



ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระของผู้ดูแลเด็กออทิสติก:
การศึกษาเบื้องต้น

The Effect of a Family Psychoeducation Program for Children with Autism on
the Burden of Caregivers: A Preliminary Study

จินัฐตา ศุภศรี^{1*}, อรวรรณ หนูแก้ว² และ วันดี สุทธรังษี²

Jinatta Suppasri^{1*}, Orawan Nukaew² and Wandee Suttharangsee²

นักศึกษายาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์^{1*},

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดกลุ่มเดียว ก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนา และศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ในผู้ดูแลเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลัก ที่ดูแลเด็กออทิสติกที่อยู่ในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก และศูนย์ส่งเสริมทักษะชีวิตบุคคลออทิสติก จังหวัด ตริง จำนวน 14 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการให้ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90-120 นาที 2) แบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล และ 3) แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแล เครื่องมือทั้ง 3 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาระ การดูแลของผู้ดูแล โดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติที่คู่ ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสติกหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระ การดูแล ในส่วนของความต้องการใช้เวลาในการดูแล และความยากลำบากในการดูแล น้อยกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย ภาระการดูแลทั้ง 2 ส่วน ก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.97, p=.00$; $t=9.21, p=.00$) ตามลำดับ

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว, ภาระการดูแล, เด็กออทิสติก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jinattasu@bcnt.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 098-0146193)



Abstract

This quasi-experimental research, one-group pretest-posttest design, aimed to develop and examine the effectiveness of a family psychoeducation program for caregivers of children with autism. Using simple random sampling, participants comprised of 14 primary caregivers of children with autism who were members of the Parents of Children with Autism Club and Promoting Life Skills in Autism Center, Trang Province. Instruments consisted of a family psychoeducation program based on Hoagwood's framework and literature review. The program included 4 sessions, and each session contained 90-120 minutes, once a week, demographic data of caregivers of children with autism and data of children with autism. A caregiving burden questionnaire was also used. Content validity of the three parts was verified by three experts. Reliability of the caregiving burden questionnaire was analyzed using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .96. Descriptive statistics were used for demographic data and paired t-test under the acceptable assumption that the test was used to test the effectiveness.

The results of the study showed that the mean scores, including spending time and difficulty of caregiving burden of caregivers of children with autism after participating in the program were significantly lower than those before participating the program ($t=7.97, p=.00$; $t=9.21, p=.00$ respectively).

Keywords: Family Psychoeducation Program, Caregiving Burden, Children with Autism

บทนำ

โรคออทิสติก (Autistic Disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV-TR) เป็นความผิดปกติซับซ้อน ของระบบประสาทด้านพัฒนาการ ที่ทำให้เกิดปัญหาด้านความคิด สติปัญญา ความรู้สึก ภาษา และความสามารถในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ (American Psychiatric Association, 2000) ส่งผลให้เด็กออทิสติก มีลักษณะของความผิดปกติ ในด้าน 1) ด้านการสื่อสาร การใช้หรือความเข้าใจภาษา 2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความยากลำบากในการอ่านสีหน้าที่แสดงออก และไม่มีการสบตา และ 3) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือพฤติกรรมซ้ำ ๆ หรือมีความสนใจในเรื่องต่าง ๆ จำกัดซึ่งความรุนแรงของอาการในโรคออทิสติก ในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน (ธีรรัตน์ เจริญชัยภรณ์, 2554; พงษ์ศักดิ์ จัทราทิพย์, 2552; สุภาวดี คำภูษา, 2550; อรุณี พันธุ์ลี, 2548) จากการศึกษาความชุกของการเกิดโรคออทิสติกในต่างประเทศ พบว่า มีความชุกของการเกิดโรคออทิสติก เพิ่มขึ้นในทุก ๆ 2 ปีระหว่าง ค.ศ. 2000-2012 จาก 1:150 เป็น 1:68 (Centers for Disease Control and Prevention, 2012) สำหรับประเทศไทย มีจำนวนเด็กออทิสติกที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิตระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 มีจำนวน 791 คน 1,805 คน และ 9,605 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2555) จากสถิติดังกล่าว พบว่า จำนวนเด็กออทิสติกในประเทศไทย มีจำนวนเพิ่มขึ้น รวมถึงสถิติจำนวนเด็กออทิสติก ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศูนย์ตรัง



ระหว่างปี พ.ศ.2553-2556 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน คือ มีจำนวน 35 คน 47 คน 53 คน และ 75 คน ตามลำดับ และพบว่า คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศูนย์ตรัง มีเด็กที่เป็นโรคออทิสติกซึ่งเป็นโรคอันดับต้น ๆ ของโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (งานเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง, 2556)

ออทิสติก เป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคที่ยาวนาน จึงต้องใช้ระยะเวลาการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง เด็กออทิสติกมักจะมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาในการดูแล ต้องการการดูแลมากกว่าเด็กทั่วไป อีกทั้งการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก ต้องใช้เวลาและมีความยากลำบาก ไม่ว่าจะเป็นกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การฝึกพัฒนาการเด็กและการช่วยเหลือด้านอื่น ๆ การดูแลดังกล่าวทำให้ต้องพึ่งพิงบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะบิดา มารดา ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของเด็กออทิสติก เป็นผู้รับภาระในการดูแล การควบคุมอาการ และพฤติกรรมรุนแรง รวมถึงการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดจนการมีภาระในเรื่องการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการรักษามากขึ้น (ขนิษฐา หะยิมะแซ, 2556; นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล, 2546; นภาพร ตูมน้อย, นุจรี ไชยมงคล และมณีนีรัตน์ ภาครูป, 2551) ดังนั้น การดูแลเด็กออทิสติกจึงอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือรบกวนชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลอ่อนเพลีย วิตกกังวล เครียด และซึมเศร้า รวมทั้งต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับปัญหาที่พบจนกระทั่งส่งผลให้เกิดภาวะในการดูแลได้ นอกจากนี้ ปัญหาอุปสรรคในการดูแลเด็กออทิสติก ยังเกิดจากผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคออทิสติก ขาดความรู้เรื่องการใส่ยาที่ถูกต้อง ขาดทักษะในการดูแลกิจวัตรประจำวัน และฝึกพัฒนาการของเด็กออทิสติก และ ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก ตลอดจนผู้ดูแลมีความต้องการแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูล และคำแนะนำในการดูแลเด็ก โดยเฉพาะสิทธิทางการศึกษา สิทธิด้านการรักษาพยาบาลการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ และการรักษา สิทธิในการรับทราบข่าวประชาสัมพันธ์ กิจกรรมหรือความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาเด็ก เพื่อให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม (ขนิษฐา หะยิมะแซ, 2556; ภัทรภรณ์ พุงปันคำ และคณินิจ ไชยลังการณ, 2547) ดังนั้น ความรู้และทักษะที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหา และการได้รับการจัดการกับภาวะการดูแลดังกล่าว จึงมีความจำเป็นต่อผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการช่วยเหลือเด็กออทิสติก นอกจากนี้การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร การมีบุคคลให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา และการมีแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และลดความรู้สึกการมีภาระในการดูแลเด็ก (ขนิษฐา หะยิมะแซ, 2556; ชะไมพร พงษ์พานิช, สมิตอนันต์ปฏิเวช, ประภาพันท์ ร่วมกระโทก, และสมหมาย เศรษฐวิชากรณ, 2555; สุภาพ ชุณวีรัตน์, 2553)

