



ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก
THE EFFECT OF RESILIENCE-ENHANCEMENT PROGRAM ON WELL-BEING AMONG
MOTHERS OF CHILDREN WITH AUTISTIC DISORDER

ชญญพัทธ์ ชินนาค

มหาวิทยาลัยบูรพา

2565

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก



ฉัญญพัทธ์ ชินนาค

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

THE EFFECT OF RESILIENCE-ENHANCEMENT PROGRAM ON WELL-BEING AMONG
MOTHERS OF CHILDREN WITH AUTISTIC DISORDER



THANYAPHAT CHINNAK

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2022

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ รัชฎญพัทธ์ ชินนาค ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร. ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน
(นายแพทย์ เวทิส ประทุมศรี)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่ เดือน พ.ศ.

60920175: สาขาวิชา: การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต; พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

คำสำคัญ: ความแข็งแกร่งในชีวิต ความผาสุก มารดาเด็กออทิสติก

ชัญญพัทธ์ ชินนาค : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก. (THE EFFECT OF RESILIENCE-ENHANCEMENT PROGRAM ON WELL-BEING AMONG MOTHERS OF CHILDREN WITH AUTISTIC DISORDER) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภัทรพร เฮงอุดมทรัพย์ ปี พ.ศ. 2565.

ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยที่สำคัญของมารดาเด็กออทิสติกในการเผชิญปัญหา หรือเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตและทำให้เกิดความผาสุก การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก ที่พานุศรมารับการกระตุ้นพัฒนาการ ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ได้รับการคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (15 คน) และกลุ่มควบคุม (15 คน) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความผาสุก ที่มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 และโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบด้วย กิจกรรมรูปแบบกลุ่มที่เสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการทดลองระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ และการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติกในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (ค่าเฉลี่ย = 72.13, $SD = 7.01$) และระยะติดตามผล 1 เดือน (ค่าเฉลี่ย = 76.67, $SD = 6.57$) สูงกว่าระยะก่อน การทดลอง (ค่าเฉลี่ย = 9.93, $SD = 11.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสามารถ ช่วยเพิ่มความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติกได้ ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขจึงควรนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลมารดาเด็กออทิสติกต่อไป

60920175: MAJOR: PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING; M.N.S.
(PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

KEYWORDS: RESILIENCE WELL-BEING MOTHERS OF CHILDREN WITH AUTISTIC
DISORDER

THANYAPHAT CHINNAK : THE EFFECT OF RESILIENCE-ENHANCEMENT
PROGRAM ON WELL-BEING AMONG MOTHERS OF CHILDREN WITH AUTISTIC
DISORDER. ADVISORY COMMITTEE: DUANGJAI VATANASIN, Ph.D., PORNPAT
HENGUDOMSUB, Ph.D. 2022.

Resilience is an important factor for mothers of autistic children in facing problems or critical events in their lives and ensuring their well-being. The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of resilience-enhancement program on well-being among mothers of children with autistic disorder who accompanied the child to receive development stimulation program at the development stimulation clinic, Rajanagarindra Institute of Child and Adolescent Mental Health. Thirty participants who met the inclusion criteria were randomly selected and assigned into either the experimental group ($n = 15$) and the control group ($n = 15$). The research instruments included the personal data recorded form and the well-being questionnaire with a Cronbach's alpha of .84, and the resilience-enhancement program. The group activities in this program were divided into 8 sessions, one session per week for 8-week period. The control group received regular nursing care. Data collection was conducted from December, 2020 to February, 2021. Descriptive statistics, independent t -test, two-way repeated measures ANOVA and pairwise comparison using the Bonferroni method were employed to analyze the data.

The results showed that the experimental group had the mean scores of well-being at post-test and 1-month follow-up significantly higher than the control group at $p < .001$. In the experimental group, the mean scores of well-being at post-test (Mean = 72.13, $SD = 7.01$), and 1 month follow-up (Mean = 76.67, $SD = 6.57$) were lower than at pre-test (Mean = 59.93, $SD = 11.12$) with $p < .01$

The results revealed that this program could effectively increase well-being among mothers of children with autistic disorder. Therefore, nurses and related health care providers could apply this program to enhance well-being among these mothers.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา รูปแบบการจัดทำวิทยานิพนธ์ในส่วนต่าง ๆ ตลอดจนข้อบกพร่อง ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอตลอดมา จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่อนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนคณาจารย์ในสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวก ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาที่ให้ชีวิต คำสั่งสอน และเป็นตัวอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิตเสมอมา ขอขอบคุณน้องสาว บุตรหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ที่มีส่วนให้การช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจเป็นอย่างดี ประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแค้นบุพการี และผู้มีอุปการะทุกท่าน

ธัญญพัทธ์ ชินนาค

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ	ซ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญรูปภาพ	ฉ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
สมมติฐานการวิจัย	8
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย	11
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
บทที่ 2	12
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
เด็กออทิสติกและบทบาทการดูแลของมารดา	12
ความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก.....	29
ความแข็งแรงในชีวิตของมารดาเด็กออทิสติก	33
โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตสำหรับมารดาเด็กออทิสติก.....	37
บทที่ 3	41

วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	46
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	47
การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	48
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
บทที่ 4	55
ผลการวิจัย	55
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง	56
ตอนที่ 2 ข้อมูลความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติกและผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุก ของมารดาเด็กออทิสติก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อน	61
ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก ในระยะ ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล	62
บทที่ 5	66
สรุปและอภิปรายผล	66
สรุปผลการวิจัย	66
การอภิปรายผล	67
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	73
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	74
บรรณานุกรม	75
ภาคผนวก	85
ภาคผนวก ก	86

ภาคผนวก ข	88
ภาคผนวก ค	96
ภาคผนวก ง.....	99
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	107



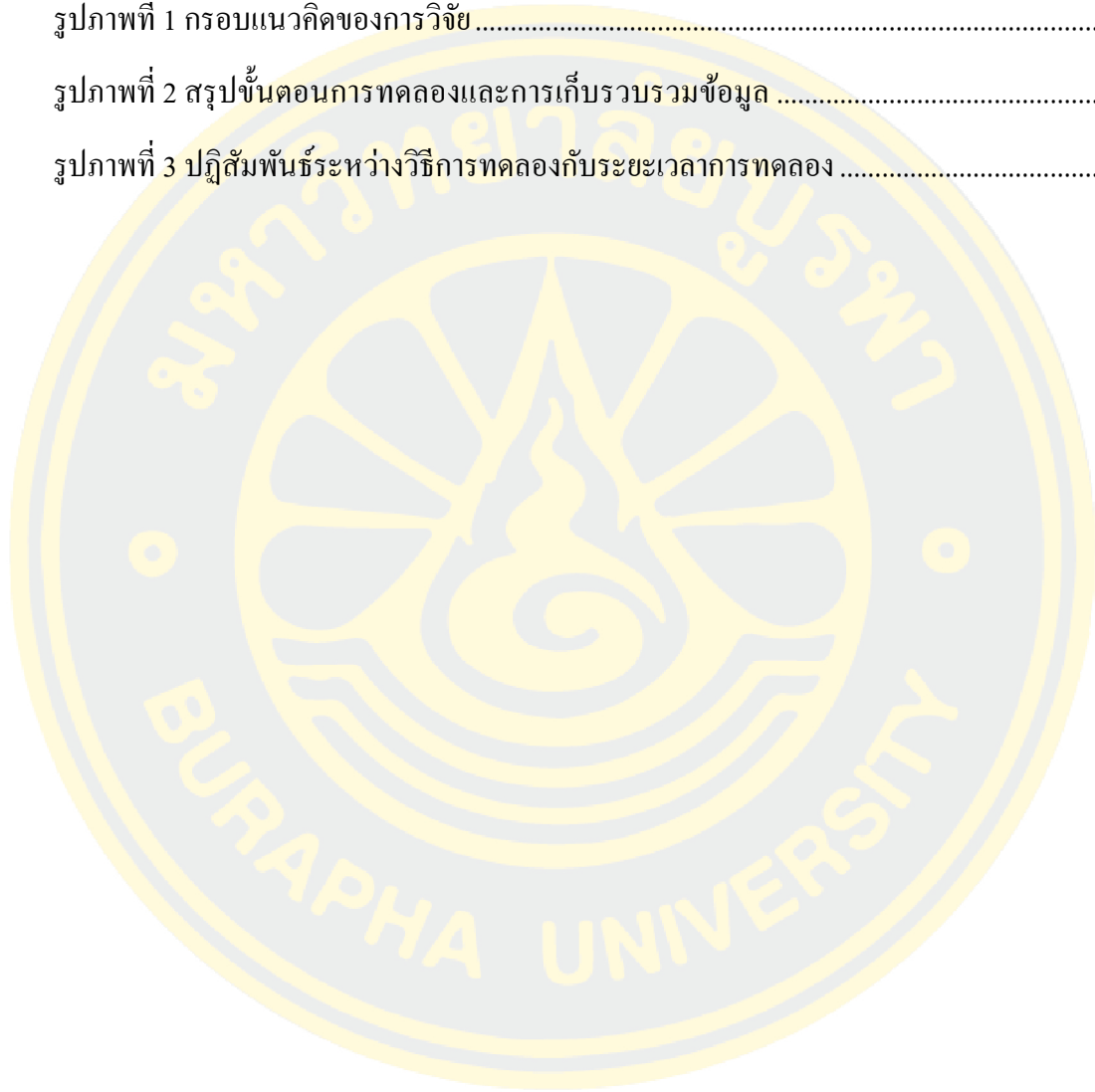
สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของมารดาเด็กออทิสติกจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน (n = 30)	56
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของเด็กออทิสติก จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน (n = 30)	59
ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของมารดาเด็กออทิสติก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน	61
ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของมารดาเด็กออทิสติกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง	62
ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของมารดาเด็กออทิสติก ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง.....	62
ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของมารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน.....	64

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย	10
รูปภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	53
รูปภาพที่ 3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง	63



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กออทิสติก (Children with autism disorder or autism spectrum disorder) เป็นปัญหาทางจิตเวชเด็กที่สำคัญและพบได้บ่อย ปัจจุบันมีเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกทั้งในส่วนของประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกสูงขึ้น จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2021) พบว่า มีเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกของทุกประเทศทั่วโลกคิดเป็นอัตราเฉลี่ย 1: 160 คน โดยประเทศสหรัฐอเมริกาพบมีอัตราความชุกของเด็กออทิสติกต่อเด็กปกติเท่ากับ 1: 44 คน (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021) สำหรับในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2564 เด็กออทิสติกมาเข้ารับบริการเพื่อฟื้นฟูและกระตุ้นพัฒนาการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 35.75 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ส่วนสถิติของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (2564) ที่เป็นสถาบันหลักในการทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลเด็กที่มีความผิดปกติทางจิตเวชหรือเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช พบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 1,091 ราย โดยมีจำนวนสูงเป็นอันดับที่สองรองจากโรคสมาธิสั้น แสดงให้เห็นว่า ปัจจุบันทั้งในส่วนของประเทศไทยและทั่วโลกมีจำนวนเด็กออทิสติกที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตค่อนข้างมากซึ่งถือเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ

เด็กออทิสติกเป็นเด็กอายุตั้งแต่ 3 ขวบขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (APA, 2013) ว่าเป็นโรคออทิสติก (Autism spectrum disorder) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เด็กมีความบกพร่องทางด้านพัฒนาการใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น ไม่สบตาเวลาพูด ชอบเล่นตามลำพังคนเดียว ไม่สามารถเล่นหรือปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ทางสังคมได้ด้านภาษาและการสื่อสาร เช่น พูดซ้ำ พูดภาษาแปลก ๆ บอกความต้องการโดยการชี้นิ้ว ด้านอารมณ์และพฤติกรรมมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมและควบคุมไม่ได้ มีพฤติกรรมซ้ำซาก เช่น เล่นซ้ำ ๆ มองซ้ำ ๆ สนใจในรายละเอียดมากเกินไป และทำกิจกรรมเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่อง ไม่ยืดหยุ่น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) โดยจะพบลักษณะอาการเหล่านี้อย่างชัดเจนก่อนอายุ 3 ปี (สุภาภักดิ์ เกตราสุวรรณ, 2559) ซึ่งความผิดปกติที่เกิดขึ้น ไม่ได้เป็นผลมาจากความผิดปกติของพัฒนาการทางสติปัญญา (ทวิศักดิ์ ลีวิรัตน์เรขา, 2561) เด็กออทิสติกบางรายอาจพบอาการร่วมอื่นได้ เช่น ชน ไม่มีสมาธิ หรืออาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่นได้ จากความผิดปกติดังกล่าว ทำให้เด็กออทิสติก

ไม่สามารถเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ไม่สามารถแสดงศักยภาพได้อย่างเต็มที่ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ต้องการการดูแล และการช่วยเหลือมากเป็นพิเศษ (ดวงใจ พันธภาค, 2553) รวมทั้งต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นเพื่อช่วยให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

การดูแลเด็กออทิสติกที่มีประสิทธิภาพต้องใช้วิธีการบำบัดที่ผสมผสานทั้งแบบไม่ใช้ยา และการใช้ยา โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ ดีขึ้น ลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขหรือใกล้เคียงกับปกติ ปัจจุบันการบำบัดส่วนใหญ่มักเน้นการบำบัดแบบไม่ใช้ยาเป็นหลัก ได้แก่ การกระตุ้นพัฒนาการ (ภาคินี มานะแท้, 2556) การกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้าน การฝึกการออกเสียง หรือการเรียบเรียงประโยคในการสื่อสาร การฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกาย การลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการเสริมสร้างพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม โดยเฉพาะทักษะทางสังคม เช่น การสบตา การมีส่วนร่วม เข้าใจผู้อื่น และการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2561) การฝึกเล่นร่วมกับผู้อื่น เช่น เกมกระดาน เป็นต้น (บุรินทร์ นิติธรรมานุสรณ์, ชนิดา มิตรานันท์ และกนกพร วิบูลพัฒนะวงศ์, 2564) การบำบัดแบบไม่ใช้ยานี้จำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น และลดความรุนแรงของอาการด้านต่าง ๆ ลง ส่วนการบำบัดแบบใช้ยามักใช้ในกรณีที่เด็กออทิสติกที่มีอาการหรือความผิดปกติด้านอารมณ์ และพฤติกรรมรุนแรง ยาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยาทางจิตเวชที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและสมอง (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และใช้ในการควบคุมพฤติกรรมเท่านั้น หากเด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ก็สามารถหยุดใช้ยาได้ การดูแลช่วยเหลือและบำบัดเด็กออทิสติกอย่างถูกวิธี และเหมาะสมถือเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการส่งเสริมพัฒนาการ การจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติ รวมทั้งช่วยให้เด็กสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข

มารดาเด็กออทิสติกเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กออทิสติกและเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการเจ็บป่วยของบุตรมากที่สุด (นันทรัตน์ พิทักษ์บุตร, 2550) เพราะเป็นผู้ให้กำเนิดและดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด มารดาที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักมีคาดหวังว่าบุตรต้องมีความสุขภาพแข็งแรง มีพัฒนาการและสติปัญญาที่สมบูรณ์ มารดาจึงมักดูแลเอาใจใส่ให้ความรัก ความปลอดภัยกับบุตรเป็นพิเศษในช่วงระยะ 3 ปีแรก (กรมอนามัย, 2561) ซึ่งถือเป็นช่วงที่มีพัฒนาการอย่างรวดเร็วทางด้านร่างกาย สมอง สติปัญญา ความคิด ภาษาการสื่อสาร และการเคลื่อนไหว (สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560) เมื่อมารดาที่มีบุตรออทิสติกเริ่มสังเกตได้ว่าบุตรของตนเองมีพัฒนาการล่าช้า หรือมีความผิดปกติ เช่น ไม่สบตา ไม่พูดออกเสียงเป็นประโยค ย่อมทำให้รู้สึกวิตกกังวลกับตัวเองหรือเครียด จนต้องพามารดาขอรับคำปรึกษา เมื่อมารดาทราบว่าบุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก

ส่วนใหญ่มักรู้สึกตกใจ สับสน เครียด ผิดหวัง หรือเสียใจ (ประภัสสร ฉันทศิริเวช, 2556) รวมทั้งจะต้องเตรียมตัวในการฝึกสอนบุตรให้สามารถช่วยเหลือตนเอง และฝึกทักษะพื้นฐานเพื่อที่จะอยู่ได้ในสังคม (เนตรชนก รินจันทร์ และนงนุช โรจนเลิศ, 2558) เพราะเด็กกลุ่มนี้จะต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีหลังจากที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก เนื่องจากเป็นวิธีการที่ช่วยให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการที่ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด (กิ่งสร เกาะประเสริฐ, 2561)

มารดาเด็กออทิสติกเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย การออกกำลังกาย การรับวัคซีนและส่งเสริมภูมิคุ้มกัน ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ เช่น การกระตุ้นประสาทสัมผัส ทั้ง 5 ด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพการฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ด้านความปลอดภัย ได้แก่ การจัดพื้นที่ปลอดภัยสำหรับเด็กออทิสติกในบ้าน การแยกเก็บสิ่งของที่อาจก่อให้เกิดอันตรายกับเด็กด้านจิตใจ ได้แก่ การส่งเสริมความรักความผูกพัน การโอบกอดสัมผัสกัน ด้านการส่งเสริมการศึกษาพิเศษโดยมีส่วนร่วมกับผู้รู้ใน โรงเรียนเพื่อช่วยกระตุ้นพัฒนาการทางสังคม ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมและติดตามพัฒนาการ ประเมินและส่งเสริมความสามารถในการอ่านหรือเขียน (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) รวมทั้งพาบุตรไปรับการบำบัดที่สถานบริการสุขภาพ เพื่อกระตุ้นพัฒนาการ ฝึกปรับพฤติกรรม หรือฝึกพูดออกเสียง โดยมารดาเด็กออทิสติกต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคมแก่เด็กออทิสติกเพื่อให้สามารถดูแลบุตรได้อย่างเหมาะสม ทำให้บุตรมีพัฒนาการดีขึ้นและสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้

มารดาเด็กออทิสติกถือเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลเด็กออทิสติกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ โดยผลกระทบด้านร่างกายส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลบุตรออทิสติกเป็นระยะเวลายาวนานอย่างต่อเนื่องเกือบตลอดทั้งวัน จากการศึกษาพบว่า มารดา ร้อยละ 36.90 ใช้ระยะเวลาในการดูแลเด็กออทิสติกเฉลี่ยประมาณวันละ 9-16 ชั่วโมง และร้อยละ 36.30 ใช้เวลาในการดูแลเด็กออทิสติกเฉลี่ยสูงถึงวันละ 17-24 ชั่วโมงต่อวัน (รัชตวรรณ โอพาพิริยะกุล, 2557) การที่มารดาเด็กออทิสติกต้องดูแลบุตรอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานทำให้มีเวลาพักผ่อนน้อย รู้สึกอ่อนล้าและอ่อนเพลียมากกว่ามารดาเด็กทั่วไป (กุลิศรา พิศาลเอก, 2557) จากการศึกษา พบว่า มารดาเด็กออทิสติกที่มารับการรักษาที่สถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 14.80 มีภาวะสุขภาพทั่วไปไม่ดี (สุภาพ ชุมวิรัตน์, 2552) แสดงให้เห็นว่ามารดาเด็กออทิสติกที่ดูแลเด็กออทิสติกเป็นระยะเวลายาวนานมักส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและภาวะสุขภาพ

สำหรับผลกระทบด้านจิตใจของมารดาเด็กออทิสติกเกิดจากหลากหลายสาเหตุ ทั้งในส่วนของความรู้สึกผิดหวัง เสียใจ เครียดหรือสับสน เนื่องจากบุตรไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวัง (ประภัสสร ฉันทศิริเวช, 2556) รวมทั้งการเผชิญกับพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น พฤติกรรมที่ทำซ้ำ ๆ

พฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้มารดาต้องหาวิธีจัดการหรือควบคุมอาการต่าง ๆ เหล่านี้ จึงมักมีความเครียด ความทุกข์ ท้อแท้ หดแรงแง และสิ้นหวัง (จิราภา ศรีรัตน์, 2560) รู้สึกอับอายและไม่เป็นที่ยอมรับ ของสังคม (กุลิสรา พิศาลเอก, 2557) รู้สึกลำบากใจที่ต้องเผชิญกับปฏิกิริยาแง่ลบของบุคคลในสังคม ขณะที่พาบุตรไปในที่สาธารณะหรือเข้าสังคม (จิราภา ศรีรัตน์, 2560) มารดาเด็กออทิสติกที่ดูแล บุตรออทิสติกเป็นระยะเวลายาวนานและปรับตัวไม่ได้ มักเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะเครียด วิตกกังวล (ภาคินี มานะแท้, 2556) และซึมเศร้า (รจนา สงวนดี และจินตนา ยูนิพันธ์, 2561) การดูแลเด็กเป็นระยะเวลายาวนานมักกระทบความสงบสุขในการดำเนินชีวิตและความผาสุก (จินตนา ประจวบพงษ์พีชร์, 2564) (จินตนา ประจวบพงษ์พีชร์ และคณะ, 2564) จากการศึกษาพบว่า มารดาเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 54.20 มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี (พดุมศักดิ์ จันทราทิพย์, 2553) ส่วนมารดาเด็กออทิสติก ที่พาบุตรมาเข้ารับการศึกษาที่ศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษาที่ 5 จังหวัดสุพรรณบุรี ร้อยละ 50 มีความเครียดระดับสูง และร้อยละ 10 มีความเครียดระดับรุนแรง (ปวีดา โพธิ์ทอง, สุพัตรา จันทร สุวรรณ, สุนทรีย์ ชะชาตย์ และเสาวลักษณ์ แสนฉลาด, 2557) ส่วนมารดาเด็กออทิสติกที่มารับการ รักษาที่สถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 14.80 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 5.20 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (สุภาพ ชูณวิรัตน์, 2552)

มารดาเด็กออทิสติกยังได้รับผลกระทบด้านสังคมที่เกิดจากการดูแลบุตรออทิสติก เป็นระยะเวลายาวนานทำให้มีกิจกรรมทางสังคมน้อยลง (จิราภา ศรีรัตน์, 2560) บางรายจำเป็นต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลบุตรอย่างเต็มที่ ทำให้ครอบครัวต้องแบกรับค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทั้งในส่วนของการดูแลและช่วยเหลือเด็ก เช่น การเดินทางเพื่อพาบุตรไปเข้ารับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับ บริการด้านสุขภาพเพื่อกระตุ้นพัฒนาการและฟื้นฟูสมรรถภาพ ค่าใช้จ่ายสำหรับการศึกษาพิเศษ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว โดยครอบครัวที่มีเด็กออทิสติกมักมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า ครอบครัวทั่วไป (ขนิษฐา หะยิมะแซ, 2559) การดูแลเด็กออทิสติกยังส่งผลกระทบต่อ สภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ จากการสำรวจค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กออทิสติกที่มารับ บริการด้านสุขภาพในต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ ประเทศสวีเดน ประเทศเนเธอร์แลนด์ เฉลี่ยประมาณ 45,000 บาทต่อคนต่อเดือน (Lucja & Cristian, 2021) การทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า มารดาเด็กออทิสติกที่ต้องดูแลเด็กออทิสติก เป็นระยะเวลายาวนานและต่อเนื่อง มักมีผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวล้วนส่งผลต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก

ความผาสุก (Well-being) เป็นการประเมินหรือการรับรู้ของมารดาเด็กออทิสติก ที่มีต่อความรู้สึกภายในตนเองในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งซึ่งมีทั้งความรู้สึกในด้านบวก ได้แก่ การรับรู้

ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปดี (General health) สามารถควบคุมตนเอง (Self-control) รู้สึกเป็นสุข (Positive well-being) มีชีวิตชีวา (Vitality) และความรู้สึกในด้านลบได้แก่ มีความวิตกกังวล (Anxiety) และภาวะซึมเศร้า (Depression) (Dupuy, 1977) ซึ่งมารดาเด็กออทิสติกที่มีความผาสุก มักมีความรู้สึกด้านบวกมากกว่าด้านลบ โดยรับรู้ว่าคุณภาพโดยทั่วไปดีมีความรู้สึกเป็นสุข รู้สึกมีชีวิตชีวา สามารถควบคุมตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมหรือแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรออทิสติกได้เป็นอย่างดี สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่มีความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามจากบทบาทหน้าที่การดูแลบุตรอย่างต่อเนื่อง ภาระการดูแล รวมถึงการจัดการกับประเด็นปัญหาที่อาจเกิดจากความผิดปกติของบุตร มักส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งส่งผลกระทบต่อความผาสุก และคุณภาพชีวิตของมารดาด้วย จากการศึกษาพบว่า มารดาเด็กออทิสติกที่พบบุตรมารับการรักษาแบบไปกลับ ที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ มีความผาสุกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 65.12, SD = 13.64$) (วาสนา เกษมสุข, 2545) แสดงให้เห็นว่ามารดาเด็กออทิสติกจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความผาสุกให้เพิ่มขึ้นเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การเสริมสร้างความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติกเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากความผาสุกถือเป็นเครื่องบ่งชี้ที่สำคัญในการระบุว่ามารดาเด็กออทิสติกนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการใช้ชีวิตของบุคคลที่มีความสุขภาพโดยทั่วไปดี ถ้ามารดาเด็กออทิสติกมีความผาสุกสูงก็จะสามารถดูแลและจัดการสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตได้เป็นอย่างดี สามารถดูแลบุตรออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุตรได้รับการส่งเสริมหรือกระตุ้นพัฒนาการและสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขอันเป็นการช่วยลดภาระของสังคมและประเทศชาติลง อย่างไรก็ตามปัจจุบันพบการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติกค่อนข้างน้อย รวมทั้งความผาสุกนั้นเป็นการรับรู้ของบุคคลซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่หลากหลาย ได้แก่ อายุ (วาสนา เกษมสุข, 2545) ระดับการศึกษา (รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539) รายได้ (อรินทร์ จรุงสิทธิ์, 2554) ระดับความรุนแรงของโรค (สุพัฒน์ศิริ บุญยะวัตร, รัชณี สรรเสริญ, และวรรณภา อัสวชัยสุวิกรม, 2546) ระยะเวลาในการดูแล (รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539) ความแข็งแกร่งในชีวิต (ภาทิณี เศษชัยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2563) ความหวัง (จันทนา เตชะคฤห, 2540) และการสนับสนุนทางสังคม (สุพัฒน์ศิริ บุญยะวัตร และคณะ, 2546) ปัจจัยเหล่านี้อาจมีอิทธิพลต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติกหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชหรือโรคเรื้อรัง แต่การดำเนินการเพื่อเสริมสร้างความผาสุกให้กับมารดาเด็กออทิสติกนั้น จำเป็นต้องจัดกระทำหรือส่งเสริมปัจจัยภายในตัวของบุคคลที่มีอิทธิพลกับความผาสุกมากที่สุด

การเสริมสร้างความผาสุกนั้นจำเป็นต้องส่งเสริมศักยภาพภายในตัวให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยพื้นฐานภายในตนเองที่สำคัญของบุคคลในการช่วยให้บุคคลก้าวข้ามผ่านปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี รวมทั้งเป็นปัจจัยที่สามารถพัฒนาหรือเสริมสร้างได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมักรู้จักและเข้าใจเป็นอย่างดี สามารถรับรู้ความสามารถ และแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี จัดการปัญหาหรือสถานการณ์ก่ดดันได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีเป้าหมายในชีวิตและมีความสุขเพิ่มขึ้น (Harms, Brady, Wood, & Silard, 2018) หากมารดาเด็กออทิสติกซึ่งเป็นผู้ที่กำลังเผชิญกับสถานการณ์การดูแลบุตรออทิสติกอันเป็นสภาวะที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอึดอัด กัดดัน หรือเป็นทุกข์ทรมาน ได้รับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้เพิ่มมากขึ้นก็จะรู้จักและเข้าใจตนเอง มีทัศนคติที่ดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีแหล่งสนับสนุน มีทักษะการสื่อสาร การแก้ปัญหา และการควบคุมอารมณ์ที่ดี เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ก่ดดันที่เกิดจากการดูแลบุตรออทิสติกก็จะสามารถจัดการกับสถานการณ์และประเด็นปัญหาต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างผาสุก

ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการเผชิญปัญหาและต่อสู้กับสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิตให้สามารถผ่านพ้นไปได้ (Grotberg, 1995) ความแข็งแกร่งในชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญสามประการ ได้แก่ ด้านฉันเป็น... (I am) ซึ่งเป็นความรู้สึก ทัศนคติ และความเชื่อที่มีต่อตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นอิสระ และรับผิดชอบการกระทำตนเอง มีความหวัง มีความเชื่อมั่น และศรัทธาในตนเอง ด้านฉันมี... (I have) เป็นการรับรู้ว่าตนเองมีแหล่งสนับสนุนภายนอก ได้แก่ มีสัมพันธภาพที่ดี ได้รับการสนับสนุนในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง สามารถเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ การศึกษา สวัสดิภาพ และความปลอดภัยในชีวิต และฉันสามารถ... (I can) เป็นการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถหรือทักษะทางสังคม ได้แก่ ทักษะการสื่อสารการแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์ บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะเป็นผู้ที่รู้จักและเข้าใจตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีแหล่งสนับสนุน มีทักษะทางสังคมทั้งในส่วนของสื่อสาร การแก้ปัญหา และการควบคุมอารมณ์ที่ดี ผู้ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิตก็สามารถลุกขึ้นต่อสู้กับปัญหาและยืนหยัดได้เป็นอย่างดี จึงไม่มีภาวะซึมเศร้า (Taylor, 2016) และมีความสุข (ชัยญาภรณ์ ดาวน์พเก้า, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = .240, p < .01$) (ภาคินี เดชชัยยศ, 2563) ส่วนมารดาเด็กออทิสติกที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมักมีความเครียดต่ำ และไม่มีภาวะซึมเศร้า (Olsson &

Hwang, 2002) แต่การศึกษาพบว่า มารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความแข็งแกร่งในชีวิตปานกลาง (Bayda'a & Jacoub, 2012) หากมารดาเด็กออทิสติกมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมักเป็นผู้ที่รู้จักและเข้าใจความรู้สึกของตนเอง เชื่อกันว่าตนเองมีศักยภาพในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของบุตรได้ มีความหวัง และศรัทธาในตนเอง เชื่อกันในตนเองว่าจะสามารถดูแลบุตรได้เป็นอย่างดี รู้สึกมีคุณค่า รับรู้ว่าคุณค่าของตนเองมีแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวที่จะช่วยเหลือในการ ดูแลบุตรได้ มีการสื่อสารที่ดี มีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถควบคุมและจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมของบุตรได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาพบว่าครอบครัวเด็กออทิสติก ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้น (Kotera et al., 2021) บุตรมีพัฒนาการดีขึ้นและมีความต้องการในการดูแลลดลง มารดาจึงมีเวลาพักผ่อนมากขึ้น สามารถจัดสรรเวลาในการทำกิจกรรมทางสังคมอื่นได้ มีภาวะสุขภาพทั่วไปดี สามารถควบคุมตนเองได้ รู้สึกมีความสุข มีชีวิตชีวา ไม่มีความวิตกกังวล และไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้สำคัญที่แสดงให้เห็นว่า มารดาเด็กออทิสติกมีความผาสุกเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า มารดาเด็กออทิสติกเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล ส่งเสริมพัฒนาการ และช่วยเหลือเด็กออทิสติกเป็นอย่างมาก เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านสังคมใกล้เคียงกับเด็กวัยเดียวกันและสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งการดูแลเด็กออทิสติกต้องกระทำตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการทางสังคมที่ดีขึ้นและสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี การดูแลเด็ก ออทิสติกอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานมักส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตและความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก การส่งเสริมให้มารดาเด็กออทิสติกมีความผาสุกเพิ่มขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพราะจะช่วยให้มารดาเด็กออทิสติกสามารถดูแลบุตรออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เด็กสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข รวมทั้งมารดา มีภาวะสุขภาพที่ดี มีความสุข สามารถควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ไม่มีวิตกกังวล หรือไม่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้ใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลมารดาเด็กออทิสติก

ปัจจุบันในประเทศไทยยังพบการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความผาสุกโดยตรง ในมารดาเด็กออทิสติกค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมมารดาเด็ก ออทิสติกในด้านอื่น เช่น การเสริมสร้างความสามารถในการดูแล (สุชาวลี พันธุ์พงษ์, 2562) การให้ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (ฉันทจิตา สุภศิริ, อรวรรณ หนูแก้ว และวันดี สุทธรังษี., 2560) และการ จัดการความเครียดแบบผสมผสาน (เสาวภาคย์ ทัดสิงห์, ชมชื่น สมประเสริฐ และพนิดา

ศิริอำพันธ์กุล, 2560) ซึ่งความผาสุกถือเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเองในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่มีปัจจัยหลากหลายมาเกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายในและสิ่งแวดล้อม แต่บางครั้ง การส่งเสริมให้บุคคลมีความผาสุกเพิ่มขึ้นอย่างยั่งยืนอาจไม่สามารถดำเนินการหรือจัดกระทำได้โดยตรงแต่จำเป็นต้องส่งเสริมหรือเสริมสร้างปัจจัยภายในตัวเองที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกเพื่อให้มารดาเด็กออทิสติกมีการรับรู้ต่อตนเองในทางบวกเพิ่มขึ้น และมีความผาสุกเพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยภายในตนเองที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก แต่ปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเพื่อให้มารดาเด็กออทิสติกมีความผาสุกเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะสุขภาพจิตของเด็กที่มีความผิดปกติทางจิตเวชและครอบครัวจึงสนใจศึกษาผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก โดยประยุกต์แนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (1995) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้มารดาเด็กออทิสติกมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้นสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีความผาสุกเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติกในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติกที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. มารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน

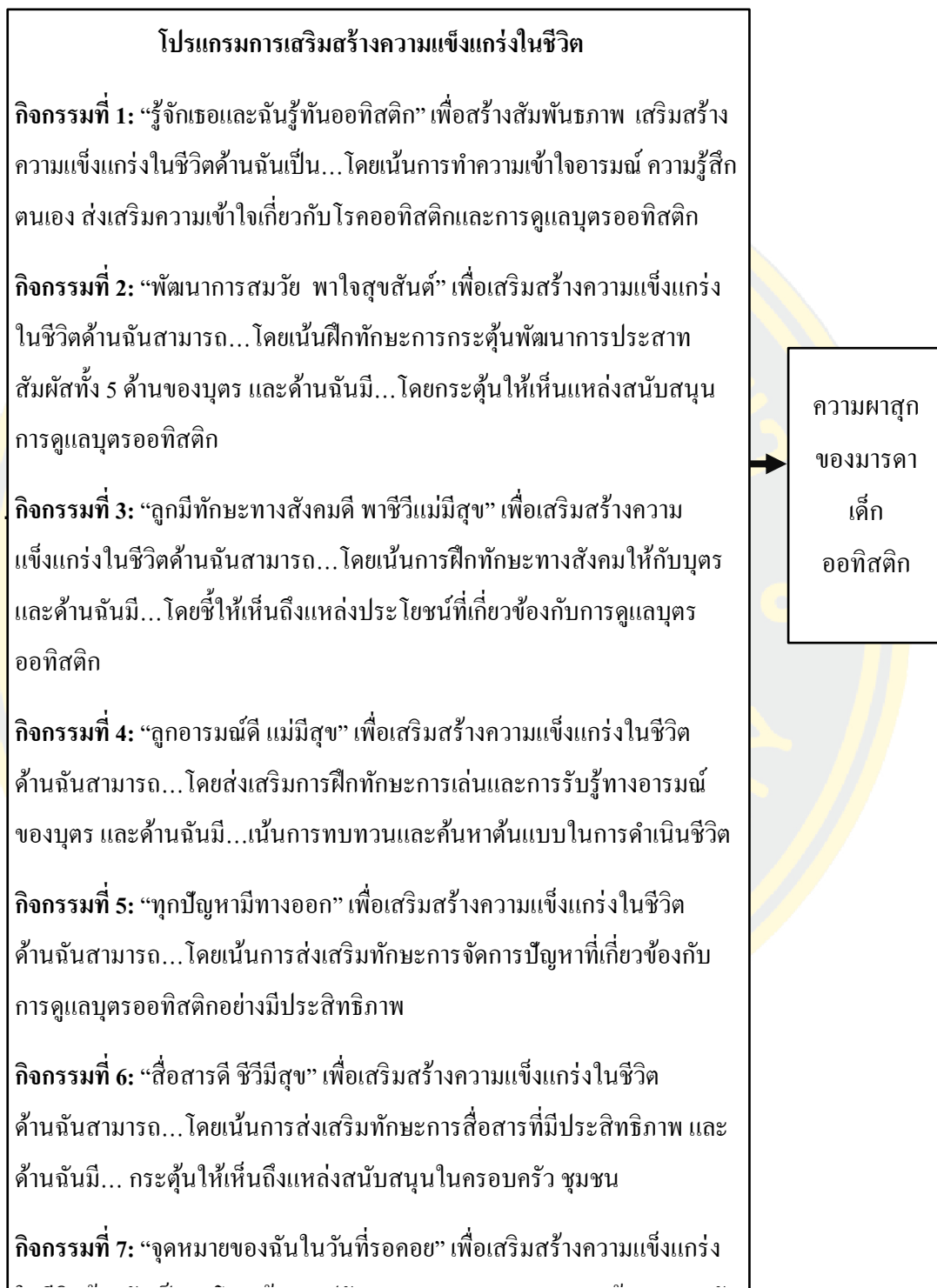
กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการศึกษานี้พัฒนามาจากแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (1995) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดย Grotberg (1995) กล่าวว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาและสามารถต่อสู้กับสถานการณ์วิกฤติในชีวิตให้ผ่านพ้นไปได้ หากบุคคลมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่กีดกันในชีวิตก็จะสามารถจัดการกับสถานการณ์เหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการรับรู้ตนเองในด้านบวกและไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลให้มีความสุขในชีวิตเพิ่มขึ้น ความแข็งแกร่งในชีวิตประกอบด้วย 3 ประการ ได้แก่ ฉันเป็น... (I am) ฉันมี... (I have) และฉันสามารถ... (I can) โดยบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมักเป็นผู้ที่ความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันเป็น... (I am) สูง โดยรู้จักและเข้าใจตนเองมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเองด้านฉันมี... (I have) รับรู้ว่าตนเองมีแหล่งสนับสนุน มีบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือและด้านฉันสามารถ... (I can) โดยมีทักษะการสื่อสาร การแก้ปัญหา การควบคุมอารมณ์ที่ดีสามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรคได้เป็นอย่างดี หากบุคคลมีความแข็งแกร่งในชีวิตทั้งสามด้านสูงขึ้นไปก็มักสามารถบริหารจัดการเรื่องราวต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี มีเวลาพักผ่อนและทำกิจกรรมทางสังคม มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปที่ดี สามารถควบคุมหรือกำกับตนเองได้ รู้สึกมีชีวิตชีวา มีความสุข ไม่มีภาวะวิตกกังวล หรือไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นเครื่องหมายสำคัญที่บ่งบอกว่ามีความสุขเพิ่มขึ้น

สำหรับมารดาเด็กออทิสติกที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิต โดยต้องดูแลบุตรที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติก ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มีความบกพร่องทางด้านการพัฒนาการทางสังคม มีพฤติกรรมที่ผิดปกติทำให้มารดาต้องดูแลบุตรอย่างใกล้ชิดและยาวนานซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้มารดามีความสุขลดลง หากมารดาเด็กออทิสติกได้รับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตครบทั้งสามด้าน ก็จะเป็นผู้ที่เข้าใจความรู้สึกเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองว่าจะสามารถดูแลบุตรได้เป็นอย่างดี มีความหวัง และศรัทธาในตนเอง มีคุณค่าในตนเอง สามารถใช้แหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีทักษะการสื่อสารที่ดี สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ สามารถควบคุมและจัดการกับอาการของบุตรได้เป็นอย่างดี บุตรมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ต้องการการดูแลลดลง มารดามีเวลาในการพักผ่อนหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้นทำให้รับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพทั่วไปที่ดี สามารถควบคุมตนเองได้ดี รู้สึกมีความสุข รู้สึกมีชีวิตชีวา ไม่มีความวิตกกังวล และไม่มีการซึมเศร้า อันแสดงให้เห็นว่ามารดาเด็กออทิสติกมีความสุขเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถสรุปความสัมพันธ์ดังกล่าวได้ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563-เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความผาสุก (Well-being) เป็นการรับรู้ของมารดาเด็กออทิสติกที่มีต่อความรู้สึกภายในตนเองในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยมารดาเด็กออทิสติกที่มีความผาสุกสูง มักมีการรับรู้ในด้านบวกมากกว่าด้านลบความผาสุกประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health) การควบคุมตนเอง (Self-control) ความรู้สึกเป็นสุข (Positive well-being) ความมีชีวิตชีวา (Vitality) ความวิตกกังวล (Anxiety) และภาวะซึมเศร้า (Depression) ประเมินโดยใช้แบบประเมินความผาสุกของ Dupuy (1977) แปลเป็นไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล, ประครอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุฒวันนะ (2532)

โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมการพยาบาลแบบกลุ่มสำหรับมารดาเด็กออทิสติกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์แนวความคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (1995) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายสำคัญในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตทั้งสามด้าน ได้แก่ ฉันเป็น... (I am) ฉันมี... (I have) และฉันสามารถ... (I can) เพื่อให้มารดาเด็กออทิสติกมีความผาสุกเพิ่มขึ้น โปรแกรมฯ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลในรูปแบบกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์

การพยาบาลตามปกติ คือ กิจกรรมการพยาบาลที่มารดาเด็กออทิสติกได้รับจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โดยเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก แผนการรักษา การเสริมสร้างทักษะมารดาในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการบุตรออทิสติกและการปรับพฤติกรรม การจัดทำอุปกรณ์ในการกระตุ้นพัฒนาการเองที่บ้าน รวมทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลในกรณีที่มารดาเด็กออทิสติกต้องการความช่วยเหลือ มีปัญหาในการดูแลบุตรหรือปัญหาสุขภาพจิตอื่น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก ซึ่งผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นสำคัญดังนี้

1. เด็กออทิสติกและบทบาทการดูแลของมารดา
2. ความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก
3. ความแข็งแกร่งในชีวิตของมารดาเด็กออทิสติก
4. โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของมารดาเด็กออทิสติก

เด็กออทิสติกและบทบาทการดูแลของมารดา

ออทิสติก (Autism spectrum disorder) เป็นปัญหาทางจิตเวชเด็กที่สำคัญและพบได้บ่อย ปัจจุบันพบว่ามีจำนวนเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกทั้งในส่วนของประเทศไทย และประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกสูงขึ้นจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) พบว่ามีเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกของทุกประเทศทั่วโลกคิดเป็นอัตราเฉลี่ย 1: 160 คน โดยประเทศสหรัฐอเมริกาพบอัตราความชุกของเด็กออทิสติกต่อเด็กปกติเท่ากับ 1: 44 คน (CDC, 2021) สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีเด็กออทิสติกมาเข้ารับบริการเพื่อฟื้นฟูและกระตุ้นพัฒนาการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 35.75 ส่วนสถิติของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (2564) (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2564) ที่เป็นสถาบันหลักในการทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลเด็กที่มีความผิดปกติทางจิตเวชหรือเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช พบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 1,091 ราย โดยมีจำนวนสูงเป็นอันดับที่สองรองจากโรคสมาธิสั้น(สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2564) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ปัจจุบันประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีจำนวนเด็กออทิสติกที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตค่อนข้างมาก ซึ่งถือเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ

เด็กออทิสติก (Children with autism spectrum disorder) เป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (APA, 2013)ว่าเป็นออทิสติก (Autism spectrum disorder) โดยจะมีพฤติกรรมบกพร่องอย่างชัดเจนในการสื่อสารทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในบริบทที่หลากหลาย (Social communication and social interaction)

และมีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัดซ้ำ ๆ (Restricted, repetitive patterns of behavior, interest or activities) ซึ่งอาการเหล่านี้จะต้องอยู่ในช่วงพัฒนาการขั้นต้นและไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของพัฒนาการทางสติปัญญาและมักพบความผิดปกติบางอย่างที่สังเกตได้ตั้งแต่อายุไม่เกิน 3 ปี

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสติก

เกณฑ์การวินิจฉัยออทิสติก (Autism spectrum disorder) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (APA, 2013) ว่าประกอบด้วย

1. มีความบกพร่องในด้านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ในสังคมในบริบทต่าง ๆ โดยมีอาการปรากฏให้เห็นหรือได้ข้อมูลจากประวัติดังต่อไปนี้
 - 1.1 มีความบกพร่องในปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตั้งแต่ความผิดปกติในการเข้าสังคม ไม่สามารถสนทนาโต้ตอบได้ตามปกติไปจนถึงมีความสนใจและมีอารมณ์ร่วมน้อย
 - 1.2 มีความบกพร่องในการสื่อสาร โดยเฉพาะการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม ตั้งแต่ไม่สามารถผสมผสานการสื่อสารที่ใช้คำพูดกับที่ไม่ใช่คำพูดได้ การสบตา หรือภาษากายที่ผิดปกติ การไม่สามารถเข้าใจท่าทางประกอบไม่เป็น ไปจนถึงการไม่สามารถแสดงออกทางสีหน้าหรือภาษากาย
 - 1.3 มีความบกพร่องในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นรวมทั้งความสามารถในการรักษา และเข้าใจในความสัมพันธ์ ซึ่งมีอาการตั้งแต่มีความยากลำบากในการปรับตัวให้เหมาะสมกับบริบทในสังคม ความยากลำบากในการร่วมเล่นสมมุติ การสร้างเพื่อนไปจนถึงขาดความสนใจในกลุ่มเพื่อน
2. มีพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมจำกัดและซ้ำ ๆ ทั้งที่แสดงในปัจจุบันหรือจากประวัติ โดยมีลักษณะอย่างน้อย 2 ข้อจากหัวข้อดังต่อไปนี้
 - 2.1 มีการเคลื่อนไหว การใช้สิ่งของ หรือภาษาซ้ำ ๆ แบบเดิม
 - 2.2 ยึดติดกับกิจวัตรแบบเดิม ๆ โดยไม่ยืดหยุ่น
 - 2.3 มีความสนใจที่ผิดปกติ จำกัด และไม่ยืดหยุ่นอย่างมาก
 - 2.4 มีการตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้รับทางประสาทสัมผัสมากหรือน้อยเกินไป

ความรุนแรงขึ้นกับความบกพร่องทางการสื่อสารปฏิสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ
3. อาการต่าง ๆ เหล่านี้ต้องเกิดขึ้นในช่วงต้นของพัฒนาการ (แต่อาจไม่แสดงอาการเต็มที่จนกระทั่งความต้องการของสังคมมีมากกว่าความสามารถของผู้ป่วย หรืออาจถูกกลบเกลื่อนด้วยการเรียนรู้เมื่อเติบโตขึ้น)

4. อาการต่าง ๆ เป็นเหตุให้เกิดความบกพร่องทางสังคม อาชีพ หรือบทบาทหน้าที่สำคัญในปัจจุบัน

5. ความผิดปกติเหล่านี้ไม่สามารถอธิบายได้จากความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability) หรือพัฒนาการ โดยรวมล่าช้า (Global delay development)

เด็กออทิสติกเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านการพัฒนาการส่งผลให้เกิดความบกพร่อง 3 ด้าน ได้แก่ ความผิดปกติในด้านภาษาและการสื่อสาร ความผิดปกติในการสร้างปฏิสัมพันธ์ เพื่อโต้ตอบทางสังคม และความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ โดยความผิดปกตินั้นแสดงอาการให้เห็นก่อนอายุ 3 ปี ทำให้เด็กออทิสติกไม่สามารถเรียนรู้ได้เหมือนเด็กปกติ และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ แต่หากได้รับการดูแลอย่างถูกต้องก็จะทำให้เด็กมีพัฒนาการและพฤติกรรมที่ดีขึ้น

ลักษณะและอาการของเด็กออทิสติก

เด็กออทิสติกจะมีลักษณะความผิดปกติที่แสดงออกอย่างชัดเจนใน 3 ด้านใหญ่ และแสดงอาการที่เด่นชัดได้ก่อนอายุ 3 ปี โดยมีความรุนแรงของอาการแตกต่างกัน ซึ่งลักษณะของร่างกายภายนอกโดยทั่วไปนั้น ไม่มีความแตกต่างจากเด็กปกติทั่วไป แต่ลักษณะทางพฤติกรรมที่แสดงออก สามารถสรุปความผิดปกติของเด็กออทิสติก ได้ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558)

1. ความบกพร่องของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นความบกพร่องที่มีความรุนแรงมากที่สุดของเด็กออทิสติก โดยลักษณะสำคัญที่พบคือ เด็กจะไม่มองหน้า ไม่ยิ้มสบตา แม้อายุในขณะที่กำลังสนทนาหรือมีกิจกรรมร่วมกัน ไม่แสดงสีหน้าท่าทางยินดียินร้าย ไม่ยิ้มแย้มหรือแสดงความรู้สึกใด ๆ ทำหน้าเรียบเฉย ไร้อารมณ์ นอกจากนี้เด็กออทิสติกไม่มีภาษาท่าทางเพื่อการสื่อสาร เช่น ไม่ชี้นิ้วบอกถึงสิ่งที่ต้องการ ไม่สนใจเล่นกับเพื่อน ไม่รับรู้อารมณ์ของคนอื่น ไม่สามารถแสดงความรู้สึกได้ (จิริยา จุฑาภิสิทธิ์ และนิชรา เรื่องคารกานนท์, 2551) นอกจากนี้ เด็กออทิสติกจะไม่ชอบให้อุ้ม ไม่กางแขนให้อุ้มเมื่อผู้ใหญ่เข้าหา หลีกเลี่ยงการสัมผัส ไม่ทำตามคำสั่ง ไม่มีอาการแสดงถึงความสนใจร่วมกับผู้อื่น เรียกไม่หันตามเสียงเรียกชื่อ ไม่ทำตามคำสั่ง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558)

2. ความผิดปกติด้านภาษาและการสื่อสาร สามารถพบความผิดปกติด้านภาษาและการสื่อสารของเด็กออทิสติกได้ตั้งแต่ไม่มีภาษาพูดหรืออาจมีภาษาแปลก ๆ ที่บุคคลอื่นไม่เข้าใจความหมาย มีการพูดสลับตำแหน่งของคำในประโยคจนบุคคลอื่น ๆ ไม่เข้าใจ มีการใช้คำศัพท์ที่ไม่เหมาะสม และมีพัฒนาการทางภาษาที่ล่าช้า (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) เช่น เมื่อต้องการอะไรจะขอหรือชี้ไม่เป็น แต่จะใช้วิธีดึงมือคนไปที่สิ่งนั้น หรือมีการใช้ภาษา

รูปแบบแปลก ๆ โดยใช้คำที่ไม่มี ความหมายเหมือนคนทั่วไปใช้กัน หรือพูดเรียบเรียงไม่เป็นประโยค มีการพูดสลับตำแหน่งของคำต่าง ๆ หรือสื่อสาร โครงสร้างประโยคผิดไป และไม่สามารถใช้ภาษา ในทางปฏิบัติได้ถูกต้องตามที่ควรจะเป็นตามการยอมรับของสังคม (นันทรัตน์ พิทักษ์บุตร, 2550) ใช้คำพูดซ้ำ ๆ สื่อสารโดยใช้ท่าทางไม่เป็น พูดเสียงเรียบเฉย ไม่มีระดับเสียงสูงต่ำแบบคนทั่วไป พูดซ้ำประโยคหรือข้อความที่ผู้อื่นพูดด้วย ไม่เข้าใจคำอุปมาอุปมัยหรือคำพูดล้อเล่น เลือกใช้ภาษาไม่ ถูกต้องตามกาลเทศะเหมือนเด็กปกติ พูดแบบลอกเลียนคำ หรือพูดแบบสร้างภาษาของตนเอง (เพ็ญแข ลิมสิลา, 2550)

3. ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมซ้ำซาก เด็กออทิสติกมักมีการแสดงออก ทางอารมณ์อย่างไม่เหมาะสม เช่น ร้องไห้ งอแง อาละวาด บางรายก้าวร้าว ทบตีตัวเองหรือบุคคล รอบข้าง และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติด้านพฤติกรรมที่ซ้ำซากโดยมีลักษณะพฤติกรรม ความสนใจ และการทำกิจกรรมเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่องและไม่ยืดหยุ่น โดยเด็กออทิสติกจะสนใจ สิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะซึ่งผิดปกติอย่างเห็นได้ชัด เช่น มองใบพัดลมที่กำลังหมุนได้ทั้งวัน มองดูน้ำพุ เป็นเวลานาน ๆ มีความสนใจเกี่ยวกับส่วนใดส่วนหนึ่งของวัตถุหรือของเล่นเท่านั้น บางรายชอบนำ ของเล่นมาเรียงต่อแถว และจะหงุดหงิดมากหากมีใครมาจัดให้ใหม่ เด็กออทิสติกบางรายอาจมี ความผิดปกติในการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น กระดิกนิ้วมือไปมา โบกสะบัดไปมา เดินเขย่งปลายเท้า หมุนมือหรือหมุนตัวไปรอบ ๆ โยกตัวซ้ำ ๆ เอียงคอซ้ำ ๆ และมักแสดง พฤติกรรมซ้ำ ๆ เช่น ชอบเปิดปิดประตู เล่นของเล่นชิ้นเดิม ๆ ไม่สามารถยืดหยุ่นในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันที่เคยทำซ้ำ ๆ เป็นประจำได้ โดยจะต้องกระทำตามขั้นตอนเหมือนเดิมทุกครั้ง หากมีการสลับขั้นตอนหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของกิจวัตรนั้น ๆ เด็กออทิสติกจะมีการตอบสนอง ที่รุนแรง เช่น อาละวาด ก้าวร้าว ร้องไห้ ชอบดูโฆษณาทีวีซ้ำ ๆ หรือดูภาพยนตร์ภาคซ้ำ เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซ้ำไปซ้ำมา ชอบฟังเพลงใดเพลงหนึ่งได้ทั้งวัน จึงมักมีปัญหาในการปรับตัวกับสิ่งใหม่ ๆ หรือการ เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ บางรายอาจมีความสนใจในเรื่องบางเรื่องเป็นพิเศษ และหมกมุ่นกับเรื่องเหล่านั้น เป็นเวลานาน ๆ จนมีความสามารถพิเศษ เช่น ท่องชื่อบุคคลและเบอร์โทรศัพท์ในสมุดโทรศัพท์ ได้ รู้จักชื่อสายพันธุ์ใดโนเสาร์ทั้งหมด รู้ชื่อถนนทุกสายในประเทศไทย บางรายมักถือวัตถุสิ่งของ บางอย่างในมือไว้ตลอด เช่น ผ้า ตุ๊กตา บางรายมีความหมกมุ่นต่อการสัมผัส ลูบคลำผิวสัมผัสของวัตถุ บางอย่าง เช่น ผ้าแพร ผ้าม่าน กระโปรงอัดกลีบ หรือผมของคน แต่กลับไม่รับรู้การสัมผัสของบุคคล เช่น ไม่ชอบให้ใครมาถูกตัวหรือกอดรัด ไม่แสดงอาการเจ็บปวดเมื่อหกล้มหรือมีบาดแผล ในบางราย อาจแสดงความเจ็บปวดเกินกว่าเหตุ (ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ และอติตยา พรชัยเกตุ โอิว ยอง, 2559)

เด็กออทิสติกมักพบความผิดปกติของอาการและอาการแสดงใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ ความผิดปกติทางสังคมและการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติด้านภาษา และการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมซ้ำซาก ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวทำให้เด็กออทิสติกต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ปกครอง โดยเด็กออทิสติกแต่ละคนจะมีอาการและลักษณะที่ไม่เหมือนกัน จึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลือแก้ไขเฉพาะด้านที่มีปัญหา ทั้งนี้ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการที่สมวัย สามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคออทิสติก

สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (APA, 2013) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคออทิสติก ตามความต้องการช่วยเหลือออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1: กลุ่มเด็กออทิสติกที่ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย (Mild autistic spectrum disorder) เป็นกลุ่มออทิสติกที่มีศักยภาพสูง เด็กออทิสติกกลุ่มนี้จะมีสติปัญญาปกติหรือสูงกว่าปกติ อาจมีความสามารถบางอย่างแฝงอยู่ในตัว มีพัฒนาการทางภาษาดีพอใช้ สามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติได้ แต่ยังมีความบกพร่องในทักษะด้านสังคมและการรับรู้ความรู้สึกของบุคคลอื่น

