีหน้าตาน่ารัก ในช่วงวัยทารกจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เป็นปกติ ไม่ว่าจะเป็น ส่วนสูง น้ำหนักตัว การยิ้ม การคว้า การนั่ง และการเดิน แต่ก็มีลักษณะที่สามารถสังเกตในทารกที่มีอาการออทิสซึม โดยมีลักษณะความผิดปกติที่แสดงให้เห็น 2 ลักษณะ คือ เด็กที่ร้องกวนมาก ส่งเสียงกรี๊ดร้องทั้งกลางวันและกลางคืน ไม่ว่าจะอุ้ม ปล่อยอย่างไรก็ไม่หยุดร้อง เวลาอุ้มก็จะทำตัวแข็งขึ้น และจะร้องมากขึ้น ในเวลาอาบน้ำหรือเปลี่ยนผ้าอ้อม เด็กจะต่อต้านทุกสิ่งทุกอย่าง ซึ่งทำให้พ่อแม่จะรู้สึกเหนื่อยลำบากกับการเลี้ยงดูลูกลักษณะนี้ ในทางตรงข้าม ความผิดปกติที่สามารถสังเกตได้อีกลักษณะ คือ เด็กจะนอนนิ่งเงียบ ไม่ร้องกวน ไม่ว่าจะรู้สึกหิว หรือเปียก จนดูเหมือนเป็นเด็กเลี้ยงง่าย แต่พ่อแม่ก็จะเริ่มวิตกกังวล ต่อลักษณะความเฉยเมยของเด็กว่าลูกมีความผิดปกติหรือเปล่า และในช่วงขวบปีแรกนี้ สิ่งที่พ่อแม่สามารถสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน คือ การที่เด็กไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง ไม่ว่าจะเป็นการสัมผัสของแม่จากการอุ้มหรือกอดรัด เด็กจะไม่ชูนิ้ว หรือโอบกอดตอบ เด็กจะไม่แสดงความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นผู้คนหรือ สัตว์ที่ผ่านไปมา นอกจากนี้ เด็กจะไม่มองหน้าหรือสบตาพ่อแม่ ไม่มองตามเสียงเรียก ไม่แสดงอาการอยากรู้ อยากเห็นสิ่งใด จะมองไปรอบ ๆ ตัวแบบไร้จุดหมาย นอกจากจะเป็นสิ่งที่ถูกใจ เช่น แสงไฟระยิบระยับ หรือพัดลมที่หมุน โดยจะใช้เวลาจ้องมองวัตถุนั้น ๆ เป็นเวลานาน (รจนา ทรรทานนท์, 2527 : 21-22; เพ็ญแข ลิมศิลา, 2538 : 364-365; ชุติศักดิ์ จันทยานนท์, 2540 : 28)

ช่วงอายุที่สามารถสังเกตพฤติกรรมที่เรียกว่าแบบออทิสซึมได้อย่างชัดเจน จะเป็นช่วงระยะ 2-3 ปี เพราะเป็นช่วงที่เด็กจะมีพัฒนาการการแสดงออก การเรียนรู้ ความอยากรู้อยากเห็น ความซุกซนมาก โดยเฉพาะการพูด การใช้ภาษา และการสื่อความหมาย เด็กวัยนี้จะเริ่มพูด เริ่มเข้าใจความหมาย การเล่น การเข้าสู่สังคม พ่อแม่จะพบว่าลูกที่เป็นเด็กออทิสติก จะไม่แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ เด็กจะยังคงเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เล่นคนเดียว ที่สังเกตได้ชัดคือการที่เด็กยังไม่พูด จนพ่อแม่คิดว่าลูกพูดช้าเอง หรือมีปัญหาทางการได้ยิน แต่เป็นเพราะเด็กไม่สามารถพูดหรือสื่อภาษาได้ เด็กจะไม่เข้าใจความหมายของภาษาที่พูดออกไป จะเป็นการพูดโดยเลียนเสียง ในบางรายที่สามารถพูดได้ก็จะมีภาษาพูดเฉพาะของตนเอง ที่คนอื่นไม่สามารถเข้าใจได้ ทำให้เด็กไม่สามารถพูดโต้ตอบหรือบอกความต้องการของตนเองได้ เด็กออทิสติกจะเริ่มมีการแสดงออกทางอารมณ์ ในช่วงอายุ 4-5 ปี เด็กบางคนจะแยกตัวอยู่ในโลกของตนเองอย่างชัดเจน

มีลักษณะท่าทางแปลก ๆ ชอบทำอะไรซ้ำ ๆ เช่น การนั่งโยกตัวไปมาเป็นเวลานาน ๆ กรอกลูกตาไปมา นั่งจ้องมองแสงไฟนาน ๆ หรือการวิ่งไปมาโดยใช้ปลายเท้าเป็นเวลานาน ๆ เด็กออทิสติกบางคนที่มีอาการรุนแรงอาจมีการทำร้ายตนเอง หรือสิ่งของ เอะอะอาละวาด แต่เด็กพวกนี้ จะไม่สามารถปกป้องตนเองจากอันตรายจากการถูกรังแก หรือถูกทำร้ายร่างกายได้ ซึ่งพ่อแม่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และจากการที่เด็กยังไม่สามารถพูด หรือบอกความต้องการของตนเองได้ ทำให้ต้องเป็นภาระของพ่อแม่ในการที่จะต้องให้การดูแลเด็กแทบทุกเรื่อง นับตั้งแต่การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเล่น ซึ่งเด็กออทิสติกจะช่วยเหลือตนเองได้น้อย เมื่อเทียบกับเด็กปกติในวัยเดียวกัน และในการช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันของเด็กออทิสติก ก็จะต้องปฏิบัติให้เหมือนเดิมทุกวัน เด็กจะไม่ยอมให้มีการเปลี่ยนแปลง เช่น จะต้องนั่งเก้าอี้ตัวเดิมทุกครั้งเวลารับประทานอาหาร และจะมีปัญหาด้านการพูด การใช้ภาษา ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม และปัญหาการเรียนรู้อื่น ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมปรับตัว (Olley, 1992 : 4) สำหรับเด็กออทิสติก ที่มีระดับสติปัญญาปกติ บางคนจะมีความสามารถหรือมีทักษะพิเศษ (special skills) เด็กบางคนมีความจำที่ดีมาก เช่น การจำตัวเลขต่าง ๆ ที่มีจำนวนมาก ๆ เด็กจะมีความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับตัวเลขได้ดีกว่าคำพูด สามารถบวกเลขในใจ ได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง บางคนมีทักษะทางด้านดนตรี สามารถร้องเพลงได้ดี สามารถจำจำสถานที่ต่าง ๆ ได้อย่างแม่นยำ จดจำของเล่นของตนเองได้ทุกชิ้น ซึ่งความจำเหล่านี้ไม่เกี่ยวข้องกับความสามารถ หรือความเข้าใจในเรื่องของการพูดและการใช้ภาษา (รจนา ทรรทานนท์, 2527 ; สุภรัตน์ เอกอศวิน, 2539)

1.2) การรักษา

ออทิสซึม เป็นกลุ่มอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในเด็กแต่ละคนคล้าย ๆ กัน แต่ระดับของความรุนแรงของแต่ละอาการจะไม่เท่ากัน จึงจำเป็นต้องมีการประเมินถึงพัฒนาการของเด็กเป็นรายบุคคล ก่อนที่จะให้การบำบัดรักษา แม้จะยังไม่ปรากฏว่าโรคออทิสซึมเป็นโรคที่รักษาได้หายขาดได้ ก็ไม่ได้หมายความว่า จะไม่สามารถแก้ไข หรือทำอะไรเสียหาย เด็กบางคนมีความผิดปกติหรือความพิการอื่นร่วมด้วย ก็จะทำให้มีอาการรุนแรง มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปกว่าปกติมาก ดังนั้น นอกจากในการประเมินเด็กเป็นรายบุคคลแล้ว ปัจจัยสำคัญอีกประการคือ ครอบครัว (สุภรัตน์ เอกอศวิน, 2539 : 13) เพราะครอบครัวเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่สำคัญยิ่งสำหรับเด็กออทิสติก ในการบำบัดรักษา เด็กออทิสติก พ่อแม่ จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน วางเป้าหมายอย่างจริงจังและใกล้ชิด ซึ่งเนื้อหาของเป้าหมายจะประกอบไปด้วย (1) เป้าหมายระยะสั้น คือ เพื่อลดพฤติกรรมปัญหาและ

กระตุ้นพัฒนาการตามวัย (2) เป้าหมายระยะยาว คือ ทักษะในการดูแลตนเอง การสร้างมนุษยสัมพันธ์ การเรียน การศึกษาและการประกอบอาชีพ

จะเห็นว่ารูปแบบการรักษาโรคออทิสซึม จะครอบคลุมทุกส่วนของชีวิตเด็ก จึงจำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากหลายวิชาชีพร่วมกันทำงานเป็นทีม นับตั้งแต่จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักวิชาการการศึกษาพิเศษ นักสังคมสงเคราะห์ นักแก้ไขการพูด นักอาชีวบำบัด และนักดนตรีบำบัด นักวิชาชีพเหล่านี้ จะร่วมมือกันวางแผนในการปฏิบัติงาน โดยอาศัยเทคนิคต่าง ๆ เพื่อจัดรูปแบบการรักษา เช่น การจัดให้ผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมรักษา การสอนเด็กในชั้นเรียนพิเศษ การให้คำปรึกษาต่อพ่อแม่รายบุคคล กลุ่มพ่อแม่/ผู้ปกครองช่วยเหลือกัน การฝึกครูเพื่อการสอนเด็กออทิสติก และการประสานงานกับโรงเรียนและสถานศึกษาต่าง ๆ (สุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2539 : 14 ; ชุศักดิ์ จันทนานนท์, 2540 : 29)

แต่เดิมในการรักษาเด็กออทิสติก ได้มีการเอาวิธีทางจิตบำบัด และจิตวิเคราะห์มาใช้เพราะเชื่อว่า ออทิสติกมีสาเหตุมาจากการเลี้ยงดูแบบ “เย็นชา” ของพ่อแม่ แต่ก็ไม่ปรากฏผลวิธีการนี้สามารถรักษาโรคนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือทำให้อาการผิดปกติของเด็กลดน้อยลง (รจนา ทรรทานนท์, 2527 : 49 ; Schreibman, 1998 : 79-82) และจากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอาการโรคออทิสซึมในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ทำให้ค้นพบปัจจัยที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของอาการโรคออทิสซึมได้มากขึ้น ทำให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษา ตามสาเหตุที่พบ เพราะเชื่อว่าจะสามารถลดอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลงได้ โดยมีรูปแบบและเทคนิคในการรักษา คือ (1) การจัดการศึกษา (2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3) การฝึกภาษาและการสื่อสาร (4) การรักษาโดยการให้ยา (สุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2539 : 13-20 ; เพ็ญแข ลิมศิลา, 2538 : ชุศักดิ์ จันทนานนท์, 2540 ; Schreibman, 1988 ; Berkell, 1992)

1) จัดการศึกษาของเด็กออทิสติก เป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่ง ที่ใช้ได้ผลในระยะยาว โดยเนื้อหาจะเน้นการเตรียมความพร้อม เพื่อให้เด็กสามารถใช้ชีวิตประจำวันจริง ๆ ได้ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครู พ่อแม่ ผู้รักษา เพื่อรับรู้ถึงจุดเด่น จุดด้อย และความสนใจของเด็ก รูปแบบการสอนจะมีลักษณะการกำหนด จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ที่ง่าย ไม่สับสน เพื่อให้เด็กสามารถนำทักษะที่ได้จากชั้นเรียนไปใช้ในชีวิตจริงได้ คือ การสื่อความหมาย การสร้างมนุษยสัมพันธ์ การช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน วิธีการสอนจึงมีทั้งแบบตัวต่อตัวและแบบกลุ่ม

2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เด็กออทิสติกจะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแสดงออกอยู่ตลอดเวลา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม และสร้างพฤติกรรมใหม่ (Volkmar, 1991 : 505) เพราะหลักของพฤติกรรมบำบัดเชื่อว่า พฤติกรรมส่วนมาก

ของคนเราได้มาจากการเรียนรู้ การลองผิดลองถูก การให้รางวัลหรือความพึงพอใจ หลังแสดงพฤติกรรมเป็นหัวใจของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการสร้างพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

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

4) การรักษาโดยใช้ยา ปัจจุบันรูปแบบการรักษาเด็กออทิสติก จะเน้นที่การแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม เพราะยังไม่ปรากฏหลักฐานว่ามียาตัวใดสามารถใช้ในการรักษาอาการโรคออทิสซึมให้หายขาดได้ แต่ความจำเป็นในการใช้ยาก็ยังมีความสำคัญสำหรับเด็กออทิสติกบางราย (Volkmar, 1991 : 505) เพราะการใช้ยาในโรคออทิสซึมก็เพื่อช่วยควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาบางอย่าง เช่น อาการชนมาก อยู่ไม่นิ่ง ทำพฤติกรรมซ้ำ ๆ มากจนขัดขวางการฝึกประจำวัน มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง อาละวาด หรืออาการแยกตัวไม่สนใจใคร และในการใช้ยาในเด็กแต่ละคนก็จะได้ผลแตกต่างกัน บางคนสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ดี บางคนใช้ยาไม่ได้ผล และยังต้องระมัดระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น อาจทำให้เด็กมีอาการรุนแรงขึ้น จึงต้องมีการประเมินอาการเป็นระยะ ๆ อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่า การใช้ยาร่วมกับการฝึกพฤติกรรมด้านอื่น ๆ ไปพร้อม ๆ กัน จะช่วยการเรียนรู้ของเด็กดีขึ้น (Campbell, 1989 : 226-228)

