

สุขภาวะทางจิตและผลกระทบด้านพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

ณัฐริดา วงศ์หาญชัย*, แก้วตา นพมณีจรัสเลิศ**, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์***, อาภา ภัคภิญโญ****, ปรียกมล รัชกุล*****

*วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว โครงการร่วมสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

***ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

****สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

*****คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยจากผู้เลี้ยงดูหลัก ปัจจัยจากเด็กออทิสติก และปัจจัยจากการสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยแบบเชิงปริมาณ (quantitative approach) และมีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างเป็นพี่น้องของเด็กออทิสติกอายุระหว่าง 7 - 16 ปี และผู้เลี้ยงดูหลัก ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวนทั้งสิ้น 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินสำหรับผู้เลี้ยงดูหลัก ได้แก่ Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7), The Scales of Independent Behavior-Revised (SIB-R) และ Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) 2) แบบประเมินสำหรับพี่น้องเด็กออทิสติก ได้แก่ Social Support Questionnaire และ The Mental Health Inventory (MHI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและอนุมาน รวมถึงใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงลึก (content analysis) ในการสรุปเนื้อหาจากการสัมภาษณ์

ผลการศึกษา พี่น้องเด็กออทิสติก ร้อยละ 52.5 มีสุขภาวะทางจิตดีและมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 92.5) ทั้งนี้พี่น้องเด็กออทิสติกในวัยเรียน (อายุ 7 - 12 ปี) มีแนวโน้มวิตกกังวลมากกว่าพี่น้องเด็กออทิสติกในวัยรุ่น (อายุ 13 - 16 ปี) และผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดูหลักและพฤติกรรมรุนแรงในเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างสัมพันธ์ทางสังคมของพี่น้องเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า พี่น้องเด็กออทิสติกเกิดความรู้สึกทั้งเชิงบวกและลบควบคู่กันไป

สรุป พี่น้องเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีสุขภาวะทางจิตที่ดีและมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปกติ โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดูหลัก และพฤติกรรมรุนแรงของเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัญหาพฤติกรรมในพี่น้องเด็กออทิสติก

คำสำคัญ สุขภาวะทางจิต พฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก ออทิสติก การสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลหลัก

Corresponding author: ณัฐริดา วงศ์หาญชัย

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว โครงการร่วมสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: lamiales.mint@gmail.com

วันรับ : 8 พฤษภาคม 2567 วันแก้ไข : 3 กรกฎาคม 2567 วันตอบรับ : 7 กรกฎาคม 2567

Psychological Well-being and Behavioral Effect of Siblings of Children with Autism Spectrum Disorder

Nattida Wonghanchai*, Kaewta Nopmaneejumruslers**, Komsan Kiatrungrit***, Apa Puckpinyo****, Pregamol Rutchanagul*****

*Master of Science Program in Child Adolescent, and Family psychology National Institute for Child and Family Development, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, and Faculty of Medicine Siriraj Hospital

**National Institute for Child and Family Development

***Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

****ASEAN Institute for Health Development

*****Faculty of Nursing, Thammasat University

ABSTRACT

Objective: To investigate on the psychological well-being of the siblings of children with autism spectrum disorder and the correlations between depression and anxiety in the primary caregivers, behavior problems in children with ASD, social support and psychological well-being and behavior problems in siblings of children with ASD.

Methods: The current study used a quantitative approach and in-depth interview method to collect data from the sample group. The target populations were the caregivers of children with ASD and siblings of children with ASD between the age of 7 - 16 years old. Purposive sampling was done and 80 people participated in the study. The research instruments were applied as follows: 1) assessment forms for primary caregivers, which are, depression assessment form (PHQ9), anxiety assessment form (GAD7), The Scales of Independent Behavior-Revised (SIB-R), and The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), 2) assessment forms for the siblings of the children with ASD, which are Social Support Questionnaire and psychological well-being assessment form (MHI). The data was analyzed by using descriptive statistics, Inferential statistic and content analysis.

Result: It is found that 52.5% of the siblings of the children with ASD have healthy psychological well-being and they had normal behavior (92.5%). The result also reveals that the siblings of the children with ASD aged 7 - 12 are more likely to receive anxiety compared with the siblings of the children with ASD aged 13 - 16. Furthermore, from the correlation analysis, the study shows that the primary caregiver's depression and the violent behavior of children with ASD were significantly positively correlated with the behavioral problems of siblings of children with ASD. Additionally, receiving social support was significantly positively correlated with the pro-social behavior of the siblings of the children with ASD. The result of the in-depth interview reveals that sibling of children with ASD experience both positive and negative feelings.

Conclusion: Most of the siblings of children with ASD had good mental health and typical behavior. Additionally, the primary caregiver's depression and the violent behavior of children with ASD were significantly correlated with behavioral problems of siblings of children with ASD. Also, receiving social support was significantly correlated with the pro-social behavior of the siblings of the children with ASD.

Keywords: psychological well-being, behavior of siblings of children with autism spectrum disorder, autistic / social support, primary caregiver

Corresponding author: Nattida Wonghanchai

E-mail: lamiales.mint@gmail.com

Received 8 May 2024 Revised 3 July 2024 Accepted 7 July 2024

บทนำ

โรคออทิสซึมสเปกตรัมหรือออทิสติก เป็นโรคที่มีลักษณะความบกพร่องทางการสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีพฤติกรรมความสนใจที่ซ้ำๆ และจำกัด ซึ่งลักษณะเหล่านี้จะแสดงออกให้เห็นก่อนอายุ 3 ปี และมีความต่อเนื่องไปตลอดชีวิต¹ ในประเทศไทยพบว่าความชุกของโรคในเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี ประมาณ 10 ต่อประชากรเด็ก 10,000 คน² และผลสำรวจจากกระทรวงสาธารณสุขคาดว่าทั่วประเทศจะมีเด็กออทิสติกอยู่ประมาณ 300,000 คน³ ซึ่งความบกพร่องจากโรคออทิสซึมสเปกตรัมทำให้เด็กออทิสติกมีความยากลำบากในการดำรงชีวิตหรือพึ่งพาตนเอง อีกทั้งเด็กออทิสติกแต่ละคนมีความรุนแรงของอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละคน เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมกระตุ้นตนเอง ปัญหาการนอน ปัญหาการรับประทานอาหาร เป็นต้น ซึ่งปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรมต่างๆ ของเด็กออทิสติกเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ทั้งผู้ดูแลหลักและพี่น้องเด็กออทิสติก

สุขภาวะทางจิต (psychological well-being) คือความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในชีวิตประจำวัน⁴⁻⁶ โดยส่วนมากพี่น้องเด็กออทิสติกมักเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ทั้งต่อภาระหน้าที่ที่ตนเองต้องรับผิดชอบในอนาคต การสูญเสียพี่น้อง รู้สึกหวาดกลัวและไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะในครอบครัวที่เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวร่วมด้วย⁷ รวมถึงความรู้สึกโกรธที่สามารถพบได้บ่อยและรุนแรงในพี่น้องเด็กออทิสติก ทั้งจากการที่พ่อแม่ปฏิบัติไม่เท่าเทียมกันระหว่างตนเองกับเด็กออทิสติก การที่พี่น้องไม่สามารถทำตามความต้องการของตัวเองได้ เพราะข้อจำกัดของเด็กออทิสติก ความเปลี่ยนแปลง ความวุ่นวาย และการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว⁸ โดยอาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พี่น้องเด็กออทิสติกมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้พี่น้องเด็กออทิสติกอาจรู้สึกอิจฉา รู้สึกโดดเดี่ยว⁹ รู้สึกอับอาย เพราะพฤติกรรมของเด็กออทิสติก¹⁰ รวมถึงรู้สึกเครียดและกดดัน¹¹ และในขณะเดียวกันพี่น้องเด็กออทิสติกก็มีความรู้สึกเศร้า รู้สึกผิดต่อความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นต่อเด็กออทิสติกหรือต่อพ่อแม่อีกด้วย^{8,12} ความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลากหลายย่อมทำให้เด็กเกิดความรู้สึกสับสน อีกทั้งอารมณ์ส่วนมากเป็นอารมณ์ทางลบ ซึ่งอาจนำไปสู่การมีแนวโน้มที่พี่น้องเด็กออทิสติกจะมีสุขภาวะทางจิตที่ไม่ดีหรือปัญหาพฤติกรรม โดยปัญหาอารมณ์หรือพฤติกรรมบางชนิดสามารถพบได้บ่อยในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เช่น ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาสมาธิสั้น ปัญหาด้านอารมณ์