แนวคิดภาระการดูแลของOberst (1991) เป็นการรับรู้หรือความรู้สึกรู้สึกของบุคคล ในความต้องการใช้เวลาในการให้การดูแล และความยากลำบากในการให้การดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลด้านเศรษฐกิจ และสังคม เมื่อความต้องการใช้เวลาและเกิดความยากลำบากที่มากขึ้นแตกต่างกัน ร่วมกับการมองลักษณะของกิจกรรมการดูแลที่แตกต่าง และต้องรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลนั้น รวมทั้งลักษณะปัจจัยพื้นฐานของบุคคล และการรับรู้ศักยภาพในการดูแลที่มีความแตกต่าง ย่อมส่งผลให้เกิดภาระการดูแล เมื่อผู้ดูแลรับรู้และประเมินว่าศักยภาพที่ตนมีอยู่นั้นไม่เพียงพอที่จะจัดการกับภาระงานที่รับผิดชอบได้ ก็จะทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลา และความพยายามมากขึ้น ในการ



ปฏิบัติการกรรมการดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีภาระในการดูแลสูงขึ้น เกินกว่าศักยภาพที่มีอยู่ (นันทรัตน์ พิทักษ์บุตร, 2550; นฤมล ทวีพันธ์, 2555; ภิญญา อิศรพงศ์, 2551) ซึ่งหากผู้ดูแลได้รับความรู้ที่ถูกต้อง มีทักษะที่เหมาะสมในการให้การดูแลเด็กออทิสติก รวมถึงการมีทักษะในการเผชิญปัญหา ก็จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับภาระการดูแลได้เหมาะสม (ชะไมพร พงษ์พานิช, สมตี อนันต์ปฏิเวธ, ประภาพันธ์ ร่วมกระโทก และสมหมาย เศรษฐวิชาภรณ์, 2555; อีรารัตน์ เจริญชัยภรณ์, 2554)

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต สร้างทักษะการจัดการกับปัญหาให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ครอบครัวสามารถเข้าถึงการบริการการรักษาได้อย่างเหมาะสม โดยผลจากการให้สุขภาพจิตศึกษานั้น เพิ่มความสามารถในการดูแลของสมาชิกในครอบครัว ช่วยลดความเครียด และภาระการดูแลของสมาชิกในครอบครัว โดยเน้นให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้การดูแล (Dixon, Lucksted, Stewart, Burland, Brown, Postradoet, et al., 2004; Glanville & Dixon, 2005; Hoagwood, Cavaleri, Olin, Burns, Slaton, Gruttadaro, et al., 2010) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบหลัก ของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของเด็กออทิสติก ตามแนวคิดของHoagwood, Cavaleri, Olin, Burns, Slaton, Gruttadaro et al., (2010) ซึ่งเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก และเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาระการดูแล เด็กออทิสติก สามารถสรุปได้ว่า ควรประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดยให้มีการสื่อสาร แลกเปลี่ยนอารมณ์ และความรู้สึกระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดการยอมรับ และความมีคุณค่าในผู้ดูแล 2) การสนับสนุนการให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสาร เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ พฤติกรรมและพัฒนาการของเด็กออทิสติก และการรักษา รวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ดูแลเด็กออทิสติก 3) การสนับสนุนด้านการสอน และพัฒนาทักษะ โดยการสร้างทักษะในการดูแลหรือปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็กออทิสติก ตลอดจนการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ในด้านทักษะการสื่อสารร่วมกันในครอบครัว ทักษะการแก้ปัญหา การจัดการกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ และการจัดการความเครียด 4) การสนับสนุนการพิทักษ์สิทธิของเด็กออทิสติก และผู้ดูแล และ 5) การสนับสนุนสิ่งของและแหล่งบริการ เช่น การแนะนำแหล่งการให้การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งใน และต่างประเทศ พบว่า แนวโน้มของจำนวนเด็กออทิสติกเพิ่มมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2555; งานเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง, 2556; Centers for Disease Control and Prevention, 2012) และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแล (ชนิษฐา ทะยิมะแซ, 2556; ชะไมพร พงษ์พานิช, สมตี อนันต์ปฏิเวธ, ประภาพันธ์ ร่วมกระโทก และสมหมาย เศรษฐวิชาภรณ์, 2555; นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล, 2546; ภิญญา อิศรพงศ์, 2551) การให้สุขภาพจิตศึกษา โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิต อาการ และอาการแสดง การรักษา และการจัดการ หรือรับมือกับปัญหา รวมไปถึงการเพิ่มทักษะในการดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก จะช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแล และเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับสมาชิกในครอบครัวให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม (ภิญญา อิศรพงศ์, 2554; Bosa, 2006; Dixon, Lucksted, Stewart, Burland, Brown, Postradoet, et al., 2004; Dixon, Lucksted, Medoff, Burland, Stewart, Lehman, et al., 2011) ผู้วิจัย



เห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และอีกทั้งในประเทศยังไม่มีการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จากแนวคิดของHoagwood, Cavaleri, Olin, Burns, Slaton, Gruttadaro, et al. (2010) ซึ่งเป็นแนวคิดสำหรับสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนา และศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิต ศึกษาครอบครัวต่อภาระของผู้ดูแลเด็กออทิสติก