ระดับที่ 2: กลุ่มเด็กออทิสติกที่ต้องการความช่วยเหลือปานกลาง (Moderate autistic spectrum disorder) เป็นกลุ่มออทิสติกที่มีความล่าช้าในพัฒนาการด้านภาษา การสื่อสาร ทักษะทางสังคม การเรียนรู้ รวมทั้งด้านการช่วยเหลือตนเอง และมีปัญหาพฤติกรรมกระตุ้นตนเองพอสมควร แต่สามารถพัฒนาจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และอาจเรียนในระบบได้ถึงระดับหนึ่ง

ระดับที่ 3: กลุ่มเด็กออทิสติกที่ต้องการความช่วยเหลือมาก (Severe autistic spectrum disorder) เป็นกลุ่มออทิสติกที่มีความล่าช้าในพัฒนาการเกือบทุกด้าน และอาจเกิดร่วมกับภาวะพิการอื่น เช่น ปัญญาอ่อน รวมทั้งมีปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรง มีพัฒนาการช้า หากไม่ได้รับการกระตุ้นการพัฒนารมาตั้งแต่ต้นจะเกิดการเรียนรู้ได้น้อย

เด็กออทิสติกมีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มเด็กออทิสติกที่ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย กลุ่มเด็กออทิสติกที่ต้องการความช่วยเหลือปานกลางและกลุ่มเด็กออทิสติกที่ต้องการความช่วยเหลือมาก ซึ่งการแบ่งระดับความรุนแรงจะทำให้ง่ายต่อการดูแลและการจัดกิจกรรมในการช่วยเหลือเด็ก เช่น กิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการเด็ก การเสริมทักษะในการฝึกกิจวัตรประจำวัน การปรับพฤติกรรมเด็ก การฝึกพูด รวมถึงการรักษาด้วยยา

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคออทิสติก

ปัจจุบันยังไม่พบสาเหตุของการเกิดโรคออทิสติกที่ชัดเจน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคออทิสติก ดังนี้

1. พันธุกรรม จากการศึกษาด้านปัจจัยทางพันธุกรรมในปัจจุบัน พบว่า มีความเชื่อว่า ปัจจัยทางพันธุกรรมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเกิดโรคออทิสติก โดยจากการศึกษาในฝาแฝด (Twin study) ในฝาแฝดใบเดียวกันพบว่า ถูกควบคุมโดยปัจจัยด้านพันธุกรรม ร้อยละ 36-96 ฝาแฝดที่เกิดจากไข่นคนละใบ พบร้อยละ 0-30 หรือจากการศึกษาในครอบครัว (Family study) พบว่า ในญาติลำดับที่ 1 (First degree relative) ของผู้ที่เป็นโรคออทิสติก เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคออทิสติก และกลุ่มโรคคล้ายออทิสติก (Autistic like) คือ ถ้ามารดามีบุตรหนึ่งคนป่วยเป็นออทิสติก โดยสาเหตุไม่ได้มาจากพันธุกรรม มีแนวโน้มที่ลูกคนต่อไปจะเป็นออทิสติกได้ร้อยละ 2-8 (ศรสลัก นิมบุตร, 2557)

2. ความผิดปกติของระบบประสาท (Neurological abnormalities) พบความผิดปกติของระบบประสาทในเด็กออทิสติก ร้อยละ 30-50 ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของ Basal ganglia โดยเฉพาะบริเวณ Neostriatum ของส่วนสมองบริเวณ Medial aspects ของ Frontal lobe หรือ Limbic system ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับความจำ อารมณ์ การเรียนรู้และแรงจูงใจ จะมีความผิดปกติในลักษณะของเซลล์มีจำนวนมากกว่าปกติ ไม่สามารถทำหน้าที่ผสมผสานได้อย่างสมบูรณ์ และพบในส่วนของ Cerebellum มีหน้าที่เกี่ยวกับความเคลื่อนไหวของร่างกาย ควบคุมการเคลื่อนไหวอย่างผสมผสาน ซึ่งพบลักษณะของเซลล์สมองทั้ง 2 ส่วน เป็นเซลล์ที่ไม่พัฒนาไปตามวัยเด็ก เมื่อทำการตรวจคลื่นสมองพบว่า มีความผิดปกติของสมองแบบไม่เฉพาะเจาะจงมากกว่าเด็กปกติทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กออทิสติกมีความผิดปกติของสารสื่อประสาท Serotonin ในเลือดสูงขึ้น แต่ยังไม่สามารถอธิบายเหตุผลที่ชัดเจนได้ (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2561)

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด โดยพบว่าเด็กออทิสติกมักมีประวัติการคลอดจากมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด เช่น คลอดก่อนกำหนด มารดาติดเชื้อหัดเยอรมันระหว่างตั้งครรภ์ เด็กที่ขาดออกซิเจนระหว่างการคลอดหรือการเจ็บป่วยของเด็กหลังคลอด (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่หลากหลายมาเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคออทิสติก เช่น พันธุกรรม ความผิดปกติของระบบประสาท ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ และการคลอด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญในการบำบัดรักษาโรคออทิสติกในเด็กกลุ่มนี้ต่อไป

การบำบัดเด็กออทิสติก

การบำบัดเด็กออทิสติกในปัจจุบัน มีทั้งรูปแบบการบำบัดด้วยวิธีการที่ไม่ใช่ยาและใช้ยา (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) ดังนี้

1. วิธีการบำบัดโดยไม่ใช้ยา เป็นการบำบัดโดยพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ปกครองเพื่อส่งเสริมให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการและพฤติกรรมที่ดีขึ้นใกล้เคียงกับเด็กวัยปกติ ซึ่งมีหลายแนวทาง และสามารถเลือกฝึกให้เหมาะสมกับเด็กออทิสติก เช่น

1.1 การฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กออทิสติก การกระตุ้นพัฒนาการและทักษะด้านต่าง ๆ ของเด็กออทิสติก คือ การจัดกิจกรรมเพื่อใช้ในการส่งเสริมให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการตามวัย โดยยึดหลักและลำดับขั้นพัฒนาการของเด็กปกติ โดยควรส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่วัยน้อย ๆ และต้องทำอย่างเข้มข้น สม่ำเสมอ และมีความต่อเนื่อง โดยการออกแบบการกระตุ้นพัฒนาการต้องมีความเหมาะสมตามสภาพปัญหา ความสามารถ และความเร็วในการเรียนรู้ของเด็กออทิสติก (สถาบันราชานุกูล, 2555) ซึ่งกิจกรรมการฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กออทิสติก เช่น

1.1.1 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้าน ประสาทสัมผัสเป็นพื้นฐานของการเริ่มต้นเรียนรู้ทุกสิ่งทุกอย่าง การที่เด็กออทิสติกเรียนรู้การใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ในการเรียนรู้ จะทำให้สมองของเด็กออทิสติกเกิดการพัฒนา สร้างเส้นใยประสาทที่แข็งแรงขึ้น และพร้อมที่จะเรียนรู้ทุกสิ่งทุกอย่างได้ง่ายขึ้น การกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 จึงมีความสำคัญที่มารดาเด็กออทิสติกต้องเรียนรู้และนำไปปฏิบัติต่อบุตร ได้แก่

1.1.1.1 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางผิวหนัง เช่น การนวดตัว การอุ้ม การกอด การเล่นปุ๊ปไต การเล่นจิกจี้กับเด็กออทิสติก ซึ่งผลจากการกระตุ้นพัฒนาการในด้านนี้จะทำให้เกิดความรัก ความอบอุ่น และความมีเชื้อเชิญซึ่งกันและกัน ซึ่งในเด็กออทิสติกนั้นจะแยกตัวจากบุคคลอื่นโดยสิ้นเชิง จึงควรดึงเด็กออทิสติกเข้าหาผู้ให้การดูแล ซึ่งการกระตุ้นประสาทสัมผัสทางผิวหนังจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบิดามารดากับเด็กออทิสติก อีกทั้งการกระตุ้นต้องกระทำซ้ำ ๆ กันทุกวันและใช้เวลาอย่างต่อเนื่อง

1.1.1.2 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางตา เนื่องจากเด็กออทิสติกทุกคนมีปัญหาในด้านการสบตา ส่งผลต่อการสูญเสียทักษะทางสังคมและการสื่อความหมาย ดังนั้นการกระตุ้นพัฒนาการในระยะเริ่มแรกจะต้องเน้นเฉพาะการมองสบตากับบุคคลก่อน โดยเฉพาะบิดา มารดาผู้ดูแลใกล้ชิด

1.1.1.3 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางหู เพื่อให้เกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของประสาทหู หลักการกระตุ้นพัฒนาการจึงต้องใช้เสียงบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กออทิสติก โดยให้กระซิบเรียกชื่อเด็กที่ข้างหู และสามารถใช้นเสียงดนตรีเพื่อกระตุ้นด้านการเรียนรู้และการสื่อความหมาย

1.1.1.4 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางจมูก เพื่อให้เด็กออทิสติกได้รับรู้ และเรียนรู้ความแตกต่างของกลิ่นที่พบในชีวิตประจำวัน เช่น กลิ่นของผลไม้ ดอกไม้ อาหาร ซึ่งการกระตุ้นพัฒนาการด้านนี้ อาจเริ่มฝึกจากกลิ่นดอกไม้ที่เด็กชอบ อาหารที่เด็กชอบ เป็นต้น

1.1.1.5 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางลิ้น เพื่อให้เด็กได้รับรู้และเรียนรู้ ความแตกต่างของรสชาติอาหารประเภทต่าง ๆ ที่เด็กออทิสติกสามารถรับประทานได้ใน ชีวิตประจำวัน เช่น รส หวาน เปรี้ยว เค็ม ซึ่งอาจให้เด็กได้ชิมจนเด็กสามารถบอกถึงรสเองได้

1.1.2 การฝึกกิจวัตรประจำวัน เช่น การฝึกให้เด็กเรียนรู้ในการช่วยเหลือตัวเอง และรู้จักของใช้ในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยแบ่งเป็นกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำความสะอาด ร่างกาย การฝึกการแต่งกาย การฝึกการรับประทานอาหาร การฝึกการขับถ่าย

1.1.3 การพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเด็กออทิสติกบางรายมักมี ปัญหาชอบเดินเขย่งเท้า วิ่งเขย่งขาแบบม้าย่อง การฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย จึงมีจุดประสงค์ เพื่อให้เด็กออทิสติกมีทักษะในการควบคุมตนเองในการเคลื่อนไหวอย่างถูกต้องเหมาะสม

1.1.4 การฝึกออกเสียงโดยฝึกให้เด็กออทิสติกสามารถเปล่งเสียงและสามารถพูด เป็นคำ จนเรียบเรียงเป็นประโยคที่ใช้ในการสื่อสารได้ เพื่อเป็นการให้เด็กได้เรียนรู้ในการสื่อสาร

หากครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถฝึกพัฒนาการเด็กออทิสติกครบทุกด้านจะทำให้เด็ก มีพัฒนาการที่ดีขึ้นใกล้เคียงกับวัยปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นและดำรงชีวิตโดยพึ่งพาผู้อื่นลดลง

1.2 การปรับพฤติกรรม เด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมซ้ำ ๆ เดิม ๆ กระตุ้นตัวเองด้วยการกระโดดโลดเต้นด้วยท่าทางซ้ำ ๆ หรือมี พฤติกรรมก้าวร้าวอาละวาดทำร้ายตนตีตัวเองหรือบุคคลอื่นรอบข้าง การปรับพฤติกรรมจึงมีความ จำเป็น เพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมดีที่เหมาะสมให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง หยุดพฤติกรรมที่เป็น ปัญหา และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ เช่น การเสริมแรงพฤติกรรมที่ดีด้วยการชมหรือการให้ รางวัลเพื่อให้เด็กลดพฤติกรรมที่ไม่ดี หรือการลงโทษ โดยเฉพาะการลงโทษแบบชดใช้ให้ทำ มากกว่าปกติ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องเริ่มฝึกตั้งแต่เด็กออทิสติกอายุยังน้อยและทำการฝึก อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการปรับพฤติกรรมนั้น พบว่า เป็นการช่วยเสริมทักษะทางด้านภาษา ทักษะสังคม ทักษะการคิด นอกจากนี้ยังช่วยลดระดับความเครียดของผู้ปกครองด้วย (ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2561) โดยทักษะในการปรับพฤติกรรมนั้นมีหลายวิธี เช่น

1.2.1 การให้รางวัล เป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อให้เด็กออทิสติกทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ มากขึ้น โดยมารดาเด็กออทิสติกอาจให้สิ่งของที่เด็กชอบหลังจากเด็กมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือทำกิจกรรมที่มอบหมายให้เสร็จ อาจเป็นขนม ของเล่น คำชมเชย การแสดงความรัก

โดยการกอด หอมแก้ม ขึ้นอยู่กับรางวัลที่เด็กออทิสติกชอบ แต่ควรระวังการคิดเป็นเงื่อนไขโดยต้องป้องกันโดยค่อย ๆ ถอดถอนรางวัลและงดให้เมื่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้นคงที่

1.2.2 การเพิ่มสิ่งเร้า เป็นเทคนิคที่มารดาเด็กออทิสติกควรใช้เพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่ต้องการ โดยการเพิ่มสิ่งเร้าให้น่าสนใจและมีการใช้รูปแบบการกระตุ้นที่หลากหลาย เช่น การเรียกชื่อเด็กออทิสติกอาจใช้เสียงดังหรือใช้เสียงเพลงประกอบ แต่พึงระวังเด็กออทิสติกอาจเคยชินกับการตอบสนองต่อเสียงดัง จึงต้องค่อย ๆ ลดเสียงลงให้อยู่ในระดับปกติ

1.2.3 การไม่สนใจ เป็นเทคนิคที่มารดาเด็กออทิสติกควรใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการเพิกเฉยต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น หากเด็กออทิสติกนอนดิ้นกับพื้นเมื่ออยากได้ของเล่นที่ไม่มีประโยชน์ มารดาเด็กออทิสติกควรเดินหนีและมองความปลอดภัยให้เด็กอยู่ห่าง ๆ อย่าให้เด็กรู้ตัว แต่วิธีนี้มารดาเด็กออทิสติกต้องใจเย็นและใช้ความอดทนสูง และใช้กับการเพิกเฉยต่อพฤติกรรมที่เป็นอันตรายไม่ได้

1.2.4 การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นเทคนิคที่มารดาเด็กออทิสติกควรใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการหาสิ่งที่น่าสนใจมากกว่ามาให้เด็กออทิสติกได้ทำ และมีสิ่งเร้าที่น่าสนใจหลาย ๆ อย่างให้เด็กออทิสติกได้เลือก เป็นต้น

1.2.5 การลงโทษ ด้วยการชดใช้ให้ทำมากกว่าปกติ มักใช้ได้ใน การควบคุมพฤติกรรมกระตุ้นตนเอง พฤติกรรมทำร้ายตัวเองและพฤติกรรมทำลาย เช่น ให้กระโดดต่อเนื่องให้สะบัดมือต่อเนื่อง

1.3 การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากเด็กออทิสติกมีความบกพร่องที่สำคัญคือ บกพร่องทักษะทางสังคม ดังนั้นจึงต้องให้การฝึกฝนด้านนี้เป็นพิเศษ โดยเน้นการสบตา การยิ้ม การมีส่วนร่วม การฟัง การสนทนาอย่างต่อเนื่อง ความใส่ใจ เข้าใจผู้อื่น และการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม ผ่านการจำลองเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ทางสังคมต่าง ๆ เพื่อให้เด็กทดลองปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ หรือสอนโดยให้จดจำรูปแบบบทสนทนาในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้โดยตรง (ภาคินี มานะแท้, 2556)

1.3.1 การเล่นร่วมกับผู้อื่น เป็นการนำกิจกรรมการเล่นมาบำบัดเด็กออทิสติกซึ่งเป็นการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพที่ดียิ่ง เนื่องจากมีการเลือกใช้กิจกรรมหลากหลายที่ไม่ตายตัว ทำให้ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กออทิสติกในด้านต่าง ๆ ดีขึ้น เช่น ด้านสังคม ด้านสติปัญญา และด้านที่เกี่ยวกับภาษา (อุลยวรรณ โกสาเสนา และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2556) หรือการเล่นที่ต้องผลัดกันเล่น เช่น เกมกระดาน (ปริญทร์ นิติธรรมานุสรณ์, ชนิดา มิตรานันท์ และกนกพร วิบูลพัฒนะวงศ์, 2564)

การบำบัดเด็กออทิสติกแบบไม่ใช้ยาเป็นการบำบัดโดยใช้วิธีการบำบัดหลายวิธีร่วมกัน เช่น การกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้าน การปรับพฤติกรรม การฝึกทักษะทางสังคม การเล่นร่วมกับผู้อื่นซึ่งเป็นกระบวนการที่มีประโยชน์ทั้งด้านพัฒนาการและการแก้ปัญหาที่รบกวนครอบครัว รวมถึงเป็นการเตรียมให้เด็กออทิสติกมีความพร้อมในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมในด้านต่าง ๆ ดังนั้นมารดาเด็กออทิสติกจึงต้องมีความเข้าใจอาการและวิธีการเรียนรู้ของเด็กออทิสติก รวมทั้งต้องมีความรู้ความเข้าใจมีอารมณ์ความรู้สึกที่ดีและเหมาะสมในการฝึกเด็กออทิสติก ในการดึงเด็กออทิสติกออกจากโลกของตัวเอง และสื่อให้เด็กออทิสติกรับรู้ถึงความสุขที่มีอยู่ในสังคม

2. วิธีการบำบัดโดยใช้ยา

ปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้รักษาโรคออทิสติกโดยเฉพาะ ส่วนใหญ่ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาก็คจะเป็นการใช้ยาตามอาการ เพื่อลดอาการและพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น อาการอยู่ไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ อารมณ์หุนหันพลันแล่น พฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง เป็นต้น และในการใช้ยาเพื่อลดอาการหรือพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาในการดูแลนี้จะช่วยให้เด็กออทิสติกได้รับประโยชน์จากวิธีการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ได้มากที่สุด และไม่จำเป็นที่เด็กออทิสติกจะต้องได้รับการรักษาทุกราย และเมื่อรับประทานยาแล้วก็ไม่มีความจำเป็นจะต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต โดยแพทย์จะพิจารณาปรับขนาดยาหรือหยุดยาเมื่ออาการเป้าหมายทุเลาลงแล้ว ยาที่นำมารักษามีหลายชนิด ได้แก่

2.1 ยากลุ่มรักษาอาการทางจิต (Antipsychotic drug) ได้แก่ Risperidone ใช้ในการรักษาอาการหงุดหงิดของโรคออทิสติกได้ โดยเด็กออทิสติกเมื่อได้รับ Risperidone มากกว่าร้อยละ 50 มีอาการหงุดหงิดลดลง (Stepanova et al., 2017) ทั้งนี้ Risperidone ควรเริ่มการให้ในระดับต่ำ โดยอาจเริ่มในมือก่อนนอน และควรสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่พบได้บ่อยคือ อาการง่วงซึม คัดจมูก น้ำลายไหลมาก ความอยากอาหารเพิ่ม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ผู้ที่เป็ออทิสติกบางรายอาจพบว่า ร่างกายมีปัญหาการกำจัดยาซ้ำ จึงทำให้มีระดับยาในเลือดสูงกว่าปกติ จึงควรมีความระมัดระวังในการสังเกตอาการหลังจากได้รับยา นอกจากนี้ยาเอริพิพาสอล (Aripiprazole) ใช้ในการรักษาอาการก้าวร้าว หงุดหงิดในเด็กออทิสติก ทั้งนี้ควรสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบได้บ่อย คือ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อาเจียน นอนไม่หลับ ไขมันในเลือดสูง หรืออาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว (Stepanova et al., 2017)

2.2 ยากลุ่มต้านเศร้า (Antidepressants drug) เด็กออทิสติกมักมีอาการวิตกกังวล และมีการทำพฤติกรรมซ้ำ ๆ และกระทำโดยไม่มีความมุ่งหมายที่ชัดเจน เช่น การสะบัดมือ การกระโดด การเล่นมือ กลุ่มยาที่ใช้รักษาได้ผลดี คือ ยาด้านเศร้ากลุ่ม SSRIs (Selective Serotonin

Reuptake Inhibitors) ได้แก่ Fluoxetine และ Sertraline (อนัญญา สิริรัตนันท์ และธีรรัตน์ แทนจำ, 2556)

2.3 ยากลุ่มรักษาอาการสมาธิสั้น (Psychostimulants drug) ยากลุ่มนี้ได้แก่ Methylphenidate จะช่วยในเรื่องการลดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (Impulsive) และอาการเฉยเมย (Inattention) ของเด็กออทิสติก ทั้งนี้ควรได้รับปริมาณยาขั้นต่ำ คือ 10 มิลลิกรัมต่อวัน หรือได้รับยา ระดับปานกลาง คือ 30 มิลลิกรัมต่อวัน (Stepanova et al., 2017) และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ โดยอาการที่พบบ่อยคือความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ และอารมณ์หงุดหงิดง่าย (Goel et al., 2018)

เด็กออทิสติกเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และอาการที่ผิดปกติของเด็กออทิสติกมักทำให้บิดามารดาวิตกกังวลได้มาก การรักษาบางวิธีได้ผลเฉพาะเด็กบางคน ดังนั้นบิดามารดาหรือผู้ดูแล ควรให้ความสำคัญและเอาใจใส่ในแนวทางการรักษาเด็กออทิสติกตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งมีทั้งวิธีที่ไม่ใช้ยา เช่น การส่งเสริมพัฒนาการ การปรับพฤติกรรม การฝึกทักษะทางสังคม และวิธีการใช้ยา ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคออทิสติกได้โดยตรง ยาที่ใช้รักษาในปัจจุบันเป็นยา ที่รักษาอาการบางอย่างให้ดีขึ้นเท่านั้น เช่น อาการก้าวร้าวหรืออยู่ไม่นิ่ง โดยทั่วไปผลของยา มักไม่คงทน เมื่อหยุดยา ก็มักมีอาการกลับมาใหม่ ดังนั้นการรักษาที่ได้ผลก้าวหน้าที่สุดคือ การกระตุ้นพัฒนาการและปรับพฤติกรรม ร่วมกับการใช้ยาในบางกรณี จะเห็นได้ว่าการดูแลช่วยเหลือ และบำบัดเด็กออทิสติกเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก ผู้ปกครองหรือบิดามารดาซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับเด็กออทิสติกมากที่สุดจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลเด็กออทิสติก โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาของเด็กออทิสติกที่มักต้องเป็นผู้แบกรับความ รับผิดชอบในการดูแลเด็กออทิสติกเป็นหลัก

บทบาทการดูแลเด็กออทิสติกของมารดา

มารดาเด็กออทิสติกเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในครอบครัว เนื่องจากเป็นผู้ดูแลหลัก ในการดูแลบุตรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติกตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคม จิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกา ฉบับที่ 5 (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition [DSM-5]) โดยทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลและให้ความช่วยเหลือเด็กออทิสติก ทั้ง ที่บ้านและในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เนื่องจากเด็กออทิสติกมีความบกพร่องของ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความผิดปกติด้านภาษาและการสื่อสารมีความผิดปกติด้านอารมณ์และ พฤติกรรมซ้ำซากส่งผลให้เด็กออทิสติกช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมีการสื่อสารที่ผิดปกติและมี พฤติกรรมที่เป็นแบบแผน เปลี่ยนแปลงยากและไม่ยืดหยุ่น การดูแลช่วยเหลือและบำบัด เด็กออทิสติกจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมและพัฒนาการของเด็ก

ผู้ปกครองหรือบิดามารดาซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับเด็กออกทิสติกมากที่สุดจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กออกทิสติก โดยต้องทำหน้าที่ในการดูแลเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ สังเกตการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการรอบด้าน รวมทั้งการจัดการกับความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมของเด็ก เพื่อช่วยให้เด็กสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข

มารดาเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลเด็กออกทิสติก โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในช่วงปฐมวัย หรือวัยอนุบาลซึ่งมีอายุระหว่าง 3-6 ปี เพราะเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาอย่างเป็นองค์รวม (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ในวัยนี้เด็กจะต้องมีพัฒนาการหลายด้านก้าวหน้าขึ้น ทั้งด้านความคิด ภาษา การสื่อสาร ด้านกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเอง การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการรอบด้านในเด็กวัยนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยมารดาต้องเป็นแกนหลักของครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพื่อให้เด็กมีชีวิตอยู่รอดปลอดภัย ได้รับการคุ้มครองป้องกันและได้รับการพัฒนาเต็มศักยภาพ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) มารดามีบทบาทหน้าที่ในการดูแลเด็กออกทิสติกที่มีอายุช่วง 3-6 ปี ที่สำคัญ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เนื่องจากเด็กออกทิสติกมีข้อจำกัดด้านความสามารถทางร่างกายและสติปัญญา ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ มารดาจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการสอนและดูแลให้เด็กออกทิสติกมีสุขภาพอนามัยที่ดี เพราะนอกจากจะช่วยให้เด็กออกทิสติกมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อย ยังเป็นการช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ อีกด้วย เนื่องจากขณะเจ็บป่วยเด็กออกทิสติกมักมีพัฒนาการถดถอย รวมทั้งขาดโอกาสในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ในชีวิต การดูแลเด็กออกทิสติกวัย 3-6 ปี ด้านร่างกายจึงควรเริ่มจากเรื่องพื้นฐานในชีวิตประจำวัน (โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2556) ได้แก่

- 1.1 ด้านการรับประทานอาหาร มารดาควรแบ่งกิจกรรมการรับประทานอาหาร ออกเป็นกิจกรรมย่อย แล้วฝึกไปตามลำดับ เช่น ฝึกนั่งเก้าอี้ที่โต๊ะอาหารให้ได้ก่อน จากนั้นจึงฝึกจับช้อน การใช้ช้อนคู่กับส้อม การตัดอาหาร การดื่มน้ำจากแก้ว การเทน้ำใส่แก้ว สอนให้เด็กรู้จักชื่ออาหารที่รับประทาน การล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร และเมื่อรับประทานอาหารเสร็จ ควรสอนให้เด็กเก็บโต๊ะและทำความสะอาดโต๊ะ (สถาบันราชานุกูล, 2554) หลีกเลี่ยงการให้เด็กออกทิสติก บริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง ลดอาหารประเภทแป้ง อาหารที่มีลักษณะเหนียวติดฟัน ลูกอม น้ำหวาน น้ำอัดลมต่าง ๆ สำหรับเด็กออกทิสติกที่ปฏิเสธไม่ยอมรับประทานอาหารชนิดใหม่ หรือติดพฤติกรรมรับประทานอาหารแบบเดิม เนื่องจากมีปัญหากลางสร้างควมคุ้นเคยกับสิ่งใหม่ ๆ และไม่รับประทานอาหารที่แปลกไปจากเดิม มารดาควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทาน

อาหารซ้ำ ๆ โดยเลือกวิธีค่อย ๆ คัดแปลงปรับเปลี่ยนเพิ่มอาหารชนิดใหม่ทดแทนอาหารชนิดเดิม
งดการให้ขนมหวานเป็นรางวัลแก่เด็ก และพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพฟันทุกระยะ 3 เดือน
(สถาบันราชานุกูล, 2555)

1.2 ด้านการนอนหลับพักผ่อน เด็กออทิสติกมักมีปัญหาการนอนหลับยาก (Sleep problem) นอนน้อยและนอนไม่เป็นเวลา หรือเด็กออทิสติกบางรายที่ได้รับยา Methylphenidate ก็อาจเกิดผลข้างเคียงโดยมีอาการนอนไม่หลับได้เช่นกัน เด็กออทิสติกส่วนใหญ่จึงต้องใช้ยาช่วยในการนอนหลับ (Mazurek & Sohl, 2016) มารดาจึงควรดูแลเด็กออทิสติกให้ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยดูแลการได้รับยาตรงเวลาตามคำสั่งของแพทย์อย่างครบถ้วน จัดสถานที่นอนสำหรับเด็กออทิสติกให้เงียบสงบ ไม่สว่างเกินไป มีอุณหภูมิพอเหมาะ และบิดามารดาเด็กออทิสติกควรปรับเวลาการนอนของตนเองให้ตรงกับเด็กออทิสติกด้วย (Kose et al., 2017) หากพบว่าปัญหาการนอนยังคงอยู่ มารดาควรปรึกษาแพทย์