1.3) ผลกระทบของครอบครัวเด็กออทิสติก

เด็กออทิสติกเป็นเด็กที่มีความบกพร่องหรือผิดปกติ เกี่ยวกับพัฒนาการด้านสังคมและการสื่อความหมายอย่างรุนแรง ครอบครัวเป็นสังคมแรกและเป็นสังคมที่สำคัญที่สุดสำหรับเด็ก หากครอบครัวช่วยในการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมและทันที่ จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสังคมดีขึ้น

ปฏิภิกิริยาของครอบครัวเด็กออทิสติก

พบว่า การที่พ่อแม่ทราบว่าลูกเป็นเด็กออทิสติก ย่อมส่งผลกระทบต่อความคาดหวังอย่างรุนแรง นับว่าเป็นการสูญเสีย หรือเป็นข่าวร้ายชนิดหนึ่ง ซึ่งมีผู้ศึกษาปฏิภิกิริยาของครอบครัวต่อการสูญเสีย หรือต่อข่าวร้ายต่าง ๆ ที่สำคัญคือ Kubler-Ross (อ้างถึงใน จอม ชุมช่วย, 2539) ซึ่งได้แบ่งปฏิภิกิริยาของการสูญเสียไว้ดังนี้คือ

1.) Denial (shock) พ่อแม่ไม่เชื่อว่า การสูญเสียหรือข่าวร้ายนั้นเป็นจริง ปฏิกริยาที่มี เช่น การซึ่มถามถึงหลักฐานต่าง ๆ ทางการแพทย์ การตระเวนเปลี่ยนแพทย์วินิจฉัยและการรักษา การปฏิเสธการรักษา การผลักร่างให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบการบำบัดรักษา

2.) Anger รู้สึกโกรธ ที่ตนเองต้องเผชิญกับความสูญเสีย ความโกรธนี้ อาจทำให้เกิดการโทษกัน เกิดความแตกร้างของครอบครัวได้ บางครั้งความโกรธนี้อาจกระทบต่อผู้รักษาและเร้าให้เกิดความโกรธของทีมผู้รักษาได้

3.) Bargain เป็นช่วงที่เกิดการต่อรองกับทุกสิ่งทุกอย่าง เช่น ต่อกับความรุนแรงของโรค ต่อกับรูปแบบการรักษา

4.) Depression รู้สึกเศร้า เป็นช่วงสำคัญที่ผู้รักษาต้องสังเกต ส่วนใหญ่พ่อแม่ผู้ปกครองของเด็กมักแสดงให้เห็นจากสีหน้าท่าทางมีความคิดเชิงลบ หรืออยากตาย บางรายอาจแสดงอาการทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แต่บางรายอาจแสดงอาการหงุดหงิด วุ่นวายได้

5.) Acceptance เป็นส่วนที่มีความพร้อมเผชิญหน้ากับชะตากรรม พฤติกรรมจะมีความเหมาะสมและยอมรับในสถานการณ์ พ่อแม่เด็กที่ยอมรับ จะร่วมมือดูแลและกระตุ้นเด็กได้อย่างเต็มที่ตามคำแนะนำของทีมผู้รักษา

ปัญหาและผลกระทบของครอบครัวเด็กออทิสติก

แม้ส่วนใหญ่ของครอบครัวที่พบเด็กออทิสติกจะไม่พบปัญหาที่เด่นชัด แต่หลายครอบครัวมีปัญหาเกิดขึ้น นอกจากเกิดจากปฏิกริยาของการสูญเสียและรูปแบบการเลี้ยงดูที่เบี่ยงเบนแล้ว ยังมีปัจจัยจากระบบครอบครัวที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย ครอบครัวถือเป็นระบบหนึ่งและอยู่ในสมดุลหนึ่ง การมีวิกฤติการณ์เกิดขึ้นจะสั่นคลอนสมดุลเดิม (family disequilibrium) การมีบุตรเป็นออทิสติกถือเป็นวิกฤติการณ์ที่ครอบครัวต้องจัดการ (crisis task) เพื่อให้สู่สมดุลอันใหม่หลายครอบครัวจัดการ โดยพ่อแม่หันหน้าเข้าหากันมากขึ้น ปลอดภัยทางอารมณ์ซึ่งกันและกัน เกิดเป็นสมดุลใหม่ของครอบครัว

กษมา อุทัยภัตตาดูร (2529) ได้กล่าวถึง ปัญหาของผู้ปกครองเด็กออทิสติกไว้ดังนี้

1.) ปัญหาด้านการเงิน แม่อาจต้องลาออกจากงานประจำ เพราะหากคนเลี้ยงดูเด็กออทิสติกไม่ได้ หรือขาดงานบ่อยครั้งกว่าแม่ที่มีลูกปกติ

2.) ปัญหาด้านอารมณ์และสุขภาพจิต พ่อแม่จะมีความกังวล ตึงเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก ถ้าเด็กมีอาการก้าวร้าว ก็หวั่นวิตกว่าสมาชิกที่อ่อนแอกว่าจะถูกทำร้าย ผู้ปกครองโดยเฉพาะแม่ มักผิดหวัง วิตกกังวล และเศร้ากับพฤติกรรมของบุตรออทิสติก

จอม ชุ่มช่วย (2539) ได้จำแนกปัญหาของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกไว้ดังนี้

1.) พ่อถอยห่าง แม่รับภาระหนัก (F-disengage, M-workload) อาจเป็นเพราะพ่อยังปฏิเสธ (denial) บางครอบครัวพ่อกล่าวโทษว่า เป็นความผิดของแม่ที่เลี้ยงลูกไม่ดี บางครอบครัวลงเอยด้วยการหย่า มีเมียน้อย พ่อทุ่มเทกับงานมากขึ้น ส่วนแม่เมื่อมีภาระหนักขึ้น มักมีปัญหาทางอารมณ์ตามมา

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

3.) ลูกคนอื่นถูกละเลย เนื่องจากพ่อแม่ให้ความสนใจกับลูกออทิสติกมากเกินไป ในลูกคนอื่นโตมักถูกคาดหวังให้ต้องรับผิดชอบเกินวัย เกิดปัญหาที่อิจฉาน้อง นอกจากนี้ยังพบปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมในลูกคนอื่นได้

4.) ปัญหาโรคทางจิตเวชในพ่อแม่ ทั้งพ่อและแม่มีความเสี่ยงต่อภาวะเครียดและซึมเศร้า ได้สูง พบ homicide thought ได้สูงในพ่อแม่ที่ซึมเศร้า หากพ่อมีความซึมเศร้าต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะจะมีความรุนแรงของ homicide หรือ suicide ได้มากกว่าแม่

ซึ่งหากพบปัญหาดังกล่าวข้างต้น ถือได้ว่าเป็นความล้มเหลวในการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามมุมมองที่ครอบครัวเป็นระบบ (family as a system) และนอกจากปัญหาของผู้ปกครองแล้ว ยังพบปัญหาระหว่างเด็กออทิสติกกับพี่น้องก็เกิดขึ้นได้ เช่นเดียวกับครอบครัวเด็กปกติ ระหว่างพี่น้องมักมีการทะเลาะเบาะแว้ง รังแก และอิจฉากัน ซึ่งเด็กออทิสติกมักถูกพี่น้องอิจฉาว่าพ่อแม่เอาใจใส่และตามใจมากกว่า ดังนั้นพ่อแม่จึงต้องรับภาระหนักในการรักษาความสมดุล โดยพยายามยึดความยุติธรรมเป็นหลัก (พวงแก้ว กิจธรรม, 2540)

ศรีสมร กสิวัฒน์ (2537) ได้จำแนกถึงกระบวนการทางจิตวิทยาที่มักพบในกลุ่มผู้ปกครองเด็กออทิสติกดังนี้

1.) เมื่อแรกคลอดและทราบว่าลูกเป็นเพศใด หน้าตา รูปร่างอย่างไร อาจผิดหวังเพราะยังคงยึดติดอยู่กับเด็กในอุดมการณ์หรือภาพพจน์เดิม (ideal) ซึ่งส่วนมากต้องการลูกที่น่ารัก สวยงาม เก่ง แข็งแรง ฉลาด

2) ต่อมาเริ่มยอมรับลูกในฐานะของเด็กปกติ (Normal) แม้จะไม่สวยหรือเก่งก็ดี

3.) เมื่อเด็กเติบโตมาอีกระยะหนึ่ง และเริ่มแสดงอาการไม่รับรู้ทางภาษา ผู้ปกครองจะเริ่มคิดว่าลูกอาจมีความบกพร่องทางหูเป็นประการแรก

4.) เมื่อผู้ปกครองพบแพทย์และได้คำตอบว่าลูกไม่ได้บกร่องทางหู มักจะรอดต่อไปอีกพักหนึ่ง ก็จะพบว่าลูกแสดงอาการล่าช้า อาจทำใจยอมรับว่าลูกคงมีพัฒนาการล่าช้าทางด้าน แต่ยังไม่แน่ใจว่าล่าช้าด้านใดบ้าง (Delayed development)

5.) ผู้ปกครองบางรายอาจพบว่า ลูกมีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน ก็จะได้คำตอบว่าลูกเป็นปัญญาอ่อน แต่บางรายก็อาจติดอยู่ในขั้นต่าง ๆ และพยายามจะตระเวนไปหาคำตอบจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่มีผู้แนะนำ (Shopping around) ทำให้เสียเวลานานมาก กว่าบุตรจะได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

6.) ผู้ปกครองที่ผ่านกระบวนการทางความคิด และการตรวจสอบมาแล้วทั้ง 5 ขั้น ก็อาจพบว่า ลูกของตนเองไม่ใช่บกร่องด้านใดด้านหนึ่ง ก็จะเริ่มหาคำตอบว่าลูกเป็นออทิสติกในขั้นนี้เอง

อิชยา เชื้อนมัน (2546) ได้แบ่งผลกระทบที่มีต่อครอบครัวจากการดูแลเด็กออทิสติกออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1.) ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคออทิสติกในครอบครัวนั้น ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก เช่น บิดา มารดาจะเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย (กัญญา รัชมนันตา, 2535)

2.) ผลกระทบด้านจิตใจ การดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคออทิสติกในครอบครัวนั้น ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งบิดาและมารดาของเด็กออทิสติก ที่พบว่า เมื่อรับรู้ว่าเป็นบุตรเป็นโรคออทิสติกตนเองจะเกิดความรู้สึกผิด รู้สึกสับสน ขอมรับต่อการเจ็บป่วยของบุตรหรือสมาชิกไม่ได้ รู้สึกเจ็บปวด และสิ้นหวัง และบางครั้งรู้สึกเหมือนถูกตำหนิว่าเป็นบุคคลที่ทำให้บุตรเป็นเช่นนี้ (Nickel, 2000) จนทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และมีปัญหาสุขภาพจิต (Dunn et al., 2000)

3.) ผลกระทบด้านสังคม ผลกระทบที่พบในครอบครัวที่มีเด็กออทิสติกนั้น จะพบได้ตั้งแต่ผลกระทบในพื้นที่จนถึงในชุมชน คือ ทำให้บรรยากาศและการปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์กับญาติและเพื่อน และการนำเด็กออทิสติกไปที่สาธารณะลดลง (กัญญา รัชมนันตา, 2535)

นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลเด็กออทิสติกมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวมารดาทางด้านร่างกาย ที่พบว่า มารดาส่วนใหญ่สุขภาพทรุดโทรม รู้สึกอ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อยและอ่อนล้ามากกว่าภาวะความเป็นมารดาของเด็กปกติทั่วไป และเด็กออทิสติกไม่มีโอกาสพัฒนาบุคลิกภาพของตนเองอย่าง ที่มารดาของเด็กปกติได้ทำ (กษมา อุทัยภัตตรากร, 2529)

จะเห็นได้ว่า บิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก เป็นบุคคลที่น่าเห็นใจ และให้การช่วยเหลือเนื่องจากได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เกิดจากสาเหตุความผิดปกติของบุตร สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือคือ การดูแลด้านจิตใจ โดยการเตรียมพ่อแม่ และสมาชิกของครอบครัวยอมรับความผิดปกติของเด็กออทิสติก และพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้รักษาอย่างจริงจัง เพื่อให้เด็กออทิสติกมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ ความคิด สติปัญญา อารมณ์ และการสื่อสารกับผู้อื่น ได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุดและเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