สมมติฐานการวิจัย

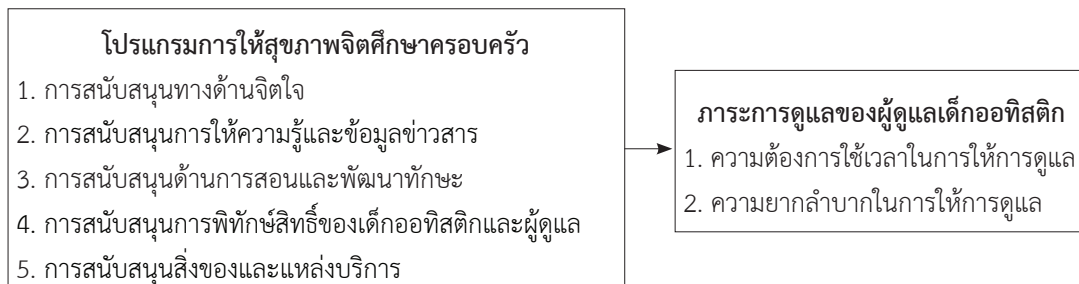
ภาระการดูแลในส่วนขอความต้องการใช้เวลาในการให้การดูแล และความยากลำบากในการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติก หลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวลดลงก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจากแนวคิดของHoagwood, Cavaleri, Olin, Burns, Slaton, Gruttadaro, et al, (2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว แนวคิดภาระการดูแลของโอเบิร์ส (Oberst, 1991) และการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และตำราที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลเด็กออทิสติก (นันทรัตน์ พิทักษ์บุตร, 2550; นฤมล ทวีพันธ์, 2555; ภิญญา อิศรพงศ์, 2551; อรุณี พันธลี, 2548) สามารถอธิบายได้ ดังนี้

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของโรคออทิสติก การรักษา การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตลอดจนเป็นการสร้างทักษะในการดูแล และการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก นอกจากนี้ ยังเป็นการเสริมทักษะการเผชิญกับพฤติกรรม และอารมณ์ของเด็กออทิสติก ให้กับผู้ดูแล และให้ความรู้เกี่ยวกับการสิทธิของเด็กออทิสติก และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดยให้มีการสื่อสาร แลกเปลี่ยนอารมณ์ และความรู้สึกระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดการยอมรับ และมีความมีคุณค่าในผู้ดูแล 2) การสนับสนุนการให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสาร เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ พฤติกรรม และพัฒนาการของเด็กออทิสติก และการรักษา รวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ดูแลเด็กออทิสติก 3) การสนับสนุนด้านการสอน และพัฒนาทักษะ โดยการสร้างทักษะในการดูแลหรือปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็กออทิสติก ตลอดจนการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ในด้านทักษะการสื่อสารร่วมกันในครอบครัว ทักษะการแก้ปัญหา การจัดการกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ และการจัดการความเครียด 4) การสนับสนุนการพิทักษ์สิทธิของเด็กออทิสติก และผู้ดูแล และ 5) การสนับสนุนสิ่งของ และแหล่งบริการ เช่น การแนะนำแหล่งการให้การดูแล และส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น มีทักษะที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และเผชิญปัญหาให้กับผู้ดูแล และเป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ในสถานการณ์การดูแลเด็กออทิสติก ว่าเป็นสิ่งที่ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต ไม่ได้เป็นความยากลำบากหรือต้องใช้เวลามากในการดูแลเด็ก จึงช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแล (ชะไมพร พงษ์พานิช, สมตี อนันต์ ปฏิเวธ, ประภาพันธ์ ร่วมกระโทก และสมหมาย เศรษฐวิชากรณ์, 2555; อีรารัตน์ เจริญชัยภรณ์, 2554; อรอนงค์ สถาพรธีระ, 2552) ซึ่งภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ตามแนวคิดของOberst (1991) เป็นการรับรู้หรือความรู้สึกของบุคคล ในสถานการณ์การดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคม สามารถประเมินได้จาก 1) ความต้องการใช้เวลาในการให้การดูแลหรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล และ 2) ความยากลำบากในการให้การดูแล หรือความพยายามที่ใช้ในการดูแล เมื่อผู้ดูแลมีความต้องการใช้เวลาและเกิดความยากลำบากในการดูแล ร่วมกับการมองลักษณะของกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ศักยภาพในการดูแลของบุคคลต่างกัน เมื่อผู้ดูแลรับรู้และประเมินว่าศักยภาพที่ตนเองมีอยู่นั้นไม่เพียงพอที่จะจัดการกับภาระงานที่รับผิดชอบได้ก็จะทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและความพยายามมากขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล จึงทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (นันทรัตน์ พิทักษ์บุตร, 2550; นฤมล ทวีพันธ์, 2555; ภิญโญ อิศรพงศ์, 2551) สรุปภาพรวมกรอบแนวคิดการวิจัยนี้ ได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบวัดกลุ่มเดียวก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ดูแลเด็กออทิสติก ที่อยู่ในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก และศูนย์ส่งเสริมทักษะชีวิตบุคคลออทิสติก จังหวัดตรัง จำนวน 50 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กออทิสติก ที่อยู่ในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก และศูนย์ส่งเสริมทักษะชีวิตบุคคลออทิสติกจังหวัดตรัง และเด็กออทิสติกดังกล่าว ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคออทิสติก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยของภิญโญ อิศรพงศ์ (2551) ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้ และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (Daniel, 2014) ได้คำนวณหาอิทธิพล (Effect Size) ได้เท่ากับ 7.44



แต่เนื่องจากความแตกต่างของบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาจึงกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.0 และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญ หรือค่าแอลฟาเท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 14 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ภายใต้คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่คุณแลหลักของเด็กออทิสติก โดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าจ้าง และดูแลเด็กออทิสติกอย่างน้อย 3 เดือน 2) สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้อย่างชัดเจน 3) มีคะแนนของภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก 4) สนใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่องตลอด 4 สัปดาห์ และ 5) เด็กออทิสติกในความดูแลไม่มีความพิการอื่นร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งสร้างขึ้นจากการแนวคิดของ Hoagwood, Cavaleri, Olin, Burns, Slaton, Gruttadaro, et al. (2010) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม

กิจกรรม “เล่าสู่กันฟังเมื่อลูกเป็นออทิสติก” เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการมีลูกเป็นออทิสติก

กิจกรรม “เข้าใจตนเอง เข้าใจชีวิต จิตอ่อนคลาย” เพื่อเสริมทักษะในการตระหนักรู้ในความรู้สึก ความคิดของตนเอง และเสริมสร้างความมีคุณค่าในตัวเอง รวมไปถึงความรู้ในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

2) การสนับสนุนการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย 2 กิจกรรม

กิจกรรม “ดูแลลูกออทิสติกไม่ใช่เรื่องยาก หากเข้าใจและเข้าถึง” มีวัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิสติก การส่งเสริมพัฒนาการ การรักษา และการดูแลเด็กออทิสติกให้เหมาะสม

กิจกรรม “รับมืออย่างไร เกิดอะไรขึ้นเมื่อเป็นผู้ดูแลเด็กออทิสติก” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถรับมือ และเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสมที่อาจเกิดขึ้นจากเด็กออทิสติก

3) การสนับสนุนด้านการสอน และพัฒนาทักษะในการดูแล ประกอบด้วย 2 กิจกรรม

กิจกรรม “ร่วมด้วยช่วยกัน พฤติกรรมนั้นปรับได้” มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างทักษะในการดูแล แลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก ให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับพฤติกรรมนั้นๆได้ และเป็นการเสริมทักษะการเผชิญกับพฤติกรรมและอารมณ์ของลูกออทิสติกได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรม “สื่อสารด้วยใจ เชื่อมสายใยในครอบครัว” มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารร่วมกันในครอบครัว สร้างความเข้าใจระหว่างคนในครอบครัว