1.3 ด้านการขับถ่าย เด็กออทิสติกมักมีปัญหาในการฝึกขับถ่าย โดยเฉพาะการไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ มักจะปัสสาวะราดกางเกงหรือกระโปรงเป็นประจำและไม่ยอมขับถ่ายในชักโครก บางรายใช้วิธีร้องไห้แล้วมาขับถ่ายที่พื้นหรือราดใส่กางเกง บางรายใช้วิธีนอนคว่ำหน้าบนพื้นถึงจะขับถ่ายได้ มารดาจึงควรฝึกเด็กออทิสติกตั้งแต่ยังเล็ก โดยเริ่มตั้งแต่การควบคุมการขับถ่าย การสื่อบอกความต้องการขับถ่ายอย่างเหมาะสม การถอดกางเกงเมื่อต้องการขับถ่าย การล้างทำความสะอาด การใช้กระดาษชำระและทิ้งกระดาษชำระที่ใช้แล้ว การใช้สายฉีดชำระ การเก็บสายฉีดชำระหลังการใช้ การทำความสะอาด โถส้วมหลังขับถ่าย การล้างมือก่อนและหลังการใช้ห้องน้ำ นอกจากนี้ควรฝึกมารยาททางสังคมให้เด็กด้วย เช่น การปิดประตูห้องน้ำขณะขับถ่าย การใช้ห้องน้ำสาธารณะในที่ต่าง ๆ สัญลักษณ์ห้องน้ำชายหญิง (สถาบันราชานุกูล, 2554)

1.4 ด้านการออกกำลังกาย เด็กออทิสติกวัย 3-6 ปี มักมีปัญหาในด้านการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวที่เน้นการใช้กล้ามเนื้อใหญ่และการทำกิจกรรมที่เน้นการใช้กล้ามเนื้อเล็ก มารดาจึงมีบทบาทส่งเสริมให้เด็กออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นประเภทกีฬาที่ต้องใช้ความสามารถทางด้านร่างกายที่ต้องประสานการเคลื่อนไหวกับระบบประสาท กล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ รวมไปถึงใช้กล้ามเนื้อใหญ่ของร่างกาย เช่น โบว์ลิ่ง วายน้ำ ฟุตบอล กีฬาประเภทลู่วิ่งหรือลาน ขี่ม้า เป็นต้น หรือกิจกรรมพัฒนากล้ามเนื้อเล็ก เช่น ปาเป้า เดินลูกโป่ง ย้ายบอลลงตะกร้า โดยเน้นการเคลื่อนไหวจากกิจกรรมง่าย ๆ ไปสู่กิจกรรมที่ซับซ้อนและมีกติกามากขึ้น เพื่อพัฒนาความสามารถของสมองให้ก้าวหน้าไปพร้อม ๆ กัน (ฤกษ์ สุวรรณฉาย, 2558)

1.5 ด้านการรับวัคซีนและส่งเสริมภูมิคุ้มกัน มารดาควรส่งเสริมให้เด็กออกทิสติก ได้รับภูมิคุ้มกันตามวัย เพื่อให้เด็กมีภูมิคุ้มกันต้านทานการเจ็บป่วย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2. การส่งเสริมพัฒนาการ เป็นการจัดกิจกรรมที่ใช้ในการส่งเสริมเพื่อให้เด็กออกทิสติก มีพัฒนาการที่ขึ้นใกล้เคียงกับวัยปกติซึ่งมีแผนการฝึกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในระยะเวลาอันนาน โดยมารดาเด็กออกทิสติกควรกระตุ้นพัฒนาการเด็กในประเด็นดังต่อไปนี้ (สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560)

2.1 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้าน เช่น การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางกาย โดยการโอบกอด การเล่นจ๊ากจี้ ซึ่งการกระตุ้นประสาทสัมผัสทางผิวกายจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ระหว่างบิดามารดากับเด็กออกทิสติก จะทำให้เกิดความรัก ความอบอุ่น และความมีเชื้อเอื้อซึ่งกันและกัน การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางตา โดยฝึกเด็กออกทิสติกให้มองสบตา เพื่อฝึกทักษะทางสังคมและการสื่อความหมาย การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางหู เพื่อให้เกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของประสาทหู การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางจมูก เพื่อให้เด็กออกทิสติกได้รับรู้ และเรียนรู้ความแตกต่างของกลิ่นที่พบในชีวิตประจำวัน อาจใช้กลิ่นของดอกไม้ ผลไม้ หรืออาหาร ให้เด็กออกทิสติกได้ฝึกดม การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางลิ้น เช่น การให้เด็กได้ชิมรสอาหารต่าง ๆ เช่น เปรี้ยว หวาน เค็ม จืด ขม เพื่อให้เด็กได้รับรู้และเรียนรู้ความแตกต่างของรสชาติอาหารประเภทต่าง ๆ ที่เด็กสามารถรับประทานได้ในชีวิตประจำวัน (โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2554)

2.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพ เด็กออกทิสติกมักมีพัฒนาการทางด้านภาษาและการพูด สื่อความหมายไม่เป็นไปตามลำดับขั้นตามอายุ มารดาจึงมีบทบาทเป็นผู้ดูแลฝึกฝนให้เด็ก โดยเริ่มตั้งแต่การมอง ฟัง และปฏิบัติตามคำสั่ง พูดโดยเคลื่อนไหวปากและลิ้นอย่างช้า ๆ อาจมีการนำบัตรภาพหรือบัตรคำมาเป็นอุปกรณ์ช่วยฝึกเด็กออกเสียง อีกทั้งควรใช้คำนามที่มองเห็นเป็นรูปธรรมจดจำได้ง่าย คู่กันเคย และอยู่ใกล้ตัวเด็ก เช่น เริ่มเรียกแม่ พ่อ สอนให้เด็กเรียกชื่ออวัยวะต่าง ๆ พร้อมทั้งจับมือเด็กไปแตะส่วนนั้น ๆ และเป็นแบบอย่างในการพูดแก่เด็ก โดยพูดให้ชัดเจน ใช้คำให้ถูกต้อง (โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2554)

2.3 การฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มารดามีบทบาทในการฝึกเด็กออกทิสติก โดยเริ่มตั้งแต่รู้จักสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันก่อน แล้วจึงพัฒนาการฝึกกิจกรรมที่ซับซ้อนขึ้นไป โดยแต่ละกิจกรรมสามารถทำได้โดยมารดาช่วยจับนำ โดยมารดาจับมือเด็กให้ทำกิจกรรมที่ต้องการฝึก ช่วยชี้แนะ เมื่อบอกเด็กให้ทำกิจกรรมแล้วมารดาสามารถช่วยชี้แนะโดยการแตะบริเวณหลังข้อมือของเด็กอย่างนุ่มนวล เพื่อให้เด็กทำกิจกรรมที่ต้องการ อีกทั้งมารดาอาจทำกิจกรรมที่ต้องการฝึกให้เด็กดู หลังจากนั้นทดลองให้เด็กทำตาม จนกระทั่งเด็กสามารถทำได้เองตามคำสั่ง กิจกรรมที่ใช้ฝึก

เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ฝึกการแต่งกาย ฝึกการขับถ่าย การใช้ช้อนรับประทานอาหาร เป็นต้น (อรทัย ทองเพชร, 2545)

3. การส่งเสริมการศึกษา มารดาควรมีการประสานกับครูที่เลี้ยงในโรงเรียนเพื่อร่วมกระตุ้น ผลักดันเด็กออทิสติกให้เข้าร่วมกลุ่มและคอยช่วยเหลือเด็กในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียน จนกว่าเด็กจะสามารถเข้ากลุ่มและทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และมารดาควรต่อยอดการฝึกกิจกรรมที่เด็กได้ฝึกจากโรงเรียนมาฝึกต่อที่บ้าน เช่น กิจกรรมกระดาษ งานศิลปะต่าง ๆ เช่น การฉีกปะ การพับกระดาษ การร้อยลูกปัดเพื่อฝึกสมาธิ อีกทั้งมารดาควรติดตามผลการเรียนและพัฒนาการของเด็กขณะอยู่ที่โรงเรียน และผลการประเมินความสามารถในการขีด เขียน อ่านสมาธิในการทำกิจกรรม ทักษะการสื่อสาร การช่วยเหลือตนเอง ความสามารถในการปรับตัว เพื่อนำมาวางแผนในการฝึกฝนเด็กออทิสติกขณะอยู่ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง (สถาบันราชานุกูล, 2554)

4. การดูแลให้ความปลอดภัยแก่เด็กออทิสติก มารดาเป็นบุคคลสำคัญในการปกป้องอันตรายที่จะเกิดกับเด็กออทิสติกเนื่องจากเป็นผู้ที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด มารดาจึงมีบทบาทที่สำคัญในการจัดพื้นที่ปลอดภัยสำหรับเด็กออทิสติกในบ้าน โดยแยกเด็กออกจากจุดอันตราย เช่น จัดให้มีประตูหรือรั้วเพื่อแยกพื้นที่ของเด็กออกจากแหล่งน้ำ ห้องครัว บันได ระเบียง ถนน หรือบริเวณที่มียานพาหนะเข้าถึง เลือกใช้หรือวางเฟอร์นิเจอร์ให้เหมาะสม เช่น เลือกใช้ตู้หรือชั้นวางของที่มีความมั่นคงไม่ล้มง่าย หรือยึดติดกับกำแพง เพื่อป้องกันการล้มคว่ำเมื่อเด็กเข็น ดัน หรือปีนป่ายแยกเก็บสิ่งของที่อาจก่ออันตรายกับเด็กเพื่อมิให้เด็กออทิสติกเข้าถึงได้เช่น ของมีคม ไม้ขีดไฟ สารพิษ อาวุธ ยา ไม่ให้เด็กเข้าใกล้ได้รวมทั้งดูแลอย่างใกล้ชิดในการที่เด็กเล่นอุปกรณ์ที่มีความอันตราย เช่น สกเกตบอร์ด รองเท้ามีล้อ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

5. ด้านจิตใจ มารดามีบทบาทในการส่งเสริมความรักความผูกพันต่อเด็กออทิสติกด้วยการแสดงความรักต่อเด็กเช่น การโอบกอด สัมผัสกันและกัน ทำให้เกิดสายใยความรักความผูกพันซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของความอบอุ่นในใจเด็ก (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) สำหรับเด็กออทิสติกที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มารดาควรรหาสาเหตุเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในกรณีที่ไม่ทราบสาเหตุมารดาควรเบี่ยงเบนความสนใจโดยการสัมผัส พูดยุย ปลอดภัย หรือชักจูงให้ทำกิจกรรมอื่น หากเด็กมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายข้าวของ มารดาควรแยกเด็กมาอยู่ในสถานที่ปลอดภัยและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด อาจให้เด็กออกกำลังกายหรือเล่นเพื่อให้เด็กได้ระบายอารมณ์ซึ่งจะช่วยให้เด็กผ่อนคลายขึ้น (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2548)

6. ด้านสังคม เด็กออทิสติกมักมีความผิดปกติเด่นชัดด้านความบกพร่องทักษะทางสังคม ประกอบด้วย ความบกพร่องเกี่ยวกับความเข้าใจทางอารมณ์ และบกพร่องในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (นาถลดา ตะวันกาญจนโชติ, 2559) มารดาเด็กออทิสติกจึงมีบทบาทในการร่วมฝึกทักษะ

ทางสังคมกับทีมผู้รักษาแก่เด็กออทิสติก โดยเน้นฝึกในเรื่องการสบตา การยิ้ม พร้อมกับกระตุ้นให้เด็กได้สบตาคู่สนทนา การมีส่วนร่วมทางสังคม การสนทนากับบุคคลอื่น ได้รู้จักทักทายกับบุคคลใกล้เคียงใจ การใส่ใจและเข้าใจผู้อื่น การตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม และเมื่อเด็กออทิสติกได้เรียนรู้มากขึ้น จึงสอนให้เด็กออทิสติกรู้จักสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพื่อให้เด็กออทิสติกได้เรียนรู้การเข้าสังคม เรียนรู้มารยาทในสังคม นอกจากนี้มารดายังมีบทบาทหน้าที่ในการสอนเรื่องราวทางสังคม (Social stories) เช่น ปฏิบัติการโต้ตอบที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างเด็กออทิสติกและเด็กปกติ และเหตุผลในการโต้ตอบเช่นนั้น เพื่อช่วยให้เด็กออทิสติกเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคม เข้าใจอารมณ์และความรู้สึกของบุคคลอื่น และปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมได้ในสังคม (Gray, 1998)

การดูแลเด็กออทิสติกในช่วงอายุ 3-6 ปี เป็นช่วงที่มีความสำคัญอย่างมากทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของเด็ก ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ด้านสังคม ด้านการดูแลให้ความปลอดภัยแก่เด็กด้านจิตใจและด้านส่งเสริมการศึกษาพิเศษ หากเด็กออทิสติกได้รับการดูแลส่งเสริมจากมารดาอย่างครบถ้วนตั้งแต่แรกเริ่ม ก็จะทำให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มโอกาสให้เด็กออทิสติกสามารถพัฒนาต่อไป อย่างไรก็ตามหากมารดาปล่อยปละละเลยไม่ดูแลเด็กอย่างเหมาะสมก็จะทำให้เด็กออทิสติกมีความผิดปกติของพัฒนาการเพิ่มมากขึ้นซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบกับทั้งตัวเด็ก มารดา และครอบครัวตามมา ดังนั้นมารดาจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลเด็กออทิสติกรวมทั้งเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลเด็กออทิสติกมากที่สุด

ผลกระทบของมารดาที่เกิดจากการดูแลเด็กออทิสติก

จากการทบทวนเกี่ยวกับผลกระทบต่อมารดาของเด็กออทิสติกนั้น พบว่าการดูแลเด็กออทิสติกส่งผลกระทบต่อมารดาเด็กออทิสติกในแต่ละด้านดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย จากการที่เด็กออทิสติกเป็นภาระต่อการเลี้ยงดูมากกว่าเด็กปกติมารดาจึงต้องอยู่ใกล้ชิดตลอดเวลา รวมทั้งอาการจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อร่างกายของมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยเกิดความอ่อนเพลีย มีปัญหาด้านการนอนเนื่องจากเวลาพักผ่อนถูกรบกวนจากเด็ก เหน็ดเหนื่อย สุขภาพทรุดโทรม ยิ่งถ้าเด็กคนไหนมีอาการรุนแรงมาก มารดาจะต้องคอยช่วยเหลือและดูแลตลอดเวลา เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับเด็ก แม้แต่การเกิดความอ่อนล้าจากการต้องฝึกฝนบุตรออทิสติกที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน และอาศัยความอดทนอย่างมากของมารดาเด็กออทิสติก (ภัทรพงศ์ สุขมาลี, 2550) ซึ่งจากการศึกษา พบว่า มารดาเด็กออทิสติก ร้อยละ 36.9 ใช้เวลาในการดูแลเด็กออทิสติกเฉลี่ยประมาณ 9-16 ชั่วโมงต่อวัน และร้อยละ 36.3 ใช้เวลาในการดูแลเด็กออทิสติกเฉลี่ยประมาณ 17-24 ชั่วโมงต่อวัน (รัชตวรรณ

โอพาพิริยะกุล, 2557) ทำให้สุขภาพของมารดาเด็กออทิสติกทรุดโทรมลง เนื่องจากมีเวลาพักผ่อนน้อย จึงเกิดความอ่อนเพลียและอ่อนล้ามากกว่ามารดาเด็กทั่วไป (กุลิสรา พิศาลเอก, 2557)

2. ด้านจิตใจการที่เริ่มสังเกตได้ถึงความผิดปกติของบุตร เช่น ไม่สบตา ไม่พูดออกเสียง เป็นประโยค หรือมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ ที่ไม่สมวัย ย่อมทำให้มารดาเด็กออทิสติกเกิดความวิตกกังวล เครียดกับอาการของบุตร และเมื่อทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าบุตรของตนเป็นออทิสติก โดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน มารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะรู้สึกตกใจ ปฏิเสธ ไม่เชื่อ รับไม่ได้ ทำใจไม่ได้ บางรายรู้สึกผิดหวัง เสียใจ น้อยใจในโชคชะตาที่เกิดขึ้นกับครอบครัว บางรายโยนความผิดไปให้สิ่งอื่นว่าเป็นเวรกรรม บางรายรู้สึกเหมือนมีใครมาแย่งของรักไป (รัชตวรรณ โอพาพิริยะกุล, 2557) มารดาเด็กออทิสติก จึงมักมีความเครียด ความทุกข์ ท้อแท้ หดแรงแง สิ้นหวัง และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้หากบุตรยังมีพัฒนาการที่ล่าช้า หรือความก้าวหน้าของพัฒนาการไม่เป็นที่พึงพอใจ และส่งผลกระทบต่อบรรยากาศและการมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยา เกิดปัญหาทะเลาะเบาะแว้งและปัญหาอื่น ๆ ในครอบครัวที่ตามมา (ธีรารัตน์ เจริญชัยภรและคณะ, 2554) มารดาเด็กออทิสติกจึงเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด โดยจากการศึกษา พบว่า มารดาเด็กออทิสติกในประเทศอิหร่าน มีความเครียดสูงกว่าบิดาเด็กออทิสติก นอกจากนี้มารดาเด็กออทิสติกที่พาบุตรมารับบริการที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 54.20 มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี (พฤตศักดิ์ จันทราทิพย์, 2553) ส่วนมารดาเด็กออทิสติกที่พาบุตรมาเข้ารับการศึกษาที่ศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษาที่ 5 จังหวัดสุพรรณบุรี ร้อยละ 50 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 10 มีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง (ปวีดา โพธิ์ทอง และคณะ, 2557) ส่วนมารดาเด็กออทิสติกที่พาบุตรมารับบริการที่สถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.80 ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 5.20 มีภาวะสุขภาพทั่วไปที่ไม่ดี ร้อยละ 14.80 (สุภาพ ชุณวีรัตน์, 2552) ซึ่งผลกระทบต่อด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับมารดาเด็กออทิสติกนี้ อาจส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลเด็กออทิสติกลดลง จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงแสดงให้เห็นว่า การดูแลเด็กออทิสติกเกิดผลกระทบต่อด้านจิตใจของมารดาเด็กออทิสติกโดยตรง

3. ด้านเศรษฐกิจและสังคม การที่มารดาเด็กออทิสติกต้องพาบุตรไปรับการบำบัดรักษาที่สถานบริการสุขภาพ โดยต้องพาไปฝึกกระตุ้นพัฒนาการ การฝึกปรับพฤติกรรม การฝึกพูดออกเสียง มารดาเด็กออทิสติกจึงต้องมีหน้าที่วางแผนและเตรียมความพร้อมด้านค่าใช้จ่ายในส่วนของ การดูแลเด็กออทิสติกร่วมกับครอบครัว เนื่องจากต้องเผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลเด็กออทิสติก (เสาวภาค ทัดสิงห์ และคณะ, 2560) นอกจากนี้ เด็กออทิสติกมีความบกพร่องที่สำคัญ คือ บกพร่องทักษะทางสังคม มารดาเด็กออทิสติกจึงต้องฝึกทักษะทางสังคมโดยเน้นในเรื่องการสบตา การยิ้ม

การมีส่วนร่วม การฟัง การสนทนาอย่างต่อเนื่อง ความใส่ใจ เข้าใจผู้อื่น และการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม ผ่านการจำลองเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ทางสังคมต่าง ๆ เพื่อให้เด็กออกทิสติกทดลองปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ หรือสอนโดยให้จัดรูปแบบบทสนทนาในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้โดยตรง (ภาคินี มานะแท้, 2556) เมื่อเด็กออกทิสติกอยู่ในสังคมนอกบ้าน บ่อยครั้งที่อาจแสดงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ออกมา เช่น การกรี๊ดร้อง การกระตุ้นตัวเอง พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ก้าวร้าวอาละวาด การปรับพฤติกรรมจึงเป็นส่วนสำคัญโดยมารดาจะต้องเป็นผู้ควบคุมอาการและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากบุตรของตน (จิราภา ศรีรัตน, 2560) อีกทั้งมารดาต้องทำความเข้าใจและอดทนกับพฤติกรรมที่เด็กออกทิสติกแสดงออก พร้อมทั้งปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทันทีที่เด็กแสดงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ออกมา ทั้งนี้ในขณะที่ปรับพฤติกรรม มารดาต้องใช้ภาษากระชับ เข้าใจง่าย ไม่ตำหนิเด็กหรือสร้างความรู้สึกที่ไม่ดีต่อเด็ก (สุทธานันท์ กัลละ, 2561)

การดูแลเด็กออกทิสติกอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเวลายาวนานย่อมส่งผลกระทบต่อชีวิตมารดา เด็กออกทิสติกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความผาสุกของมารดาเด็กออกทิสติก โดยพบว่า มารดาเด็กออกทิสติกมีร่างกายทรุดโทรม มีภาวะสุขภาพทั่วไปที่ไม่ดี เนื่องจากการที่ต้องดูแลเด็กออกทิสติกอย่างใกล้ชิด เกิดภาวะวิตกกังวลและเครียดในการดูแลบุตรออกทิสติกทำให้บางครั้งเกิดการควบคุมตนเองลดลง รู้สึกเป็นสุขและมีชีวิตชีวาลดลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลบุตรออกทิสติกลดลงตามไปด้วย ซึ่งสิ่งต่างเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อความผาสุกของมารดาเด็กออกทิสติก

ความผาสุกของมารดาเด็กออกทิสติก

ความผาสุก (Well-being) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อความรู้สึกภายในตนเองในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ผู้ที่มีความผาสุกจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ในด้านบวกมากกว่าด้านลบ (Dupuy, 1977) ความผาสุกในชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิต และเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนาแม้ในภาวะเจ็บป่วยหรือพิการ เช่นเดียวกับมารดาเด็กออกทิสติกที่ต้องเผชิญกับการปรับตัวในการดูแลบุตร จึงเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญปัญหาและแบกรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลบุตรอย่างต่อเนื่องและยาวนานจนส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มารดาเด็กออกทิสติกมักมีความคิดสับสน การตัดสินใจเสื่อมถอยลง (วาสนา เกษมสุข, 2545) มีภาวะวิตกกังวลระดับสูง (ภาคินี มานะแท้, 2556) คุณค่าในตนเองลดลง มีภาวะสุขภาพไม่ดี และมีภาวะซึมเศร้า (สุภาพ ชุณวิรัตน์, 2552) ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อความผาสุกของมารดาเด็กออกทิสติกโดยตรง และมีแนวโน้มว่ามารดาเด็กออกทิสติกมีความผาสุกค่อนข้างน้อย จากการศึกษาพบว่า มารดาเด็กออกทิสติกที่พบุตรมารับการรักษาแบบไปกลับที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ มีความผาสุกอยู่ในระดับปานกลาง

($\bar{X} = 65.12, SD = 13.64$) (วาสนา เกษมสุข, 2545) หากมารดาเด็กออทิสติกมีความฉลาดสูง ก็จะทำให้รู้สึกเป็นสุข มีแรงจูงใจที่จะดำเนินบทบาทและความรับผิดชอบของตนในการดูแลเด็กออทิสติกต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชยมน บุญลักษณ์, 2548) ทำให้บุตรออทิสติก มีพัฒนาการที่ดีขึ้น สามารถเข้าร่วมสังคมได้มากขึ้นไม่เป็นภาระของสังคมต่อไปในอนาคต มารดาและเด็กออทิสติก รวมทั้งครอบครัวก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพของตนเอง

องค์ประกอบของความฉลาด

ความฉลาดตามแนวคิดของ Dupuy (1977) สามารถแบ่งออกได้เป็น 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health) เป็นภาวะการเจ็บป่วยของร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้ไม่มีความสุข
 2. การควบคุมตนเอง (Self-control) เป็นความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนได้ เพื่อเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 3. ความรู้สึกเป็นสุข (Positive well-being) คือ ความรู้สึกทางบวก อาจสังเกตได้จาก ความพึงพอใจในชีวิต การรับรู้ความสุขในการดำเนินชีวิต
 4. ความมีชีวิตชีวา (Vitality) เป็นความรู้สึกสดชื่น เบิกบานใจ มีพลังในการทำสิ่งต่าง ๆ
 5. ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นการไม่มั่นใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้มีอาการเครียด กลัว กระวนกระวาย และวิตกกังวล โดยมีการแสดงออกทางกาย อารมณ์
 6. ภาวะซึมเศร้า (Depressed mood) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ จะมีอาการซึมเศร้า มักร่วมกับอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่สนใจกิจกรรมที่เคยชอบ เป็นต้น
- จากองค์ประกอบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีความฉลาดสูง จะต้องมีการรับรู้ตนเองทางด้านบวกสูงกว่าด้านลบ โดยผู้ที่มีความฉลาดสูงจะมีภาวะสุขภาพทั่วไปดี สามารถควบคุมตนเองได้เป็นอย่างดี มีความสุข มีชีวิตชีวา ปราศจากความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ก็จะทำให้เกิดการปรับตัวต่อปัญหาได้ดี และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น เช่นเดียวกับมารดาเด็กออทิสติกที่มีความฉลาดสูงจะเป็นผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปที่ดี สามารถควบคุมตนเองได้เป็นอย่างดี มีความสุข มีชีวิตชีวา ปราศจากความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้เป็นอย่างดีและมักมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดของมารดาเด็กออทิสติก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดของมารดาเด็กออทิสติก หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ พบว่ามีปัจจัยหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดของผู้ดูแลดังนี้

1. อายุของผู้ดูแล บุคคลที่มีอายุมากจะมีความสามารถในการดูแลมากขึ้น โดยความสามารถนี้จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุจากวัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่และค่อย ๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา ซึ่งมารดาเด็กออทิสติกที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะมากขึ้น เป็นวัยของการมีครอบครัวและบุตร และสามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ต้องรับผิดชอบครอบครัว ต้องมีความอดทน เมื่อบุตรเกิดความเจ็บป่วย มารดาเด็กออทิสติกจึงต้องทำหน้าที่ดูแลรับผิดชอบ รับภาระในทุกด้าน จึงอาจส่งผลกระทบต่อความผาสุกได้ จากการศึกษาพบว่า อายุของผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมองพิการและความสามารถนี้อาจส่งผลกระทบต่อความผาสุกของมารดาได้ โดยผู้ดูแลเด็กสมองพิการมีอายุมากขึ้น ก็จะมีความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการเพิ่มขึ้น และอาจส่งผลให้เกิดความผาสุกสูง (เฉลิม วงษ์จันทร์, 2539)

2. ระดับการศึกษา มารดาเด็กออทิสติกที่มีระดับการศึกษาสูง จะสามารถรู้แหล่งข้อมูล และมีความสามารถในการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร หรือวิธีการดูแลบุตร ซึ่งจะช่วยให้มารดาเด็กออทิสติกตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาได้ดีขึ้น ทำให้ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนใช้การเรียนรู้ในอดีตมาแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น มารดาเด็กออทิสติกที่มีการศึกษาสูงจึงมีความผาสุกสูง จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน ($r = .23, p < .05$) โดยมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่มีการศึกษาสูง มักจะมีความผาสุกสูง (รสนิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539)

3. รายได้ของครอบครัว หากมีค่าใช้จ่ายที่พอเพียงในเรื่องการรักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอุปกรณ์ ค่าเดินทาง ในการนำเด็กออทิสติกมาตรวจที่โรงพยาบาล ค่าฝึกกระตุ้นพัฒนาการ ค่าฝึกฝนในด้านต่าง ๆ ของเด็กออทิสติก เช่น ฝึกพูด ฝึกออกเสียง ตลอดจนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลเด็กออทิสติกก็จะมีโอกาสที่ดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกลดลงและมีความผาสุก หากมารดาเด็กออทิสติกมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ เกิดปัญหาด้านค่าใช้จ่ายหรือเกิดความขัดสน ก็จะส่งผลให้ความผาสุกในการดูแลเด็กออทิสติกลดลงได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .20, p < .05$) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมักมีความผาสุกสูง (อรินทร์ จรูญสิทธิ์, 2554)

4. ระดับความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยในตัวบุตรที่มีผลกระทบโดยตรงต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก หากเด็กออทิสติกมีระดับความรุนแรงของโรคสูง เช่น มีระดับพฤติกรรมและอารมณ์ก้าวร้าว มีพัฒนาการในระดับที่ช้ากว่าเด็กวัยปกติมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มารดาเด็กออทิสติกก็ต้องเพิ่มความสนใจ ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น ต้องเตรียมพร้อมและเรียนรู้วิถีปฏิบัติในการดูแลเด็กเมื่อมีความผิดปกติ รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เพื่อป้องกัน

อันตรายและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น จึงอาจส่งผลให้มารดาเด็กออทิสติกเกิดความวิตกกังวล มีความเครียดสูงขึ้น และอาจเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย ระยะเวลาในการพักผ่อนมีน้อยลง เกิดภาวะสุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยทั้งทางกายและจิตใจ ทำให้มารดาเด็กออทิสติกมีความสุขในชีวิตลดลง จากการศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงของ โรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขของผู้ดูแลเด็ก โรคธาลัสซีเมีย ในเขตภาคตะวันออกเฉียง ($r = -.156, p < .05$) โดยผู้ดูแลที่ต้องดูแลเด็กธาลัสซีเมียที่มีอาการไม่รุนแรงมักมีความสุขสูง (สุพัสศิริ บุญยะวัตรและคณะ, 2548)

