

ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล
ในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GROUP COPING PROGRAM ON FAMILY CAREGIVER BURDEN
OF AUTISTIC CHILDREN WITH SEVERE INTELLECTUAL DISABILITIES

Miss Karnchana Khomarwut



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อภาระ
การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความ
บกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง
โดย นางสาวกาญจนา ชมอาวุธ
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสม)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

กาญจนา ช่มอาวุธ : ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง (THE EFFECT OF GROUP COPING PROGRAM ON FAMILY CAREGIVER BURDEN OF AUTISTIC CHILDREN WITH SEVERE INTELLECTUAL DISABILITIES) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, 131 หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงอายุ 6 - 18 ปี ที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 40 คน การแบ่งกลุ่มใช้การจับคู่ (matched pair) และการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มจำนวน 7 กิจกรรม เป็นเวลา 3 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดภาระการดูแล แบบประเมินความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร แบบสอบถามการเผชิญความเครียด คู่มือเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กออทิสติก (สำหรับพยาบาล) คู่มือการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ดูแลเด็กออทิสติก เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ เท่ากับ .89 .88 . และ.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าทดสอบค่าที (t-test) และ Wilcoxon

ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญาระดับรุนแรงภายหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญาระดับรุนแรงภายหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777302336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: AUTISTIC CHILDREN / CAREGIVER BURDEN / GROUP COPING PROGRAM

KARNCHANA KHOMARWUT: THE EFFECT OF GROUP COPING PROGRAM ON FAMILY CAREGIVER BURDEN OF AUTISTIC CHILDREN WITH SEVERE INTELLECTUAL DISABILITIES. ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 131 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were: 1) to compare caregiver burden before and after using the group coping program, and 2) to compare caregiver burden between caregivers received group coping program and those who received regular nursing care. Forty caregivers receiving services in inpatients department, Rajanukul institute who met the inclusion criteria, were recruited and randomly assigned, by matched pair, into an experimental group and a control group. Thus, there were 20 subjects in each group. The experimental group received a group coping program, consisted of 7 activities in 3 days, while the control group received usual care. Research instruments included personal data questionnaire, a caregiver burden scale, Parenting Stress Index-Short Form, a coping scale, and a nurses' manual for group coping program with a coping manual for parents. All instruments were content validated by a panel of 5 professional experts. The Cronbach's Alpha reliability of caregiver burden scale, Parenting Stress Index-Short Form, and coping scale were .89, .88, and .81, respectively. Descriptive statistics, t-test, and Wilcoxon were used in data analysis.

Major findings were as followed:

1) Caregiver burden of caregivers in after receiving the group coping program was significantly lower than before receiving the program, at the .05 level.

2) Caregiver burden of caregivers after receiving the group coping program was significantly lower than that of caregivers who received regular nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา ตลอดจนให้ความเมตตา และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น ทำให้ผู้วิจัยพยายามทำการศึกษอย่างเต็มความสามารถ ที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ป่วยมากที่สุด ผู้วิจัยมีความประทับใจ และซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่าน เป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสมุ กรมการสอบวิทยานิพนธ์ ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พี่ๆ น้องๆ พยาบาลและ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาและเก็บข้อมูลวิจัย คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา ตลอดจนเด็กออทิสติกและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณญาติพี่น้องทุกคนในครอบครัว เพื่อนๆ ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา เด็กออทิสติก และครอบครัวเด็กออทิสติกทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	14
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	15
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	19
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	20
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง.....	21
2. ภาวะการดูแล.....	29
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด.....	36
4. การปฏิบัติการพยาบาลและการช่วยเหลือเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง.....	40
5. การพยาบาลเพื่อการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนาโปรแกรมการเผชิญ ความเครียดแบบกลุ่ม.....	43
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	49

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	51
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	52
ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	52
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	58
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	58
การวิเคราะห์ข้อมูล	78
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	79
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	83
สรุปผลการวิจัย.....	85
อภิปรายผลการวิจัย	86
ข้อเสนอแนะ	89
รายการอ้างอิง.....	90
ภาคผนวก	96
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	97
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย	99
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	104
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของ ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	120
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	129
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	131

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก และระยะเวลาในการดูแลเด็ก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	53
ตารางที่ 2	ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ บุตรลำดับที่ จำนวนพี่น้อง และการรักษาในปัจจุบัน.....	55
ตารางที่ 3	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ และอายุการวินิจฉัยครั้งแรก.....	56
ตารางที่ 4	ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็ก และระยะเวลาในการดูแลเด็ก.....	56
ตารางที่ 5	คะแนนการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....	80
ตารางที่ 6	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม (n=20).....	81
ตารางที่ 7	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง.....	82

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ออทิสติก(Autistic disorder)ทั่วโลกพบว่ามี ความชุกของเด็กออทิสติก 1:1,000 คนของ ประชากร (Center of Disease Control and Prevention, 2011) สำหรับอัตราความชุกของโรค ออทิสติกในประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์ของโรคสูงขึ้นเช่นกัน จากสถิติของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2559 พบความชุกของออทิสติก ประมาณ 6:1,000 คน อัตราส่วนคิดเป็นร้อยละ 0.6 (กรมสุขภาพจิต , 2559) สอดคล้องกับสถิติเด็กออทิสติกในสถาบันราชานุกูล พบว่าผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่เข้ารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในปี 2555-2560 มีจำนวน 7,540, 8,455, 8,950, 11,266, 12,340 และ 13,567 คน ตามลำดับ (งานเวชสถิติสถาบันราชานุกูล, 2560) จากสถิติดังกล่าวทำให้เห็นว่า เด็กออทิสติกมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อยๆ จากการศึกษาของทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา (2550) พบว่าบุคคล ออทิสติก จำนวน 2 ใน 3 มีภาวะต้องพึ่งพิงผู้อื่นและต้องการผู้ดูแลตลอดชีวิต ในขณะที่จำนวน 1 ใน 3 มีภาวะพึ่งพาตนเองได้พอสมควร และพบว่าร้อยละ 1-2 สามารถพึ่งพาตนเองได้เต็มที่ ดังนั้นการ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงจึงมีความสำคัญและ จำเป็นอย่างยิ่งต่อการลดภาระการดูแลของครอบครัว

เด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงมีความบกพร่องและข้อจำกัดใน การทำกิจวัตรประจำวัน ความสนใจด้านภาษา การสื่อสาร และด้านสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ ทำให้ เด็กออทิสติกมีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคมและการเรียนรู้ (Barbaresi, Katusic, & Voigt., 2006) ผู้ที่เป็นออทิสติกส่วนใหญ่จะมีระดับเขาว์ปัญญาต่ำกว่าปกติ (IQ 35-50) ร้อยละ 75 มี ความสามารถเท่ากับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอาจมีความผิดปกติของพัฒนาการเกี่ยวกับ การเรียนรู้ ความสามารถเรียนรู้ทางด้านต่างๆ จะไม่เท่ากัน บางรายมีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น ชน ผิดปกติ สมาธิสั้น ขาดการยับยั้งใจ (impulsivity) ก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง การตอบสนองต่อสิ่งเร้า บางอย่าง เช่น ทนต่อความเจ็บปวด มีพฤติกรรมไวต่อแสง เสียง การสัมผัส หรือกลิ่น บางรายอาจมี ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารบางชนิด หรือสิ่งซึ่งไม่ใช่ อาหาร (pica) เช่น สี เชือก ฝม ใบไม้ เป็นต้น อารมณ์ผิดปกติ เช่น หัวเราะ หรือร้องไห้โดยไม่มี เหตุผล และขาดการตอบสนองต่อสิ่งเร้า อาจไม่มีความกลัวเมื่อประสบอันตราย หรือกลัวมากต่อสิ่ง ที่ไม่เป็นอันตราย บางรายอาจทำร้ายตัวเอง เช่น เอาศีรษะโขกกับพื้น กัดนิ้ว กัดข้อมือ (สมภพ เรือง ตระกูล, 2551) จากความผิดปกติของเด็กออทิสติกที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่จะดีขึ้นได้โดย การรักษาแบบประคับประคอง รักษาตามอาการ และเพื่อให้เด็กมีสุขภาพ สวัสดิภาพและสามารถมี

ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ต้องอาศัยความอดสาหัสใช้เวลาต่อเนื่องยาวนานในการดูแลเด็ก ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลเด็กในครอบครัว (รัชตะวรรณ โอฬาพิริยกุล และคณะ, 2557) และเป็นภาระหนักตลอดช่วงชีวิตเด็ก ทั้งด้านการเลี้ยงดูและด้านจิตใจที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เป็น ผลกระทบจากการต้องรับผิดชอบดูแลเด็ก วิธีชีวิตที่ต้องเปลี่ยนไปจากเดิม มีภาระค่าใช้จ่าย และรู้สึก กอดตันจากสังคม สิ่งแวดล้อม(รพีพรรณ อินทวงศ์, 2550) ซึ่งระบบการให้บริการในปัจจุบันของสถาบัน ราชานุกูล ประกอบด้วย ทีมการรักษาสหวิชาชีพ มีดังนี้ 1) แพทย์ ให้บริการตรวจวินิจฉัยปัญหาด้าน พัฒนาการและสติปัญญา ให้การวางแผนบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ 2) บริการทันตกรรม 3) บริการด้านพันธุศาสตร์การแพทย์ 4) บริการด้านจิตวิทยา 5) บริการด้านสังคมสงเคราะห์ 6) บริการ ด้านการพยาบาล ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าตั้งแต่วัยแรกเกิดถึง 5 ปี และ ส่งเสริมทักษะกลุ่มอายุ 6-18 ปี ให้การดูแลภาวะสุขภาพแก่เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน ทุกระดับ มุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านทักษะการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตร ประจำวัน ด้านสังคม ภาษาและการรับรู้ ด้านทักษะพื้นฐานงานบ้าน ช่วยเหลือแก้ไขเด็กที่มีพฤติกรรม ไม่พึงประสงค์ ให้คำปรึกษาพัฒนาศักยภาพของครอบครัวให้เข้มแข็ง โดยกระบวนการฝึกเป็น รายบุคคลและรายกลุ่ม โดยเด็กแต่ละคนจะต้องมีผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คนในการพามาใช้บริการ ซึ่งจะ เห็นได้ว่าผู้ดูแลจะต้องรับภาระในการพาเด็กมาฝึก อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง และต้องดูแลต่อเนื่องที่ บ้านอีก ซึ่งการดูแลต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงอาจจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ มีความเครียดและเป็นปัญหาภาระในการดูแลตามมา

Montgomery et al. (1985) ได้ให้ความหมายของภาระการดูแลว่าเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระการดูแลเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็น เหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงาน หน้าที่ ความ รับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายใน ส่วนภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิบัติการ ตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ ต้องดูแลผู้ป่วย ภาระการดูแลในผู้ดูแลเด็กออทิสติกสมาธิครอบครัวยังมีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักมักมี ประสบการณ์ภาระการดูแลทั้งมิติด้านการปฏิบัติดูแลและมิติด้านอารมณ์ (Lowyck et al., 2004) การที่ผู้ดูแลต้องดูแลสมาชิกของครอบครัวที่ป่วยเป็นเวลานาน มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ อาชีพ ของผู้ดูแล และภาระการเงินของครอบครัว (Pariente & Carpinello., 1996) ทำให้มารดาซึ่งมักเป็น ผู้ดูแลหลักรับรู้ถึงภาระการดูแล บางกลุ่มรับรู้ว่าเป็นภาระระดับสูง (Stuart & McGrew, 2009) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะไม่เต็มใจไปด้วยความวิตกกังวลและความเครียดในการเลี้ยงดูและฝึกเด็กโดยเฉพาะ

ปัญหาอยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว ความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติกส่งผลต่อครอบครัวคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างสามี ภรรยา ได้รับความกระทบกระเทือน บางครอบครัวบิดาทอดทิ้งลูก ผลักภาระการดูแลช่วยเหลือเด็กไว้กับมารดาเพียงลำพัง มารดาดูแลเด็กเอง ทำให้ไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้ จนลงเอยด้วยการหย่าร้างในที่สุด เกิดปัญหาเศรษฐกิจ การงาน และอาชีพของบิดามารดา เนื่องจากขาดคนที่จะมาช่วยดูแลบุตร และเมื่อบิดาหรือมารดาเกิดความซึมเศร้าเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide Thought) และเสี่ยงต่อปัญหาโรคทางจิตเวช แล้วยังเป็นเสมือนวงจรเลวร้าย(vicious cycle) เป็นอุปสรรคขัดขวางกระบวนการช่วยเหลือ ปรับพฤติกรรม และการกระตุ้นพัฒนาการเด็กเพราะบิดามารดาไม่สามารถให้ความร่วมมือกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ผู้ช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ (เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2553) ภาระการดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง ซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของการแสดงออกและด้วยความสามารถที่จะดูแลตนเองจึงเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแล ซึ่งบางครั้งต้องติดตามดูแลเด็กออทิสติกตลอดเวลาเพื่อให้เด็กออทิสติกปลอดภัยจากสิ่งคุกคามและเป็นอันตราย ซึ่งแตกต่างจากการดูแลเด็กออทิสติกโดยทั่วไปเนื่องจากเด็กออทิสติกกลุ่มทั่วไปจะมีการแสดงออกที่ดีและมีความสามารถที่จะดูแลตนเองได้ดีพอสมควร ไม่จำเป็นต้องการให้ดูแลหรือช่วยเหลือตลอดเวลา (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2545) ดังนั้นในบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงต้องการศึกษาสิ่งที่จะสามารถช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงได้

จากการศึกษาของรัชตะวรรณ โอพาพิริยกุลและคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในจังหวัดภาคใต้แถบชายฝั่งทะเลด้านตะวันตกของประเทศไทย พบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวเด็กออทิสติกรับรู้ภาระการดูแลเด็กในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการจัดการความเครียดของผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลหลักของครอบครัว และสามารถทำนายภาระการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลหลักของครอบครัวได้ ร้อยละ 6.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของปวีดา โพธิ์ทอง (2556) ศึกษาภาวะสุขภาพของเด็กออทิสติก ความรู้และความเครียด ของผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่ได้รับบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษ เขต 5 จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดอยู่ในระดับเครียดสูง ผู้ดูแลใช้การลงโทษโดยการตีในการจัดการกับพฤติกรรม ซึ่งในการศึกษานี้ได้นำปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลได้แก่ ความเครียด มาสร้างเป็นโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย และลดภาระการดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง ทำให้เด็กได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะต้องเผชิญกับความกดดันจากเหตุการณ์ภายนอกซึ่งมีมากกว่าความสามารถที่ตนจะสามารถรับมือได้ ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะพยายามจัดการหรือเผชิญกับเหตุการณ์อย่างเต็มที่เพื่อตอบสนองต่อความเครียดและเพื่อให้ความเครียดลดลง วิธีการเผชิญความเครียดต้องผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลนั้น (cognitive appraisal) พิจารณาตัดสินใจถึงความสำคัญของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร 3 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ต่อตนเอง 2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ 3) การประเมินตัดสินใหม่เป็นการประเมินเหตุการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วประเมินซ้ำ เพื่อดูว่ายังมีอันตรายหรือลดลง โดยสรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติกจะประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ การขาดทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก การจัดการกับอารมณ์เมื่อต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ออทิสติกของผู้ดูแล ส่วนปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมและอาการของเด็กออทิสติกที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ทั้งขั้นปฐมภูมิและทุติยภูมิว่าเป็นความเครียด จากการศึกษาของ (อรศิริ ภิเศก, 2542) ศึกษาในด้านผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า ผู้ดูแลเกิดความเครียด บรรยากาศในครอบครัวจึงเต็มไปด้วยความกดดัน ไม่สามารถสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ บางครอบครัวบิดากล่าวโทษว่าเป็นความผิดของมารดาที่เลี้ยงบุตรไม่ดี บางครอบครัวลงเอยด้วยการหย่าร้าง ส่วนมารดาเมื่อมีภาระหนักขึ้นมักมีปัญหาทางอารมณ์ตามมา ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับข้อมูลใหม่เกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติก ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) จะเป็นการเพิ่มศักยภาพหรือแหล่งประโยชน์ของบุคคล ดังนั้น เมื่อมีการประเมินตัดสินใหม่ก็อาจทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลเดิมว่าไม่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ตน

การประยุกต์แนวคิด Lazarus & Folkman (1984) ไปสู่การดูแลช่วยเหลือเพื่อจัดการกับความเครียดในผู้ดูแลนั้น พบการศึกษาของอภิชา แซ่มซ้อย (2550) เป็นโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีศักยภาพในการเผชิญความเครียดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของมัลลิกา จันท์เพ็ญ (2557) ในการใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับ

โปรแกรมสูงชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งลดความเครียดของผู้ดูแลได้ ปัจจุบันทางสถาบันราชานุกูล มีการประเมินระดับความเครียดและให้คำปรึกษาในผู้ดูแลที่มีคะแนนเครียดในระดับสูง แต่การให้คำปรึกษาและการดูแลในด้านต่างๆเหล่านี้ส่วนมากจะกระทำเป็นรายบุคคล เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการช่วยเหลือแต่ละบุคคลไม่ได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือถ่ายทอดข้อมูลต่างๆที่ได้รับไปสู่บุคคลอื่นๆ การแก้ปัญหานั้นเป็นเพียงชั่วคราวเมื่อมีสถานการณ์อื่นๆ มากระทบอีก ความเครียดนั้นจึงยังคงอยู่และบางรายมีภาวะเครียดเรื้อรัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มสำหรับผู้ดูแลเด็ก ออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้จะเป็นการดำเนินการในรูปแบบของกระบวนการกลุ่ม (Group process) ตามแนวคิดของ Marram, 1978 ซึ่งเป็นวิธีการที่สมาชิกในกลุ่มต้องรู้จักใช้ทักษะทางสังคม และการมีมนุษยสัมพันธ์อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้รับข้อมูลย้อนกลับจากการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน เช่น การใช้กระบวนการคิดแก้ปัญหา การเสริมแรงพฤติกรรมที่ดีจากเพื่อนสมาชิก เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มตั้งใจทำงานจนสำเร็จอันเป็นผลประโยชน์ที่เกิดกับกลุ่ม (ธิดาโมสิกรัตน์ และคณะ, 2548) นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มเกิดจากการมีสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จึงสามารถส่งเสริมให้บุคคลเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นแรงจูงใจซึ่งกันและกัน เข้าใจตนเองและมีสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น อีกทั้งกระบวนการกลุ่มทำให้บุคคลเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำสิ่งที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Corey, 2006) โดยกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงลดลง

การศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดาโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ (สุภาวดี ชุ่มจิตต์และจินตนา ยูนิพันธ์, 2547) เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของบิดามารดาหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทางผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมหรือการพยาบาลที่สามารถช่วยลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติกโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญา ระดับรุนแรง ซึ่งจากการที่เด็กออทิสติกมีความบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญา ระดับรุนแรงมักส่งผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลดังที่กล่าวมาข้างต้น

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมฯ โดยใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ซึ่งเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้บิดามารดา และครอบครัวระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวลที่มีต่อพฤติกรรมของเด็ก หรือจัดกลุ่มให้บิดามารดาหรือครอบครัวที่มีเด็ก ออทิสติกรู้จักกัน แลกเปลี่ยนความรู้เทคนิคในการดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีโอกาสระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ จะทำให้กลุ่มผู้ดูแลเด็กออทิสติก ได้รับกำลังใจ ลดความเครียด ความวิตกกังวล และเรียนรู้วิธีการดูแลเด็กร่วมกันได้ (กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, 2555) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่จะจัดการกระทำกับสาเหตุของภาวะการดูแลใน เรื่องโรคและการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กออทิสติก มีความมุ่งมั่น เกิดกำลังใจ ครอบครัวยอมรับ ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล ตลอดจนสังคมให้ความเข้าใจและยอมรับเด็กออทิสติกมากขึ้น ผู้ดูแลรับรู้แหล่งสนับสนุนมากขึ้นตลอดจนจัดสรรเวลาในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม มีเวลาส่วนตัวเพิ่มมากขึ้น เพื่อไปหารายได้เพิ่มเติม มีเวลาพักผ่อนมากขึ้น ส่งผลให้สุขภาพ กายและจิตดีขึ้น ซึ่งนำไปสู่การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกดีขึ้น ทำให้ภาระในการดูแลเด็ก ออทิสติกลดลง

คำถามการวิจัย

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงหลังการได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มจะแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรง หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มจะแตกต่างจาก กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมการเผชิญกับความเครียดแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญกับความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

จากความบกพร่องทางด้านสติปัญญาและการขาดความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองของเด็ก ออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเป็นอย่างมากและตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดความเครียดจากการดูแลเด็กออทิสติก โดยพบว่าผู้ดูแลเด็กออทิสติกต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลเด็กรวมถึงบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ได้แก่ 1) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคของเด็ก การเข้าใจในคำแนะนำที่ได้รับ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กที่เหมาะสมได้ดีกว่า (พัชรินทร์ กิตติธงโสภณ, 2544) 2) อายุของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าความสามารถในการดูแลเด็กจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่พร้อมด้านวุฒิภาวะ โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่าจะให้ความร่วมมือในการดูแลเรื่องยาของเด็กมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า (มาศมณี วีระณรงค์, 2546) 3) ระยะเวลาในการดูแลสะท้อนถึงการมีประสบการณ์ในการดูแล ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้เรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลมากขึ้น ระยะเวลาการดูแลที่มากอาจช่วยเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ และความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมากขึ้นถ้าผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่เหมาะสมจากระบบบริการสุขภาพ แต่หากการดูแลเด็กออทิสติกเป็นเวลายาวนานในขณะที่ไม่มีความก้าวหน้าของโรค อาจส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกประเมินการดูแลว่าไม่ได้ผล ทำให้เกิดความเครียด เบื่อหน่าย ไม่มีกำลังใจในการดูแล 4) ความเครียดจากการดูแลเด็กออทิสติกโดยพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวเด็ก ออทิสติกมีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกไม่เพียงพอ อีกทั้งยังขาดทักษะในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ซึ่งความเครียดดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2537) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Silver et al. (1995) กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่ต้องให้การดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยจะมีความตึงเครียดสูง โดยการเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลเด็ก และการจัดการกับเด็กในอนาคต ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเหล่านี้

ปัจจุบันทางสถาบันราชานุกูล มีการประเมินระดับความเครียดและให้คำปรึกษาในผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีคะแนนความเครียดในระดับสูง แต่การให้คำปรึกษาและการดูแลในด้านต่างๆเหล่านี้ส่วนมากจะกระทำเป็นรายบุคคล เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการช่วยเหลือแต่ละบุคคลไม่ได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือถ่ายทอดข้อมูลต่างๆที่ได้รับไปสู่บุคคลอื่นๆ การแก้ปัญหานั้นเป็นเพียงชั่วคราวเมื่อมีสถานการณ์อื่นๆ มากระทบอีกความเครียดนั้นจึงยังคงอยู่และบางรายมีภาวะเครียดเรื้อรัง ทั้งนี้นอกจากจะเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดการเจ็บป่วยทางจิตตามมาแล้ว ยังจะส่งผลให้

ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกสามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอาการรุนแรงของอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ (ตลฤติ แดงน้ำคู้, 2549) เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้รับผลกระทบทางจิตใจจนเกิดเป็นภาวะเครียดจากการดูแล และเมื่อไม่สามารถจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ก็ยิ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดความเครียดจากการดูแลมากขึ้น จนส่งผลให้เกิดการรับรู้ว่าตนเองไม่มีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก และส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลเด็กออทิสติกตามมา

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมฯ โดยใช้แนวทางการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ซึ่งเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้บิดามารดา และครอบครัวระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวลที่มีต่อพฤติกรรมของเด็ก หรือจัดกลุ่มให้บิดามารดาหรือครอบครัวที่มีเด็กออทิสติกรู้จักกัน แลกเปลี่ยนความรู้เทคนิคในการดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีโอกาสระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ จะทำให้กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้รับกำลังใจ ลดความเครียด ความวิตกกังวล และเรียนรู้วิธีการดูแลเด็กร่วมกันได้ (กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม, 2555) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความรู้ความเข้าใจที่จะจัดการกระทำกับสาเหตุของอาการการดูแลในเรื่องโรคและการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กออทิสติก มีความมุ่งมั่น เกิดกำลังใจ ครอบครัวยอมรับ ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล ตลอดจนสังคมให้ความเข้าใจและยอมรับเด็กออทิสติกมากขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้รับรู้แหล่งสนับสนุนมากขึ้นตลอดจนจัดสรรเวลาในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม มีเวลาส่วนตัวเพิ่มมากขึ้น เพื่อไปหารายได้เพิ่มเติม มีเวลาพักผ่อนมากขึ้น ส่งผลให้สุขภาพกายและจิตดีขึ้น ซึ่งนำไปสู่การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกดีขึ้น ทำให้ภาระในการดูแลเด็กออทิสติกลดลง