ผลจากการศึกษาของต่างประเทศพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกมีภาวะวิตกกังวล¹³ และภาวะซึมเศร้ามากกว่าเด็กที่มีพี่น้องพัฒนาการปกติทั่วไป¹⁴ และมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาด้านอารมณ์ และพฤติกรรมมากกว่าเด็กทั่วไป¹⁵ ซึ่งสำรวจในพี่น้องเด็กออทิสติกในประเทศฟินแลนด์พบว่า ร้อยละ 37 ของพี่น้องเด็กออทิสติกมักจะมีปัญหาสุขภาพจิต¹⁶ แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของไทย⁹ และต่างประเทศ^{17,18} ที่พบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกมีการปรับตัวทางจิตวิทยาที่ดี เช่น การสื่อสาร การใช้ชีวิตประจำวัน และทักษะทางสังคม

พี่น้องเด็กออทิสติกวัยเรียนและวัยรุ่น มีการแสดงออกอารมณ์หรือพฤติกรรมในรูปแบบที่แตกต่างกันตามพัฒนาการของแต่ละช่วงวัย พี่น้องเด็กออทิสติกในวัยเรียนอาจยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคเด็กออทิสติกชัดเจน เนื่องจากข้อจำกัดของพัฒนาการด้านสติปัญญา รวมถึงเกิดความรู้สึกผิดต่อเด็กออทิสติกและผู้เลี้ยงดูเด็กบางคนอาจแสดงออกด้วยการพยายามประพடுத்தตัว¹⁹ เพื่อชดเชยปัญหา แต่บางคนก็ประพடுத்தไม่เหมาะสมเพื่อดึงดูดความสนใจจากพ่อแม่²⁰ ในขณะที่พี่น้องเด็กออทิสติกในช่วงวัยรุ่นสามารถเข้าใจข้อมูลที่ซับซ้อนเกี่ยวกับโรคได้ดีขึ้น¹⁹ ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาของสติปัญญาตามช่วงวัย ทั้งนี้ช่วงวัยรุ่นยังเป็นช่วงวัยที่ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนและอิสระ ดังนั้นพี่น้องเด็กออทิสติกในช่วงวัยรุ่นจึงรู้สึกอับอาย และกังวลกับความแตกต่างจากเพื่อน²⁰ รวมถึงกังวลต่อภาระหน้าที่ของตนในการดูแลเด็กออทิสติกในอนาคต

ผลจากงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงในเด็กออทิสติก^{13,14,21} ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้เลี้ยงดูหลัก^{13,21} และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในพี่น้องเด็กออทิสติก^{12,14} โดยงานวิจัยพบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวล²¹ และซึมเศร้าในพี่น้องเด็กออทิสติก¹⁴ และในส่วนของ การบำบัดรักษาและดูแลเด็กออทิสติกในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องพึ่งพาผู้เลี้ยงดูหลักอย่างมาก ทำให้เกิดผลกระทบทั้งในด้านร่างกาย เศรษฐกิจ ครอบครัว สังคม และจิตใจ นำไปสู่ภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดูหลัก^{22,23} ซึ่งสภาวะดังกล่าวส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในพี่น้องเด็กออทิสติกได้เช่นกัน^{13,21}

การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก ถ้าหากพี่น้อง

เด็กออทิสติกได้รับการดูแล ให้ข้อมูลและกำลังใจ รวมไปถึงการให้คำปรึกษา คำแนะนำ การช่วยเหลือต่างๆ ในการอยู่ร่วมกับเด็กออทิสติกจากผู้เลี้ยงดูหลัก ญาติพี่น้อง หรือบุคคลรอบข้าง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ครู เพื่อน ก็อาจช่วยให้พี่น้องเด็กออทิสติกเผชิญกับสภาวะอารมณ์หรือปัญหาต่างๆ ซึ่งเป็นผลกระทบจากการอาศัยอยู่ร่วมกับเด็กออทิสติกได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงเกิดความรู้สึกได้รับความรัก การเห็นคุณค่า ความอบอุ่น ปลอดภัยอีกด้วย โดยการศึกษาของ Lovell และ Wetherell¹⁴ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในพี่น้องเด็กออทิสติก นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษานี้พบว่า พี่น้องเด็กออทิสติกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีแนวโน้มที่เด็กจะปรับตัวได้ดี²⁴

การสืบค้นข้อมูลจะเห็นได้ว่าผลการศึกษาเกี่ยวกับพี่น้องเด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากต่างประเทศ ผลการศึกษาหรือตำราเกี่ยวกับพี่น้องเด็กออทิสติกในประเทศไทยยังคงมีจำนวนน้อยมาก⁹ อีกทั้งไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและลักษณะของผลกระทบที่พี่น้องเด็กออทิสติกได้รับ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องสภาวะทางจิตและผลกระทบด้านพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก ดังนั้นวัตถุประสงค์ในการศึกษานี้คือเพื่อศึกษา 1) สภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก 2) ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้เลี้ยงดูหลัก พฤติกรรมรุนแรงในเด็กออทิสติก และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อสภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative approach) และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth-interview) เพื่อเจาะลึกข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งงานวิจัยผ่านการตรวจสอบโดยศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหิดล (MURA2018/539) โดยประชากรได้แก่ ผู้เลี้ยงดูหลักและพี่น้องเด็กออทิสติก อายุระหว่าง 7 - 16 ปี ที่มาเข้ารับการรักษา ณ สถาบันแห่งชาติเพื่อพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และคลินิกฝึกพูดภาควิชาวิทยาศาสตร์สื่อความหมายและความผิดปกติของการสื่อความหมาย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มาเข้ารับบริการที่สถานบริการดังกล่าว ระหว่าง

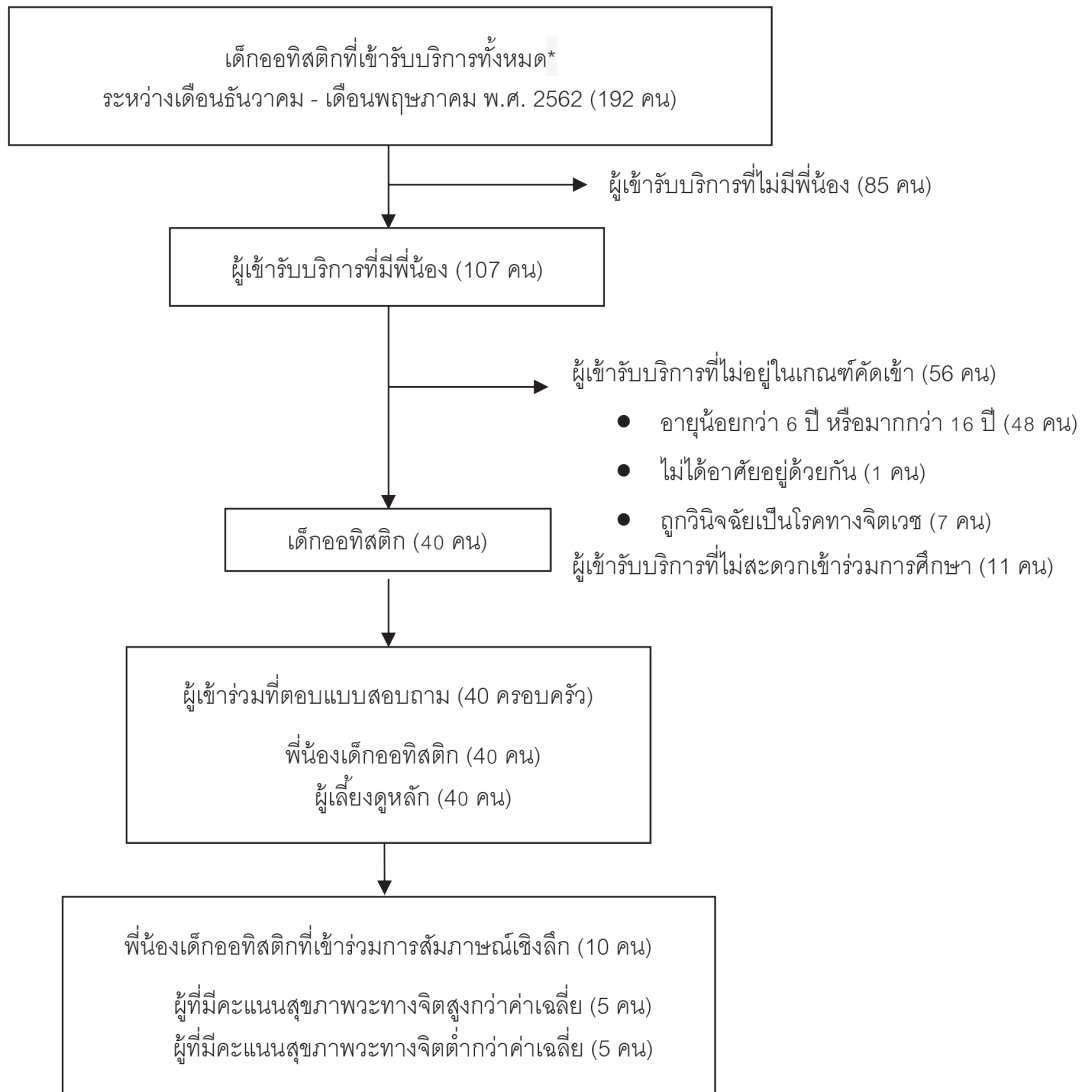
เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหรือพี่น้องเด็กออทิสติก โดยเด็กได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากกุมารแพทย์หรือจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-5 2) อาศัยอยู่ร่วมกับเด็กออทิสติกและพี่น้องเด็กออทิสติกมาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน 3) พี่น้องเด็กออทิสติกจะต้องไม่มีโรคทางจิตเวชและไม่มีคามผิดปกติด้านพัฒนาการ และไม่มีเกณฑ์การคัดออก