5. ระยะเวลาในการดูแลการดูแลเด็กออทิสติกที่ต้องใช้เวลาในการดูแล ฝึกฝน และกระตุ้นพัฒนาการเป็นเวลานานทำให้มารดาเด็กออทิสติกเบื่อหน่าย เครียด ท้อแท้ และลดความสามารถในการดูแลเด็กทำให้มีความสุขน้อย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแลบุตรปัญญาอ่อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขของมารดา ($r = -.30, p < .0$) โดยมารดาที่ให้การดูแลบุตรปัญญาอ่อนเป็นเวลานาน มักมีความสุขน้อย (รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539)

6. ความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ทำให้เกิดความเข้มแข็งในตนเอง การที่มารดาเด็กออทิสติกต้องรับหน้าที่เด็กออทิสติกที่มีระดับการพึ่งพาสูงและต้องใช้เวลาในการดูแลยาวนานร่วมกับการที่ต้องรับภาระในด้านอื่น ๆ ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อมารดาเด็กออทิสติกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และทำให้ความสุขของมารดาเด็กออทิสติกลดลง หากมารดาเด็กออทิสติกมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง ก็จะส่งผลให้เกิดความสุขสูง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = .240, p < .01$) (ภาคินี เดชชัยยศ และคณะ, 2563) นอกจากนี้ความแข็งแกร่งในชีวิต ยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = .543, p < .001$) (ณัฐภรณ์ จิตรบุตร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุคมทรัพย์, 2561)

7. ความหวัง เป็นสิ่งที่ทำให้มารดาเด็กออทิสติกเกิดพลัง กำลัง มีความอดทน มีกำลังใจ ที่จะคิดแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการรับรู้ว่าเป็นปัญหาหรือสิ่งที่คุกคามตนเองนั้น ไม่ใช่สิ่งที่รุนแรงเกินกว่าจะแก้ไขได้ ด้วยความรู้สึกที่ดีและเชื่อมั่นว่าจะบรรลุผลสำเร็จในสิ่งที่หวัง อันจะนำไปสู่การเกิดความสุขในชีวิตตามมา ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = .41, p < .001$) โดยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความหวัง มักมีความสุขสูง (จันทนา เตชะคฤห, 2540)

8. การสนับสนุนทางสังคม การได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแลเด็กออทิสติกจากสังคม ทำให้มารดาเด็กออทิสติก มีความรู้สึกอุ่นใจ มีความมั่นใจในการดูแลเด็กออทิสติก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกได้รับความรักความอบอุ่น ทำให้อารมณ์สงบเยือกเย็น มีปฏิริยาตอบสนองต่อความเครียดลดลง สามารถควบคุมตนเองในการแก้ไขปัญหา เกิดพลังใจ

และแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ส่งผลให้มารดาเด็กออทิสติกเกิดความ ผาสุกในชีวิต จากการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายความผาสุกของ ผู้ดูแลเด็กโรคลาล์สซีเมีย ในเขตภาคตะวันออกเฉียง (β = .484, $p < .05$) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดา เด็กโรคลาล์สซีเมียโดยผู้ดูแลเด็กโรคลาล์สซีเมีย ในเขตภาคตะวันออกเฉียงที่ได้รับการสนับสนุน ทางสังคมสูง มักมีความผาสุกสูง (สุพัตศิริ บุญยะวัตร์ และคณะ, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่า ปัจจัยหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับความผาสุก ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล ระดับความรุนแรงของโรคของบุตรความแข็งแรงในชีวิตความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งความแข็งแรงในชีวิตเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถเสริมสร้างให้เกิดขึ้นในตัวมารดาเด็กออทิสติกได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้มารดาเด็กออทิสติกมีความแข็งแรงในชีวิตจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนา มารดาเด็กออทิสติกเพื่อให้เกิดความผาสุก

ความแข็งแรงในชีวิตของมารดาเด็กออทิสติก

มารดาเด็กออทิสติกเป็นกลุ่มที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของตัวเองทั้งในด้าน ร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต เนื่องจากการที่ต้องดูแลบุตรออทิสติกอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเวลา ยาวนานส่งผลให้เกิดความอ่อนล้าอ่อนเพลีย สุขภาพร่างกายอ่อนแอ เกิดปัญหาสุขภาพจิต รู้สึกวิตกกังวล เครียด มีความทุกข์ ท้อแท้ หมดแรง สิ้นหวัง บางรายเกิดภาวะซึมเศร้า อีกทั้งรู้สึก ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม อับอายและลำบากใจที่ต้องเผชิญกับปฏิกิริยาแง่ลบของบุคคลในสังคม อีกทั้งบางรายยังประสบปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ต้องดูแลบุตรออทิสติก สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนส่งผลกระทบต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก ดังนั้นการเสริมสร้างความผาสุก จำเป็นจะต้องช่วยส่งเสริมภายในตัวบุคคลให้เกิดความเข้มแข็ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความแข็งแรงในชีวิตเป็นปัจจัยทำนายความผาสุกในชีวิต (β = .240, $p < .01$) (ภาคินี เดชชัยศ, 2563) โดยความแข็งแรงในชีวิตเป็นศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาและ สามารถต่อสู้กับสถานการณ์วิกฤติในชีวิตให้ผ่านพ้นไปได้ หากบุคคลมีความแข็งแรงในชีวิตสูงก็ จะเป็นผู้ที่เข้าใจตนเอง มีทัศนคติที่ดี มีความภาคภูมิใจ รู้ว่าตนเองมีแหล่งสนับสนุน มีทักษะการ สื่อสาร การแก้ปัญหา และการควบคุมอารมณ์ที่ดี ก็มักจะเป็นผู้ที่สามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรค ได้เป็นอย่างดี และส่งผลให้มีความผาสุกสูง

ความแข็งแกร่งในชีวิต

ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เป็นความสามารถของมนุษย์ในการเผชิญหน้ากับอุปสรรคและความทุกข์ยาก แม้จะอยู่ท่ามกลางเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือความทุกข์ในชีวิต โดยสามารถเอาชนะและสามารถที่จะฟื้นตัวได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และเข้าใจชีวิตมากขึ้น (Grotberg, 1995) ความแข็งแกร่งในชีวิตประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ฉันเป็น... (I am) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล (Inner strengths) ประกอบด้วย มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีพื้นที่อารมณ์ดี รู้จักเห็นอกเห็นใจและสามารถแสดงออกซึ่งความห่วงใยใส่ใจต่อผู้คนรอบข้าง พร้อมทั้งจะยอมรับและยกย่องผู้อื่น รับผิดชอบในสิ่งที่กระทำ และยอมรับผลของการกระทำนั้น คิดพิจารณาวางแผนในอนาคตที่เป็นไปได้ในความเป็นจริง มีความเชื่อมั่นว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนไปในทางที่ดี เชื่อว่าชีวิตนี้ยังมีความหวังเสมอ มีความศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์อันเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และเป็นบุคคลที่สามารถที่จะรักและเป็นที่รักของผู้อื่นได้
2. ฉันมี... (I have) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต (External supports) โดยคนที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตด้านนี้สูง จะเป็นผู้ที่มีตัวอย่างที่ดีในการทำสิ่งต่าง ๆ มีคนรอบข้างที่ทำให้เห็นว่ากรกระทำที่ถูกต้องที่ควรนั้นเป็นอย่างไร มีคนที่พร้อมจะให้กำลังใจและสนับสนุนให้เป็นตัวของตัวเอง มีบุคคล/ แหล่งที่ให้การดูแลในเรื่องของสุขภาพ การศึกษา มีคนในครอบครัวและนอกครอบครัวที่สามารถไว้ใจ/ เชื่อใจได้ มีคนที่คอยบอก/ สอน/ ตักเตือนถึงขอบเขตและข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ชัดเจนในการทำอะไรต่าง ๆ เพื่อที่จะได้ไม่ทำในสิ่งนี้อาจนำปัญหาและความยุ่งยากมาสู่ตนเอง มีแหล่งให้ตนเองรับบริการ/ สวัสดิการทางสังคม และความปลอดภัย และมีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคง
3. ฉันสามารถ... (I can) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal and problem-solving skill) บุคคลที่มีความสามารถสูงจะมุ่งมั่นในงานที่ทำอยู่จนกว่าจะประสบความสำเร็จ จัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เหมาะสมหาทางออกหรือวิธีการใหม่ ๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ รู้จักเลือกจังหวะเวลาและรู้กาลเทศะบอกผู้อื่น ได้เกี่ยวกับความคิดความรู้สึกของตนเอง และขอความช่วยเหลือจากใครสักคนได้ในเวลาที่ต้องการ

หากบุคคลมีองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิตทั้งสามด้านสูงก็จะถือว่าเป็นผู้ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง โดยเป็นผู้ที่รู้จักและเข้าใจตนเอง มีทัศนคติที่ดีและภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเอง มีทักษะทางสังคมทั้งในส่วนของการสื่อสาร การแก้ปัญหา และการควบคุมอารมณ์ที่ดี เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิตก็สามารถลุกขึ้นต่อสู้กับปัญหา

และยื่นหยัดได้เป็นอย่างดี จึงไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีความสุขในชีวิต (พัชรินทร์ นินทจันทร์ โสภิน แสงอ่อน และทัศน ทวีคุณ, 2558) หากมารดาเด็กออทิสติกมีความแข็งแกร่งในชีวิตทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ฉันเป็น... (I am) ฉันมี... (I have) และฉันสามารถ... (I can) อันจะนำไปสู่ชีวิตที่มีความสุข (Grotberg, 1995)

การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตกลุ่มผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในมารดาเด็กออทิสติก เพราะจากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ พบว่า มารดาเด็กออทิสติก เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตสูง โดยมารดาเด็กออทิสติกในประเทศอิหร่าน มีความเครียดสูงกว่าบิดาเด็กออทิสติก (Soltanifar et al., 2015) มารดาเด็กออทิสติกที่พานบุตรมารับบริการที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 54.20 มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี (พดุมศักดิ์ จันทราทิพย์, 2553) ส่วนมารดาเด็กออทิสติกที่พานบุตรมาเข้ารับการศึกษาที่ศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษาที่ 5 จังหวัดสุพรรณบุรี ร้อยละ 50 มีความเครียดระดับสูง และร้อยละ 10 มีความเครียดระดับรุนแรง (ปวีดา โพธิ์ทอง และคณะ, 2557) ส่วนมารดาเด็กออทิสติกที่พานบุตรมารับการรักษาที่สถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.80 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 5.20 มีภาวะสุขภาพทั่วไปที่ไม่ดี ร้อยละ 14.80 (สุภาพ ชุนวิรัตน์, 2552) จากการสำรวจดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ามารดาเด็กออทิสติกเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งหากมีการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับมารดาเด็กออทิสติก จะทำให้มารดาเด็กออทิสติกเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ส่งผลให้สามารถจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มองเห็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือ และเป็นต้นแบบที่ดีในการคิดแก้ไขปัญหา ส่งผลให้มารดาเด็กออทิสติกมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาจนสามารถผ่านพ้นปัญหาต่าง ๆ ไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุขในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสามารถช่วยสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (กานดา นาควาริ, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภิน แสงอ่อน, 2558) มีความสุขในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น (ธนพล บรรดาศักดิ์, ชนิดดา แนบเกสร และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2560) มีความวิตกกังวลลดลง (กนกพร เรื่องเพิ่มพูล, 2558) ลดภาวะซึมเศร้า (อายุพร กัยวิทย์โกศล, สุทธามาศ อนุชาตุ และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) มีความคิดฆ่าตัวตายลดลง (กรรณิการ์ ผ่องโต และอรวรรณ ลือบุญรัชชัย, 2557) โดยจากการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมเป็นเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 (กานดา นาควารี, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และ โสภณ แสงอ่อน, 2558) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ มีคะแนนความสุขในการเรียนรู้หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ชนพล บรรดาศักดิ์ ชนัดดา แนบเกสร และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2560)

ส่วนนักศึกษามหาวิทยาลัยพยาบาลชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละ 120 นาที มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และหลังได้รับโปรแกรมเดือนที่ 6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองสิ้นสุดทันที มีคะแนนซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($F = 27.86, p < .001$) อายุพร กัยวิทย์โกศล, สุทธามาศ อนุธาตุ และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ของสถาบันการศึกษาพยาบาล สังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมกิจกรรมละ 60-90 นาที มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.929, p < .008$) (กนกพร เรืองเพิ่มพูล, นฤมล สมรรคเสวี และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) และยังพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและมารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดอ่างทอง ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ จำนวน 5 กิจกรรม มีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (กรรณิการ์ ผ่องโต และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต มีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น มีความสุขในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น มีความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า และมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง ปัจจุบันพบการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมมารดาเด็กออทิสติกที่หลากหลาย เช่น โปรแกรมการจัดการความเครียดแบบผสมผสาน ประกอบไปด้วยกิจกรรม 8 สัปดาห์ ๆ ละครั้ง ใช้ระยะเวลา 8 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 8 ครั้ง มารดาเด็กมีคะแนนทักษะการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 15.90, p < .001$) (เสาวภาคย์ ทัดสิงห์, ชมชื่น สมประเสริฐ และพนิดา ศิริอำพันกุล, 2560)

ส่วนโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมรายกลุ่ม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.57, p < .01$) (สุชาวดี พันธุ์พงษ์ และคณะ, 2562) โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเด็กออทิสติก ดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90-120 นาที หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลทั้งในส่วนของความต้องการใช้เวลาในการดูแล และความยากลำบากในการดูแล หลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.97, p = .00; t = 9.21, p = .00$) (ฉันทฐิตา ศุภศรี และคณะ, 2560) นอกจากนี้มีการศึกษาการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตพบว่า ครอบครัวเด็กออทิสติกที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้น (Kotera et al., 2021)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งต่อความผาสุกในชีวิตของมารดาเด็กออทิสติก หากมารดาเด็กออทิสติกได้รับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตก็จะช่วยให้รู้จักและเข้าใจตนเองมากยิ่งขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลบุตร เชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีแหล่งสนับสนุนในการช่วยเหลือและดูแลบุตร ซึ่งจะช่วยให้มารดาสามารถบริหารจัดการและดูแลบุตรได้เป็นอย่างดี จึงมีเวลาพักผ่อนและดูแลตนเอง ไม่มีปัญหาสุขภาพ สามารถควบคุมและจัดการสถานการณ์ได้ รู้สึกมีความสุข มีชีวิตชีวา ไม่วิตกกังวลและซึมเศร้าซึ่งบ่งบอก ถึงมีความผาสุก

โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับมารดาเด็กออทิสติก

โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับมารดาเด็กออทิสติก เป็นชุดของกิจกรรมการพยาบาลรูปแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดความแข็งแกร่ง ในชีวิตของ Grotberg (1995) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้มารดาเด็กออทิสติกเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตทั้งสามด้าน ได้แก่

ฉันเป็น... (I am) กิจกรรมของโปรแกรมฯ มุ่งเน้นให้มารดาได้สำรวจจุดแข็ง จุดอ่อนตนเอง ประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต การวางเป้าหมายในอนาคตของตนเองและการดูแลบุตรออทิสติก

ฉันมี... (I have) กิจกรรมของโปรแกรมฯ มุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลเด็กออทิสติก อุปสรรคที่เกิดขึ้นรวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา และมุ่งส่งเสริมการสร้างกำลังใจให้แก่ตนเองในการดูแลเด็กออทิสติก

ฉันสามารถ... (I can) กิจกรรมของโปรแกรมฯ มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ 5 ด้านแก่เด็กออทิสติก ทักษะด้านการปรับพฤติกรรมและการควบคุมอารมณ์ ทักษะทางสังคม และการดูแลเรื่องยา ทักษะมารดาเด็กออทิสติกในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รู้จักความเครียดและวิธีการจัดการความเครียด การจัดการกับอารมณ์

กิจกรรมของโปรแกรมฯ มีทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ แต่ละครั้งจะใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนของกระบวนการกลุ่มดังนี้ (ชนิดดา แนบเกษร, 2560)

ขั้นเริ่มต้นกลุ่ม (Initial stage) เป็นขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกับสมาชิกและสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกและผู้นำกลุ่ม ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพนี้จะเกิดขึ้นตลอดกระบวนการกลุ่มโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการไว้วางใจกันอย่างแท้จริงเป็นสัมพันธภาพที่มีความหมาย ความอบอุ่น และจิตใจ สัมพันธภาพดังกล่าวก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยสมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยตนเอง รับรู้ว่ามีคนยอมรับและเข้าใจอย่างแท้จริงในการที่จะช่วยให้สมาชิกมีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถเผชิญความยุ่งยากต่าง ๆ ได้

ขั้นดำเนินกลุ่ม (Working stage) เป็นระยะที่สมาชิกพร้อมที่จะเปิดเผยตนเองต้องการสำรวจ และนำเสนอปัญหาที่ตนเองหรือต้องการแนวทางในการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งสมาชิกจะร่วมแรงร่วมใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Cohesiveness) รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันที่จะทำหน้าที่ช่วยเหลือกัน สมาชิกรับรู้ตนเองและมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มมากขึ้น เรียนรู้ที่จะพูดถึงความรู้สึกและความคิดเห็นต่อกันอย่างจริงจัง ไม่หลีกเลี่ยงความขัดแย้งและมีท่าทีที่อาทรต่อกัน พร้อมทั้งจะวางแผนการเปลี่ยนแปลงตนเองและรับผิดชอบที่จะวางแผนที่จะแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนยุติกลุ่ม (Terminating stage) เป็นระยะยุติกลุ่มซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญ ที่ช่วยให้สมาชิกรวบรวมประสบการณ์ว่าเขาเรียนรู้อะไรจากกลุ่มและจะนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างไรในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงของเขา

นอกจากนี้ เมื่อมารดาเด็กออทิสติกเข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มดังกล่าวจะก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดซึ่งเป็นผลจากการดำเนินการกลุ่มที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม โดยปัจจัยบำบัดมีอยู่ 11 ประการ โดยขณะดำเนินการกลุ่มอาจเกิดปัจจัยบำบัดไม่ครบทั้ง 11 ปัจจัย ซึ่งปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นมักขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่ม พลวัตกลุ่ม ความเชี่ยวชาญของผู้นำกลุ่ม และลักษณะสมาชิกกลุ่ม ซึ่งปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นมีความสำคัญในการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม

ของสมาชิกกลุ่ม โดยปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัย มีดังนี้ (ภัทรภรณ์ ทุ่งป็นคำ, 2557; Yalom & Leszcs, 1995)

1. การเพาะความหวัง (Instillation of hope) เป็นปัจจัยบำบัดสมาชิกกลุ่มรู้สึกมีความหวัง ในการเริ่มต้นชีวิตใหม่ ลุกขึ้นมาต่อสู้กับปัญหาที่ตนประสบอยู่ มีความหวังว่าชีวิตตนเอง หรือสถานการณ์ที่ตนเองประสบอยู่จะดีขึ้น

2. การให้ข้อมูล (Imparting of information) เป็นการที่สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนข้อมูล และเรียนรู้ซึ่งกันและกันในกลุ่ม ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีพลังสำหรับสมาชิกกลุ่ม เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ เกิดจากความไว้วางใจ ความเป็นปึกแผ่นของกลุ่ม การเห็นเป็นพวกพ้องเดียวกัน และเป็นข้อมูลที่ มาจากประสบการณ์ตรงที่เคยประสบมาก่อน

3. ความเป็นสากล (Universality) เป็นความรู้สึกที่สมาชิกกลุ่มตระหนักว่าทุกคน ล้วนแต่มีความทุกข์ และมีปัญหาด้วยกันทั้งสิ้น ถึงแม้ว่าปัญหาของแต่ละคนจะมีลักษณะแตกต่างกัน ออกไปตามบริบทของแต่ละบุคคล แต่สมาชิกกลุ่มจะรับรู้และเกิดความรู้สึกใหม่ว่าตนเองไม่ได้ อยู่คนเดียวบนโลกนี้ คนอื่นต่างก็มีปัญหาทั้งสิ้น เราไม่ได้ทุกข์อยู่คนเดียว ยังมีคนที่มีความทุกข์เช่นเดียวกัน

4. การแก้ไขประสบการณ์เดิมจากครอบครัว (The corrective recapulation of the primary family group) สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ในสิ่งคาใจที่เกิดจากครอบครัวเดิม หรือทำให้ ปมขัดแย้งที่เก็บไว้ได้รับการแก้ไข

5. การรู้สึกได้ทำคุณประโยชน์ (Altruism) สมาชิกกลุ่มรับรู้ว่าจะตนเองได้ให้ ความช่วยเหลือบุคคลอื่น หรือเป็นประโยชน์ หรือบรรเทาปัญหาให้กับสมาชิกในกลุ่มได้ เกิดเป็น ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้การรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น

6. การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม (The development of socialization techniques) การเข้าร่วมกลุ่มกับสมาชิกกลุ่มอื่นทำให้สมาชิกมีโอกาสเรียนรู้การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น และฝึกการ เข้าสังคม ได้แก่ การกล่าวทักทาย การกล่าวขอบคุณ การมีมารยาทและรู้กาลเทศะ

7. พฤติกรรมการเลียนแบบ (Imitative behavior) การที่สมาชิกกลุ่มได้เห็นพฤติกรรม ของสมาชิกกลุ่มคนอื่น ได้แก่ การพูด การแต่งตัว ตลอดจนวิธีการรับมือกับปัญหาและวิธีการ เผชิญหน้ากับอุปสรรคหรือความเครียดในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดการเรียนรู้และเลียนแบบและ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านดีมากขึ้น

8. ความเป็นปึกแผ่น (Group cohesiveness) สมาชิกเริ่มมีความคุ้นเคยกัน ได้พัฒนา ความไว้วางใจได้ช่วยกันแก้ไขปัญหาก่ที่เกิดขึ้นและมีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน มีความอบอุ่นและให้การยอมรับซึ่งกันและกัน

9. การเรียนรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal learning) สมาชิกกลุ่มได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของตน ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมไหนที่สมควรหรือไม่ควรปฏิบัติ และเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น

10. การเรียนรู้สัจธรรมแห่งชีวิต (Existential factor) สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงแก่นแท้ของชีวิต ได้แก่ ความไม่แน่นอน ความไม่ยุติธรรม ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน การตระหนักถึงข้อเท็จจริงว่าไม่มีใครหนีความทุกข์หรือความตายได้ ทำให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ ตระหนัก และมีความรับผิดชอบในชีวิตของตนเองมากขึ้น ความรู้สึกเสียใจหรือผิดหวังในชีวิตลดลง และใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขมากยิ่งขึ้น

11. การได้ปลดปล่อยความรู้สึก (Catharsis) เมื่อสมาชิกกลุ่มพัฒนาความไว้วางใจที่เกิดขึ้นกับกลุ่มแล้ว มักเกิดการปลดปล่อยความรู้สึกหรือประเด็นที่เป็นปมขัดแย้งในอดีต หรือเป็นสิ่งที่ค้างคาใจที่ไม่สามารถจัดการได้และไม่สามารถพูดให้ใครฟัง ให้กับเพื่อนสมาชิกกลุ่มคนอื่นมากขึ้น

หลังจากมารดาเด็กออทิสติกเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมครบทั้ง 8 ครั้งตามแนวทางดังกล่าว จะช่วยให้มารดาเด็กออทิสติกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพร่วมกับบุคคลอื่นรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองจากการที่ได้แสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น มีการผูกพันจิตใจต่อกันโดยรับรู้ว่าเป็นพวกเดียวกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ภายในกลุ่ม มีการรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ร่วมกัน ได้ระบายออกทั้งสิ่งที่ดีและสิ่งที่คับข้องใจ ได้แนวทางในการแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว จากการที่ได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม รู้สึกถึงความเป็นสากล โดยเกิดความตระหนักว่าทุกคนต่างมีปัญหาเหมือนกันหมด รู้สึกมีความหวังทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้มารดาเด็กออทิสติกมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงขึ้น โดยจะรู้จักและเข้าใจตนเองมากยิ่งขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลบุตร เชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีแหล่งสนับสนุนในการช่วยเหลือและดูแลบุตร ซึ่งจะช่วยให้มารดาสามารถบริหารจัดการและดูแลบุตรได้เป็นอย่างดี จึงมีเวลาพักผ่อนและดูแลตนเอง ไม่มีปัญหาสุขภาพ สามารถควบคุมและจัดการสถานการณ์ได้ รู้สึกมีความสุข มีชีวิตชีวา ไม่วิตกกังวลและซึมเศร้า และมีความสุขเพิ่มขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มและวัดผลก่อน-หลังการทดลอง (The randomized pretest-posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลเด็กออทิสติกและมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรุงเทพมหานคร จากสถิติพบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีมารดาพาบุตรออทิสติกมารับบริการทั้งสิ้นจำนวน 1,619 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลเด็กออทิสติก และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรุงเทพมหานคร ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นมารดาที่รับผิดชอบดูแลบุตรออทิสติกที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการแบบไปกลับที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
2. มีบุตรอายุระหว่าง 3-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นออทิสติกตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และมีความรุนแรงในระดับที่ต้องการความช่วยเหลือปานกลาง (Moderate autism spectrum disorder) โดยจิตแพทย์ของสถาบันฯ เป็นผู้พิจารณาจากอาการของผู้ป่วยตามเกณฑ์
3. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
4. สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มารดาเด็กออทิสติกที่มีที่พักอาศัยห่างไกลจากสถานที่ดำเนินกิจกรรมจนเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. มารดาเด็กออทิสติกที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหรือโรคทางจิตร้ายแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
3. มารดาเด็กออทิสติกที่มีข้อจำกัดและไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Discontinuation criteria)

1. มารดาเด็กออทิสติกที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหรือโรคทางจิตร้ายแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมจนต้องได้รับการรักษาและวินิจฉัยจากแพทย์
2. มีการย้ายภูมิลำเนาหรือย้ายที่อยู่อาศัยในขณะที่เข้าร่วมกิจกรรม
3. มารดาเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมกลุ่มไม่ครบ 8 กิจกรรม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม ผู้วิจัยให้โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมต่อได้ แต่ไม่นำมาคำนวณข้อมูลทางสถิติ เนื่องจากผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างไว้ประมาณร้อยละ 20

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) ด้วยโปรแกรม G Power กำหนดค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ .80 คำนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .40 โดยคำนวณมาจากผลการศึกษาของ วิจิตรา จิตรักษ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และทัศน ทวีคุณ (2558) ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ซึ่งใกล้เคียงกับค่าอิทธิพลขนาดกลางสำหรับประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Polit & Beck, 2012) ผลการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมฯ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มอย่างน้อย 12 คน อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ซึ่งอาจมีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนดได้ ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นประมาณร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มเท่ากับ 15 ราย รวมทั้งสิ้น 30 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์เพื่อเชิญชวนมารดาเด็กออทิสติกที่พบบุตรมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ โดยติดประกาศเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ ที่บอร์ดประชาสัมพันธ์บริเวณคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ และเด็กผู้ป่วยนอกของสถาบันสุขภาพจิตเด็กฯ และวางแผ่นพับประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ ไว้บริเวณจุดขึ้นบันไดนัดแผนกงานเวชระเบียน สถาบันสุขภาพจิตเด็กฯ รวมทั้งแจกแผ่นพับ ให้กับมารดาเด็กออทิสติกที่มารับบริการในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการก่อนเริ่มโครงการประมาณ 2 สัปดาห์ หลังจากการประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ มีมารดาเด็กออทิสติกที่มารับบริการสนใจและติดต่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวนมาก โดยสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ ตามวันนัดหมายของบุตรออทิสติกที่ต้องมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการที่สถาบันฯ ซึ่งโดยปกติจะมีการนัดหมายในวันจันทร์-พฤหัสบดี ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมฯ

ให้กับมารดาทราบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตามปกติจากสถาบันฯ หากมารดาไม่ได้รับการคัดเลือก

2. ผู้วิจัยจัดทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในแต่ละวันที่มากระตุ้นพัฒนาการตามนัด (มีบริการกระตุ้นพัฒนาการทุกวันตั้งแต่วันจันทร์-พฤหัสบดี วันละประมาณ 10-12 คน)

3. ผู้วิจัยทำการสุ่มวันที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการเพื่อกำหนดให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มให้วันจันทร์และวันพุธ เป็นกลุ่มทดลอง วันอังคารและวันพฤหัสบดี เป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจและความสะดวกในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายและสรุปรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วน