4) การสนับสนุนการพิทักษ์สิทธิของเด็กออทิสติก และผู้ดูแล ประกอบด้วย กิจกรรม “พิทักษ์สิทธิของลูก” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของลูกออทิสติกที่พึงได้รับ และเป็นการส่งเสริม สนับสนุนความสามารถในบทบาทของผู้ดูแลลูกออทิสติก

5) การสนับสนุนสิ่งของและแหล่งบริการ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม

กิจกรรม “สิ่งดี ๆ มีให้ลูก” มีวัตถุประสงค์ เพื่อแนะนำแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งช่วยเหลือให้กับผู้ดูแลเด็กออทิสติก

กิจกรรม “เส้นทางชีวิตกับก้าวต่อไป” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตได้จริง โดยผ่านกระบวนการสะท้อนคิด

สำหรับการดำเนินการเป็นการให้ความรู้แบบกลุ่มๆละ 7 คน โดยมีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90-120 นาที

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแล จำนวนบุตรออทิสติกที่อยู่ในความดูแล และการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของบุตร และข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ อายุ ค่าใช้จ่ายในการรักษาเด็กออทิสติกต่อเดือน พฤติกรรมของเด็ก

2. แบบประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะการดูแลเด็กออทิสติก (นันทรัตน์ พิทักษ์บุตร, 2550; ภิญญ โอสรพงศ์, 2551; อรทัย ทองเพชร, 2545; Oberst, 1991) การประเมินภาวะการดูแล ประเมินในส่วนของความต้องการใช้เวลาในการให้การดูแล และความยากลำบากในการให้การดูแล ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 อันดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตั้งแต่กิจกรรมนั้นใช้เวลาในการให้การดูแล หรือมีความยากลำบากในการ ให้การดูแลมากที่สุดเท่ากับ 5 จนกระทั่งถึงกิจกรรมนั้นไม่ได้ใช้เวลาในการให้การดูแล หรือไม่มีความยากลำบากในการให้การดูแล เท่ากับ 1

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อพัฒนา และศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับผู้ดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งมีการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ขั้นเตรียมการทดลองขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นสรุปผลการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยศึกษาสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยใช้กรอบแนวคิดของHoagwood, Cavaleri, Olin, Burns, Slaton, Gruttadaro, et al., (2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวภาวะการดูแลของOberst (1991) รวมทั้งการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และตำราที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลเด็กออทิสติก ระเบียบวิธีวิจัย และความเป็นไปได้ของการวิจัยเพื่อนำไปสู่การวิจัยที่ถูกต้อง



1.2 ผู้วิจัยมีการเตรียมตัวเองในเรื่องความรู้ในการปรับพฤติกรรม โดยไปศึกษาการปรับพฤติกรรม และการฝึกกระตุ้นพัฒนาการในเด็กออทิสติก ร่วมกับนักกิจกรรมบำบัดเป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน

1.3 ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยที่ผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการแล้ว ให้คณะกรรมการประเมิน จริยธรรมในงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อตรวจสอบด้านจริยธรรมในการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ ถึงประธานชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก และศูนย์ส่งเสริมทักษะชีวิตบุคคลออทิสติก จังหวัดตรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการทดลอง และขออนุญาตทดลองการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง และชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ต่อประธานชมรมผู้ปกครอง บุคคลออทิสติก และศูนย์ส่งเสริมทักษะชีวิตบุคคลออทิสติก จังหวัดตรัง

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อ และจำนวนของกลุ่มประชากรทั้งหมด แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และทำการจับฉลากสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มได้รับการชี้แจงการ พิจารณาสีทักก่อนเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยเริ่มต้นโปรแกรมภายหลังจากได้รับเอกสารยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ที่ สัมผัสใจเข้าร่วมโปรแกรม และภายหลังกระบวนการพิจารณาพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขภาพจิต ศึกษาครอบครัว ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 7 คน ทำการศึกษากลุ่มละ 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90-120 นาที ณ ชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกและศูนย์ส่งเสริมทักษะชีวิตบุคคลออทิสติก จังหวัดตรัง

3. ขั้นตอนผลการทดลองผู้วิจัยนำข้อมูล ที่ได้มาวิเคราะห์ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นและนำไปสู่ การวิเคราะห์สถิติที่เหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติก โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) ซึ่งผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ด้วยการทดสอบการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Test of Normality) โดยการคำนวณ Skewness/Standard Error และ Kurtosis/standard Error

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่หนังสือศธ. 0521.1.05/083 ขณะอยู่ในช่วงดำเนินการ วิจัย ผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่สบายใจ เครียด จำนวน 1 ราย และมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 2 ราย จากการพูดคุย ผู้ดูแลทั้ง 3 ราย มีประวัติได้รับการรักษาเกี่ยวกับภาวะเครียดและซึมเศร้ามาก่อน ผู้วิจัยได้ให้การช่วยเหลือ โดยการประเมินความเครียด และภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น สำหรับผู้ดูแลที่มีภาวะเครียด 1 ราย ได้แนะนำวิธีการ ผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง หลังจากติดตามอาการ อาการดีขึ้น และผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า 2 ราย ได้เปิด โอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกพร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ และแนะนำให้พบจิตแพทย์เพื่อทำการรักษาที่ เหมาะสม 2 ราย ซึ่งผู้ดูแลทั้ง 3 รายนี้ เข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อเนื่องตลอด 4 สัปดาห์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กกอดทิสติก จำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.7 เป็นเพศชาย ร้อยละ 14.3 มีอายุระหว่าง 33-39 ปี และ 40-46 ปี ร้อยละ 28.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 46 ปี ($SD=10.29$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 85.7 รองลงมา คือ หม้าย และแยกกันอยู่ ร้อยละ 7.1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับอาชีวศึกษา ร้อยละ 42.9 รองลงมา คือ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 35.7 และไม่ได้รับการศึกษาน้อยที่สุด ร้อยละ 7.1 ผู้ดูแลประกอบอาชีพค้าขายเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.7 รองลงมาเป็นแม่บ้าน พ่อบ้าน ร้อยละ 28.6 และเป็นข้าราชการบำนาญและทำงานรัฐวิสาหกิจน้อยที่สุด ร้อยละ 7.1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 57.1 และมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 57.1 ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลเด็กกอดทิสติกโดยเฉลี่ย 11 ปี ($SD=6.83$) และส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีเด็กกอดทิสติก ในความดูแล 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 92.9 และผู้ดูแลที่มีเด็กกอดทิสติกอยู่ในความดูแล 2 คน ร้อยละ 7.1 ผู้ดูแลมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของเด็กกอดทิสติกว่า รุนแรง ร้อยละ 50.0