1.4) การพยาบาลเด็กออทิสติก

การพยาบาลเด็กออทิสติก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2546) โดยทั่วไปเด็กที่มีปัญหาทางจิตแบบออทิสติก ผู้ดูแลจะสังเกตพบความบกพร่องของการพัฒนาการของเด็กได้ เริ่มในขวบปีแรกโดยเด็กจะมีความบกพร่องทางด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เช่น ยิ้มช้าหรือไม่ยิ้ม ไม่แสดงปฏิกิริยาตอบสนองใด ๆ ต่อบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดู เมื่อผู้ดูแลพยายามพูด เรียก หรือเล่นด้วย เด็กจะเฉยแต่อาจทำเสียงเองตามลำพัง และส่งเสียงตามลำพังอยู่ได้เป็นเวลานาน ๆ โดยที่การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเป็นแบบไม่คงเส้นคงวา ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่แสดงว่าจำหน้ามารดา หรือผู้เลี้ยงดูได้ ซึ่งจะเห็นชัดว่า แตกต่างจากการพัฒนาการของเด็กทารกปกติ ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลเด็กออทิสติกตามกระบวนการพยาบาล มีดังนี้

การประเมินทางการพยาบาล

ในช่วงขวบปีแรก การเลี้ยงดูเด็กจะไม่มีปัญหาแต่อย่างใด อาจจะเป็นเด็กที่ผู้ดูแลกล่าวว่าเป็นเด็กเลี้ยงง่าย เช่น เมื่อจับเด็กนั่งตักมารดาในขณะที่มารดาสนทนากับผู้อื่น เด็กจะนั่งเฉยอยู่บนตักโดยไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบใด ๆ แม้จะมีผู้อื่นมายิ้ม เล่นหยอกเย้า ใช้นิ้วจี้ที่เอว รักแร้ หรือที่ท้อง เด็กก็ไม่ได้ตอบแต่อย่างใด ไม่หันตามเสียงตบมือ เด็กก็จะทำไม่ได้ แม้จะจับมือให้ตบพอลปล่อยมือ เด็กก็จะหยุดทำ แต่ในบางครั้ง มารดาหรือผู้เลี้ยงดูอาจรายงานว่า เด็กมีที่ทำรับรู้ต่อสิ่งเร้าได้บ้าง เช่น การเคาะพื้นเบา ๆ หรือชูดแกรก ๆ บนพื้น เป็นต้น

เด็กออทิสติกบางคนชอบแสงสว่างจ้า อาจจะมีจ้องมองดวงไฟ บางคนอาจแสดงอาการกลัวต่อสิ่งที่ไม่เป็นอันตราย หรืออาจไม่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของเด็ก แต่ในบางคนอาจกลัวในสิ่งที่มีความหมายตรงตามประสบการณ์ของมารดา การเล่นของเด็กบางคนทำกิจกรรมบางอย่าง

ได้สำเร็จ เช่น การวางตัวต่อไม้เป็นรูปต่าง ๆ ได้อย่างน่าแปลกใจ จนทำให้มารดา หรือผู้เลี้ยงดู เข้าใจผิดว่า ทำได้เพราะความฉลาดของเด็กได้

เมื่อเด็กขึ้นอายุ 2 – 3 ปี ความผิดปกติด้านพฤติกรรมเด็กจะเห็นเด่นชัดขึ้น โดยเฉพาะ การเคลื่อนไหวแบบแปลก ๆ เช่น เด็กบางคนอาจเริ่มเดินด้วยท่าแปลก ๆ เช่น เดินหรือวิ่งเขย่ง ด้วยปลายเท้า เดินแบบม้าย่อง หมุนตัวไปมา ปีนป่ายแบบไร้จุดหมาย แต่กลัวการขึ้นลงบันได

เด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะพูดออกเสียงเป็นคำ ๆ ไม่ได้ ในบางกรณีที่เด็กอาจเริ่มพูดเป็น คำ ๆ ได้บ้างเช่นเด็กปกติ แต่แล้วการพูด หรือแบบแผนของการใช้เสียงจะหยุดหายไป ส่วน การเติบโต และพัฒนาการทางร่างกายจะไม่แตกต่างจากเด็กปกติ และเมื่อเข้าสู่วัยเตาะแตะ เด็ก ปกติจะใช้เวลาส่วนหนึ่งในการเล่น ซึ่งจะเป็นการเล่นที่มีเป็นการกระทำซ้ำ ๆ เล่นกับสิ่งของที่ แปลก ๆ มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผู้ดูแลยับยั้ง หรือเปลี่ยนแปลงไม่ได้

สำหรับพัฒนาการทางสังคมและการใช้ภาษา เนื่องจากพัฒนาการของเด็กออทิสติก มี ลักษณะและความหมายเฉพาะตัว แตกต่างกันไปในแต่ละคน การทักทายบุคคลแปลกหน้าจะเป็น อย่างแปลกประหลาด เช่น เมื่อพบเด็กคนอื่นอาจตรงเข้าไปดึงผม คมมือ คมรองเท้า หรือเขี่ย หน้า เป็นต้น เด็กจะแยกไปไม่ได้ว่าที่ใด ของใครเป็นอันตราย บางคนเมื่อเห็นรถจะวิ่งไปลูบคลำรถ เมื่อเห็นรถวิ่งก็จะวิ่งเข้าไปหารถทันทีโดยไม่รู้ เมื่อมารดาพาเข้าไปในครัว เด็กจะแยกไม่ได้ว่าของ อะไร ใช้ทำอะไร เด็กจะหิวจับของอย่างไม่มีจุดหมาย ซึ่งเป็นอันตรายกับเด็กมาก

ภาษาพูดของเด็กที่พูดเป็นคำ ๆ เด็กจะใช้คำที่มีความหมายของตนเอง และเด็กส่วนหนึ่ง จะมีการพูดแบบเลียนแบบ เช่น เมื่อพบพยาบาล มารดาจะพูดว่า สวัสดีซึลุก เด็กก็จะพูดตามแต่อยู่ เฉย หรือเมื่อถามเด็กว่า กินขนมไหม เด็กก็พูดตามว่า กินขนมไหม และอาจหิวขนมหรือไม่หิว ก็ได้ นอกจากนี้การถามซ้ำ ๆ โดยไม่ฟังคำตอบ เด็กจะโต้ตอบการสนทนาไม่ได้ สีหน้าเฉย ไม่ แสดงอารมณ์ มองบุคคลจะมองผ่านเลขบุคคลไปอย่างไม่จดหมาย เด็กจะไม่หัวเราะ ยิ้ม และ ร้องไห้ไม่เป็น

ในเรื่องการรับประทานอาหาร เด็กจะรับประทานอาหารแบบเดิม การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอน การขับถ่าย หรือกิจกรรมใด ๆ หากต้องมีการ เปลี่ยนแปลงจะทำได้ยากมาก เด็กจะทำอะไรซ้ำ ๆ เด็กจะปฏิเสธทุกสิ่งที่ไม่เหมือนเดิม

พยาบาลจึงต้องการทำการประเมินพฤติกรรมของเด็ก ทั้งในเรื่องลักษณะของพฤติกรรม ความถี่ของการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้ว และที่อาจจะเกิดขึ้นจากการ กระทำที่ผิดปกติ ต่อตัวเด็กเอง ต่อบิดา มารดา ต่อพี่น้อง และบุคคลในครอบครัว

การวินิจฉัยทางการพยาบาล

พยาบาลทำการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาในการดำรงชีวิตของบุคคลออทิสติกในครอบครัว และทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหา เพื่อการวางแผนการพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรงของแต่ละคน ซึ่งการวินิจฉัยต้องกระทำเป็นระยะ ตัวอย่างของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่

- เสี่ยงต่ออันตราย บาดเจ็บ หรือความบกพร่องในการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางกาย เกี่ยวข้องกับการขาดการดูแล ถูกทอดทิ้ง และการมีความผิดปกติทางระบบประสาท

- ขาดพัฒนาการทางสังคม เกี่ยวข้องกับการขาดการดูแลที่เหมาะสม ไม่สามารถมีความไว้วางใจ และการมีความผิดปกติทางระบบประสาท

- ขาดความสามารถในการสื่อความหมาย เกี่ยวข้องกับการหมกมุ่นอยู่กับตนเอง การขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม และการมีความผิดปกติทางระบบประสาท

- พัฒนาการของตัวตน (Self) ลำช้า เกี่ยวข้องกับการหยุดยั้งของการพัฒนาการในเด็ก การขาดการดูแลที่เหมาะสม และการขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม

จากการวินิจฉัยข้างต้น พยาบาลกำหนดเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังตัวอย่าง เช่น

- เด็กปลอดภัยจากการเป็นอันตราย หรือการบาดเจ็บ
- เด็กมีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับผู้ดูแลอย่างน้อยหนึ่งคน
- เด็กพัฒนาความไว้วางใจผู้ดูแลอย่างน้อยหนึ่งคน
- เด็กสื่อความหมายความต้องการของตนได้กับผู้ดูแลอย่างน้อยหนึ่งคน
- แสดงพฤติกรรมที่บ่งชี้ว่าเริ่มต้นกระบวนการพัฒนาตัวตน

การวางแผนการพยาบาล

พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลโดยกำหนดวิธีการดูแล ช่วยเหลือ หรือการบำบัดทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และต้องคำนึงถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็ก ตลอดกระบวนการ รวมทั้งจัดประสบการณ์ให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความสามารถในการร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือ ดูแลเด็กออทิสติก โดยมีมุ่งหวังครอบครัวสามารถเลี้ยงดู และช่วยเหลือความวิตกกังวล ความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากภาวะการดูแลเด็กออทิสติก

กิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือ และบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำคัญในอภิตศตัก ได้แก่

1. พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในการดูแลเด็กรายบุคคลเพื่อพัฒนาความไว้วางใจ ตลอดจนการจัดระบบการดูแลเพื่อการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของเด็กเป็นรายบุคคลในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านการดูแลแบบที่พยาบาลรับผิดชอบเด็กเป็นรายบุคคล และมีความต่อเนื่อง เช่น การดูแลแบบเจ้าของไข้ จะมีความเหมาะสม

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

3. พยาบาลจะดูแลช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการทางสังคมได้ ต้องเริ่มจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความไว้วางใจ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและประคับประคองเด็กให้มีความมั่นคงในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ใช้เทคนิคการให้รางวัล เมื่อเด็กเริ่มแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะมีการประสานสายตา ซึ่งสำคัญมากในการสร้างความผูกพันทางสังคม หรือเมื่อเด็กเริ่มมองสิ่งของ หรือบุคคลอย่างมีเป้าหมาย เป็นต้น เมื่อเด็กมีพัฒนาการในการสร้างสรรค์จึงเปลี่ยนจากการให้รางวัลเป็นการให้แรงเสริมทางสังคม เช่น การกอดรัด การสัมผัส การยิ้ม หัวเราะ หรือชมเชยด้วยคำพูด เป็นต้น

4. พยาบาลใช้การดูแลช่วยเหลือ เป็นรายบุคคลระยะยาว ในการพัฒนาความสามารถของเด็กในการสื่อความหมาย ความต้องการของตนให้ผู้อื่นทราบ โดยพยาบาลคาดการณ์ความต้องการของเด็กให้ถูกต้อง และช่วยให้เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นอย่างเต็มที่ จะช่วยให้เด็กเริ่มต้นพัฒนาความสามารถในการสื่อความหมาย ความต้องการของตนให้ผู้อื่นทราบได้ การทำความเข้าใจ และการตรวจสอบว่า พยาบาลเข้าใจความต้องการของเด็กอย่างถูกต้อง เป็นเรื่องจำเป็น การใช้เทคนิคการให้แรงเสริมแบบการให้รางวัล ใช้ได้ผลดีในเด็กออทิสติก และที่สำคัญพยาบาลต้องสำนึกไว้เสมอว่า เด็กที่ได้รับการดูแลด้วยความรัก ความอบอุ่น อย่างเต็มที่เท่านั้น จึงจะมีความไว้วางใจสิ่งแวดล้อมพอที่จะสื่อความหมายความต้องการของตนให้ผู้อื่นได้

5. พยาบาลต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สำหรับเด็กออทิสติก โดยการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งเพื่อให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นพัฒนาการของเด็กที่เหมาะสม ตามระดับสติปัญญา

และระดับพัฒนาการของเด็ก ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับเด็กออทิสติกโดยสังเขปคือ การจัดสิ่งแวดล้อมต้องมีของมีคม หรือของใช้แตกหักง่าย ในกรณีที่เด็กมีอาการชักร่วมด้วย สภาพแวดล้อมและของใช้ในห้องพักหรือในห้องผู้ป่วย อาจจำเป็นต้องมีการบูรณตามความจำเป็น และในกรณีของเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากการป้องกันข้างต้น พยาบาลต้องป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นด้วยการเรียนรู้แบบแผนการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หากการนำของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวให้ได้ แล้วจึงดำเนินการเฝ้าระวัง

6. พยาบาลต้องช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการของกระบวนการพัฒนาตนเอง โดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีความอบอุ่นและไว้วางใจ ช่วยให้เด็กรับรู้ความเป็นตัวตน พัฒนาการรู้จักตนเอง ดังเช่น เรียนรู้การเรียกชื่ออวัยวะต่าง ๆ แล้วแยกแยะอะไรคือของตนเอง อะไรคือของคนอื่น ด้วยการมองเห็นในกระจก ในระยะแรกเด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะกลัวการเห็นตนเองในกระจก ต่อเมื่อเด็กมีพัฒนาการในทางที่เหมาะสม การมองกระจกจะช่วยให้เด็กเรียนรู้ตนเองได้มากขึ้น ซึ่งเด็กจะแสดงออกโดยสามารถชี้ปาก จมูก ตนเองได้ ตลอดจนรับรู้ความเป็นเจ้าของของใช้ส่วนตัว พัฒนาการพัฒนาความเป็นตัวตนนี้ พยาบาลจะพัฒนาควบคู่ไปกับการกระทำกิจวัตรประจำวัน