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มขึ้นเพื่อลดภาระในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ โดยนำโปรแกรม Stress Appraisal and Coping ของ Lazarus & Folkman (1984) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา ประกอบด้วย ประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) 2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) 3) การประเมินตัดสินใหม่ (Reappraisal) ทั้งนี้เพื่อให้สามารถสามารถตัดสินใจได้ดีขึ้นในการเผชิญความเครียดครั้งต่อไป ดังนั้นโปรแกรมการเผชิญความเครียดจึงมุ่งหวังให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีการประเมินความเครียดว่าเป็นสิ่งที่ทำทนายและควบคุมได้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวันโดยผ่านการเรียนรู้และฝึกทักษะจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกลดความเครียดลงได้ ผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน มีทั้งหมด 7 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินเหตุการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal)
ประกอบด้วย 2 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์ เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างบรรยากาศให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัย กฎระเบียบและระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวล และเตรียมความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรม (Peplau, 1952) นอกจากนี้ยังให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) ของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น โดยกล่าวถึงการประเมินทางความคิดทั้ง 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล โดยหากประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีความสำคัญต่อตนเอง (irrelevant) หรือเป็นสถานการณ์ที่มีผลดีต่อตนเอง เช่น ทำให้มีกำลังใจหรือมีความสุขในชีวิต (Benign positive) บุคคลก็มักตัดสินใจว่าไม่ต้องจัดการใดๆกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่หากประเมินว่าสถานการณ์นั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายหรือเกิดความเสียหาย หรืออาจเป็นอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมได้ แสดงว่าบุคคลได้ตีค่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นภาวะที่เครียด (stressful) ต่อตนเอง บุคคลนั้นต้องประเมินสถานการณ์และตัดสินใจที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น โดยบุคคลจะพิจารณาตัดสินใจว่าอันตรายหรือความเสียหายนั้นอยู่ในรูปแบบใด เป็นอันตรายหรือความเสียหาย (harm or loss) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างแน่นอนและหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่งผลให้เกิดความเสียหายกับตนเองในเวลาปัจจุบัน หรือเป็นสิ่งคุกคาม (threat) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่อาจเกิดการสูญเสียในอนาคตหรืออาจเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความยุ่งยากตามมาในภายหลัง หรือเป็นความท้าทาย (challenge) เป็นสิ่งที่จะอาจก่อให้เกิดอันตรายหรือความเสียหาย และคาดการณ์ว่าสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้อย่างแน่นอน โดยบุคคลใช้ความพยายามในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น 2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่บุคคลเห็นว่าตนเองสามารถกระทำได้ และจัดการกับสถานการณ์เครียดที่ตนรับรู้โดยใช้วิธีใดๆก็ตามที่ทำให้เกิดความสำเร็จตามที่ตนเองต้องการ หรืออาจเป็นการประเมินต่อเนื่องมาจากขั้นปฐมภูมิก็ได้ว่าจะทำอย่างไรกับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อบุคคลนั้น 3) การประเมินตัดสินใหม่ เป็นการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว โดยบุคคลจะประเมินตัดสินใหม่ เพื่อทบทวนว่าสถานการณ์นั้นยังคงมีอันตรายอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด (Lazarus and Folkman, 1984) เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความเข้าใจในการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นตามลำดับชัดเจนมากขึ้น ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการประเมินค่าสถานการณ์ที่แตกต่างกันแม้จะเป็นผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเช่นเดียวกันและผลที่เกิดขึ้นจากการประเมินค่าในแต่ละแบบ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่ม

ที่มีการประเมินค่าสถานการณ์ในทางลบ ได้มีการประเมินสถานการณ์ซ้ำอีกครั้งว่าจริงหรือไม่ และปรับเปลี่ยนการประเมินค่าของตนเองใหม่ให้เป็นที่ไปในทางบวกมากขึ้น ซึ่งแนวคิดของ Lazarus and Folkman, 1984 ได้กล่าวว่า หากบุคคลสามารถประเมินค่าสถานการณ์ว่าเป็นความท้าทาย ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกรู้สึกว่าคุณค่าตนไม่มีความเครียดหรือมีความเครียดลดลงได้

กิจกรรมที่2 ประเมินความเครียดตามการรับรู้และประสบการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง ความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลต้องเผชิญกับสิ่งเร้าที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ จนทำให้ร่างกายเกิดมีปฏิกิริยาในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเพื่อปรับตัวต่อสิ่งนั้นๆ ซึ่งการปรับตัวจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับระดับของความเครียด หากความเครียดอยู่ในระดับที่เหมาะสมพอดีจะเป็นตัวกระตุ้นที่ดีให้คนเราเกิดความกระตือรือร้น และมีความมานะตั้งใจมากยิ่งขึ้น แต่ถ้าความเครียดอยู่ในระดับที่รุนแรงจะก่อให้เกิดโรคได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (เกษมตันติผลาชีวะ, 2541) ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยนำผลคะแนนที่ได้จากการประเมินแบบประเมินระดับความเครียดที่ได้จากขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแจ้งให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกทราบทั้งเป็นรายบุคคลและภาพรวมของทั้งกลุ่มว่ามีความเครียดอยู่ในระดับใด ซึ่งนำมาสรุปให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียดที่แสดงออกมาให้เห็นทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ทางด้านสังคมและทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลและสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กออทิสติกที่แตกต่างกัน และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกรับรู้ว่าคุณค่าตนมีความเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มที่มีความเครียดอยู่ในระดับที่สูงว่ามีความเครียดจากสถานการณ์การดูแลเด็กออทิสติกในเรื่องใดบ้าง และให้สมาชิกในกลุ่มช่วยหาแนวทางในการแก้ไขพร้อมสรุปสถานการณ์ที่พบและเป็นปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวเด็ก ออทิสติกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กออทิสติกเป็นสิ่งที่อันตราย เสียหาย หรือเป็นความท้าทาย และส่งผลอย่างไรต่อผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกหากผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ โดยแสดงออกมาในรูปของการเกิดภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วย (Fredman, 1998) โดยส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลเด็กออทิสติกตามมา คือทำให้ไม่สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศของ Eakes, 1995 ที่พบว่าความเครียดอันเกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลขาดประสิทธิภาพในการดูแล เช่น ไม่เอาใจใส่หรือละเลยในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกจึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้น อันจะส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นตามมา

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับเหตุการณ์ตามการรับรู้ (secondary appraisal) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกและทักษะการดูแลเด็กออทิสติก เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกขาดความรู้เรื่องโรคและทักษะในการดูแลเด็ก ออทิสติก ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Urizar et al., 2009) ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และสรุปคะแนนรวมทั้งกลุ่มว่ามีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติกอยู่ในระดับใด เพื่อประเมินระดับความรู้และความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกจากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องความหมาย ประเภท ความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่อยู่ในชุมชนของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มค้นหาแหล่งประโยชน์ที่ตนเองนึกถึงในชุมชน และสามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกในด้านต่างๆ เช่น ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร เป็นต้น เนื่องจากแหล่งประโยชน์ (coping resources) เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) และผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคออทิสติก ความหมาย สาเหตุ อาการแสดง การรักษา และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกเกี่ยวกับยา ผลข้างเคียงและการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคออทิสติก การรักษาเป็นสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกปรับตัวเข้ากับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนาให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับเด็กออทิสติก โดยใช้กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ ด้วยการขออาสาสมัครจำนวน 2 คน แสดงบทบาทสมมติในเรื่องการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลจากสถานการณ์ตัวอย่างที่กำหนดให้ 1 และ 2 ต่อจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นว่าเป็นการสื่อสารที่ดีหรือไม่ เพราะอะไร แต่ละสถานการณ์มีความแตกต่างกันอย่างไร ผลลัพธ์ที่ได้จากการสื่อสารตามการแสดงบทบาทสมมติเป็นอย่างไร ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น และให้ความรู้เรื่องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบของการสื่อสาร ประโยชน์ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการสื่อสารด้านบวกและด้านลบ เทคนิคของการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก Lazarus and Folkman, 1984 เสนอแนะว่าความสามารถในด้านการสื่อสารช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดีขึ้น ดังนั้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นทักษะที่สามารถช่วยลดความเครียดระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวเด็ก ออทิสติกและเด็กออทิสติกลงได้ จากนั้นผู้วิจัยจึงมอบหมายใบงานให้สมาชิกในกลุ่มทำการบ้านเพื่อฝึกทักษะการสื่อสารกับเด็กออทิสติกใน

สถานการณ์จริงขณะอยู่ที่บ้านและบันทึกผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้นำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงของแต่ละครอบครัว พร้อมทั้งให้นำผลการฝึกทักษะนี้มาพูดคุยในการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกของไทยมีปัญหาการจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นผลมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการเผชิญความเครียด จึงมักใช้วิธีการแก้ไขปัญหาคือความเครียดโดยใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ ซึ่งอาจช่วยให้ความเครียดลดลงได้เพียงชั่วคราว ในขณะที่ปัญหาจากการดูแลเด็กออทิสติกยังคงอยู่ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกลดลง (ดรุณี คชพรหม, 2543) เป็นเหตุให้เด็กออทิสติกได้รับการดูแลอย่างไม่มีประสิทธิภาพจนเกิดอาการกำเริบและมีการกลับไปรักษาซ้ำได้บ่อยครั้ง (Shron et al., 2012) ดังนั้น ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกแต่ละคนประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียดของตนเองโดยใช้แบบประเมินที่แจกให้ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้ทบทวนตนเองว่าที่ผ่านมาได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดเป็นส่วนใหญ่ เพราะหากผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ผลดี ผลเสียที่เกิดจากการเผชิญความเครียดทั้ง 2 แบบ และใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาร่วมกัน โดยพัฒนาให้เกิดทักษะในกระบวนการแก้ไขปัญหาย่างเป็นขั้นตอน ผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมเพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างรอบด้าน จนสามารถเลือกหาวิธีหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการฝึกทักษะดังกล่าวนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดความพร้อมและมีการเตรียมการสำหรับเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆโดยมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า ดังนั้น การฝึกทักษะในกิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาย่างรอบคอบและเลือกวิธีที่เหมาะสมในการเผชิญกับปัญหาหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมา (บุปผา ธนิกกุล, 2554)

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการหายใจและการคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียด เนื่องจากปัญหาจากการดูแลเด็กออทิสติกเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกนั้นเกิดความเครียดมาก และความเครียดดังกล่าวอาจมีอาการแสดงออกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ดังนั้น ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจึงได้มุ่งให้ความรู้และฝึกทักษะให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ

ซึ่งพบว่าทั้งสองวิธีนี้เป็นวิธีการระบายออกทางอารมณ์ไปในทางที่เหมาะสม หรือสามารถระงับและควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น เนื่องจากช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก เกิดการผ่อนคลายทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ อีกทั้งการใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ได้ฝึกพร้อมกับสมาชิกคนอื่นๆ จะช่วยกระตุ้นให้เกิดความสนใจในการฝึกมากขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังจากการฝึกปฏิบัติว่าส่งผลต่อตนเองอย่างไร และได้รับประโยชน์อะไรบ้างจากการฝึกการผ่อนคลายความเครียดทั้งสองแบบ ดังนั้นการฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียดจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก เพราะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลายและสงบ รวมทั้งมีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ จึงสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีความเครียดลดลง และเกิดสมาธิในการทำหน้าที่ดูแลผู้เด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Gispens-de Wied, 2000 อ้างถึงใน บุชกล ศุภอักษร, 2553)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตัดสินใหม่ (Reappraisal) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 7 การประเมินตัดสินใหม่ เพื่อทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียด เป็นการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว โดยบุคคลจะประเมินตัดสินใหม่ เพื่อทบทวนว่าสถานการณ์นั้นยังมีอันตรายอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด และหากยังคงอยู่ คือมีการรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะพยายามจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่อย่างเต็มที่โดยหาวิธีการที่เหมาะสม (Lazarus and Folkman, 1984) โดยในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกทบทวนความรู้และทักษะต่างๆที่ได้รับการพัฒนาในกิจกรรมที่ 3 - 6 โดยให้จับฉลากเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม กลุ่มละ 2 - 3 คน และให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันรวบรวมข้อมูลที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม พร้อมทั้งสรุปรายละเอียดที่ได้จากกลุ่มย่อยโดยส่งตัวแทนกล่าวให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มฟัง และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มช่วยเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหายไป ต่อจากนั้นใช้สถานการณ์ตัวอย่างจากกิจกรรมที่ 2 มาเป็นหัวข้อหลักในการทำกลุ่ม โดยการให้สมาชิกประเมินซ้ำว่าสถานการณ์นั้นยังมีอันตรายอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด หากยังคงอยู่ คือยังเป็นสถานการณ์ที่สมาชิกรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดความเครียด ให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่าจะใช้วิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร ควรจะใช้วิธีการเดิม หรือวิธีการที่แตกต่างไป มีข้อมูลใหม่ใดๆ ประกอบหรือสนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการแก้ไขสถานการณ์นั้นๆหรือไม่ พร้อมร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้นจากการกระทำในแต่ละวิธีนั้นๆ ดังนั้น การประเมินตัดสินใหม่จึงเป็นโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้ทบทวนและประเมินถึงความสำเร็จในการเผชิญกับความเครียดที่ผ่านมาของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการเผชิญกับความเครียดรวมถึงถึงทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่เข้ามาใช้สนับสนุนให้สามารถเผชิญกับความเครียดที่ยังคงอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความเครียดจากการทำบทบาทของ

ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกลดลง และส่งผลให้มีความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้ดีขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984 อ้างถึงใน บุปผา ธนิกกุล, 2554)

ซึ่งจะเห็นได้ว่ากิจกรรมตามโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มดังกล่าวข้างต้นจะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดความมั่นใจในการดูแล ลดความเครียดจากการดูแลเด็กออทิสติก และมีทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยาทางจิตเวช ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งการจัดการกับอารมณ์ รวมทั้งหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกปรับตัวเข้ากับบทบาทในการดูแลเด็กออทิสติกที่บ้านได้อย่างถูกต้อง จะช่วยลดอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีภาวะการดูแลน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีภาวะการดูแลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะการดูแล โดยใช้การศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (The Pretest - posttest Control Group Design) ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงอายุ 6 - 18 ปี ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ซึ่งให้บริการเฉพาะเวลา 8.00 - 16.00 น. โรงพยาบาลหรือสถานเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงอายุ 6-18 ปี ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

ตัวแปรตาม คือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะการดูแล หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกทางลบที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลเด็กออทิสติก ประกอบด้วย 2 ลักษณะคือ

1. ภาวะเชิงปรนัย เป็นความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติต่อเด็กออทิสติกเป็นสิ่งที่สามารถสังเกตได้ และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าร่วมสังคม ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล และปัญหาเศรษฐกิจ

2. ภาวะเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติต่อเด็กออทิสติกเป็นสิ่งที่แสดงความรู้สึก อารมณ์ และเจตคติของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ได้แก่ ความรู้สึกเป็นทุกข์ อับอาย เบื่อหน่าย ไม่อยากดูแลเด็กออทิสติกอีกต่อไปและความรู้สึกว่าการช่วยเหลือ

โดยประเมินจากแบบวัดภาวะการดูแลเด็กของผู้ดูแล (caregiver burden scale) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery, 1985 (สุภาวดี ชุ่มจิตต์, 2547)

เด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง

เด็กออทิสติกหมายถึง เด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการ 3 ด้าน คือ มีความผิดปกติทางสังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง หมายถึง เด็กที่มีความผิดปกติหรือมีความบกพร่องเกี่ยวกับพัฒนาการ มีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน มีความจำกัดในการดูแลตนเอง ส่วนใหญ่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด หรือต้องช่วยในทุกๆด้านอย่างมากตลอดชีวิตโดยแพทย์ได้วินิจฉัยตาม American of Mental Retardation (AMR) ว่ามีระดับ IQ ระดับปานกลางถึงรุนแรงมากหรือมีคะแนนระดับ IQ เท่ากับ 40 หรือน้อยกว่า และอยู่ร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัวเดียวกัน

ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก หมายถึง บิดาหรือมารดา ปู่ ย่า ตา ยาย พี่น้อง ลุง ป้า น้า อา ที่ใช้เวลาในการดูแลเด็กออทิสติกมากที่สุดอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน และเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา โดยต้องมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการกระตุ้นพัฒนาการ ตั้งแต่เวลา 8.30 – 14.30 น. ที่หอผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล

โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม ใช้แนวคิด Stress Appraisal and Coping ของ Lazarus & Folkman (1984) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา หมายถึง กิจกรรมตามกระบวนการและขั้นตอนที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค

ออทิสติก และเกิดทักษะต่างๆ ได้แก่ การดูแลเด็กออทิสติก การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อลดความเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกเพิ่มมากขึ้น ตามมา ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินเหตุการณ์ หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 1 ในครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 30 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกและระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่มและเพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกทราบถึงกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น ในการสร้างบรรยากาศให้กลุ่มเกิดสัมพันธภาพที่ดีมีความคุ้นเคยกับผู้วิจัยและระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่ม เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) ทั้ง 3 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้นปฐมภูมิ การประเมินขั้นทุติยภูมิ และการประเมินตัดสินใหม่ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความเข้าใจในการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นตามลำดับชัดเจนมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การประเมินความเครียดตามการรับรู้และประสบการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรง หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 2 ในครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 30 นาที มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กออทิสติก และประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลตามการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลเด็กออทิสติก เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์การดูแลเด็กออทิสติกว่าส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกจากการประเมินว่าเป็นความเครียด และเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อสถานการณ์การดูแลเด็กออทิสติก การสำรวจปัญหา อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงต่อเด็กออทิสติกจากการประเมินว่าเป็นความเครียด ในการสรุปผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียดที่แสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน ทั้งทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทางด้านสังคมและทางด้านเศรษฐกิจจากการทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก และเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเด็ก ออทิสติกของสมาชิกในกลุ่มและสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กออทิสติกที่บ้าน

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอหิวาต์และทักษะการดูแลเด็กอหิวาต์ หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 3 ในครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 30 นาที มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กอหิวาต์ทราบถึงประเภทของแหล่งประโยชน์ และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ มีความรู้ในเรื่องโรคอหิวาต์ สาเหตุ อาการแสดง และการรักษาของโรคอหิวาต์ รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กอหิวาต์ มีความรู้ในเรื่องยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา และเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กอหิวาต์มีทักษะในการดูแลเด็กอหิวาต์เกี่ยวกับการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา ในการให้ความสำคัญกับการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่มีอยู่ และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กอหิวาต์ในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่อยู่ในชุมชนของตนเอง และผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอหิวาต์ ความหมาย สาเหตุ อาการแสดง การรักษา และทักษะในการดูแลเด็กอหิวาต์เกี่ยวกับยา ผลข้างเคียงและการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กอหิวาต์มีความรู้และความเข้าใจในการรักษาเด็กอหิวาต์มากขึ้น

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 4 ในครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 30 นาที มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กอหิวาต์มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการสื่อความหมายที่เข้าใจตรงกันระหว่างเด็กอหิวาต์และผู้ดูแลในครอบครัวเด็กอหิวาต์และมีทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ในการฝึกทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและให้ความรู้ทั่วไปเรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รูปแบบของการสื่อสาร ประโยชน์ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการสื่อสารด้านบวกและด้านลบ เทคนิคของการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ และให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่ใช้ปฏิบัติเมื่ออยู่กับเด็กอหิวาต์ที่บ้าน พร้อมสรุปเทคนิคการสื่อสารที่ควรใช้กับเด็กอหิวาต์ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กอหิวาต์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ขณะอยู่ที่บ้านได้

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 5 ในครั้งที่ 3 ใช้ระยะเวลา 30 นาที มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กอหิวาต์มีความรู้ในเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดทั้งสองแบบ และเพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็ก อหิวาต์มีทักษะการเผชิญความเครียดโดยใช้แนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องและเหมาะสม ในการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาจากสถานการณ์ตัวอย่าง

และสถานการณ์ตัวอย่างจากกิจกรรมที่ 2 พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องความหมายของความเครียด รูปแบบการเผชิญความเครียด ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเผชิญความเครียด กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กออทิสติกที่บ้านร่วมกัน และมอบหมายให้ทำการบ้านเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกขณะอยู่ที่บ้าน วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ จากการกระทำนั้น เพื่อฝึกทักษะการเผชิญความเครียดกับสถานการณ์จริง

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการหายใจและการคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียด หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 6 ในครั้งที่ 3 ใช้ระยะเวลา 30 นาที มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัว เด็ก ออทิสติกมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลาย ความเครียดและทราบแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ ในการฝึกทักษะการจัดการ กับอารมณ์ด้วยการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึก การหายใจ และชี้แจงประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกวิธีคลายเครียด เพื่อช่วยให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลายและมีสมาธิมากขึ้น

กิจกรรมที่ 7 การประเมินทัศนคติใหม่ หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 7 ในครั้งที่ 3 ใช้ ระยะเวลา 30 นาที มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้ทบทวนความรู้ที่ได้รับ ในทุกกิจกรรม และนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินสถานการณ์เดิมอีกครั้ง สามารถแยกแยะถึงผลดี และผลเสียที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง และเกิดความเข้าใจ มั่นใจ มีทักษะ และ มีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง ให้ สมาชิกทบทวนความรู้และทักษะต่างๆที่ได้รับการพัฒนาในกิจกรรมที่ 3 - 6 ให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกัน รวบรวมข้อมูลที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม ใช้สถานการณ์ตัวอย่างจาก กิจกรรมที่ 2 ให้สมาชิกร่วม ประเมินทัศนคติใหม่ว่าสถานการณ์นั้นยังมีอันตรายอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด ให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็ก ออทิสติกร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่าจะใช้วิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร วิเคราะห์ถึง ผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้นจากการกระทำในแต่ละวิธีนั้นๆ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกใน กลุ่มได้ทบทวนความรู้และความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก โดยการแสดงออกทางอารมณ์และ พฤติกรรมที่เหมาะสม และนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยในจัดบริการให้กับเด็กออทิสติกและผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ประกอบด้วย ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครอง ด้านพัฒนาการและสติปัญญาอายุ 6 -18 ปี พัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก เพื่อลดข้อจำกัดในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัวและชุมชน ทักษะที่พัฒนาได้แก่ ทักษะ การเคลื่อนไหวและการใช้ กล้ามเนื้อมัดเล็ก Gross and Fine Motor-GM/FM ทักษะพื้นฐานงาน

บ้าน (House work) ทักษะการสื่อสาร (Communication) ทักษะทางสังคม (Social) และทักษะการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living - ADL) โดยจะได้รับคำแนะนำและกิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรที่มีสุขภาพ ให้การพยาบาลโดยประกอบไปด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) การประเมินผลการพยาบาล กิจกรรมที่หอผู้ป่วยจัดให้เด็กออทิสติกและผู้ปกครองได้แก่ การออกกำลังกาย การสอนทักษะเด็กรายบุคคล การทำกิจกรรมกลุ่มกับเด็ก เช่น กลุ่มสมาธิ กลุ่มภาษา กลุ่มสังคม กลุ่มศิลปะ เป็นต้น และการให้ความรู้กับผู้ปกครอง เช่น เรื่องโรคออทิสติก เรื่องการรับประทานยา เรื่องทักษะการสอนรายบุคคล พร้อมกับให้คำแนะนำในการฝึกอย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงที่โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีภาระการดูแลลดลง
2. เพื่อเป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการบริการและให้การดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงสำหรับพยาบาลร่วมกับครอบครัวโดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

- 1.1 ความหมายและความชุกของโรคออทิสติก
- 1.2 สาเหตุของโรคออทิสติกและภาวะบกพร่องทางสติปัญญา
- 1.3 อาการและอาการแสดง
- 1.4 การวินิจฉัยโรคและการแบ่งประเภทของเด็กออทิสติกตามระดับความรุนแรงของ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

2. ภาระการดูแล

- 2.1 ความหมายและองค์ประกอบของภาระการดูแล
- 2.2 การประเมินภาระการดูแล
- 2.3 ภาระการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

2.3.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

2.3.2 ความเครียดและการเผชิญความเครียดของครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด

- 3.1 ความหมายของความเครียดและการเผชิญความเครียด
- 3.2 แนวคิดในการเผชิญความเครียด
- 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด
- 3.4 วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

4. การปฏิบัติการพยาบาลและการช่วยเหลือเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง

5. การพยาบาลเพื่อการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนาโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง

1.1 ความหมายและความชุกของเด็กออทิสติก

โรคออทิสติก (Autism Spectrum Disorder) เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นของพัฒนาการหลายด้าน คือ มีความผิดปกติทางสังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้ได้เหมือนเด็กปกติ และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา แต่ถ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลากรทางสาธารณสุขและครอบครัวร่วมด้วย ก็จะทำให้เด็กมีพัฒนาการและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น

การวินิจฉัยโรคออทิสติกเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-5 (American Psychiatric Association;2011) จัดออทิสติกทุกสเปกตรัมอยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยที่เรียกว่า “พีดีดี” (Pervasive Developmental Disorders) มักพบความผิดปกติบางอย่างที่สังเกตได้ตั้งแต่อายุ 18 เดือน และจะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เมื่ออายุ 2 ปี (Filipek et al, 2000) ประกอบด้วย 5 กลุ่มย่อย ดังนี้ 1) ออทิสติก (Autistic Disorder) 2) แอสเพอร์เกอร์ (Asperger’s Disorder) 3) เร็ทท์ (Rett’s Disorder) 4) ซีดีดี (Childhood Disintegrative Disorder) 5) พีดีดี เอ็นโอเอส (PDD, Not Otherwise Specified) โดยกำหนดหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคออทิสติก (Autistic Disorder) ซึ่งประกอบด้วย 3 เกณฑ์หลัก ดังนี้

1.1.1 เข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ 6 ข้อหรือมากกว่า จากหัวข้อ (1) (2) และ (3) โดยอย่างน้อยต้องมี 2 ข้อ จากหัวข้อ (1) และจากหัวข้อ (2) และ (3) อีกหัวข้อละ 1 ข้อ

1) มีคุณลักษณะในการเข้าสังคมที่ผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้

(1) บกพร่องอย่างชัดเจนในการใช้ท่าทางหลายอย่าง เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า กิริยาหรือท่าทางประกอบการเข้าสังคม

(2) ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับที่เหมาะสมกับอายุได้

(3) ไม่แสดงความอยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงานให้เกิดความสำเร็จกับคนอื่น ๆ (เช่น ไม่แสดงออก ไม่เสนอความเห็น หรือไม่ชี้ว่าตนสนใจอะไร)

(4) ไม่มีอารมณ์หรือสัมพันธ์ภาพตอบสนองกับสังคม

2) มีคุณลักษณะในการสื่อสารผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อ

(1) พัฒนาการในการพูดช้าหรือไม่มีเลย โดยไม่แสดงออกว่าอยากใช้การสื่อสารวิธีอื่นมาทดแทน (เช่น แสดงท่าทาง)

(2) ในรายที่มีการพูดได้ ก็ไม่สามารถเริ่มพูดหรือสนทนาต่อเนื่องกับคนอื่นได้

(3) ใช้คำพูดซ้ำหรือใช้ภาษาที่ไม่มีใครเข้าใจ

(4) ไม่มีการเล่นสมมติที่หลากหลาย คิดเองตามจินตนาการ หรือเล่นเลียนแบบสิ่งต่างๆ ตามสมควรกับพัฒนาการ

3) มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด ใช้ซ้ำ และรักษาเป็นเช่นเดิม โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้

(1) หมกมุ่นกับพฤติกรรมซ้ำๆ (stereotyped) ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป และความสนใจในสิ่งต่างๆ มีจำกัด ซึ่งเป็นภาวะที่ผิดปกติทั้งในแง่ของความรุนแรงหรือสิ่งที่สนใจ

(2) ติดกับกิจวัตร หรือย่ำทำกับบางสิ่งบางอย่างที่ไม่มีประโยชน์ โดยไม่ยืดหยุ่น

(3) ทำกิริยาซ้ำๆ (mannerism) เช่น เล่นสะบัดมือหมุน โยกตัว มองพัศลม

(4) สนใจหมกมุ่นกับเพียงบางส่วนของวัตถุ

1.1.2 มีความซ้ำหรือผิดปกติในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ ก่อนอายุ 3 ปี

1) ปฏิสัมพันธ์กับสังคม

2) ภาษาที่ใช้สื่อสารกับสังคม

3) เล่นสมมติหรือเล่นตามจินตนาการ

1.1.3 ความผิดปกติไม่เข้ากับ Rett's Disorder หรือ Childhood Disintegrative Disorder

เพ็ญแข ลิ้มศิลา (2550) กล่าวว่า เด็กออทิสติกมีความล่าช้าของพัฒนาการ คือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อความหมายและจินตนาการ แสดงให้เห็นจากการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากวัยเดียวกัน เช่น อยู่ในโลกลงส่วนของตนเอง ไม่สามารถสื่อความหมายกับบุคคลรอบข้าง เล่นกับใครไม่เป็น

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา (2553) กล่าวว่า เด็กออทิสติกเป็นความผิดปกติของพัฒนาการเด็ก รูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว โดยเด็กไม่สามารถพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย มีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรรม และความสนใจ เป็นแบบแผนซ้ำๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่อง ปัญหาดังกล่าวเป็นตั้งแต่เล็ก ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำรงชีวิต

Goodman & Scott (2012) กล่าวว่า เด็กออทิสติก คือ เด็กที่มีภาวะของโรคออทิสซึมที่มีความบกพร่องของพัฒนาการหลายด้าน เช่น พัฒนาการด้านสังคม การสื่อสารและภาษา และปัญหาพฤติกรรม

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการ 3 ด้าน คือ มีความผิดปกติทางสังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษา และการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

ออทิสติก (Autistic disorder) ทั่วโลกพบว่ามีคนชุกของเด็กออทิสติก 1:1,000 คนของประชากร (Center of Disease Control and Prevention, 2011) สำหรับอัตราความชุกของโรคออทิสติกในประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์ของโรคสูงขึ้นเช่นกัน จากสถิติของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2559 พบความชุกของออทิสติก ประมาณ 6:1,000 คน อัตราส่วนคิดเป็นร้อยละ 0.6 (กรมสุขภาพจิต, 2559) สอดคล้องกับสถิติเด็กออทิสติกในสถาบันราชานุกูล พบว่าผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในปี 2555-2560 มีจำนวน 7,540, 8,455, 8,950, 11,266, 12,340 และ 13,567 คน ตามลำดับ (งานเวชสถิติสถาบันราชานุกูล, 2560)

เด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง คือ เด็กที่มีความผิดปกติหรือมีความบกพร่องเกี่ยวกับพัฒนาการ มักมีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน มีความผิดปกติทางสังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร และความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม มีความจำกัดในการดูแลตนเอง ส่วนใหญ่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด หรือต้องช่วยใน

ทุกๆ ด้านอย่างมากตลอดชีวิตโดยแพทย์ได้วินิจฉัยแล้ว เป็นการแบ่งตาม American of Mental Retardation (AAMR) มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ดังนั้นในงานวิจัยนี้คำนึงถึงระดับความรุนแรงของ IQ เนื่องจาก เด็กในกลุ่มนี้มีความจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องช่วยในทุกๆ ด้านอย่างมากตลอดชีวิต

1.2 สาเหตุของโรคออทิสติกและภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ในการศึกษาถึงสาเหตุของโรคออทิสติก แต่ยังไม่ทราบสาเหตุของความผิดปกติที่ชัดเจน ในปัจจุบันมีหลักฐานสนับสนุนว่าน่าจะเกิดจากการทำงานของสมองผิดปกติ มากกว่าเป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อม ในอดีตเคยเชื่อว่าโรคออทิสติก เกิดจากการเลี้ยงดูในลักษณะที่เย็นชา (refrigerator) แต่จากหลักฐานข้อมูลในปัจจุบันยืนยันได้ชัดเจนว่า รูปแบบการเลี้ยงดูไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคออทิสติก ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factor) ที่พบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคออทิสติก จากการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยต่างๆ มีดังนี้ (ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา , 2553)

1.2.1 สาเหตุของโรคออทิสติก

1.2.1.1 ด้านพันธุกรรม (Genetic Factor)

1.2.1.1.1 ศึกษาในฝาแฝดพบว่าถูกควบคุมโดยปัจจัยด้านพันธุกรรมสูงมาก

1.2.1.1.2 ศึกษาในครอบครัว พบว่าในญาติลำดับที่ 1 ของผู้ที่เป็นโรคออทิสติก เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคออทิสติก และกลุ่มโรคคล้ายออทิสติก

1.2.1.2 ด้านเภสัชวิทยาาระบบประสาท (Neuropharmacological Study) พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับสารเคมีสื่อประสาท ซีโรโทนิน โดยมีระดับในเกล็ดเลือดสูงขึ้น

1.2.1.3 คลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography - EEG) พบว่ามีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมอง มากกว่าประชากรปกติ แต่ไม่พบลักษณะจำเพาะที่อธิบายความผิดปกติของการทำงานของสมองได้

1.2.1.4 ภาพฉายระบบประสาท (Neural Imaging) พบความผิดปกติหลากหลายรูปแบบ แต่ยังคงคลุมเครืออยู่ ไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน เช่น cerebellar vermis hypoplasia or hyperplasia, third ventricleใหญ่, caudateเล็ก

1.2.1.5 พยาธิวิทยาาระบบประสาท (Neuropathological Study) ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน แต่จากหลายการศึกษาพบว่าเกี่ยวข้องกับจำนวน Purkinje cell ที่ลดลง

1.2.1.6 การศึกษาปริมาตรของสมอง (Study of Brain Volume)

พบว่าปริมาตรของสมองเพิ่มขึ้น ยกเว้นสมองส่วนหน้า (frontal lobe) และพบว่าเส้นรอบวงของศีรษะปกติในตอนแรกเกิด แล้วเริ่มมากผิดปกติในช่วงวัยเด็กตอนต้นถึงตอนกลาง

1.2.2 สาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

สาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเกิดจากปัจจัยต่างๆ ในด้านชีวภาพ สังคมจิตวิทยา หรือหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน ประมาณร้อยละ 30-50 ของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เท่านั้นที่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง (IQ<50) ซึ่งพบสาเหตุได้ร้อยละ 80 ส่วนกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อยพบสาเหตุได้ประมาณ ร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณร้อยละ 50 ของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มีสาเหตุมากกว่าหนึ่งอย่าง

1.2.2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม พบร้อยละ 5 อาจเป็นความผิดปกติของยีน หรือโครโมโซมที่พบบ่อยที่สุดคือ กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome)

1.2.2.2 ความผิดปกติในระหว่างการพัฒนาของทารกในครรภ์ พบร้อยละ 30 อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโครโมโซม การติดเชื้อหัดเยอรมัน เอดส์ ซิฟิลิส หรือเชื้ออื่นๆ ของมารดาในขณะตั้งครรภ์ หรือมารดาได้รับสารที่ก่อให้เกิดความพิการต่อทารกในครรภ์เช่น เหล้า บุหรี่ รั้งสี ยา มีความผิดปกติของรก เช่นในมารดาที่มีภาวะครรภ์พิษ หรือมีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางแต่กำเนิด

1.2.2.3 ปัญหาต่างๆในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด พบร้อยละ 10 ได้แก่ การขาดสารอาหารของทารกในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด การบาดเจ็บที่ทำให้สมองขาดออกซิเจน ขาดเลือด และมีเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ ภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน การติดเชื้อระหว่างการคลอด เช่น เชื้อเริม (Herpes Simplex)

1.2.2.4 ปัญหาต่างๆในระยะหลังคลอด พบร้อยละ 5 ได้แก่ การติดเชื้อที่สมอง เช่นสมองอักเสบหรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ การบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง ภาวะขาดออกซิเจน อาจเกิดจากการจมน้ำหรือการชก ภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน ได้รับสารพิษที่มีผลต่อสมอง เช่น ตะกั่วหรือการขาดสารอาหาร

1.2.2.5 ปัจจัยต่างๆจากสิ่งแวดล้อมและความผิดปกติทางจิตอื่นๆ พบร้อยละ 15-20 ได้แก่ ความยากจนและครอบครัวแตกแยก ความผิดปกติในปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูกับ

เด็ก ความผิดปกติทางจิตของผู้เลี้ยงดู หรือมีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรงและไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 30

สาเหตุของโรคออทิสติก แต่ยังไม่ทราบสาเหตุของความผิดปกติที่ชัดเจน แต่พบว่ามีปัจจัยทางชีววิทยา (biological factor) ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคออทิสติก ได้แก่ ด้านพันธุกรรม ด้านเภสัชวิทยา ระบบประสาท คลื่นไฟฟ้าสมอง ภาพฉายระบบประสาท พยาธิวิทยา ระบบประสาท การศึกษาปริมาตรของสมอง

ส่วนสาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเกิดจากปัจจัยต่างๆ ในด้านชีวภาพ สังคม จิตวิทยา หรือหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ความผิดปกติในระหว่างการพัฒนาของทารกในครรภ์ ปัญหาต่างๆ ในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ปัญหาต่างๆ ในระยะหลังคลอด ปัจจัยต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมและความผิดปกติทางจิตอื่นๆ

1.3 อาการและอาการแสดง

อาการของเด็กกลุ่มโรคออทิสติก มีดังนี้ คือ (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2550)

1.3.1 ความผิดปกติด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social disturbance) เป็นความบกพร่องที่มีความรุนแรงมากที่สุดของกลุ่มโรคออทิสติกและดำเนินอยู่ตลอดในแต่ละช่วงวัย โดยกลุ่มออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสังคมน้อยถือว่ามีอาการโรคที่ตี ความบกพร่องทางสังคม ได้แก่

- 1.3.1.1 ไม่มองหน้า ไม่สบตา แม้นขณะสนทนาหรือมีกิจกรรมร่วมกัน
- 1.3.1.2 ไม่แสดงสีหน้าท่าทาง ไม่ยิ้ม ดูเป็นเด็กหน้าเฉย ดูไร้อารมณ์
- 1.3.1.3 ไม่มีภาษาท่าทางเพื่อการสื่อสาร เช่น ไม่ชี้นิ้วบอกถึงสิ่งที่ต้องการ
- 1.3.1.4 ไม่หันหาเสียงเรียกชื่อ แต่สนใจเสียงชนิดอื่นแทน
- 1.3.1.5 เล่นคนเดียว หรืออยู่ตามลำพัง

1.3.2 ความผิดปกติด้านภาษาและการสื่อสาร มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า เป็นอาการแสดงที่นำเด็กกลุ่มโรคออทิสติกมาพบแพทย์บ่อยที่สุด โดย 50% ของเด็กกลุ่มโรคนี้ไม่สามารถใช้ภาษาพูดเพื่อการสื่อสารได้ โดยความผิดปกติด้านภาษาและการสื่อสารที่พบในเด็กกลุ่มโรคออทิสติก ได้แก่ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545)

- 1.3.2.1 พัฒนาการด้านการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารล่าช้า
- 1.3.2.2 ไม่สามารถใช้ภาษาท่าทางเพื่อการสื่อสาร
- 1.3.2.3 เรียกชื่อไม่หัน ไม่เข้าใจคำสั่ง ไม่สนใจฟังเวลาพูดด้วย
- 1.3.2.4 พูดคำหรือวลีที่ไม่มีความหมาย ช้า ๆ หรือส่งเสียงไม่เป็นภาษา

1.3.2.5 ใช้ภาษาผิดปกติ โดยใช้คำที่ตนเองเข้าใจความหมายเท่านั้น

1.3.2.6 โทนเสียงในการพูดผิดปกติ เช่น พูดเสียงเดียว พูดเสียงสูง ต่ำ

1.3.3 ความผิดปกติของพฤติกรรม

1.3.3.1 มีพฤติกรรมที่ซ้ำๆ เช่น ฟังเพลงเดิมๆ ดูการ์ตูนเรื่องเดิม

1.3.3.2 ชอบดูของหมุนๆ เช่น พัดลม เครื่องซักผ้า ล้อรถหมุน

1.3.3.3 กิจกรรมประจำวันมีแบบแผนเฉพาะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1.3.3.4 มีการเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ เช่น สะบัดมือ หมุนตัว เขย่งเท้า

1.3.3.5 ในกลุ่มที่มีความสามารถสูง จะมีความสนใจเฉพาะเรื่องจน

กลายเป็นความสามารถพิเศษ มีการสะสมของที่สนใจ พูดแต่เรื่องที่ตนเองสนใจ

สรุปได้ว่า อาการและอาการแสดงของเด็กออทิสติกจะแสดงออกโดยไม่มีปฏิสัมพันธ์ในการโต้ตอบกับบุคคลอื่น มีปัญหาทางด้านภาษาและการสื่อสาร ใช้คำพูดแปลกๆ พูดซ้ำ หรือไม่พูดเลยและมีปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ แสดงออกมาโดยไม่เหมาะสมไม่สมเหตุผล

1.4 การวินิจฉัยโรคและการแบ่งประเภทของเด็กออทิสติกตามระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

อาจแบ่งตามระดับความรุนแรง สาเหตุหรือความช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาต้องการ

การแบ่งระดับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาตาม DSM IV และความชุก

ระดับ IQ	ระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	ร้อยละที่พบ
55-69	น้อย(Mild)	85
40-54	ปานกลาง(Moderate)	10
25-39	รุนแรง(Severe)	3-4
< 25	รุนแรงมาก(Profound)	1-2

ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2557)

เป็นการแบ่งตาม American of Mental Retardation (AAMR) ซึ่งไม่ได้เน้นที่ระดับเซาว์ ปัญญา แต่พิจารณาพฤติกรรมการปรับตัว 10 ข้อ แต่การแบ่งวิธีนี้ก็ยังมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ได้แก่ ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว (intermittent), ต้องการความช่วยเหลือปานกลาง(limited) , ต้องการความช่วยเหลือมาก (extensive) และ ต้องการความช่วยเหลือตลอดเวลา (pervasive)

ลักษณะทางคลินิก

พัฒนาการล่าช้า เป็นอาการที่สำคัญของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ภาวะบกพร่องทางสติปัญญายิ่งรุนแรงมากเท่าใดความล่าช้าของพัฒนาการก็ยิ่งปรากฏให้เห็นเร็วขึ้นเท่านั้น ความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา แบ่งออกได้ดังนี้

1.4.1 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมาก

พัฒนาการล่าช้าชัดเจนตั้งแต่เล็กๆทั้งในด้านประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว อาจจะฝึกรช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องอาศัยการฝึกอย่างมาก ส่วนใหญ่พบว่ามีความพิการ ต้องการการดูแลตลอดเวลา ตลอดชีวิต แม้จะเป็นผู้ใหญ่แล้วก็ตาม

1.4.2 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง

พบความผิดปกติของพัฒนาการตั้งแต่ขวบปีแรก มักมีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สื่อความหมายได้เพียงเล็กน้อยหรือพูดไม่ได้เลย บางรายเริ่มพูดได้เมื่อเข้าสู่วัยเรียน มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ในบางรายพบพยาธิสภาพมากกว่า 1 อย่าง มีทักษะการป้องกันตนเองน้อย มีความจำกัดในการดูแลตนเอง ทำงานง่ายๆได้ ส่วนใหญ่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดหรือต้องช่วยในทุกๆด้านอย่างมาก ตลอดชีวิต

1.4.3 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง

มักได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่วัยก่อนเรียน เมื่ออายุประมาณ 2-3 ปี โดยพบว่าอาจมีความแตกต่างของระดับความสามารถในด้านต่างๆ เช่น ล่าช้าในด้านการใช้ภาษา บกพร่องในทักษะการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับมิติสัมพันธ์ (visuo-spatial processing skills) และบางรายมีความสามารถทางภาษาเด่น ในบางรายพบพยาธิสภาพชัดเจน สามารถเรียนได้ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 2-3 ในวัยเรียนมักต้องการการจัดการศึกษาพิเศษ สามารถเรียนรู้การเดินทางตามลำพังได้ในสถานที่ที่คุ้นเคย ใช้ชีวิตในชุมชนได้ดีทั้งการดำรงชีวิตและการทำงาน แต่ต้องการความช่วยเหลือปานกลาง ตลอดชีวิต ประมาณร้อยละ 20 ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง

1.4.4 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อย

มักได้รับการวินิจฉัยเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียนแล้ว เนื่องจากในวัยก่อนเรียนพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่เรียนได้ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือสูงกว่า เมื่อเป็นผู้ใหญ่สามารถทำงาน แต่งงาน ดูแลครอบครัวได้ แต่อาจต้องการความช่วยเหลือบ้างเป็นครั้งคราว เมื่อมีปัญหาชีวิตหรือหน้าที่การงาน มักไม่พบสาเหตุทางพยาธิสภาพ ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจสถานะยากจนหรือด้อยโอกาส ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

การวินิจฉัยโรคออทิสติกและการแบ่งประเภทของเด็กออทิสติกตามระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เป็นการแบ่งตาม American of Mental Retardation (AAMR) ซึ่งไม่ได้เน้นที่ระดับเชาวน์ปัญญา แต่พิจารณาพฤติกรรมการปรับตัว 10 ข้อ แต่การแบ่งวิธีนี้ก็ยังมี ความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ระดับคือ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับรุนแรง และระดับรุนแรงมาก

2. ภาวะการดูแล

2.1 ความหมายและองค์ประกอบของภาวะการดูแล

ความหมายและองค์ประกอบของภาวะในการดูแลตามแนวคิดต่างๆมีดังนี้ ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 ให้ความหมายของคำว่า ภาวะ หมายถึง การงานที่หนักหรือหน้าที่ที่ต้องรับเอา และจากพจนานุกรมของ Grolies, 1976 (The New Grolies Webster international Dictionary, 1976 อ้างถึงใน ทีปประพิน สุขเขียว, 2543) ภาวะ หมายถึง สิ่งที่ทำให้เกิดความรับผิดชอบ สิ่งที่ต้องใช้แรงงาน คือยากในการดำเนินการ สิ่งที่ทำให้ทุกขใจ สิ่งที่น่าเบื่อ รวมทั้งมีผู้ให้ความหมายของภาวะผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกไว้หลากหลายดังนี้

Thomson and Doll, 1982 และ Montgomery Gonyea and Hooyman, 1985 ซึ่งได้ให้ความหมายของภาวะของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกว่าเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลเด็กออทิสติก โดยแบ่งภาวะเป็น 2 มิติคือ ภาวะเชิงปรนัย (objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่เกิดจากการงาน หน้าที่ ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวน

และเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน การมีกิจกรรมร่วมในสังคมลดลง ปัญหาหน้าที่การงาน และปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกี่ยวกับ ประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย

ส่วน Gorge and Gwyther, 1986 กล่าวว่าภาระของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเป็น ความยากลำบากในการดูแลเด็กออทิสติกที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ Feddersen, 1990 อ้างถึงใน ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540 ให้ความหมายของภาระว่าเป็นสภาพปัญหาในสถานการณ์ที่มีความ เฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกจะต้องอดทนต่อสภาพปัญหานั้น ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ความเหนื่อยล้า ปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตก กังวล ความซึมเศร้า ปัญหาทางด้านสังคม และปัญหาทางการเงิน สำหรับ Tessler, 1992 ได้ให้ ความหมายของภาระที่แตกต่างออกไปคือ แบ่งภาระออกเป็น 2 ด้าน คือภาระจากพฤติกรรมของ ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก เช่น ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกในการจัดการ ดูแลเด็กออทิสติก และภาระจากพฤติกรรมการรบกวนของเด็กออทิสติก โดยประเมินผลของภาระ ตามสถานการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้จาก 4 มุมมอง

จะเห็นได้ว่ามีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับภาระในรูปแบบที่เหมือนและแตกต่างกันตามการรับรู้ของ แต่ละคน ซึ่งแนวคิดที่จะนำไปใช้ก็ควรจะเป็นแนวคิดที่ตรงกับมุมมองของความสนใจของแต่ละคน และเหมาะสมกับงานวิจัยนั้นๆ สำหรับแนวความคิดภาระของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่ผู้ ศึกษาสนใจศึกษาคือ แนวความคิดภาระของผู้ดูแล (Caregivers burden) ของ Montgomery, 1984 โดยให้ความหมายของภาระในการดูแลในการดูแลเด็กออทิสติก คือ การรับรู้ถึงความรู้สึกที่ แสดงถึงความหนัก ความเครียด ความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งส่งผล กระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบ่งภาระของผู้ดูแล เป็น 2 ด้านได้แก่

1) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนิน ชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกในด้านต่างๆดังนี้ คือ ความเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่าง บุคคล การมีกิจกรรมร่วมในสังคม หน้าที่การงาน และภาวะสุขภาพ Fredman (1998) พบว่าผู้ดูแล ในครอบครัวเด็กออทิสติกมีปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยปัญหาทางด้าน

ร่างกาย ได้แก่ ภาวะสุขภาพไม่สมบูรณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ต่างๆ แทนเด็กออทิสติกมากขึ้น และปัญหาทางด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ซึ่งพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกหลักมีอัตราการเจ็บป่วยทางจิตได้มากที่สุด

2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ปฏิกริยาทางอารมณ์ และทัศนคติของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาระหรือปัญหา การดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแล Ganguly, Chadda & Singh (2010) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกหรือญาติ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีภาระมากในการดูแลขึ้นอยู่กับลักษณะของเด็กออทิสติกและความสัมพันธ์ระหว่างเด็กออทิสติกกับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่ให้การดูแลเด็กออทิสติกในระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกในทุกด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ เช่น เศร้า รู้สึกผิด โกรธ อับอาย และไม่มีเพื่อน เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดภาวะเครียดในจิตใจแล้วจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกลดลงและไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น หากผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว คนใกล้ชิด เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข หรือคนในชุมชน จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กออทิสติกได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและให้การดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเต็มความสามารถ