สำหรับเด็กกอดทิสติก ที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.7 และเพศหญิง ร้อยละ 14.3 โดยเด็กกอดทิสติกมีอายุเฉลี่ย 11 ปี ($SD=6.83$) ส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเด็กกอดทิสติก 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 42.9 และมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางในการไปพบแพทย์ เพื่อการรักษาต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 85.7 และส่วนใหญ่เด็กกอดทิสติกมีภาษาแปลก ๆ ของตนเอง พูดคนเดียว พูดซ้ำประโยค หรือข้อความที่ผู้อื่นพูด และมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ หรือมีความสนใจในเรื่องต่าง ๆ จำกัด ร้อยละ 85.7 รองลงมาคือ มีอาการกรีดร้อง ร้อยละ 42.9

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลในส่วนของความต้องการใช้เวลาในการให้การดูแล

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการดูแลในส่วนของความต้องการใช้เวลาในการให้การดูแลของผู้ดูแลเด็กกอดทิสติกจำแนกเป็นรายด้าน ($N=14$)

การรับรู้ภาวะการดูแล	ความต้องการใช้เวลาในการให้การดูแล			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ด้านการดูแลโดยตรง	4.11	0.48	3.63	0.62
ด้านการดูแลระหว่างบุคคล	4.21	0.46	3.78	0.68
ด้านเศรษฐกิจและสังคม	3.92	0.51	3.51	0.70

จากตาราง 1 เมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะการดูแลเป็นรายด้าน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ดูแลเด็กกอดทิสติก มีการรับรู้ภาวะการดูแลในส่วนของความต้องการใช้เวลาในการให้การดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทุกด้าน คือ ด้านการดูแลโดยตรง ($M=3.63$, $SD=.62$; $M=4.11$, $SD=.48$) ด้านการดูแลระหว่างบุคคล ($M=3.78$, $SD=.68$; $M=4.21$, $SD=.46$) และด้านเศรษฐกิจและสังคม ($M=3.51$, $SD=.70$; $M=3.92$, $SD=.51$)



ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาระการดูแลในส่วนของการใช้เวลาในการให้การดูแล ของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) ($N=14$)

การรับรู้ภาระการดูแล	ความต้องการใช้เวลานในการให้การดูแล		t	p-value
	M	SD		
ก่อนการทดลอง	56.71	7.41	7.97	.00
หลังการทดลอง	43.93	6.33		

จากตาราง 2 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีการรับรู้ภาระการดูแลในส่วนของการใช้เวลาในการให้การดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M=43.93$, $SD=6.33$; $M=56.71$, $SD=7.41$) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.97$, $p=.00$)

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาระการดูแลในส่วนของความยากลำบากในการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติกจำแนกเป็นรายด้าน ($N=14$)

การรับรู้ภาระการดูแล	ความยากลำบากในการดูแล			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	M	SD	M	SD
ด้านการดูแลโดยตรง	3.89	.41	3.44	.54
ด้านการดูแลระหว่างบุคคล	4.01	.54	3.47	.74
ด้านเศรษฐกิจและสังคม	3.69	.57	3.34	.71

จากตาราง 3 เมื่อพิจารณาการรับรู้ภาระการดูแลเป็นรายด้าน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีการรับรู้ภาระการดูแลในส่วนของความยากลำบากในการดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทุกด้าน คือ ด้านการดูแลโดยตรง ($M=3.44$, $SD=.54$; $M=3.89$, $SD=.41$) ด้านการดูแลระหว่างบุคคล ($M=3.47$, $SD=.74$; $M=4.01$, $SD=.54$) และด้านเศรษฐกิจและสังคม ($M=3.34$, $SD=.71$; $M=3.69$, $SD=.57$)

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาระการดูแลในส่วนของความยากลำบากในการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) ($N=14$)

การรับรู้ภาระการดูแล	ความยากลำบากในการดูแล		t	p-value
	M	SD		
ก่อนการทดลอง	52.29	7.13	9.21	.00
หลังการทดลอง	40.21	5.77		

จากตาราง 4 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีการรับรู้ภาวะการดูแลในส่วนของความยากลำบากในการดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M=40.21$, $SD=5.77$; $M=52.29$, $SD=7.13$) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.21$, $p=.00$)

อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการขออนุญาตในการจัดบันทึกขณะดำเนินการกลุ่ม ผลการวิจัยได้อภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

หลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีการรับรู้ภาวะการดูแลในส่วนของความต้องการใช้เวลาในการให้การดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M=43.93$, $SD=6.33$; $M=56.71$, $SD=7.41$) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.97$, $p=.00$) และเมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะการดูแลรายด้าน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีการรับรู้ภาวะการดูแลในส่วนของความต้องการใช้เวลา ในการให้การดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทุกด้าน

และหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ดูแลเด็กออทิสติก มีการรับรู้ภาวะการดูแลในส่วนของความยากลำบากในการดูแล น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M=40.21$, $SD=5.77$; $M=52.29$, $SD=7.13$) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.21$, $p=.00$) และเมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะการดูแลรายด้าน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีการรับรู้ภาวะการดูแลในส่วนของความยากลำบากในการดูแล น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทุกด้านเช่นกัน ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น มีทักษะที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ในสถานการณ์การดูแลเด็กออทิสติก ว่าเป็นสิ่งที่ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต ไม่ได้เป็นความยากลำบากหรือต้องใช้เวลามากในการดูแลเด็กออทิสติก นอกจากนี้ ความรู้และทักษะที่มีมากขึ้น ยังส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น สามารถให้กิจกรรมการดูแลได้เร็วขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กออทิสติกลดลง (ชะไมพร พงษ์พานิช, สมติ อนันต์ปฏิเวธ, ประภาพันธ์ ร่วมกระโทก และสมหมาย เศรษฐวิชาภรณ์, 2555; ธีรรัตน์ เจริญชัยภรณ์, 2554; อรอนงค์ สถาพรธีระ, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Dixon, Lucksted, Stewart, Burland, Brown, Postradoet, et al. (2004) ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิต การรักษา และการจัดการกับปัญหา ช่วยลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ดูแลเด็กออทิสติก มีองค์ประกอบหลัก คือ