7. พยาบาลที่ดูแลเด็กออทิสติกต้องให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือพ่อแม่ ให้เข้าใจและยอมรับลูกมีความผิดปกติ รวมทั้งมีความคาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็กออทิสติก ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เต็มตามศักยภาพ นอกจากนี้ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก ซึ่งต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเลี้ยงดูเด็กและเผชิญกับความเครียด ความกังวล และความรู้สึกคับข้องใจ ให้มีความรู้ ความสามารถดังกล่าวข้างต้นได้นั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ (Johnson, 1995) กลยุทธ์ที่สำคัญที่พยาบาลควรใช้เช่นเดียวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่

- การกระตุ้นให้ครอบครัวมีการระบายอารมณ์
- ช่วยเหลือให้ครอบครัวลดความรู้สึกผิด
- สนับสนุน ปรึกษาประคองให้ครอบครัวได้ผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศก
- กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวด้วยกัน ให้โอกาสครอบครัวในการซักถามจนได้คำตอบที่พอใจ
- กระตุ้นให้ครอบครัวมีการรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง
- เน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจมีกำลังใจในการดูแลเด็ก
- ร่วมกันกำหนดเป้าหมายอนาคตของเด็กอย่างเหมาะสม
- สอนการมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม

- ให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับสิทธิของเด็กและความรับผิดชอบของครอบครัว
- สร้างเครือข่ายกับชุมชน

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

พยาบาลประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยเน้นการประเมินความปลอดภัยของเด็กจากการบาดเจ็บ อุบัติเหตุ การพัฒนาความสามารถในการสื่อความหมาย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการที่สร้างสรรค์ สู่การเจริญเติบโต และมีพัฒนาการตามวัยของเด็กในทุกด้าน นอกจากนี้ต้องให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความสามารถของครอบครัว หรือผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กออกทัศนคติไปพร้อม ๆ กัน

2. ความเครียด การปรับตัวของมารดาเด็กออทิสติก

2.1) ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman

ความเครียด

Selye (1976 อ้างในรุ่งฤดี วงศ์ชุม, 2539) ได้ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามอันเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและเคมีเพื่อการต่อต้านการคุกคามและสิ่งสำคัญคือร่างกายจะมีกลไกการปรับตัว

ซูทิพย์ ปานปรีชา (2532) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ ดังต่อไปนี้

1. ความเครียด เป็นภาวะทางจิตใจที่กำลังเผชิญปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะ เป็นปัญหาในตัวตนหรือนอกตัวตน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น เป็นปัญหาจากความผิดปกติทางร่างกาย หรือความผิดปกติทางจิตใจ

2. ความเครียดเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งที่มากระตุ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่กำลังเผชิญ

3. ความเครียดเป็นความรู้สึกไม่พอใจ ไม่สบายใจ เสมือนจิตใจถูกบังคับให้ต้องเผชิญกับสิ่งเร้า ความรู้สึกดังกล่าวนี้ ทำให้เกิดความแปรปรวนทั้งทางร่างกาย และจิตใจ

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ความเครียด หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลประเมินว่า จะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลัง คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นความเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุล ระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น จะประเมินว่าเครียดเมื่อความต้องการมากกว่าแหล่งสนับสนุน และ

การตัดสินใจภาวะเครียดของบุคคลต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกรู้สึกนึกคิด หรือการประเมินด้วยสติปัญญา

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) คือเมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมแล้วพบว่ามิใช่ประโยชน์ต่อตนเอง ทำให้มีความสุขในชีวิตเกิดอารมณ์สนุกสนาน บุคคลจะมีการประเมินค่าทางปัญญาต่อสถานการณ์นั้นว่าเกิดผลดีกับตนเอง

1.3) สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นก่อให้เกิดความเครียดต่อตนเอง (stressful) เมื่อบุคคลมีการประเมินว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียด จะแบ่งลักษณะการมองสถานการณ์เป็น 3 ลักษณะ คือ สูญเสีย/เป็นอันตราย (loss/harm) คุกคาม (threat) และท้าทาย (challenge)

2. การประเมินสถานการณ์ความเครียดของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม ในระดับทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินค่าทางปัญญาของบุคคลว่า ความสามารถแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในตนเองมีมากน้อยเพียงใด และพิจารณาทางเลือกที่จะจัดการกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม ที่มีปฏิสัมพันธ์กับตนเอง

3. การประเมินสถานการณ์ความเครียดของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมซ้ำอีกครั้ง (reappraisal) เป็นการประเมินซ้ำ โดยใช้ข้อมูลใหม่ที่ได้จากการเผชิญความเครียดครั้งก่อน สภาพแวดล้อมหรือบุคคล

การประเมินสถานการณ์ความเครียดของบุคคลทั่วไป สามารถเกิดขึ้นต่อเนื่องกันได้ตลอดเวลาโดยใช้ข้อมูลที่ได้รับจากบุคคล สิ่งแวดล้อม หรือการประเมินสถานการณ์ความเครียดครั้งก่อนซึ่งการประเมินทั้งสามระดับเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน และจำดำเนินไปจนกว่าสถานการณ์นั้นจะสิ้นสุดลง

การประเมินสถานการณ์ความเครียด คือ การพิจารณาตัดสินความหมาย หรือ ความสำคัญของสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การประเมินสถานการณ์แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ (Lazarus & Launier, 1978 ; Lazarus & Cohen, 1977; Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 : 107) คือ 1) การประเมินชนิดปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญของเหตุการณ์นั้น 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 การประเมินทุติยภูมิ ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นหลักการประเมินชนิดปฐมภูมิ แต่อาจจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันก็ได้ 3) การประเมินตัดสินใหม่ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่หรือการให้ความหมายของเหตุการณ์เสียใหม่ เพื่อลดความเครียดลงซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม

จากความหมายของประเมินสถานการณ์ความเครียดที่ได้กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า ความเครียดหมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่าง ๆ โดยบุคคลจะใช้ความสามารถทางปัญญาในการพิจารณาตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่ามีผลต่อ สวัสดิภาพ ทำให้บุคคลรู้ถึงอันตราย คุกคามหรือท้าทาย รวมถึงการรับรู้ถึงทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ในลักษณะปริมาณและความเพียงพอ

การประเมินสถานการณ์ความเครียดของมารดา

Friedman (1981 : 146) ได้กล่าวถึง การประเมินสถานการณ์เจ็บป่วยของบุตรที่ต้องใช้เวลารักษานานของมารดา ว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งจะทำให้มารดามีปฏิกิริยาต่อความเจ็บป่วยของบุตรดังนี้

1) ช็อกและไม่เชื่อ (Shock and disbelief) ถึงแม้ว่ามารดาหลายรายจะพอทราบอยู่บ้างว่ามีบุตรมีความผิดปกติ แต่เมื่อได้รับการบอกเล่าจากแพทย์จริง ๆ มารดาก็จะช็อกและไม่เชื่อว่าเป็นความจริง (Glasscock, 1982, p.502) อาการช็อกและไม่เชื่อนั้นแสดงออกมากและเป็นเวลานาน เมื่อดูเด็กนั้นไม่เคยมีอาการผิดปกติมาก่อน (Johnson, 1986, p.160) และในขณะที่ช็อกและไม่เชื่อจะมีความวิตกกังวลสูง ซึ่งเป็นช่วงที่ยากที่จะให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่มารดา

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

3) ความรู้สึกผิดบาป(Guilt) มารดาบางรายคิดว่าที่เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เกิดขึ้นเพราะพระเจ้าลงโทษ (Steinhauer, 1974, p. 834) ซึ่งมารดาจะรู้สึกเศร้าสลดใจ Fostel (1978 : 57) กล่าวว่า ความรู้สึกผิดนั้นเกิดจากมารดามีจิตสำนึกที่อยากทำให้บุตรตาย หรืออาจเกิดจากเมื่อมารดาทราบว่าโรคที่บุตรเป็นนั้นต้นเหตุมาจากตน เช่น โรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ (Glasscock, 1982, p.509) ถ้ามารดาไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกผิดได้ จะทำให้มีผลต่ออัตมโนทัศน์ของตัวมารดาเอง (Chinn Winn and Walter, 1978, p. 22) ทำให้มีความตึงเครียดและทำให้มารดามีพฤติกรรมที่ปกป้องบุตรมากเกินไป

4) ซึมเศร้าและท้อใจ (Depression and discouragement) ความซึมเศร้าและท้อใจของมารดา จะพบเห็นอยู่เป็นประจำ มารดาจะซึมเศร้าเมื่อพบว่า ความเจ็บป่วยของบุตรไม่สามารถปฏิเสธได้อีกต่อไป เกิดความท้อใจ เมื่อไม่สามารถป้องกันความก้าวหน้าของโรคที่เกิดแก่บุตรได้มารดา จะมีอาการพูดน้อยลงหรือไม่พูด รับประทานอาหารได้น้อยลง ชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว จะเหม่อลอยนอนไม่หลับ

5) ความรู้สึกเศร้าโศก (Grief) ปฏิกิริยาเศร้าโศก พบได้เป็นปกติของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความเศร้าโศกเกิดจากมารดามีความรู้สึกสูญเสียความคิดฝันหรือจินตนาการไว้ว่าบุตรของตนจะต้องสวยงาม มีความสามารถและสืบทอดตระกูลได้ Olshansky, 1982 กล่าวว่ามารดาบางรายมีภาวะเศร้าเป็นระยะเวลายาวนานอาจจะตลอดชีวิตของเขา แต่ความมากน้อยแตกต่างกัน

กันขึ้นอยู่กับ บุคลิกภาพ ศาสนา ระดับชั้นทางสังคม มารดา จะแสดงปฏิกิริยาออกมาโดยการร้องไห้ นอนไม่หลับ หรือมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ซึ่งบางคนอาจแสดงออกมาอย่างชัดเจน แต่บางคนพยายามปิดบัง

6) ความกลัว (Fear) มารดาที่บุตรเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรัง จะมีความกลัวว่าบุตรจะตายหรือมีอาการหนักกว่านี้ และมักจะกลัวในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น มารดามักจะถามว่า สาเหตุการเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุอะไร และถ้ามีบุตรอีกจะเป็นอย่างไรอีกไหม จะดูแลบุตรอย่างไร เป็นต้น Chinn Winn and Walter (1978 : 22) กล่าวว่า ความกลัวจะลดลงเมื่อมารดาได้ข้อมูลอย่างเพียงพอ

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

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

1) ความรุนแรงของโรคของบุตร อาการอ่อนเพลียจากการเจ็บป่วยและการพยากรณ์ที่ไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดีมาก่อนจะทำให้มารดามีความเครียดมากขึ้น

2) ธรรมชาติของความเจ็บป่วย โรคที่เด็กเจ็บป่วยนั้นเกิดตั้งแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลัง ถ้าโรคที่เกิดขึ้นนั้นเป็นมาตั้งแต่กำเนิดจะทำให้มารดามีความรู้สึกผิดและมีความรับผิดชอบ

3) อายุของบุตรเมื่อเริ่มเป็นโรคหรืออายุเมื่อได้รับการวินิจฉัย การได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่แรกเกิด มารดาจะไม่เคยรับรู้ความปกติของเด็ก แต่ถ้าการวินิจฉัยหรือภาวะของโรคเกิดเมื่อเด็กโตขึ้น จะทำให้มารดาที่มีความรู้สึกสูญเสียและซึมเศร้า

4) ความไม่สมดุลทางอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว ปัญหาทางด้านจิตสังคมของบุคคลในครอบครัวจะเกิดขึ้นเมื่อภาวะของโรคเรื้อรังรบกวนสถานภาพของครอบครัว

5) ธรรมชาติและผลของความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยหรือการได้รับการรักษาที่ยุ่ยากซึ่งมีผล ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อเด็กจะทำให้มารดาที่มีความรู้สึกผิดมากขึ้น

6) โปรแกรมการรักษาที่บ้าน และความจำกัดของวิถีชีวิตของครอบครัว กิจกรรมการดูแลที่บ้านเช่น การฉีดยา การเคาะปอดเพื่อขับเสมหะ จะทำให้เด็กไม่พึงพอใจ เศร้าโศก มีผลให้เกิดปฏิกิริยาต่อต้าน สิ่งเหล่านี้จะเพิ่มงานและความตึงเครียดแก่มารดา เด็กอาจจะมีอำนาจต่อรอง

เหนือมารดา ทำให้เกิดพฤติกรรมพึงพา พัฒนาการผิดปกติ มีผลทำให้เกิดความเศร้าโศกทั้งมารดา และตัวเด็ก เกิดผลกระทบถึง สัมพันธภาพ ระหว่างมารดากับบุตร และกับสมาชิกภายในครอบครัว