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G-power ตามสถิติการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (correlation analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.8 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.451 ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยการปรับตัวในพี่น้องเด็กออทิสติกของประเทศไทย⁹ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 36 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลขาดหายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงมีทั้งหมด 40 ครอบครัว หลังจากการวิเคราะห์ผลเชิงปริมาณผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดเลือกพี่น้องเด็กออทิสติกเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกจาก 5 ลำดับแรกของผู้ที่มีความสุขภาวะทางจิตดี และ 5 ลำดับท้ายของผู้ที่มีความสุขภาวะทางจิตไม่ดี รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 คน (รูปที่ 1)

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตรงด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ 1) เก็บข้อมูลกับผู้เลี้ยงดูหลักโดยใช้แบบประเมินสำหรับผู้เลี้ยงดูหลัก 2) เก็บข้อมูลจากพี่น้องเด็กออทิสติกโดยตรงโดยใช้แบบประเมินสำหรับพี่น้องเด็กออทิสติก 3) สำหรับพี่น้องที่ไม่สามารถเดินทางมาให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะฝากแบบประเมินผ่านทางผู้เลี้ยงดูหลัก และมีการติดต่อผ่านทางโทรศัพท์เพื่อชี้แจงการวิจัยและการตอบแบบประเมิน โดยแบบประเมินจะถูกส่งกลับทางไปรษณีย์หรือผู้เลี้ยงดูหลักเมื่อมาติดตามการรักษาครั้งต่อไป 4) หลังจากการวิเคราะห์ผล ผู้วิจัยจึงคัดเลือกพี่น้องเด็กออทิสติกสำหรับการสัมภาษณ์เป็นลำดับถัดไป 5) เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการ ผู้วิจัยจึงติดต่อผู้เลี้ยงดูหลักเพื่อให้คำแนะนำการดูแลในเบื้องต้น รวมถึงแจ้งผลสรุปให้กับแพทย์ผู้ดูแลเด็กออทิสติกเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษานี้ประกอบด้วยแบบประเมินสำหรับผู้เลี้ยงดูหลัก และแบบประเมินสำหรับพี่น้องเด็กออทิสติก โดยมีเครื่องมือดังนี้



รูปที่ 1 จำนวนทั้งหมดของผู้เข้าร่วมการศึกษา

*สถาบันแห่งชาติเพื่อพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และคลินิกฝึกพูด ภาควิชาวิทยาศาสตร์สื่อความหมายและความผิดปกติของการสื่อความหมาย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

1. เครื่องมือที่นำไปใช้กับผู้เลี้ยงดูหลัก

1.1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วย 6 คำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส

1.2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire-9 Thai version (PHQ-9))

เครื่องมือประเภท Self-Report ใช้สำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดูหลัก พัฒนาโดย Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke และนำมาแปลเป็นภาษาไทย โดย มาโนช หล่อตระกูล²⁵ แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 9 ข้อ เกี่ยวกับความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น โดย

อิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า DSM-IV มาตราในการประเมินเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ จุดตัดคือ 9 คะแนน ซึ่งสามารถคัดกรองอาการได้เป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีความผิดปกติแต่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์โรคซึมเศร้า ซึมเศร้าเล็กน้อย ซึมเศร้าปานกลาง และซึมเศร้ารุนแรง มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha=0.79)

1.3. แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7))

สำหรับประเมินภาวะวิตกกังวล พัฒนาโดย Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B²⁶ แปลและเผยแพร่โดย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

โดยเครื่องมือเป็นลักษณะ self-report ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความถี่ของอาการวิตกกังวล 7 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก โดยคะแนนจุดตัดคือ 10 คะแนน หมายถึงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรควิตกกังวล โดยเครื่องมือสามารถคัดกรองอาการได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความวิตกกังวลเล็กน้อย มีความวิตกกังวลปานกลาง มีความวิตกกังวลสูง และมีความวิตกกังวลสูงมาก ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินอยู่ในระดับดีมาก (Cronbach's alpha=0.92)

1.4 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม (The Scales of Independent Behavior-Revised (SIB-R))

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ด้านพฤติกรรมกรรมการปรับตัว และด้านปัญหาพฤติกรรม โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เฉพาะส่วนปัญหาพฤติกรรมเพื่อประเมินพฤติกรรมรุนแรงในเด็กออทิสติก ซึ่งแบบประเมินถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย ศศิธร สังข์อยู่ และคณะ²⁷ แบบประเมินประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมภายใน (internalized maladaptive behavior) พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทางสังคม (asocial maladaptive behavior) และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมภายนอก (externalized maladaptive behavior) ซึ่งคำตอบมีลักษณะเป็นการประมาณค่า Likert scale ตามความถี่และความรุนแรงของพฤติกรรม สามารถคัดกรองพฤติกรรมได้เป็น 6 ระดับ ได้แก่ ปกติ ค่อนข้างปกติ เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงที่สุด โดยคะแนนมาก หมายถึง มีปัญหาพฤติกรรมระดับปกติ และคะแนนน้อย หมายถึง มีปัญหาพฤติกรรมระดับรุนแรงที่สุด ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินอยู่ในระดับดี (Split-half reliability coefficients=0.70 - 0.80)

1.5 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ))

สร้างโดย Robert Goodman ซึ่งนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และ พรณพิมล หล่อตระกูล²⁸ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมิน SDQ ฉบับผู้ปกครองมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก แบบประเมินแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกราะ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งหรือสมาธิสั้น พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม แต่ละด้านมีคำถาม 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า Likert scale 3 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 10 คะแนนในแต่ละด้าน และสามารถนำคะแนนจากพฤติกรรม 4 ด้านแรกมารวมกันเป็นด้านปัญหาพฤติกรรมโดยรวม (min-max=0 - 40) การแปลผลคะแนนสามารถคัดกรองพฤติกรรมออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และ

กลุ่มมีปัญหา ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินอยู่ในเกณฑ์ดี (Cronbach's alpha=0.72) ค่าความไวเท่ากับ 63.3% (95% CI 59.7-66.9%)

2. เครื่องมือที่นำไปใช้กับพี่น้องเด็กออทิสติก

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วย 4 คำถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานะเป็นพี่หรือน้อง และมีผู้เลี้ยงดูหลักคือใคร

2.2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire)

แบบประเมินเป็นลักษณะ self-report พัฒนาจากแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer โดย พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย และ อรรถพรณ ลือบุญวัชชัย²⁹ โดยมีคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์สังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร และวัตถุประสงค์คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ การแปลผลใช้คะแนนรวม ซึ่งแบ่งระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ค่า IOC (Index of item objective congruence) เท่ากับ 0.625

2.3 แบบประเมินสุขภาพจิต (The Mental Health Inventory (MHI))