1) มีการสนับสนุนทางด้านจิตใจของผู้ดูแล โดยจัดกิจกรรม “เล่าสู่กันฟังเมื่อลูกเป็นออทิสติก” ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว ช่วยให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการมีลูกเป็นออทิสติก ได้ระบายความความคิด ความรู้สึกที่เป็นภาระ ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “ดูแลน้องเนี่ย เหนื่อยนะ เหนื่อยมาก” “อาจพูดว่าเป็นภาระเลยก็ว่าได้ เพราะเวลาของเรา เราให้เขาทั้งหมด เราไม่มีเวลาของเราเลย” “บางครั้งก็เหนื่อย ท้อ เพราะเราต้องดูแลลูกคนเดียว” “เรามีลูกเป็น ออทิสติกเนี่ย เราก็มิตราบาปอยู่แล้วนะ แล้วสังคมยังมองว่าลูกเราเป็นเด็กแปลก เป็นตัวปัญหา” และจัดกิจกรรม “เข้าใจตนเอง เข้าใจชีวิตจิตอ่อนคลาย” ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักรู้ในความรู้สึก ความคิดของตนเอง ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “การเลี้ยงลูกที่เป็นออทิสติกนี้เหนื่อย



นะ บางครั้งก็ท้อ แต่ก็ต้องอดทน” “เราต้องใช้ความพยายามสูงมากในการดูแลเขา เราต้องใจเย็น และพยายามทำความเข้าใจเขา” “ในบางครั้งเราก็ต้องหันมามองตัวเอง การที่จะเลี้ยงลูกได้ เราก็ต้องปรับตัวเองก่อน” นอกจากนี้กิจกรรมนี้ ยังช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเข้มแข็งทางใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “ก็คิดว่าเราเก่งนะ ที่สามารถเลี้ยงเขามาได้จนถึงทุกวันนี้” “ภูมิใจในตัวเองเวลาเห็นลูกมีพัฒนาการที่ดีขึ้น เพราะการดูแล เอาใจใส่ของเรา” และกิจกรรมนี้ยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเอง ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “ในการเลี้ยงลูกก็มีความเครียดอยู่แล้ว เวลาเครียดก็จะนั่งสมาธิ” “เวลาเครียดจะปวดร้าวท้ายทอย บ่าตึง ๆ พอมีอาการก็จะใช้วิธีการฟังเพลง” “เวลาเครียดจะออกกำลังกาย หรือทำอย่างงี้ก็ได้ให้เหงื่อออก” การทำกิจกรรมการสนับสนุนทางด้านจิตใจของผู้ดูแลช่วยให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกคล้ายคลึงกัน ตนเองไม่ได้แตกต่างจากผู้อื่น เข้าใจ และเห็นใจในความรู้สึกของผู้ดูแลด้วยกัน อีกทั้งยังเป็นการได้มาผ่อนคลายความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชะไมพร พงษ์พานิช, สมตี อนันต์ปฏิเวธ, ประภาพันธ์ ร่วมกระโทก, และสมหมาย เศรษฐวิชากรณ์ (2555) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมฝึกทักษะครอบครัวสำหรับผู้ปกครองและผู้ป่วย กลุ่มอาการออทิสติก ตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก พบว่า ผู้ปกครองได้รับความช่วยเหลือซึ่งกัน และกันจากการ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและเนื่องจากปัญหาที่มีคล้ายคลึงกัน จึงช่วยให้เกิดการระบายความรู้สึก ได้สร้างอารมณ์ทางบวก เกิดความเข้มแข็งทางใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2) การสนับสนุนการให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสาร โดยจัดกิจกรรม “ดูแลลูกออทิสติกไม่ใช่เรื่องยาก หากเข้าใจและเข้าถึง” ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ พฤติกรรม และพัฒนาการของเด็กออทิสติก และการรักษาเพิ่มขึ้น ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “การมานั่งคุยกัน ทำให้เราได้รู้ว่าเด็กออทิสติกแต่ละคนมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน” “ได้มีความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกมากขึ้น” “ได้รู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการให้น้องออทิสติก” และจัดกิจกรรม “รับมืออย่างไร เกิดอะไรขึ้นเมื่อเป็นผู้ดูแลเด็กออทิสติก” ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือ และเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสมที่อาจเกิดขึ้น จาก เด็กออทิสติก ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “คนเป็นพ่อ แม่ที่เลี้ยงลูกออทิสติก ต้องมีความอดทนอย่างมาก อดทน ในการฝึก และอะไรอีกหลาย ๆ อย่าง” “เราต้องเปิดใจกว้าง และต้องกล้าที่จะพาลูกออกสู่สังคม เลี้ยงเขาเหมือนเด็กปกติ” “เมื่อน้องมีพฤติกรรมรุนแรง เราจะต้องนิ่ง และควบคุมอารมณ์ตัวเองให้ได้ก่อน แล้วมาหาสาเหตุ” “เราต้องปรับเปลี่ยนตัวเองก่อน และเราจึงจะปรับลูกได้ การมีลูกเป็นออทิสติกทำให้เราเป็นคนใจเย็นลง” การทำกิจกรรมการสนับสนุนการให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคออทิสติก ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิสติกมากขึ้น ดังนั้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแล และส่งเสริมพัฒนาการของเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม (ชนิษฐา หะยิมะแซ, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภิญโญ อิศรพงศ์ (2551) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ปกครองเด็กออทิสติก ในสถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การที่ผู้ปกครองได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค อาการ และวิธีการดูแลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจซึ่งกัน และกัน ส่งผลให้ภาวะการดูแลของผู้ปกครองเด็กออทิสติก หลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ทำนองเดียวกันกับของอรอนงค์ สถาพรธีระ (2552) ได้ศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่มครอบครัว ในการสอนการดูแลเด็กออทิสติกสเปคตรัมที่บ้าน พบว่า การที่ผู้ปกครองมีความรู้ และทักษะ

ต่าง ๆ ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ทำให้ผู้ปกครองสามารถดูแลเด็กกอดทิสติกได้อย่างมั่นใจมากขึ้น ช่วยลดความเครียด และภาวะในการดูแลเด็กกอดทิสติก

3) การสนับสนุนด้านการสอน และพัฒนาทักษะส่วนบุคคล โดยจัดกิจกรรม “ร่วมด้วยช่วยกัน พหุติกรรม นั้นปรับได้” ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการการดูแลหรือปรับพหุติกรรมที่ไม่เหมาะสม และส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็กกอดทิสติก ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “การให้รางวัล การชมเขาเมื่อเขาทำได้ ก็เป็นวิธีหนึ่งซึ่งช่วยในการปรับพหุติกรรม” “การหยุดพหุติกรรมของเขา บางครั้งวิธีที่ดีที่สุด คือ กอดเขาก่อน” “ได้รู้วิธีการฝึกพูด การนวดกระตุ้นประสาทสัมผัสในเด็กพิเศษ” “ได้ฟังวิธีการปรับพหุติกรรมลูกของแต่ละคน บางวิธีคิดว่านำมาใช้กับลูกเราได้” การพัฒนาทักษะการดูแลเด็กกอดทิสติกในผู้ดูแลเป็นการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลให้กับผู้ดูแล ให้สามารถตอบสนองด้านร่างกาย และอารมณ์ รวมถึงการตอบสนองต่อพหุติกรรมของเด็กกอดทิสติกได้อย่างเหมาะสม สามารถให้การช่วยเหลือเด็กได้อย่างถูกวิธี ทำให้การรับรู้ในความยากลำบากในการดูแล หรือเป็นภาวะในการดูแลของผู้ดูแลเด็กกอดทิสติกลดลง (ภิญโญ อิศรพงศ์, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี คำภุณา (2550) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพหุติกรรมการดูแลเด็กกอดทิสติก โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พบว่า ผู้ปกครองเด็กกอดทิสติก เกิดการเรียนรู้ในการดูแลเด็กกอดทิสติก จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และพหุติกรรมการดูแลเด็กกอดทิสติกของผู้ปกครอง หลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