7) การมีหรือไม่มีพี่น้องที่ผิดปกติ การมีบุตรคนอื่นที่มีสุขภาพปกติอยู่ในครอบครัวทำให้ มารดามีความเครียดลดลง ในครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วยมากกว่าหนึ่งคน หรือมีบุตรเสียชีวิตจาก โรคเรื้อรังจะทำให้มารดาปรับตัวได้ยาก

8) การที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำ และการได้รับการผ่าตัดหลายอย่าง เช่น โรคไตเรื้อรัง หรือแผลน้ำร้อนลวก จะเพิ่มความกดดันแก่มารดา มารดาจะเห็นว่าบุตรทุกข์ทรมานแต่ไม่สามารถ ช่วยได้

9) ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สำหรับครอบครัวที่มีรายได้จำกัด และต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษาบุตร จะทำให้มารดา มีความวิตกกังวล มารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน หรือทำงาน นอกบ้าน หรือทำงานพิเศษ เพื่อหารายได้ ซึ่งจะส่งผลถึงสัมพันธภาพของคู่สมรส ทำให้อัตราการ แยกแยกในครอบครัวสูง

การเผชิญความเครียด

การศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดนั้น ถือเป็นมาตรฐานและหลักเกณฑ์ในการดูแล บุคคล เนื่องจากในบิดามารดาที่ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาที่มีอยู่ได้สำเร็จ จะทำให้เกิดความ ผิดปกติด้านจิตสังคม ซึ่งมีผลต่อความผิดปกติของร่างกายละจิตใจ ทั้งตัวบิดา มารดา และบุตร แต่ ถ้าหากบุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่มีอยู่ได้สำเร็จ จะทำให้การพยากรณ์โรคของบุตร และ คุณภาพชีวิตดีขึ้น สำหรับแนวทางการเผชิญความเครียดนั้น ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ ความหมายไว้ต่อไปนี้

Yager (1989) กล่าวถึง การเผชิญความเครียดว่าเป็นการใช้ความพยายามด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และพฤติกรรม เพื่อจัดการกับความต้องการภายในและภายนอกบุคคลที่มากเกินไป กว่าแหล่งประโยชน์ธรรมชาติของบุคคล ซึ่งในการเผชิญความเครียดบุคคลต้องมีการประเมิน ตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ วางแผนที่จะมีการกระทำ มีการแก้ปัญหาและประเมินสิ่งที่ได้กระทำลง ไป การเผชิญความเครียดจะประสบความสำเร็จได้บุคคลต้องมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและ อารมณ์ ในการที่จะสามารถรับรู้ จำแนก วางแผนและตัดสินใจได้

Miller (1992) เป็นนักวิชาการพยาบาล ที่ให้ความสนใจในการเผชิญความเครียดในผู้ป่วย เรื้อรัง ให้นิยามการเผชิญความเครียดว่า เป็นการจัดการกับสิ่งที่รับรู้ว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือสิ่งทำลาย เพื่อแก้ไขความรู้สึกไม่สบายต่าง ๆ โดยผู้ป่วยเรื้อรังจะมีรูปแบบการเผชิญปัญหา 3 แบบ คือ 1) แบบ

หันหน้าเข้าหาปัญหา 2) แบบหลีกเลี่ยงปัญหา และ 3) แบบเป็นกลางคือผสมผสานระหว่างการหันหน้าเข้าหาปัญหา และการหลีกเลี่ยงปัญหา

Cassmeyer, Mitchess & Betruss (1995 : 169) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่าเป็นกระบวนการทางสติปัญญาและทักษะที่แต่ละบุคคลใช้เมื่อพบกับสถานการณ์ที่ไม่ธรรมดา เป็นความพยายามที่บุคคลใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์ที่บุคคลได้ใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างสูงสุดแล้ว กระบวนการเผชิญความเครียดเราสามารถเรียนรู้ได้จากสถานการณ์ที่ผ่านมาในอดีต และได้กล่าวถึงคุณลักษณะของการเผชิญความเครียดว่า

1. การเผชิญความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์
2. การเผชิญความเครียดสามารถเปลี่ยนแปลงรูปแบบได้
3. การให้ข้อมูลข่าวสาร จะมีผลทำให้บุคคลมีการเลือกใช้การเผชิญความเครียดในรูปแบบต่าง ๆ
4. บุคคลจะมีการนำผลของการเผชิญความเครียดไปคิดพิจารณาใหม่
5. การเผชิญความเครียดนำมาซึ่งความเป็นสุขสงบของสังคมหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับบุคคลใช้วิธีการเผชิญความเครียดเหมาะสมหรือไม่
6. โดยทั่วไปมนุษย์จะมีการพัฒนารูปแบบของการเผชิญความเครียดและเลือกใช้กลวิธีที่ตนเองใช้แล้วประสบความสำเร็จในอดีต

Lazarus & Folkman 1984 : 187 ให้ความหมายของ การเผชิญความเครียดว่าเป็นความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งความพยายามนี้จะต้องใช้แหล่งประโยชน์เกินกว่าธรรมดา การเผชิญความเครียดนี้ ถือเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และจะไม่มี การตัดสินใจก่อนว่า วิธีการเผชิญความเครียดวิธีใดมีประสิทธิภาพ เพราะจะขึ้นอยู่กับบริบท (Context) บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดีคือ บุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ 1) การมุ่งแก้ปัญหา (Problem- focused coping) เป็นการเผชิญความเครียด โดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม เพื่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียดหรือจัดการกับตนเองโดยการมุ่งแก้ปัญหา 2) การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional - focused coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคล นั่นคือบุคคลต้องรู้จักการกับอารมณ์และความรู้สึก เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การปฏิเสธเมื่อเป็นโรคร้ายแรง เพื่อไม่ให้ตนเองเป็นทุกข์ จนไม่สามารถทำอะไรได้ (Lazarus & Folkman , 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 : 107) กลายเป็นสิ่งตอบแทนที่ดีหรือรางวัล

จากการให้ความหมายของนักวิชาการหลายท่าน สามารถสรุปความหมายของการเผชิญความเครียดว่า หมายถึง กระบวนการที่บุคคลได้ใช้ความพยายามทั้งด้านพฤติกรรมและการกระทำ และความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการประเมินสถานการณ์ เพื่อควบคุมสถานการณ์ความเครียด หรือลดความไม่สบายใจ โดยที่บุคคลใช้แหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดนั้นเกิดกว่าธรรมดา

การเผชิญความเครียดของมารดา

การที่บุตรเป็นโรคออทิสติกเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อมารดาเป็นอย่างมาก โดยมีผู้ให้ความสนใจศึกษาถึงการเผชิญความเครียดของมารดาดังนี้

LaMontagne & Pawlak (1990 : 416-424) ได้ทำการศึกษาพบว่า มารดาที่มีบุตรได้รับความเจ็บป่วยจะใช้กลวิธีในการเผชิญความเครียดทั้งการมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์และการมุ่งแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหา

อรสิริ ภิเศก (2542) ได้ศึกษาแบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัวเด็กออทิสติกในครอบครัวของเด็กออทิสติกที่นำลูกมาฝึกพฤติกรรมในแผนก โรงพยาบาลกลางวันของศูนย์สุขวิทยาจิต กรุงเทพมหานคร จำนวน 104 ครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวเด็กออทิสติก ร้อยละ 52.9 และร้อยละ 47.1 มีการใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัวในระดับปานกลาง และระดับสูงตามลำดับ โดยใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบการคงไว้ซึ่งความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบการเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ การดูแลสุขภาพในระดับสูง แต่ใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบการสร้างความเข้มแข็งแห่งตนเอง ในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลแบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัว พบว่า ความยืดหยุ่นของครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรของการใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาโดยรวมของครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .002$) โดยอธิบายได้ ร้อยละ 13.93 ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรได้มีการสนับสนุนให้ครอบครัวมีความกลมเกลียวเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและมีความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนบทบาทของสมาชิกในครอบครัว

เมื่อกล่าวโดยรวมแล้ว จะเห็นได้ว่าการที่มีบุตรเป็นออทิสติก เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแก่มารดา เนื่องจาก ลักษณะของเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการอย่างรุนแรง มารดาต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากมายในการดูแลบุตร เช่น ปัญหาในเรื่องระยะเวลาในการรักษา ปัญหาด้านหน้าที่การทำงาน ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก ปัญหา

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ ย่อมก่อให้เกิดความเครียดแก่ มารดาเด็กออทิสติกได้

2.2) การจัดการกับความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก

จากการที่มารดามีบุตรเป็นออทิสติก ทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญก็คือ เกิดความเครียด หากมารดามีวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ก็จะช่วยให้ลดความเครียดลงได้ จากแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดี คือ บุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ การเผชิญความเครียด มี 2 ลักษณะ คือ 1) การมุ่งแก้ปัญหา (Problem – focused coping) เป็นการเผชิญกับความเครียด โดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม เพื่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียดหรือจัดการกับตนเองโดยมุ่งแก้ปัญหา 2) การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional – focused coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคล นั่นคือ บุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการกับความเครียด 2 ลักษณะนี้ เมื่อจัดกลุ่มวิธีการที่มีเนื้อหาและความหมายคล้ายคลึงกันเข้าด้วยกัน พบว่าสามารถแบ่งได้ 5 ด้าน ดังนี้

1. การมองโลกในแง่ดี การที่บุคคลคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดีก็จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลสร้างพฤติกรรมให้ไปสู่ผลสำเร็จนั้น (Jalowice, 1993 อ้างในมนัสวี จำปาเทศ, 2546) การมองโลกในแง่ดี จะทำให้บุคคลมีใจที่เปิดกว้าง และเปิดโอกาสที่จะเลือกวิธีการต่าง ๆ ที่ช่วยให้สถานการณ์นั้นดีขึ้น คนที่มองโลกในแง่ดีจะมีสมาธิ และสร้างความพยายาม กระตือรือร้นในการเผชิญปัญหามากกว่าการมีความรู้สึกท้อแท้ และมองว่าตนเองไม่สามารถจะทำอะไรได้ในสถานการณ์นี้

2. การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นวิธีการเผชิญความเครียดวิธีหนึ่ง ภายใต้ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus เป็นการแสวงหาความช่วยเหลือ หรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่ายรอบข้าง เช่น การระบายความรู้สึก การแสวงหาข้อมูลข่าวสาร การแสวงหาสิ่งของที่ต้องการ และการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ การช่วยแบ่งเบาภาระงาน และความรับผิดชอบ (Cohen & Syme, 1985 cited by Jalowice, 1993) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยมุ่งแก้หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ หรือ

สิ่งแวดล้อม โดยการแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม การพัฒนาพฤติกรรมใหม่ และพยายามเรียนรู้ทักษะวิธีการใหม่

3. การใช้จิตวิญญาณของตนเอง (Spiritual) จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของมนุษย์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อเจตคติ ความเชื่อ และสุขภาพของมนุษย์ เป็นส่วนที่จำเป็นต่อการพ้นหายจากความเจ็บป่วย และความผาสุกของบุคคล

4. การควบคุมสถานการณ์ (Control) การเผชิญความเครียดด้านควบคุมสถานการณ์ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความคิด และการกระทำต่อสิ่งแวดล้อมที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึก สามารถควบคุมสุขภาพตนเองได้ ความรู้สึกควบคุมได้มักจะตรงกันข้ามกับความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ (Helplessness) และความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) การเผชิญความเครียดด้านการควบคุมสถานการณ์ สอดคล้องกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาโดยมีเป้าหมายมุ่งแก้ไขเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ โดยมีพฤติกรรมแสวงหาข้อมูล (Information seeking) ซึ่งเป็นความพยายามที่จะเรียนรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาเพื่อหาทางแก้ไข และเผชิญหน้าโดยตรง (Direct action)

5. การยอมรับจำนนต่อสถานการณ์ (Passive Acceptance) หมายถึง การที่บุคคลยอมรับว่าตนกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และยอมรับสถานการณ์เพราะคิดว่าเป็นชะตากรรม หรือเชื่อในโชคชะตา โดยยอมรับว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของโชคชะตาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จะนิ่งเฉย ไม่แสดงปฏิกิริยาสะทสะถันต่อผลการรักษา เพราะคิดว่าคงจะฝืนชะตาไม่ได้

จากวิธีการดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับการศึกษาการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก ของ มณีนวี จำปาเทศ (2546) ที่ได้สัมภาษณ์เชิงลึกในมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกที่มีผลลัพธ์การปรับตัวดี ใช้การจัดการกับปัญหาความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ จากสถานการณ์ดูแลเด็กออทิสติก 5 ด้านนี้

2.3) การปรับตัวต่อความเครียด

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

ล่อ หุดางกูร (2534 : 88-91) ได้ให้ความหมายของปรับตัวว่าหมายถึง กระบวนการตอบสนองของระบบมีชีวิตต่อสิ่งเร้า ที่ก่อความจำเป็นให้ระบบต้องปรับกระบวนการเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต สิ่งเร้าที่เรียกร่องการปรับตัวได้แก่ สิ่งเร้าที่รบกวน หรือคุณภาพคุณภาพ หรือก่อให้เกิดความเครียดต่อระบบของร่างกาย การปรับตัวของบุคคลนั้น เป็นการปรับตัวของ “คนทั้งคน” ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบด้าน กายจิต สังคม เมื่อเกิดการล้มเหลวในการปรับตัวด้านใดด้านหนึ่ง จะก่อผลกระทบต่อ “คนทั้งคน” การปรับตัว จึงเป็นการทำหน้าที่อย่างเป็นทางการของชีวิตโดยรวม