4. ผู้วิจัยนำรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวันที่กำหนดไว้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มาสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดให้กลุ่มทดลอง เป็นมารดาที่พาบุตรมารับบริการที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการในวันจันทร์จำนวน 8 ราย และวันพุธจำนวน 7 ราย และกลุ่มควบคุมเป็นมารดาที่พาบุตรมารับบริการที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการในวันอังคาร จำนวน 8 ราย และวันพฤหัสบดี จำนวน 7 ราย ได้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน รวม 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาเด็กออทิสติก เป็นข้อความคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

1.1.1 ปัจจัยด้านมารดาเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย และระยะเวลาในการดูแลเด็กออทิสติก

1.1.2 ด้านเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาของการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย

1.2 แบบสอบถามความผาสุกของ Dupuy (1977) แปลเป็นไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2532) มีจำนวนข้อคำถามรวมทั้งหมด 18 ข้อ แบบประเมินแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับประเมินความรู้สึกและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสุขในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ เพื่อใช้ในการประเมินความสุขในชีวิต 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป 1 ข้อ (ข้อที่ 10) การควบคุมตนเอง 3 ข้อ (ข้อที่ 3, 7, 13) ความรู้สึกเป็นสุข 3 ข้อ (ข้อที่ 1, 6, 11) ความมีชีวิตชีวา 3 ข้อ (ข้อที่ 9, 14, 15) ความวิตกกังวล 3 ข้อ (ข้อที่ 2, 5, 8) และภาวะซึมเศร้า 3 ข้อ (ข้อที่ 4, 12, 16) โดยเป็นคำถามในด้านบวก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 6, 9, 11, 13 คำถามในด้านลบ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 14 คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ เริ่มตั้งแต่ 0 มีความสุขน้อยที่สุด จนถึง 5 มีความสุขมากที่สุด ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมดของส่วนนี้มีค่าระหว่าง 0-70 คะแนน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่มีข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ สำหรับประเมินความวิตกกังวล ความเครียด ความมีชีวิตชีวา และความรู้สึกเป็นสุขลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่าเชิงเส้นตรง ตั้งแต่ 0 ไม่มีความสุขเลย จนถึง 10 มีความสุขเป็นอย่างมาก คะแนนรวมทั้งหมดในส่วนนี้มีค่าระหว่าง 0-40 คะแนน

การแปลผล โดยนำคะแนนของแบบสอบถามทั้งสองส่วนมารวมกัน คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 0-110 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความสุขสูง

แบบประเมินฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีความเที่ยงในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ .81 และในผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าที่รักษาแบบไปกลับ เท่ากับ .83

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต พัฒนาโดยผู้วิจัยตามแนวคิดของ Grotberg (1995) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ใช้ในการเสริมสร้าง 3 องค์ประกอบหลักของความแข็งแกร่งในชีวิต ได้แก่ ฉันเป็น... (I am), ฉันมี... (I have) และฉันสามารถ... (I can) ซึ่งโปรแกรมนี้ประกอบด้วยชุดกิจกรรม 8 ครั้ง โดยมีการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 8 สัปดาห์โดยในแต่ละครั้งจะใช้กระบวนการกลุ่มให้เกิดการเรียนรู้ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1: “รู้จักเธอและฉันรู้ทันออกัสติก” มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีและสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง รวมทั้งเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันเป็น... (I am) โดยรูปแบบของกิจกรรมมุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มทำความรู้จักกันและกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำความเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับความแข็งแกร่งในชีวิต เข้าใจเกี่ยวกับเกี่ยวกับ

โรคออทิสติก การบำบัดรักษา การดูแลบุตรออทิสติก รวมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการจัดการปัญหา และอุปสรรคที่เกิดจากการดูแลบุตรออทิสติก

กิจกรรมครั้งที่ 2: “พัฒนาการสมวัย พาใจสุขสันต์” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันสามารถ... (I can) และด้านฉันมี... (I have) โดยรูปแบบของกิจกรรม มุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มทบทวนความรู้สึก ความคับข้องใจ ปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดจากการดูแลบุตรออทิสติกเข้าใจความเครียด สาเหตุของความเครียด ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ฝึกทักษะการกระตุ้นพัฒนาการของประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้าน และการส่งเสริมกิจวัตรประจำวันของเด็กออทิสติกที่เหมาะสมกับความต้องการ รวมทั้งทราบถึงแหล่งสนับสนุนในการดูแลบุตรออทิสติกทั้งด้านการดูแลสุขภาพ การศึกษา การได้รับการ หรือสวัสดิการทางสังคมที่ดีและปลอดภัย

กิจกรรมครั้งที่ 3: “ลูกมีทักษะทางสังคมดี พาชีวิตแม่มีความสุข” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันสามารถ... (I can) และด้านฉันมี... (I have) โดยรูปแบบของกิจกรรม มุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มมีแนวทางการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กออทิสติกด้านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้าน การส่งเสริมกิจวัตรประจำวันของเด็กออทิสติก รวมทั้งฝึกทักษะกระตุ้นพัฒนาการด้านทักษะทางสังคมได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการของบุตร ทราบถึงแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรออทิสติกเพิ่มเติม

กิจกรรมครั้งที่ 4: “ลูกอารมณ์ดี แม่มีความสุข” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของมารดาเด็กออทิสติก ด้านฉันสามารถ... (I can) และด้านฉันมี... (I have) โดยรูปแบบของกิจกรรม มุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหา ที่เกี่ยวข้องกับการฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กออทิสติกด้านทักษะทางสังคม ฝึกทักษะการกระตุ้นพัฒนาการด้านการเล่นและการรับรู้ทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีต้นแบบในการดำเนินชีวิตที่ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 5: “ทุกปัญหามีทางออก” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันสามารถ... (I can) โดยรูปแบบของกิจกรรม มุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มมีแนวทางการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการฝึกกระตุ้นพัฒนาการด้านการเล่นและการรับรู้ทางอารมณ์ ฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

กิจกรรมครั้งที่ 6: “สื่อสารดี ชีวิตมีความสุข” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันมี... (I have) และด้านฉันสามารถ... (I can) โดยรูปแบบของกิจกรรม มุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มมีแนวทางการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นพัฒนาการเด็กออทิสติกด้านต่าง ๆ

มีทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เข้าใจและตระหนักถึงศักยภาพของตนเองในการดูแลตนเอง ออทิสติก รวมทั้งการมีแหล่งสนับสนุนในครอบครัวและชุมชน ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

กิจกรรมครั้งที่ 7: “จุดหมายของฉันในวันที่รอคอย” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันเป็น... (I am) โดยรูปแบบของกิจกรรมมุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการสื่อสารในชีวิตประจำวัน มีความหวัง และเข้าใจถึงความคาดหวังของตนเองในอนาคต รวมทั้งฝึกทักษะการปรับมุมมองทางบวกมีแนวทางในการดูแลตนเอง ออทิสติก และวางแผนการดูแลตนเองในอนาคตได้อย่างเหมาะสมกับศักยภาพและความเป็นจริง

กิจกรรมครั้งที่ 8: “ก้าวต่อไปด้วยใจที่เข้มแข็ง” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันเป็น... (I am) มุ่งเน้นการเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง และเพื่อสรุปการเรียนรู้และมีแนวทางในการดูแลตนเองที่ชัดเจน โดยรูปแบบของกิจกรรมมุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่ม ทบทวนและสรุปเกี่ยวกับการนำทักษะด้านต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้ในกลุ่มไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การแก้ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นมีแนวทางในการปรับมุมมองทางบวก และมีเป้าหมายในการดูแลตนเองในอนาคตที่ชัดเจน ประเมินอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิต ความผาสุก และประเมินผลการเข้าร่วม โปรแกรมฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 แบบประเมินความผาสุกของ Dupuy (1977) เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ มีการนำมาใช้ในประชากรไทยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ผู้วิจัยจะนำแบบประเมินฉบับนี้มาใช้ โดยไม่มีการตัดแปลงหรือแก้ไข ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะไม่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือดังกล่าวซ้ำ

1.2 โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตที่พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (1995) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กออทิสติก จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ชำนาญการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน 2 ท่าน

และนักจิตวิทยาคลินิกผู้ชำนาญด้านการดูแลเด็กออทิสติก จำนวน 1 ท่าน ทำการตรวจสอบเนื้อหา วิธีการ ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความครอบคลุมของ เนื้อหา รูปแบบของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำการแก้ไข วัตถุประสงค์ที่ซ้ำซ้อน และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะ มาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมภายใต้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีอาจารย์ผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มมารดา เด็กออทิสติกที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย พบว่า เนื้อหาของโปรแกรม มีความเหมาะสม เข้าใจง่าย เวลาที่มีความเหมาะสม

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความผาสุกของ Dupuy (1977) ไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดา เด็กออทิสติก ที่พบบุตรมารับการกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย: G-HS 060/ 2563 ลงวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2563 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ รหัสโครงการวิจัย: camri-IRB 2564/ 001 ลงวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2563

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการ ทดลองเก็บและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ราชนครินทร์แล้ว ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายรายละเอียดของการทดลองและการเก็บรวบรวม ข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างมารดาเด็กออทิสติก ชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับเข้าร่วมหรือตอบปฏิเสธ หรือถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัย หากเข้าร่วมการวิจัยแล้วเกิดความรู้สึกไม่พร้อม เกิดความอึดอัด หรือต้องการยุติการเข้าร่วม สามารถแจ้งผู้วิจัยให้ทราบได้ตลอด โดยการเข้าร่วมกิจกรรมของ โปรแกรมฯ จะไม่กระทบต่อการได้รับบริการของสถาบันสุขภาพจิตเด็กฯ เนื่องจากระยะเวลาที่ กลุ่มตัวอย่างดำเนินโปรแกรมฯ นั้น เป็นช่วงเวลาว่างของมารดาเด็กออทิสติกที่มารอบุตรออทิสติก

เข้ารับกรกระตุ้นพัฒนาการเป็นระยะเวลาประมาณ 180 นาที อยู่แล้ว หลังจากผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ และสอบถาม รายละเอียดเพิ่มเติมจนไม่มีข้อสงสัย แล้วจึงลงนามแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

4. เนื่องด้วยในช่วงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นช่วงที่มีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ผู้วิจัยตระหนักถึงความปลอดภัยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาของกลุ่มตัวอย่าง จึงดำเนินการจัดสถานที่โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว มีการเว้นระยะห่างทางสังคม และมีมาตรการคัดกรองและป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

5. ผู้วิจัยมีการรักษาความลับ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัยไว้เป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกนำไปจัดเก็บในตู้เอกสารมิดชิด และในระบบคอมพิวเตอร์โดยมีการตั้งรหัส การเข้าถึงข้อมูลจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนำข้อมูลที่นำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น ซึ่งเป็นการนำเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการ ไม่มีการเปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามถึงสิ่งที่สงสัยเพิ่มเติม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ก่อนลงนามแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

6. เมื่อผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้กลุ่มควบคุมที่สมัครใจเช่นเดียวกัน โดยหลังจากดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองเสร็จสิ้น ได้เกิดสถานการณ์การระบาดของไวรัส Covid-19 ระลอกใหม่ สถาบันสุขภาพจิตเด็กฯ ได้มีการออกประกาศงดการจัดบริการแบบกลุ่มทุกประเภทภายในสถาบันฯ และปรับเปลี่ยนบริการบำบัดเป็นรูปแบบออนไลน์ผ่านระบบประชุมออนไลน์ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในรูปแบบออนไลน์ผ่านระบบประชุมออนไลน์ให้แก่กลุ่มควบคุมที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลอง โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยบูรพา และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์แล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจาก

คณะศิษย์พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
ราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตทำการทดลองเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้าง
ความแข็งแรงในชีวิตเพื่อเสริมสร้างความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก ที่พานูตรมารับบริการ ใน
คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
ราชนครินทร์แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เพื่อแจ้งความ
ประสงค์ในการทำวิจัย การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขออนุญาตในการ
ดำเนินการทดลองในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ

1.3 ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ดำเนินการวิจัย โดยเตรียมห้องทำกลุ่มใช้สถานที่ของ
คลินิกวัยรุ่น ชั้น 2 สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เนื่องจากเป็นสถานที่สงบ
ปลอดภัย ไม่มีสิ่งรบกวน เพื่อความเหมาะสมในการทำกลุ่ม

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันอาจ
เกิดจากความลำเอียงของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยมีผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ช่วย
ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดในการเป็นผู้ช่วยผู้วิจัย การเก็บรักษาความลับของ
กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งรักษาความลับของข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมิน
ความผาสุกในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และการทดลอง เสร็จสิ้น 1 เดือน
และให้ผู้ช่วยผู้วิจัยทดลองฝึกการใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความผาสุก
ภายใต้การแนะนำของผู้วิจัยก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

1.5 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ
และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างโดยครบถ้วนและไม่ปิดบัง และเปิดโอกาสให้
สอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในการเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง
มีการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยโดยอิสระ ปราศจากการกดดันและการข่มขู่บังคับ หรือชักจูงใจใด ๆ
เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วม
การวิจัย ดำเนินการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการทดลอง โดยกำหนดการจัดกิจกรรม
สำหรับกลุ่มทดลองทุกวันจันทร์และพุธ เวลา 9.30-11.00 น. ใช้สถานที่ ณ คลินิกวัยรุ่น
ชั้น 2 สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 8 สัปดาห์

1.6 เนื่องด้วยในช่วงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของ
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ซึ่งผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเป็นส่วนตัว
ความปลอดภัยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาของกลุ่มตัวอย่าง จึงดำเนินการ
จัดสถานที่โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว มีการเว้นระยะห่างทางสังคมตามแนวปฏิบัติของสถาบันฯ

ขณะดำเนินโปรแกรมฯ ทุกครั้ง ผู้วิจัยมีมาตรการคัดกรองและป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ได้แก่

- 1.6.1 วัคซีนหมึร่างกายให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกคนก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 1.6.2 สังเกตอาการเสี่ยง เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก
- 1.6.3 แจกหน้ากากอนามัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน
- 1.6.4 ให้ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 1.6.5 จัดที่นั่งโดยจัดเว้นระยะห่างระหว่างกันอย่างน้อย 1 เมตร ตามแนวทาง

ของการเว้นระยะห่างทางสังคม

ขณะดำเนินโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือ และปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวอย่างเคร่งครัด ทำให้กลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในระลอกก่อนการทดลอง ระยะการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ระยะก่อนการทดลอง

ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานพบกลุ่มทดลองทั้ง 15 คน ที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป พร้อมทั้งประเมินความผาสุกก่อนการทดลอง (Pre- test) และนัดหมายครั้งต่อไป

2.2 ระยะทดลอง

กลุ่มทดลอง

หลังจากผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแล้วก็ได้ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต โดยดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน ซึ่งได้เข้าร่วมกิจกรรม 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มวันจันทร์ จำนวน 7 คน และกลุ่มวันพุธ จำนวน 8 คน รวมเป็น 15 คน ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตที่มีเนื้อหาสาระเหมือนกันทุกประการ โดยกำหนดแผนการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมในวันจันทร์และพุธของทุกสัปดาห์ ในช่วงเวลา 9.30-11.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มารดาเด็กออทิสติกจะนั่งรอบุตรเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการประมาณ 180 นาที โดยปกติทางสถาบันฯ ไม่ได้จัดกิจกรรมใด ๆ ในระยะเวลานี้ จึงเป็นช่วงเวลาว่างสำหรับการพักผ่อนหรือทำกิจกรรมอื่นได้ตามอิสระ หรือหากบางรายต้องการขอรับคำปรึกษาในการดูแลบุตรเพิ่มเติมก็สามารถขอรับบริการได้

ตามความสมัครใจ นอกจากนี้ช่วงเวลาในการดำเนินโปรแกรมฯ เป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่าง ต้องพบุตรมากระตุ้นพัฒนาการตามปกติ ที่สถาบันฯ อยู่แล้ว การเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้ง 8 ครั้ง ดังกล่าว จึงไม่เป็นภาระหรืออุปสรรคในการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างทุกราย สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบ 8 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1: “รู้จักเธอและฉันรู้ทันออทิสติก” เพื่อสร้างสัมพันธภาพ เสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันเป็น... โดยเน้นการทำความเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกตนเอง ส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิสติกและการดูแลบุตรออทิสติก

กิจกรรมที่ 2: “พัฒนาการสมวัย พาใจสุขสันต์” เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันสามารถ... โดยเน้นฝึกทักษะการกระตุ้นพัฒนาการประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้านของบุตร และด้านฉันมี... โดยกระตุ้นให้เห็นแหล่งสนับสนุนการดูแลบุตรออทิสติก

กิจกรรมที่ 3: “ลูกมีทักษะทางสังคมดี พาชีวิตแม่มีความสุข” เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันสามารถ... โดยเน้นการฝึกทักษะทางสังคมให้กับบุตร และด้านฉันมี... โดยชี้ให้เห็นถึงแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวกับการดูแลบุตรออทิสติก

กิจกรรมที่ 4: “ลูกอารมณ์ดี แม่มีความสุข” เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันสามารถ... โดยส่งเสริมการฝึกทักษะการเล่นและการรับรู้ทางอารมณ์ของบุตร และด้านฉันมี... เน้นการทบทวนและค้นหาต้นแบบในการดำเนินชีวิต

กิจกรรมที่ 5: “ทุกปัญหาามีทางออก” เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันสามารถ... โดยเน้นการส่งเสริมทักษะการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรออทิสติกอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 6: “สื่อสารดี ชีวิตมีความสุข” เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันสามารถ... โดยเน้นการส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และด้านฉันมี... กระตุ้นให้เห็นถึงแหล่งสนับสนุนในครอบครัว ชุมชน

กิจกรรมที่ 7: “จุดหมายของฉันในวันที่รอคอย” เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันเป็น... โดยเน้นการปรับมุมมองทางบวก และการสร้างความหวัง

กิจกรรมที่ 8: “ก้าวต่อไปด้วยใจที่เข้มแข็ง” เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันเป็น... โดยกระตุ้นให้เห็นถึงศักยภาพ รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง มีแนวทางในการดูแลบุตรที่ชัดเจน และสรุปการเรียนรู้จากการเข้าร่วม โปรแกรมฯ

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มารดา เด็กออทิสติก ได้รับจากพยาบาลวิชาชีพของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โดยมีการให้ความรู้

และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลบุตรออทิสติกเมื่อเข้ารับบริการในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ รวมทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพจิตและการเลี้ยงดูบุตรในวันอังคาร และวันพฤหัสบดี เวลา 9.30-11.00 น.

2.3 ระยะเวลาหลังการทดลอง

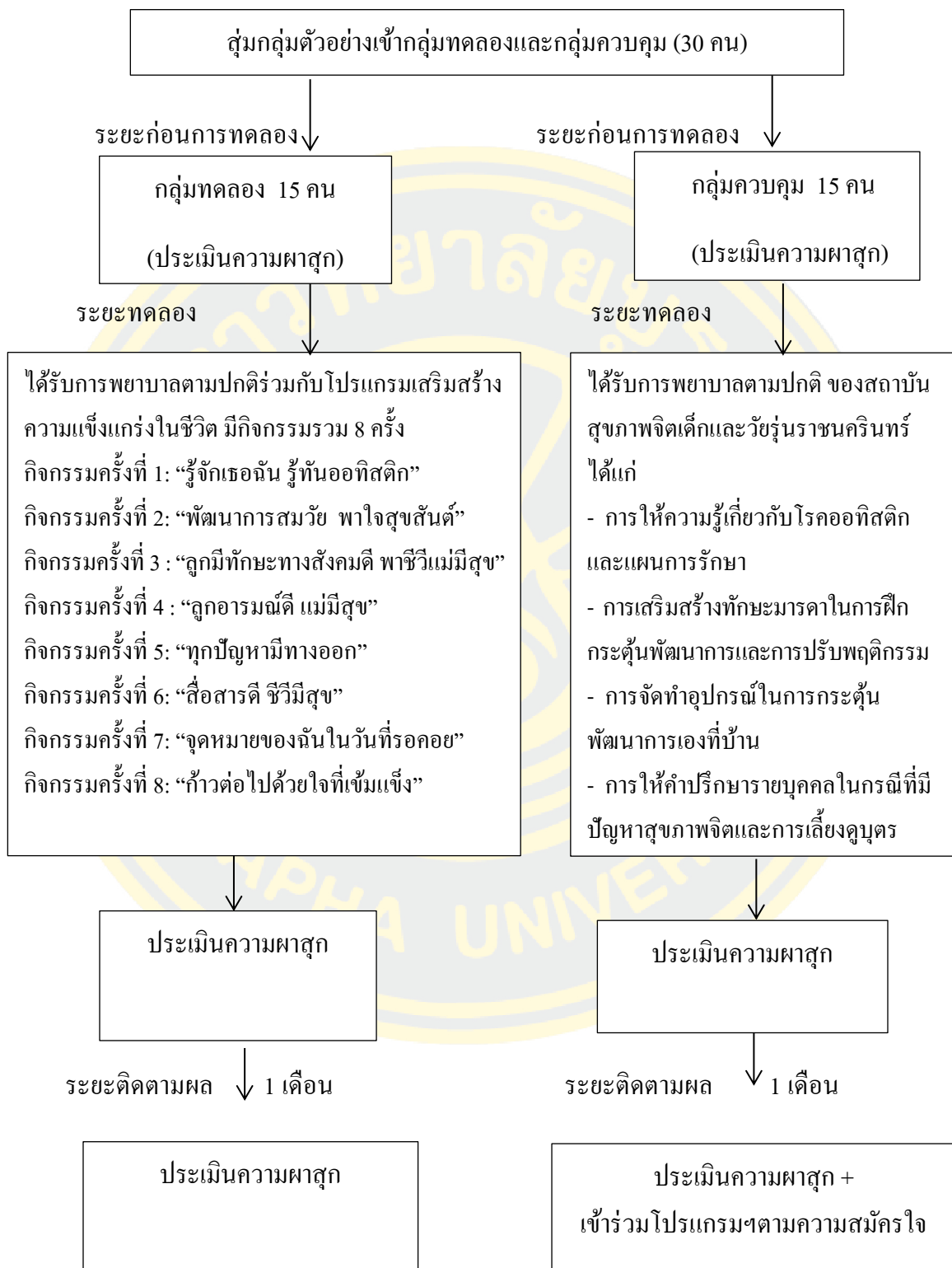
หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความพึงพอใจตนเอง หลังจากกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความพึงพอใจเสร็จ ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องอีกครั้ง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าหมายกลุ่มควบคุมเพื่อเก็บข้อมูลระยะติดตามผลอีก 4 สัปดาห์

2.4 ระยะติดตามผล

ในระยะติดตามผลการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน (Follow up) ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต และนำข้อมูลที่ได้จากการทำแบบประเมินมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

นอกจากนี้ หลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยได้ดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ให้กับกลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ แต่ด้วยสถานการณ์การระบาดโรค Covid-19 ที่รุนแรงมากขึ้น สถาบันสุขภาพจิตเด็กฯ ได้มีการออกประกาศงดการจัดการแบบกลุ่มทุกประเภทภายในสถาบันฯ และปรับเปลี่ยนบริการบำบัดเป็นรูปแบบออนไลน์ผ่านระบบประชุมออนไลน์ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในรูปแบบออนไลน์ผ่านระบบประชุมออนไลน์ให้แก่กลุ่มควบคุมที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 15 คน โดยแบ่งจัดประชุมออนไลน์ 3 ครั้ง ครั้งละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 15 คน

ทั้งนี้ในระหว่างการดำเนินโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมฯ ครบทุกครั้ง ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมฯ พบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ของทั้งสองกลุ่มอยู่ครบทุกคนกลุ่มละ 15 คน รวม 30 คน รายละเอียดของขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสามารถสรุปได้ ดังภาพที่ 2



รูปภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีการสร้างคู่มือลงรหัสข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้อันวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. ความผาสุกของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลองด้วยสถิติ Independent *t*-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความผาสุก ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) ดังนี้
 - 4.1 กลุ่มตัวอย่างมีอิสระต่อกัน
 - 4.2 ตัวแปรตามมีระดับการวัดตั้งแต่ระดับ Interval scale
 - 4.3 กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร
 - 4.4 ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีค่า *p*-value มีค่าเท่ากับ .20 ทั้งหมด แสดงว่า ข้อมูลทุกชุดมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความพึงพอใจของมารดาเด็กออทิสติก ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย และกราฟ ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลความพึงพอใจของมารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของมารดาเด็กออทิสติก ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของมารดาเด็กออทิสติกจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ					-	.19
20-30 ปี	4	26.7	3	20.00	1.35 ⁺⁺	
31-40 ปี	7	46.7	4	26.67	+	
41-50 ปี	4	26.7	8	53.33		
	(X̄ = 35.60, SD = 7.92)		(X̄ = 39.27, SD = 6.94)			
สถานภาพสมรส					.34 ⁺⁺	.16
โสด	3	20.00	1	6.67		
คู่	7	46.67	12	80.00		
หย่า/ หม้าย/ แยก	5	33.33	2	13.33		
ระดับการศึกษา					.31 ⁺⁺	.39
ประถมศึกษา	1	6.67	1	6.67		
มัธยมศึกษา	6	40.00	2	13.33		
อนุปริญญา/ ปวส.	2	13.33	2	13.33		
ปริญญาตรีขึ้นไป	6	40.00	10	66.67		
ศาสนา					.27 ⁺⁺	.34
พุทธ	13	86.67	15	100		
คริสต์	1	6.67	0	0		
อิสลาม	1	6.67	0	0		

⁺Fisher's exact test, ⁺⁺Cramer's V, ⁺⁺⁺t-test

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 15$)		กลุ่มควบคุม ($n = 15$)		X^2	p -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ					1.0 ⁺	1.0
ว่างงาน	5	33.33	6	40.00		
รับจ้างทั่วไป	1	6.67	2	13.33		
เกษตรกรกรรม	3	20.00	1	20.00		
ค้าขาย	3	20.00	1	6.67		
รับราชการ	1	6.67	2	13.33		
รัฐวิสาหกิจ	1	6.67	1	6.67		
เอกชน	1	6.67	2	13.33		
รายได้ในรอบครัว/เดือน					-1.92 ⁺⁺⁺	.06
< 10,000	2	13.33	1	6.67		
10,001-20,000	7	46.67	3	20.00		
20,001- 30,000	4	26.67	5	33.33		
> 30,001	2	13.33	6	40.00		
	$(\bar{X} = 22,200.00, SD = 11,845.43)$		$(\bar{X} = 32,233.00, SD = 16,404.34)$			
รายจ่ายในรอบครัว/เดือน					-1.48 ⁺⁺⁺	.15
< 10,000	1	6.67	1	6.67		
10,000-20,000	8	53.33	6	40.00		
20,001-30,000	5	33.33	3	20.00		
> 30,001	1	6.67	5	33.33		
	$(\bar{X} = 18,533, SD = 8,991.43)$		$(\bar{X} = 24,600, SD = 13,059.21)$			
ความเพียงพอของรายได้					1.00 ⁺	1.00
ต่อรายจ่ายแต่ละเดือน						
เพียงพอ	11	73.33	12	80.00		
ไม่เพียงพอ	4	26.67	3	20.00		

⁺Fisher's exact test, ⁺⁺Cramer's V, ⁺⁺⁺t-test

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 15$)		กลุ่มควบคุม ($n = 15$)		X^2	p -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ผู้ช่วยดูแลเด็กออทิสติก					1.00 ⁺	1.0
ไม่มีผู้ช่วยเหลือ	1	6.67	1	6.67		
มีผู้ช่วยเหลือ	14	93.33	14	93.33		
ระยะเวลาดูแลบุตร ออทิสติก						
< 3 ปี	4	26.67	3	20.00	-	.37
4 ปี	10	66.67	9	60.00	.89 ⁺⁺⁺	
5 ปี	1	6.67	3	20.00		
	$(\bar{X} = 3.80, SD = .561)$		$(\bar{X} = 4.00, SD = .655)$			
โรคประจำตัว					.48 ⁺	.48
ไม่มี	13	86.67	15	100		
มี	2	13.33	0	0		
การใช้สารเสพติด					-	-
ไม่มี	15	100	15	100		