แบบประเมินสุขภาพจิตสร้างขึ้นโดย Veit และ Ware ซึ่งนำมาแปลไทย โดย อธิยา เชื้อนมนัน และ ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ³⁰ เป็นเครื่องมือลักษณะ self-report ใช้สำหรับประเมินสุขภาพจิตสำหรับบุคคลทั่วไป มีคำถามทั้งหมด 38 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพจิต (psychological well-being) มืองค์ประกอบย่อยเป็น 2 หมวด คือ หมวดความรู้สึกดีทั่วไป และหมวดความผูกพันทางอารมณ์และด้านความกดดันทางจิตใจ (psychological distress) มืองค์ประกอบย่อยเป็น 3 หมวด คือ หมวดความวิตกกังวล หมวดภาวะซึมเศร้า และหมวดการสูญเสีย การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ข้อคำถามมีทั้งหมด 38 ข้อ โดยข้อคำถามด้านสุขภาพจิตจะมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ จำนวน 36 ข้อ และมีคำถามด้านความกดดันทางจิตใจจำนวน 2 ข้อ ที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และคะแนนเป็นทิศทางตรงข้ามกัน การแปลผลจากการรวมคะแนนทั้งสองด้าน แบ่งระดับคะแนนตามค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ได้แก่ ผู้ที่มีคะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของกลุ่ม หมายถึง มีสุขภาพจิตดี และคะแนนที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

ของกลุ่ม หมายถึง มีสภาวะทางจิตไม่ดี แบบประเมินมีค่า IOC เท่ากับ 0.631

2.4 การสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้วิจัยพัฒนาแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยอิงข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและแบบประเมิน โดยมีการพิจารณาความเหมาะสมของคำถามร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กออทิสติกและปรับแก้ไขตามคำแนะนำ แนวคำถามประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สภาวะทางจิตของพี่น้องเด็กออทิสติก 2) ปัจจัยจากผู้เลี้ยงดูหลักและผลกระทบ 3) ปัจจัยจากเด็กออทิสติกและผลกระทบ 4) ปัจจัยจากการสนับสนุนทางสังคมที่พี่น้องเด็กออทิสติกได้รับและผลกระทบ (ตารางที่ 1) ซึ่งในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที ต่อ 1 คน และดำเนินการในที่ที่มีความสะดวก ปลอดภัย และเป็นส่วนตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS Statistics 18.0 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency distributions) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ในการพรรณนาลักษณะทั่วไปของข้อมูล

2. การทดสอบค่าไค-สแควร์ (Chi-Square Test : χ^2 -test) เพื่อหาความแตกต่างของสภาวะทางจิตของพี่น้องเด็กออทิสติกในแต่ละช่วงวัย

3. การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (correlation analysis) ชนิด Spearman Rank Correlation Coefficient ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้เลี้ยงดูหลัก พฤติกรรมรุนแรงในเด็กออทิสติก และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

4. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อสร้างข้อสรุปจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

ผลการศึกษา

ประชากรที่มีจำนวนทั้งสิ้น 192 คน หลังจากคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้าและออก จากการวิจัยพบว่าได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 40 ครอบครัว เป็นผู้เลี้ยงดูหลักจำนวน 40 คน โดยผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43 ปี (range= 32 - 61 ปี, S.D=5.39) (ตารางที่ 2) และเป็นพี่น้องเด็กออทิสติกจำนวน 40 คน มีสัดส่วนของเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 12 ปี (S.D=2.92) และโดยส่วนใหญ่มีสถานะเป็นพี่ของเด็กออทิสติก (ร้อยละ 67.5) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

หัวข้อ	คำถาม
สภาวะทางจิตของพี่น้องเด็กออทิสติก	ผู้เลี้ยงดูหลัก/พ่อแม่ที่มีลูกป่วย บางครั้งต้องดูแลคนที่ป่วยมาก และมีเวลาให้พี่น้องน้อย ครอบครัวของคุณเป็นเช่นไร และคุณรู้สึกอย่างไร ในวันหยุดคุณต้องการทำกิจกรรมอะไรกับครอบครัวบ้าง หาก你不能ทำตามความต้องการของตนเองได้ เนื่องจากข้อจำกัดของ... (ชื่อของเด็กออทิสติก) คุณมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง
ปัจจัยจากผู้เลี้ยงดูหลักและผลกระทบ	ผู้เลี้ยงดูหลัก/พ่อแม่ของเด็กที่ป่วยบางคนก็รู้สึกเครียด กังวล เศร้า ในการดูแลเด็กที่ป่วย ครอบครัวของคุณเป็นเช่นไรบ้าง และคุณรู้สึกอย่างไรที่เห็นเช่นนั้น
ปัจจัยจากเด็กออทิสติกและผลกระทบ	เด็กออทิสติกบางคนมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพฤติกรรมแปลกๆ พี่น้องของคุณมีพฤติกรรมอย่างไรบ้าง และคุณรู้สึกอย่างไรกับพฤติกรรมเหล่านั้น
ปัจจัยจากการสนับสนุนทางสังคมที่พี่น้องเด็กออทิสติกได้รับและผลกระทบ	เมื่อคุณต้องการความช่วยเหลือ เช่น เวลาที่ไม่สบายใจเรื่อง... (ชื่อของเด็กออทิสติก) คุณมักจะเล่าให้ใครฟัง หรือคุณได้รับกำลังใจ คำแนะนำจากใครบ้าง หรือคุณทำอย่างไร คุณเคยถูกเพื่อนกลั่นแกล้งด้วยสาเหตุจาก... (ชื่อของเด็กออทิสติก) หรือไม่ และคุณสามารถขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง คุณคิดว่าคุณต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกับ... (ชื่อของเด็กออทิสติก) อย่างไรบ้าง

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไป ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับภาวะวิตกกังวลของผู้เลี้ยงดูหลัก

ผู้เลี้ยงดูหลัก		N=40 (%) หรือ Mean (Range, S.D)	
เพศ		สถานภาพสมรส	
ชาย	4 (10.0)	อยู่ด้วยกัน	35 (87.5)
หญิง	36 (90.0)	แยกกันอยู่	4 (10.0)
อายุ	43.98 (32 - 61 ปี, S.D=5.39)	หม้าย	1 (2.5)
การศึกษา		ลักษณะครอบครัว	
มัธยมศึกษา	8 (20.5)	ครอบครัวเดี่ยว	32 (80.0)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ และวิชาชีพชั้นสูง	2 (5.2)	ครอบครัวขยาย	8 (20.0)
ปริญญาตรี	17 (43.6)	ระดับภาวะซึมเศร้า	
สูงกว่าปริญญาตรี	12 (30.7)	ปกติ	17 (42.5)
อาชีพ		มีความผิดปกติ แต่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์โรคซึมเศร้า	21 (52.5)
ข้าราชการ	9 (22.5)	เล็กน้อย	2 (5.0)
พนักงานบริษัท	7 (17.5)	ปานกลางและรุนแรง	0 (0.0)
ธุรกิจส่วนตัว	9 (22.5)	ระดับภาวะวิตกกังวล	
แม่บ้าน	9 (22.5)	เล็กน้อย	34 (85.0)
อื่นๆ	6 (15.0)	ปานกลาง	4 (10.0)
รายได้		สูง	2 (5.0)
ต่ำกว่า 15,000 บาท	5 (12.5)	สูงมาก	0 (0.0)
15,001 - 30,000 บาท	6 (15.0)		
30,001 - 45,000 บาท	3 (7.5)		
45,001 - 55,000 บาท	11 (27.5)		
55,001 บาท ขึ้นไป	15 (37.5)		

1. ผู้เลี้ยงดูหลักและเด็กออทิสติก

1.1 ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้เลี้ยงดูหลัก

คะแนนของภาวะซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดูหลักมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 คะแนน (range=0 - 10, S.D.=5) โดยส่วนมากมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่มีความผิดปกติ แต่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 52.5) และไม่พบผู้เลี้ยงดูที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางและรุนแรง สำหรับคะแนนภาวะวิตกกังวลพบว่าผู้เลี้ยงดูหลักมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 3.03 คะแนน (range=0 - 13, S.D.=3.02) ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 85) มีภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย และไม่พบผู้เลี้ยงดูหลักที่มีภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงมาก (ตารางที่ 2)

1.2 ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก

พบว่าคะแนนด้านปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ -10.35 คะแนน (range = -46 - 3, S.D.=10.54)

โดยส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 65) และมีผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมระดับรุนแรงและระดับรุนแรงมากเพียงระดับละ 1 คน (ร้อยละ 2.5)