นอกจากนี้ ยังได้รับการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ในด้านทักษะการสื่อสารร่วมกันในครอบครัว โดยจัดกิจกรรม “สื่อสารด้วยใจ เชื่อมสายใยในครอบครัว” ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว ช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการสื่อสารร่วมกันในครอบครัว ทำให้คนในครอบครัวมีความเข้าใจกันและกันมากขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากการดูแลเด็กกอดทิสติก ต้องใช้เวลาในการดูแลที่ยาวนาน ต้องทุ่มเทเวลาส่วนใหญ่ในการดูแลเด็ก ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์หรือการสื่อสารในครอบครัวน้อยลง อีกทั้งด้วยพหุติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กกอดทิสติก อาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว และทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวหรือทำงานร่วมกับคนในครอบครัวได้ยากขึ้น (Ghanizadeh, Alishahi & Ashkani, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งที่เป็นปัจจัยส่งผลต่อภาวะการดูแล (สุไพรมา สีสยามณี, 2543) ดังนั้น การรู้จักที่จะสื่อสารกันในครอบครัวจะทำให้อีกฝ่ายเข้าใจความคิด ความรู้สึก และความต้องการของกันและกัน เป็นการช่วยรักษาสัมพันธ์ภาพของคนในครอบครัว และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตคู่ให้เข้มแข็ง และมั่นคงยาวนาน (ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, 2555) ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “คนในครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญ เราต้องมีความเข้าใจกัน” “คนในครอบครัวต้องวางเป้าหมายร่วมกันในการเลี้ยงลูก เมื่อมีกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวกับลูก จะพาสามีเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เราต้องเรียนรู้ร่วมกัน” “เราต้องคุยกันดีดี คุยกันด้วยเหตุผล หาเวลาคุยกันเพื่อสร้างความเข้าใจในการเลี้ยงลูก แล้วก็ต้องเป็นไปในแนวทางเดียวกัน” ดังเช่นการศึกษาของสุไพรมา สีสยามณี (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ การเผชิญปัญหาภาวะวิกฤต และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก พบว่า สามีจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์จิตใจ ตลอดจนการทำหน้าที่ของภรรยา การที่สามีภรรยามีความใกล้ชิดกัน จะทำให้เกิดความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สามีจะแบ่งเบาภาระในการดูแลเด็กกอดทิสติก และเป็นที่ปรึกษาของภรรยาได้



4) การสนับสนุนการพิทักษ์สิทธิของเด็กออทิสติก โดยการจัดกิจกรรม “พิทักษ์สิทธิของลูก” ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว ช่วยให้ผู้ดูแลทราบสิทธิของเด็กออทิสติก โดยกลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า “ทำให้รู้สิทธิของลูก โดยเฉพาะสิทธิเรื่องการรักษาค่ารักษาพยาบาล” “ทำให้รู้ว่ามีการส่งเสริมการจ้างงานเด็กออทิสติกด้วย” “ทำให้รู้ว่าตอนนี้มีโรงเรียนที่รับเด็กออทิสติกมีที่ไหนบ้าง” นอกจากนี้ ยังทำให้ทราบความต้องการของผู้ดูแล ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “บางอย่างก็คิดว่าลูกเราไม่ได้รับนะ ที่ไม่ได้รับเพราะสังคมยังไม่เปิดใจรับพอ อย่างเช่น การมีนโยบายให้โรงงานหรือบริษัทรับคนพิการ เด็กพิเศษเข้าทำงาน แต่ในความเป็นจริงแล้วบ้านเราไม่มี” “ตอนนี้โรงเรียนร่วมที่มียังไม่เพียงพอต่อจำนวนเด็ก” “และอีกอย่างก็คืออยากจะทำให้รู้ว่า หากวันหนึ่ง เราจากไป จะมีที่ใดที่เราไว้ใจที่จะฝากลูกเราไว้ได้หรือเปล่า บ้านพิทักษ์สิทธิบุคคลออทิสติก จะเกิดหรือเปล่าอยากให้มีทุกภูมิภาค” การทำกิจกรรมการสนับสนุนการพิทักษ์สิทธิของเด็กออทิสติก ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของเด็กออทิสติกที่พึงได้รับ และเป็นการส่งเสริม สนับสนุนความสามารถในบทบาทของผู้ดูแล อีกทั้งยังทำให้ทราบความต้องการของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรภรณ์ พุงปันคำ, และคณิงนิจ ไชยลังการณ (2547) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลเด็กออทิสติก พบว่า ผู้ดูแลต้องการให้มีสถานบริการที่ดูแลเด็กออทิสติกตลอดชีวิต และการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

5) การสนับสนุนสิ่งของ และแหล่งบริการ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวช่วยให้ผู้ดูแลทราบแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งช่วยเหลือเด็กออทิสติก โดยจัดกิจกรรม “สิ่งดี ๆ มีให้ลูก” โดยผู้ดูแลกล่าวว่า “จากการมานั่งคุยกัน ทำให้รู้สถานที่ฝึกเด็กมากขึ้น จะได้มีทางเลือกมากขึ้น แต่ก็ยังรู้สึกว่ามีไม่เพียงพอต่อจำนวนเด็ก” “ทำให้รู้สถานที่ฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ว่ามีที่ไหนบ้าง” “ทำให้รู้แหล่งติดต่อ หน่วยงาน และข่าวสารเกี่ยวกับเด็กออทิสติก ที่เราสามารถหาอ่านได้” ซึ่งการทำกิจกรรมการสนับสนุนสิ่งของและแหล่งบริการ จะช่วยให้ผู้ดูแลทราบและแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งให้กับผู้ดูแล ดังการศึกษาของภัทรภรณ์ พุงปันคำ และคณิงนิจ ไชยลังการณ (2547) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลเด็กออทิสติก พบว่า การมีสถานบริการที่ไม่ทั่วถึงเป็นอุปสรรคหนึ่งในการดูแลเด็กออทิสติก และผู้ดูแลต้องการให้มีสถานบริการที่ดูแลเด็กออทิสติกตลอดชีวิต การรักษาที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนความเข้าใจ และกำลังใจจากบุคคลอื่น อีกทั้งยังมีการให้ผู้ดูแลสะท้อนคิด นำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด ไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ผ่านกิจกรรม “เส้นทางชีวิตกับก้าวต่อไป”