⁺Fisher's exact test, ⁺⁺Cramer's V, ⁺⁺⁺t-test

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 35 ปี มีสถานภาพสมรสสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 46.67 การศึกษามีระดับชั้น ตั้งแต่จบชั้นประถมศึกษาถึงระดับปริญญาตรี โดยเป็นการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรี มากสุดอย่างละเท่า ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 40.00 กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.67 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 66.67 รายได้ที่เป็นรายรับเฉลี่ย 22,200 บาท ส่วนรายจ่าย ของครอบครัวเฉลี่ย 18,533 บาท ความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่ายแต่ละเดือนส่วนใหญ่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 73.33 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือดูแลเด็กออทิสติก คิดเป็นร้อยละ 93.3 ระยะเวลาในการดูแลเด็กออทิสติกส่วนใหญ่อยู่ที่ 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 86.67 และไม่มีการใช้สารเสพติด ร้อยละ 100

เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 15 คน มีอายุเฉลี่ย 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีสถานภาพสมรสแบบคู่สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 93.33 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.67 กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 60.00 รายได้ที่เป็นรายรับเฉลี่ย 32,233 บาท ส่วนรายจ่ายของครอบครัวเฉลี่ย 24,600 บาท ความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่ายแต่ละเดือน ส่วนใหญ่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือดูแลเด็กกอดทิสติก คิดเป็นร้อยละ 93.33 ระยะเวลาในการดูแลเด็กกอดทิสติกส่วนใหญ่อยู่ที่ 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 100

เมื่อทดสอบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัว รายจ่ายของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่าย ผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลเด็กกอดทิสติก ระยะเวลาในการดูแลเด็กกอดทิสติก โรคประจำตัว การใช้สารเสพติดไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงว่า ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของเด็กกอดทิสติก จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ($n = 30$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 15$)		กลุ่มควบคุม ($n = 15$)		X^2	p -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	14	93.33	13	86.67	1.0 ⁺	1.0
หญิง	1	6.67	2	13.33		
อายุ					-0.34 ⁺⁺⁺	.73
3 ปี	2	13.33	3	20.00		
4 ปี	4	26.67	2	13.33		
5 ปี	6	40.00	5	33.33		
6 ปี	3	20.00	5	33.33		
	$(\bar{X} = 4.67, SD = .98)$		$(\bar{X} = 4.80, SD = 1.15)$			

⁺Fisher's exact test, ⁺⁺Cramer's V, ⁺⁺⁺t-test

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 15$)		กลุ่มควบคุม ($n = 15$)		X^2	p -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาที่วินิจฉัยเป็น ออทิสติก					.17 ⁺⁺⁺	.87
< 1 ปี	4	26.67	3	20.00		
1-2 ปี	7	46.67	9	60.00		
2-3 ปี	4	26.67	3	20.0		
	$(\bar{X} = 1.16, SD = .57)$		$(\bar{X} = 1.09, SD = .54)$			

⁺Fisher's exact test, ⁺⁺Cramer's V, ⁺⁺⁺t-test

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 93.33 อายุ 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นออทิสติก อยู่ในระยะ 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.67

สำหรับข้อมูลทั่วไปของเด็กออทิสติกในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 86.6 อายุ 5 ปี และ 6 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 เท่า ๆ กัน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นออทิสติก อยู่ในระยะ 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00

เมื่อทดสอบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า เพศของเด็กออทิสติก อายุของเด็กออทิสติกระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก และระดับความรุนแรงของโรค ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงว่า ข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน

ตอนที่ 2 ข้อมูลความพึงพอใจของมารดาเด็กออทิสติกและผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของมารดาเด็กออทิสติก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของมารดาเด็กออทิสติก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	\bar{X}	<i>SD</i>	\bar{X}	<i>SD</i>
ก่อนการทดลอง	59.93	11.12	61.20	6.66
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	72.13	7.01	62.87	5.51
ติดตามผล 1 เดือน	76.67	6.57	63.80	5.23

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนความพึงพอใจในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 59.93 (*SD* = 11.12) คะแนนความพึงพอใจในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.13 (*SD* = 7.01) และคะแนนความพึงพอใจในระยะติดตามผล 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.67 (*SD* = 6.57) แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในระยะก่อนทดลองเท่ากับ 61.20 (*SD* = 6.66) คะแนนความพึงพอใจในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.87 (*SD* = 5.51) และคะแนนความพึงพอใจในระยะติดตามผล 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 63.80 (*SD* = 5.23) แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ทั้งระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองด้วยสถิติแบบอิสระที่ (Independent *t*-test) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความพึงพอใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ($t = -.38, p = .71$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงสุขของมารดาเด็กออทิสติกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง

กลุ่ม	จำนวน	\bar{X}	SD	t	df	p -value
กลุ่มทดลอง	15	59.93	11.12	-3.38	28	.71
กลุ่มควบคุม	15	61.20	6.66			

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงสุขของมารดาเด็กออทิสติก ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงสุขของมารดาเด็กออทิสติก ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

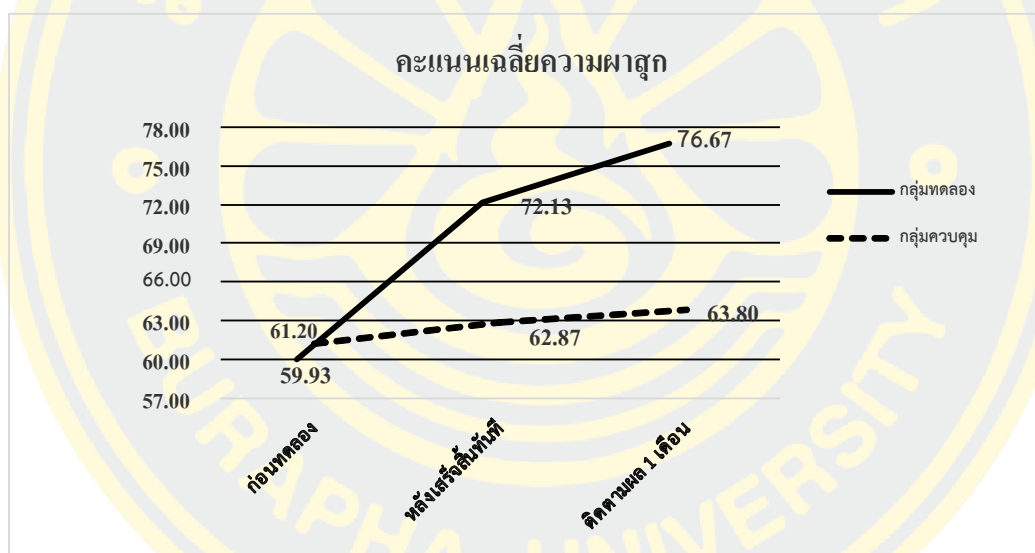
แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p -value
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1	1088.54	1088.54	9.73	.004**
ระหว่างกลุ่ม					
ความคลาดเคลื่อน	28	3131.56	111.84		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1.19	1489.87	1250.40	31.63	.000**
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	1.19	809.16	679.10	17.18	.000**
ความคลาดเคลื่อน	33.36	1318.98	39.54		

** $p < .01$

จากตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยเปรียบเทียบความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงสุขของมารดาเด็กออทิสติกระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง พบว่า วิธีการทดลองมีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยความพึงสุขของมารดาเด็กออทิสติกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{1,28} = 9.73, p = < .01$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวิธีการทดลองแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความพึงสุขแตกต่างกัน

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

เมื่อเปรียบเทียบความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน พบว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาส่งผลต่อค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{1,19,33,36} = 17.18, p = < .01$) แสดงว่าวิธีการทดลองมีปฏิสัมพันธ์กับระยะเวลาในการทดลอง โดยเมื่อระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไป มีผลทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปลี่ยนแปลงไปด้วย ตามรูปแบบของกราฟที่แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของทั้งสองกลุ่ม ในแต่ละระยะเวลา ดังภาพที่ 3



รูปภาพที่ 3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

จากภาพที่ 3 แสดงให้เห็นพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับวิธีการทดลองแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยความผาสุกแตกต่างกันเมื่อช่วงเวลาเปลี่ยนแปลงไป โดยในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความผาสุกของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 59.93, SD = 11.12$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 61.20, SD = 6.66$) มีค่าใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความผาสุก โดยในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุก ($\bar{X} = 72.13, SD = 7.01$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 62.87, SD = 5.51$) สำหรับในระยะติดตามผล 1 เดือน

พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความผาสุก ($\bar{X} = 76.67, SD = 6.57$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 63.8, SD = 5.23$)

จากกราฟเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กับระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความผาสุกในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ทางสถิติที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลและภาพพบว่า วิธีการทดลองและระยะเวลาของการทดลองนั้น ส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก โดยมารดาเด็กออทิสติกที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

Time	\bar{X}	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	59.93		12.20**	16.74**
หลังการทดลอง	72.13			4.54**
ระยะติดตามผล 1 เดือน	76.67			

**P < .01

จากตารางที่ 6 เมื่อทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยความผาสุกของมารดา

เด็กออทิสติกในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อย่างน้อย 1 คู่ โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ($\bar{X} = 72.13, SD = 7.01$) สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 59.93, SD = 5.51$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระยะติดตามผล ($\bar{X} = 76.67, SD = 6.57$) สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 63.87, SD = 5.23$) และสูงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ($\bar{X} = 76.67, SD = 6.57$) แสดงให้เห็นว่า มารดาเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองทันที มีความพึงพอใจสูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความพึงพอใจสูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง



บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นมารดาเด็กออทิสติกที่พาบุตรมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการ ที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุก ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84 และโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง ในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติแบบอิสระที่ (Independent *t*-test) วิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนนิ (Bonferroni)

สรุปผลการวิจัย

1. มารดาเด็กออทิสติกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกันในด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา การประกอบอาชีพ รายได้ ของครอบครัว รายจ่ายของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่าย ผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลเด็กออทิสติก โรคประจำตัว การใช้สารเสพติด เช่นเดียวกับเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก และระดับความรุนแรงของโรค ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. มารดาเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

3. มารดาเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุก หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าใน ระยะก่อนการทดลอง และคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่ามารดาเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และมารดาเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุก หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง และคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้สามารถ อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1. มารดาเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตมี คะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า มารดาเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกสูงกว่ามารดาเด็กออทิสติกกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ (2560) พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความสุขในการเรียนรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ทั้งในระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, ภาสินี โทอินทร์ และวัชรีย์ แสงสาย (2562) (ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, 2562) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (1995) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ว่า มารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลรูปแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต 3 ด้าน คือ ฉันเป็น... (I am) ฉันมี... (I have) และฉันสามารถ... (I can) จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละครั้ง รวม 8 สัปดาห์ กิจกรรมของโปรแกรมฯ ทั้งแปดกิจกรรมจะช่วยให้มารดาเด็กออทิสติกได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตทั้งสามด้านอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามลำดับของกิจกรรมที่วางไว้

ตัวอย่างกิจกรรมของโปรแกรมฯ ที่เน้นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันเป็น... (I am) ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “รู้จักเธอและฉัน รู้ทันออทิสติก” กิจกรรมที่ 7 “จุดหมายของฉันในวันที่รอคอย” และกิจกรรมที่ 8 “ก้าวต่อไปด้วยใจที่เข้มแข็ง” ภายหลังจากการเข้าร่วมทั้งสามกิจกรรม มารดาเด็กออทิสติกมีการแสดงออกว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันเป็น... (I am) เพิ่มขึ้น โดยสังเกตได้จากการที่มารดาเด็กออทิสติกแสดงออกให้เห็นว่ารู้จักและเข้าใจความคิด ความรู้สึกของตัวเองดีขึ้น มีความภาคภูมิใจในตนเอง พูดถึงตัวเองในด้านดีมากขึ้น รู้จักและยอมรับผลของการกระทำของตนเอง ยอมรับและยกย่องผู้อื่น มีความหวังและศรัทธามีแนวทางและเป้าหมายในการดูแลบุตรที่ชัดเจนมากขึ้น และบอกได้ว่าตนเองมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการดำเนินชีวิต ตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มรายหนึ่งที่ได้กล่าวว่า “หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมแล้วทำให้รู้สึกเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตัวเองมากขึ้น ถึงแม้จะต้องเจอกับอุปสรรคก็มีแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไป”

ส่วนกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันมี... (I have) ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมให้มารดาเด็กออทิสติกรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองมีแหล่งสนับสนุนภายนอก เช่น ครอบครัว แหล่งบริการสุขภาพ และชุมชน รวมทั้งแหล่งสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพ การได้รับบริการและสวัสดิการสังคมที่ดี มีความปลอดภัยได้แก่ กิจกรรมที่ 2 “พัฒนาการสมวัย พาใจสุขสันต์” กิจกรรมที่ 3 “ลูกมีทักษะทางสังคมดี พาชีวิแม่มีสุข” กิจกรรมที่ 4 “ลูกอารมณ์ดี แม่มีสุข” และกิจกรรมที่ 6 “สื่อสารดี ชีวิมีสุข” ซึ่งภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสี่กิจกรรมนี้ครบถ้วน มารดาเด็กออทิสติกรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองมีศักยภาพในการดูแลบุตร รวมทั้งบอกได้ว่าตนเองมีตัวอย่างที่ดีในการดูแลบุตรและการดำเนินชีวิต มีบุคคลในครอบครัวคอยสนับสนุนให้กำลังใจ มีแหล่งข้อมูล แหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดูแลบุตรออทิสติก ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มรายหนึ่ง “ที่ผ่านมาระลึกคิดไปว่าเรามีตัวช่วยเยอะแยะในการดูแลลูก” การที่มารดาเด็กออทิสติกรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองมีแหล่งประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือทั้งทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือกำลังใจจากครอบครัวหรือบุคคลอื่น มักรู้สึกอบอุ่นใจว่าตนเองเป็นที่รัก

ที่ต้องการของครอบครัวและบุคคลอื่น ทำให้มีความกระตือรือร้น มีชีวิตชีวา ไม่วิตกกังวล ไม่ซึมเศร้าสามารถควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตประจำวันได้

สำหรับกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านนี้สามารถ... (I can)

ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการจัดการกับปัญหาให้กับมารดา เด็กออทิสติก เพื่อให้มารดาเด็กออทิสติกมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถบอกความรู้สึก ความต้องการ หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ได้รวมทั้งมีทักษะการจัดการปัญหาที่เกิดจากการดูแลบุตรออทิสติก หรือปัญหาในชีวิตประจำวันอื่น ๆ ได้ รวมทั้งสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งโปรแกรมฯ ที่เน้นสิ่งเหล่านี้ ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 “พัฒนาการสมวัย พาใจสุขสันต์” กิจกรรมที่ 3 “ลูกมีทักษะทางสังคมดี พาชีวิตแม่มีความสุข” กิจกรรมที่ 4 “ลูกอารมณ์ดี แม่มีความสุข” และกิจกรรมที่ 5 “ทุกปัญหามีทางออก” และ กิจกรรมที่ 6 “สื่อสารดี ชีวิตมีความสุข” ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมครบทั้งห้ากิจกรรม มารดาเด็กออทิสติกแสดงออกให้เห็นว่ามีทักษะการสื่อสารที่ดีมากขึ้น กล่าวแสดงออก กล่าวพูดบอกความรู้สึก มีทักษะการดูแลบุตร ด้านต่าง ๆ ดีขึ้น สามารถกลับไปดูแลบุตรออทิสติกที่บ้านได้ดีขึ้น รวมทั้งสามารถจัดการกับปัญหา และความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลบุตรหรือในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มรายหนึ่ง “พอเปลี่ยนการพูดกับพ่อของเด็ก ก็รู้สึกขัดแย้งกันน้อยลงนะ ปัญหาในบ้าน คลุดคลงไปด้วย” การที่มารดาเด็กออทิสติกสามารถดูแลบุตรและจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ทำให้มารดาเด็กออทิสติกสามารถควบคุมจัดการกับปัญหาสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ทำให้มี ภาวะสุขภาพทางกายดีขึ้น สามารถแบ่งเวลาในการพักผ่อนหย่อนใจได้มากขึ้น พักผ่อนได้มากขึ้น จึงรู้สึกมีความสุข มีชีวิตชีวา นอกจากนี้การที่มารดาเด็กออทิสติกได้พูดระบายความรู้สึก ขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวจึงทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวล ไม่ซึมเศร้า

การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของโปรแกรมฯ ทำให้สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้ มีการปรับมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม และมีปัจจัย บำบัดเกิดขึ้นจากกระบวนการกลุ่ม โดยสังเกตได้จากการที่สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ภายในกลุ่ม มีความคุ้นเคย กล่าวที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตัวเองมากขึ้น เกิดการพัฒนาทักษะการ เข้าสังคม (The development of socialization techniques) อย่างชัดเจน มีการกล่าวทักทายกันด้วย สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสทุกครั้งที่เข้ากลุ่ม มีมารยาทที่ดีต่อกัน รู้กาลเทศะ ให้เกียรติกันในการพูดคุย ภายในกลุ่ม เกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal learning) โดยรู้ว่าพฤติกรรม ใดที่ตนควรกระทำหรือไม่ควรกระทำภายในกลุ่ม เช่น การพูดคุยกันด้วยความสุภาพ ไม่มีการพูด แทรกภายในกลุ่ม มีความคุ้นเคยไว้วางใจกัน รู้สึกอบอุ่นใจมากขึ้น ในการเข้าร่วมกลุ่มจนเกิดเป็น ความเป็นปึกแผ่น (Group cohesiveness) ซึ่งเห็นได้ชัดจากพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มเมื่อสมาชิก

กลุ่มคนหนึ่งคนใดมาร่วมกลุ่มซ้ำ สมาชิกกลุ่มคนอื่นแสดงออกถึงความเต็มใจในการรอเพื่อนสมาชิก แสดงความเอื้ออาทรห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้สมาชิกกลุ่มยังมีการให้ข้อมูล (Imparting of information) โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดูแลเด็กออทิสติก โดยเฉพาะในด้านพัฒนาการที่ไม่สมวัย มีคำแนะนำในการแก้ปัญหาให้กัน มีแนวทางในการปรับพฤติกรรมบุตรออทิสติกเมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้แก่ การขว้างปาข้าวของ ทบตีผู้ดูแลใกล้ชิดหรือบุคคลรอบข้าง ทำให้สมาชิกกลุ่มต่างรู้สึกว่าได้ทำคุณประโยชน์ (Altruism) ภายในกลุ่ม และเกิดพฤติกรรมการเลียนแบบ (Imitative behavior)

นอกจากนี้สมาชิกกลุ่มยังสามารถเป็นตัวแทนในการแก้ปัญหาให้กันและกัน โดยมีการนำประสบการณ์ในการแก้ปัญหาสำเร็จ เช่น ปัญหาการสื่อสารภายในครอบครัว มาแลกเปลี่ยนและเป็นแนวทางให้กับเพื่อนสมาชิกกลุ่มไปทดลองปรับใช้ ซึ่งบางวิธีสามารถใช้ได้ผลดีและช่วยลดปัญหาการสื่อสารภายในครอบครัวได้ การเข้าร่วมกลุ่มอย่างต่อเนื่องทำให้สมาชิกกลุ่มมีความไว้วางใจกัน มีการระบายอารมณ์ ความคิด หรือความรู้สึกที่คับข้องใจ (Catharsis) สมาชิกกลุ่มบางรายร้องไห้ออกมาเมื่อพูดถึงพัฒนาการของบุตรออทิสติกที่ตนเองหนักใจ ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้น เมื่อได้รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นของเพื่อนสมาชิกกลุ่มที่หลากหลาย ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าความยุ่งยากในชีวิตที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งปกติที่เกิดขึ้นกับทุกคน (Universality) จึงเกิดความตระหนักว่าความทุกข์เป็นธรรมชาติและเรียนรู้สัจธรรมแห่งชีวิต (Existential factor) และปรับเปลี่ยนมุมมองในการใช้ชีวิต และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตมากขึ้น เกิดความหวัง (Instillation of hope) ตัวอย่างเช่น การที่มารดาเห็นบุตรออทิสติกสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำงานฝีมือ วาดภาพ ปั่นดิน ระบายสีลงบนผ้า หรือความถนัดในด้านกีฬา ทำให้มารดาเด็กออทิสติกรู้สึกดี ภาคภูมิใจในความสามารถของตน มีกำลังใจ สามารถลุกขึ้นมาต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น และคาดหวังว่าสถานการณ์ที่ประสบอยู่ในชีวิตจะดีขึ้นต่อไป

เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ มารดาเด็กออทิสติกจึงมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีความเข้าใจในตนเอง มีทักษะในการดูแลบุตรมากขึ้น สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ สามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอย่างเหมาะสม จึงรู้สึกทางบวกกับตัวเองมากขึ้น รับรู้ว่าคุณภาพโดยทั่วไปดีขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีปัญหาหรือการเจ็บป่วยด้านร่างกาย สามารถควบคุมตนเองให้ทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีมากขึ้น รู้สึกมีความสุข มีชีวิตชีวามากขึ้น ไม่มีความวิตกกังวล และไม่มีความซึมเศร้า ซึ่งเป็นสิ่งที่บอกว่ามารดาเด็กออทิสติกมีความสุขมากขึ้น

สำหรับมารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลบุตรออทิสติกเมื่อ

เข้ารับบริการในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ รวมทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลในกรณีที่มาตรวจ เด็กออทิสติกมีปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาในการดูแลบุตรนั้นอาจยังไม่เพียงพอในการ เสริมสร้างความผาสุก นอกจากนี้สมาชิกในกลุ่มควบคุมยังไม่มีโอกาสได้พูดคุย หรือมีปฏิสัมพันธ์ กับสมาชิกกลุ่มคนอื่นภายในกลุ่ม รวมทั้งไม่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือประสบการณ์ในการดูแล บุตรออทิสติก ปัญหาอุปสรรค และการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแล รวมทั้งไม่ได้รับการ ส่งเสริมทักษะที่จะใช้ในการกระตุ้นพัฒนาการบุตรตามขั้นตอนของโปรแกรมฯ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้มารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุก มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสามารถช่วยเพิ่มความผาสุกให้กับมารดาออทิสติกใน กลุ่มทดลองได้

2. มารดาเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าในระยะ ก่อนการทดลอง และคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า เมื่อมารดาเด็กออทิสติกได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ครบทั้ง 8 กิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีคะแนนเฉลี่ย ความผาสุกสูงกว่าหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีเมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ (2560) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลอง ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยความสุขในการเรียนรู้ ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 และในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทักษิณี ทิพย์สูงเนิน (2562)(ทักษิณี ทิพย์ สูงเนิน, 2562) พบว่า นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างความ แข็งแกร่งในชีวิตมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ว่า มารดาเด็กออทิสติกที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้าง ความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (1995) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้มารดาเด็กออทิสติกมีความแข็งแกร่งในชีวิต ทั้งสามด้าน ได้แก่ ฉันเป็น... (I am) ฉันมี... (I have) และฉันสามารถ... (I can) อย่างเป็นลำดับขั้นตอน

ผ่านรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลแบบกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง อย่างค่อยเป็นค่อยไปตามลำดับของกิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1 เป็นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของมารดาเด็กออทิสติกในด้านฉันเป็น... (I am) ซึ่งช่วยมารดาเด็กออทิสติกมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง เข้าใจโรคออทิสติก การบำบัดรักษา และความสำคัญในการดูแลบุตรออทิสติก สำหรับกิจกรรมที่ 2 จนถึงกิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 6 เป็นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของมารดาเด็กออทิสติกด้านฉันสามารถ... (I can) และด้านฉันมี... (I have) ซึ่งช่วยมารดาเด็กออทิสติก ทบทวนความรู้สึกตนเอง เข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถจัดการกับปัญหา และความเครียดได้อย่างเหมาะสม สื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีทักษะการดูแลและกระตุ้นพัฒนาการบุตรออทิสติก ทั้งในส่วนของการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้า การส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน ทักษะทางสังคม ทักษะการเล่นและการรับรู้ทางอารมณ์ มีต้นแบบที่ดีในการดำเนินชีวิต รวมทั้งรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลบุตรและแหล่งบริการด้านสุขภาพที่ช่วยสนับสนุน รวมทั้งมีแหล่งสนับสนุนในครอบครัวและชุมชน สำหรับกิจกรรมที่ 5 ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันสามารถ... (I can) โดยรูปแบบของกิจกรรมมุ่งเน้นให้มารดาเด็กออทิสติกมีทักษะการจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนกิจกรรมที่ 7 และกิจกรรมที่ 8 เป็นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของมารดาเด็กออทิสติกด้านฉันเป็น... (I am) โดยช่วยให้มารดาเด็กออทิสติกมีความหวัง สามารถปรับมุมมองทางบวก มีการวางแผนการดูแลบุตรออทิสติกต่อไปได้อย่างเหมาะสม และรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

เมื่อมารดาเด็กออทิสติกเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครบทั้งแปดครั้ง มารดาจึงมีความแข็งแกร่งในชีวิตทั้งสามด้านเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากพฤติกรรมและการสะท้อนคิดของมารดาเด็กออทิสติกในการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปตั้งแต่การเข้าร่วมกิจกรรมครั้งแรก และปรากฏอย่างชัดเจนจนสังเกตได้ตั้งแต่การร่วมกิจกรรมครั้งที่ 5 เป็นต้นไป ที่พบว่ามารดาเด็กออทิสติกแสดงออกความรู้สึกมีความสุข มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกกลุ่ม มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสเมื่อได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การกระตุ้นพัฒนาการบุตรออทิสติก และการที่บุตรมีพัฒนาการที่ดีขึ้น มีความชำนาญและมั่นใจในการส่งเสริมพัฒนาการ และดูแลบุตรออทิสติก สามารถวางแผนการดูแลบุตรออทิสติกได้อย่างเหมาะสมมีเป้าหมายในการดูแลบุตรออทิสติกที่ชัดเจน เข้าใจถึงความคาดหวังของตนเองที่มีต่อบุตรออทิสติกในอนาคตที่เป็นไปได้ในความเป็นจริง ส่งผลให้ มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถบริหารจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีภาวะสุขภาพทั่วไปดี สามารถควบคุมตนเองได้ รู้สึกมีความสุข มีชีวิตชีวา ไม่วิตกกังวลและไม่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นมารดาในกลุ่มทดลองจึงมีความสุขหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง

นอกจากนี้การออกแบบโปรแกรมฯ ที่เน้นส่งเสริมให้มารดาเด็กออทิสติกได้นำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวันโดยมอบหมายการบ้านให้ฝึกปฏิบัติ ทำให้มารดาเด็กออทิสติกเกิดทักษะและความชำนาญอย่างต่อเนื่องในการดูแลเด็กออทิสติก สามารถรู้เท่าทันความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหวังและศรัทธาในการดูแลตนเองและบุตร สามารถใช้แหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีทักษะในการสื่อสารที่ดี สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองว่าจะสามารถดูแลบุตรของตนได้เป็นอย่างดี มารดาเด็กออทิสติกจึงสามารถดูแลตัวเองได้เป็นอย่างดี มีภาวะมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง จัดสรรเวลาพักผ่อนหรือกิจกรรมผ่อนคลายได้เพิ่มขึ้นสามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ จัดการกับอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้มารดาู้สึกมีความสุขคงอยู่เป็นระยะเวลายาวนานขึ้น ถึงแม้ว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มารดาเด็กออทิสติกจะไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมอื่นอีกเป็นระยะเวลา 1 เดือน แต่ยังพบว่า มารดาเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุขในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ นี้สามารถเพิ่มความสุขของมารดาเด็กออทิสติกได้อย่างต่อเนื่องในระยะเวลาหนึ่ง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ส่งผลให้ความสุขของมารดาเด็กออทิสติกสูงขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ไปประยุกต์ในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเน้นเสริมสร้างความสุขของมารดาเด็กออทิสติกกลุ่มอื่น
2. ด้านการวิจัย ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในกลุ่มมารดาเด็กออทิสติกที่มีความรุนแรงของอาการระดับอื่นหรือบุตรที่มีความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ
3. ด้านการศึกษา คณาจารย์และนักศึกษาในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือมารดาเด็กออทิสติกให้มีความสุขมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติกในระยะยาว เช่น ในระยะ 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในระยะยาว
2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในมารดาเด็กออทิสติกกลุ่มอื่น



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กนกพร เรื่องเพิ่มพูน, นฤมล สมรรถเสวี และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาล. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 21(2), 259-274.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: ดีน่าดู.
- กรมอนามัย. (2561). *แนวทางการอบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี กรมอนามัย*. นนทบุรี: ซีจีที.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือโรงเรียนพ่อแม่*. เข้าถึงได้จาก http://hpc9.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1112
- กรรณิการ์ ผ่องโต และอรวรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(1), 121-132.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การใช้บริการสาธารณสุข*. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=e959959205e37be069751dbbe9937802
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ระบบHDC กระทรวงสาธารณสุข*. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- กานดา นาคาวรี. (2558). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(2), 46-63.
- กิงสร เกาะประเสริฐ. (2561). ผลของโปรแกรม SAVE ที่มีต่อการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มสำหรับเด็กออทิสติกวัยเด็กเล็ก. *วารสารวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษ*, 7(1), 9-21
- กุลิสรา พิศาลเอก. (2557). *คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติกจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ขนิษฐา หะยีมะแซ. (2556). การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จริยา จุฑาทิสิทธิ์ และนิชรา เรืองदारกานนท์. (2551). กลุ่มอาการออทิซึม. ใน นิชรา เรืองदारกานนท์, ชาคริยา ชีรนตร, รวีวรรณ รุ่งไพรวลัย, ทิพวรรณ หารรักษาคุณชัย และนิตยา คชภักดี (บรรณาธิการ), *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรม* (205-224). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- จันทนา เตชะถฤห. (2540). ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิณัฐตา สุภศรี, อรวรรณ หนูแก้ว และวันดี สุทธรัมย์. (2560). ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะของผู้ดูแลเด็กออทิสติก: กรณีศึกษา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(พิเศษ), 196-213.
- จินดนา ประจวบพงษ์เพ็ชร, สมบัติ ลำคำ, กาญจนา สุขพิทักษ์, อนุชา ภูมิสิทธิพร, สุวพัชร ช่างพินิจ และศิริวิมล ใจงาม. (2564). การศึกษาสภาพปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกในโรงเรียนบ้านเด็กชุปเปอร์คิดส์ พิษณุโลก. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม*, 15(1), 223-238.
- จิราภา ศรีรัตน์. (2560). *ประสบการณ์ของมารดาเด็กออทิสติกวัยเรียนที่รับรู้การถูกตีตรา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เฉลิม วงษ์จันทร์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิดดา แนบเกษร. (2560). *เอกสารคำสอนรายวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2 ฉบับปรับปรุง*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชยมน บุญลักษณ์. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรภาวะการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรออทิสติก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ณัฐภรณ์ จิตรบุตร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2561). ปัจจัยด้านจิตสังคมที่สัมพันธ์กับความผาสุกในชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 102-118.
- ดวงใจ พันธภาค. (2553). *ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2561). *แนวทางการดูแลออทิสติกแบบบูรณาการ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.specialchild.psu.ac.th/artical/41-autism/69-2011-02-07-06-45-16.htm>
- ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, ภาสินี โทอินทร์ และวัชรีย์ แสงสาย. (2562). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(พิเศษ), 153-166.
- ชนพล บรรดาศักดิ์, ชนัดดา แนบเกษร และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2560). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(3), 195-208.
- ชญญาภรณ์ ดาวน์พแก้ว. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธีรรัตน์ เจริญชัยภรณ์. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และระดับความเครียดระหว่างบิดามารดาเด็กออทิสติก*. การศึกษาค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทรัตน์ พิทักษ์บุตร. (2550). *อิทธิพลของสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและภาระการดูแลต่อพฤติกรรมและการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นาถดา ตะวันกาญจนโชติ. (2559). *ทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติก*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 1-21.
- เนตรชนก รินจันทร์ และนงนุช โรจนเลิศ. (2558). การฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อฝึกทักษะการดูแลช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเด็กออทิสติก. *วารสารวิชาการ Veridian E-journal, Silpakorn University ฉบับมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 8(2), 1765-1782.