2. พี่น้องเด็กออทิสติก

2.1 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในพี่น้องเด็กออทิสติก

พี่น้องเด็กออทิสติกมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 60.80 (range=39 - 77, S.D.=9.81) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.5) โดยพี่น้องเด็กออทิสติกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำมีเพียงร้อยละ 7.5 (ตารางที่ 3)

2.2 สุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

พี่น้องเด็กออทิสติกมีคะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะทางจิต

เท่ากับ 157.88 คะแนน (range=102 - 200, S.D.=22.28) และสามารถจัดกลุ่มพี่น้องเด็กออทิสติกออกเป็นกลุ่มที่มีสุขภาวะทางจิตดีและไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 52.5 และ 47.5 ตามลำดับ โดยพี่น้องเด็กออทิสติกอายุ 7 - 12 ปี ที่มีสุขภาวะทางจิตดี มีสัดส่วนน้อยกว่าพี่น้องเด็กออทิสติกช่วงอายุ 13 - 16 ปี (ร้อยละ 45 และ 60 ตามลำดับ) รวมถึงพบว่าสัดส่วนของพี่น้องเด็กออทิสติกอายุ 7 - 12 ปี (วัยเรียน) มีคะแนนด้านความรู้สึกรังเกียจกลัว (ร้อยละ 70) มากกว่าพี่น้องเด็กออทิสติกในช่วงอายุ 13 - 16 ปี (วัยรุ่น) (ร้อยละ 35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.027$) (ตารางที่ 3)

ผลการศึกษาพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกจำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.5) มีปัญหาพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับเสี่ยง และไม่พบพี่น้องเด็กออทิสติกที่อยู่ในระดับมีปัญหา โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกมีปัญหาพฤติกรรมเกรี้ยว ปัญหาอยู่ไม่นิ่งหรือสมาธิสั้น และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ร้อยละ 5 ในแต่ละด้าน (ตารางที่ 3)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากผู้เลี้ยงดูหลัก ปัจจัยจากเด็กออทิสติก และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยจากผู้เลี้ยงดูหลัก ปัจจัยจากเด็กออทิสติก และปัจจัยจากการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของพี่น้องเด็กออทิสติก

ภาวะซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดูหลักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวมของพี่น้องเด็กออทิสติก ($r=0.425$, $p<0.006$) ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งหรือสมาธิสั้น ($r=0.418$, $p<0.007$) และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ($r=0.410$, $p<0.009$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนพฤติกรรมรุนแรงในเด็กออทิสติกยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมเกรี้ยว ($r=0.415$, $p<0.008$) ปัญหาพฤติกรรมโดยรวม ($r=0.351$, $p<0.026$) และปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งหรือสมาธิสั้นของพี่น้องเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.335$, $p<0.034$)

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไป ระดับสุขภาวะทางจิต พฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก และ p-value of Chi square analysis

		พี่น้องเด็กออทิสติก			P^a
		ทั้งหมด (n=40) N (%)	อายุ 7 - 12 ปี (n=20) N (%)	อายุ 13 - 16 ปี (n=20) N (%)	
เพศ	ชาย	21 (52.5)	11 (55.0)	10 (50.0)	.752
	หญิง	19 (47.5)	9 (45.0)	10 (50.0)	
สถานะ	พี่	27 (67.5)	11 (55.0)	16 (80.0)	.091
	น้อง	13 (32.5)	9 (45.0)	4 (20.0)	
ผู้ดูแลหลัก	พ่อแม่	38 (95.0)	18 (90.0)	20 (100.0)	.152
	ญาติ	2 (5.0)	2 (10.0)	0 (0.0)	
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	สูง	12 (30.0)	6 (30.0)	6 (30.0)	.765
	ปานกลาง	25 (62.5)	14 (70.0)	11 (55.0)	
	ต่ำ	3 (7.5)	0 (0.0)	3 (15.0)	
สุขภาวะทางจิตโดยรวม	ดี	21 (52.5)	9 (45.0)	12 (60.0)	.342
	ไม่ดี	19 (47.5)	11 (55.0)	8 (40.0)	
Mean=157.88, rang =102 - 200, S.D.=22.28					
ความรู้สึกดีทั่วไป	ดี	24 (60.0%)	11 (55.0%)	13 (65.0%)	.519
	ไม่ดี	16 (40.0%)	9 (45.0%)	7 (35.0%)	
ความผูกพันทางอารมณ์	ดี	24 (60.0%)	12 (60.0%)	12 (60.0%)	1.000
	ไม่ดี	16 (40.0%)	8 (40.0%)	8 (40.0%)	
สุขภาวะทางจิต	ดี	22 (55.0%)	11 (55.0%)	11 (55.0%)	1.000
	ไม่ดี	18 (45.0%)	9 (45.0%)	9 (45.0%)	

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไป ระดับสภาวะทางจิต พฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก และ p-value of Chi square analysis (ต่อ)

		พี่น้องเด็กออทิสติก			P ^a
		ทั้งหมด (n=40) N (%)	อายุ 7 - 12 ปี (n=20) N (%)	อายุ 13 - 16 ปี (n=20) N (%)	
ภาวะซึมเศร้า	ดี	21 (52.5%)	9 (45.0%)	12 (60.0%)	.342
	ไม่ดี	19 (47.5%)	6 (30.0%)	8 (40.0%)	
ภาวะวิตกกังวล	ดี	19 (47.5%)	11 (55.0%)	13 (65.0%)	.027*
	ไม่ดี	21 (52.5%)	14 (70.0%)	7 (35.0%)	
การสูญเสียการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม	ดี	21 (52.5%)	9 (45.0%)	12 (60.0%)	.342
	ไม่ดี	19 (47.5%)	11 (55.0%)	8 (40.0%)	
ความกดดันทางจิตใจ	ดี	19 (47.5%)	8 (40.0%)	11 (55.0%)	.342
	ไม่ดี	21 (52.5%)	12 (60.0%)	9 (45.0%)	
พฤติกรรม ^c					
พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม	ปกติ	39 (97.5)	20 (100)	19 (95.5)	.317
	เสี่ยง	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	ปัญหา	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (5.0)	
ปัญหาด้านอารมณ์	ปกติ	37 (92.5)	18 (90.0)	19 (95.5)	.553
	เสี่ยง	3 (7.5)	2 (10.0)	1 (5.0)	
	ปัญหา	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ปัญหาพฤติกรรมเกร	ปกติ	35 (87.5)	17 (85.0)	18 (90.0)	.834
	เสี่ยง	3 (7.5)	2 (10.0)	1 (5.0)	
	ปัญหา	2 (5.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	
ปัญหาอยู่ไม่นิ่งหรือสมาธิสั้น	ปกติ	36 (90.0)	16 (80.0)	20 (100.0)	.108
	เสี่ยง	2 (5.0)	2 (10.0)	0 (0.0)	
	ปัญหา	2 (5.0)	2 (10.0)	0 (0.0)	
ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน	ปกติ	35 (87.5)	18 (90.0)	17 (85.0)	.834
	เสี่ยง	3(7.5)	1 (5.0)	2 (10.0)	
	ปัญหา	2 (5.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	
ปัญหาพฤติกรรมโดยรวม	ปกติ	37 (92.5)	18 (90.0)	19 (95.5)	.553
	เสี่ยง	3 (7.5)	2 (10.0)	1 (5.0)	
	ปัญหา	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	

a=ค่า p-value ของ Chi square analysis ระหว่างช่วงอายุ 7 - 12 ปี (วัยเรียน) และช่วงอายุ 13 - 16 ปี (วัยรุ่น) กับระดับสภาวะทางจิต

รวมถึงพบว่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของพี่น้องเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($r=0.339, p<0.032$) (ตารางที่ 4)

4. ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับพี่น้องเด็กออทิสติกเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิต บัณฑิตจากผู้เลี้ยงดูหลัก บัณฑิตจากพี่น้องที่เป็นออทิสติก และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมพบว่า

4.1 ลักษณะผลกระทบด้านสุขภาวะทางจิตในพี่น้องเด็กออทิสติก

ผู้วิจัยพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่หลากหลาย เช่น มีความสุข รู้สึกเป็นที่รัก เศร้า วิตกกังวล และสูญเสียการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งเป็นไปตามองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตในหมวดความกดดันทางจิตใจ

และหมวดสุขภาวะทางจิต ตามแนวคิดของ Veit และ Ware³¹ รวมถึงพี่น้องเด็กออทิสติกยังได้รับผลกระทบซึ่งทำให้เกิดอารมณ์เชิงลบอื่นๆ เช่น โกรธ กลัว อาย และสับสนต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์และสถานะพี่น้องของตนเองด้วย อย่างไรก็ตามความรู้สึกทางบวกและทางลบนี้มักเกิดควบคู่กันไป

“ก็มีความสุข บางทีหนูก็เล่นกับพี่เขา แล้วก็เวลาที่เขาไม่ดื้อ ไม่กวน แต่จะหงุดหงิดบ่อย บ่อยกว่ามีความสุข”

“ผมคิดว่า โตไปแล้วมันยังไม่หายจะคุ้มกันยังไง แม่พูดว่าให้ดูแลน้อง ก็กังวลนิดหน่อย ว่าเดี๋ยวดูแลไม่ได้ หรือตอนน้องไปโรงเรียนก็จะกลัวว่าน้องจะโดนแกล้ง ตอนไปเที่ยวก็กลัวว่าน้องจะหลงทาง เพราะน้องจำเบอร์โทรศัพท์ไม่ได้เลย”

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกได้แสดงคุณลักษณะเชิงบวก อันได้แก่ การควบคุมอารมณ์ และการคิดวางแผนอนาคต อีกด้วย

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างบัณฑิตจากผู้เลี้ยงดูหลัก บัณฑิตจากเด็กออทิสติก และบัณฑิตจากการสนับสนุนจากสังคม ที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	Y ₁	Y ₂	Y ₃	Y ₄	Y ₅	Y ₆	Y ₇
X ₁	1										
X ₂	.447**	1									
X ₃	-.486**	-.536**	1								
X ₄	-.175	-.230	-.033	1							
Y ₁	-.047	-.016	-.104	.199	1						
Y ₂	-.254	-.304	.101	.339*	.249	1					
Y ₃	.095	.181	-.111	-.090	-.407**	-.279	1				
Y ₄	.295	.189	-.415**	-.120	-.090	-.182	.062	1			
Y ₅	.418**	.175	-.335*	-.055	-.207	-.163	.316*	.537**	1		
Y ₆	.410**	.298	-.197	-.232	-.130	-.295	.119	.317	.287	1	
Y ₇	.425**	.267	-.351*	-.132	-.276	-.280	.529**	.676**	.862**	.545**	1

** p-value <0.01 * p-value <0.05

Note:

บัณฑิตจากผู้เลี้ยงดูหลัก ได้แก่ X₁ = ภาวะซึมเศร้าของผู้เลี้ยงดูหลัก; X₂ = ภาวะวิตกกังวลของผู้เลี้ยงดูหลัก

บัณฑิตจากเด็กออทิสติก ได้แก่ X₃ = พฤติกรรมปัญหาของเด็กออทิสติก

บัณฑิตจากการสนับสนุนจากสังคม ได้แก่ X₄ = การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

สุขภาวะทางจิตโดยรวม = Y₁

พฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก ได้แก่ Y₂ = พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม; Y₃ = ปัญหาด้านอารมณ์; Y₄ = ปัญหาพฤติกรรมเกราะ; Y₅ = ปัญหาอยู่ไม่นิ่งหรือสมาธิสั้น; Y₆ = ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน; Y₇ = ปัญหาพฤติกรรมโดยรวม

“เมื่อก่อนน้องโยนของ แล้วบางทีเราก็คูมตัวเองไม่ไหว ก็ปาของกลับ ปากแตก เลือดไหล หรือลืมหิ้วตัว กระชากน้องแรง เพราะแรงเราเยอะ แม่เลยไม่ค่อยอยากให้อยู่ด้วยกัน”

4.2 ลักษณะปัจจัยจากผู้เลี้ยงดูหลัก

การสัมภาษณ์พบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกทั้งกลุ่มที่มีคะแนนสุขภาพทางจิตสูงและต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ต่างก็รับรู้ว่าคุณผู้เลี้ยงดูหลักมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล เหน็ดเหนื่อยและเศร้า ซึ่งอารมณ์ดังกล่าวส่งผลกับความรู้สึกของพี่น้องเด็กออทิสติก ทั้งเชิงบวกและลบเช่นกัน

“เคยเห็นแม่กังวลบ่อยๆ เช่น วันนี้แม่จะไปกินข้าวกับเพื่อน ถ้าน้องร้องจะกลับก็ต้องกลับ แต่บางทีน้องไม่ร้องก็อยู่ได้นาน แล้วก็เห็นแม่เหนื่อย เพราะแม่เคยต้องกล่อมน้อง 3 ชั่วโมง ใครห้ามขึ้นไปยุ่ง เห็นแล้วไม่อยากให้แม่เหนื่อยสงสารแม่ เศร้า”

“แต่ก่อนเห็นคุณแม่ร้องไห้ให้หนูก็ถามว่าเป็นอะไร แม่บอกว่าเสียใจที่พี่เป็นแบบนี้ แต่เดี๋ยวนี้ไม่มีแล้ว แสบปีมีความสุขกันทั้งครอบครัว”

4.3 ลักษณะปัจจัยจากเด็กออทิสติก

พบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกมักเกิดความรู้สึกทางลบต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก ทั้งจากความบกพร่องตามอาการออทิสติก พฤติกรรมกระตุ้นตนเอง และปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ทำให้พี่น้องเด็กออทิสติกส่วนใหญ่รู้สึกหงุดหงิด รำคาญ เสียใจ สงสาร อาาย และกังวล

“ไววายเสียงดัง ถ้าน้องจะกลับก็ต้องกลับ ไม่งั้นจะร้องให้อยากออกไปข้างนอก วันหนึ่ง 1 - 2 รอบ/ไม่ยอมให้อยู่ดีๆ ก็ร้องน้องจะเป็นตัวกำหนดว่า วันนี้จะได้ออกไปข้างนอกหรือไม่ได้ก็ได้ไปเรียนหรือไม่ได้ไปเรียน ถ้างั้นฉันน้องไม่ได้ก็ไม่รอด ก็รู้สึกเบื่อ”

“พี่เขาพูดรู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้าง พูดไม่ชัด เขาอาจจะพูดภาษาอื่น ก็เลยไม่เข้าใจ หนูก็รู้สึกหงุดหงิด เบื่อ รำคาญนิดนึง”

4.4 ลักษณะปัจจัยจากการสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกได้รับการสนับสนุนจากสังคมทั้งในด้านอารมณ์ สังคม ด้านข้อมูลความรู้ และด้านทรัพยากรจากผู้เลี้ยงดูหลัก นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวอื่นๆ เช่น ย่า น้า ก็มีบทบาทช่วยสนับสนุนทางสังคมแก่พี่น้องเด็กออทิสติกเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้พี่น้องเด็กออทิสติกรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รัก มีความสุข และสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับพี่น้องที่เป็นออทิสติกได้ และพี่น้องเด็กออทิสติกก็ยังคงต้องการการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ด้าน

“เวลาทะเลาะกับพี่ก็จะเล่าให้พ่อแม่ฟัง แม่ให้คำแนะนำได้ดีที่สุด หนูก็ไปเล่าว่าพี่ดื้อแบบนี้ ป่วนแบบนี้ ให้ทำยังไงดี แม่ก็จะบอก”

“แม่ก็กวาดบ้าน ล้างจาน รีดผ้า ทำกับข้าว ซักผ้า ตอนนี้นุญก็ช่วยแม่มากขึ้น งานในห้องเรียน งานกลุ่มบางทีก็ให้เพื่อนช่วย ส่วนพี่ทุกคนก็ช่วยกันดูแล แม่ก็บอกให้ช่วยดูพี่บ้าง ถ้าทำอะไรที่ไม่สำคัญอยู่ ก็จะเรียกให้ไปช่วยดูพี่บ้าง”

“หนูอยากให้อาโกยังไม่ต้องงานออกไปเพราะจะได้มีคนเล่นด้วย แล้วก็พี่พี่พี่ พี่เขา หนูอยากให้พี่เขาเชื่อฟัง อยากมากๆ อยากให้พี่ที่ปรับพี่ แบบทำแบบนี้แล้วพี่เชื่อฟังเลย”

“อยากให้ช่วยๆ กัน ดูแลพี่ บางอย่างอยากให้พี่เขาฝึกทำเอง เช่น อาบน้ำ”