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ของผู้ดูแลเด็กออทิสติก เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของโรคออทิสติก การรักษา การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตลอดจนเป็นการสร้างทักษะในการดูแล และการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ของเด็กออทิสติก นอกจากนี้ ยังเป็นการเสริมทักษะการเผชิญกับพฤติกรรม และอารมณ์ของเด็กออทิสติกให้กับผู้ดูแล และให้ความรู้เกี่ยวกับการสิทธิของเด็กออทิสติก และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น มีทักษะที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และเผชิญปัญหาให้กับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลใช้เวลาในการให้การดูแลเด็กน้อยลง และทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ว่าการดูแลเด็กออทิสติก ไม่ได้เป็นความยากลำบาก กล่าวคือ สามารถลดภาระการดูแลในผู้ดูแลได้ มีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90-120 นาที



การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติกได้ ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพจิต ควรนำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ไปใช้ในการวางแผนให้การช่วยเหลือดูแลผู้ดูแลเด็กออทิสติก ในชมรมบุคคลออทิสติกอื่น ๆ เพื่อลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ให้สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรองประธานชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก ประจำจังหวัดสงขลา ประธานชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก และศูนย์ส่งเสริมทักษะชีวิตบุคคลออทิสติก จังหวัดตรัง

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *รายงานผลประจำปี*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนิษฐา หะยิมะแซ. (2556). *การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึม และเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- งานเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง. (2556). *สถิติเด็กออทิสติก*. โรงพยาบาลศูนย์ตรัง.
- ชะไมพร พงษ์พานิช, สมดี อนันต์ปฏิเวธ, ประภาพันธุ์ ร่วมกระโทก และสมหมาย เศรษฐวิชาภรณ์. (2555). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะครอบครัว สำหรับผู้ปกครองและผู้ช่วยกลุ่มอาการออทิสติก ตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(1): 11-25.
- ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์. (2555). *ใช้ชีวิตอย่างไร...ให้เข้มแข็ง...และยืนยาว*. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- ธีรรัตน์ เจริญชัยภรณ์. (2554). *ความสัมพันธ์ของความรู้และระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก*. การค้นคว้าแบบอิสระ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการศึกษาพิเศษคณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภาพร ตูมน้อย, นุจรี ไชยมงคล และมณีรัตน์ ภาครูป. (2551). อิทธิพลของการสนับสนุนจากสังคม การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของครอบครัวที่มีต่อภาวะของครอบครัวในการดูแลเด็กพิเศษ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(4): 39-49.
- นันทรัตน์ พิทักษ์บุตร. (2550). *อิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล. (2546). *การสนับสนุนทางสังคมในผู้ปกครองเด็กออทิสติก*. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- นฤมล ทวีพันธ์. (2555). *ความเครียด ภาวะการดูแล และทัศนคติที่มีต่อเด็กออทิสติกของครูที่ดูแลเด็กออทิสติก ในโรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะวิทยาศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พฤตศักดิ์ จัทราทิพย์. (2552). *ปัจจัยทำนายความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดา*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรภรณ์ ท่งปันคำ และคณินิจ ไชยลังการณ. (2547). อุปสรรคและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล เด็กออทิสติก. *วารสารสวนปรุง*, 20(1): 49-67.
- ภิญโญ อีสรวงศ์. (2551). *ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ปกครองเด็ก ออทิสติกในสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภิญโญ อีสรวงศ์. (2554). *ผลของโปรแกรมการทำกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะการดูแลของ ผู้ปกครองเด็กออทิสติกในสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่*. *วารสารสถาบัน พัฒนาการเด็กราชนครินทร์*, 1(1): 35-45.
- สุไพรมา ลีลามณี. (2543). *การเผชิญปัญหา ภาวะวิกฤต และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา ที่มีบุตรเป็นออทิสติก*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ สาขาสังคมสงเคราะห์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุภาพ ชุมวิรัตน์. (2553). *ความชุกของภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก อายุ 3-10 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล*. *วารสารสถาบันราชานุกูล*, 25(1): 28-37.
- สุภาวดี คำภูณา. (2550). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ต่อพฤติกรรมดูแลเด็กออทิสติกของ ผู้ปกครองในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพคณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัย ราชภัฏอุบลราชธานี.
- อรุณี พันธุ์ลี. (2548). *ผลของกลุ่มให้ความรู้และประคับประคองทางจิตใจต่อพฤติกรรมดูแลเด็กออทิสติก สุขภาพจิตและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรทัย ทองเพชร. (2545). *ภาวะการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรอนงค์ สภาพรธีระ. (2552). *กิจกรรมกลุ่มครอบครัวในการสอนการดูแลเด็กออทิสติกสเปกตรัมที่บ้าน โรงพยาบาลเลย*. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 17(1): 101-113.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic Criteria for Autistic Disorder*. Retrieved November 4, 2015, from <http://www.usautism.org/definitions.htm>



- Bosa, C. A. (2006). Autism: Psychoeducational Intervention. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28: 47-53.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Identified Prevalence of Autism Spectrum Disorder*. Retrieved June 7, 2016, from <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Daniel, S. (2014). *Statistic Calculator: A-Priori Sample Size Calculator for Student t-test*. Retrieved November 4, 2014, from <http://danielsoper.com/statcalc3/default.aspx>
- Dixon, L., Lucksted, A., Stewart, B., Burland, J., Brown, C. H., Postrado, L., et al. (2004). Outcomes of the Peer-Taught 12-Week Family-to-Family Education Program for Severe Mental Illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109: 207-215.
- Dixon, L. B., Lucksted, A., Medoff, D. R., Burland, J., Stewart, B., Lehman, A. F., et al. (2011). Outcomes of a Randomized Study of a Peer-Taught Family-to-Family Education Program for Mental Illness. *Psychiatric Services*, 62(6): 591-597.
- Ghanizadeh, A., Alishahi, M-J. & Ashkani, H. (2009). Helping Families for Caring Children with Utistic Spectrum Disorders. *Archives of Iranian Medicine*, 12(5): 478-482.
- Glanville, D. N. & Dixon, L. (2005). Caregiver Burden, Family Treatment Approaches and Service use in Family of Patient with Schizophrenia. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42(1): 15-22.
- Hoagwood, K. E., Cavaleri, M. A., Olin, S. S., Burns, B. J., Slaton, E., Gruttadaro, D., et al. (2010). Family Support in Children's Mental Health: A Review and Synthesis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(1): 1-45.
- Oberst, M. T. (1991). *Appraisal of Caregiving Scale: AGS Revised*. Madison: University of Wisconsin.