Roy (อ้างในจินตนา ยูนิพันธ์, 2537) การปรับตัวเป็นกระบวนการของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพื่อรักษาความมั่นคงของบุคคลทั้งทางร่างกาย สรีระ จิตใจ และสังคม

Lazarus (1976) ได้กล่าวว่า แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวเริ่มจากวิชาชีววิทยาโดย Darwin เป็นผู้ริเริ่มใช้คำว่าปรับตัวในทฤษฎีว่าด้วยวิวัฒนาการของเขาใน ค.ศ. 1859 โดยได้สรุปความคิดการปรับตัวทางชีววิทยามาใช้ โดยใช้คำว่า “adjustment” แทน “adaptation” โดยเน้นด้านการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของจิตใจของแต่ละบุคคล เน้นการศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ในด้านที่เกี่ยวกับปรับตัวให้เป็นไปตามแรงขับ สิ่งมีชีวิตที่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมของโลกที่เต็มไปด้วยภัยอันตรายได้เท่านั้นซึ่งจะดำรงชีวิตอยู่ได้ต่อมานักจิตวิทยาได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับแรงผลักดัน 2 อย่าง ดังนี้ 1) แรงผลักดันภายนอกเกิดจากการที่มนุษย์ต้องอยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมสังคมหรือวิธีการในการปรับตัวจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลอาจเป็นการปรับตัวที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวก็ได้ 2) แรงผลักดันภายในเป็นความต้องการภายในของบุคคลเอง ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากความต้องการทางสรีรวิทยาของบุคคลอื่นได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำและความอบอุ่น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุขสบายและอีกส่วนหนึ่งเกิดความต้องการทางจิตใจอันเป็นผลจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ทางสังคมในชีวิตที่ผ่านมา เช่นความต้องการควบอบอุ้มใจความต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคมและความต้องการความสำเร็จเป็นต้น

Lazarus & Folkman (1984 : 181) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่าเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้า และวางแผนหรือหาทางเลือก ในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ความพยายามทางความคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ ในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่จากตัวบุคคลเอง จากสังคมรอบข้างและสิ่งที่เกิดขึ้น ออกมาเป็นผลลัพธ์การปรับตัว 3 ด้าน 1) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม(Social functioning) 2) ด้านขวัญและความพึงพอใจ (Moral or life Satisfaction)

3) ด้านสุขภาพร่างกาย (Somatic Health) มีรายละเอียดต่อไปนี้ (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 112)

1. การทำหน้าที่ด้านสังคม (Social function) หมายถึง การดำรงบทบาทต่าง ของบุคคล ความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประสิทธิภาพของการประเมินตัดสินใจและการเผชิญ ความเครียด จะเป็นตัวกำหนดการรักษาไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ตลอดจนสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2. ขวัญและกำลังใจ (Morale) เป็นผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว ซึ่งผลในระยะสั้นคืออารมณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะในเหตุการณ์ที่เผชิญ และอารมณ์จะแปรเปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ ส่วนขวัญและกำลังใจคือ ความพึงพอใจในการกระทำของตนเอง และการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

3. ภาวะสุขภาพกาย (Somatic health) การประเมินตัดสินใจ การเผชิญความเครียดจะมีผลต่อ สุขภาพ 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 เนื่องจากให้ความสำคัญกับการปรับตัว โดยรวมทุกด้านของบุคคลนั่นเอง

2.4) ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาเด็กออทิสติก

จากปัญหาของมารดาที่ดูแลบุตรออทิสติกที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากในการเลี้ยงดู บุตรออทิสติกนั้นมีปัจจัยต่าง ๆ ทั้งที่เกิดจากตัวบุตร ตัวของมารดาเองและสังคมสิ่งแวดล้อมนั้น ทำให้มารดาได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลเกี่ยวข้องกับ การปรับตัวของมารดาเพื่อเข้าสู่ภาวะปกติ ทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการทบทวนวรรณกรรมพบ แนวคิด หรือการศึกษาในเรื่องการปรับตัวของมารดาที่มีบุตรออทิสติก และการปรับตัวของมารดาที่มี บุตรทุพพลภาพ ได้แก่เด็กที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองพิการ ปัญญาอ่อนระดับปานกลาง กลุ่ม อาการดาวน์ และกลุ่มอาการสมองอักเสบในแต่ละบทบาทของมารดา

แนวคิดของ Whiesman & Brutwel (1989) มีดังนี้

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

2. การปรับตัวต่อบทบาทด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจ มารดาที่มีบุตรทุพพลภาพบางรายรู้สึกอับอาย ไม่กล้าพาบุตรออกสังคม จึงมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมลดลง บางรายขาดการพักผ่อนหย่อนใจและความบันเทิงต่าง ๆ ไม่มีเวลาทำงานอดิเรก (Popper,1984 cited in Futcher. 1983:383) ประกอบกับความเชื่อในสังคมไทยที่มีมาแต่โบราณว่าผู้ที่มีบุตรพิการหรือทุพพลภาพเป็นผู้ที่ทำบาปกรรมไว้แต่ชาติก่อน มารดาจึงรู้สึกว่าถูกมองอย่างเหยียดหยาม จึงพยายามปิดบังหรือหลบหนีไปจากสังคม มารดาบางรายจึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น แยกตัวออกจากสังคม มีเพื่อนฝูงน้อยบางรายไม่ยอมรับบุตรหรือปกป้องตามใจบุตรมากเกินไป

มารดาบางรายมีการปรับตัวที่ดีจะไม่รู้สึกอับอายและสามารถพาบุตรเข้าสังคมได้ ดังเช่นการศึกษาของ Strauss & Munton (1985: 373) โดยการสัมภาษณ์มารดาที่มีบุตรทุพพลภาพ จำนวน 16 ครอบครัว มารดาคนหนึ่งให้สัมภาษณ์ว่า ไม่รู้สึกอับอายที่ต้องปกปิดบุตร ส่วน Longo & Bond (1984:61) ได้ศึกษาการดูแลบุตรของบิดามารดาจำนวนหนึ่งที่มีบุตรทุพพลภาพ จำนวน 177 คน พบว่าบิดามารดาไม่ได้แยกตัวออกจากสังคม การดูแลบุตรที่ทุพพลภาพไม่แตกต่างจากบุตรคนอื่นในครอบครัว และการพาเข้าสังคมในโอกาสอันควร

3. การปรับตัวต่อบทบาทด้านความสัมพันธ์กับญาติพี่น้อง การมีบุตรทุพพลภาพทำให้มารดามีภาระมากขึ้น ทำให้มารดามีการติดต่อสัมพันธ์กับญาติพี่น้องน้อยลง ดังที่ Strauss & Munton (1985: 373) ในบางรายประสบปัญหาไม่สามารถปรับตัวได้ จนถึงกับมีการหย่าร้าง (Kazak & Marvin,1984:68; Longo & Bond, 1984 : 59) จากการศึกษาของ Commings (1976: 246) ในครอบครัวที่มีบุตรพัฒนาการผิดปกติ พบว่ามีอัตราการหย่าร้างสูงกว่าครอบครัวปกติถึง 9 เท่า โดยสาเหตุเกิดจากความอาการผิดปกติของบุตร ทำให้ภรรยาทุ่มเทเวลาส่วนใหญ่ในการดูแลบุตรจนมีเวลาให้สามีน้อยลง และในสามีภรรยาบางรายที่สามารถปรับตัวในชีวิตสมรสได้ดี ดังเช่นการศึกษาของ Mc Andrew (1976) ในครอบครัวที่มีบุตรปัญญาอ่อน พบว่าสามีภรรยาที่มีความผูกพันใกล้ชิดกันช่วยเหลือกันและกันมากขึ้น และการศึกษาของ Waisbren (1980 : 345) ในครอบครัวที่มีบุตร

ทพพลาพบพบว่าหลังจากให้กำเนิดบุตรทพพลาพบ สามภรรยาที่มีการปรับตัวในชีวิตสมรสไม่แตกต่างกันไปจากเดิม

5. การปรับตัวต่อบทบาทด้านการเป็นมารดา มารดาที่มีบุตรทพพลาพบบางรายไม่สามารถทำหน้าที่มารดาได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งต่อบุตรที่ทพพลาพบ และบุตรคนอื่น ๆ เช่น ไม่สามารถให้การดูแลบุตรได้อย่างทั่วถึง บางรายขาดความสนใจบุตรคนอื่น ๆ ที่ปกติ ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของบุตร เช่นกิจกรรมในโรงเรียน การเล่นของบุตร และขาดการติดต่อกับบุตร เป็นต้น (Longo & Bond, 1984 : 62)

6. การปรับตัวต่อบทบาทด้านหน่วยครอบครัวและเศรษฐกิจของครอบครัว ครอบครัวที่มีบุตรผิดปกติจะเป็นครอบครัวที่ขาดความสุข ขาดความปรองดอง มีการกล่าวโทษกันและกัน ในด้านเศรษฐกิจก็จะมีปัญหาเนื่องจากบุตรมักจำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จากการศึกษาวิจัยของ Mc Cubbin (1989 : 106) ในครอบครัวที่มีบุตรผิดปกติ ที่มีบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว (Single Mc Cubbin) จำนวน 27 ครอบครัวและครอบครัวที่มีทั้งบิดามารดา จำนวน 27 ครอบครัวพบว่าครอบครัวทั้งสองแบบมีปัญหาด้านเศรษฐกิจเหมือนกัน คือ มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าดูแลสุขภาพฟัน ค่าอาหาร เสื้อผ้า และการจัดบ้านเรือนให้เหมาะสมกับบุตร เป็นต้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของมารดา

Agulera & 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 สามารถแก้ปัญหาที่ซับซ้อน มากขึ้น วิธีที่ใช้บ่อยมี 2 วิธี คือ วิธีการแก้ปัญหาและกลไกป้องกันทางจิต (Defense mechanism)

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

1. การมีผลทางตรง (direct effects) จากผลของการวิจัย Aldwin พบว่าการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น ถ้าผู้ป่วยมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามากขึ้นเท่าใดผู้ป่วยก็จะมีอาการเครียด และความอ่อนแอทางร่างกาย น้อยลงเท่านั้น ตัวอย่างเช่น ความวิตกกังวลลดลง ความดันโลหิตลดลง ระยะเวลาของการรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นลง เป็นต้น

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

3. การเป็นเกราะป้องกัน หรือดูดซับความเครียด (moderate or buffer) เป็นการเผชิญความเครียด โดยใช้แหล่งปัจจัยส่งเสริมอื่น ๆ ในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การใช้การสนับสนุนทางสังคม บุคลิกลักษณะของบุคคล เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหา และความเครียดได้ดีขึ้น

ดังนั้นปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด จึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาได้เช่นเดียวกัน ดังที่ Burke & Flaherty (1993) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลทำให้การเผชิญความเครียดของบุคคลแตกต่างกัน สรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะของเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นในทันทีทันใดหรือค่อยเป็นค่อยไป ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ ระยะเวลาที่เกิด และเป็นเหตุการณ์เพียงเรื่องเดียวหรือหลายเรื่องพร้อมกัน โดยทั้งหมดจะมีผลต่อการรับรู้ของบุคคล และทำให้การเผชิญความเครียดแตกต่างกัน

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

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

4. อายุ อายุที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้มีความรอบคอบในการพิจารณา และมีประสบการณ์ในการจัดการกับความเครียด

5. ภาวะสุขภาพ และพลังงานในร่างกาย บุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงจะมีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่สุขภาพอ่อนแอ

6. ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถในการนำเอาความรู้ประสบการณ์มาใช้เผชิญความเครียด

7. ทักษะทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่หรือบทบาทในสังคม เช่น การขอความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้สะดวกในการจัดการกับปัญหา

8. แรงสนับสนุนทางสังคม อาจเป็นความรู้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์การให้กำลังใจความช่วยเหลือหรือความร่วมมือต่าง ๆ

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

10. ค่านิยมและความเชื่อ ความเชื่อในทางที่ดีทำให้บุคคลเกิดความหวังและมีความพยายามที่จะต่อสู้หรือเผชิญความเครียดได้

จอม ชุมช่วย (2539) กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวเพื่อยอมรับบุตรออทิสติกว่าจะมีการปรับตัวที่เหมาะสม ใช้ระยะเวลาเร็วหรือช้าขึ้นกับหลายปัจจัยอัน ได้แก่

1. ความคาดหวังเดิมในตัวเด็ก หากพ่อแม่มีความคาดหวังเดิมสูง ครอบครัวมีค่านิยมหรือให้ความสำคัญกับความเก่งของเด็ก จะยอมรับได้ช้า

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

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

4. ความมั่นใจของทีมผู้รักษา หากแพทย์ผู้วินิจฉัยแสดงความไม่มั่นใจ หรือมีท่าทีไม่พร้อมจะช่วย จะทำให้ครอบครัวลังเล โกรธและยอมรับยาก ครอบครัวเด็กออทิสติกหลายรายที่ผ่านกุมารแพทย์และจิตแพทย์ที่ให้เวลาและความมั่นใจในการวินิจฉัย ตลอดจนข้อเสนอแนะเบื้องต้น เมื่อมารักษาครอบครัวจะให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาเป็นอย่างดี ตั้งแต่ระยะแรกที่มา