วิจารณ์

งานวิจัยนี้เสนอผลการศึกษาสุขภาพทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก และความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลในผู้เลี้ยงดูหลัก พฤติกรรมรุนแรงในเด็กออทิสติก และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพทางจิต และพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

การศึกษาพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกทั้งหมด 40 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพทางจิตเท่ากับ 157.88 โดยร้อยละ 52.5 มีสุขภาพตามเกณฑ์ของแบบวัด MHI อยู่ในเกณฑ์ดี และอีกร้อยละ 47 จัดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี และพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกช่วงอายุ 13 - 16 ปี มีสัดส่วนที่มีสุขภาพทางจิตดีมากกว่าในช่วงวัย 7 - 12 ปี ในด้านความวิตกกังวลพบว่า สัดส่วนของพี่น้องเด็กออทิสติกอายุ 7 - 12 ปี มีคะแนนด้านความรู้สึกวิตกกังวลมากกว่าพี่น้องเด็กออทิสติกในช่วงอายุ 13 - 16 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจาก Schubert ที่พบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกในช่วงวัยรุ่นสามารถเข้าใจข้อมูลที่ซับซ้อนเกี่ยวกับโรคได้ดีขึ้น¹⁹ จากการพัฒนาของสติปัญญาที่ซับซ้อนมากกว่า สามารถเข้าใจเหตุผล และมีทักษะการแก้ปัญหาได้ดีกว่า

จากการสืบค้นไม่พบงานวิจัยอื่นๆ ที่ใช้แบบประเมินสุขภาพทางจิตชนิดเดียวกันกับพี่น้องเด็กออทิสติก แต่พบงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินสุขภาพทางจิตชนิดเดียวกันกับชาวมุสลิมช่วงอายุระหว่าง 16 - 30 ปี ที่สวดมนต์โดยใช้หลักการฝึกสติและไม่ใช้หลักการฝึกสติ โดยการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่สวดมนต์โดยใช้หลักการฝึกสติมีค่าเฉลี่ยสุขภาพทางจิตที่สูงกว่าโดยมีค่าเท่ากับ 133.29³² ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบแล้วผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงถึงสุขภาพทางจิตของพี่น้องเด็กออทิสติกที่ดีกว่า

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกต่างก็มีความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบที่ตรงตามองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตจากแนวคิดของ Veit และ Ware³¹ ได้แก่ มีความสุขเศร้า และวิตกกังวล รวมถึงความรู้สึกอื่นๆ เช่น รู้สึกโกรธ ก้าวร้าว และสับสนร่วมด้วย และยังพบอีกว่าพี่น้องเด็กออทิสติกในวัยเรียนมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลมากกว่าพี่น้องเด็กออทิสติกที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกในช่วงวัยเด็กตอนกลาง (6 - 11 ปี) มีความเสี่ยงต่อการมีภาวะวิตกกังวลและอาจนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรม²¹ โดยพี่น้องที่มีอายุน้อยกว่ามักมีการปรับตัว มีความรู้และความเข้าใจต่อเด็กออทิสติกได้ดีขึ้นตามอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาความคิดเชิงนามธรรม การพัฒนาของสมองส่วนหน้าที่มากขึ้นในวัยรุ่น

งานวิจัยนี้พบว่าปัญหาพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับทั้งภาวะซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดูหลักและพฤติกรรมรุนแรงของเด็กออทิสติก โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าปัญหาพฤติกรรมของพี่น้องและปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการมีความสัมพันธ์กัน อีกทั้งยังพบว่าผู้เลี้ยงดูหลักมักมีความเครียดสูงจากการเลี้ยงดูบุตรและภาวะซึมเศร้า ซึ่งทำให้พี่น้องอาจมีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะมีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า^{13,21} และมีปัญหาพฤติกรรมต่างๆ³³ จากการจัดการที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการใช้ความรุนแรงในครอบครัว³⁴

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกยังพบว่า พี่น้องเด็กออทิสติกส่วนหนึ่งต่างรู้สึกว่าได้ประสบผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงของเด็กออทิสติกทำให้เกิดความรู้สึกทางลบ และถึงแม้ว่าส่วนใหญ่พี่น้องมักจะพยายามควบคุมอารมณ์ของตนเอง แต่ก็ยังคงมีบางส่วนที่ไม่สามารถควบคุมได้และนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moyson T, Roeyers H³⁵ ที่พบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกรู้สึกยากลำบากที่จะต้องอดทนต่อพฤติกรรมของเด็กออทิสติก ซึ่งพวกเขาพยายามจะควบคุมตนเองและปรับตัว แต่พวกเขาก็ยังจำเป็นต้องใช้เวลาและการช่วยเหลือจากสังคม รวมถึงพี่น้องอาจพยายามจัดการอารมณ์โดยการต่อสู้กับความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพียงลำพัง และพยายามจะประพடுத்தมันให้ดีเพื่อลดภาระของผู้ดูแล หรือบางคนอาจทำพฤติกรรมที่แย่ลงเพื่อเรียกร้องความสนใจ¹¹

ผลจากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของพี่น้องเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยพี่น้องเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางถึงสูง (92.5%) อีกทั้ง

ผลจากการสัมภาษณ์พบว่า พี่น้องเด็กออทิสติกได้รับการสนับสนุนจากสังคมจากผู้เลี้ยงดูหลักและสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งช่วยประคับประคองให้พี่น้องเด็กออทิสติกสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับเด็กออทิสติกได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจากต่างประเทศที่พบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกเด็กดาวนซินโดรม และพี่น้องเด็กพัฒนาการปกติ ต่างก็ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจากพ่อแม่ ครู เพื่อนร่วมห้อง และเพื่อนสนิท¹⁷ นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกยังพบว่า พี่น้องยังคงต้องการการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยผลการศึกษาการปรับตัวทางจิตวิทยาในพี่น้องเด็กออทิสติกพบว่า พี่น้องเด็กออทิสติกที่ผู้ปกครองสนับสนุนให้เข้าร่วม Group Support มีการปรับตัวทางจิตวิทยาดีกว่าพี่น้องที่ไม่ได้เข้าร่วม¹⁷

จุดแข็งและข้อจำกัด

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ 1) การศึกษาค้นครั้งนี้มีรูปแบบเป็น cross-sectional study จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ในลักษณะความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (causal relationship) ได้ 2) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้ส่วนใหญ่มีเศรษฐกิจปานกลางและอยู่ในระบบการดูแลสุขภาพ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงอาจและไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้ 3) การเก็บข้อมูลโดยผู้เลี้ยงดูหลักและพี่น้องเด็กออทิสติกตอบด้วยตนเองอาจมีอคติในการรายงานข้อมูล จึงมีปัญหามาตรฐานในพี่น้องค่อนข้างน้อยเนื่องจากการเปรียบเทียบกับเด็กออทิสติก 4) แบบประเมินสุขภาวะทางจิต มีการแปลผลในรูปแบบอิงคะแนนกลุ่ม จึงอธิบายได้เฉพาะกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น ไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำงานวิจัยครั้งต่อไปมีดังต่อไปนี้ 1) การเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมปัจจัยอื่นมากขึ้น เช่น ระยะเวลาในการรับการรักษา ความห่างของอายุพี่น้องและเด็กออทิสติก 2) พิจารณาใช้แบบประเมินสุขภาวะทางจิตที่มีความจำเพาะกับกลุ่มเด็กและวัยรุ่น และมีการทดลองใช้ในประชากรกลุ่มใหญ่แล้ว เพื่อที่จะสามารถเปรียบเทียบงานวิจัยกับกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้นได้

พี่น้องเด็กออทิสติกควรได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สังคม ข่าวสาร และทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับช่วงวัย นำไปสู่การมีพฤติกรรมทางสังคมที่ดีและเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเด็กออทิสติกที่จะช่วยบรรเทา

ความรู้สึกเชิงลบต่างๆ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการวางแผนในการช่วยเหลือพี่น้องของเด็กออทิสติกและครอบครัวอย่างครอบคลุม