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแล จากการทบทวนรายงานการวิจัย พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก สามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

2.2.1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก

2.2.1.1 ระยะเวลาในการดูแลเด็กออทิสติก การดูแลเด็กออทิสติกเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา มีผลกระทบต่อความเหมาะสมในชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก

Oberst, Thomas, Gass, and Word , 1989 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการรักษากับภาวะในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบำบัดพบว่า ระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการรักษาผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกจะรับรู้ภาวะในการดูแลมากขึ้น

ติรยา เลิศหัตถศิลป์ (2555) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า ปัญหาที่ผู้ดูแลให้ความสำคัญคือ ปัญหาการสื่อสารปัญหาพฤติกรรมในกลุ่มชน ไม่นิ่ง ก้าวร้าว พบผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลเด็กรู้สึกว่าเด็กเป็นภาระน้อยถึงปานกลางคะแนน ความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยที่นานขึ้นเวลาที่ผู้ดูแลใช้ในการดูแลเด็กที่เพิ่มขึ้น การที่เด็กมีปัญหาสื่อสารไม่รู้เรื่องหรือไม่พูด เด็กมีปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือแปลกไปจากพฤติกรรมปกติในสังคม และจำนวนปัญหารวมของเด็กที่เพิ่มขึ้น

2.2.1.2 ความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติก บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนในที่ทำงานเดียวกัน และคนใกล้ชิด อาจมีฐานเริ่มมาจาก มีความสนใจร่วมกัน จึงมีความสัมพันธ์ต่อกันหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคล ภายใต้สถานการณ์แต่ละอย่าง การช่วยเหลือเกื้อกูลที่ได้รับจากกัน จึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ จากการศึกษาลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในรัฐโอไฮโอ พบว่าผู้ปกครองของผู้ป่วยทำหน้าที่ดูแล ร้อยละ 40 (Jones, 1996)

2.2.1.3 การศึกษา จะช่วยให้บุคคลมีข้อมูลและความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดี การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ รวมทั้งมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ ในการเผชิญและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาต่ำกว่า การศึกษามีผลต่อการพัฒนาสติปัญญาช่วยในการตัดสินใจ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วย มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

2.2.1.4 รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

Montgomery, 1985 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาระของผู้ดูแล อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมาก จะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย สอดคล้องกับ Bull, 1990 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลจากสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน อธิบายได้ว่า ครอบครัวที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย

2.2.1.5 อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้รับรู้ภาระต่างกัน (Cook et al., 1993) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไขและเผชิญปัญหา ผู้มีอายุน้อยกว่าจึงย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้ภาระน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่าภาระจะน้อย (Montgomery, Gonyea, Hooyman, 1985)

2.2.1.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัวเพียง 1-2 คน จะมีภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัว 3 - 8 คน (Crotty and Kuly, 1986) เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลแต่ผู้ป่วยเท่านั้น ผู้ดูแลยังทำหน้าที่ดูแลสมาชิกภายในบ้านด้วย

2.2.1.7 การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ได้แก่การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Crotty and Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุขศึกษาแก่ผู้ดูแล ช่วยลดภาระเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหา (Montgomery, Stull, and Borgatta, 1985)

2.2.1.8 ความเครียด ผลกระทบในด้านร่างกาย จากการศึกษาของ อรศิริ ภิเศก, 2542 ในเรื่องแบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัวเด็กออทิสติก พบว่า ภรรยาจะต้องรับภาระในการดูแลลูกเกือบตลอดเวลา ต้องรับภาระต่างๆภายในบ้านทุกเรื่อง สามีจะเป็นฝ่ายรับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายและบางครั้งอาจต้องทำงานล่วงเวลาเพื่อหารายได้พิเศษ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและ

อ่อนเพลีย นอกจากนี้ยังพบว่าบิดามารดาส่วนใหญ่สุขภาพทรุดโทรม รู้สึกอ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อยและอ่อนล้า มากกว่าภาวะความเป็นบิดามารดาของเด็กปกติทั่วไป

ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดความเครียด บรรยากาศในครอบครัวจึงเต็มไปด้วยความกดดัน ไม่สามารถสื่อสาร สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ บางครอบครัวบิดากล่าวโทษว่าเป็นความผิดของมารดาที่เลี้ยงบุตรไม่ดี บางครอบครัวลงเอยด้วยการหย่าร้าง ส่วนมารดาเมื่อมีภาระหนักขึ้นมักมีปัญหาทางอารมณ์ตามมา นอกจากนี้จากการศึกษาของ Gray, 1994 ที่ศึกษาการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวต่อโรคออทิสติก พบว่า สมาชิกในครอบครัวจะมีความตึงเครียดและรู้สึกวิตกกังวลต่อการบำบัดรักษาและค่ารักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวจะเกิดความเครียดในการที่จะต้องจัดการกับวิถีชีวิตในครอบครัวที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งภาระในการจัดการภายในบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

ดลฤดี แดงน้ำคู้, 2549 ศึกษา ความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น พบว่า ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 68.8 มีความเครียดในการดูแลเด็กในระดับรุนแรง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นคือ ระดับของปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน ความรุนแรงของพฤติกรรมต่อต้าน การมีหรือไม่มีคนช่วยในการดูแลเด็ก และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง

2.2.2. ปัจจัยด้านเด็ก

2.2.2.1 พฤติกรรมของเด็กออทิสติก ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติกเป็นสิ่งที่ใช้บ่งชี้ภาระของผู้ดูแล (Maurin and Boyd, 1990 อ้างถึงใน ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) พฤติกรรมที่รุนแรงหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้จะทำให้ผู้ดูแลมีภาระได้

2.2.2.2 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาในประเทศมาเลเซียเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับภาระของครอบครัว พบว่า จำนวนครั้งในการเข้าโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับภาระเพียงเล็กน้อย (Salle, 1994)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแล สามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล และปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล ประกอบไปด้วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับเด็ก การศึกษา รายได้ของครอบครัว อายุของผู้ดูแล จำนวนสมาชิกในครอบครัวของ

ผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ปัจจัยด้านเด็ก ประกอบด้วย พฤติกรรมของเด็กออทิสติก และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.2.3 การประเมินภาวะการดูแล จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกซึ่งมีแตกต่างกันไป ทำให้การประเมินภาระของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีหลายรูปแบบแตกต่างกันไปเช่นกัน เครื่องมือส่วนใหญ่อาศัยตัวบ่งชี้ภาระสองมิติ คือภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย (Miller et al., 1991) ซึ่งภาระเชิงปรนัยจะแสดงถึงความยากลำบากของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่เกิดจากงานหรือกิจกรรมการดูแลเด็กออทิสติกสามารถประเมินได้ จากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก (Montgomery et al., 1985) ส่วนภาระเชิงอัตนัย จะเป็นทัศนคติ ความรู้สึก หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อความรับผิดชอบในการดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้คะแนนรวมของภาระในแต่ละมิติที่ได้ สามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเฉพาะมิตินั้นๆได้ จึงสะท้อนให้เห็นถึงผลของการรับผิดชอบต่อดูแลเด็กออทิสติกในแง่มุมมองที่แตกต่างกัน และเครื่องมือประเมินภาระของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกทั้งสองมิตินี้รวมกันเป็นมิติเดียว การประเมินในลักษณะนี้คะแนนรวมที่ได้จะแสดงถึงภาระของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกซึ่งไม่สามารถแยกมิติของภาระได้ เครื่องมือที่ประเมินภาระของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกด้วยภาระประเภทเดียว คือภาระเชิงอัตนัย (Jones, 1992) จะเห็นได้ว่า เครื่องมือประเมินภาระของผู้ดูแลแต่ละมิติยึดที่ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่สนใจเป็นหลัก ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกอีกกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาแตกต่างกัน ดังนั้นการจะนำเครื่องมือมาใช้จึงต้องประเมินว่าเครื่องมือเหล่านั้นสามารถประเมินภาระของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติกในลักษณะใด รวมทั้งมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกและเด็กออทิสติกที่ต้องการศึกษา เพื่อที่จะให้การประเมินภาระของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกแนวคิดภาระของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกตามแนวคิดของ Montgomery, 1985 ใช้ในการประเมินการรับรู้ภาระการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ได้แก่ แบบวัดภาระการดูแลเด็กของผู้ดูแล (caregiver burden scale) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery, 1985 (สุภาวดี ชุ่มจิตต์, 2547)

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหา

ครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-5 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนนและไม่เห็นด้วยเท่ากับ 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) และหลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้เนื้อหา และภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด

3.1 ความหมายของความเครียดและการเผชิญความเครียด

3.1.1. ความหมายของความเครียด

ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม จะพยายามจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่โดยการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม (Lazarus & Folkman, 1984) ผ่านกระบวนการรับรู้หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่คุกคาม ซึ่งการประเมินนี้เป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก (กุลธิดา สุภาคุณ, 2555) และในชีวิตประจำวันบุคคลมักเผชิญภาวะเครียด จากสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในตัวได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวได้ในระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้น โดยมีผู้ให้ความหมายของความเครียดไว้หลากหลายแนวคิดเช่น

Selye (1976) กล่าวว่า ความเครียดเป็นการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองร่างกายต่อสิ่งที่มาคุกคามหรืออันตราย ส่งผลให้โครงสร้างและสารเคมีในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป และแสดงออกมาให้เห็นในด้านร่างกายเช่น ปวดหลัง ปวดศีรษะ เป็นต้น ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

Lazarus & Folkman (1984) ได้อธิบายความเครียดในรูปแบบที่เป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลรับรู้หรือประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกินขีดความสามารถในการปรับตัว โดยรู้สึกว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง เป็นสิ่งที่คุกคามหรือทำลาย โดยกระบวนการตัดสินใจว่าตนมีภาวะเครียดหรือไม่นั้น ต้องผ่านกระบวนการรู้คิดหรือการประเมินด้วยสติปัญญา โดยการที่จะเผชิญความเครียดจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมเพื่อที่จะจัดการกับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียด ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่มีการ

เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดี คือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้ชีวิตที่เหมาะสม เพื่อสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นๆได้อย่างเหมาะสม

ศรีพิมล ดิษยบุตร (2553) กล่าวว่า ความเครียดเป็นการปรับตัวที่เกิดขึ้นทางจิตใจและร่างกายจากสาเหตุที่ไม่เฉพาะเจาะจง ที่อาจเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปหรือกะทันหัน ซึ่งคนเรามักประสบเสมอในชีวิตการทำงานและชีวิตประจำวันยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ ก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจและร่างกายขึ้นอย่างชั่วคราว

สรุปได้ว่า ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปหรือกะทันหัน และความเครียดเป็นพลวัตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นสิ่งที่คุกคามหรือทำลายบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลให้บุคคลสูญเสียหรือขาดความสมดุลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความมั่นคงและความปลอดภัยของบุคคลในอนาคต เป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ การประเมินทางความคิด และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลว่าสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์นั้นอย่างไร ซึ่งความเครียดเป็นสิ่งที่ขัดขวางพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจมนุษย์ มักแสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจนทางด้านร่างกายเป็นอาการต่างๆเช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3.2 แนวคิดในการเผชิญความเครียด

Lazarus & Folkman, 1984 กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่พยายามจะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก ซึ่งบุคคลนั้นประเมินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ว่าสามารถนำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญได้อย่างเต็มที่และพอเพียง โดยการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อตอบสนองต่อความเครียดโดยการปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น จนสามารถทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเบาบางลงได้ซึ่งการเผชิญความเครียดมีลักษณะที่สำคัญดังนี้

3.2.1 เป็นกระบวนการ (process) โดยเน้นด้านการคิด การสังเกต การประเมิน และปฏิบัติจริงในการเผชิญกับความเครียด ความคิดและการกระทำจะทำให้เข้าใจถึงการเผชิญความเครียดกับสถานการณ์นั้น หากสถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดการเผชิญหน้าครั้งใหม่ ความคิดและการกระทำย่อมเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

3.2.2 บริบทแวดล้อม คือปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อการเผชิญความเครียด ขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์การเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ที่จะนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียดนั้น

3.2.3 ความพยายามในการจัดการกับความเครียด ไม่นึกถึงผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากการจัดการ และไม่สามารถบอกได้ว่าการจัดการที่ได้กระทำไปแล้วนั้นจะดีหรือไม่ดังนั้น ความพยายามในการจัดการกับความเครียดขึ้นอยู่กับตัวบุคคลและความเครียดของสถานการณ์ในขณะนั้น

สรุปได้ว่า การเผชิญความเครียด หมายถึงการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่พยายามจะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งบุคคลนั้นประเมินถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ว่านำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์นั้นได้อย่างเต็มที่ ซึ่งการเผชิญความเครียดทำให้เกิดผลต่อสุขภาพ ภาวะอันตราย และส่งผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคล โดยการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อตอบสนองต่อความเครียด จนสามารถทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเบาลงได้

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด

เนื่องจากความเครียดของผู้ดูแลเด็กกอดทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรง มีทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองต่อร่างกายและจิตใจ ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยแต่ละบุคคลจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน และได้ผลดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

3.3.1 ภาวะสุขภาพและพลังงาน (Health and Energy) การที่บุคคลมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและมีพลังงานในร่างกายอย่างเพียงพอเป็นตัวเอื้อให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นไปอย่างเต็มความสามารถที่บุคคลมีอยู่ ทำให้สามารถจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าคนที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง อ่อนแอ เจ็บป่วย หรืออ่อนเพลีย

3.3.2 ความเชื่อทางที่ดี (Positive Beliefs) ความเชื่อนี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินค่าสถานการณ์ ถ้าบุคคลเชื่อในเรื่องความยุติธรรม อิศรภาพ และคิดในทางบวก ความเชื่อทางบวกทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ โดยการแสดงออกมาให้เห็นในเรื่องความ

คาดหวัง ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวของบุคคลนั่นเอง โดยส่งผลให้สามารถควบคุมสถานการณ์และมีพลังในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3.3 ทักษะในการแก้ไขปัญหา (Problem-solving skills) เป็นความสามารถของบุคคลในการหาข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง วิเคราะห์ ตามการรับรู้ และหาทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาและเตรียมการเผชิญปัญหากันกับสถานการณ์ โดยมีการวางแผนก่อนล่วงหน้าที่จะกระทำ ซึ่งทักษะนี้ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเผชิญความเครียด

3.3.4 ทักษะด้านสังคม (Social skills) เป็นความสามารถในด้านการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่นในสังคมที่อยู่อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพราะช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวโดยมีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และปฏิบัติตัวให้เป็นไปตามสังคมอย่างเหมาะสม ทักษะด้านสังคมนี้มีความสำคัญ เนื่องจากใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสื่อสารของแต่ละบุคคลได้

3.3.5 แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) อาจเป็นบุคคล เช่น เพื่อน บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และสังคมรอบข้างที่อาศัยอยู่ที่ให้การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ความรู้สึก หรือการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการเผชิญความเครียด การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือดังกล่าว ทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่รักของคนใกล้ชิด ส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น

3.3.6 แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ (Material Resources) คือการมีเงิน สิ่งของ อุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และสิ่งอำนวยความสะดวกที่สามารถซื้อได้ สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับสถานะทางด้านการเงิน ความสามารถในการซื้อเป็นสิ่งที่ปรากฏให้เห็นชัดเจนและมีเพียงเล็กน้อยในการนำมาพิจารณาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา โดยพบว่าบุคคลหรือครอบครัวที่มีทรัพยากรด้านการเงินสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาได้มากกว่าบุคคลหรือครอบครัวที่ขาดปัจจัยทางด้านนี้

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด มีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกโดยแต่ละบุคคลจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน และได้ผลดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ภาวะสุขภาพและพลังงาน ความเชื่อทางที่ดี ทักษะในการแก้ไขปัญหา ทักษะด้านสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ

3.4 วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการซึ่งอยู่ในบริบทของสถานการณ์หรือภายใต้เงื่อนไขว่าแต่ละบุคคลจะประเมินว่าเป็นอันตราย สูญเสีย หรือเป็นภาวะคุกคาม การประเมินนี้เป็นลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อย การเผชิญความเครียดเริ่มต้นจากการใช้อารมณ์และมักใช้เป็นอันดับแรก โดยแสดงออกมาเป็นอารมณ์ด้านลบ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดต่อตนเองและอาจมีผลถึงรูปแบบในการเผชิญความเครียดได้ (Folkman and Judith, 2004) ดังนั้น จึงควรมีการเผชิญปัญหาที่ดี เพื่อให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นช่วยแก้ไขหรือกำจัดอาการแสดงที่เกิดขึ้น เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกเศร้า หรือความรู้สึกผิด ซึ่งเป็นอาการที่แสดงถึงภาวะอันตรายหรือภาวะคุกคามแก่บุคคลนั้นได้ และการเผชิญความเครียดจะมีประสิทธิภาพเมื่อได้กระทำดังนี้ สามารถเก็บความเศร้าโศกเสียใจให้อยู่ในระดับที่จัดการได้, ก่อให้เกิดความหวังและกำลังใจ, การมองในด้านบวกหรือมีความรู้สึกที่ดี, สามารถรักษาไว้หรือสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนที่มีความสำคัญในชีวิตตนเอง, เพิ่มความหวังในสถานการณ์ที่เป็นประโยชน์ (ระหว่างบุคคล สังคม และเศรษฐกิจ) (Miller, 1992 อ้างถึงใน วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์, 2555:รัตนา พันจัย, 2555)

ดังนั้นการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพคือสามารถเก็บความเศร้าโศกเสียใจให้อยู่ในระดับที่จัดการได้, ก่อให้เกิดความหวังและกำลังใจ, การมองในด้านบวกหรือมีความรู้สึกที่ดี, สามารถรักษาไว้หรือสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนที่มีความสำคัญในชีวิตตนเอง, เพิ่มความหวังในสถานการณ์ที่เป็นประโยชน์

4. การปฏิบัติการพยาบาลและการช่วยเหลือเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

การปฏิบัติการพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพยาบาล ดังนั้นจะกล่าวถึงกระบวนการพยาบาล หมายถึง ลำดับขั้นตอนของการดูแลที่มีการวางแผนและการปฏิบัติอย่างเป็นระบบเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

องค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล กระบวนการพยาบาลมีองค์ประกอบที่สำคัญหรือมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment)

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Planning)

ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention)

ขั้นที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

การพยาบาลเด็กออทิสติก คือ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กออทิสติก เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น ต้องมีองค์ความรู้ที่ผสมผสานศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาด้านพัฒนาการของเด็ก (จินตนา ยูนิพันธ์, 2546) เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว และฟื้นฟูสภาพจิตในผู้ป่วยให้มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามวัย เป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ในอนาคต (Stuart & Sundeen, 1983) ขณะที่พยาบาลจะต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลเด็ก ออทิสติกอย่างละเอียดและต่อเนื่อง เพื่อถ่ายทอดได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง (Barker, 2009)

จินตนา ยูนิพันธ์ (2544) การพยาบาลเด็กออทิสติกประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

4.1 การประเมินภาวะสุขภาพ โดยทั่วไปเด็กที่มีปัญหาทางจิตแบบออทิสติก ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกจะสังเกตพบความบกพร่องของพัฒนาการเด็กได้เริ่มในขวบปีแรก โดยเด็กจะมีความบกพร่องทางด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง โดยที่การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเป็นแบบไม่สม่ำเสมอ หรือไม่แสดงว่าจำหน้าผู้เลี้ยงดูได้ ซึ่งแตกต่างจากพัฒนาการของเด็กปกติ ส่วนการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายจะไม่แตกต่างจากเด็กปกติ ในเรื่องการรับประทานอาหารเด็กจะรับประทานอาหารชนิดเดิม เด็กจะทำอะไรซ้ำๆและปฏิเสธทุกสิ่งที่ไม่เหมือนเดิม พยาบาลจึงต้องทำการประเมินพฤติกรรมของเด็ก ทั้งในเรื่องของลักษณะพฤติกรรม ความถี่ของการกระทำพฤติกรรมนั้นๆและผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้ว และที่อาจจะเกิดขึ้นจากการกระทำที่ผิดปกติต่อตัวเด็กเองต่อบิดามารดา พี่น้องและบุคคลในครอบครัว

4.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล พยาบาลทำการประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาในการดำรงชีวิตของเด็กออทิสติกและครอบครัว และทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหาเพื่อการวางแผนการพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาของเด็กแต่ละคน

4.3 การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลโดยกำหนดวิธีการดูแลช่วยเหลือหรือการบำบัดทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และต้องคำนึงถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็กตลอดกระบวนการ รวมทั้งจัดประสบการณ์ให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและมีความสามารถในการร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือดูแลเด็กออทิสติก

4.4 การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ดูแลเด็กออทิสติกต้องให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือพ่อแม่ให้เข้าใจ และยอมรับว่าลูกมีความผิดปกติ เข้าใจศักยภาพของเด็กออทิสติก ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เต็มตามศักยภาพ นอกจากนี้ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กออทิสติก ซึ่งต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเลี้ยงดูเด็ก และเผชิญกับความเครียดความกังวล และความรู้สึกซับซ้อนใจ

4.5 การประเมินผลการพยาบาล พยาบาลจะประเมินผลการพยาบาลว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่โดยเน้นการประเมินว่าเด็กปลอดภัยจากอันตรายหรือบาดเจ็บ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับผู้ดูแล การพัฒนาด้านความไว้วางใจ การสื่อความหมาย และกระบวนการพัฒนา เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับแก่ครอบครัว ผู้ดูแล รวมทั้งวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

สรุป การปฏิบัติการพยาบาลและการช่วยเหลือเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงในบทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กออทิสติก เป็นไปตามองค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ในการปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นการกระทำกิจกรรมของพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ประสบความสำเร็จ โดยอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ซึ่งปฏิบัติให้กับบุคคลที่เจ็บป่วยและปกติ เพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี จะเห็นได้ว่าในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ มีทักษะในด้านต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติการพยาบาลต้องมีการปรับเปลี่ยนบริการพยาบาลไปตามสภาพผู้ป่วย สังคม สิ่งแวดล้อม และนโยบายขององค์การ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพต้องเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานหลายด้าน เพื่อให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติงาน ให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

5. การพยาบาลเพื่อการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนาโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

แนวคิดในการเผชิญความเครียดมีหลากหลายแนวคิด Selye (1976) กล่าวว่า ความเครียดเป็นการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองร่างกายต่อสิ่งที่มาคุกคามหรืออันตราย ส่งผลให้โครงสร้างและสารเคมีในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป และแสดงออกมาให้เห็นในด้านร่างกายเช่น ปวดหลัง ปวดศีรษะ เป็นต้น ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล แต่ผู้วิจัยได้นำแนวคิด Lazarus & Folkman (1984) มาใช้ในการวิจัยนี้เนื่องจากเห็นว่ามีเหมาะสม และสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้

5.1 แนวคิด Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะต้องเผชิญกับความกดดันจากเหตุการณ์ภายนอกซึ่งมีมากกว่าความสามารถที่ตนจะสามารถรับมือได้ ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะพยายามจัดการหรือเผชิญกับเหตุการณ์อย่างเต็มที่เพื่อตอบสนองต่อความเครียดและเพื่อให้ความเครียดลดลง วิธีการเผชิญความเครียดต้องผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลนั้น (cognitive appraisal) พิจารณาตัดสินใจถึงความสำคัญของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร 3 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ต่อตนเอง 2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ 3) การประเมินตัดสินใหม่เป็นการประเมินเหตุการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วประเมินซ้ำ เพื่อดูว่ายังมีอันตรายหรือลดลง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลเด็กออทิสติกประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ การขาดทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก การจัดการกับอารมณ์เมื่อต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคออทิสติกของผู้ดูแล ส่วนปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมและอาการของเด็กออทิสติกที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ทั้งขั้นปฐมภูมิและทุติยภูมิว่าเป็นความเครียด ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับข้อมูลใหม่เกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติก ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) จะเป็นการเพิ่มศักยภาพหรือแหล่งประโยชน์ของบุคคล ดังนั้น เมื่อมีการประเมินตัดสินใหม่ก็อาจทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลเดิมว่าไม่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ตน

Marram, 1978 กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการเรียนรู้ของสมาชิกในกลุ่มตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้จัดกระบวนการและเอื้ออำนวยให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นและเปลี่ยนแปลงประสบการณ์กันเอง เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเรียนรู้ มีความกล้าในการเสนอแนะ รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มให้ไปในทางที่ดี โดยทุกคนต้องยอมรับ ให้เกียรติ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มมีกำลังใจ

แนวคิดการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม ประกอบไปด้วยกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลนั้นแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ การประเมินขั้นปฐมภูมิ การประเมินขั้นทุติยภูมิ และการประเมินตัดสินใหม่ และกระบวนการกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเรียนรู้ มีความกล้าในการเสนอแนะ รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มให้ไปในทางที่ดี

5.2 ขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม จำนวน 7 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 3 ขั้นตอนตามกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (cognitive appraisal) ดำเนินการกลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีทักษะในการเผชิญความเครียดร่วมกัน และมีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ใช้เวลาดำเนินการ ครั้งละ 1 - 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 30 - 60 นาที ติดต่อกัน 3 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.3 กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

Marram, 1978 กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการเรียนรู้ของสมาชิกในกลุ่มตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้จัดกระบวนการและเอื้ออำนวยให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นและเปลี่ยนแปลงประสบการณ์กันเอง เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเรียนรู้ มีความกล้าในการเสนอแนะ รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มให้ไปในทางที่ดี โดยทุกคนต้องยอมรับ ให้เกียรติ ไว้วางใจซึ่งกันและกันส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มมีกำลังใจ

Corey and Corey, 2006 ได้กล่าวไว้ว่า กระบวนการกลุ่มเกิดจากการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล โดยแต่ละบุคคลมีบทบาทที่ชัดเจน กระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เป็นแรงจูงใจของบุคคลในกลุ่ม และสามารถนำสิ่งที่ได้รับจากในกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

การดำเนินการกลุ่ม แบ่งได้เป็น 3 ระยะคือ

5.3.1 ระยะเวลาที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธ์ภาพ (The Introductory Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน ในระยะนี้ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศและความรู้สึกที่เป็นมิตร ความมั่นคงปลอดภัย และความไว้วางใจให้กับสมาชิกในกลุ่ม ด้วยการแสดงความสนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ ยอมรับในการแสดงความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม โดยไม่ใช้ความคิดเห็นของตนในการตัดสิน การประสานสายตาระหว่างการสนทนาเป็นการสร้างความไว้วางใจ ส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มกล้าเปิดเผยระบายความรู้สึก ระบายความรู้สึกละและประสบการณ์ของตนเองให้ผู้อื่นฟัง รวมทั้งมีความมั่นใจในการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นและยอมรับความช่วยเหลือจากสมาชิกในกลุ่มได้

5.3.2 ระยะเวลาที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) ในระยะนี้สมาชิกในกลุ่มมักจะมี ความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อมั่นต่อผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่ม ทำให้มีการระบายความรู้สึก เปิดเผยตนเองและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันมากขึ้น สมาชิกยอมรับได้ว่าตนเองมีปัญหา โดยมุ่งความสนใจที่ปัญหานั้น มองหาแนวทางแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกคอยช่วยเหลือสนับสนุน จึงทำให้เกิดการเรียนรู้แบบใหม่ที่นำมาใช้ปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ยังช่วยให้สมาชิกในกลุ่มรับรู้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มที่ทำกิจกรรมร่วมกันด้วย

5.3.3 ระยะเวลาที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปผลของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม โดยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้าความสำเร็จของกลุ่ม โดยก่อนจะสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้สมาชิกในกลุ่มเห็นถึงสิ่งที่เป็นประโยชน์ที่ได้รับจากกลุ่ม

การดำเนินการกลุ่มจะพบว่า มีสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากการทำกลุ่ม คือ ผลงานที่กลุ่มแสดงออกมา (Product) และกระบวนการทำงานของกลุ่ม (Process) การดำเนินการกลุ่มนั้นทำให้สมาชิกเกิดปฏิสัมพันธ์ และให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ซึ่งถือได้ว่าเป็นประโยชน์และเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีปัจจัยที่ทำให้การดำเนินการกลุ่มเป็นไปได้ด้วยดี คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพ หากบุคคลที่เข้าร่วมกลุ่มมีบุคลิกภาพที่สมาชิกในกลุ่มไม่ต้องการ เช่น ก้าวร้าว หรือมีจุดมุ่งหมายส่วนตัวมากกว่าส่วนรวม จะส่งผลให้การดำเนินการกลุ่มไปได้ไม่ดี
2. ปัจจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ ความรู้ และทักษะในการดำเนินการกลุ่ม ถ้าบุคคลมีประสบการณ์มาอยู่ในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้รับข้อเสนอแนะที่ดี ทำให้เกิดความพึงพอใจของสมาชิกในกลุ่มได้

3. ทักษะในการทำงานกลุ่ม เป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้ทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งประสบความสำเร็จได้แก่ ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

4. จุดมุ่งหมายของกลุ่มหรือวัตถุประสงค์ของกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มควรมีจุดมุ่งหมายไปในทางเดียวกัน จะทำให้เกิดความสำเร็จได้มากกว่าสมาชิกในกลุ่มที่มีจุดมุ่งหมายแตกต่างกัน

5. ชื่อเสียงและเกียรติยศของสมาชิกในกลุ่ม พบว่า ผู้ที่มีชื่อเสียงมีอิทธิพลทำให้สมาชิกในกลุ่มเกรงใจและส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการทำกลุ่มเป็นอย่างดี

6. ขนาดของกลุ่ม เป็นสิ่งที่มีผลต่อการดำเนินการกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกขนาดของกลุ่ม โดยการกำหนดขนาดของกลุ่มขึ้นอยู่กับอายุของสมาชิก ประสบการณ์ของผู้นำกลุ่ม วัตถุประสงค์ของกลุ่ม (Corey and Corey, 2006) หากกลุ่มที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์และเกิดผลดีที่สุด ควรมีสมาชิกกลุ่มอย่างมากที่สุด 12 คน หรือถ้ามากกว่านั้นไม่ควรเกิน 15 คน (Ottaway, 1996 อ้างถึงใน ชมานันท์ บัวงาม, 2539)

7. สิ่งแวดล้อมในการทำกลุ่ม ไม่ควรมีเสียงรบกวน จัดแยกเป็นสัดส่วน สร้างบรรยากาศให้เหมาะสม โดยให้สมาชิกในกลุ่มและผู้นำกลุ่มกำหนดวัน เวลา และสถานที่ ที่แน่นอน ซึ่งระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่มคือ 45 นาที ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและความพึงพอใจของสมาชิกในกลุ่ม (Corey and Corey, 2006)

ดังนั้นโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม จึงมุ่งหวังให้ผู้ดูแลเด็กมีการประเมินความเครียดว่าเป็นสิ่งที่ทำลายและควบคุมได้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวันผ่านการเรียนรู้และฝึกทักษะจะทำให้ผู้ดูแลลดความเครียดลงได้ (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้วิจัยเชื่อมั่นว่าจะส่งผลถึงความสามารถในการดูแลเด็กกอดที่สติ๊กของผู้ดูแล

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Lalana (2007) ศึกษาโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น โดยในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษาและการใช้เทคนิคของการบำบัดทางความคิด (Cognitive Behavior Therapy) ประกอบด้วย 11 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดและภาวะซึมเศร้า ความคิดทางด้านลบ การหยุดความคิด การเปลี่ยนความคิดให้เป็นทางบวก การผ่อนคลายความเครียด ทักษะการสื่อสาร ทักษะความเชื่อมั่นในตนเอง ทักษะการเผชิญความเครียด (ครั้งที่ 1) และทักษะการเผชิญความเครียด

(ครั้งที่ 2) พบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการจัดการกับความคิด และการจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

รัชตะวรรณ โอพาพิริยกุลและคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในจังหวัดภาคใต้แถบชายฝั่งทะเลด้านตะวันตกของประเทศไทยพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวเด็กออทิสติกรับรู้ภาวะการดูแลเด็กในระดับปานกลาง เฉพาะปัจจัยด้านกลยุทธ์การจัดการความเครียดของผู้ดูแลหลักของครอบครัวเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลหลักของครอบครัว และสามารถทำนายภาวะการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลหลักของครอบครัวได้ ร้อยละ 6.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปวีดา โพธิ์ทอง (2556) ศึกษาภาวะสุขภาพของเด็กออทิสติก ความรู้และความเครียดของผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่ได้รับบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษ เขต 5 จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า 1.) ผู้ดูแลเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดอยู่ในระดับเครียดสูง ผู้ดูแลใช้การลงโทษโดยการตีในการจัดการกับพฤติกรรม ประเด็นประสพการณ์ความเครียดของผู้ดูแลเด็กออทิสติกพบ 5 ประเด็นหลัก คือ ความรู้สึกในการดูแลเด็กออทิสติก ความเครียด อាកารของความเครียด ผลกระทบของความเครียด และวิธีลดความเครียด

ติรยา เลิศหัตถศิลป์ (2555) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่าผู้ป่วยเด็กออทิสติกโดยเฉลี่ยอายุ 6.4 ± 3.4 ปีจัดอยู่ในกลุ่ม moderate function ร้อยละ 51 ปัญหาที่ผู้ดูแลให้ความสำคัญคือ ปัญหาการสื่อสารปัญหาพฤติกรรมในกลุ่มชน ไม่นิ่ง ก้าวร้าว พบผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5.9 และร้อยละ 91.2 ของผู้ดูแลเด็กรู้สึกว่าเป็นภาระน้อยถึงปานกลาง คะแนนความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยที่นานขึ้นเวลาที่ผู้ดูแลใช้ในการดูแลเด็กที่เพิ่มขึ้น การที่เด็กมีปัญหาสื่อสาร เด็กมีปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือแปลกไปจากพฤติกรรมปกติในสังคม และจำนวนปัญหาารวมของเด็กที่เพิ่มขึ้น ($p < 0.01$)

สุภาวดี ชุ่มจิตต์ (2555) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแลโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

สุภาวดี ชุ่มจิตต์ (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดา ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดาหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ทีปประพิน สุขเขียว (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาส่งผู้ป่วยหรือรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 120 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งด้านการเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของแรงงาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะเท่ากับ 38.78 คือไม่มีภาวะ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของแรงงาน ความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ดรุณี คชพรหม (2543) ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ประกอบด้วยการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ใช้กระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา มีภาวะเชิงปรนัยและอัตนัยน้อยกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม

อภิชา แซ่มซ้อย (2550) ศึกษาโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น เนื่องจากโปรแกรมช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับความเครียด และทักษะในการเผชิญความเครียดเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่าการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการเผชิญความเครียดเพื่อลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มสำหรับผู้ดูแลเด็กออทิสติก โดยใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ร่วมกับการประยุกต์จากโปรแกรมฯ ที่มีลลิกา จันทร์เพ็ญ (2557) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในญาติผู้ดูแลเด็กออทิสติก ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้จะเป็นการดำเนินการในรูปแบบของกระบวนการกลุ่ม (Group process) ตามแนวคิดของ Marram, 1978 ซึ่งเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้บิดามารดา และครอบครัวระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวลที่มีต่อพฤติกรรมของเด็กออทิสติก หรือจัดกลุ่มให้บิดามารดาหรือครอบครัวที่มีเด็กออทิสติกรู้จักกัน แลกเปลี่ยนความรู้เทคนิคในการดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีโอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจ จะทำให้กลุ่มผู้ดูแลเด็กออทิสติกได้รับกำลังใจ ลดความเครียด ความวิตกกังวล และเรียนรู้วิธีการดูแลเด็กร่วมกันได้ (กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Lynn & Ted (1999) พบว่าผู้ดูแลที่ได้มีการเข้ากลุ่ม มีความพึงพอใจ ได้แลกเปลี่ยนและเรียนรู้ทักษะในการจัดการเด็กออทิสติก ด้วยวิธีที่หลากหลายจากผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ และรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาอยู่คนเดียว แต่ยังมีเพื่อนที่คอยให้คำแนะนำ เป็นกำลังใจให้กันและกัน ซึ่งนำไปสู่การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกดีขึ้นตามมา

โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (The Introductory Phase)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ(Working Phase)

กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดตามการรับรู้และประสบการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยออกทิสติก

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (secondary appraisal)

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกและทักษะการดูแลผู้ป่วยออทิสติก

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการฝึกหายใจและการคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียด

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตัดสินใจใหม่

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase)

กิจกรรมที่ 7 การประเมินตัดสินใจใหม่เพื่อทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียด

(Lazarus & Folkman, 1984 and Maram, 1978)

ภาระการดูแล

- เจริญปรนัย
- เจริญอัทนัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design) มีจุดประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4

- โดย X หมายถึง โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม
- O1 หมายถึง ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงก่อนได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม
- O2 หมายถึง ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม
- O3 หมายถึง ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O4 หมายถึง ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงอายุ 6 - 18 ปี ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ซึ่งให้บริการเฉพาะเวลา 8.00 – 16.00 น. โรงพยาบาลหรือสถาบันเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงอายุ 6-18 ปี ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ได้แก่ บิดา มารดา หรือปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้าอา ที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการมากระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
2. เป็นผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง อายุ 6-18 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล
3. เป็นผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง ที่มีค่าคะแนนรวมภาวะการดูแลในระดับปานกลางและระดับมากที่สุด
4. เป็นผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง ที่มีค่าคะแนนรวมความเครียดคะแนนที่สูงเกินเปอร์เซ็นต์ที่ 85 หรือคะแนนตั้งแต่ 86 คะแนน
5. ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกไม่มีความเจ็บป่วยทางกาย หรือเป็นโรคทางด้านสมองอื่นร่วม เช่น ปัญญาอ่อน สมองพิการ
6. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (Polit and Beck, 2004) โดยนำค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองตามการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล ของอัญชลี ยศกรณ (2551) มาร่วมในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 81.9% และมีโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 18.07% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .01$ พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม คือ 18 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด คือ 36 คน แต่เพื่อป้องกันการ Drop out ของสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 40 คน

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ในสัปดาห์แรกของเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 และจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และสื่อประกอบการทำกิจกรรมกลุ่มที่ หอผู้ป่วยออทิสติก 3 สถาบันราชานุกูล

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ทำการศึกษาประวัติเด็กออทิสติก จากเวชระเบียนและแฟ้มประวัติผู้ป่วยใน ที่หอผู้ป่วยออทิสติก 3 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแล ในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ (Matched-pair) ระหว่างระยะเวลา ในการดูแลเด็ก และระดับการศึกษาของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา-อนุปริญญา และปริญญาตรี-ปริญญาตรีขึ้นไป (Maskoto, 2006; Orem,1985) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้มีลักษณะด้านประชากรให้คล้ายคลึงกันมากที่สุด เพื่อใช้ในการแบ่งกลุ่มโดยจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และเข้ากลุ่มควบคุม 20 คน

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก และระยะเวลาในการดูแลเด็ก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลำดับคู่	การศึกษาของครอบครัว		ระยะเวลาในการดูแล	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
2	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
3	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
4	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
5	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
6	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
7	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
8	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
9	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
10	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
11	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
12	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
13	ปวช/ปวส. อนุปริญญา	ปวช/ปวส. อนุปริญญา	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
14	ปวช/ปวส. อนุปริญญา	ปวช/ปวส. อนุปริญญา	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน

ลำดับคู่	การศึกษาของครอบครัว		ระยะเวลาในการดูแล	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
15	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
16	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
17	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
18	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
19	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
20	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน

3. ผู้วิจัยพบผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก กลุ่มควบคุม หลังจากคัดเลือกครอบครัวแล้ว และผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแนะนำตัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ และให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และใน ผู้วิจัยพบผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองในช่วง 13 - 16 น. หลังจากคัดเลือกครอบครัวแล้ว และผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแนะนำตัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ และให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมในการวิจัย

4. ในการดำเนินการทดลองกับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยในสัปดาห์ที่สองของเดือนมิถุนายน พ.ศ.2561 ของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้กำหนด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มเช้า เวลา 9.30-11.00 น. และกลุ่มบ่าย เวลา 13.00-14.30 น. และให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเลือกช่วงเวลาที่ตนเองสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม จนได้ครบ 2 กลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการ ครั้งที่ 1 วันที่ เวลา 9.30 น.กลุ่มเช้า และเวลา 13.00 น.กลุ่มบ่าย ที่หอผู้ป่วยออทิสติก 3 สถาบันราชานุกูล ส่วนในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดหมายครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการ ครั้งที่ 1 เวลา 9.30-11.00 น. และกลุ่มบ่าย เวลา 13.00-14.30 น. ครั้งที่ 2 9.30-11.00 น. และกลุ่มบ่าย เวลา 13.00-14.30 น. และครั้งที่ 3 เวลา 9.30-11.00 น. และกลุ่มบ่าย เวลา 13.00-14.30 น. ที่หอผู้ป่วยออทิสติก 3 สถาบันราชานุกูล

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ บุตรลำดับที่ จำนวนพี่น้อง และการรักษาในปัจจุบัน

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	13	65.00	16	80.00	29	72.50
หญิง	7	35.00	4	20.00	11	27.50
บุตรลำดับที่						
1	12	60.00	14	70.00	26	65.00
2	5	25.00	6	30.00	11	27.50
3	1	5.00	0	0.00	1	2.50
4	1	5.00	0	0.00	1	2.50
7	1	5.00	0	0.00	1	2.50
จำนวนพี่น้อง						
1	8	40.00	9	45.00	17	42.50
2	7	35.00	11	55.00	18	45.00
3	4	20.00	2	0.00	6	15.00
4	1	5.00	0	0.00	1	2.50
การรักษาในปัจจุบัน						
ไม่ได้รับยา	1	5.00	10	50.00	11	27.50
ได้รับยา	19	95.00	10	50.00	29	72.50

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.00 และ 85.00 ตามลำดับ โดยเป็นบุตรลำดับที่ 1 ของครอบครัวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 70.00 ตามลำดับ ซึ่งในกลุ่มทดลองมีจำนวนพี่น้อง 1 คนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีจำนวนพี่น้อง 2 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.00 โดยกลุ่มทดลองได้รับการรักษาด้วยยามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.00 ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยยาและไม่ได้รับการรักษาเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.00

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ และอายุการวินิจฉัยครั้งแรก

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	MIN	MAX	MEAN	SD	MIN	MAX	MEAN	SD
อายุ	6	17	11.90	3.57	6	18	10.75	4.44
อายุการวินิจฉัยครั้งแรก	1	14	4.10	3.19	0	6	2.95	1.54

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านอายุของเด็กมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 11.90 และ 10.75 ปี ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีอายุการวินิจฉัยครั้งแรกใกล้เคียงกัน คือ 4.10 ในกลุ่มควบคุม 2.95 ปี

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็ก และระยะเวลาในการดูแลเด็ก

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	3	15.00	2	10.00	5	12.00
หญิง	17	85.00	18	90.00	35	88.00
สถานภาพสมรส						
โสด	1	5.00	3	15.00	4	10.00
คู่	13	65.00	15	45.00	28	70.00
หม้าย/หย่า/ร้าง	6	30.00	2	10.00	8	20.00
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	6	30.00	8	40.00	14	35.00
มัธยมศึกษา/ปวช.	10	50.00	6	30.00	16	40.00
อนุปริญญา/ปวส.	2	10.00	1	5.00	3	7.50
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	10.00	5	25.00	7	17.50

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.00	1	5.00	1	2.50
ค้าขาย	5	25.00	5	25.00	10	25.00
รับจ้าง	4	20.00	3	15.00	7	17.50
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่	1	5.00	0	0.00	1	2.50
งานบ้าน	3	15.00	0	0.00	3	7.50
ไม่ได้ทำงาน	7	35.00	11	55.00	18	45.00
ความสัมพันธ์กับเด็ก						
บิดา	2	10.00	2	10.00	4	10.00
มารดา	12	60.00	14	70.00	26	65.00
ปู่/ย่า	1	5.00	0	0.00	1	2.50
ตา/ยาย	3	15.00	1	5.00	4	10.00
ลุง/ป้า	0	0.00	1	5.00	1	2.50
น้ำ/อา	2	10.00	1	5.00	3	7.50
ระยะเวลาในการดูแลเด็ก						
มากกว่า 6 เดือน ขึ้นไป	20	100.00	20	100.00	40	100.00

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 85.00 และ 90.00 ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.00 และ 45.00 ตามลำดับ ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุดในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 50.00 ในขณะที่กลุ่มควบคุมระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 และมีว่างงานมากที่สุดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 35.00 และ 55.00 ตามลำดับ สำหรับด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่ามารดาเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.00 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 70.00 ในกลุ่มควบคุม ด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยพบว่าทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปมากที่สุด เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 100.00

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ

ข้อมูลส่วน บุคคล	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	MIN	MAX	MEAN	SD	MIN	MAX	MEAN	SD
อายุ	30	68	44.45	10.10	24	60	41.60	9.43

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านอายุมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 45.05 และ 47.95 ปี ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันราชานุกูล เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยก่อนทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและเข้าใจในกระบวนการ การดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน และแจ้งให้ทราบว่าผู้ปกครองสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อ การมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอ ในภาพรวมและกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาถ้าต้องการใน ระหว่างการดำเนินการวิจัย จากนั้นให้ผู้ปกครองลงนามในเอกสารยินยอม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ
 - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก
 - 2.2 แบบวัดภาระการดูแลเด็กของผู้ดูแล (caregiver burden scale) ของนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544 สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery, 1985 (สุภาวดี ชุ่มจิตต์, 2547)
 - 2.3 แบบประเมินความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร (Parenting Stress Index-Short Form) ฉบับภาษาไทยแปลโดย ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร (2542) ดลฤดี แดงน้ำคู้ (2549)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามการเผชิญความเครียด พัฒนาการจากแนวคิดของ Lazarus & Folkman, 1984 (เสาวนีย์ สำนักน, 2545)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ วันเดือนปีเกิด อายุ เป็นบุตรคนที่ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประวัติการได้รับยา และข้อมูลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

1.2 แบบวัดภาวะการดูแลเด็ก เป็นแบบวัดภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติกโดยมีค่าความตรงจากเนื้อหาเท่ากับ .94 และวัดค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .93 อันประกอบด้วย การวัดภาวะ 2 มิติ คือภาระด้านอัตวิสัย(Objective burden) และภาระด้านจิตวิสัย(Subjective burden) ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับ ได้แก่

มากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ	5
มาก	ให้คะแนนเท่ากับ	4
ปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ	3
น้อย	ให้คะแนนเท่ากับ	2
น้อยที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ	1

ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 24 ข้อ คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาระแต่ละด้านแยกกันและภาระโดยรวม ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแล สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนน ใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูต(2542) และ Best (1970)

คะแนน 45.0-50.0 คะแนน	แสดงว่า	มีภาระในการดูแลมากที่สุด
คะแนน 35.0-44.9 คะแนน	แสดงว่า	มีภาระในการดูแลมาก
คะแนน 25.0-34.9 คะแนน	แสดงว่า	มีภาระในการดูแลปานกลาง
คะแนน 15.0-24.9 คะแนน	แสดงว่า	มีภาระในการดูแลน้อย
คะแนน 10.0-14.9 คะแนน	แสดงว่า	มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

การวัดภาวะดูแลในข้อคำถาม สุภาวดี ชุ่มจิตต์, 2547 ได้ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับภาระการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดา ตามที่ได้ทบทวนจากรายงานวิจัย แต่คงข้อคำถามเกี่ยวกับภาระเชิงจิตวิสัย ประกอบด้วยข้อความจำนวน 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก และข้อความทางลบคงเดิมแต่สำหรับข้อคำถามเชิงอัตวิสัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ คงข้อคำถามเชิงลบ 12 ข้อคงเดิม

คะแนนภาวะการดูแลสูงแสดงว่ามีภาวะการดูแลมาก ส่วนคะแนนภาวะการดูแลต่ำแสดงว่ามีภาวะการดูแลน้อย

1.3 แบบสอบถามวัดระดับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร (Parenting Stress Index-Short Form) ดลฤดี แดงน้ำคู้ (2549) เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างเด็กกับพ่อแม่ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ Parental Distress (PD) จำนวน 12 ข้อ , Parent-Child Dysfunctional Interaction (P-DI) จำนวน 12 ข้อ, Difficult Child (DC) จำนวน 12 ข้อ

โดยการประเมินค่าจาก 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (strong agree), เห็นด้วย (agree), ไม่แน่ใจ (not sure), ไม่เห็นด้วย (disagree), ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (strongly disagree) โดยแบบทดสอบ PSI-SF ฉบับภาษาไทยแปลโดย ญัตรา พิทยรัตน์เสถียร (2542) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าความเชื่อมั่นทางสถิติของแบบสอบถาม เพื่อวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.887

วิธีการตอบแบบสอบถาม ให้ผู้ปกครองตอบคำถามตามความรู้สึกที่มีต่อตนเองและเด็ก
เกณฑ์การกำหนดคะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าเท่ากับ	5
เห็นด้วย	มีค่าเท่ากับ	4
ไม่แน่ใจ	มีค่าเท่ากับ	3
ไม่เห็นด้วย	มีค่าเท่ากับ	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าเท่ากับ	1