5. สิ่งแวดล้อม ความไม่รู้หรือการไม่ยอมรับของบุคคลรอบข้างตลอดจนผู้เกี่ยวข้อง เช่นครู อนุบาล เพื่อนของพ่อแม่ เพื่อนบ้าน หรือแม้แต่บุคคลทั่วไป เด็กออทิสติกส่วนใหญ่แล้วดูจากภายนอกจะเหมือนเด็กปกติ หลายโอกาสเมื่อเด็กอยู่นอกบ้านเด็กจะแสดงอาการรุนแรง ก้าวร้าว หรือแสดงพฤติกรรมแปลก ๆ สังคมภายนอกมักจะแสดงอาการตำหนิพ่อแม่ คิดว่าเป็นเพราะพ่อแม่เลี้ยงดูไม่ดี พ่อแม่บางรายจะทนต่อการตำหนิไม่ได้ จึงจำกัดขอบเขตของเด็กเฉพาะในบ้าน ความรู้สึกถูกตำหนิส่งผลให้การยอมรับช้าลง นอกจากนี้เด็กยังขาดโอกาสได้รับการกระตุ้น ทางสังคมอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการวิจัยหลายด้านที่มีผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่มีหน้าที่ในการดูแลบุตรในหลายกลุ่มอาการความผิดปกติ และนอกจากนี้การปรับตัวยังมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับมารดาที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข รวมถึงให้การดูแลบุตรและครอบครัวโดยไม่เกิดปัญหาความทุกข์ ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาเพื่อให้ความช่วยเหลือมารดาได้ตรงกับความต้องการ

3. สัมพันธภาพบำบัด

3.1) ความหมายของสัมพันธภาพบำบัด

จากการทบทวน ได้มีนักวิชาการให้ความหมายเกี่ยวกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดไว้ดังนี้

เมอร์เรย์และฮัลสคอตเทอร์ (1991,อ้างในสัมพันธ มณีรัตน์) ได้อธิบายสัมพันธภาพบำบัดเป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยบุคคลหนึ่งจะเป็นผู้ให้หรือช่วยให้อีกคนหนึ่งพัฒนาหรือเจริญเติบโต มีวุฒิภาวะ ปรับตัวได้ สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่น และอยู่ในโลกปัจจุบันอย่างมีความหมาย โดยใช้ความรู้และทักษะวิชาชีพ

สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2544) สัมพันธภาพบำบัดระหว่างพยาบาล และผู้ป่วยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาชีวิต ได้เกิดทักษะชีวิตใหม่ เกิดการเรียนรู้ใหม่ แก้ไขความคิดทัศนคติและความรู้สึกที่ไร้เหตุผล อันเป็นผลจากประสบการณ์ชีวิต โดยพยาบาลใช้ตนเองและเทคนิคการสื่อความหมายเป็นเครื่องมือช่วยผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ทัศนคติ ความรู้สึกที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น

อรพรรณ ลือบุญวิรัชชัย (2545) กล่าวว่า สัมพันธภาพบำบัด มีเป้าหมายเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิต จึงมุ่งการแก้ปัญหาทางจิตสังคม ซึ่งพิจารณาจากความต้องการการช่วยเหลือของบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาสภาวะทางอารมณ์และวุฒิภาวะ โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ และการรับรู้

ของพยาบาลเป็นเครื่องมือให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติ

สรุปได้ว่า สัมพันธภาพบำบัด เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลืออย่างมีเป้าหมาย ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการทางจิต ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ริเริ่มเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัวได้อยู่กับบุคคลอื่นในสังคม และสามารถพัฒนาตนเองต่อไป โดยพยาบาลใช้ความรู้ทักษะเชิงวิชาชีพ ตลอดจนการใช้ตนเองเพื่อเป็นสื่อในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

3.2) ทฤษฎีสัมพันธภาพบำบัดของ Peplau

Peplau ได้เริ่มต้นคำจำกัดความของการพยาบาลในหนังสือ *Interpersonal Relations in Nursing* (1952) ไว้ดังนี้ การพยาบาลเป็นกระบวนการสัมพันธภาพที่มีความหมาย ส่งผลในทางการบำบัดรักษา และทำหน้าที่ร่วมกับกระบวนการอื่น ๆ ของมนุษย์ ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีได้ การพยาบาลเป็นเสมือนเครื่องมือในการให้ความรู้ เป้าหมาย เพื่อส่งเสริมให้บุคคลิกภาพมีการสร้างสรรค์ให้เป็นรูปร่าง มีความเป็นเฉพาะบุคคล และมีชีวิตอยู่ในชุมชนได้ โดยสาระสำคัญในทฤษฎีกระบวนการระหว่างบุคคล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

บุคคล (Person)

บุคคล คือ สิ่งมีชีวิตที่อาศัยอยู่ในความไม่สมดุล โดยการมีชีวิตอยู่นั้น อาศัยกระบวนการต่อสู้เพื่อให้เกิดความสมดุล (Peplau, 1952 : 82) นอกจากนี้ เพบพลาว ได้กล่าวเน้นว่า พฤติกรรมของบุคคลทุกอันมีเป้าหมายเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เมื่อความต้องการของบุคคลถูกขัดขวาง และเพื่อให้ตนได้รับความต้องการ ในขั้นสูงขึ้นมากว่าเดิม พฤติกรรมเหล่านี้ มีพื้นฐานมาจากลักษณะสัมพันธภาพในอดีตของเขาเองและประสบการณ์การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้เองเป็นพื้นฐาน ที่สำคัญของพฤติกรรมการดำรงรักษาตน (self-maintenance)

สุขภาพ (Health)

สุขภาพเป็นคำสัญลักษณ์อย่างหนึ่ง ที่แสดงถึงการเปลี่ยนบุคลิกภาพในทางบวก และเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีทิศทางอย่างสร้างสรรค์ ริเริ่ม มีรูปร่าง มีผลิตผล มีความเป็นส่วนตัวและเกี่ยวกับชุมชนได้ (Peplau, 1952 : 12) เพบพลาวเสนอแนะว่าพฤติกรรมที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีและสามารถผสมผสานประสบการณ์ในชีวิตของตน ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์เจ็บป่วยก็ได้ ในทิศทางที่เกิดประโยชน์ต่อตนเอง

สิ่งแวดล้อม (Environment)

สิ่งแวดล้อมในความหมายของเพปเปลว จะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ภายนอกตัวบุคคลและในบริบทของวัฒนธรรม ค่านิยมของสังคมนั้นเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพของบุคคล ตั้งแต่เกิดจนตาย สิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อสุขภาพของคน คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพปเปลวยังกล่าวอีกว่า โรงพยาบาลเป็นเสมือนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม โดยมีสิ่งแวดล้อมด้านสัมพันธภาพที่สำคัญคือ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Peplau, 1952)

การพยาบาล (Nursing)

การพยาบาล เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่มีความสำคัญในการบำบัดรักษา โดยมีหน้าที่ในการร่วมกับกระบวนการอื่น ๆ ของมนุษย์ด้านสุขภาพสำหรับบุคคล โดยเฉพาะในสถานการณ์ในการให้บริการด้านสุขภาพ (Peplau, 1952) ดังได้กล่าวแล้วว่าภาวะสุขภาพสัมพัทธ์อย่างใกล้ชิดกับความวิตกกังวล การลดความวิตกกังวลเป็นผลให้เกิดภาวะสุขภาพดี ขึ้นอยู่กับการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สถานการณ์ที่เป็นปัญหาอย่างถูกต้อง ระบุและผสมผสานความคิดความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ รวมทั้งการลดระดับความวิตกกังวลของตน โดยการพัฒนาทักษะที่จำเป็น การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลนั้น มีพื้นฐานจากแนวคิดร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ว่า ประสบการณ์การเจ็บป่วย เป็นทางนำไปสู่การเจริญเติบโตและพัฒนาการได้พยาบาลก็จะปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารและการรับรู้ตนเอง การปฏิบัติกรพยาบาลส่วนใหญ่ จะเน้นที่กระบวนการสร้างและรักษาสัมพันธภาพเต็มไปด้วยความไว้วางใจ (Trust) และเน้นที่เป้าหมายที่กำหนดไว้ (Goal-oriented) เกี่ยวกับการลดระดับความวิตกกังวลที่มีอยู่ในผู้ป่วย ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

สรุปได้ว่า Peplau ได้กล่าวถึงมโนทัศน์เกี่ยวกับบุคคล สิ่งแวดล้อม การพยาบาลและสุขภาพ โดยมีจุดเน้นที่ว่าเป็นกระบวนการบำบัด ที่พยาบาลจะต้องลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมดุลให้ได้ โดยอาศัยสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นพื้นฐานในการช่วยเหลือตามเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดไว้

3.3) ขั้นตอนของสัมพันธภาพบำบัด

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของPeplau กล่าวถึงระยะของกระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีพัฒนาการ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและ

ทฤษฎีการเรียนรู้โดยพบพลาว แบ่งระยะของการพยาบาล หรือการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็น 4 ระยะ (Peplau, 1952) คือ

1) **ระยะเริ่มต้น (Phase of orientation)** ในระยะเริ่มต้นพยาบาลและผู้รับบริการพบกัน ในลักษณะของคนแปลกหน้า ในระยะนี้พยาบาลและ / หรือครอบครัว มีความรู้สึกหรือความต้องการบางประการ พยาบาลต้องช่วยเหลือให้เขาค้นพบความรู้สึกหรือความต้องการนี้ ในระยะแรกผู้รับบริการอาจไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่ารู้สึกหรือต้องการอะไร ซึ่งความแตกต่างระหว่างบุคคลทำให้เกิดปฏิกิริยาที่แตกต่างกันต่อความเจ็บป่วย โดยประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐาน 2 ประการ คือ ผู้ป่วยมีความรู้สึกต้องการเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพอาจมากขึ้นแล้วแต่บุคคล และประการที่สอง คือ พยาบาลต้องคิดค้นหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญกับปัญหา โดยการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการและครอบครัวที่จะค้นพบทำความเข้าใจ และกำหนดปัญหาที่แท้จริงได้ ในระยะนี้ความผูกพันระหว่างพยาบาล และผู้รับบริการจะเกิดขึ้น และดำเนินต่อไป ความผูกพันนี้จะมีความมั่นคงมากขึ้น และทั้งฝ่ายจะรู้สึกหวังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งในระยะสุดท้ายของระยะเริ่มต้นทั้งสองฝ่ายจะค้นพบปัญหา และมีความคุ้นเคยกันมากขึ้น ผู้รับบริการอยู่ในบรรยากาศของการช่วยเหลือและทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะร่วมมือกันดูแลสุขภาพต่อไป

2) **ระยะระบุปัญหา (Phase of identification)** ระยะระบุปัญหา เป็นระยะที่ผู้รับบริการมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหา หรือให้ความช่วยเหลือแก่เขาได้ ซึ่งผู้รับบริการแต่ละคนมีการตอบสนองที่แตกต่างกันตามการพยาบาล ตลอดระยะเวลาระบุปัญหานี้ ผู้รับบริการจะเริ่มยอมรับปัญหา และรู้สึกว่าเขามองตนเองมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งทำให้ความรู้สึกหมกหมองหรือหมกหมองบรรเทาลง รู้สึกว่าเขาเองเป็นผู้หนึ่งที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง

3) **ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Phase of exploitation)** การแก้ไขปัญหาคือเป็นการใช้บริการทางการพยาบาล ขึ้นอยู่กับความสนใจ และความต้องการของผู้รับบริการ พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือในการค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่พบทำความเข้าใจ และให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม ตลอดระยะเวลาของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จะต้องให้การยอมรับหวังใจ ความเอาใจใส่และความซื่อสัตย์ ถึงแม้จะต้องใช้ความพยายามกระตุ้นให้ผู้รับบริการตระหนักและสำรวจความรู้สึกความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยพยาบาลต้องใช้ความชำนาญในการใช้เทคนิคในการใช้การสื่อสาร เช่น การทำความเข้าใจ การฟัง การยอมรับและการแปลความหมาย และนำเทคนิค

เหล่านั้นมาใช้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้ผู้รับบริการค้นพบความสามารถตนเอง และนำมาพัฒนาความสามารถในการปรับตัว แก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด

4) ระยะสรุปผล (Phase of resolution) เป็นระยะสุดท้ายของการพยาบาลที่ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองแล้ว โดยความร่วมมือจากทั้งผู้รับบริการ และพยาบาลเป็นการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยถ้าผู้รับบริการสามารถได้รับการดูแลตนเอง ได้อิสระโดยไม่ต้องรับความช่วยเหลือจากพยาบาล แสดงว่า ผู้รับบริการเกิดการพัฒนาและเป็นความสำเร็จของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทุกระยะด้วย ผู้รับบริการจะมีความสมดุลทางอารมณ์