- ปวีดา โพธิ์ทอง, สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุนทรี ชะชาติย์ และเสาวลักษณ์ แสนฉลาด. (2557). การศึกษาภาวะสุขภาพของเด็กออทิสติก ความรู้และความเครียดของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ที่ได้รับบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษ เขต 5 จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 25(2), 26-40.
- ประภัสสร ฉันทศิริเวทย์. (2556). *ประสบการณ์การฟื้นคืนได้ของครอบครัวที่มีบุตรเป็นออทิสติก*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปฐินทร์ นิตธิธรรมานุสรณ์, ชนิตา มิตรานันท์ และกนกพร วิบูลพัฒนะวงศ์. (2564). การพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกโดยใช้เกมกระดานร่วมกับการชี้แนะ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 15(1), 50-61.
- พฤตศักดิ์ จันทราทิพย์. (2553). *ปัจจัยทำนายความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกในมารดา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน และทัศนาว ทวีคุณ. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. *วารสารพยาบาล*, 61(2), 18-26.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิดการประเมินและการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญแข ลิมศิลา. (2550). Pervasive developmental disorders. ใน วินัดดา ปิยศิลป์ และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น* (หน้า 97-105). กรุงเทพฯ: ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น.
- ภัทรพงศ์ สุขมาลี. (2550). *การให้คำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ เพื่อลดความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตรออทิสติก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาให้การศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภัทรภรณ์ พุงปั่นคำ. (2557). *กลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นท์ติ้ง.
- ภาคินี เดชชัยยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(3), 170-181.

- ภาคินี มานะแท้. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของพ่อแม่กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรออทิสติกวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ และอติทยา พรชัยเกียรติ โอวของ. (2559). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ ฉบับปรับปรุง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช. (2539). *ภาวะในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รจนา สงวนดี และจินตนา ยูนิพันธ์. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(2), 376-384.
- รัชตวรรณ โอพาพิริยะกุล. (2557). ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในจังหวัดภาคใต้แถบชายฝั่งทะเลด้านตะวันตกของประเทศไทย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(3), 39-58.
- โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. (2554). *คู่มือการฝึกและการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล*. เข้าถึงได้จาก <http://ycap.go.th>
- โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. (2556). *คู่มือความรู้เบื้องต้นทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สำหรับคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- ฤกษ์ สุวรรณฉาย. (2558). *คู่มือการจัดกิจกรรมทักษะกลไกสำหรับเด็กออทิสติก*. เข้าถึงได้จาก <https://home.kku.ac.th/autistic/th/images/stories/basic%20matp.pdf>
- วาสนา เกษมสุข. (2545). *ความผาสุกของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มารับการรักษาที่ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจิตรา จิตรักษ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และทัศนาว ทวีคุณ. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าและความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(3), 42-60.

- ศรสลัก นุ่มบุตร. (2557). *การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของมารดาเด็กออทิสติกที่นำเด็กมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. (2548). *คู่มือการดูแลเด็กออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง*. เชียงใหม่: สมพรการพิมพ์.
- สถาบันราชานุกูล. (2554). *เมื่อลูกออทิสติกไปโรงเรียน*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิ่ง.
- สถาบันราชานุกูล. (2555). *เด็กออทิสติกคู่มือสำหรับครู*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิ่ง.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2564). *สรุปรายงานประจำปี*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิ่ง.
- สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2560). *คู่มือสำหรับพ่อแม่ เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอน เด็กวัยอนุบาล 3-6 ปี*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20171010123112.pdf>
- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุทธวัฒน์. (2532). *สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลกและการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย*. *วารสารพยาบาล*, 38(3), 90-169.
- สุชาวลี พันธุ์พงษ์, จินตนา ยูนิพันธ์ และสุนิสา สุขตระกูล. (2562). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 31(3), 74-86.
- สุทธนันท์ กัลละ. (2561). *การช่วยเหลือเด็กออทิสติก: กรณีศึกษา*. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 24(3), 227-238.
- สุพัฒศิริ บุญยะวัตร, รัชณี สรรเสริญ และวรรณิภา อัสวชัยสุวิกรม. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 13(1), 55-70.
- สุภาพ ชุณวิรัตน์. (2552). *ความชุกของภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก อายุ 3-10 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุภากั๊ก เกตราสุวรรณ. (2559). การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัม. ใน ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ และอติตยา พรชัยเกียรติ โอว ของ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ ฉบับปรับปรุง* (พิมพ์ครั้งที่ 2; หน้า 227-247). กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวภาคย์ ทัดสิงห์, ชมชื่น สมประเสริฐ และพนิดา ศิริอำพันธ์กุล. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบผสมผสานต่อทักษะการจัดการความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก สเปกตรัม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(พิเศษ), 284-291.
- อรทัย ทองเพชร. (2545). *ภาระการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก*. การศึกษาค้นคว้าอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อนัญญา สิ้นรัชตานันท์ และธีรารัตน์ แทนง่า. (2556). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยสติปัญญาบกพร่องออทิสติก สมာธิสั้นและภาวะบกพร่องทางการเรียน สำหรับระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุข*. นนทบุรี: ฟาสต์บุ๊กส์.
- อรินทร์ จรุงสุทธิ. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา
- อายุพร กัยวิทย์โกศล, สุทธามาศ อนุชาตุ และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 27-43.
- อรุณี พันธุ์ดี. (2548). *ผลของกลุ่มให้ความรู้และประคับประคองทางจิตใจต่อพฤติกรรมดูแลเด็กออทิสติก สุขภาพจิตและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุทัยวรรณ โกสาเสนา และจินตนา ยูนิพันธ์. (2556). ผลของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(3), 125-137.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Neurodevelopmental disorders. Autism spectrum disorder*. In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA.: American Psychiatric Association.

- Autism Society of America [ASA]. (2018). *What is autism?*. Retrieved from <http://www.autism-society.org/what-is/>.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: In children and adolescents*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25602248>
- Center for Disease Control and Prevention [CDC]. (2021). *Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, united states, 2018*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/ss7011a1.htm>
- Cunningham, M., & Swanson, D. P. (2010). Educational resilience in African American Adolescents. *The Journal of Negro Education*, 79(4), 473-487.
- Dupuy, H. J. (1977). *The general well-being schedule*. In I. McDowell & C. Newell (Eds.), *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaire* (2nd ed.; pp. 206-213). New York: Oxford University Press.
- Goel, R., Hong, J. S., Findling, R. T., & Ji, N. Y. (2018). An update on pharmacotherapy for autism spectrum disorder. *Journal International Review of Psychiatry*, 30(1), 78-95.
- Gray, C. A. (1998). Social stories and comic strip conversations with students with aspergersyndrome and high-function Autism. In E. Schopler, G. B. Mesibov, & L. J. Kunce (Eds.), *Asperger syndrome or high-functioning autism* (pp. 167-198). Boston, MA: Springer US.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
- Harms, P. D., Brady, L., Wood, D., & Silard, A. (2018). Resilience and well-being. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being* (2nd ed.; pp. 187-194). Salt Lake City, UT: DEF Publishers.
- Heesu, L., & Kuamsun, H. (2012). Effect of the family resilienceenhancementprogram for families of patients with chronic schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(1), 133-142.
- Ismael, B. A., & Jacoub, S. M. (2012). Determination of parents' resilience with autistic child in Baghdad City. *Journal of Faculty of Medicine of Baghdad*, 54(4), 325-330

- Kotera, Y., Popy, M., Chircop, J., Kirkman, A., Bennett-Viliardos, L., & Sharaan, S. (2021). *Resilience intervention for families of autistic children : Reviewing the literature*. Retrieved from <https://concurrentdisorders.ca/>
- Kose, S., Yilmaz, H., Ocakoqlu, F. T., & Ozbaran, N. B. (2017). Sleep problem in children with autism spectrum disorder and intellectual disability without autism spectrum disorder. *Journal of Sleep Medicine, 40*(1), 69-77.
- Lucja, B., & Cristian, G. (2021). Estimating components and costs of standard care for children with autism spectrum disorder in europe autism spectrum disorder in europe from a large international sample. *Journal of Brain Scieances, 11*(3), 340-359.
- Mazurek, M. O., & Sohl, K. (2016). Sleep and behavioral problem in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*(6), 1906-1915. Doi: 10.1007/s10803-016-2723-7
- Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2002). Sense of coherence in parents of children with different developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*, 548-559.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating ang assessing evidence for nursing* (9th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Soltanifa, A., Akbarzadeh, F., Moharreri, F., Soltanifar, A., Ebrahimi, A., Mokhber, M., & Shojut, N. (2015). Comparison of parental stress among mothers and fathers of children with autistic spectrumdisorder in Iran. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research, 20*(1), 93-98.
- Stepanova, E., Dowling, S., Phelps, M., & Findling, R. L. (2017). Pharmacotherapy of emotional andbehavioral symptoms associated with autismspectrum disorder in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 19*(4), 395-402.
- Taylor, T. L. (2016). *Sense of coherence in mothers of children with autism spectrum disorder: Autistic symptoms, behavior problems and risk of meternal depression*. Retrieved from https://media.proquest.com/media/hms/ORIG/2/htM3H?_s=J1GsdM3Fo5rU3hpZGWSpQaBYsk%3D
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Autism spectrum disorders*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorder>

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.)
New York: Basic Books





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส อาจารย์พยาบาล
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. แพทย์หญิงวิมลรัตน์ วันเพ็ญ
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตเขต 13
3. ดร.รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล
นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานจิตวิทยา
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
4. นางภิญญา อิศรพงค์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
5. นายนันทยุทธ หะลิตะเวช
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์



ภาคผนวก ข
หนังสือขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย
ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(กลุ่มทดลอง)

รหัสโครงการวิจัย:

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง: ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวณฐา ชินนาค นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก” ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ข้าพเจ้าขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นมารดาที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลเด็กออทิสติก โดยมีบุตรที่อายุระหว่าง 3-6 ปี และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ต้องการความช่วยเหลือปานกลางสิ่งที่คุณจะต้องปฏิบัติ คือ ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ ประเมินส่วนบุคคล แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต และแบบประเมินความผาสุก โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที ระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยฯ ท่านจะเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตทั้งหมด 8 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “รู้จักเธอและฉัน รู้ทันออทิสติก” กิจกรรมที่ 2 “พัฒนาการสมวัย พาใจสุขสันต์” กิจกรรมที่ 3 “ลูกมีทักษะทางสังคมดี พาชีวิตแม่มีสุข” กิจกรรมที่ 4 “ลูกอารมณ์ดี แม่มีสุข” กิจกรรมที่ 5 “ทุกปัญหา มีทางออก” กิจกรรมที่ 6 “สื่อสารดี ชีวิตมีสุข” กิจกรรมที่ 7 “จุดหมายของฉัน ในวันที่รอคอย” และกิจกรรมที่ 8 “ก้าวต่อไปด้วยใจที่เข้มแข็ง” ซึ่งจะใช้เวลา

ประมาณ 60-90 นาที/ กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในวันและเวลาที่ท่านพบคุณมาร่วมกิจกรรมตามนัด โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยท่านจะได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้วิจัยคาดหวังว่าท่านจะมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น รวมทั้งสามารถเผชิญกับปัญหาและฟันฝ่าอุปสรรคที่เกิดจากการดูแลบุตรออทิสติกได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้มีความสุขเพิ่มขึ้นผลการวิจัยนี้ยังเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาเป็นแนวทางหรือกิจกรรมทางเลือกสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและความสุขของมารดาเด็กออทิสติกต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิในการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อวิถีชีวิต ครอบครัว หรือการรักษาพยาบาล ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยพึงได้รับ และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ทั้งนี้ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลแบบประเมินต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ การรายงานและเผยแพร่ผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน ส่วนเอกสารต่าง ๆ จะถูกเก็บในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่แล้วข้อมูลเหล่านี้จะถูกทำลาย และการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวณัฐา ชินนาค
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 063-9355419 ข้าพเจ้ายินดี
ตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อและหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102561-62

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสาร
แสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา
 ณ ที่นี้

นางสาวณัฐา ชินนาค
ผู้วิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant information sheet)
(กลุ่มควบคุม)

รหัสโครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัส
โครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง :ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของมารดา
เด็กออทิสติก

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวณฐา ชินนาค นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วม
โครงการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของ
มารดาเด็กออทิสติก” ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ข้าพเจ้าขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียด
ของโครงการวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่ง
ในชีวิตต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นมารดาที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักใน
การดูแลเด็กออทิสติก โดยมีบุตรที่อายุระหว่าง 3-6 ปี และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกตั้งแต่
6 เดือนขึ้นไป และมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ต้องการความช่วยเหลือปานกลางเมื่อท่าน
เข้าร่วมการวิจัย สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยขอ
ความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ ประเมินส่วนบุคคล
และแบบประเมินความผาสุก โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที ระหว่างการ
เข้าร่วมการวิจัยฯ ท่านจะได้รับกิจกรรมและการดูแลตามปกติของสถาบันฯ ภายหลังจากสิ้นสุดการวิจัย
หลังสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยจะสอบถามความสมัครใจของท่านในการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมฯ
หากท่านสมัครใจผู้วิจัยจะดำเนินการให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมฯ จำนวน 8 ครั้ง ซึ่งจะ

ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที/ กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้งในวันและเวลาที่ท่านพบูตรมาร่วมกิจกรรมตามนัด โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับทราบถึงความผาสุกของตนเอง และผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาเป็นแนวทางหรือกิจกรรมทางเลือกสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติกต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิในการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อวิถีชีวิต ครอบครัว หรือการรักษาพยาบาล ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยพึงได้รับ และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ทั้งนี้ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลแบบประเมินต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ การรายงานและเผยแพร่ผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน ส่วนเอกสารต่าง ๆ จะถูกเก็บในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่แล้วข้อมูลเหล่านี้จะถูกทำลาย และการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวณฐา ชินนาค
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 063-9355419 ข้าพเจ้ายินดี
ตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102561-62

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสาร
แสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา
 ณ ที่นี้

นางสาวณฐา ชินนาค
ผู้วิจัย

**เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent form)**

รหัสโครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัส
โครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของมารดา
เด็กออทิสติก

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม

ผู้ยินยอม (.....)

ลงนาม

พยาน (.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้
พยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย





ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

หนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูล



ที่ ๐๔๘/๒๕๖๓

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 060/2563

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวณฐา ชินนาค

หน่วยงานที่สังกัด : นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- | | |
|---|---|
| ๑. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๑ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๒. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๑ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๓. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๓ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๔. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๑ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๕. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๑ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๖. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) | ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. - |

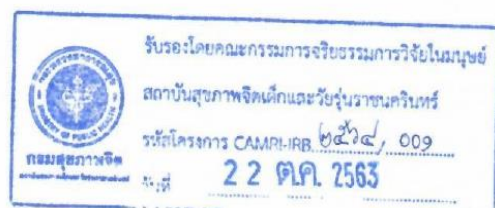
วันที่รับรอง : วันที่ ๑๖ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓

วันที่หมดอายุ : วันที่ ๑๕ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ็งเอียด)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



ที่ อว ๘๑๐๖/๐๐๙๖



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงทาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๗ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย
และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวณฐา ชินนาค รหัสประจำตัว ๖๐๙๒๐๑๗๕ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความผาสุกของมารดาเด็กออทิสติก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ มารดาเด็กออทิสติก ที่มีอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป ณ แผนกกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โดยกำหนดการเก็บรวบรวมข้อมูล ๒ ช่วงเวลาดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๓ ราย ระหว่างวันที่ ๑-๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓

๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จูลเมตต์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๕๗๖
ผู้วิจัยโทร ๐๖-๓๙๓๕-๕๕๑๙



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาเด็กออทิสติก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่าน และเติมข้อความลงในช่องว่างซึ่งตรงกับลักษณะของฉันทตามความเป็นจริงในปัจจุบัน

1. อายุ.....ปี.....เดือน

2. สถานภาพสมรส

 โสด

 คู่

 หย่า

 หม้าย

 แยกกันอยู่

 อื่น ๆ ระบุ.....

3. ระดับการศึกษา

 ไม่ได้เรียน

 ประถมศึกษาปีที่....

 มัธยมศึกษาตอนต้น

 มัธยมศึกษาตอนปลาย

 อนุปริญญา/ ปวส.

 ปริญญาตรี

 ปริญญาโท

 สูงกว่าปริญญาโท

4. ท่านนับถือศาสนา

 พุทธ

 คริสต์

 อิสลาม

 พราหมณ์

 ฮินดู

 อื่น ๆ ระบุ.....

5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหลัก ได้แก่

 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน

 นักเรียน/ นิสิต/ นักศึกษา

 พนักงานบริษัท

 รับจ้างทั่วไป

 เกษตรกรรม

 ก้าขาย

 รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ

 อื่น ๆ ระบุ.....

6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท/ เดือน

7. รายจ่ายของครอบครัวบาท/ เดือน

8. ความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่ายแต่ละเดือน

 เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ

 ไม่เพียงพอ

 เพียงพอและมีเหลือเก็บ

9. บุคคลที่ช่วยเหลือท่านในการดูแลเด็กออทิสติก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> อยู่คนเดียวตามลำพัง | <input type="checkbox"/> บิดา |
| <input type="checkbox"/> มารดา | <input type="checkbox"/> สามี/ ภรรยา |
| <input type="checkbox"/> บุตร | <input type="checkbox"/> ญาติ |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | |

10. ระยะเวลาดูแลบุตรออทิสติก.....ปี.....เดือน

11. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
|--------------------------------|---------------------------------------|

12. ประวัติการใช้สารเสพติด (บุหรี สุรา อื่น ๆ

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
|--------------------------------|---------------------------------------|

ระยะเวลาที่ใช้.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับข้อมูลของบุตรท่านและเติมข้อความลงในช่องว่างซึ่งตรงกับลักษณะของบุตรท่านตามความเป็นจริงในปัจจุบัน

- เพศ ชาย หญิง
- อายุ.....ปี.....เดือน
- แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกมาแล้วเป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน
- ระดับความรุนแรงของโรคออทิสติกอยู่ในระดับ.....(ส่วนของผู้วิจัย)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความผาสุก

ตอนที่ 1

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวท่านในรอบเดือนที่ผ่านมา ในแต่ละข้อคำถามกรุณาทำเครื่องหมาย \surd ลงหน้าข้อความ () ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว คำตอบของท่านไม่มีถูกผิด คำตอบที่ถูกมีเพียงข้อเดียวคือ คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริง ในชีวิตของท่าน

1. โดยทั่วไปท่านมีความรู้สึกอย่างไร

- () รู้สึกเบิกบานใจอย่างที่สุด
- () รู้สึกเบิกบานใจมาก
- () รู้สึกเบิกบานใจเป็นส่วนใหญ่
- () จิตใจห่อเหี่ยวและเบิกบานพอ ๆ กัน
- () จิตใจห่อเหี่ยวเป็นส่วนใหญ่
- () จิตใจห่อเหี่ยวมาก

2. ท่านได้ถูกรบกวนโดยความรู้สึกกระวนกระวายใจ หรือจาก “อาการทางประสาท” ของท่านหรือไม่

- () มากที่สุด...จนทำให้ทำงานไม่ได้
- () มาก
- ()
- ()
- ()
- ()

3. อารมณ์หรือความรู้สึกของท่านเป็นตัวการ ที่ควบคุมหรือกำหนดพฤติกรรมที่แสดงออก

- () ใช่ ถูกต้องที่สุด
- ()
- ()
- ()
- ()
- ()

4.

()

()

()

()

()

()

5.

()

()

()

()

()

()

6.

()

()

()

()

()

()

7.

()

()

()

()

()

()



8. ท่านมีความรู้สึกว้าวุ่น วิตกกังวล หรือเสียอารมณ์มากน้อยเพียงใด

()

()

()

()

()

()

9.

()

()

()

()

()

()

10.

()

()

()

()

()

()

11.

()

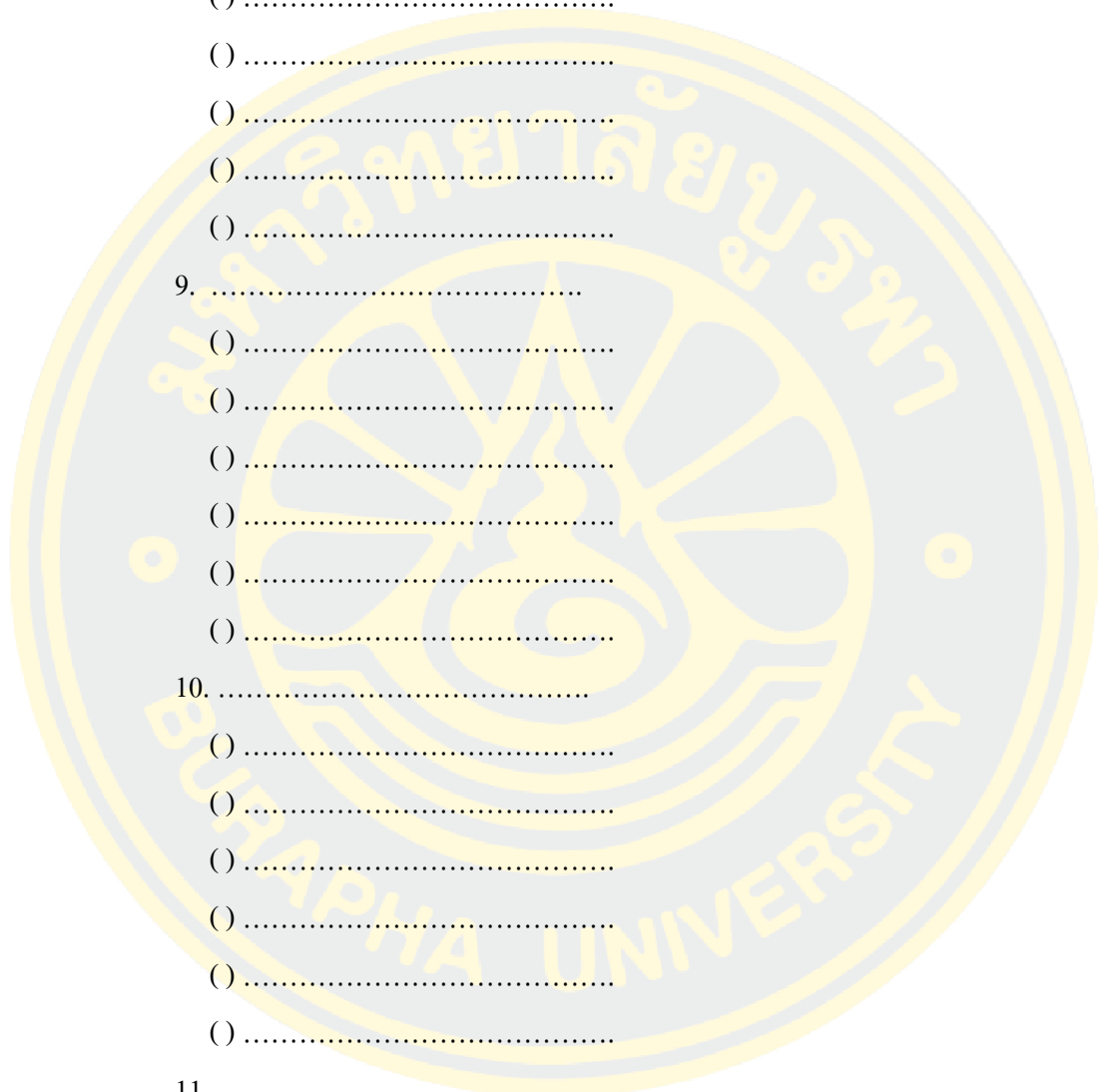
()

()

()

()

()



12.

()

()

()

()

()

()

13.

()

()

()

()

()

()

14.

()

()

()

()

()

()



ตอนที่ 2

คำชี้แจง ใน 4 ข้อต่อไปนี้ แต่ละข้อจะมีค่าหรือข้อความตรงตำแหน่ง 0 และ 10 บนเส้นตรง ซึ่งมีเลขกำกับอยู่ ซึ่งคำหรือข้อความนี้จะอธิบายถึงความรู้สึกตรงกันข้าม ส่วนเลข 1-9 จะแสดงถึงความมากน้อยของความรู้สึก โดยอาศัยคำหรือข้อความตรงตำแหน่ง 0 และ 10 เป็นเกณฑ์ กรุณาวงรอบตัวเลขบนเส้นตรงที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน โดยทั่วไปในรอบเดือนที่ผ่านมา

15. ท่านเป็นห่วงและกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่เป็นห่วงเลย

เป็นห่วงอย่างมาก

16. ท่านมี.....

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

.....

.....

17. ท่าน.....

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

.....

.....

18. อารมณ์.....

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

.....

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	ธัญญพัทธ์ ชินนาค
วัน เดือน ปี เกิด	23 กรกฎาคม 2527
สถานที่เกิด	แม่ฮ่องสอน
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	131/184 วิกอนโด บี ถนนฉลองกรุง แขวงลำปลาทิว เขตลาดกระบัง กรุงเทพ 10520
ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต
รางวัลหรือทุนการศึกษา	-