การแปลผล

คะแนน 1 - 21 คะแนน	แสดงว่า	มีความเครียดระดับน้อยที่สุด
คะแนน 22 - 42 คะแนน	แสดงว่า	มีความเครียดระดับน้อย
คะแนน 43 - 63 คะแนน	แสดงว่า	มีความเครียดระดับปานกลาง
คะแนน 64 - 84 คะแนน	แสดงว่า	มีความเครียดระดับมาก
คะแนนตั้งแต่ 85 คะแนนขึ้นไป	แสดงว่า	มีความเครียดระดับรุนแรงมี

ความสำคัญ

ทางคลินิก

สรุป คะแนนสูงแสดงว่ามีความเครียดระดับรุนแรง คะแนนต่ำแสดงว่ามีความเครียดน้อย
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหา ครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-5 คะแนน เห็นด้วย มากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนนและไม่เห็นด้วยเท่ากับ 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะ เพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) และหลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้เนื้อหา และภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

2.1 โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม มีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบ ดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดของ โปรแกรมการเผชิญความเครียด จากนั้นนำมาประยุกต์และพัฒนาเป็นกิจกรรมของโปรแกรมการเผชิญ ความเครียดแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทาง สติปัญญาระดับรุนแรง

2.1.2 ผู้วิจัยจัดทำแนวทางปฏิบัติโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อภาระการ ดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง โดยนำแนวคิด เทคนิคต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมากำหนดโครงสร้างของกิจกรรมร่วมกับอาจารย์ที่ ปรึกษา และนำมาพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล ในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็น แนวทางสำหรับผู้ปกครองในการเผชิญความเครียดเพื่อลดภาระการดูแลของตนเอง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเอง สามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ ฯลฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจนได้รูปแบบ เนื้อหาที่เหมาะสมกับผู้ดูแล โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเข้าใจง่าย คู่มือนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984)

โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดโดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพการเผชิญ ความเครียดของมัลลิกา จันท์เพ็ญ (2550) โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนดำเนินการสร้างโปรแกรมเสริมสร้างทักษะ การเผชิญความเครียด และการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ดังนี้

1. ศึกษาตำรา งานวิจัย และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ในเรื่องทฤษฎีความเครียด สาเหตุการเกิดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวเด็ก ออทิสติกปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก รูปแบบการเผชิญความเครียด และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียดได้

2. กำหนดรายละเอียดขั้นตอน และระยะเวลาในการทำกิจกรรมทุกขั้นตอนประกอบด้วย ขั้นตอนของโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ได้แก่ ความรู้ในเรื่องลำดับขั้นตอนตาม กระบวนการประเมินสถานการณ์ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดูแลเป็นสิ่งที่เป็อันตรายเสียหาย หรือเป็นความ ทำหาย และส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างไรต่อผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ความรู้ใน เรื่องประเภทของแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความพร้อมในการเผชิญ ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กออทิสติก ความสำคัญ และการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ฝึก ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการสื่อสารทางด้านบวก ซึ่งจะช่วยให้เด็กออทิสติก ให้ความ ร่วมมือในการทำกิจกรรมประจำวัน และเปรียบเทียบการสื่อสารทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ ความรู้ใน เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการเผชิญความเครียดทั้งสองแบบ คือ แบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งจัดการ กับอารมณ์ ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกการหายใจ โดยใช้ เวลาในการทำกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที

3. สร้างโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม โดยผู้ศึกษาวิจัยมา บริษัษกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เนื้อหาและขั้นตอนในการทำกิจกรรมของโปรแกรมฯ มีความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ โดยนำแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ซึ่งต้องผ่าน กระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลนั้น (cognitive appraisal) ว่าสามารถพิจารณาตัดสินใจถึง ความสำคัญของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร กระบวนการนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การ ประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของ บุคคล โดยหากประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีความสำคัญต่อตนเอง (irrelevant) หรือเป็นสถานการณ์ที่มี ผลดีต่อตนเอง เช่น ทำให้มีกำลังใจหรือมีความสุขในชีวิต (Benign positive) บุคคลก็มักตัดสินใจว่าไม่ต้อง จัดการใดๆ กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่หากประเมินว่าสถานการณ์นั้นอาจก่อให้เกิดอันตราย เกิดความ เสียหาย หรืออาจเป็นอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมได้ แสดงว่าบุคคลได้ตีค่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นภาวะที่ เครียด (stressful) ต่อตนเอง (stressful) ทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นทันที 2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ ตนเองสามารถกระทำได้ และจัดการกับสถานการณ์เครียดที่ตนรับรู้ โดยใช้วิธีใดๆ ก็ตามที่ทำให้เกิด ความสำเร็จตามที่ตนเองต้องการ หรืออาจเป็นการประเมินต่อเนื่องมาจากขั้นปฐมภูมิก็ได้ว่าจะหาอย่างไร กับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อบุคคลนั้น 3) การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์ เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วบุคคลจะประเมินซ้ำ เพื่อพิจารณา สถานการณ์ว่ายังมีอันตรายอยู่หรือลดลง เพื่อใช้ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งโปรแกรม เสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดพัฒนาขึ้นได้ปรับกิจกรรมให้ตรงตามแนวคิดการเผชิญความเครียด ของ Lazarus & Folkman (1985) ทั้ง 3 ขั้นตอน ประกอบด้วยการทำกิจกรรม 7 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที ครั้งละ 1 - 2 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอน	กิจกรรม	จุดประสงค์	สาระสำคัญ
1. การประเมิน ขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal)	กิจกรรมที่ 1 สร้าง สัมพันธภาพ และ ให้ความรู้เรื่อง กระบวนการ ประเมินเหตุการณ์	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลเด็ก ออทิสติกและระหว่างผู้ดูแลเด็ก ออทิสติกซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่ม 2. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติก ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ระยะยาว ระยะเวลาในการเข้า กลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับใน การเข้าร่วมกิจกรรม 3. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติก ทราบถึงกระบวนการประเมิน ทางความคิดของบุคคลในการ	การสร้างสัมพันธภาพ เป็น การสร้างความไว้วางใจและ ความคุ้นเคยกับผู้ดูแลเด็ก ออทิสติกโดยการใช้สื่อสารทั้ง ทางด้านภาษาและท่าทาง เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมี ความไว้วางใจและให้ความ ร่วมมือในการเข้าร่วม กิจกรรมครั้งต่อไป ซึ่งผู้วิจัย แนะนำตนเอง และบอก วัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ระยะยาว ระยะเวลาในการเข้า
ขั้นตอน	กิจกรรม	จุดประสงค์	สาระสำคัญ
2. การประเมิน ขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal)	กิจกรรมที่ 2 ประเมิน ความเครียดตาม การรับรู้และ ประสบการณ์ที่ เป็นปัญหาจากการ	ปรับตัวต่อสถานการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้น 1. เพื่อประเมินระดับความเครียด ของผู้ดูแลในครอบครัวเด็ก ออทิสติกและประเมิน สถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการ ดูแลตามการรับรู้และ ประสบการณ์ในการดูแลเด็ก	กลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับ ในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งกระบวนการประเมิน ทางความคิดของบุคคลในการ ปรับตัวต่อสถานการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้น 3 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้น ปฐมภูมิ การประเมินขั้นทุติย ภูมิ และการประเมินตัดสิน ใหม่ ความเครียด เป็นภาวะที่ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญ กับสิ่งเร้าที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้ง ทางร่างกายและจิตใจ จนทำ ให้ร่างกายมีปฏิกิริยาในการ ตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น เป็น

	ดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง กล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียด	ออทิสติก 2. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์การดูแลเด็กออทิสติกว่าส่งผลกระทบต่ออย่างไรต่อผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกจากการประเมินว่าเป็นความเครียด 3. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อ	ผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเพื่อปรับตัวต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งการปรับตัวจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับระดับของความเครียด ความรู้ และประสบการณ์ ในการประเมินสถานการณ์ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเครียดต่อตนเองหรือไม่ โดยมีการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นทางด้าน
ขั้นตอน	กิจกรรม	จุดประสงค์	สาระสำคัญ
	กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกและทักษะการดูแลผู้	สถานการณ์การดูแลเด็กออทิสติกการสำรวจปัญหา อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงต่อเด็กออทิสติกจากการประเมินว่าเป็นความเครียด 1. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกทราบถึงประเภทของแหล่งประโยชน์ และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ 2. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีความรู้ในเรื่องโรคออทิสติก	ร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ เป็นต้นทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ การแสดงอารมณ์ เครียด ซึมเศร้า เป็นต้นทางด้านสังคม ได้แก่ ไม่ได้ไปทำบุญ ไม่ได้ไปร่วมประเพณีต่างๆ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ผู้ดูแลมีรายได้ลดลง จากการให้การดูแลเด็กออทิสติก แหล่งประโยชน์ที่บุคคลสามารถหาได้ในชุมชน เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลนำมาใช้ในการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งแหล่งประโยชน์ถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง

	เด็กออทิสติก	สาเหตุ อาการแสดง และการรักษาของโรคออทิสติก รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลเด็กออทิสติก 3. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีความรู้ในเรื่องยา ผลข้างเคียง	ที่ช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น หากมีความพร้อมของด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรที่จำเป็นต่าง ๆ ด้านการเงิน อุปกรณ์ คนช่วยเหลือ และทักษะด้านอารมณ์ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็น
ขั้นตอน	กิจกรรม	จุดประสงค์	สาระสำคัญ
	กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	1. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 2. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีการสื่อความหมายที่เข้าใจตรงกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเด็กออทิสติก 3. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	แหล่งประโยชน์ที่บุคคลสามารถหาได้ในชุมชน ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคออทิสติกและทักษะในการดูแลเด็กออทิสติก อาการอาการแสดง ยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของความเครียด จากการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติก และนำไปสู่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้บ่อยครั้ง ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องโรคออทิสติกและทักษะในการดูแลเด็กออทิสติก จึงช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการรักษา และมีความพร้อมในด้านทักษะการดูแลเด็กออทิสติกที่บ้าน ส่งผลให้

			ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย และลดความเครียดจากการดูแลได้อีกประการหนึ่ง
ขั้นตอน	กิจกรรม	จุดประสงค์	สาระสำคัญ
	กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	<p>1. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีความรู้ในเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดทั้งสองแบบ</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีทักษะการเผชิญความเครียดโดยใช้แนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องและเหมาะสม</p>	<p>การสื่อสารในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีความสำคัญ เพราะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เด็กออทิสติกให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆได้ เช่น การทำกิจวัตรประจำวันโดยผู้ดูแลควรใช้การสื่อสารให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย โดยการหลีกเลี่ยงการสื่อสารทางด้านลบได้แก่ การประชดประชัน เจ้ากี้ เจ้าการ การเปรียบเทียบ เป็นต้น และการแสดงอารมณ์หรือทางพฤติกรรม เช่น สีหน้าบึ้งตึง หรือเฉยเมย เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้เด็กออทิสติกเกิดความเครียด และเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เด็กออทิสติกกลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ ดังนั้นผู้ดูแลควรมีทักษะด้าน</p>

			การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลและเด็ก ออทิสติกเข้าใจตรงกัน และ ป้องกันการกลับไปรักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลได้อีกด้วย
ขั้นตอน	กิจกรรม	จุดประสงค์	สาระสำคัญ
	กิจกรรมที่ 6 ฝึก ทักษะการหายใจ และการคลาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด 2. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็ก ออทิสติกทราบแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ 	<p>การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลเด็กออทิสติก เนื่องจากเป็น การระบายออกทางอารมณ์ในทางที่เหมาะสม สามารถระงับและควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น โดยเทคนิคการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด มีอยู่หลายวิธีด้วยกัน เช่น การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ การผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ การนวดคลายเครียด การใช้จินตนาการ และการใช้ ดนตรีบำบัด ซึ่งแต่ละวิธีมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน เพียงผู้ฝึกเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งที่ชอบ และทำ แล้วรู้สึกว่าจะช่วยให้คลายเครียดได้เท่านั้นก็พอ เมื่อฝึกการคลายเครียดไปสักระยะหนึ่ง ผู้ที่ได้รับการฝึกจะรู้สึกได้ว่าการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น ใจเย็น</p>

ขั้นตอน	กิจกรรม	จุดประสงค์	สาระสำคัญ
3. การประเมิน ตัดสินใหม่ (Reappraisal)	กิจกรรมที่7 การ ประเมินตัดสินใหม่ เพื่อทบทวนความรู้	1.เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกได้ ทบทวนความรู้ที่ได้รับในทุก กิจกรรม และนำมาประยุกต์ใช้ใน การประเมินสถานการณ์เดิมอีก ครั้ง2. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็ก ออทิสติก สามารถแยกแยะถึงผลดีและ ผลเสียที่เกิดจากการประเมิน สถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง 3. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกเกิด ความเข้าใจ มั่นใจ มีทักษะ และมี ความสามารถในการดูแลเด็ก ออทิสติกเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ลดลง	ลง สบายใจขึ้น สมารถดีขึ้น ความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ดีขึ้น ฯลฯ ส่งผลให้ผู้ดูแลลด ความเครียด จากการดูแลเด็ก ออทิสติกลงได้ การประเมินตัดสินใหม่ถือ ได้ว่าเป็นวิธีที่ดีและมี ประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากการประเมิน สถานการณ์เดิมจากการได้รับ ข้อมูลมาใหม่จากการได้รับ ความรู้และการฝึกทักษะใน การดูแลของแต่ละกิจกรรมที่ ผ่านมา และบุคคลจะประเมิน ตัดสินใหม่ เพื่อพิจารณา สถานการณ์นั้นว่ายังมี อันตรายอยู่หรือลดลงโดย สามารถแยกแยะได้ว่าการ ประเมินสถานการณ์ที่ไม่ ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อ ผู้ดูแลอย่างไรบ้าง เป็นการ ทบทวนความรู้และพัฒนา ความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งการ แสดงออกทางอารมณ์และ พฤติกรรมที่เหมาะสม โดย นำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ได้

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการทดลองใช้

1. การตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยจะนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและกำหนดค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.8 ขึ้นไป

2. การทดลองใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยนำคู่มือดังกล่าว ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ แผนกผู้ป่วยในสถาบันราชานุกูล จำนวน 1 กลุ่ม 5 ราย (pilot study) ดำเนินกิจกรรมจนครบ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามการเผชิญความเครียด จำนวน 40 ข้อ แบบสอบถามนี้ดัดแปลงมาจาก The Adolescent Coping Scale ที่ Erica Frydenberg and Ramon Lewis(1986) (เสาวนีย์ สำนวน, 2545) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เคย ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความทางด้านบวกทั้งหมด มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ

มาก	ให้คะแนนเท่ากับ	4
ปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ	3
เล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ	2
ไม่เคย	ให้คะแนนเท่ากับ	1

การคิดคะแนนคิดเป็นรายด้าน โดยนำคะแนนของทุกข้อคำถามมารวมกัน

ด้านมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ (ข้อที่ 1-17) อยู่ในช่วง 7-28 คะแนน

ด้านมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตน (ข้อที่ 18-24) อยู่ในช่วง 17-68 คะแนน

ด้านหลีกเลี่ยงปัญหา (ข้อที่ 25-40) อยู่ในช่วง 16-64 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านนั้นสูง

คะแนนต่ำ หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านนั้นต่ำ

เนื่องจากแบบสอบถามนี้ใช้ในผู้ป่วยสารเสพติด ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กออทิสติก ตามที่ผู้วิจัยได้ทบทวนจากรายงานวิจัย แต่คงข้อคำถามเป็น 40 ข้อ และคิดคะแนนเป็นรายด้านเช่นเดิม

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลองและระยะการประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแล ความเครียด และโปรแกรมการเผชิญความเครียด รวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2 ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.2.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กออทิสติก

1.2.1.2 แบบวัดภาระการดูแลเด็กของผู้ดูแล (caregiver burden scale) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery, 1985 ของนพรัตน์ ไชยธานี, 2544 (สุภาวดี ชุ่มจิตต์, 2547)

1.2.1.3 แบบประเมินความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร (Parenting Stress Index-Short Form)ฉบับภาษาไทยแปลโดย ณิชธร พิทยรัตน์เสถียร (2542) ดลฤดี แดงน้ำคู้(2549)

1.2.2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2.3 เครื่องมือใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามการเผชิญความเครียด (เสาวนีย์ สำนวน, 2545)

1.3 ผู้วิจัยยื่นเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้แก่คณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพิจารณา

1.4 ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับสถาบันราชานุกูล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยออทิสติก 3 เพื่อขอความร่วมมือในการทำการศึกษา โดยทำเรื่องจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมนำโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เพื่อขออนุมัติทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่

1.5 ผู้วิจัยจัดทำแผนการทดลองและขอขึ้นหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาต

ทำการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการและระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยออทิสติก 3 ขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาทั้งด้านบุคลากรและสถานที่

1.6 ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลเด็กออทิสติกและผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามที่จัดเตรียมไว้ โดยทำหน้าที่สังเกตและจดบันทึกการพัฒนาของกลุ่ม ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและเตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามที่จัดขึ้น

1.7 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อดูเพิ่มประวัติของกลุ่มตัวอย่างพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.8 ผู้วิจัยจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย เพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จากนั้น นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินงาน

2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และการได้รับยา และข้อมูลของผู้ปกครอง

2. ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองประเมินแบบวัดภาระการดูแลเด็กของผู้ดูแล (caregiver burden scale) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery, 1985 ของนพรัตน์ ไชยธานี, 2544 (สุภาวดี ชุ่มจิตต์ , 2547)

3. ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองทำแบบประเมินความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร (Parenting Stress Index-Short Form) ฉบับภาษาไทยแปลโดย ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร (2542) ดลฤดี แดงน้ำคู้ (2549)

3.1 กลุ่มทดลอง

จะได้รับการโปรแกรมการเผชิญความเครียดตามขั้นตอนดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินเหตุการณ์

รายละเอียดกิจกรรม

ช่วงเวลา 9.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-14.30 น.(กลุ่มบ่าย) เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างบรรยากาศให้ผู้ดูแลเด็กในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัย กฎระเบียบและ

ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวล และเตรียมความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

วัตถุประสงค์ เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างบรรยากาศให้ผู้ดูแลเกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัย ภาวะเบียบและระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวล และเตรียมความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

การดำเนินการพยาบาล ผู้วิจัยทักทายผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกด้วยท่าทีที่เป็นมิตร บอกวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมครั้งนี้ และระยะเวลา ให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) ของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีความเข้าใจในการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น ตามลำดับชัดเจนมากขึ้น ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการประเมินค่าสถานการณ์ที่แตกต่างกันแม้จะเป็นผู้ดูแลเด็กออทิสติกเช่นเดียวกันและผลที่เกิดขึ้นจากการประเมินค่าในแต่ละแบบ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มที่มีการประเมินค่าสถานการณ์ในทางลบ ได้มีการประเมินสถานการณ์ซ้ำอีกครั้งว่าจริงหรือไม่ และปรับเปลี่ยนการประเมินค่าของตนเองใหม่ให้เป็นที่ไปในทางบวกมากขึ้น จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีท่าทีเป็นมิตร พูดคุยโต้ตอบได้ตามประเด็น ประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความเข้าใจในการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น ตามลำดับชัดเจนมากขึ้น ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการประเมินค่าสถานการณ์ที่แตกต่างกันแม้จะเป็นผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเช่นเดียวกันและผลที่เกิดขึ้นจากการประเมินค่าในแต่ละแบบ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มที่มีการประเมินค่าสถานการณ์ในทางลบ ได้มีการประเมินสถานการณ์ซ้ำอีกครั้งว่าจริงหรือไม่ และปรับเปลี่ยนการประเมินค่าของตนเองใหม่ให้เป็นที่ไปในทางบวกมากขึ้น ซึ่งแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ได้กล่าวว่า หากบุคคลสามารถประเมินค่าสถานการณ์ว่าเป็นความท้าทาย ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณไม่มีที่ความเครียดหรือมีความเครียดลดลงได้

กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดตามการรับรู้และประสบการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง

รายละเอียดกิจกรรม

ช่วงเวลา 9.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-14.30 น.(กลุ่มบ่าย) ผู้วิจัยบอกระดับความเครียดจากการประเมินเป็นรายบุคคล วิธีการแก้ไขความเครียดในแต่ละระดับ และสรุปรวมทั้งกลุ่มว่ามีความเครียดในระดับใดมากที่สุด โดยใช้แบบประเมินระดับความเครียดที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการ

คัดเลือกเข้ากลุ่มมาสรุปให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น จากความเครียดที่แสดงออกมาให้เห็นทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทางด้านด้านสังคม และทางด้านเศรษฐกิจ

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกและประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลตามการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลเด็กออทิสติก

การดำเนินการพยาบาล ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยนำผลคะแนนที่ได้จากการประเมินแบบประเมินระดับความเครียดที่ได้จากขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแจ้งให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกทราบทั้งเป็นรายบุคคลและภาพรวมของทั้งกลุ่มว่ามีความเครียดอยู่ในระดับใด ซึ่งนำมาสรุปให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียดที่แสดงออกมาให้เห็นทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ทางด้านสังคมและทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลและสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กออทิสติกที่แตกต่างกัน และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าตนมีความเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มที่มีความเครียดอยู่ในระดับที่สูงว่ามีความเครียดจากสถานการณ์การดูแลเด็กออทิสติกในเรื่องใดบ้าง และให้สมาชิกในกลุ่มช่วยหาแนวทางในการแก้ไข พร้อมสรุปสถานการณ์ที่พบและเป็นปัญหาของผู้ดูแลว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กออทิสติกเป็นสิ่งที่อันตราย เสียหาย หรือเป็นความท้าทาย และส่งผลอย่างไรต่อผู้ดูแลหากผู้ดูแลเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ โดยส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยตามมา คือทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การประเมินผล พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเริ่มคุ้นเคย เริ่มมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัย และผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกกันเอง เริ่มซักถามข้อสงสัย และแสดงความคิดเห็นในการให้ความรู้ สามารถบอกถึงผลกระทบที่เกิดจากความเครียดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ทางด้านสังคมและทางด้านเศรษฐกิจ

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์

รายละเอียดกิจกรรม

ช่วงเวลา 9.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-14.30 น.(กลุ่มบ่าย) เป็นกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกและทักษะการดูแลเด็กออทิสติก เนื่องจากผู้ดูแลเด็กในครอบครัวเด็กออทิสติกขาดความรู้เรื่องโรคและทักษะในการดูแลเด็กออทิสติก ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกและประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลตามการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลเด็กออทิสติก

การดำเนินการพยาบาล ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกและทักษะการดูแลผู้ป่วยออทิสติก เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและทักษะในการดูแลเด็กออทิสติก ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Urizar et al., 2009) ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และสรุปคะแนนรวมทั้งกลุ่มว่ามีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก ออทิสติกอยู่ในระดับใด เพื่อประเมินระดับความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องความหมาย ประเภท ความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่อยู่ในชุมชนของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มค้นหาแหล่งประโยชน์ที่ตนเองนึกถึงในชุมชน และสามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในด้านต่างๆ และผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคออทิสติก ความหมาย สาเหตุ อาการแสดง การรักษา และทักษะในการดูแลเด็ก ออทิสติกเกี่ยวกับยา ผลข้างเคียงและการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคออทิสติก การรักษาเป็นสิ่งที่ จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกปรับตัวเข้ากับบทบาทในการดูแลเด็กออทิสติกและเพิ่มความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้

การประเมินผล ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้รับความรู้เพิ่มขึ้น จากการซักถามผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกตอบได้และสามารถอธิบายได้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับความหมาย ประเภท ความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ และความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคออทิสติก ความหมาย สาเหตุ อาการแสดง การรักษา และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกเกี่ยวกับยา ผลข้างเคียงและการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

รายละเอียดกิจกรรม

ช่วงเวลา 9.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-14.30 น.(กลุ่มบ่าย) ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนาให้ผู้ดูแลเด็กในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับเด็กออทิสติก โดยใช้กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมุติ แสดงบทบาทสมมุติในเรื่องการสื่อสารระหว่างเด็กออทิสติกและผู้ดูแลเด็กในครอบครัวเด็กออทิสติกจากสถานการณ์ตัวอย่างที่กำหนดให้มีการมอบหมายการบ้านเพื่อฝึกทักษะการสื่อสารกับเด็กออทิสติกในสถานการณ์จริงขณะอยู่ที่บ้านและบันทึกผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กในครอบครัวเด็กออทิสติกได้นำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงของแต่ละครอบครัว