สรุป

ผลการศึกษาสุขภาพจิตทางจิตพี่น้องเด็กออทิสติกที่ประเมินด้วยแบบประเมิน MHI โดยเปรียบเทียบในกลุ่มพี่น้องเด็กออทิสติกด้วยกัน พบว่าส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีและมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปกติ โดยผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความรู้สึกทั้งในเชิงลบและเชิงบวกควบคู่กันไป และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดูหลักและพฤติกรรมรุนแรงในเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติกในด้านการสร้างสัมพันธ์ทางสังคม โดยพี่น้องเด็กออทิสติกส่วนใหญ่กล่าวว่า ตนเองได้รับการสนับสนุนทั้งในด้านอารมณ์ สังคม ข้อมูลความรู้ และทรัพยากรจากผู้เลี้ยงดูเป็นหลัก แต่พี่น้องเด็กออทิสติกบางส่วนก็ยังต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าที่ตนได้รับตามปกติ

แม้ว่าจะไม่พบปัญหาพฤติกรรมหรือปัญหาสุขภาพจิตในพี่น้องเด็กออทิสติก แต่การเผชิญกับความเครียดทางลบอยู่เสมอยังคงเป็นเรื่องที่ควรระมัดระวัง และควรให้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อหลีกเลี่ยงการนำไปสู่ปัญหาทางด้านอารมณ์หรือพฤติกรรมในอนาคต รวมถึงเป็นอีกตัวช่วยหนึ่งในการส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ทางสังคมให้กับพี่น้องเด็กออทิสติก นอกจากนี้ การดูแลและให้ความช่วยเหลือเด็กออทิสติกและครอบครัวทั้งในทางตรงและทางอ้อม เช่น การเข้ารับการรักษา การเพิ่มศักยภาพของผู้เลี้ยงดูหลักในการเลี้ยงดูบุตรและช่วยเหลือเด็กออทิสติก การให้คำปรึกษาแก่ผู้เลี้ยงดูหลักเพื่อให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ผู้เลี้ยงดูหลักก็มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อาจเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะช่วยเหลือครอบครัวของเด็กออทิสติกได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ศศิธร สังข์อู่, รศ.นพ.พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และ รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคุณวันเพ็ญ โพธิยอด ที่อนุญาตให้นำเครื่องมือมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ พญ.ปรารภนา ชีวีวัฒน์, อ.นพ.สมบุญ หทัยอยู่สุข

และ น.ส.ประพา หมายสุข ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, หัวหน้าแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และหัวหน้าภาควิชาวิทยาศาสตร์สื่อความหมายและความผิดปกติของการสื่อความหมาย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ และสมาคมศิษย์เก่ามหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับทุนสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ขัดกันในการศึกษาครั้งนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ณัฐธิดา วงศ์หาญชัย: การออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; แก้วตา นพมณีจรัสเลิศ: การออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษาระหว่างเก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ; คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์: ให้คำปรึกษาระหว่างเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ; ปรียกมล รัชกุล, อาภา ภักดิบุญญะ: ให้คำปรึกษาภาพรวมของงานวิจัยและ และการเขียนวิทยานิพนธ์

เอกสารอ้างอิง

1. Vitharon B. Autistic spectrum disorder. In: Sidthiraksa N, Wannasewok K, Wannarit K, Pukrittakayamee P, Apinuntavech S, Katumarn P, editors. Siriraj psychiatry: DSM-5. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2015. p. 543-55.
2. Phutthisiri S. Autistic spectrum disorder. In: Lotrakul M, Sukhanit P, editors. Psychiatry Ramathibodi. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2015. p. 553-60.
3. Department of Mental Health. Accelerate research on "genes" as the cause of autism, with an estimated 300,000 Thai children expected to be affected [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2017 [cited 2018 May 10]. Available from: <https://www.dmh.go.th/newsdmh/view.asp?id=2670574>.
4. Bradburn NM. The structure of psychological well-being [Internet]. Chicago: Aldine; 1969 [cited 2018 May 10]. Available from: https://www.norc.umd.edu/publications/BradburnN_Struct_Psych_Well_Being.pdf.

5. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. The quality of Americans life: Perceptions, evaluations, and satisfactions. New York: Russell Sage Foundation; 1976.
6. Lawton MP. Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist* 1983;23: 349-57.
7. Benderix Y, Sivberg B. Siblings' experiences of having a brother or sister with autism and mental retardation: A case study of 14 siblings from five families. *J Pediatr Nurs* 2007;22: 410-8.
8. Shannon T. Supporting siblings of a child with autism [Internet]. Vernon Hills, IL: North Shore Pediatric Therapy; 2015 [cited 2017 Oct 17]. Available from: <https://nspt4kids.com/parenting/supporting-siblings-of-a-child-with-autism>.
9. Watthanaree A. Adaptive behaviors in older siblings of children with autistic spectrum disorders [dissertation]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2009.
10. Autism Spectrum Australia. Siblings of children with autism spectrum disorder [Internet]. Australia: Aspect; 2013 [cited 2017 Oct 6]. Available from: <https://www.aspect.org.au/sites/default/files/Aspect%20Practice%20Siblings%20of%20children%20with%20ASD.pdf>.
11. Autism West Midlands. Sibling issues and autism [Internet]. Kings Norton, United Kingdom: Autism West Midlands; 2017 [cited 2017 Oct 17]. Available from: <https://autismwestmidlands.org.uk/asset/2017/11/Siblings-and-autism.pdf>.
12. Mandleco B, Webb AEM. Sibling perceptions of living with a young person with Down syndrome or autism spectrum disorder: An integrated review. *J Spec Pediatr Nurs* 2015;20: 138-56.
13. Orsmond GI, Seltzer MM. Adolescent siblings of individuals with an autism spectrum disorder: Testing a diathesis-stress model of sibling well-being. *J Autism Dev Disord* 2009;39: 1053-65.
14. Lovell B, Wetherell MA. The psychophysiological impact of childhood autism spectrum disorder on siblings. *Res Dev Disabil* 2016;49: 226-34.
15. Verté S, Roeyers H, Buysse A. Behavioural problems, social competence and self-concept in siblings of children with autism. *Child Care Health Dev* 2003;29: 193-205.
16. Jokiranta-Olkonemi E, Cheslack-Postava K, Sucksdorff D, Suominen A, Gyllenberg D, Chudal R, et al. Risk of psychiatric and neurodevelopmental disorders among siblings of probands with autism spectrum disorders. *JAMA Psychiatry* 2016;73: 622-9.
17. Kaminsky L, Dewey D. Psychosocial adjustment in siblings of children with autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43: 225-32.
18. Pilowsky T, Yirmiya N, Doppelt O, Gross-Tsur V, Shalev RS. Social and emotional adjustment of siblings of children with autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45: 855-65.
19. Schubert DT. Sibling needs [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 6]. Available from: https://www.autism.com/advocacy_siblings.
20. Charnsil C. Autism spectrum disorder. Chiang Mai: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University; 2018.
21. Shivers CM, Deisenroth LK, Taylor JL. Patterns and predictors of anxiety among siblings of children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2013;43: 1336-46.
22. Wacharasin C. Nursing intervention for families experiencing chronic illness. Chonburi: Chonburi Printing; 2018.
23. Petchrourng N. Nursing intervention for families with illness members. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2017.
24. Tsai, H-W. Psychosocial adjustment of siblings of children with autism spectrum disorder (ASD) in Taiwan and the United Kingdom: Influence of BAP-characteristics, coping styles, social support and demographic factors [dissertation]. United Kingdom: University of Edinburgh; 2016.
25. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8: 1-7.
26. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166: 1092-7.
27. Sung-U S, Pongsaksri M, Sasat D, Vittayakorn S, Satiansukpong N. The effect of Thai elephant-assisted therapy program on social and maladaptive behaviors for children and adolescents with autistic spectrum disorder. *Bull Chiang Mai Assoc Med Sci* 2014;47: 162-76.
28. Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. Child behavior: The Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ [Internet]. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2011 [cited 2017 Oct 17]. Available from: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909367>.
29. Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. Social Support Questionnaire (Thai version) [Internet]. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2011 [cited 2018 Mar 28]. Available from: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909345>.
30. Khueanman I. Mental health and dependent-care agency among mother of autistic children [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2002.
31. Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol* 1983;51(5): 730-42.
32. Ijaz S, Khalily MT, Ahmad I. Mindfulness in salah prayer and its association with mental health. *J Relig Health* 2017;56: 2297-307.
33. Hastings RP. Longitudinal relationships between sibling behavioral adjustment and behavior problems of children with developmental disabilities. *J Autism Dev Disord* 2007;37: 1485-92.
34. Trangkasombat U. Family therapy and family counseling. 5th ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2001.
35. Moyson T, Roeyers H. The quality of life of siblings of children with autism spectrum disorder. *Except Child* 2011;78: 41-55.