สรุปแนวคิดเรื่องทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ซึ่งสัมพันธภาพนี้เป็นเครื่องมือและการบำบัด ในด้านการเป็นเครื่องมือ นั้น พยาบาลใช้สัมพันธภาพในการติดต่อกันหา และทำความเข้าใจผู้รับบริการ ส่วนการบำบัดนั้น พยาบาลใช้สัมพันธภาพทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจในตัวเอง ยอมรับตัวเอง และนำศักยภาพออกมาใช้ในการดูแลตนเอง ซึ่งแนวคิดที่จะช่วยให้ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการตอบสนองแบบสองทาง อันจะส่งเสริมให้พยาบาลและผู้รับบริการตระหนักถึงความสามารถและคุณค่าในการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือและทัศนคติที่ดีต่อบริการทางสุขภาพ

3.4) การสร้างสัมพันธภาพบำบัดในมารดาเด็กออทิสติก

การสร้างสัมพันธภาพบำบัดในมารดาเด็กออทิสติกเน้นจุดประสงค์เพื่อให้มารดาได้พัฒนาทางอารมณ์และวุฒิภาวะ โดยอาศัยประสบการณ์และการเรียนรู้ที่พยาบาลจิตเวชเป็นผู้วางแผนและจัดให้โดยพิจารณาจากปัญหาและความต้องการของมารดาเป็นหลัก ทั้งนี้พยาบาลต้องใช้ตนเองเป็นสื่อ (Therapeutic use of self) และเทคนิคการสนทนา (Communication Techniques) ยังผลให้มารดาเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมให้กลับสู่ความเป็นจริง สัมพันธภาพลักษณะนี้เรียกว่า “ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อการบำบัดทางจิต ” (Therapeutic nurse-patient relationship in psychiatric care) หรือสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือ (Helping Relationship)

เป้าหมายของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต คือการพัฒนาผู้รับบริการในด้านต่างๆดังนี้

1. ทำความเข้าใจตนเอง เพื่อการยอมรับและนับถือตนเอง

2. เข้าใจและยอมรับเอกลักษณ์แห่งตน ปรับปรุงตนเองให้มีการผสมผสานกันในด้านความคิด ความรู้สึกและการกระทำ

3. พัฒนาความสามารถในการเป็นตัวของตัวเอง การพึ่งพาผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสามารถที่จะให้และรับความรักได้

4. ปรับปรุงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน พัฒนาความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองให้สำเร็จในขอบเขตของความเป็นจริง ในชีวิตและสังคม พยายามที่ใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อการบำบัดทางจิต ต้องมีความเข้าใจในธรรมชาติมนุษย์ (Nature of man) เข้าใจในพฤติกรรมที่ผู้รับบริการแสดงออก

4. โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดสำหรับมารดาเด็กออทิสติก

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด และแนวคิดในการศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ของมนัสวี จำปาเทศ (2546) เพื่อจะช่วยให้มารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกมีผลลัพธ์การปรับตัวที่ดีขึ้น และทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) เป็นแนวทางในการศึกษาผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาเด็กออทิสติก โดยมีขั้นตอนดำเนินกิจกรรม และเป้าหมายที่ชัดเจน องค์ประกอบที่สำคัญของการดำเนินสัมพันธภาพ ได้แก่ การเคารพความเป็นบุคคลของผู้อื่นการยอมรับบุคคลอื่น การ เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ความเชื่อถือไว้วางใจ ประกอบไปด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม คือ สร้างความรู้จักคุ้นเคยไว้วางใจ สำรวจปัญหา ประเมินสถานการณ์ความเครียด แก้ไขปัญหาเผชิญความเครียด เสริมสร้างความสามารถในการดูแลบุตร ในแต่ละขั้นตอนเน้นให้มารดามีส่วนร่วม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้มารดามีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้มารดาได้ร่วมค้นหาปัญหา ระบุปัญหา และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาเผชิญความเครียด ที่เกิดจากการดูแลบุตรทำให้เกิดความมั่นใจ มีคุณค่าในตนเอง เกิดทักษะและการเรียนรู้ มีการจัดการแก้ไขปัญหาและจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม

มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเริ่มต้น หรือระยะทำความรู้จักกับมารดา โดยมีวัตถุประสงค์ในการพบกันของระยะนี้ เพื่อสร้างความไว้วางใจ และคุ้นเคยกัน บอกจุดประสงค์ของกิจกรรมการพยาบาล วางเป้าหมายร่วมกัน โดยรับฟังความรู้สึกนึกคิด ความต้องการการช่วยเหลือ ศึกษาภูมิหลังและความสัมพันธ์ในครอบครัวของมารดา

2. ระยะระบุปัญหา พยาบาลใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและมารดาในการสำรวจปัญหา ค้นหาสาเหตุของความรู้สึกไม่สบายใจ เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ และอารมณ์ต่าง ๆ พยาบาลจะให้มารดาทำการประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดตลอดจนประเมินทางเลือกในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลบุตรออกทิสติกของมารดา วิธีการเผชิญความเครียดของมารดาเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

3. ระยะแก้ปัญหา การสร้างสัมพันธภาพระยะนี้ของพยาบาลกับมารดา จะเป็นการสนับสนุนส่งเสริมให้มารดามีวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาในการเผชิญความเครียด ในการดูแลบุตรออกทิสติก พยาบาลจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวของมารดาในการดูแลบุตรที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลบุตร แหล่งสนับสนุนบริการช่วยเหลือทางสังคมที่มารดาควรได้รับ เพื่อให้มารดาสามารถจัดการกับความรู้สึกไม่สบายใจ ยุ่งยาก ลำบากหรือกังวลใจ จากการดูแลบุตรได้ด้วยตนเอง พยาบาลสนับสนุนให้มารดารู้จักเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหา โดยมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ ในระยะนี้จะดำเนินการ 2 ครั้ง โดยครั้งแรก จะเป็นการให้มารดานำวิธีการที่ได้ไปทดลองใช้ และการพบกันครั้งที่ 2 ของระยะนี้ จะเป็นการนำการแก้ไขปัญหามา ทบทวนแก้ไขข้อบกพร่อง หรือแก้ไขปัญหายังมีอยู่ร่วมกัน

ระยะที่ 4 ระยะสุดท้าย มารดาได้เรียนรู้ และเสริมสร้างความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากความเครียดในการดูแลบุตร ซึ่งก่อให้เกิดความพึงพอใจ พยาบาลประเมินความก้าวหน้าในด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดความรู้สึกของมารดาที่มีต่อตนเอง และบอกให้มารดาทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่ประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาก็จะทำให้มารดามีความรู้สึก มั่นใจ เห็นคุณค่าในตนเองในความสามารถที่จะดูแลบุตร ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจะเสนอตัวในการให้ความช่วยเหลือมารดาต่อไปอีก ในการดูแลช่วยเหลือที่ไม่ได้เป็นลักษณะเฉพาะเจาะจงแบบนี้ ซึ่งเป็นขั้นตอนการยุติสัมพันธภาพ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาเด็กออทิสติก จึงขอเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียง ดังนี้

สัมพันธ มณีรัตน์ (2546) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Miller (1992) และสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau (1952) โดย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 ใช้เวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

พวงจิต วรณินทร (2529) ได้ทำการศึกษา ผลของการใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เพื่อการรักษาที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งใช้แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพลบลาว โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่รับตัวไว้ในโรงพยาบาล 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เพื่อการรักษาจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดีขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาเด็กออทิสติก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาเด็กออทิสติกน้อย จึงขอนำเสนอผลงานที่ใกล้เคียงด้วย เพื่อให้เห็นถึงผลกระทบต่อมารดาที่ดูแลบุตรออทิสติกดังนี้

มนัสวี จำปาเทศ (2546) ได้ศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรออทิสติก อายุ 3-5 ปี จำนวน 130 คน โดยศึกษาผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่มีบุตรออทิสติก และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ มารดาเด็กออทิสติก ที่มีผลลัพธ์การปรับตัวสูงจำนวน 10 คน และผลลัพธ์การปรับตัวต่ำ จำนวน 10 คน รวมทั้งหมด 20 คน ผลการวิจัยพบว่า มารดามีผลลัพธ์การปรับตัวโดยเฉลี่ยในระดับปานกลาง โดยพบว่า ด้านการดำรงบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ สูงสุด และมีการปรับตัวด้านขวัญกำลังใจต่ำสุด มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวแตกต่างกัน มีการประเมินสถานการณ์ความเครียด และการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวไม่ดี มีการประเมินสถานการณ์ความเครียดต่อการดูแลบุตรออทิสติกกว่าเป็นเรื่องร้ายแรง สูญเสีย และมีทางเลือกในการจัดการกับปัญหาน้อยหรือไม่มี

Bristol and Schpler (1983) รายงานว่า ความเครียดของพ่อแม่ ทำให้พ่อแม่รู้สึกเหนื่อยหน่าย พ่อแม่รู้สึกว่าการเข้าทำมากแต่เด็กอาการไม่ดีขึ้น และรัฐไม่มีบริการที่เหมาะสมให้ และ Marcus (1984) กล่าวถึงตัวที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด ซึ่งนำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย ก็คือ การดูแลเอา

ใจใส่เด็กอย่างไม่หยุดหย่อน เพราะความพิการเรื้อรังของเด็กเอง นอกจากนี้สาเหตุเสริมคือ การขาดการสนับสนุนทางสังคมเหมาะสม ทำให้เกิดความเลเลาะความต้องการของพ่อแม่ อันได้แก่ ด้านการรักษาสุขภาพ และความต้องการด้านสังคมและจิตใจ ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวอาจแยกตัวอยู่ตามลำพัง โดดเดี่ยว ว้าเหว่ได้

Bristol (1984) ได้รายงานเกี่ยวกับความก้าวหน้า ทางด้านพัฒนาการของความเครียดในครอบครัวว่า ความเครียดดำเนินการมาจากจุดเริ่มต้น คืออิทธิพลทางลบของเด็กออทิสติกต่อครอบครัว และความอยู่รอดของเด็กในชุมชน ขณะที่เด็กยังเล็ก มารดาจะกังวล เรื่องการดูแลที่เด็กไม่รู้จักอันตราย เมื่อโตขึ้นความกังวลของพ่อแม่ จะเปลี่ยนไปสู่การฝึกฝน ให้เด็กรู้จักช่วยเหลือตนเอง การจัดการกับพฤติกรรมในที่สาธารณะ และกังวลกับการที่จะพยายามรักษาสถานภาพ ของครอบครัวไว้ และในวัยหนุ่มสาวพ่อแม่จะเริ่มกังวลเกี่ยวกับปัญหาเรื่องเพศ เช่น การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การดูแลตนเองในช่วงมีระดู และกลัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

กัญญา รัชมนันดา (2534) ได้ศึกษาเรื่องเด็กออทิสติกกับผลกระทบต่อพ่อแม่ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 ราย เป็นบิดา จำนวน 29 ราย มารดา 41 ราย ที่พานบุตรมารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพจิต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ในด้านสุขภาพกาย พบว่า ร้อยละ 7.14 ของบิดามารดา มีอาการทางกายสูงกว่าปกติ ในด้านสุขภาพจิต แบ่งเป็น ความกังวลทั่วไป พบว่า บิดาและมารดา มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปกติ ส่วนความกังวลเฉพาะ พบว่า บิดามารดา มีความกังวลมากในเรื่องอาการของเด็กและในเรื่องแหล่งบริการต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ ความต้องการนักฝึกพูด สถานที่เรียนในอนาคต และคลินิกทันตกรรม เป็นต้น และด้านอารมณ์เศร้า พบว่า ร้อยละ 10 ของทั้งบิดามารดา มีอารมณ์เศร้าสูงกว่าปกติ และสุดท้ายด้านสังคม พบว่า คะแนนที่ได้มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าปกติที่ใช้วัดทุกด้าน

อิชยา เชื้อนมัน (2545) ได้ศึกษาเรื่อง สุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก โดยศึกษาในมารดาเด็กออทิสติกจำนวน 72 ราย ที่พานบุตรมารับบริการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนของมารดาเด็กออทิสติกที่มีภาวะสุขภาพจิตดีเท่ากับมารดาที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี มารดา มีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในระดับสูง และสุขภาพจิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .46, p < .01$)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ พอสรุปได้ว่า การดูแลบุตรออทิสติก มีผลกระทบต่อมารดา ทางด้านความเครียดและการเผชิญความเครียด ซึ่งจะส่งผลให้มารดา มีผลลัพธ์ในการปรับตัวไม่ดี ดังนั้น ผู้เสนอโครงการจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ที่มีต่อผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาเด็กออทิสติก โดยใช้กรอบแนวคิด

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรม เนื้อหาในการดำเนินกิจกรรมใช้ จากการศึกษา การประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัว ของ มนัสวี จำปาเทศ (2546) และแนวคิดทฤษฎีความเครียด การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การ ปรับตัวของ Lazarus & Folkman (1984) โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง 4 ระยะ เพื่อ ช่วยให้เราสามารถมีวิธีการจัดการกับปัญหา สามารถประเมินสถานการณ์ และเผชิญความเครียดจากการ ดูแลบุตรได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีผลลัพธ์การปรับตัวที่ดีขึ้น

6. กรอบแนวคิดการศึกษา