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับเด็กออทิสติก

การดำเนินการพยาบาล ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนาให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับเด็กออทิสติก โดยใช้กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ แสดงบทบาทสมมติในเรื่องการสื่อสารระหว่างเด็กออทิสติกและผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกจากสถานการณ์ตัวอย่างที่กำหนดให้ 1 และ 2 ต่อจากนั้น ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นว่าเป็นการสื่อสารที่ดีหรือไม่ เพราะอะไร แต่ละสถานการณ์มีความแตกต่างกันอย่างไร ผลลัพธ์ที่ได้จากการสื่อสารตามการแสดงบทบาทสมมติเป็นอย่างไร ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น และให้ความรู้เรื่องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบของการสื่อสาร ประโยชน์ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการสื่อสารด้านบวกและด้านลบ เทคนิคของการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ มีการมอบหมายการบ้านเพื่อฝึกทักษะการสื่อสารกับเด็กออทิสติกในสถานการณ์จริงขณะอยู่ที่บ้านและบันทึกผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้นำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงของแต่ละครอบครัว

การประเมินผล ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความรู้และเข้าใจรูปแบบของการสื่อสาร ประโยชน์ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการสื่อสารด้านบวกและด้านลบ เทคนิคของการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

รายละเอียดกิจกรรม

ช่วงเวลา 9.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-14.30 น. (กลุ่มบ่าย) ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลเด็กในครอบครัวเด็กออทิสติกแต่ละคนประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียดของตนเองโดยใช้แบบประเมินที่แจกให้ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทบทวนตนเองว่าที่ผ่านมาได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดเป็นส่วนใหญ่ เพราะหากผู้ดูแลเด็กในครอบครัวเด็กออทิสติกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีทักษะการเผชิญความเครียดโดยใช้แนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องและเหมาะสม

การดำเนินการพยาบาล ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกแต่ละคนประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียดของตนเองโดยใช้แบบประเมินที่แจกให้ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้ทบทวนตนเองว่าที่ผ่านมาได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดเป็นส่วนใหญ่ เพราะหากผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ผลดี ผลเสียที่เกิดจากการเผชิญความเครียดทั้ง 2 แบบ และใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ดูแลในครอบครัว

เด็กออทิสติกได้ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาด้วยกัน โดยพัฒนาให้เกิดทักษะในกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน จนสามารถเลือกหาวิธีหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการฝึกทักษะดังกล่าวนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดความพร้อมและมีการเตรียมการสำหรับเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆโดยมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า ดังนั้น การฝึกทักษะในกิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างรอบคอบและเลือกวิธีที่เหมาะสมในการเผชิญกับปัญหาหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดได้อย่างเหมาะสม

การประเมินผล ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกสามารถบอกถึงรูปแบบของการเผชิญความเครียด ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ได้ และบอกถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการหายใจและการคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียด

รายละเอียดกิจกรรม

ช่วงเวลา 9.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-14.30 น.(กลุ่มบ่าย) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ เปิดโอกาสให้สมาชิกทำกิจกรรมร่วมกัน โดยใช้การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ โดยให้สมาชิกฝึกการผ่อนคลายความเครียด ด้วยเทคนิคการฝึกการหายใจ และเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด และทราบแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ

การดำเนินการพยาบาล ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจึงได้มุ่งให้ความรู้และฝึกทักษะให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ ซึ่งพบว่าทั้งสองวิธีนี้เป็นวิธีการระบายออกทางอารมณ์ไปในทางที่เหมาะสมหรือสามารถระงับและควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น เนื่องจากช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดการผ่อนคลายทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ อีกทั้งการใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ดูแลได้ฝึกพร้อมกับสมาชิกคนอื่นๆ จะช่วยกระตุ้นให้เกิดความสนใจในการฝึกมากขึ้น อีกทั้งทำให้สมาชิกมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังจากการฝึกปฏิบัติว่าส่งผลต่อตนเองอย่างไร และได้รับประโยชน์อะไรบ้างจากการฝึกการผ่อนคลายความเครียดทั้งสองแบบ

การประเมินผล ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกบอกถึงวิธีการคลายความเครียดแบบต่างๆ และแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ มีทักษะในการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด และสามารถเลือกวิธีการคลายความเครียดที่เหมาะสมได้

กิจกรรมที่ 7 การประเมินตัดสินใหม่

รายละเอียดกิจกรรม

ช่วงเวลา 9.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-14.30 น.(กลุ่มบ่าย) ผู้วิจัยใช้สถานการณ์ที่ประเมินจากกิจกรรมที่ 2 มาเป็นหัวข้อหลัก และให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกประเมินสถานการณ์ตัดสินใหม่อีกครั้งว่าสิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่ออย่างไรบ้าง และผลเสียจากการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นภาวะเครียด หลังสิ้นสุดกิจกรรมให้ทำแบบวัดภาวะการดูแล แบบประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกและแบบวัดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกทันที เพื่อประเมินผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกว่าเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียด

การดำเนินการพยาบาล ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกทบทวนความรู้และทักษะต่างๆที่ได้รับการพัฒนาในกิจกรรมที่ 3-6 โดยให้จับฉลากเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม กลุ่มละ 2-3 คน และให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันรวบรวมข้อมูลที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม พร้อมทั้งสรุปรายละเอียดที่ได้จากกลุ่มย่อยโดยส่งตัวแทนกล่าวให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มฟัง และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มช่วยเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหายไป ต่อจากนั้นใช้สถานการณ์ตัวอย่างจากกิจกรรมที่ 2 มาเป็นหัวข้อหลักในการทำกลุ่ม โดยการให้สมาชิกประเมินซ้ำว่าสถานการณ์นั้นยังมีอันตรายอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด หากยังคงอยู่ คือยังเป็นสถานการณ์ที่สมาชิกรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดความเครียด ให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่าจะใช้วิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร ควรจะใช้วิธีการเดิม หรือวิธีการที่แตกต่างไป มีข้อมูลใหม่ใดๆประกอบหรือสนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการแก้ไขสถานการณ์นั้นๆหรือไม่ พร้อมร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้นจากการกระทำในแต่ละวิธีนั้นๆดังนั้น การประเมินตัดสินใหม่จึงเป็นโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้ทบทวนและประเมินถึงความสำเร็จในการเผชิญกับความเครียดที่ผ่านมาของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการเผชิญกับความเครียดรวมถึงดึงทรัพยากรต่างๆที่มีอยู่เข้ามาใช้สนับสนุนให้สามารถเผชิญกับความเครียดที่ยังคงอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การประเมินผล ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกอธิบายถึงความรู้ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง บอกถึงผลดีและผลเสียที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ได้ และมีทักษะและมีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง

3.2 กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

3.2.1 เด็กออทิสติกและผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกจะได้รับบริการการดูแลปกติโดยจะได้รับความแนะนำและกิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ ให้การพยาบาล

โดยประกอบไปด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยทางการแพทย์ 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) การประเมินผลการพยาบาล กิจกรรมที่หอผู้ป่วยจัดให้เด็กออทิสติกและผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้แก่ การออกกำลังกาย การสอนทักษะเด็กรายบุคคล การทำกิจกรรมกลุ่มกับเด็ก เช่น กลุ่มสมาธิ กลุ่มภาษา กลุ่มสังคม กลุ่มศิลปะ เป็นต้น และการให้ความรู้กับผู้ปกครอง เช่น เรื่องโรคออทิสติก เรื่องการรับประทานยา เรื่องทักษะการสอนรายบุคคล พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการฝึกอย่างต่อเนื่อง

4. ในครั้งที่ 3 ผู้วิจัยนัดติดตามผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกทำแบบวัดภาวะการดูแลเด็กของผู้ดูแล (caregiver burden scale) แบบสอบถามการเผชิญความเครียด และส่งแบบสอบถามให้แก่ผู้วิจัย พร้อมทั้งมารับการตรวจรักษาตามนัด

3.ระยะการประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินภาวะการดูแล การเผชิญความเครียด ภายหลังจากสิ้นสุดการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม (Post-test) ในครั้งที่ 3 ที่สถาบันราชานุกูลโดยใช้แบบวัดภาวะการดูแลเด็กของผู้ดูแล แบบสอบถามการเผชิญความเครียด และแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่า สิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งขอบคุณ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์แจกแจงในเชิงบรรยาย โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test ในกลุ่มทดลอง
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann- Withney U-Test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง โดยเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมการเผชิญกับความเครียดแบบกลุ่ม และเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญกับความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงก่อนและหลังการทดลองของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 5 คะแนนการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน
1	46.00	18.00	32.00	32.00
2	46.00	22.00	54.00	40.00
3	44.00	19.00	14.00	13.00
4	46.00	24.00	46.00	35.00
5	51.00	28.00	46.00	37.00
6	54.00	22.00	44.00	32.00
7	52.00	24.00	46.00	39.00
8	49.00	15.00	32.00	28.00
9	51.00	20.00	51.00	40.00
10	51.00	20.00	51.00	33.00
11	23.00	20.00	29.00	29.00
12	34.00	33.00	32.00	32.00
13	50.00	52.00	30.00	30.00
14	32.00	44.00	36.00	36.00
15	17.00	20.00	36.00	36.00
16	42.00	40.00	38.00	38.00
17	27.00	27.00	27.00	33.00
18	39.00	38.00	36.00	36.00
19	42.00	37.00	33.00	33.00
20	34.00	34.00	32.00	32.00
\bar{x}	41.50	27.85	37.25	35.15
SD	10.50	10.07	9.82	7.74

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มโดยส่วนใหญ่มีค่าคะแนนน้อยลง ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติส่วนใหญ่ค่าคะแนนไม่แตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนก่อนการทดลอง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงก่อนและหลังการทดลองของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม (Wilcoxon signed rank test)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม (n=20)

การทดลอง	\bar{x}	SD	Z	p-value
ก่อนการทดลอง	41.50	10.50	2.985	.003
หลังการทดลอง	27.85	10.07		

จากตารางที่ 6 พบว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
ทดลอง	41.50	10.50	27.85	10.07
ควบคุม	3.25	9.82	35.15	7.74
Z		1.44		2.03
p-value		1.57		.04

จากตารางที่ 7 พบว่าก่อนการทดลองภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงไม่แตกต่างกัน ภายหลังจากการทดลองพบว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบกลุ่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมการเผชิญกับความเครียดแบบกลุ่ม และการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญกับความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ขณะมารับบริการที่หอผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมการเผชิญกับความเครียดแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญกับความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่ให้การดูแลเด็กออทิสติกอายุ 6-18 ปี ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล ระหว่างวันที่ 11 มิถุนายน – 15 มิถุนายน 2561 ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (Polit and Beck, 2004) จำนวน 40 คน สุ่มเป็น กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ได้แก่ บิดา มารดา หรือปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้าอา ที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการมากระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 2) เป็นผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง อายุ 6-18 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล 3) เป็นผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง ที่มีค่าคะแนนรวมการดูแลในระดับปานกลาง และระดับมากที่สุด 4) เป็นผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง ที่มีค่าคะแนนรวมความเครียดคะแนนที่สูงเกินเปอร์เซ็นต์ที่ 85 หรือคะแนนตั้งแต่ 86 คะแนน 5) ผู้ดูแลไม่

มีความเจ็บป่วยทางกาย หรือเป็นโรคทางด้านสมองอื่นร่วม เช่น ปัญญาอ่อน สมองพิการ 6) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กกึ่งออทิสติกได้แก่ เพศ วันเดือนปีเกิด อายุ เป็นบุตรคนที่ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประวัติการได้รับยา และข้อมูลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 2. แบบวัดภาวะการดูแลเด็กของผู้ดูแล เป็นแบบวัดภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติกโดยมีค่าความตรงจากเนื้อหาเท่ากับ .92 และวัดค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .93 อันประกอบด้วย การวัดภาวะ 2 มิติ คือภาระด้านอัตวิสัย (Objective burden) และภาระด้านจิตวิสัย (Subjective burden) ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อความรวม 24 ข้อ คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาระแต่ละด้านแยกกันและภาระโดยรวม ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแล สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนน ใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูต (2542) และ Best (1970) การวัดภาวะดูแลในข้อความ สุภาวดี ชุ่มจิตต์, 2547 ได้ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับภาวะการดูแลเด็กกึ่งออทิสติกของบิดามารดา ตามที่ได้ทบทวนจากรายงานวิจัย แต่คงข้อความเกี่ยวกับภาระเชิงจิตวิสัย ประกอบด้วยข้อความจำนวน 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก และข้อความทางลบคงเดิมแต่สำหรับข้อความเชิงอัตวิสัย ประกอบด้วยข้อความจำนวน 12 ข้อ คงข้อความเชิงลบ 12 ข้อคงเดิม

ส่วนที่ 3. แบบสอบถามวัดระดับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร (Parenting Stress Index-Short Form) ฉบับภาษาไทยแปลโดย ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร (2542) ดลฤดี แดงน้ำคู้ (2549) เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างเด็กกับพ่อแม่ ประกอบด้วยข้อความจำนวน 36 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ Parental Distress (PD) จำนวน 12 ข้อ , Parent-Child Dysfunctional Interaction (P-DI) จำนวน 12 ข้อ, Difficult Child (DC) จำนวน 12 ข้อ โดยการประเมินค่าจาก 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (strong agree), เห็นด้วย (agree), ไม่แน่ใจ (not sure), ไม่เห็นด้วย (disagree), ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (strongly disagree)

ส่วนที่ 4. แบบสอบถามการเผชิญความเครียด จำนวน 40 ข้อ แบบสอบถามนี้ดัดแปลงมาจาก The Adolescent Coping Scale ที่ Erica Frydenberg and Ramon Lewis (1986) และ วิณา มิ่งเมือง (2540) นำมาพัฒนาต่อ (เสาวนีย์ สำนักวน, 2545) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เคย ลักษณะข้อความเป็นข้อความทางด้านบวกทั้งหมด มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ การคิดคะแนนคิดเป็น

รายด้าน โดยนำคะแนนของทุกข้อคำถามมารวมกัน ซึ่งคะแนนรวมด้านมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตน อยู่ในช่วง 17-68 คะแนน ด้านมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุน อื่นๆอยู่ในช่วง 7 - 28 คะแนน ด้านหลีกเลี่ยงปัญหา อยู่ในช่วง 16 - 64 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนสูงหมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านนั้นสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านนั้นต่ำ เนื่องจากแบบสอบถามนี้ใช้ในผู้ป่วยสารเสพติด ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กออทิสติก ตามที่ผู้วิจัยได้ทบทวนจากรายงานวิจัย แต่คงข้อคำถามเป็น 40 ข้อ และคิดคะแนนเป็นรายด้านเช่นเดิม

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้ ดังนี้ แบบวัดภาวะการดูแลเด็กของผู้ดูแล แบบสอบถามวัดระดับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร แบบสอบถามการเผชิญความเครียด เท่ากับ .89, .88 และ .81 ตามลำดับ

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีภาวะการดูแลน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. การเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีภาวะการดูแลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีผลทำให้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงก่อนการได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อที่ตั้งไว้ ดังรายละเอียดดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานที่ 1 ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาที่พบดังนี้

โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มขึ้นผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยนำโปรแกรม Stress Appraisal and Coping ของ Lazarus & Folkman (1985) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา ประกอบด้วย การประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินเหตุการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) 2) ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับเหตุการณ์ตามการรับรู้ (secondary appraisal) และ 3) การประเมินตัดสินใหม่ (Reappraisal) ทั้งนี้เพื่อให้สามารถสามารถตัดสินใจได้ดีขึ้นในการเผชิญความเครียดครั้งต่อไป โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม จึงพัฒนาเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ดูแลเด็กมีการประเมินความเครียดว่าเป็นสิ่งที่ทำลายและควบคุมได้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวันโดยผ่านการเรียนรู้และฝึกทักษะจะทำให้ผู้ดูแลลดความเครียดลงได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน มีทั้งหมด 7 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที ใช้เวลาทั้งหมด 1 สัปดาห์

2. การเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลอง

พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบดังนี้

จากผลการวิจัยคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกภายหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นได้ว่าโปรแกรมการเผชิญกับความเครียดแบบกลุ่มนำไปสู่ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่ลดลง โดยผู้วิจัยอภิปรายกระบวนการที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่ลดลง ดังนี้

โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคออทิสติก และเกิดทักษะต่างๆ ได้แก่ การดูแลเด็กออทิสติก การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อลดความเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติก อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกเพิ่มมากขึ้นตามมา ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินเหตุการณ์ เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างบรรยากาศให้ผู้ดูแลเกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัย ศึกษาระเบียบและระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกเกิดความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวล และเตรียมความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดตามการรับรู้และประสบการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยนำผลคะแนนที่ได้จากการประเมินแบบประเมินระดับความเครียดที่ได้จากขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแจ้งให้ผู้ดูแลทราบทั้งเป็นรายบุคคลและภาพรวมของทั้งกลุ่มว่ามีความเครียดอยู่ในระดับใด ซึ่งนำมาสรุปให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียดที่แสดงออกมาให้เห็นทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ทางด้านสังคมและทางด้านเศรษฐกิจ

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกและทักษะการดูแลเด็กออทิสติก ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และสรุปคะแนนรวมทั้งกลุ่มว่ามีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติกอยู่ในระดับใด เพื่อประเมินระดับความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ของผู้ดูแล จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ใน

เรื่องความหมาย ประเภท ความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่อยู่ในชุมชนของตนเอง

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ใช้กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ แสดงบทบาทสมมติในเรื่องการสื่อสารระหว่างเด็กออทิสติกและผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกจากสถานการณ์ตัวอย่างที่กำหนดให้ 1 และ 2 ต่อจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นว่าเป็นการสื่อสารที่ดีหรือไม่ เพราะอะไร แต่ละสถานการณ์มีความแตกต่างกันอย่างไร ผลลัพธ์ที่ได้จากการสื่อสารตามการแสดงบทบาทสมมติเป็นอย่างไร

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกแต่ละคนประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียดของตนเองโดยใช้แบบประเมินที่แจกให้ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกทบทวนตนเองว่าที่ผ่านมาได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดเป็นส่วนใหญ่ เพราะหากผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการหายใจและการคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียด ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจึงได้มุ่งให้ความรู้และฝึกทักษะให้ผู้ดูแลสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ ซึ่งพบว่าทั้งสองวิธีนี้เป็นวิธีการระบายออกทางอารมณ์ไปในทางที่เหมาะสม หรือสามารถระงับและควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น เนื่องจากช่วยให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกเกิดการผ่อนคลายทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ

กิจกรรมที่ 7 การประเมินตัดสินใจใหม่ เพื่อทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียด เป็นการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว โดยบุคคลจะประเมินซ้ำเพื่อทบทวนว่าสถานการณ์นั้นยังมีอันตรายอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด และหากยังคงอยู่ คือมีการรับรู้มาก่อนให้เกิดความเครียด บุคคลจะพยายามจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่อย่างเต็มที่โดยหาวิธีการที่เหมาะสม

ซึ่งจะเห็นได้ว่ากิจกรรมตามโปรแกรมการเผชิญความเครียดดังกล่าวข้างต้นจะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดความมั่นใจในการดูแล ลดความเครียดจากการดูแลเด็กออทิสติก และมีทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยาทางจิตเวช ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งการจัดการกับอารมณ์ รวมทั้งหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกปรับตัวเข้ากับบทบาทในการดูแลเด็กออทิสติกที่บ้านได้อย่างถูกต้อง จะช่วยลดอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษการใช้โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ ดังนี้

1. การนำโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีผลทำให้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงลดลง พยายามจำเป็นต้องมีทักษะและความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และประสบการณ์เรื่องการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม ซึ่งจะทำให้การนำโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มไปให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากที่สุด
2. ควรมีการปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการให้โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มตามความเหมาะสมของสมาชิกกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกมีความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีผลต่อผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงภายหลังการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
2. ควรนำโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มที่มีผลต่อผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงไปใช้ในผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาบกพร่องด้านอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการวิจัยในผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาบกพร่องด้านอื่นๆ ว่ามีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลลดลงได้หรือไม่

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. (2553). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2553 (Annual Report 2010). กรุงเทพฯ. บางกอกบล็อก.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการดูแลโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 4 โรคหลัก(สติปัญญาบกพร่อง ออทิสติก สมาธิสั้น แอลดี) สำหรับเครือข่ายบริการสาธารณสุข. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กุลธิดา สุภาคุณ. (2555) บทความวิชาการการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเครียด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม) หน้า 2.

งานเวชสถิติสถาบันราชานุกูล. (2560). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2560. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล.

งานเวชสถิติสถาบันราชานุกูล. (2558). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2558. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2544). การพยาบาลเด็กออทิสติก เอกสารคำสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.

ชาญวิทย์ พรนภดล (2545). จิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น.

ชมนันท์ บัวงาม. (2539). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มการออกกำลังกายต่อการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในตำบลทะเลทรัพย์ อำเภอประทิว จังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณัฏฐ์ พิทยรัตน์เสถียร. (2542). ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อโรคสมาธิสั้นของ ค ู รุ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1และ2 โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานครในเขตปทุมวัน. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดร.ณิ คชพรหม. (2543). ผลของกลุ่มบำบัดระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดลฤดี แดงน้ำคู้. (2549). ความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2548). คู่มือออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

ทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2540). กรณีศึกษาผลการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและ

- ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). **การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธิดา โมสิกรัตน์และคณะ. (2548). **รายงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาวิธีการเรียนรู้ร่วมกันโดยการเรียนแบบเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช : กรณีศึกษาชุดวิชาไทยศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร.**
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). **ผลของโปรแกรมการดูแลของผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุปผา ธนิกกุล. (2554). **ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุษกุล ศุภอักษร. (2553). **ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปวีดา โพธิ์ทอง, สุนทรี ชะชาติ, สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, เสาวลักษณ์ แสนฉลาด. (2556). **ภาวะสุขภาพของเด็กออทิสติก ความรู้และความเครียด ของผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่ได้รับบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษ เขต 5 จังหวัดสุพรรณบุรี.** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี.
- เพ็ญแข ถิ่นศิลา. (2550). **40 ปี โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ใน 84 พรรษาพระบารมีที่ระลึก 40 ปีโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.** หน้า 45-62. กรุงเทพฯ: ม.ป.พช
- มานิช หล่อตระกูล. (2553). **จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:ปิยอนเอ็นเตอร์ไพรส์
- มัลลิกา จันทร์เพ็ญ. (2557). **ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนา พันจยู. (2555). **ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชตะวรรณ โอฬาทิริยกุล, วรรณวิมล เบญจกุลและศรีจิตต์ ขวัญแก้ว. (2557). **ปัจจัยทำนายภาวะการ**

- ดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลหลัก ของครอบครัวในจังหวัดภาคใต้แถบชายฝั่งทะเลด้านตะวันตกของประเทศไทย.** วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2557. รพีพรรณ อินทวงศ์. (2550). **ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ปกครองเด็กออทิสติก.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา จิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.
- ศรีพิมล ดิษยบุตร. (2553). **สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 1.
- วีณา มิ่งเมือง. (2540). **ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการศึกษา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาวดี ชุ่มจิตต์. (2547). **การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดา โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.** โครงการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาวดี ชุ่มจิตต์. (2555). **ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถ ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล.** โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข.
- สิริมา ชุ่มศรี, นุจรี ไชยมงคล และศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์. (2557) **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กต่อความสามารถและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กสมองพิการ.** คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เสาวนีย์ สำนวน. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การประเมินความเครียด การเผชิญความเครียดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางใจของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า ขณะรับการบำบัดรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). **ความเครียดกับการดูแลตนเอง.** การดูแลตนเองศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร:บริษัทวิถีสติน จำกัด.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2551). **ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- อัญชลี ยศภรณ์. (2551). **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชา แซ่มซ้อย. (2550). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เพื่อฟ้าพรินติ้ง.

อรศิริ ภิเศก. (2542). **แบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัวเด็กออทิสติก**. มหาบัณฑิต สาขาวิชา สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. (2011). **autism spectrum disorder**. In: DSM-5 development. 2011. [Online]. Available URL:<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision>.

Barbatesi, W. J., Katusic, S. K., & Voigt, R. G. (2006). **Autism: A review of the state of the science for pediatric primary health care clinicians**. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 160(11), 1167-1175.

Bull.J.M.(1990).**Factor Influencing Family caregiver burden and health**. Western journal of nursing search. 12(6):758-777.

Cook, J.A.Lefley, H.P, Pickett, S.A.&Cohler, B.J.(1994). **Age and family burden burden among parents of offspring with severe mental illness**.American Journal Orthopsychiatric64:435-447.

Corey, M.S.and Corey,G.(2006). **Group process and practice group**. (7th ed). The united states of American:Thomson Learning, Inc.

Crotty, P., & Kuly, R.(1986).**Are schizophrenics a burden to their families. Significant others views**. Health Social Worker11:173 - 188.

Eakes, G. (1995). **Chronic sorrow: The lived experientemof parenrns of chronically mentally ill Individuals**. Archives of Psychiatric Nursing 9 : 77-84.

Fredman, L. (1998).**Caregiver issue**. Journal of Health and Social Behavior. 14(1):20-27.

Frydenberg, E. and Lewis, R. (1986). **Adolescent coping scale administrator's manual**. The Australian council for Educational Research Ltd.

Folkman, S. & Judith, T.M.(2004). **Coping:Pitfalls and Promis**.Annu. Rev.Psychol. 2004(55) :745 - 768.

Ganggully, K.K., Singin R.K., and Sigh T.B.(2010). **Caregiving Burden and Coping in Schizophrenia and bipolar disorder: A Qualitative Study**.American Journal of Psychiatric Rehabilitation. 13(2):126-142.

Gibson, C.H. 1995. **The process of empowerment in Ill children**. Journal of Advance Nursing.32, August:1201-1210.

- GispendeWied,C.C.(2000).**Stressinschizophrenia:anintegrativeview**.(doi:DOL:10.1016/1016/S0014-2999(00)00567-7). European Journal of Pharmacology, 405(1-3), 375-384.
- Gray D.E. (1996). **Coping with autism:Stress strategies**.*Journal of Advance Nursing*. August:354-361.
- Jones. S.L., (1996). **The association between objective and subjective caregiver burden**. *Archives of Psychiatric Nursing*,10, 2:77-84
- Lalana, P. (2007). **Effecttiveness of coping skill training program on depression in early adolescent**. Master' Deegree, Mental Health and Psychiatric Nursing Mahidol University.
- Lazarus, R. & Folkman, S., 1984. **Stress, Appraisal and Coping**. New York: SpringPublishing Company.
- Lowyek, B., DeHert, M., Peeter, E., Wampers, M., Bilis, P., & Peusken, J. (2004). **A study of the family burden of 150 members of schizophrenic patients**. *European Psychiatry*, 19,395-410.
- Marram, G.D. (1978). **The Group Approach in Nursing Practice**. Saint Louis:The C.V. Mosby Company.
- Miller, J.F.(1991). **Coping with chronic illness: Overcoming Powerlessness**. (2ndded). Philadelphia: F.A.Davis.
- Montgomery, R., Gonyea, J., & Hooyman, N. (1985). **Caregiving and experience of subjective and objective burden**. *Family Relations*, 34, 19-26.
- Montgomery, R. (2006). **Using and inter preting the Montgomery Borgatta Caregiving Burden Scale**. Retrieved from <http://www.uwm.edu/SSW//facstaff/bio/Burden%20Scale.pdf>
- Pariante, C. & Carpiniello, B. (1996). **Family burden in relatives of schizophrenics and of people with mental retar dation: A comparative study**. *European Psychiatry*, 11, 381-385.
- Peplau, H.E.(1952). **Interpersonal Relation in Nursing**. New York; G.P. Putnam s Son.
- Polit, D. F. and Beck, C. T. (2004). **Nursing research: Principle and method**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sales, E. (2003). **Family burden and quality of life**. *Quality of Life Research*, 12:33-41.
- Selye, H. (1976). **The stress of Life**. New York: Me Graw-Hill book company. Urizar AC, Maldonado JG & Castillo CM. (2009). Quality of life in caregivers of patients with

Schizophrenia: a literature review. Health And Quality of Life Outcomes.

- Stuart, M., & McGrew, J. H. (2009). **Caregiver burden after receiving a diagnosis of an autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorders, 3, 86-97.**
- Thompson, E.H., & Doll, W. (1982). **The burden of families coping with the mentally ill: An invisible crisis. Family Relations 31: 379 - 388.**
- Urizar AC, Maldonado JG & Castillo CM. (2009). **Quality of life in caregivers of patients with Schizophrenia: a literature review. Health And Quality of Life Outcomes 7, 84.**





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1.แพทย์หญิงจันทร์อภา สุขทัฬหี	นายแพทย์ชำนาญการ (จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น) สถาบันราชานุกูล กระทรวงสาธารณสุข
2.นางสาวชัช ชุมนทิยะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันราชานุกูล กระทรวงสาธารณสุข
3.นางอัญชรส ทองเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันราชานุกูล กระทรวงสาธารณสุข
4.นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กระทรวงสาธารณสุข
5.นางสุพัตรา จันทร์สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี กระทรวงสาธารณสุข



การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบสอบถามการดูแล

$$CVI = \frac{11}{12} = 0.92$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบประเมินความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร

$$CVI = \frac{33}{36} = 0.92$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบสอบถามการเผชิญความเครียด

$$CVI = \frac{39}{40} = 0.97$$

การตรวจสอบความเที่ยง

1.แบบสอบถามภาวะการดูแล

เมื่อนำข้อมูลของแบบสอบถามภาวะการดูแล มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha Coefficient)เท่ากับ .899 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.899	12

Case Processing Summary		
	N	%
Cases Valid	30	100.0
Excluded	0	.0
Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

2.แบบประเมินความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร

เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .887 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.887	36

Case Processing Summary		
	N	%
Cases Valid	30	100.0
Excluded	0	.0
Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

3.แบบสอบถามการเผชิญความเครียด

เมื่อนำข้อมูลของแบบสอบถามการเผชิญความเครียด มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha Coefficient)เท่ากับ .816 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.816	40

Case Processing Summary		
	N	%
Cases Valid	30	100.0
Excluded	0	.0
Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.



ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ดูแล
- 1.2 แบบวัดการระการดูแล
- 1.3 แบบประเมินความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร

ส่วนที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

- 3.1 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด

ส่วนที่ 3. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

- 3.1 คู่มือการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ดูแลเด็กออทิสติก
- 3.2 คู่มือเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กออทิสติก(สำหรับพยาบาล)

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครอง

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับเด็กและตัวท่านให้มากที่สุด

โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง หรือเติมคำลงในช่องว่าง และ กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก

1. เพศ ชาย หญิง
2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
3. เป็นบุตรลำดับที่.....ในจำนวน.....คน
5. การวินิจฉัยครั้งแรกอายุ (ระบุ).....ปี.....เดือน
6. การรักษาในปัจจุบัน ไม่ได้รับยา
 ได้รับ(ระบุยา).....

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง (ผู้ที่ดูแลเด็ก)

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 โสด คู่ หม้าย / หย่า / ร้าง
4. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช. / ปวส. อนุปริญญา
 ปริญญาตรีขึ้นไป
5. อาชีพ
 รับราชการ รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย รับจ้าง
 ทำสวน , ทำนา , ทำไร่ งานบ้าน ไม่ได้ทำงาน อื่นๆ.....
6. ท่านเกี่ยวข้องกับเด็กอย่างไร
 บิดา มารดา ปู่/ย่า ตา / ยาย
 ลุง / ป้า น้า / อา อื่นๆ (ระบุ).....
7. ระยะเวลาในการดูแลเด็ก
 น้อยกว่า 6 เดือน มากกว่า 6 เดือน ขึ้นไป

1.2. แบบวัดภาระการดูแล

แบบวัดภาระการดูแล เป็นแบบวัดภาระการดูแลของบิดามารดา ซึ่งนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544 สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Montgomery et al, 1985 สุภาวดี ชุ่มจิตต์(2547) แบบวัดภาระการดูแลเด็ก เป็นแบบวัดภาระการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติกโดยมีค่าความตรงจากเนื้อหาเท่ากับ .94 และวัดค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .93 อันประกอบด้วย การวัดภาระ 2 มิติ คือภาระด้านอัตวิสัย (Objective burden) และภาระด้านจิตวิสัย (Subjective burden) ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 24 ข้อดังนี้คือ

โดยกำหนดค่าคะแนนดังนี้

คะแนน 4.50-5.00 คะแนน	แสดงว่า	มีภาระในการดูแลมากที่สุด
คะแนน 3.50-4.49 คะแนน	แสดงว่า	มีภาระในการดูแลมาก
คะแนน 2.50-3.49 คะแนน	แสดงว่า	มีภาระในการดูแลปานกลาง
คะแนน 1.50-2.49 คะแนน	แสดงว่า	มีภาระในการดูแลน้อย
คะแนน 1.00-1.49 คะแนน	แสดงว่า	มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

แบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลเด็กออทิสติก

คำชี้แจง โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแลเด็กออทิสติก โดยเขียนเครื่องหมาย / ในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน
มาก	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกอาทิตย์
ปานกลาง	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง
น้อย	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านนานๆครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านน้อยมากหรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงอัตวิสัย(Objective Burden)					
1.การดูแลเด็กออทิสติกทำให้มีเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่านน้อยลง					
2.ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลเด็ก					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.การดูแลเด็กออทิสติกทำให้ท่านไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพร่างกายของท่าน					
12.การดูแลเด็กออทิสติกทำให้ท่านอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ					

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลเด็กออทิสติกในช่วง 1 เดือน ก่อนพาเด็กออทิสติกมาโรงพยาบาล แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้งหรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงจิตวิสัย(Subjective Burden)					
1.ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลเด็กออทิสติก					
2.ท่านรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับการรักษาเด็กออทิสติก					
3.ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลเด็กออทิสติก					
4.					
5.....					
6.....					
7					
8.....					
9.....					
10.					
11.ท่านรู้สึกวิตกกังวลต่ออนาคตของเด็กออทิสติกหากท่านต้องจากไป					
12.ท่านรู้สึกว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือได้กำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว					

1.3 แบบสอบถามวัดระดับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร(Parenting Stress Index-Short

Form) ฉบับภาษาไทยแปลโดย ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร (2542) ดลฤดี แดงน้ำคู้(2549) เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างเด็กกับพ่อแม่ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน

แบบประเมินความเครียดจากการดูแลบุตร(PSI-SF)

วันที่ประเมิน.....ข้อมูลของเด็ก เพศ.....อายุ.....ปี

ผู้ตอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็น.....อายุ.....ปี

คำแนะนำ แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 36 ข้อ จงอ่านและตอบคำถามในแต่ละข้อตามความรู้สึกที่ท่านมีต่อตนเองและเด็กที่ท่านกรอกข้อมูลด้านบน

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.ฉันมักรู้สึกว่าคุณจัดการเรื่องต่างๆในชีวิตได้ไม่ทัน					
2.ฉันยอมสละชีวิตส่วนตัวมากกว่าที่เคยคาดไว้เพื่อตอบสนองความต้องการของคุณ					
3.ฉันรู้สึกติดบ่วงความรับผิดชอบของการเป็นพ่อแม่					
4.ตั้งแต่มีลูกคนนี้ ฉันไม่สามารถทำอะไรใหม่หรือแตกต่างไปจากเดิมได้เลย					
5.ตั้งแต่มีลูก ฉันรู้สึกว่าฉันแทบไม่ได้ทำในสิ่งที่ชอบเลย					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6.ฉันรู้สึกไม่พอใจเสื้อผ้าที่ต้องซื้อให้ตนเองครั้งสุดท้าย					
7.มีหลายสิ่งหลายอย่างในชีวิตที่รบกวนจิตใจของฉันอยู่					
8.การมีลูกก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับคู่สมรสของฉันมากกว่าที่ฉันเคยคาดไว้					
9.ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่มีเพื่อน					
10.เวลาฉันไปงานเลี้ยง ฉันมักคาดไว้ล่วงหน้าว่าฉันคงไม่สนุก					
11.....					
12.....					
13.....					
14.....					
15.....					
16.....					
17.....					
18.....					
19.....					
20.....					
21.....					
22.....					
23.....					
24.....					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
25.....					
26.ลูกของฉันมักตื่นขึ้นมากด้วย อารมณ์ที่ไม่แจ่มใส					
27.ฉันรู้สึกว่าคุณลูกของฉันอารมณ์ ฉุนเฉียวและหงุดหงิดง่าย					
28.ลูกของฉันมักมีพฤติกรรม บางอย่างที่รบกวนผู้อื่น					
29.ลูกของฉันมีปฏิกิริยาตอบโต้ รุนแรงมากในเรื่องที่เขารู้สึกไม่ พอใจ					
30.ลูกของฉันหงุดหงิดง่ายแม้ใน เรื่องเล็กน้อย					
31.การจะทำให้ลูกของฉันกินนอน เป็นเวลาตามตารางที่วางไว้ได้นั้น เป็นเรื่องยากมาก					
32.-----					
33. -----					
34.มีบางเรื่องที่คุณลูกของฉันทำแล้ว รบกวนฉันเป็นอย่างมาก					
35.ลูกของฉันสร้างปัญหามากกว่า ที่ฉันเคยคาดไว้					
36.ลูกของฉันเรียกร้องสิ่งต่างๆ จากพ่อแม่มากกว่าเด็กทั่วไป					

โปรดเลือกข้อความที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดจากตัวเลือก 1-5 ด้านล่างนี้

22. ฉันรู้สึกว่าคุณ

1. เป็นพ่อแม่ที่ไม่ดีเอาเลย
2. เป็นพ่อแม่ที่ไม่ดีเท่าไรนัก
3. เป็นพ่อแม่ที่ดีพอๆกับพ่อแม่โดยทั่วไป
4. เป็นพ่อแม่ที่ดีกว่าพ่อแม่โดยทั่วไป
5. เป็นพ่อแม่ที่ดีมาก

32. ฉันพบว่ากรให้ลูกทำหรือหยุดทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น

1. ยากกว่าที่ฉันคิดไว้มาก
2. ค่อนข้างยากกว่าที่ฉันคิดไว้
3. ยากพอๆกับที่ฉันคิดไว้
4. ค่อนข้างง่ายกว่าที่ฉันคิดไว้
5. ง่ายกว่าที่ฉันคิดไว้มาก

33. ลองนึกดูอย่างรอบคอบและนับจำนวน เรื่องที่ลูกของคุณสร้างปัญหาให้คุณว่ามีประมาณกี่เรื่อง ?

(เช่น 1. เกียจคร้าน 2. ไม่เชื่อฟัง 3. อยู่ไม่นิ่ง 4. งอแง 5. ก่อกวน 6. ทะเลาะเบาะแว้ง 7. โวยวาย ฯลฯ

เป็นต้น)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบสอบถามการเผชิญความเครียด

แบบสอบถามการเผชิญความเครียด จำนวน 40 ข้อ แบบสอบถามนี้ดัดแปลงมาจาก The Adolescent Coping Scale ที่ Erica Frydenberg and Ramon Lewis(1986) และวีณา มิ่งเมือง (2540)นำมาพัฒนาต่อ (เสาวนีย์ สำนวน, 2545)ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เคย ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความทางด้านบวกทั้งหมด มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ

การคิดคะแนนคิดเป็นรายด้าน โดยนำคะแนนของทุกข้อคำถามมารวมกัน ซึ่งคะแนนรวมด้านมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตน อยู่ในช่วง 17-68 คะแนน ด้านมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆอยู่ในช่วง 7-28 คะแนน ด้านหลีกเลี่ยงปัญหา อยู่ในช่วง 16-64 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนสูงหมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านนั้นสูง คะแนนต่ำหมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านนั้นต่ำ เนื่องจากแบบสอบถามนี้ใช้ในผู้ป่วยสารเสพติด ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กออทิสติก ตามที่ผู้วิจัยได้ทบทวนจากรายงานวิจัย แต่คงข้อคำถามเป็น 40 ข้อ และคิดคะแนนเป็นรายด้านเช่นเดิม

แบบสอบถามการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมของท่านที่ใช้ในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย(x)ลงในช่องว่างให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดของท่านมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดของท่านปานกลาง

เล็กน้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดของท่านเล็กน้อย

ไม่เคย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดของท่านเลย

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคย
เมื่อท่านมีความไม่สบายใจ/เครียด/หรือมีปัญหา ท่านมักจะแก้ไขโดย.....				
1.จัดการกับปัญหาด้วยการมุ่งแก้ไขที่สาเหตุ				
2.มุ่งความสนใจไปที่การทำงาน/เรียนให้ประสบความสำเร็จ				
3.พยายามทำตัวให้เป็นที่ยอมรับของคนอื่น เช่น ทำให้คนที่มีความสำคัญกับท่านประทับใจในตัวท่าน				
4.ไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อนๆที่ไม่ยุ่งเกี่ยวกับอบายมุข				
5.พยายามหาวิธีเพื่อแก้ไขปัญหาย่างสุดความสามารถ				
6.รักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์พอที่จะต่อสู้ปัญหานั้น				
7.ขยันทำงานมากขึ้นทุ่มเทกับการเรียนหนังสืออย่างเต็มที่				
8.พิจารณาวิธีแก้ปัญหของผู้อื่น แล้วพยายามนำมาใช้จัดการกับปัญหาของตัวเอง				

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคย
9.ปรับปรุงและใส่ใจในสัมพันธภาพระหว่างท่านกับผู้อื่น				
10.ออกกำลังกายเพื่อคลายเครียด				
11.....				
12.....				
13.....				
14.....				
15.....				
16.....				
17.....				
18.....				
19.....				
20.....				
21.....				
22.....				
23.....				
24.....				
25.....				
26.....				
27.....				
28.....				
29.....				
30.....				

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคย
เมื่อท่านมีความไม่สบายใจ/เครียด/หรือมีปัญหา ท่านมักจะแก้ไขโดย.....				
31. ร้องไห้ไวยวาย				
32. แยกตัวและหลีกเลี่ยงการพบปะผู้อื่น				
33. มักปิดบังความรู้สึกของท่านไว้ในใจคนเดียว ไม่ให้คนอื่นรู้				
34. มักตำหนิและกล่าวโทษตัวเองว่าตนเองเป็นผู้ทำให้เกิดปัญหาต่างๆเกิดขึ้น				
35. หันไปสนใจเรื่องอื่นที่ไม่ใช่ปัญหา				
36. ไม่ยอมรับรู้หรือไม่สนใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้น				
37. ตัดปัญหาออกไปจากใจท่านไม่ว่าจะเป็นอย่างไรก็ตาม				
38. รับประทานอาหาร หรือนอนหลับ ในปริมาณที่มากขึ้นหรือน้อยลงกว่าปกติ				
39. หาวิธีอื่นเพื่อลดความเครียด ด้วยวิธีการต่างๆเช่น ดื่มน้ำมันมะพร้าวหรือการใช้สิ่งเสพติด				
40. คิดว่าทุกอย่างจะเป็นไปตามเวรตามกรรม				

ส่วนที่ 3. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

คู่มือ การเผชิญความเครียด

สำหรับผู้ดูแลเด็กออทิสติก



เอกสารนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ

“โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด”

จัดทำโดย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

น.ส.กาญจนา ช่มอาวุธ

รศ.ดร.จินตนา ฐนิพันธ์ุ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กออทิสติก

(สำหรับพยาบาล)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โดย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

น.ส.กาญจนา ช่มอาวุธ

รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**ชื่อโครงการวิจัย:** ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับ
รุนแรงTHE EFFECT OF GROUP COPING PROGRAM ON CAREGIVER
BURDEN OF AUTISTIC CHILDREN WITH SEVERE INTELLECTUAL
DISABILITIES**ผู้สนับสนุนการวิจัย:** จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**ผู้วิจัยหลัก**

ชื่อ นางสาวกาญจนา ชม่อารุช

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

มือถือ 086-987-6464

ผู้วิจัยร่วม นายนรุตม์ แพงพรมมา

สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยออทิสติก 3 สถาบันราชานุกูล

หมายเลขโทรศัพท์ 0-2248-8900 ต่อ 70384



เรียน อาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัย-ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ออทิสติก(Autistic disorder)ทั่วโลกพบว่ามีความชุกของเด็กออทิสติก 1:1,000 คนของประชากร (Center of Disease Control and Prevention, 2011) สำหรับอัตราความชุกของโรคออทิสติกในประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์ของโรคสูงขึ้นเช่นกัน จากสถิติของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2559 พบความชุกของออทิสติก ประมาณ 6:1,000 คน อัตราส่วนคิดเป็นร้อยละ 0.6 (กรมสุขภาพจิต , 2559) สอดคล้องกับสถิติเด็กออทิสติกในสถาบันราชานุกูล พบว่าผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในปี 2555-2560 มีจำนวน 7,540, 8,455, 8,950, 11,266, 12,340 และ 13,567 คน ตามลำดับ (งานเวชสถิติสถาบันราชานุกูล, 2560) จากสถิติดังกล่าวทำให้เห็นว่าเด็กออทิสติกมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อยๆ จากการศึกษาของทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา (2550) พบว่าบุคคลออทิสติก จำนวน 2 ใน 3 มีภาวะต้องพึ่งพิงผู้อื่นและต้องการผู้ดูแลตลอดชีวิต ในขณะที่จำนวน 1 ใน 3 มีภาวะพึ่งพาตนเองได้พอสมควร และพบว่าร้อยละ 1-2 สามารถพึ่งพาตนเองได้เต็มที่ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการลดภาระการดูแลของครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมการเผชิญกับความเครียดแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญกับความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จำนวนอาสาสมัครในโครงการวิจัย (ถ้าทำการศึกษาวิจัยในหลายศูนย์ ให้ระบุจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในประเทศไทย และในศูนย์เดียวกับผู้ให้ความยินยอม) คือ 40 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอตรวจสอบประวัติเวชระเบียนเพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับเชิญให้มาตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย คือ ศุกร์ จันทร พุธ ศุกร์ โดยจัดเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 วันศุกร์ จันทร พุธ ศุกร์ เวลา 9.30 -11.00 น. กลุ่มที่ 2 วันศุกร์ จันทร พุธ ศุกร์ เวลา 13.00 – 14.30 น. เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ โดยจัดเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 วันศุกร์ จันทร พุธ ศุกร์ เวลา 9.30 -11.00 น. กลุ่มที่ 2 วันศุกร์ จันทร พุธ ศุกร์ เวลา 13.00 – 14.30 น. และมาพบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น 4 ครั้ง

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ท่านจะได้รับ ค่าตอบแทนในการเดินทางและอาหารว่างจำนวน 1 ชุด

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

เด็กอาจเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวหรืออยู่ไม่นิ่งขณะที่ผู้ดูแลเข้าร่วมการวิจัย แต่ทางผู้วิจัยได้มีผู้ช่วยผู้วิจัยคอยกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด และสถานที่ทำกิจกรรมสามารถรองรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

อาสาสมัครจะได้รับความรู้และเกิดทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง พร้อมทั้งสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลเด็กออทิสติกได้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่นๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติตามนี้ (ผู้วิจัยต้องปรับข้อความให้สอดคล้องกับโครงการวิจัย)

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านงดการใช้อาาอื่นนอกเหนือจากที่ผู้ทำวิจัยได้จัดให้ รวมถึงการรักษาอื่น ๆ เช่น การรักษาด้วยสมุนไพร การซื้อยาจากร้านขายยา
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบทันที หากท่านได้รับยาอื่นนอกเหนือจากยาที่ใช้ในการศึกษาตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวกาญจนา ช่มอาวุธ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่มีค่าใช้จ่ายระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม แต่ท่านอาจมีค่าใช้จ่ายที่จะต้องรับผิดชอบ นอกเหนือจากค่าเดินทาง ที่ผู้วิจัยมอบให้ เช่น ค่าอาหาร เป็นต้น

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับเงินค่าเดินทางทุก ครั้ง ครั้งละ 100 บาท รวมทั้งหมด 3 ครั้ง และอาหารว่าง จำนวน 1 ชุด ในช่วงระหว่างการทำกิจกรรม ทั้งหมด 3 ครั้งเช่นกัน

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

1. ผู้ดูแลหลักมีปัญหาที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย เช่น เกิดการเจ็บป่วย
2. ผู้ดูแลหลัก เข้าร่วมการทดลองไม่ครบทุกขั้นตอนตามที่กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวกาญจนา

ชม่อวรุฒ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก 999 หมู่ที่ 2 ตำบลแก่งโสภา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก 65220

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านจะไม่ถูกนำมาใช้เพื่อประเมิน

ผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่นหรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ 02-2488900 ต่อ 70914 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล
 ใน ครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง
 THE EFFECT OF GROUP COPING PROGRAM ON FAMILY
 CAREGIVER BURDEN OF AUTISTIC CHILDREN WITH SEVERE
 INTELLECTUAL DISABILITIES

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เป็น.....ของ

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่
 และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
 และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม
 ให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำ
 วิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่
 จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอ
 ในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่
 ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว
 ข้าพเจ้า

จะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล
 และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึง
 ได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ
 ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย หรือ
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูล
 ของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดย
 การตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทาง
 การแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการใช้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ยินยอม
 ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....





COA No. 16/2561

กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 4737 ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง

รหัสโครงการ : RI 017/2561

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกาญจนา ช่มอาวุธ

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารที่รับรอง :
1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ลงนาม

(นางสาวศุภรัตน์ เอกอัศวิน)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 11 มิถุนายน 2561

วันที่หมดอายุ : 10 มิถุนายน 2562

ลงนาม

(นางมธุรดา สุวรรณโพธิ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช
รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกาญจนา ช่มอาวุธ เกิดวันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2529 จังหวัดแพร่ สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ปีการศึกษา 2551 เข้ารับการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงาน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก กรมสุขภาพจิต จังหวัดพิษณุโลก

